

DÉBORA GONZAGA MARTIN

**INFLUÊNCIA DO CONTROLE SOCIAL NO DESEMPENHO DA SAÚDE
PÚBLICA BRASILEIRA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS - BRASIL
2018

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

M379i
2018
Martin, Débora Gonzaga, 1991-
Influência do controle social no desempenho da saúde
pública brasileira / Débora Gonzaga Martin. – Viçosa, MG,
2018.
xi, 84 f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui anexo.

Inclui apêndices.

Orientador: Marco Aurélio Marques Ferreira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f. 65-70.

1. Política de saúde - Participação do cidadão - Brasil.
2. Controle social. 3. Saúde pública - Brasil. 4. Análise
multivariada. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento
de Administração e Contabilidade. Programa de Pós-Graduação
em Administração. II. Título.

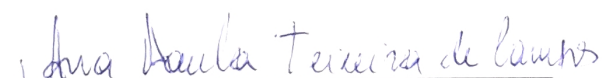
CDD 22. ed. 362.10981

DÉBORA GONZAGA MARTIN

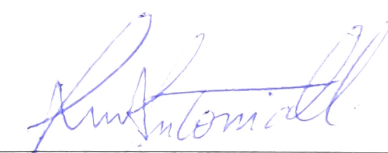
**INFLUÊNCIA DO CONTROLE SOCIAL NO DESEMPENHO DA SAÚDE
PÚBLICA BRASILEIRA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

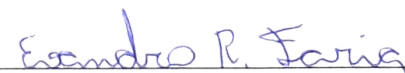
APROVADA: 19 de março de 2018.



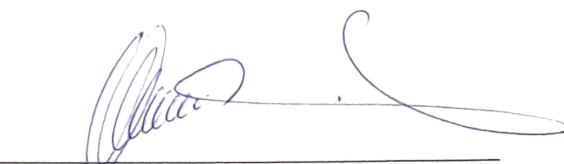
Ana Paula Teixeira de Campos



Luiz Marcelo Antonialli



Evandro Rodrigues de Faria
(Coorientador)



Marco Aurélio Marques Ferreira
(Orientador)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me proporcionado saúde, calma e pelas oportunidades que sempre colocou ao meu caminho.

Aos meus pais, Gracinéia e José Luiz, pelos incentivos e pelo apoio. A minha mãe, agradeço por ter me gerado, pelas noites de sono perdidas, pela preocupação, pelas horas no telefone me acalmando e me dando forças para continuar. Ao meu pai agradeço por ter sempre me incentivado nos estudos, pelos conselhos, pela calma e por me ajudar em Viçosa.

A minha irmã, Daniela, agradeço pelo companheirismo, por escutar minhas reclamações, meus choros, estar presente nos momentos felizes, pelas refeições e guloseimas. Ao meu namorado, Fidelis, agradeço por ter sido meu "rivotril" nessa fase de ansiedade, pelos incentivos, pela calma e por sempre apoiar em minhas escolhas. *In memoriam*, pela Márcia, por ser um exemplo de pessoa e por ter me ensinado que devemos sempre viver cada dia com muito amor e plenitude, independente dos obstáculos que a vida nos impõem! À Jade pelo carinho!

Às amigas de infância, Gianni, Janaina e Michele, pelo companheirismo e apoio. Aos colegas de sala, em especial, Sabrina, por dividir medos, ansiedade, conselhos e conhecimentos. À Camila, por ser um exemplo de mulher e aluna! À Daniele pelo apoio, animação e companheirismo. Aos colegas e ex-colegas do grupo de pesquisa, em especial, Wesley e Marjorie, pelos conhecimentos passados, pelo apoio psicológico e pelos conselhos. À Juliana, pela ajuda mútua, conversas e pelo apoio nos artigos.

Aos professores e funcionários do Departamento de Administração e Contabilidade da UFV, pelo aprendizado e apoio durante todo o processo do Mestrado. Aos meus coorientadores, professor Evandro e professora Fernanda, pelo apoio e conhecimento.

Em especial, ao meu orientador, professor Marco Aurélio, pelos conhecimentos, puxões de orelha, pelo exemplo de vida, pessoal e acadêmico e, principalmente, pelos incentivos e oportunidades que me concedeu nesses 4 anos de trabalho.

À UFV, por me conceder conhecimentos há 7 anos. À cidade de Viçosa, pelo acolhimento!

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	iv
RESUMO	ivii
ABSTRACT	viii
APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	x
1 INTRODUÇÃO GERAL	1
Condicionantes do Controle Social e do Desempenho da Saúde Pública nas Microrregiões Brasileiras	4
1 Introdução	4
2 Revisão de Literatura	6
2.1 Condicionantes do Controle Social	6
2.2 Desempenho da saúde pública e seus indicadores	8
3 Metodologia	11
4 Análise e Discussão dos Resultados	13
4.1 Descrição dos dados	13
4.2 Influenciadores do Controle Social, Indicadores do Desempenho da Saúde Pública e seus influenciadores	15
4.3 Realidade social e econômica das microrregiões brasileiras	17
5 Considerações Finais	25
Condições Socioeconômicas como Influenciadoras do Desempenho da Saúde Pública e do Controle Social	27
1 Introdução	27
2 Revisão de Literatura	29
2.1 Origem do Controle Social e sua relevância para as ações públicas	29
2.2 Os influenciadores do Desempenho da saúde	31
3 Metodologia	32
4 Análise e Discussão dos Resultados	34
4.1 Descrição dos dados	34
4.2 O Controle Social e o Desempenho da Saúde Pública nos municípios brasileiros	36
4.3 Resultado dos Índices	38
5 Considerações Finais	45

Caminhos para a Promoção do Desempenho da Saúde Pública e o Papel do Controle Social.....	47
1 Introdução	47
2 Referencial	49
2.1 O Controle Social na saúde pública	49
2.2 Influenciadores do Desempenho da Saúde.....	51
2.3 Caminhos para a promoção do desempenho da saúde pública	52
3 Metodologia.....	54
4 Resultados e Discussões	57
5 Considerações Finais	62
3 CONCLUSÃO GERAL.....	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	71
APÊNDICE A	71
APÊNDICE B	73
APÊNDICE C	74
APÊNDICE D	75
APÊNDICE E	76
APÊNDICE F.....	77
APÊNDICE G	78
APÊNDICE H.....	79
APÊNDICE I.....	80
APÊNDICE J	81
APÊNDICE K	82
APÊNDICE L	83
ANEXOS	84

LISTA DE SIGLAS

AM	Amazonas
AP	Amapá
AVE	Average Variance Extracted
CEB	Comunidades Eclesiais de Base
CFI	Comparative Fit Index
CF 88	Constituição Federal de 1988
CIHI	Canadian Institute for Health Information
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
DF	Distrito Federal
ES	Espírito Santo
GL	Graus de Liberdade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IPCS	Índice de Percepção do Controle Social
IDSA	Índice de Desempenho da Saúde Pública
IESS	Índice da Estrutura do Sistema de Saúde
ICSP	Índice das Condições de Saúde da População
ICSO	Índice das Condições Sociais
ICEC	Índice das Condições Econômicas
IFDM	Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
MG	Minas Gerais
MLE	Maximum likelihood estimation
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PA	Pará
PB	Paraíba
PE	Pernambuco

PI	Piauí
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNASS	Pesquisas Nacionais de Avaliação do Acesso e de Satisfação dos Usuários
PR	Paraná
PROADESS	Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RJ	Rio de Janeiro
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina
SEM	Structured Equation Modeling
SP	São Paulo
SPSS	Softwares Statistic Package for Social Science
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual
SUS	Sistema Único de Saúde
TLI	Tucker-Lewis Index
TSE	Tribunal Superior Eleitoral
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNEP	United Nations Environment Programme

RESUMO

MARTIN, Débora Gonzaga, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, março de 2018. **Influência do Controle Social no Desempenho da Saúde Pública Brasileira.** Orientador: Marco Aurélio Marques Ferreira. Coorientadores: Evandro Rodrigues de Faria e Fernanda Cristina da Silva.

A participação Cidadã possui seus precedentes na década de 1960. Com a Reforma Sanitária originada na década de 1970 junto a 8ª Conferência Nacional de Saúde consolidaram-se avanços da participação democrática social e a luta por melhores condições de serviços de saúde. Com a institucionalização da participação na Constituição Federal de 1988, a participação na saúde se consolidou por meio da criação do Sistema Único de Saúde - SUS, fazendo com que o Estado seja prestador desses serviços e direito de todos os cidadãos do país usufruí-los. Por meio da participação cidadã pode-se encontrar o que se denomina de Controle Social, que está relacionado com o vínculo entre Estado e sociedade, no qual os cidadãos fiscalizam as decisões governamentais, exigem a prestação de contas do poder público, dialogam, influenciam e decidem sobre a criação e implementação de políticas públicas. Por meio da literatura sobre controle social é possível observar a dificuldade de analisar o controle social em si, sendo assim, utilizam-se de outros aspectos como o contexto que pode favorecer a sua existência. Desse modo, o presente estudo objetiva analisar a relação entre o contexto favorável ao controle social e o desempenho da saúde pública brasileira. De forma específica, visa: identificar os elementos contextuais que influenciam o controle social em âmbito municipal e caracterizam um contexto favorável a sua existência; identificar os mensuradores do desempenho da saúde pública brasileira e seus influenciadores; analisar a existência de associações entre as condições sociais e econômicas dos municípios com o contexto favorável ao controle social e o desempenho da saúde pública e; identificar as relações (o sistema) que existem entre o contexto favorável ao controle social e o desempenho da saúde pública nos municípios e microrregiões brasileiras. Quanto as técnicas de investigação empregadas, foram aplicadas as análises multivariadas de dados: Alpha de Cronbach, Análise Fatorial Confirmatória, Análise Fatorial Exploratória, Teste Qui-Quadrado e Modelagem de Equações Estruturais. Os resultados do estudo demonstram que os municípios do Brasil possuem desenvolvimentos socioeconômicos distintos e diferentes contextos de controle social, fazendo com que hajam inequidades na oferta por serviços de saúde. Portanto, é preciso integração entre os municípios para quebra de barreira de diferenças no acesso à saúde e assim levar saúde de qualidade a todos os cidadãos, além disso,

assegurar espaços participativos e educação cívica a toda população. Isso faz com que os indivíduos se sintam cidadãos do país, colaborem civicamente, e por consequência atuem no aperfeiçoamento de ações e políticas públicas de saúde. O bom funcionamento desse sistema melhoraria o desempenho da saúde pública e por consequência a qualidade de vida da população do país.

ABSTRACT

MARTIN, Débora Gonzaga, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, March, 2018. **Influence of Social Control on Public Health Performance in Brazil.** Adviser: Marco Aurélio Marques Ferreira. Co-advisers: Evandro Rodrigues de Faria and Fernanda Cristina da Silva

Originated in the 1970s, next to the 8th National Conference on Health, advances in social democratic participation and the struggle for better conditions of health services were consolidated. With the institutionalization of participation in the Federal Constitution of 1988, titled Citizen Constitution, the participation in health was consolidated through the creation of the Unified Health System - SUS, making the State a provider of these services and the right of all citizens to enjoy them. Through citizen participation, we can find what is called Social Control, which is related to the link between State and society, in which citizens supervise government decisions, demand accountability from government, dialogue, influence and decide on the creation and implementation of public policies. Through the literature on social control it is possible to observe the difficulty of analyzing the social control itself, thus, it is used other aspects as the context that may support its existence. Thus, the present study aims to analyze the relationship between the context favorable to social control and public health performance in Brazil. Specifically, it aims: to identify the contextual elements that influence social control at the municipal level and characterize a favorable context for its existence; to identify public health performance measurements and their influencers; to analyze the existence of associations between the social and economic conditions of the municipalities with the context favorable to social control and public health performance; to identify the relationships (the system) that exist between the context favorable to social control and the performance of public health in Brazilian municipalities and microregions. Regarding the research techniques employed, multivariate data analysis was applied: Cronbach's Alpha, Confirmatory Factor Analysis, Exploratory Factor Analysis, Qui-Square Test and Structural Equation Modeling. The results of the study demonstrate that the municipalities of Brazil have distinct socioeconomic developments and different contexts of social control, causing inequities in the supply of health services. Therefore, it is necessary to integrate the municipalities in order to break down barriers to differences in access to health and thus to bring quality health to all citizens, in addition to ensuring participative spaces and civic education for all population. This context makes individuals feel citizens of the

country, collaborate civically, and consequently act in the improvement of public health actions and policies. The proper functioning of this system would improve the public health performance and consequently the population's quality of life.

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação é composta por três artigos inéditos relacionados à temática da Administração Pública, controle social e desempenho da saúde pública:

- Condicionantes do Controle Social e Desempenho da Saúde Pública nas Microrregiões Brasileiras
- Condicionantes socioeconômicas como influenciadoras do Desempenho da Saúde Pública e do Controle Social no Brasil;
- Caminhos para a Promoção do Desempenho da Saúde Pública e o Papel do Controle Social.

1 INTRODUÇÃO GERAL

A participação Cidadã possui seus precedentes na década de 1960, mas foi institucionalizada somente na Constituição Federal de 1988 - CF 88, também intitulada como Constituição Cidadã, que incorporou importantes mecanismos de engajamento cidadão e prática do poder popular sobre o âmbito da administração pública.

A Reforma Sanitária originada na década de 1970 junto a 8ª Conferência Nacional de Saúde resultaram no avanço da participação democrática da sociedade lutando por melhores condições de serviços de saúde. Com a Constituição Cidadã, essa participação se consolidou por meio da criação do Sistema Único de Saúde - SUS - e a prestação de serviços de saúde se tornou dever do Estado e direito de todos os cidadãos (ESCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005). Ou seja, acarretou o desenvolvimento da gestão tradicional para a criação de um sistema de saúde público, universal e descentralizado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Através da participação pode-se encontrar o que se denomina de Controle Social, que ocorre por meio da criação de canais de participação social que possibilitam promover maior interação nas relações entre Estado e sociedade. Nele os cidadãos fiscalizam as decisões governamentais, exigem a prestação de contas do poder público, dialogam, influenciam e decidem sobre a criação e implementação de políticas públicas. Assim, os instrumentos mais importantes para a efetivação do controle social são as ouvidorias públicas, canais de consultas, audiências públicas, conselhos e orçamentos participativos. Na saúde destacam-se: as conferências regionais e nacionais e os conselhos de saúde (VILLAÇA, 1999; ZICCARDI, 2004; FONT, 2007; SERRA e CARNEIRO, 2012; GOMES, 2015).

A participação e o controle social na administração pública, quando efetivos, influenciam no melhor desempenho dos serviços prestados pelo poder público à sociedade, tornando os gastos públicos mais eficientes e implementando políticas públicas mais eficazes (MILANI, 2008), incluindo áreas importantes como a saúde.

A partir desse contexto, houve maior incentivo para os estudos de participação e controle social no Brasil. Dentre os estudos que abordam a participação e controle social na área da saúde citam-se os trabalhos de Soares (2016) que demonstra a importância da participação social nos processos educativos de saúde auditiva no Brasil; Shimizu e Moura (2015) que constataram que os conselhos regionais de saúde são potenciais para o alcance de formulação de políticas públicas que favoreçam o desenvolvimento social. Além disso, o estudo de Cristo (2012) que objetivou analisar experiências de controle social na saúde no

Estado do Pará. Como os resultados do autor demonstram, a falta de participação e controle social nos conselhos de saúde em Melgaço - PA, devem-se principalmente ao fator geográfico, social e econômico da região. Nessas regiões a população vive dispersa e distante dos espaços institucionalizados de participação, acarretando assim, em dificuldades de acesso a esses locais.

Por meio da literatura sobre controle social é possível observar a dificuldade de analisar o controle social em si, sendo assim, utilizam-se de outros aspectos como o contexto que pode favorecer a sua existência. Trabalhos como o de Ulzurrun (2001), Ebdon e Franklin (2006), Wampler (2010), Sabioni et al. (2016) demonstraram que condições socioeconômicas, condições demográficas e aspectos políticos-institucionais possuem influência na favorabilidade do controle da sociedade nas ações públicas.

Portanto, a partir desse contexto, questiona-se: *como o controle social nos municípios brasileiros interferem no desempenho dos serviços de saúde pública?* Sendo assim, o estudo objetiva analisar a relação entre o contexto favorável ao controle social e o desempenho da saúde pública brasileira. De forma específica, o presente estudo visa: identificar os elementos contextuais que influenciam o controle social em âmbito municipal e caracterizam um contexto favorável a sua existência; identificar os mensuradores do desempenho da saúde pública e seus influenciadores; analisar a existência de associações entre as condições sociais e econômicas dos municípios com o contexto favorável ao controle social e o desempenho da saúde pública e; identificar as relações que existem entre o contexto favorável ao controle social e o desempenho da saúde pública nos municípios e microrregiões brasileiras. Para atender aos objetivos, foram elaborados três artigos.

Conforme Reis, Oliveira e Sellera (2012) o SUS deve ser avaliado nos três níveis de governo: no município, na região, no estado e no âmbito federal, além disso, deve ser observado em suas diferentes dimensões: pela visão dos usuários e trabalhadores, dos serviços de saúde e por meio de dados secundários disponibilizados pelo SUS. O presente estudo, visa, portanto, trabalhar os níveis municipais e microrregionais de saúde através de dados secundários disponibilizados em distintas bases, principalmente pelo DATASUS.

A escolha pela Saúde Pública é devido a sua universalidade prevista na Constituição de 1988, ou seja, prevê que é dever do Estado garantir esse tipo de serviço e direito de todos os cidadãos do país usufruí-lo. A escolha pelo Brasil deve-se ao fato dos municípios do país possuírem desenvolvimentos socioeconômicos distintos, ou seja, há municípios com alto desenvolvimento e outros com baixo desenvolvimento, fazendo com que a oferta por serviços

públicos sejam diferentes entre eles. Além disso, será possível obter uma visão sobre o estado da saúde pública no país. Os resultados do estudo poderão auxiliar gestores e agentes de políticas públicas de saúde a obter uma visão mais próxima da realidade dessa área nos municípios e microrregiões estudadas.

ARTIGO 1

CONDICIONANTES DO CONTROLE SOCIAL E DO DESEMPENHO DA SAÚDE PÚBLICA NAS MICRORREGIÕES BRASILEIRAS

Resumo:

Com Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde - SUS - a participação e controle social na saúde, por meio das Conferências e Conselhos, ganharam espaços. Porém, ainda é ausente trabalhos que mensuram o controle social e sua relação com o desempenho da saúde. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo identificar os elementos contextuais que influenciam o controle social e caracterizam um contexto favorável a sua existência; e identificar mensuradores do desempenho da saúde pública e seus influenciadores. Para atender aos objetivos, utilizou-se a revisão de literatura e a validação de constructo por meio do *Alfa de Crombach* para mapear e confirmar os constructos do estudo. Posteriormente, criaram-se escalas somadas para cada constructo, com a finalidade de observar como as microrregiões brasileiras se encontram nesses aspectos. Os resultados demonstraram os diferentes aspectos que influenciam o Controle Social, como aspecto demográfico, social, político-institucional, e informacional. Portanto, para que haja uma sociedade mais engajada com as ações públicas, é fundamental uma infraestrutura municipal que a dê o suporte (seja através de mecanismos, legislações e conselhos gestores) e a incentive à participação, disponibilizando dados de fácil acessibilidade e entendimento para que todos possam usufruir dessas informações. Além disso, constatou-se que para que o Desempenho da Saúde cresça é preciso avaliar e melhorar as condições básicas da população, como suas habitações e saneamento básico (tratamento de água, coleta de lixo e energia elétrica), além de oferecer melhores estruturas no sistema de saúde, como recursos humanos e estabelecimentos.

Palavras-chave: controle social; desempenho da saúde; Alfa de Crombach.

1 INTRODUÇÃO

O controle social no Brasil desenvolveu-se no decorrer da década de 1980. Com a Constituição de 1988, consolidou-se o regime democrático, institucionalizando procedimentos e mecanismos representativos. Diante disso, a participação foi institucionalizada e tornou-se um marco para o tema no Brasil, no qual o cidadão se torna ator, possuindo direitos e obrigações. O cidadão passa a ter legitimidade para controlar e fazer denúncias de irregularidades da administração pública (SERRA e CARNEIRO, 2012).

Com a Constituição Cidadã, o Sistema Único de Saúde - SUS - foi consolidado no Brasil e, junto a ele, um fundamental objetivo, o controle social na saúde. O controle social pode ser entendido como o monitoramento, vigia e fiscalização da sociedade nos assuntos públicos, sejam eles da gestão estatal, como de desempenho de políticas públicas, ou desempenho de políticos e servidores públicos. O controle pode ser feito por meio de mecanismos institucionalizados, como os conselhos gestores e municipais, assembleias e conferências (OJEDA, 2011). Porém, para que o controle pela sociedade seja efetivo é preciso um Estado transparente e *accountable*, que disponibilize dados que sejam de fácil acesso e compreensão para a população.

Estudos têm evidenciado a importância do controle social na gestão governamental e das políticas públicas (OJEDA, 2011; ROLIM, CRUZ e SAMPAIO, 2013). Duarte e Machado (2012) demonstraram essa influência quando relacionaram os mecanismos de controle social ao desempenho da prestação de serviços de saúde. Os autores notaram que quanto mais capacitados os conselheiros de saúde estão, mais se sentem seguros a deliberar e mais são atuantes nas reuniões. Além disso, os conselheiros capacitados possuíam melhor conhecimento de suas funções e com isso, participavam de forma mais efetiva nas políticas de saúde.

Além disso, o estudo de Cristo (2012) demonstra que a falta de participação e controle social nos conselhos de saúde no Pará, especificamente em Melgaço, devem-se, principalmente, ao fator geográfico, social e econômico da região. Nessas regiões a população vive dispersa e distante dos espaços institucionalizados de participação, acarretando assim, em dificuldades de acesso a esses locais.

A literatura tem demonstrado que apesar das transformações advindas da criação do SUS, muitos desafios ainda precisam ser superados, como a desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Salienta-se que a atenção primária é essencial para a melhoria dos sistemas de saúde, principalmente, quando em conjunto a mecanismos de participação e ações integrada entre os setores (GILSON, DOHERTY e LOEWENSON, 2007; VIACAVA et al., 2011).

Sendo assim, torna-se importante analisar quais aspectos contextuais influenciam no controle social e, quais deles influenciam o desempenho da saúde pública nas microrregiões brasileiras. Portanto, o estudo tem como objetivo identificar os elementos contextuais que influenciam o controle social e caracterizam um contexto favorável a sua existência; e identificar mensuradores do desempenho da saúde pública e seus influenciadores.

A pesquisa justifica-se pela importância de se trabalhar a saúde em um país que possui uma diversidade de contextos municipais. Constitucionalmente, os municípios devem aplicar pelo menos 15% de seu orçamento na saúde, e a presença dos conselhos de saúde em todos os municípios levam-na a possuir um diferencial das outras áreas, já que o principal usuário, o cidadão, está inserido na sua gestão. Justifica-se também pela ausência de trabalhos relacionados à mensuração das condições que favorecem o controle da sociedade nas ações públicas. Sendo assim, ao mensurar o contexto que influencia o controle social e o desempenho da saúde pública é possível verificar suas condições atuais e com isso apontar ações para aperfeiçoamento de políticas públicas da área.

Além dessa seção introdutória, organizou-se um referencial teórico contemplando os Condicionantes do Controle Social e o desempenho da saúde pública e seus indicadores. Posteriormente, uma explanação sobre os procedimentos metodológicos e os resultados do estudo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Condicionantes do Controle Social

Desde 1960, a participação social vem sendo discutida, porém, ainda é ausente uma definição em comum entre os estudos (UNEP, 1996; PIŠKUR et al., 2014). Encontra-se, portanto, diferentes terminologias para o conceito de participação. Dentre essas terminologias, pode-se destacar a participação cidadã, participação política, participação democrática, participação social e a participação popular. Sendo que os autores as usam muitas vezes como sinônimos.

Por meio da participação social pode-se encontrar o que se denomina de Controle Social, que está intimamente relacionado ao vínculo entre Estado e sociedade. O termo nas ciências sociais possui três diferentes interpretações. A primeira, surgiu na sociologia no século XIX, que refere-se ao controle do Estado sobre a Sociedade, primordial para a ordem social. O segundo, usado pela teoria social crítica, no século XX, refere-se às dominações de classes. Já a nova interpretação, surgiu na década de 1990, a partir de pesquisas sobre organizações e movimentos sociais, assim como a participação dos cidadãos nas diversas fases de políticas públicas, tendo como base a nova gestão pública (SILVA, 2016).

O termo Controle Social aqui utilizado trata-se do "exercício de um direito cidadão (...) orientado, em geral, a monitorar o curso dos assuntos públicos, e em particular, para

monitorar, fiscalizar e gerar mudanças, se necessário, na gestão do Estado derivada do desempenho dos políticos, funcionários ou gestores públicos" (OJEDA, 2011, p.131).

Conforme a literatura acerca da participação e controle social, estes são influenciados por diversos fatores, dentre eles, econômicos, sociais, demográficos e políticos. Ulzurrun (2001) afirma que os aspectos contextuais influenciam em diferentes níveis de participação dos cidadãos e com isso, é possível compreender em quais condições há maior envolvimento dos cidadãos. Pesquisadores como Ebdon e Franklin (2006) e Wampler (2010) corroboram com a ideia da influencia do ambiente nas ações participativas dos cidadãos.

Sabioni et al. (2016) destacaram em seu estudo que o contexto dos espaços municipais do estado de Minas Gerais contribuem para criação de um ambiente favorável ou não ao controle social. Os fatores explicativos municipais, que influenciam no controle social, encontrados pelos pesquisadores estão relacionadas com as condições socioeconômicas, condições demográficas e aspectos políticos-institucionais. As variáveis observadas para cada fator foram: taxa de pessoas com ensino superior e renda *per capita* para as condições socioeconômicas; taxa de urbanização e proporção do número de usuários de internet fixa para as condições demográficas e; já, para avaliar o aspecto político-institucional utilizou-se o número de ONGs, pessoas ocupadas, empresas em atividade, eleitores filiados a partidos políticos, quantidade de partidos políticos no município, membros de entidades religiosas, conselhos municipais atuantes, número de legislações, normas e regras municipais, número de políticas, planos e programas municipais.

Hong (2015) utilizou em seu estudo indicadores de "cultura política" e "requisitos legais", de forma a captar como o processo participativo é afetado pelo ambiente governamental. Dentre os aspectos utilizados se encontram: o partido do prefeito, a exigência ou não de um orçamento participativo, o valor médio da infraestrutura pública, a população total e os habitantes envolvidos em Organizações da Sociedade Civil (OSCs). O autor declara que o tamanho do município possui influência no nível de engajamento dos cidadãos, pois atinge seus sentidos de propriedade, ao mesmo tempo que a participação em OSCs aumentam suas forças no engajamento.

Além de Hong (2015), autores como Goldfrank (2007) e Wampler (2010) demonstram a força das OSCs ao constatar que o orçamento participativo é admitido quando estas estão bem organizadas, em conjunto a algumas características, como: a presença de um prefeito de esquerda, autoridade descentralizada e a institucionalização partidária fraca.

Sob esta ótica, autores como Leighley (1995) sustentam que cidadãos economicamente mais favorecidos estão mais propensos à participação do que aqueles mais vulneráveis. Em contrapartida, Baiocchi (2001) demonstra que no orçamento participativo, os cidadãos mais ativos são os de baixa renda, sem diferenciação de sexo. Sabe-se que no Brasil há grandes desigualdades referentes a aspectos socioeconômicos, assim como diferenças relacionadas a sua geografia, estruturas e contextos políticos. Com isso, essas disparidades entre os municípios fazem com que possuam também diferenças na presença de espaços institucionais de participação, portanto, refletindo nas ações de participação e controle social (CASTRO, 2003 e SABIONI et al., 2016).

Além disso, observa-se que cidadãos não profissionalizados são menos propensos a participar, geralmente devido à pouca confiança que depositam em si, afetando assim, na dificuldade de expor suas opiniões (ABERS, 2000, apud HONG, 2015). Com isso, observa-se a importância da qualificação dos cidadãos e *stakeholders* envolvidos com a participação social. Conforme Zambon e Ogata (2013, p.6) a "qualificação (de) conselheiros, por meio de capacitações específicas e/ou permanentes, propicia o aprimoramento do exercício de controle social, inclusive na qualificação de demandas e adoção de prioridades [...] da população".

Além dos fatores já colocados, segundo Chauí (1993), os cidadãos são mais engajados conforme à quantidade e qualidade de informações que são disponibilizados a eles. Portanto, é necessário um município transparente, que possua canais de acesso à informação e canais de participação, para estimular a sociedade a intervir nas ações de políticas públicas (SILVA, 2002), ou seja, "o controle social e a democratização da informação se reforçam mutuamente" (ASSIS e VILLA, 2003).

Sob esta ótica, compreende-se que o controle social é afetado pelo contexto dos municípios que inclui aspectos sociais, econômicos, demográficos e políticos. A participação cidadã gera um vínculo entre Estado e Sociedade, fazendo com que se fortaleça o sistema democrático. Na área da saúde essa participação gera negociação entre esses entes fazendo com que o cidadão contribua positivamente nas suas ações, já que são os maiores conhecedores de suas necessidades (ROLIM, CRUZ e SAMPAIO, 2013).

2.2 Desempenho da saúde pública e seus indicadores

Nas ciências gerenciais observa-se a importância da mensuração para que a ação de administrar, avaliar e controlar seja possível. Portanto, a mensuração de desempenho é uma perspectiva valiosa para as ações públicas e principalmente para que os cidadãos possam ter

conhecimento destas. Conforme Silva (2002, p. 132) "os indicadores de desempenho é que permitem tanto à sociedade, quanto ao próprio governo e aos órgãos de controle a aferição da consecução dos objetivos e metas".

Atualmente, há diversos instrumentos públicos que fornecem informações sobre o desempenho de serviços públicos no Brasil. Dentre eles, pode-se citar: o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS; as pesquisas nacionais de avaliação do acesso e de satisfação dos usuários; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ; o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal - IFDM saúde; e o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde - IDSUS (REIS, OLIVEIRA e SELLERA, 2012 e FIRJAN, 2015).

O PNASS avalia os serviços de saúde por meio dos processos, resultados e a satisfação da população acerca dos serviços prestados e estrutura dos estabelecimentos envolvidos, avaliando assim quatro dimensões: os padrões de conformidade, os indicadores de produção, a pesquisa de satisfação dos usuários e a pesquisa das condições e relações de trabalho. Já, o PMAQ induz condutas para melhoria de gestões governamentais ligadas ao acesso, oferta e qualidade da saúde (REIS, OLIVEIRA e SELLERA, 2012).

O IFDM saúde avalia a atenção básica ofertada ao cidadão, utilizando-se das seguintes variáveis: número de consultas pré-natal, óbitos por causas mal definidas, óbitos infantis por causas evitáveis e internação sensível à atenção básica. O índice varia de 0 a 1, no qual, 0 representa o menor desenvolvimento do município na saúde e 1 representa o maior desenvolvimento (FIRJAN, 2015).

Dentro dessa perspectiva, o IDSUS também é um importante instrumento para avaliação do sistema de saúde brasileiro. Seu foco é o desempenho do SUS em relação a execução dos seus princípios com o objetivo de melhorias no sistema. Utilizaram-se de 24 indicadores, sendo que 14 destes avaliam o acesso potencial ou obtido e 10 avaliam a efetividade nos distintos níveis de atenção (básica, ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência) (MEDICI, 2012).

Sob esta ótica, a literatura da área de saúde compreende que a avaliação do desempenho da saúde pode ser analisada por diversas dimensões, sendo elas: efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança. A efetividade do sistema de saúde diz respeito ao alcance de resultados das ações de saúde baseadas em uma situação ideal. Já, o acesso está associado à capacidade do sistema de saúde em disponibilizar recursos e a viabilização destes recursos aos usuários. Na

dimensão eficiência da saúde, o termo diz respeito a relação dos custos com a quantidade de serviços e programas disponibilizados ou o impacto que esses serviços geram na saúde dos cidadãos (DONABEDIAN, 1990; VUORI, 1991; VIACAVA et al., 2012).

Ainda conforme as dimensões em que o desempenho pode ser analisado, a aceitabilidade visa avaliar o quão os pacientes estão satisfeitos com os serviços de saúde oferecidos. A dimensão continuidade refere-se ao vínculo entre pacientes e profissionais da saúde durante um longo período de tempo, demonstrando uma boa integralidade do sistema. Já, a dimensão adequação diz respeito ao emprego de boas práticas no sistema para atender as necessidades dos pacientes. Por fim, a segurança refere-se a diminuição de riscos tanto para pacientes quanto para profissionais, tomando por base o cuidado à saúde (JCAHO, 1993; ROSA FILHO, 2006; VIACAVA et al., 2012).

Para que essas dimensões sejam, portanto, analisadas, é imprescindível a compreensão dos fatores que afetam o desempenho do sistema de saúde. Por meio da literatura, observa-se que o sistema é afetado por diversos condicionantes, incluindo aspectos sociais, econômicos, políticos, demográficos e ambientais.

Conforme a Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (Anexo A), criada pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, é necessário analisar os determinantes da saúde, que incluem fatores físicos, químicos e biológicos que agravam a saúde; fatores socioeconômicos e demográficas; fatores comportamentais como crenças, e práticas individuais. Além disso, faz-se importante avaliar as condições de saúde da população como taxas de morbidade, mortalidades, doenças, traumas, limitações cotidianas e qualidade de vida da população. O uso de variáveis de morbidades e mortalidades são relevantes no uso de avaliações de desempenho da saúde pois essas taxas de algum modo refletem a qualidade e efetividade de atenção dos sistemas de saúde (MALTA e DUARTE, 2007).

A estrutura do sistema de saúde também é um fator influenciador importante para o desempenho da saúde, já que a quantidade de recursos humanos, físicos e financeiros de um sistema disponibilizados à população podem indicar aperfeiçoamento em seu desempenho (VIACAVA et al., 2012).

Ainda assim, conforme Barbiani et al. (2014, p.865) o acesso e a efetividade do sistema de saúde deve estruturar-se também em eixos "como o financiamento do SUS, as necessidades advindas dos determinantes sociais da saúde, das transições demográficas e epidemiológicas e do papel do controle social não apenas na luta, mas na efetivação dos

direitos à saúde". A tecnologia da informação possui um papel importante ao apresentar a transparência e ao permitir que as informações públicas sejam disponibilizadas à sociedade (TORRES, 2004).

Portanto, a tecnologia se torna um importante instrumento para uma efetiva transparência, visto que, através dela é possível se obter dados e informações sobre o desempenho de serviços prestados pelo governo como a saúde. Desse modo, esse contexto é relevante para que a sociedade possa acompanhar, controlar e opinar nas ações realizadas no sistema de saúde. Como consequência, os cidadãos efetivam seus direitos concedidos pela Constituição Cidadã e, auxiliam no aperfeiçoamento do sistema de saúde ofertado à população.

No entanto, alguns desafios na saúde ainda necessitam ser encarados. O desafio principal refere-se às desigualdades de acesso à saúde entre regiões e municípios. Outro aspecto, refere-se a desigualdade na oferta de serviços de média e alta complexidade (VIACAVA et al., 2011). Portanto, torna-se necessário analisar como está a realidade da saúde nas diferentes microrregiões brasileiras.

3 METODOLOGIA

No presente estudo foi realizado um mapeamento dos elementos contextuais que podem influenciar o controle social; dos fatores que influenciam o desempenho da saúde pública, e os indicadores desse desempenho, portanto, utilizou-se a revisão de literatura e a validação de constructo por meio do *Alfa de Crombach*.

A Revisão de literatura no estudo teve o objetivo de captar os aspectos que afetam os constructos "Controle Social" e "Desempenho da saúde pública". Assim como os constructos que afetam os anteriores: "Estrutura do sistema de saúde"; "Condições de saúde da população", "Condições Sociais" e "Condições Econômicas". A revisão foi construída a partir de artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais. Foram delimitados artigos com *qualis* "A1" a "B3" coletados na base de dados *Scielo e Ebsco*, e no periódico *Public Administration Review*, que são bases reconhecidas no meio acadêmico e na área de Administração Pública, e artigos sobre o assunto encontrados nas referências destes anteriores. Os artigos foram delimitados para os anos entre 1988 e 2016.

Após a revisão e mapeamento dos fatores que influenciam cada constructo, realizou-se a coleta de dados das variáveis que os compõem. Desse modo, utilizou-se dados secundários, do ano de 2012, de diferentes bases, para todos os municípios brasileiros. O detalhamento das

variáveis e suas fontes podem ser observado nos Apêndice A, Apêndice B, Apêndice C, Apêndice D, Apêndice E, Apêndice F

Posteriormente, foi elaborada a validação pelo *Alpha de Cronbach* para cada constructo. Para essa etapa, primeiramente, as variáveis foram padronizadas em uma única escala pelo "escore z"; após, realizou-se uma análise de correlação bivariável para identificar se haviam correlações positivas e de moderada a forte entre as variáveis e; por fim, a validação do constructo.

Para a criação das escalas somadas realizou-se os seguintes passos: para cada constructo foram feitas reparametrizações, a partir do menor e maior valor observado, por meio da equação

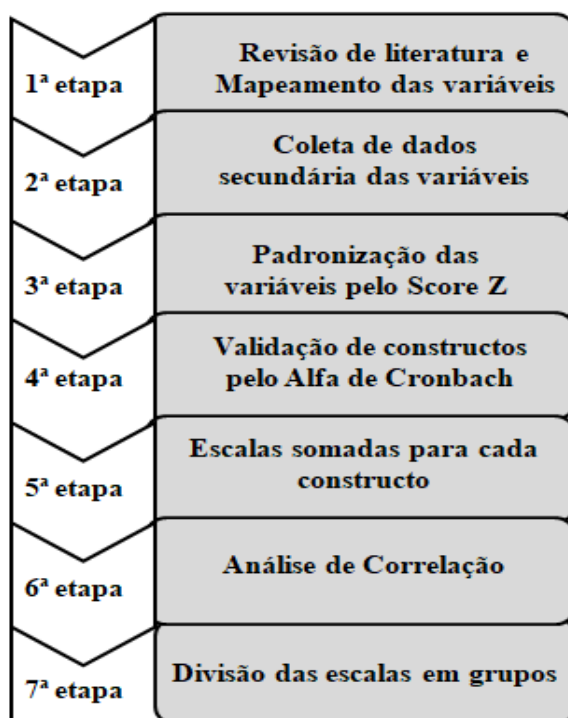
$$V_{ij} = \frac{(V - V_{min})}{(V_{max} - V_{min})}$$

em que V_{min} e V_{max} são os valores máximo e mínimo observados para cada constructo.

Posteriormente, fez-se as médias dos valores de cada constructo e por fim, multiplicou-se esses valores por 100 para se obter uma porcentagem de comparação. Assim sendo, obteve-se o valor total de cada escala somada.

Em suma, seguiram-se as etapas metodológicas descritas na Figura 1. As análises foram realizadas com o auxílio dos *softwares Statistic Package for Social Science (SPSS)* e *Microsoft Office Excel 2007*.

Figura 1: Etapas Metodológicas



Fonte: elaborado pela autora.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Descrição dos dados

A Análise descritiva dos dados pode ser observada na Tabela 1. Para todas as variáveis foram utilizados um total de 5269 observações, já que alguns municípios apresentavam dados ausentes em relação as variáveis de saúde. A análise foi realizada em *cross section* considerando o ano de 2012, com algumas exceções explicitadas na nota ao fim da Tabela 1.

Tabela 1: Análise descritiva das variáveis

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coef. Variação (%)
Controle Social*					
Taxa de urbanização	4,18	100,00	63,69	21,82	34,26
Núm. de usuários de internet fixa	1,26	3025,13	368,00	397,77	108,08
Núm. conselhos gestores	1,00	14,00	6,63	2,11	31,83
Núm. de Legislações Municipais	0,00	21,00	6,08	4,19	68,91
Núm. de partidos políticos	2,00	29,00	13,62	5,59	41,04
Mecanismos municipais	0,00	11,00	4,63	1,49	32,18
Taxa de Pessoal ocupado	8,21	9857,93	1495,18	1119,97	74,90
Desempenho da saúde					
Prop. Gestantes com pn/acomp.	10,31	100,00	87,00	11,64	13,38
Prop. gest com vac em dia/acomp.	59,94	100,00	97,61	3,36	3,44
Rz exame citopatológico	0,00	3,68	0,68	0,36	52,94
Cob. equipes atenção básica	0,00	100,00	87,41	20,67	23,64
Cob. equipes saúde bucal	0,00	100,00	80,08	26,34	32,89
N.v. consulta pré-natal	5,30	100,00	63,66	18,86	29,63
Estrutura do sistema de saúde					
Prop. Estab. Amb. méd. complexidade	0,00	44,42	7,17	5,64	78,66
Num. de equip. disponíveis	0,79	101,98	17,73	12,97	73,56
Enfermeiro	0,00	29,62	6,31	3,15	49,92
Clínico Geral	0,00	21,77	2,90	2,84	97,93
Bioquímico/farmacêutico	0,00	17,25	1,99	1,86	93,47
Fisioterapeuta	0,00	19,25	2,13	2,04	95,77
Odontólogo	0,00	25,27	4,78	3,04	63,60
Condições de saúde da população					
Taxa Óbitos totais por residência	8,08	140,43	60,33	17,80	29,50
Prop. Partos não normais	3,72	100,00	55,97	18,67	33,36
Taxa int. fratura fêmur	0,00	171,15	18,01	18,41	102,22
Taxa int. med. comp.	0,05	18,63	4,47	2,15	48,10
Taxa int. alta comp.	0,00	22,64	2,95	2,42	82,03
Condições Sociais					

Fam. ac. água rede pública	0,07	100,00	68,90	22,47	32,61
Fam. ac. lixo coletado	0,24	100,00	68,46	23,74	34,68
Fam. ac. casa tijolo	0,03	100,00	80,46	24,37	30,29
Fam. ac. energia elétrica	27,38	100,00	94,60	8,58	9,06
Ideb	0,00	6,40	3,78	1,03	27,25
Condições Econômicas					
Num. salário de trabalhadores	0,00	7,50	1,90	0,56	29,47
Pib per capita municipal	848,60	257618,28	15232,88	15642,05	102,68
Taxa Saldo emprego	4,66	8957,81	1361,92	1000,73	73,48
Taxa empresas atuantes	8,84	1431,90	223,15	158,77	71,15

Nota: *A variável Taxa de Urbanização é referente ao ano de 2010, pois não havia dados disponíveis para 2012. Para o ÍDEB, os anos mais próximos disponíveis são 2011 e 2013, porém, preferiu-se pelo de 2011 por conter maior número de dados presentes nas observações.

Fonte: dados da pesquisa

Pela análise descritiva dos dados é possível observar as distintas realidades dos municípios brasileiros. Observa-se, por exemplo, diferenças significativas no constructo Controle Social, em que a variável "Num. de usuários de internet fixa" possuiu uma variação de 108%, a maior desse constructo, seguida da variável "Taxa de pessoal ocupado", com 74,9%. A variável "Núm. de Legislações Municipais" no constructo apresentou valor mínimo igual a zero, porém a inexistência desse item não corresponde, necessariamente, à ausência de legislações municipais, mas sim que não apresentaram as legislações analisadas, descritas no Apêndice A.

Essa desigualdade também é notada nos outros constructos. A variável "Razão de exames citopatológicos" apresentou a maior variação no "Desempenho da Saúde", com 52,9%. Foi possível observar que muitos municípios não possuem cobertura de equipe de atenção básica e saúde bucal, assim como não realizam exames citopatológicos.

Já no constructo "Estrutura do Sistema de Saúde", a maior variação ocorreu na proporção de "Clínicos gerais", demonstrando assim, a ausência de realizações de exames e a defasagem destes profissionais em alguns municípios brasileiros. As variáveis "Enfermeiros", "Clínicos Gerais", "Bioquímicos e Farmacêuticos", "Fisioterapeutas" e "Odontólogos" no constructo obtiveram valores mínimos iguais a zero, porém, não correspondem necessariamente, que não haja presença desses profissionais no determinado município. Ou seja, pode haver presença destes profissionais, porém advindos de municípios vizinhos.

Quanto às "Condições de saúde da população", a variável "Taxa de internação por fratura no fêmur" obteve uma variação de 102,2%, a maior desse constructo. Internações são feitas somente em municípios com presença de hospitais de média e alta complexidade,

podendo explicar a alta variabilidade. Estudos demonstram que a Estratégia Saúde da Família tornou-se um meio para ampliar o alcance do SUS, conseqüentemente, diminuir a desigualdade na saúde pública entre as regiões (RASELLA, AQUINO e BARRETO, 2010). Porém, como observado na descrição dos dados, essa é uma realidade que ainda necessita de ajustes, já que observa-se a ausência e precariedade de estabelecimentos de saúde entre os municípios.

A desigualdade volta a ser exibida quando há uma variação de 102,6% do "PIB per capita municipal" no constructo Condições Econômicas. Nessa perspectiva Hirschman (1960) demonstra que o desenvolvimento econômico não ocorre proporcionalmente em todas as regiões, e sim, restringe-se a locais específicos de zonas geográficas.

Já para as Condições Sociais, a maior variação obteve o valor de 34,6% no quesito "Coleta de lixo". Para a variável IDEB, as observações que apresentaram valores iguais a zero referem-se a municípios que receberam essa nota pois não se enquadravam no requisito do indicador. Alguns destes requisitos são: realização da Prova Brasil/Saeb; prestação de informações sobre a prova ao censo escolar e; escolas em que o número de alunos que participaram da Prova Brasil foi menor que 10 ou não obtiveram 50% dos alunos matriculados na série avaliada (FERNANDES, 2007).

4.2 Influenciadores do Controle Social, Indicadores do Desempenho da Saúde Pública e seus influenciadores

Os constructos do trabalho foram testados para averiguar se as variáveis consideradas são consistentes para mensurá-los. As matrizes de correlações podem ser visualizadas nos Apêndice G, Apêndice H, Apêndice I, Apêndice J, Apêndice K, Apêndice L. Já na Tabela 2 é possível observar o valor do Alpha *de Cronbach* e o número de variáveis utilizadas para cada constructo, assim como sua validação.

Conforme Hair (2009), numa escala de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, melhor o valor do Alfa. Desses, destacam-se os constructos "Controle Social" e "Condições Econômicas", apresentando confiabilidade muito boa de 0,838 e 0,804, respectivamente. Seguindo a ordem de confiabilidade, os constructos "Desempenho da saúde", " Condições Sociais" possuíram uma confiabilidade boa. Já os constructos "Estrutura do Sistema de Saúde" e "Condições de saúde da população" obtiveram razoável confiabilidade.

Tabela 2: Estatísticas de confiabilidade

Estatísticas/ Constructos	Controle Social	Desempenho da saúde	Estrutura do Sistema da Saúde	Condições de saúde população	Condições de Sociais	Condições Econômicas
Alfa	0,838	0,718	0,658	0,693	0,713	0,804
Num. de Itens	7	6	7	5	5	4

Fonte: dados da pesquisa

Como no estudo de Sabioni et al. (2016), o constructo "Controle Social" aqui validado refere-se aos aspectos contextuais presentes no município que evidenciam o contexto favorável ao controle da sociedade nas ações do Estado. Pela validação é possível observar que o Controle Social é influenciado por diversos aspectos. Um desses aspectos são as condições demográficas, representadas pela "Taxa de Urbanização". Acredita-se que no ambiente urbano há maior presença de informações e possibilidades de envolvimento nas ações públicas. Além disso, como evidenciado por Chauí (1993), os cidadãos são mais engajados conforme à quantidade e qualidade de informações que são disponibilizados a eles, portanto, utilizou-se da variável "Núm. de usuários de internet fixa" para mensurar o aspecto informacional da população.

Por outro lado, as variáveis "Num. de Pessoal Ocupado" e "Num. de partidos políticos" foram utilizadas para abarcar os atores que estão mais empenhados em participar do controle das ações públicas e os aspectos políticos-institucionais, respectivamente.

Ademais, as variáveis "Total De Conselhos Gestores", "Num. de Legislações Municipais" e "Mecanismos Municipais" mensuram o arcabouço institucional dos municípios. Acredita-se que, com o maior número de conselhos e instrumentos legais, mais cidadãos terão contato direto com as ações públicas, incluindo a participação das distintas fases de uma política. Isso faz com que seus governantes eleitos sejam mais responsivos e transparentes.

Portanto, considerando que o controle social na administração pública, quando efetivo, influencia no melhor desempenho de serviços prestados pelo poder público (MILANI, 2008), torna-se importante estudar sua influência no desempenho da saúde. Contudo, é preciso primeiramente analisar como mensurar esse desempenho e seus influenciadores.

O constructo "Desempenho da saúde pública" construído e validado, refere-se ao Desempenho nas dimensões Acesso e Efetividade. Como colocado por Vuori (1991), o acesso está associado à capacidade do sistema de saúde em disponibilizar recursos e a viabilização destes recursos aos usuários e, a efetividade, proposta por Donabedian (1990), diz respeito ao alcance de resultados das ações de saúde baseadas em uma situação ideal. Para essas dimensões utilizou-se as variáveis "Prop. de gestantes com vacinação em dia" para avaliar a

cobertura vacinal, "Razão de exames citopatológicos" representando a quantidade de exames realizados e "Nascidos vivos com consulta pré-natal". Ademais, utilizou-se as variáveis "Cob. equipes atenção básica", "Cob. equipes de saúde bucal" e "Prop. Gestantes com pré natal" para representação da efetividade da cobertura.

Porém, sabe-se que o desempenho da saúde pública não pode ser observado apenas pelos seus resultados finais, já que seus resultados dependem das condições de saúde da população e da estrutura do sistema de saúde. Com a validação constatou-se que a "Estrutura do Sistema de Saúde" pode ser avaliada por meio da quantidade de recursos humanos disponíveis (enfermeiros, clínicos gerais, bioquímicos, farmacêuticos, fisioterapeutas e odontólogos) e recursos físicos (equipamentos e estabelecimentos), pois quanto maior o número desses recursos, melhor será o atendimento à população.

Já as "Condições de Saúde da População" podem ser analisadas por taxas de mortalidades e morbidades dos indivíduos (num. de internações e taxa de fraturas), conforme validado pelo constructo e corroborado pela literatura que abarca o projeto PROADESS.

Sabendo-se que, tanto o controle social quanto o desempenho da saúde são influenciados por fatores sociais e econômicos, acreditou-se ser importante uma validação também desses aspectos. Portanto, verificou-se que o constructo "Condições Sociais" pode ser analisado através da educação (IDEB), pois entende-se que uma população alfabetizada torna-se um ambiente municipal mais desenvolvido e uma população mais atenta à saúde. Pode ser analisado também por meio das condições habitacionais e de saneamento básico dos indivíduos (forma de tratamento da água, coleta de lixo, energia elétrica, estrutura da casa), condições básicas de um bem-estar da população.

Já o constructo "Condições Econômicas", pela validação verificou-se que pode ser mensurado através: da renda média dos trabalhadores; do número de empresas atuantes; da quantidade de empregos disponibilizados no município e do PIB per capita municipal.

4.3 Realidade social e econômica das microrregiões brasileiras

A partir da validação foram realizadas escalas somadas para cada constructo com o objetivo de observar a realidade social, econômica, de contexto favorável ao controle social e, da saúde nas microrregiões brasileiras, seguindo a divisão microrregional do IBGE. As escalas foram denominadas: Escala de Percepção do Controle Social; Escala de Desempenho da Saúde Pública; Escala da Estrutura do Sistema de Saúde; Escala das Condições de Saúde da População; Escala das Condições Sociais e Escala das Condições Econômicas. Das 558

microrregiões, utilizou-se 556 para a comparação, já que 2 delas apresentaram municípios que estavam ausentes de dados.

Na Tabela 3 é possível observar as estatísticas descritivas das escalas. O coeficiente de variação confirmou as desigualdades existentes entre as microrregiões brasileiras. Quanto à variação dos dados, pôde-se observar que a maior variação ocorreu na escala Condições Econômicas (39,53%), seguida pelas Condições de Saúde da População (29,45%), Estrutura do Sistema de Saúde (27,74%) e Controle Social (24,63%). As menores variações foram as escalas Condições Sociais (16,87%) e Desempenho da Saúde (13,56%).

É importante ressaltar que a média brasileira obtida na Escala Controle Social é bem próxima ao mínimo obtido, mostrando a deficiência de contextos adequados ao Controle Social nas microrregiões brasileiras, assim como observado por Sabioni et al. (2016) no seu estudo acerca do controle social nos municípios mineiros.

A Escala Estrutura do Sistema de Saúde também obteve um coeficiente de variação alto, demonstrando as desigualdades e deficientes estruturas de saúde em determinadas microrregiões. Esse resultado corrobora a pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011) realizado em 2010, em que comprova que o SUS ainda possui muitos problemas quanto ao acesso, sendo que a deficiência de recursos humanos é o ponto que mais precisa ser melhorado.

Tabela 3: Análise descritiva das escalas somadas (%) brasileiras

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coeficiente de Variação (%)
Escala Controle Social	19,48	73,77	36,25	8,93	24,63
Escala Desempenho da Saúde	25,60	81,96	65,47	8,88	13,56
Escala Estrutura do Sistema de Saúde	5,97	31,85	15,32	4,25	27,74
Escala Condições de Saúde da População	5,59	47,34	26,99	7,95	29,45
Escala Condições Sociais	30,64	93,33	72,48	12,23	16,87
Escala Condições Econômicas	5,86	36,33	15,43	6,10	39,53

Fonte: dados da pesquisa

Além disso, utilizou-se a análise de correlações para verificar se as escalas das microrregiões possuem associações. Com a Tabela 4 é possível observar que a maioria das escalas apresentaram correlações significativas entre si, utilizando uma significância de 0,01.

Tabela 4: Análise de correlações (Rô de Spearman) entre as escalas

	Controle Social	Des. da saúde	Est. Sist. Saúde	Cond. Saúde da pop.	Cond. Sociais	Cond. Econ.
Controle Social	1					
Des. da saúde	- 0,064	1				
Est. Sist. Saúde	0,319**	0,485**	1			
Cond. Saúde da pop.	0,439**	0,576**	0,634**	1		
Cond. Sociais	0,661**	0,338**	0,440**	0,599**	1	
Cond. Econ.	0,756**	0,247**	0,564**	0,686**	0,662**	1

Fonte: dados da pesquisa. **Sig 0,01

Assim como colocado por Viacava et al. (2012) o Desempenho de Saúde é influenciado pelas Condições de Saúde da população e pela Estrutura do Sistema de Saúde. Na Tabela 4 há a confirmação dessas relações, obtendo valores de 0,576 e 0,485, respectivamente.

Com a análise também constata-se a associação do Desempenho da saúde com as Condições Sociais e Econômicas. Isso pode ser explicado pelo fato de que um bom conhecimento educacional e uma boa condição financeira leva o indivíduo a cuidar melhor da saúde (vacinação em dia e consultar um médico periodicamente, por exemplo).

Pôde ser observado que as Condições Sociais e Econômicas caminharam positivamente na mesma relação que as Condições de Saúde da População e Estrutura do sistema de saúde. Infere-se, portanto, que populações alfabetizadas e economicamente favorecidas moram geralmente em locais de melhores condições de saúde, com melhores estruturas a oferecer.

Não houve correlação direta significativa entre as escalas Controle Social e Desempenho da Saúde. Utilizando a correlação entre as variáveis dessas duas escalas observou-se que as variáveis Cobertura de Atenção Básica, Cobertura de Atenção Bucal e Razão de exames citopatológicos apresentaram correlação negativa com as variáveis da escala Controle Social. Como dito, os municípios que possuem contextos favoráveis ao controle social são, geralmente, capitais ou municípios muito populosos, portanto, concentram uma alta demanda por serviços de saúde, não conseguindo atender a todos, acarretando a um desempenho não favorável. Fato que pode explicar a ausência de relação direta entre essas escalas.

Porém, o Controle Social obteve relação positiva com a Estrutura do Sistema de Saúde e com as Condições de Saúde da População. Sabe-se que os municípios que possuem melhores estruturas de controle social são de grande porte, portanto, acredita-se que esses municípios são os que concentram a maior parte de consórcios municipais, hospitais de média

e alta complexidade e recebem maiores recursos para investimento nessa área. Esse contexto os tornam aptos a ter boas condições de saúde e boas estruturas. Sendo assim, é possível observar que o controle social possui relação positiva indireta com o Desempenho da Saúde.

Ademais, obtiveram fortes relações entre as Condições Sociais e Econômicas com o Controle Social. Estes apresentaram os maiores níveis de correlação, corroborando com a literatura que diz que cidadãos economicamente mais favorecidos vivem em contextos municipais mais favoráveis ao controle social, portanto são mais propensos à participação (LEIGHLEY, 1995).

Posteriormente, as escalas foram divididas em quatro estratos a partir das suas médias e desvios-padrões, para que se possa obter uma melhor compreensão da realidade das microrregiões nos diferentes constructos trabalhados e para ranquear as microrregiões destaques, ou seja, poder visualizar as consideradas melhores (Grupo 4) e as piores (Grupo 1). Para o Grupo 1 utilizou-se do valor mínimo zero até o valor de um desvio-padrão abaixo da média; para o Grupo 2 utilizou-se de um desvio-padrão abaixo da média até o valor da média, para o Grupo 3, do valor da média até um desvio-padrão acima, e para o Grupo 4, o valor de um desvio-padrão acima da média até o valor máximo 100. Na tabela 5 demonstra-se a quantidade de microrregiões em cada grupo por escalas.

Tabela 5: Caracterização dos grupos por Escalas

Caracterização dos Grupos	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Controle Social	0% - 27,32%	27,33% - 36,25%	36,26% - 45,18%	45,19% - 100%
Nº de Microrregiões	74	252	151	79
Desempenho da saúde	0% - 56,59%	56,60% - 65,47%	65,48% - 74,35%	74,36% - 100%
Nº de Microrregiões	82	148	270	56
Estrutura do Sistema de Saúde	0% - 11,07%	11,08% - 15,32%	15,33% - 19,57%	19,58% - 100%
Nº de Microrregiões	100	195	164	97
Condições de Saúde da População	0% - 19,04%	19,05% - 26,99%	27,00% - 34,94%	34,95% - 100%
Nº de Microrregiões	82	191	189	94
Condições Sociais	0% - 60,25%	60,26% - 72,48%	72,49% - 84,71%	84,72% - 100%
Nº de Microrregiões	86	177	193	100
Condições Econômicas	0% - 9,33%	9,34% - 15,43%	15,44% - 21,53%	21,54% - 100%
Nº de Microrregiões	98	198	158	102

Fonte: dados da pesquisa.

Logo, é possível observar que, em relação a escala controle social, 13,3% das microrregiões englobam o Grupo 1, ou seja, possuem o pior potencial de controle social e cerca de 14,2% se enquadraram no Grupo 4. A que apresentou o melhor potencial de Controle Social foi a microrregião de São Paulo (SP), com uma nota de 76,62, seguidos pelas microrregiões de Vitória (ES) com 68,24% e Bragança Paulista (SP) com, 68,18%. Os valores demonstram um melhor potencial na região sudeste do país.

Para a escala Desempenho de saúde apresentaram-se a maioria das microrregiões no Grupo 2 e Grupo 3, com 74,6% delas, sendo consideradas com médio desempenho de saúde quando comparados a outras microrregiões. As microrregiões destaques dessa escala foram: Seridó Oriental Paraibano (PB), Jales (SP) e Cariri Oriental (PB).

Na escala Estrutura do Sistema de Saúde, 100 microrregiões se enquadraram no grupo de menor estrutura. As piores foram: Alto Solimões (AM), Baixa Verde (RN), Almerin (PA) e; as melhores: Novo Horizonte (SP), Guaporé (RS) e Tabuleiro (SC). Portanto, pode-se observar uma deficiência de estrutura da saúde no norte do país e melhor estrutura no Sudeste e Sul.

A escala Condições de Saúde da População possui algumas peculiaridades. A escala é composta de variáveis de internações de média complexidade, internações de alta complexidade, fraturas, partos normais e óbitos totais. Ou seja, quando essas variáveis apresentarem valores baixos pode-se dizer que a condição de saúde da população é boa, porém, alguns municípios são ausentes de hospitais de média e alta complexidade, portanto, não possuem registros de internações e fraturas. Esse fato explica a presença de municípios pequenos e de baixa condição econômica no Grupo 1, portanto, é a única escala que não se pode denominar se um grupo é melhor ou pior.

Já, na escala Condições Sociais, 100 microrregiões (17,98%) apresentaram-se no Grupo 4, obtendo valores consideráveis (acima de 84,72%). As microrregiões destaques foram: São Paulo (SP), Vitória (ES), Bragança Paulista (SP) e Santos (SP), todas da região sudeste do país, demonstrando que essa região possui as melhores condições sociais quando comparada às outras.

O mesmo ocorreu para a escala Condições Econômicas, no qual das quatro microrregiões destaques, três são da região sudeste: Monções (SP), Osasco (SP) e Macaé (RJ). A outra microrregião destaque é Suape (PE), ocupando a segunda melhor posição. Essa microrregião destaque no nordeste pode ser explicado pelo desenvolvimento econômico do

município de Ipojuca (PE), que possui sua economia voltada para o turismo e é um dos maiores polos industriais de Pernambuco no setor petroquímico.

Através do teste qui-quadrado também foi possível verificar a dependência entre os grupos da escala Desempenho da saúde e as demais escalas, sendo que todas apresentaram significância para o teste ao nível de 0,01.

Buscou-se uma visualização espacial das microrregiões nas escalas Desempenho da Saúde e Controle Social através dos mapas demonstrados nas Figura 2 e Figura 3.

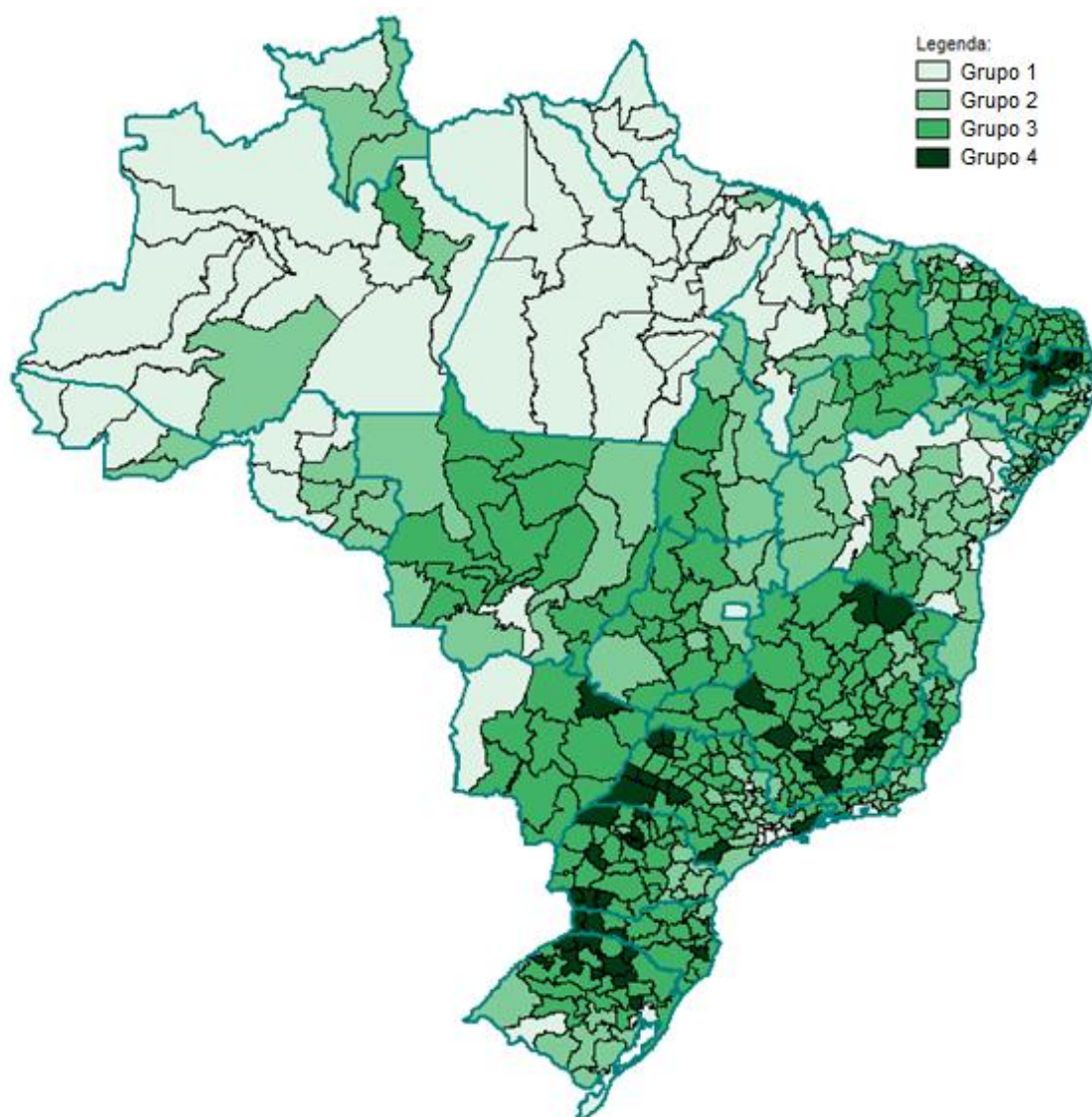


Figura 2: Mapa do desempenho da saúde por microrregiões do Brasil
Fonte: dados da pesquisa

Por meio da observação da Figura 2 é possível analisar como se encontra o desempenho da saúde pública das microrregiões brasileiras, sendo que quanto mais escuro, melhores são essas condições.

Depreende-se que a maioria das microrregiões que apresentaram os menores valores com relação ao Desempenho da Saúde foram as da região norte. Diniz (2002) demonstra que o histórico colonial e o fato de ter ocorrido diversas formas de ocupação da terra, é que levaram o país a desenvolvimentos regionais muito distintos, portanto, refletindo essa distinção no desempenho da saúde. As microrregiões Juazeiro, Euclides da Cunha, Salvador e Valença no Estado da Bahia também obtiveram valores inferiores de desempenho da saúde. Estas microrregiões mesmo possuindo municípios com alto desenvolvimento econômico podem ter se alocado nesse grupo por não ofertarem condições suficientes de saúde que atendam a alta demanda. A microrregião de Brasília está enquadrada no grupo mais claro pois esta não apresenta escala devido a valores ausentes, assim como a microrregião de Fernando de Noronha.

Nota-se ainda que a maioria das microrregiões com melhores desempenho da saúde encontram-se na região sul e sudeste. Além disso, o Estado da Paraíba, na região nordeste, também apresentou bons resultados para essa escala. Mesmo sabendo que o nordeste possui suas peculiaridades socioeconômicas, Paraíba pode ter se encaixado nesse grupo pois os resultados mostram que esse Estado possui uma melhor estrutura de saúde quando comparado a outros Estados dessa região.

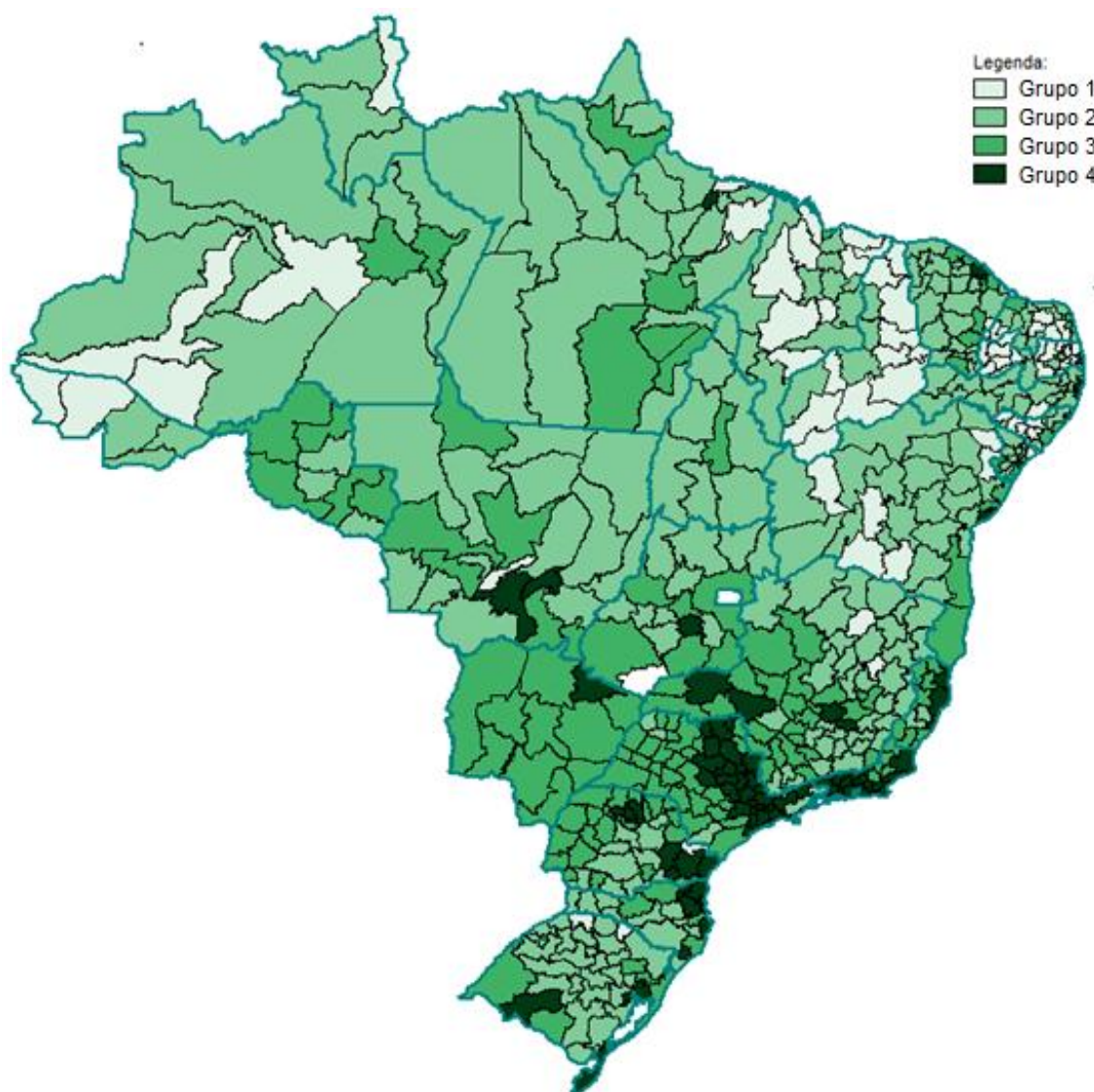


Figura 3: Mapa da escala controle social nas microrregiões brasileiras
 Fonte: dados da pesquisa

Por meio da observação da Figura 3 é possível analisar como encontra-se as condições contextuais de controle social das microrregiões brasileiras, sendo que quanto mais escuro, melhores são essas condições.

É possível notar que as microrregiões do nordeste e algumas do norte foram as que apresentaram menores níveis de controle social. Além disso é possível notar que os Estados de Minas Gerais e Rio Grande do Sul apresentaram desde níveis baixos até níveis altos dessa escala. Em Minas Gerais as microrregiões que alcançaram contextos favoráveis de controle social foram: Belo Horizonte, Ouro Preto, Uberlândia e Araxá. Microrregiões estas também consideradas com alto desenvolvimento econômico. Já as de piores condições contextuais de controle social em MG foram as microrregiões de Grão Mogol e Peçanha, ambas constituídas de municípios de pequeno porte.

Pelo mapa foi possível observar também que houve uma concentração de microrregiões do Grupo 4 na região sudeste, principalmente no Estado de São Paulo. Fato que pode ser explicado pelas boas condições econômicas e sociais desta região. Esse contexto corrobora os estudos que demonstram a influência das condições econômicas, sociais e geográficas na construção de um espaço favorável à participação dos cidadãos, como mostrado por Castro (2003). Como dito anteriormente a microrregião de Brasília está enquadrada no Grupo 1 pois está ausente de valores, assim como a microrregião de Fernando de Noronha

Portanto, infere-se que as microrregiões brasileiras apresentam significantes desigualdades sociais e econômicas, o que reflete em desigualdades na área da saúde. Essas desigualdades são encontradas tanto nas condições de saúde da população, quanto na estrutura oferecida pelo sistema de saúde local. Um exemplo disso é que enquanto algumas microrregiões estão ausentes de estabelecimentos hospitalares e profissionais para atendimento à população, destacado pelas microrregiões do Norte, há outras que possuem uma quantidade bem superior de estabelecimentos *per capita*, como as microrregiões do sudeste.

O mesmo ocorre para níveis contextuais de Controle Social como o caso do Estado de Minas Gerais que possuiu microrregiões enquadradas em todos os grupos. Acredita-se portanto, que em um país de grande dimensão territorial como o Brasil, essas desigualdades ficam mais perceptíveis e mais difíceis de controlar.

Esse contexto fortalece a necessidade de criação e aperfeiçoamento de políticas públicas locais que levam em conta as necessidades de cada região e as diferentes características dos cidadãos brasileiros. Além disso, deve-se prover melhorias nas condições sociais e econômicas da população, acarretando assim, ao desenvolvimento municipal e um ambiente favorável à participação e controle da sociedade, assim como, melhores condições de saúde à população.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou validar diferentes constructos que se relacionam entre si e demonstrar qual a realidade das microrregiões brasileiras nesses contextos. Os resultados demonstram os diferentes aspectos que influenciam o Controle Social, como aspecto demográfico, social, político-institucional, e informacional através de distintas variáveis que influenciam em um contexto municipal favorável ao controle da sociedade nas ações públicas.

Portanto, para que haja uma sociedade mais engajada com as ações públicas, é fundamental que ela tenha antes de tudo uma infraestrutura municipal que a dê o suporte (seja através de mecanismos, legislações e conselhos gestores) e a incentive à participação, disponibilizando dados de fácil acessibilidade e entendimento, para que todos possam usufruir das informações.

Além disso, foi observado que o Desempenho da Saúde Pública, as Condições Estruturais do Sistema de Saúde, assim como as Condições de Saúde da população apresentam fortes relações. Ou seja, para que o Desempenho da Saúde cresça é preciso antes de tudo, avaliar e melhorar as condições básicas da população, como suas habitações e saneamento básico (tratamento de água, coleta de lixo e energia elétrica), além de oferecer melhores estruturas no sistema de saúde, como recursos humanos (maior número de médicos e especialistas) e estabelecimentos.

Constatou-se também que não houve correlação direta entre o Controle Social e o Desempenho da Saúde Pública. Porém, o Controle Social obteve relação positiva com a Estrutura do Sistema de Saúde e com as Condições de Saúde da População, ou seja, possui relação positiva indireta com o Desempenho da Saúde, reafirmando a importância do engajamento da população para ações públicas mais efetivas.

Ademais, foi possível observar as desigualdades regionais expostas no país, demonstrando a necessidade de criar políticas e ações que interfiram na base estrutural do bem-estar dos indivíduos, principalmente para as microrregiões da região Norte, que apresentaram valores inferiores para a maioria das escalas. Atenção válida também para a região Nordeste, que obteve estados com baixo nível de condições de saúde, sociais e econômicas.

Portanto, com uma melhoria nos aspectos sociais e econômicos entende-se que haverá uma sociedade mais conhecedora de seus direitos e mais engajada com as ações governamentais. Consequentemente, acarretará em melhorias nas condições da saúde pública ofertada, e em uma população mais saudável.

A limitação do trabalho está em não possuir uma análise histórica desses constructos em um período de tempo devido a ausência de dados recentes. Propõem-se para trabalhos futuros, uma comparação dos municípios, separando-os em grupos ou em clusters, conforme seu desenvolvimento econômico e social e; uma análise qualitativa para confirmação das relações estabelecidas.

ARTIGO 2

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS COMO INFLUENCIADORAS DO DESEMPENHO DA SAÚDE PÚBLICA E DO CONTROLE SOCIAL

Resumo:

A Constituição de 1988, também denominada Constituição Cidadã, trouxe para o Brasil o fortalecimento de instrumentos de participação e controle social. Com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS - a saúde tornou-se universal e sua gestão descentralizada. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo verificar se as condições sociais e econômicas dos municípios brasileiros influenciam no contexto municipal de controle social e no desempenho da saúde pública. Para alcance dos objetivos, utilizaram-se dados de 5269 municípios brasileiros, e como métodos: a análise fatorial confirmatória para validação dos constructos estudados; a análise fatorial exploratória para obtenção dos fatores e escores fatoriais utilizados na construção de índices; a criação de índices para determinar a hierarquização dos municípios em cada constructo estudado e; o teste qui-quadrado para observar relações de dependência entre os índices criados. Os resultados do estudo indicaram que fatores sociais e econômicos são importantes tanto para um melhor contexto de controle social municipal quanto para aperfeiçoamento do desempenho da saúde pública brasileira. É necessário, portanto, que o governo invista primeiramente em aspectos de saneamento básico local, reduzindo assim, meios que possam servir de proliferação de doenças à população. Além disso, investimento na educação, criando uma sociedade mais atenta às prevenções de doenças e mais cuidadosa com a própria saúde. Portanto, com um aperfeiçoamento nos aspectos socioeconômicos entende-se que haverá uma sociedade mais conhecedora de seus direitos e mais engajada com as ações governamentais. Conseqüentemente, acarretará em melhorias no desempenho da saúde pública.

Palavras-chaves: controle social; desempenho da saúde; análise fatorial

1 INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988, também denominada Constituição Cidadã por ter como principal objetivo a restauração da democracia, adotou para o Brasil uma forma de Estado que eleva o município à condição de ente federativo dotado de autonomia política, legislativa e competências próprias (FABRIZ, 2010; SANTOS, 2017), sendo inclusive, o federalismo

brasileiro, o qual ocorre em três níveis, considerado uma inovação no cenário internacional (MAGALHÃES, 2013).

Dessa forma, com o processo de descentralização das políticas advindo do federalismo, os municípios se veem diante de alguns desafios e necessidades como a capacitação para a execução de determinadas tarefas, conhecimentos para desenvolver ações públicas, bem como os recursos financeiros para cumprimento de suas responsabilidades (MARGOTTO e CRUZ, 2016).

Acredita-se que ao descentralizar o poder em nível local para os municípios, atribuindo autonomia política para os mesmos, criam-se condições para ações mais efetivas e orientadas para as necessidades dos pertencentes a um determinado território municipal. Entretanto, para que a efetividade das ações políticas sejam de fato verificada, é preciso que elementos associados ao exercício da democracia, da participação e controle social sejam desenvolvidos (ALMEIDA, 2012).

A participação torna-se então, um meio para que a sociedade civil construa uma democracia efetiva, representando os interesses do coletivo e tornando-se um espaço de diálogo, tolerância e reconhecimento. A participação efetiva portanto, traz consigo importantes aspectos para a administração pública, como o controle dos serviços prestados, melhor qualidade nesses serviços, eficiência nos gastos públicos, além de mostrar-se eficiente na elaboração de políticas públicas locais (CICONELLO, 2008; MILANI, 2008).

Sendo assim, torna-se importante: verificar se as condições sociais e econômicas influenciam o contexto municipal de controle social e o desempenho da saúde pública; assim como, observar relações entre o controle social e o desempenho da saúde pública nos municípios brasileiros. Sendo assim, o estudo trabalha com as hipóteses de que boas condições socioeconômicas são influenciadoras do controle social de um município e do desempenho da saúde pública e; que um contexto municipal favorável ao controle social aperfeiçoa o desempenho da saúde pública brasileira. e; que o controle e monitoramento da sociedade perante às ações públicas possibilitam desenvolver melhores condições econômicas e sociais.

Esse tipo de pesquisa justifica-se pela ausência de estudos que correlacionam a influência do controle social no desempenho da saúde pública brasileira no aspecto quantitativo. Já que, com a mensuração dos constructos do estudo (Controle Social, Desempenho da saúde, Estrutura do Sistema de Saúde, Condições de Saúde da População, Condições Econômicas e Condições Sociais) é possível demonstrar em quais níveis nestes

aspectos encontram-se os municípios brasileiros. Além disso, disponibilizar tais mensurações para que a sociedade controle e cobre do poder público ações de melhorias nas áreas e municípios com maiores necessidades.

Além dessa seção introdutória, organizou-se uma revisão de literatura contemplando aspectos importantes do Controle Social e dos influenciadores do Desempenho da saúde pública. Posteriormente, uma explanação sobre os procedimentos metodológicos e os resultados do estudo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Origem do Controle Social e sua relevância para as ações públicas

A participação tem origem em diversos contextos: nos manuais das agências internacionais de cooperação, em programas de reforma do Estado e políticas descentralizadoras e, em governos locais que usam a participação como meio de inovação. Surgiu principalmente através de movimentos de reivindicação, como os associados à discussão dos trabalhadores rurais sem-terra, à administração de políticas urbanas, e à educação popular (MILANI, 2008).

O contexto histórico da participação no Brasil se inicia na mobilização da sociedade perante a ditadura militar, tendo como referência a Teologia da Libertação e a Educação Popular, de Paulo Freire. Processos educativos junto a grupos da sociedade eram feitos com o objetivo de gerar a consciência cidadã. Além dos sujeitos políticos (ONGs, movimentos sociais e sindicatos) foi a ala progressista da Igreja Católica, por meio das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), que alavancou as experiências participativas das décadas de 1970 e 1980. As CEBs induziram a união de trabalhadores em sindicatos, a criação do Partido dos Trabalhadores (PT) e a formação de associações de desenvolvimento e de defesa de direitos. Paralelo a esses acontecimentos surgiam nos centros urbanos associações de moradores e de bairros, reivindicando serviços públicos, como água, saneamento básico, transporte, escola e saúde (CICONELLO, 2008).

Mas, a partir da Constituição de 1988 que o engajamento cidadão e o controle social se tornam elementos centrais no Brasil, estimulando a participação cidadã em vários momentos: nas decisões de políticas públicas; na participação direta do povo em assuntos de saúde, previdência social, assistências públicas, criança e adolescente e, educação. Além disso, com o Estado Democrático de Direito, o sistema político concede ao povo o direito de participação

no processo de elaboração da vontade pública. (MILANI, 2008; MENDES; BARBOSA e RODRIGUES, 2009).

Abramovay, Magalhães e Schroder (2010) revelam que no contexto brasileiro, a saúde, a educação e a gestão ambiental são os campos em que mais abordam trabalhos que veem esperanças no engajamento cidadão como um meio para alavancar a gestão pública na América Latina.

Porém, acredita-se que há uma defasagem entre o ideal democrático e a real democracia efetiva no país. Para que haja então um efetivo engajamento e controle da sociedade nas ações públicas é preciso que o município, onde os cidadãos estão inseridos, ofereçam espaços e contextos que sejam adequados para uma participação duradoura e um controle efetivo. De acordo com o estudo de Sabioni et al. (2016) , o contexto adequado dos municípios de Minas Gerais contribuem para a criação de um ambiente favorável ao controle social. Para os autores, os aspectos contextuais que estão relacionados com a favorabilidade do controle social incluem: condicionantes sociais, econômicas, demográficas, políticas e institucionais. Para os condicionantes socioeconômicos os autores utilizaram variáveis de educação e renda. Já para condicionantes demográficos optaram pela taxa de urbanização e quantidade de usuários de internet. Por fim, e não menos importante, o aspecto político-institucional avaliado através de quantidade de empresas, organizações sem fins-lucrativos, emprego, partidos políticos e legislações municipais.

Outros autores, como Hong (2015) enfatizam o ambiente governamental como influenciador do engajamento cidadão, podendo ser analisado por meio do partido político atuante, presença do orçamento participativo, orçamento com infraestrutura pública, e organizações da sociedade civil. Já Leighley (1995) e Baiocchi (2001) demonstram que aspectos econômicos da população possuem grande influência no nível de participação.

A participação e controle social geram um novo vínculo entre Estado e Sociedade, fortalecendo ainda mais o sistema democrático. Na saúde, a participação gera negociação entre os que representam e os cidadãos, fazendo com que estes contribuam no aperfeiçoamento e monitoramento das ações na área, já que estão envolvidos diretamente com o sistema e são os maiores conhecedores de suas necessidades (ROLIM, CRUZ e SAMPAIO, 2013).

2.2 Os influenciadores do Desempenho da saúde

A Reforma Sanitária de 1970 e a 8ª Conferência Nacional de Saúde alavancaram a participação social dos serviços de saúde. Posteriormente com a criação do SUS houve uma consolidação da participação e controle social nessa área. O controle social e a participação atual na saúde é exercida principalmente através dos Conselhos e Conferências de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Conforme a Lei nº 8.142/1990, o Conselho Nacional de Saúde caracteriza-se pela sua atuação permanente e pelo poder de deliberação, sendo obrigatório sua presença nos municípios para que estes recebam recursos da União. De acordo com o regimento interno, o Conselho tem a responsabilidade de exercer o controle social; desempenhar seu papel na formulação e controle da política pública de saúde; controlar as ações de setores privados; participar da elaboração do cronograma de transferências da União; auxiliar o desenvolvimento científico em saúde e criação de cursos superiores na área; em suma, ajudar no fortalecimento do controle social no SUS.

Sabe-se que o Desempenho de saúde é um tema complexo que depende não somente de um simples resultado, mas há uma infinidade de condições que levam a um bom desempenho de um sistema, sendo eles fatores sociais, econômicos, condições básicas de saneamento, prevenção, orçamento, infraestrutura, acessibilidade e demais aspectos. Acredita-se também que o engajamento e o controle social possuem fortes influências para aperfeiçoamento do desempenho da saúde pública.

Condicionantes sociais se apresentam também como grandes influenciadores. Conforme exposto pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (BRASIL, 2008) e por Victoria (2001), é necessário uma melhoria nas condições de vida de uma população para que se diminuam número de mortes e suas causas. Essas condições da população incluem: acesso à educação, bens, serviços e renda. Ainda nesse aspecto, de acordo com Malta e Duarte (2007), taxas de mortalidades são bons indicadores de avaliação do desempenho de serviços de saúde, já que mortes evitáveis variam, em alguma magnitude, conforme a qualidade dos serviços de saúde disponibilizados.

O aspecto acessibilidade também é considerado um elemento importante para se avaliar o desempenho e a qualidade da saúde pública (DONABEDIAN, 1996). De acordo com Arakawa et al. (2011) a acessibilidade pode ser separada nos seguintes aspectos: acessibilidade organizacional, acessibilidade econômica e acessibilidade geográfica. A acessibilidade organizacional indica os obstáculos enfrentados nas organizações de saúde, que

podem ser analisados através dos indicadores: falta de medicamento durante o tratamento; espera média por consulta médica, facilidade de marcação de consultas, visita domiciliar, oferta de vale-transporte e cesta básica. Já a acessibilidade econômica representa os gastos com recursos, tempo e energia para oferecimento da assistência da saúde, e por fim, a acessibilidade geográfica que associa a distância geográfica entre os serviços disponíveis e a população.

A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por meio do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de saúde - PROADESS, criou a Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. A Matriz foi construída para o contexto brasileiro, embasada em experiências de avaliação de saúde do Canadá, Austrália e Inglaterra. Sendo assim, propõem que a avaliação seja feita com base no contexto político, social e econômico do país.

De acordo com a Matriz, para os indicadores determinantes da saúde devem-se utilizar de variáveis ambientais que incluam fatores físicos, químicos e biológicos que agravam a saúde; variáveis socioeconômicas e demográficas; variáveis comportamentais e biológicas como crenças, práticas, atitudes e comportamentos individuais. Para avaliar as condições de saúde da população empregam-se variáveis que analisam a morbidade, como doenças e traumas que acometem os indivíduos; o estado funcional, como limitações cotidianas; a qualidade de vida e; taxas de mortalidade. A estrutura do sistema de saúde oferecido também deve ser incluso na análise, para isso, fazem uso de variáveis que monitoram os recursos humanos, físicos e financeiros de um sistema. Por meio desses diferentes aspectos, portanto, é possível analisar o Desempenho da saúde brasileiro (VIACAVA et al., 2012).

Ainda nesse aspecto, os mesmos autores argumentam que "...a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde é desejável e promissora, podendo constituir-se num poderoso instrumento de monitoramento das políticas" (VIACAVA et al., 2004, p.712) Portanto, para que haja um melhor desempenho da saúde é imprescindível o monitoramento e o controle dos cidadãos nessas políticas públicas.

3 METODOLOGIA

Para alcance dos objetivos do estudo foram tomados 5269 municípios brasileiros. As variáveis selecionadas para análise podem ser observadas no Apêndice A, Apêndice B, Apêndice C, Apêndice D, Apêndice E e Apêndice F. Portanto, utilizou-se como métodos a

análise fatorial confirmatória, a análise fatorial exploratória, a criação de índices, e o teste qui-quadrado, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1: Técnicas usadas para cada objetivo do estudo

Técnicas	Objetivo
Análise fatorial confirmatória	Confirmar os constructos estudados: controle social; desempenho da saúde; estrutura do sistema de saúde; condições de saúde da população; condições sociais; condições econômicas.
Análise fatorial exploratória	Obter os fatores e escores fatoriais para utilização da construção dos índices.
Índices	Determinar a hierarquização dos municípios em cada constructo estudado, destacando os melhores e piores.
Teste qui-quadrado	Observar relações de dependência entre os índices criados.

Fonte: elaborado pelos autores

A análise fatorial confirmatória tem por objetivo testar uma teoria pré-concebida com base em dados mensuráveis, ou seja, o quão bem uma quantidade de variáveis explicam um constructo (HAIR, 2009). Para validação da análise são utilizados indicadores como os ressaltados por Hair (2009). Para o estudo, empregaram-se os indicadores para a validação do conjunto proposto por Acock et al. (2013). Para as medidas absolutas de ajustamento utilizou-se o teste de *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). Para as medidas comparativas de ajustamento, que possui a finalidade de comparar o modelo proposto com o modelo nulo (*null model*), utilizaram o teste de *Tucker-Lewis Index* (TLI) e *Comparative Fit Index* (CFI). Para as medidas de parcimônia, foi executado o teste de raiz quadrada da média dos quadrados dos erros de aproximação (SRMR).

Já a análise fatorial exploratória possui a finalidade de agrupar variáveis que influenciam nos constructos trabalhados pela confirmatória, obtendo assim, escores fatoriais para utilização da construção dos índices. A análise fatorial exploratória é uma técnica de análise multivariada que busca descrever um conjunto de variáveis originais através da formação de um número menor de dimensões ou fatores. A análise presume que altas correlações entre variáveis geram combinações que configuram os fatores (dimensões de variabilidade comum). Ou seja, a presença do fator explica a correlação em determinado grupo de variáveis. Ao desvendar os fatores, simplifica-se estruturas complexas de relacionamento (CORRAR, PAULO e DIAS FILHO, 2007).

Posteriormente, criaram-se índices a partir dos fatores resultantes da análise fatorial exploratória. Por fim, utilizou-se o teste qui-quadrado para observar relações entre os índices. As análises foram realizadas com o auxílio dos *Softwares Statistic Package for Social Science* (SPSS) e Microsoft Office Excel 2007.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Descrição dos dados

A Análise descritiva dos dados pode ser observada na Tabela 2. Para todas as variáveis foram utilizados um total de 5269 observações. A análise foi realizada em *cross section* considerando o ano de 2012.

Tabela 2: Análise descritiva das variáveis

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coef. Variação (%)
Controle Social*					
Taxa de urbanização	4,18	100,00	63,69	21,82	34,26
Núm. de usuários de internet fixa	1,26	3025,13	368,00	397,77	108,08
Núm. conselhos gestores	1,00	14,00	6,63	2,11	31,83
Núm. de Legislações Municipais	0,00	21,00	6,08	4,19	68,91
Núm. de partidos políticos	2,00	29,00	13,62	5,59	41,04
Mecanismos municipais	0,00	11,00	4,63	1,49	32,18
Taxa de Pessoal ocupado	8,21	9857,93	1495,18	1119,97	74,90
Desempenho da saúde					
Prop. Gestantes com pn/acomp.	10,31	100,00	87,00	11,64	13,38
Prop. gest com vac em dia/acomp.	59,94	100,00	97,61	3,36	3,44
Rz exame citopatológico	0,00	3,68	0,68	0,36	52,94
Cob. equipes atenção básica	0,00	100,00	87,41	20,67	23,64
Cob. equipes saúde bucal	0,00	100,00	80,08	26,34	32,89
N.v. consulta pré-natal	5,30	100,00	63,66	18,86	29,63
Estrutura do sistema de saúde					
Prop. Estab. Amb. méd. complexidade	0,00	44,42	7,17	5,64	78,66
Num. de equip. disponíveis	0,79	101,98	17,73	12,97	73,56
Enfermeiro	0,00	29,62	6,31	3,15	49,92
Clínico Geral	0,00	21,77	2,90	2,84	97,93
Bioquímico/farmacêutico	0,00	17,25	1,99	1,86	93,47
Fisioterapeuta	0,00	19,25	2,13	2,04	95,77
Odontólogo	0,00	25,27	4,78	3,04	63,60
Condições de saúde da população					
Taxa Óbitos totais por residência	8,08	140,43	60,33	17,80	29,50
Prop. Partos não normais	3,72	100,00	55,97	18,67	33,36
Taxa int. fratura fêmur	0,00	171,15	18,01	18,41	102,22
Taxa int. med. comp.	0,05	18,63	4,47	2,15	48,10
Taxa int. alta comp.	0,00	22,64	2,95	2,42	82,03
Condições Sociais					
Fam. ac. água rede pública	0,07	100,00	68,90	22,47	32,61
Fam. ac. lixo coletado	0,24	100,00	68,46	23,74	34,68
Fam. ac. casa tijolo	0,03	100,00	80,46	24,37	30,29

Fam. ac. energia elétrica	27,38	100,00	94,60	8,58	9,06
Ideb	0,00	6,40	3,78	1,03	27,25
Condições Econômicas					
Num. salário de trabalhadores	0,00	7,50	1,90	0,56	29,47
Pib per capita municipal	848,60	257618,28	15232,88	15642,05	102,68
Taxa Saldo emprego	4,66	8957,81	1361,92	1000,73	73,48
Taxa empresas atuantes	8,84	1431,90	223,15	158,77	71,15

Nota: *A variável Taxa de Urbanização é referente ao ano de 2010, pois não havia dados disponíveis para 2012. Para o IDEB, os anos mais próximos disponíveis são 2011 e 2013, porém, preferiu-se pelo de 2011 por conter maior número de dados presentes nas observações.

Fonte: dados da pesquisa

Em relação ao constructo Controle Social, a variável "Núm. de Legislações Municipais" apresentou valor mínimo igual a zero, mas esse valor não indica, necessariamente ausências de legislações, e sim, que não apresentou nenhuma legislação dentre as estudadas, conforme indicado no Apêndice A.

No constructo Estrutura do Sistema de Saúde as variáveis "Enfermeiro", "Clínico Geral", "Bioquímico e Farmacêutico", "Fisioterapeuta" e "Odontólogo" os valores mínimos iguais a zero podem indicar a ausência de cadastros destes no determinado município. Sabendo-se que o sistema de saúde age principalmente por meio de microrregiões e consórcios, há profissionais que trabalham simultaneamente em mais de um município.

Já para o IDEB, no constructo Condições Sociais, o valor zero refere-se aos municípios que não se enquadraram no requisito do indicador, portanto, receberam tais notas. Os principais requisitos para que o a escola do município se enquadre são: realização da Prova Brasil e Saeb; prestação de informações sobre a prova ao censo escolar e; número de alunos que participaram da Prova Brasil superior a dez ou que obtiveram cinquenta por cento de seus alunos matriculados na série em avaliação (FERNANDES, 2007).

Por meio da análise descritiva foi possível verificar os distintos contextos que se apresentam os municípios do Brasil. Nota-se, a título de exemplo, a grande porcentagem de variação na variável "Núm. de usuários de internet fixa" (108%) e "Taxa de pessoal ocupado" (74,9%) no quesito Controle Social, demonstrando a relevância dessas variáveis no constructo.

No tocante ao Desempenho da saúde observou-se a variável "razão de exames citopatológicos" como a de maior variação (52,9%). Já, a quantidade de "clínico geral" (97,9%) foi o fator de maior variabilidade com relação a Estrutura do Sistema de Saúde. Esse contexto expõe a ausência de realização de exames e profissionais em determinados municípios.

Além disso, a "Taxa de internação por fratura no fêmur" obteve uma variação de 102,2%, nas Condições de Saúde da População, mais uma vez, reforçando a baixa estrutura em alguns municípios e a boa estrutura em outros, já que para ocorrer internações também é preciso disponibilização de leitos em hospitais.

Com relação às condições sociais, o quesito "fam. ac. lixo coletado" se destacou em variação (34%), demonstrando ainda a precariedade de saneamento básico em certas residências. Para as Condições Econômicas o "PIB per capita municipal" foi o destaque do constructo, obtendo uma variação de 102,6%. Conforme Hirschman (1960), o desenvolvimento da economia não acontece em proporções iguais em todas as regiões de um país, mas sim, restrito a locais específicos.

4.2 O Controle Social e o Desempenho da Saúde Pública nos municípios brasileiros

Os constructos em estudo foram testados para confirmar se as variáveis utilizadas são consistentes para mensuração dos eventos. Para esse fim, utilizou-se a análise fatorial confirmatória. Na Tabela 3 é possível observar os índices de ajustamento para cada constructo. Constatou-se, que todos os modelos apresentaram confiabilidade, podendo tais variáveis serem representativas dos constructos em estudo. O RMSEA do constructo Estrutura do Sistema de Saúde apresentou valor acima do desejável (0,080) como exposto por Hair (2009). Já, de acordo com Marôco (2007) o ajustamento só é inapropriado quando a estimativa pontual é superior a 0,10, sendo portanto, possível sua utilização.

Tabela 3: Índices de ajustamento dos modelos

Critérios	Parâmetros Desejáveis	Controle Social	Desempenho da Saúde	Estrutura do sist. de saúde	Condições de saúde da pop.	Condições Sociais	Condições Econômicas
CFI	≥0,800	0,981	0,984	0,904	0,998	0,984	1,000
TLI	≥0,900	0,950	0,953	0,833	0,996	0,959	0,999
SRMR	≤0,080	0,023	0,028	0,052	0,007	0,024	0,003
RMSEA	≤0,080	0,079	0,066	0,093	0,017	0,072	0,017

Fonte: dados da pesquisa, e parâmetros com base em Hair Jr. et al. (2009), e Marôco (2010) Acock (2013).

Após a análise confirmatória foram realizados índices para cada constructo com o intuito de observar a realidade social, econômica, de contexto favorável ao controle e, da saúde dos municípios brasileiros. Para criação dos índices aplicou-se a análise fatorial exploratória com decomposição em componentes principais para a obtenção dos fatores e escores fatoriais. Na Tabela 4 é possível observar os valores do teste de adequação de amostragem KMO para a análise nos diferentes constructos. Sendo que o KMO quanto mais

próximo de 1, melhor. Já as comunalidades correspondem a proporção da variância de cada variável analisada, ou seja, assinalam as variáveis mais representativas dos componentes.

Tabela 4: Testes da análise fatorial exploratória

Critérios	Parâmetros Desejáveis	Controle Social	Desempenho da Saúde	Estrutura do sist. de saúde	Condições de saúde da pop.	Condições Sociais	Condições Econômicas
KMO	>0,600	0,834	0,688	0,771	0,772	0,713	0,738

Fonte: dados da pesquisa.

O constructo Controle Social apresentou o maior valor de adequação, 0,834, que resultou em dois fatores que respondem 65,50% das variáveis do constructo. O fator 1 denominado "**Urbanização e Emprego**" engloba as variáveis "Taxa de pessoal ocupado", "Núm. de Usuários de Internet Fixa" e "Taxa de Urbanização". Esse fator explica 34,88% da variância das variáveis originais, enquanto que o fator 2, denominado "**Mecanismos Institucionais**", composto pelas variáveis "Num. de Partidos Políticos", "Mecanismos Municipais", "Conselhos Gestores", e "Legislações Municipais" explica 30,62%. As variáveis mais representativas conforme suas comunalidades foram "Taxa de Pessoal Ocupado" e "Num. de Usuários de Internet Fixa", ou seja, duas variáveis que como mostrado pela literatura (CHAUI, 1993; ASSIS e VILLA, 2003) possuem grande influência no controle social. Já que, possuindo um emprego e com acesso aos dados disponíveis pela rede (internet), o indivíduo estará mais atento e mais próximo das ações públicas.

O constructo Desempenho da Saúde obteve uma adequação KMO de 0,688, resultando também em dois fatores. O primeiro foi denominado "**Acompanhamento ao paciente**" integrado pelas variáveis "Prop. Gestantes ac. com PN", "Nasc.Vivos consulta PN", "Prop. Gestantes ac. com vacinação em dia" e "Rz. exame citopatológico". Esse fator explica 35,16% da variância. Já o segundo fator intitulado "**Cobertura de Atenção**" engloba as variáveis "Cob. equipes saúde bucal" e "Cob. equipes atenção básica", explicando 27,86%. Juntos os fatores respondem por 63,02% das variáveis desse constructo. As comunalidades apresentaram as variáveis do segundo fator como as mais representativas, isto é, demonstram a importância das coberturas de equipes, tanto da atenção básica quanto da saúde bucal, para o desempenho da saúde pública. Uma população bem acompanhada utiliza-se da medicina preventiva, portanto, seus indivíduos são mais saudáveis, promovendo assim, menor demanda de pacientes em estabelecimentos de saúde, melhorando seu desempenho.

Além disso, o constructo Estrutura do Sistema de Saúde exibiu uma adequação de 0,771, apontando a presença de dois fatores. O fator 1 designado "**Recursos Humanos**", integrado pelas variáveis "Fisioterapeuta", "Odontólogo", "Enfermeiro", "Bioquímico/Farmacêutico" e "Clínico Geral", explicou 35,30% da variação. Já o fator 2,

intitulado "**Equipamentos e Estabelecimentos**" composto pelas variáveis "Núm. de equipamentos disponíveis" e "Prop. Estab. Amb. média complexidade" resultou em 18,81%. No total, os fatores explicaram 54,11% das variáveis desse constructo. As variáveis mais representativas conforme suas comunalidades foram as do fator 2, referentes a equipamentos e estabelecimentos disponíveis no sistema de saúde para uso da população.

Já, os constructos Condições de Saúde da População, Condições Sociais e Condições Econômicas mantiveram-se em apenas um fator cada, sendo então mantidas suas nomeações. No constructo Condições de Saúde da População, as variáveis de maior comunalidades foram "Taxa int. alta complexidade" e "Taxa óbitos totais por residência". Já no constructo "Condições Sociais" as de maior valores foram "fam. ac. lixo coletado" e "fam. ac. água rede pública". Por fim, para as Condições Econômicas a variável de maior comunalidade foi a "Taxa saldo emprego", demonstrando a importância de disponibilidade de emprego para a economia de um município.

Todos os constructos apresentaram valores significantes, a menos que 1%, para o teste de esfericidade de Bartlett, assim sendo, rejeita-se a hipótese nula de que a matriz de correlações é igual a matriz identidade.

4.3 Resultado dos Índices

Antes de agregar os fatores nos índices criados, foram feitas reparametrizações a partir do menor e maior valor observado para os escores fatoriais associados aos municípios brasileiros, por meio da equação

$$F_{ij} = \frac{(F - F_{min})}{(F_{max} - F_{min})}$$

em que F_{min} e F_{max} são os valores máximo e mínimo observados para os escores fatoriais associados aos municípios.

Posteriormente, multiplicou-se os valores pelas suas cargas fatoriais, fez-se as médias dos fatores e por fim, multiplicou-se os valores por 100 para se obter uma porcentagem de comparação. Com isso, obteve-se o valor total de cada índice. Os índices foram denominados: "IPCS - Índice de Percepção do Controle Social", "IDSA - Índice de Desempenho da Saúde Pública", "IESS - Índice da Estrutura do Sistema de Saúde", "ICSP - Índice das Condições de Saúde da População", "ICSO - Índice das Condições Sociais" e "ICEC - Índice das Condições Econômicas".

O IPCS é uma *proxy* que retrata o potencial de participação dos cidadãos no controle social com base nos fatores "Urbanização e Emprego" e "Mecanismos Institucionais". Já o

IDSA demonstra qual o nível de desempenho da saúde pública tendo como referência o "Acompanhamento ao Paciente" e a "Cobertura de Atenção". O IESS mensura a estrutura do Sistema de Saúde com base na presença de "Recursos Humanos", "Equipamentos e Estabelecimentos". O ICSP demonstra numericamente as condições de saúde da população de determinado município tomando como eixo número de óbitos, internações e fraturas. Já o ICSO apresenta as condições sociais da população no quesito habitacional, saneamento e educação. Por fim, o ICEC demonstra as condições econômicas conforme o PIB, salários e empresas atuantes.

Na tabela 5 apresentam-se as estatísticas descritivas dos índices. Por meio do coeficiente de variação é possível observar as desigualdades existentes entre os municípios brasileiros. Quanto à variação, pôde-se observar que o maior coeficiente de variação ocorreu no índice ICEC (49,85%), demonstrando a grande variação econômica que ocorre nos municípios. Seguido pelos índices IESS (43,88%), ICSP (36,03%), IPCS(35,60%), ICSO (21,93%) e o de menor variação foi o IDSA (14,71%).

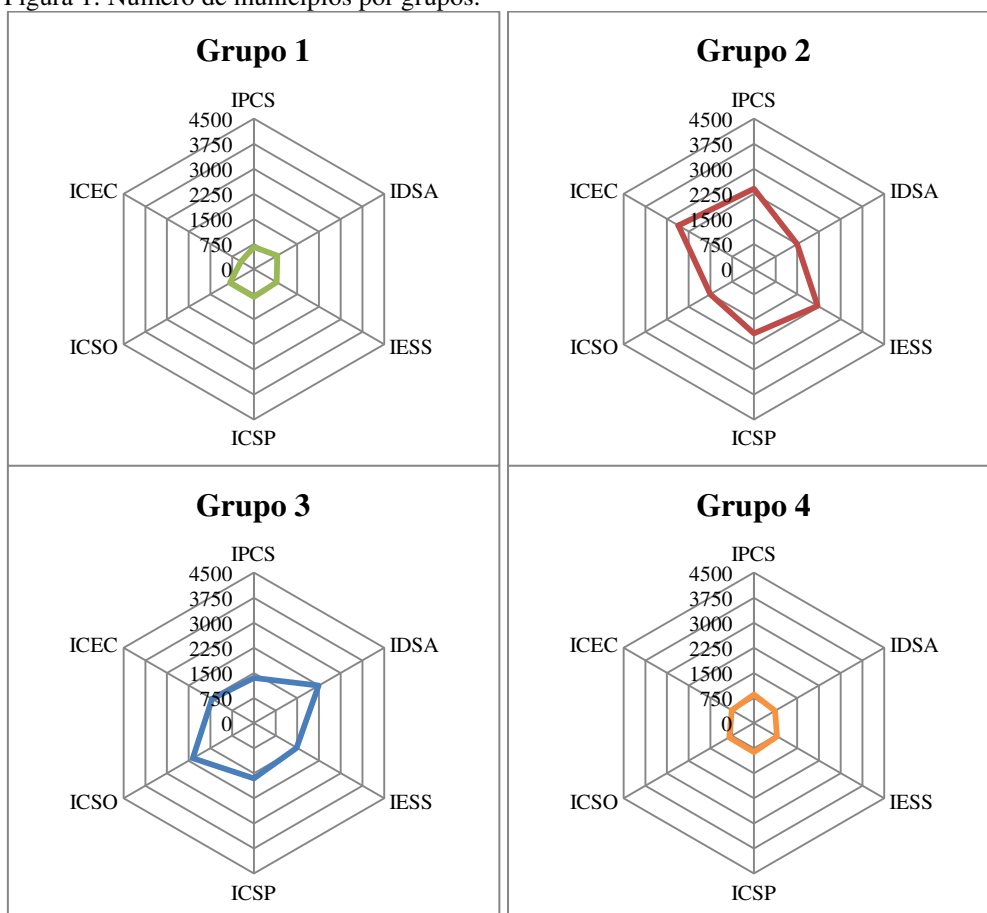
Tabela 5: Análise descritiva dos índices (%) segundo os municípios brasileiros

Índices	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coeficiente de Variação (%)
IPCS	10,88	92,35	32,80	11,69	35,60
IDSA	7,02	96,34	68,31	10,05	14,71
IESS	4,10	82,97	22,99	10,09	43,88
ICSP	0,00	100,00	34,88	12,57	36,03
ICSO	0,00	100,00	73,58	16,14	21,93
ICEC	0,00	100,00	20,10	10,02	49,85

Fonte: dados da pesquisa.

Para melhor compreensão e visualização dos índices optou-se por dividi-los em quatro estratos tomando por base a média e desvio-padrão de cada um. O Grupo 1 representa os de menores valores, enquanto o Grupo 4, os de maiores. Por meio da Figura 1 nota-se a distribuição dos municípios em cada grupo. Foi possível observar a predominância de municípios no Grupo 2 e Grupo 3, sabendo-se que para cada índice há um limite inferior e superior diferente dos demais, conforme demonstrado pela Tabela 6.

Figura 1: Número de municípios por grupos.



Fonte: dados da pesquisa

Na Tabela 6 demonstra-se o número total de municípios enquadrado em cada índice por grupo, além da média de suas variáveis mais representativas em cada um dos quatro estratos analisados

Tabela 6: Caracterização dos grupos por índice

Caracterização dos Grupos	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
IPCS	0% - 21,11%	21,12% - 32,80%	32,81% - 44,49%	44,50% - 100%
Nº de Municípios	663	2402	1351	853
Taxa de Pessoal Ocupado	482,67	880,31	1687,82	3318,19
IDSA	0% - 58,26%	58,27% - 68,31%	68,32% - 78,36%	78,37% - 100%
Nº de Municípios	806	1493	2238	732
Cob. equipe atenção básica	66,74	77,43	88,27	99,10
IESS	0% - 12,9%	13,00% - 23,09%	23,10% - 33,08%	33,09% - 100%
Nº de Municípios	786	2204	1476	803
Equipamentos disponíveis	10,11	15,24	18,35	25,99
ICSP	0% - 22,31%	22,32% - 34,88%	34,89-47,46%	47,47% - 100%
Nº de Municípios	833	1923	1649	864

Internação alta complexidade	0,85	1,74	3,33	6,34
ICSO	0% - 57,44%	57,45% - 73,58%	73,59%-89,73%	89,74% - 100%
Nº de Municípios	824	1497	2103	845
Fam. com coleta de lixo	35,02	53,39	72,93	96,47
ICEC	0% - 10,08%	10,09% - 20,10%	20,11% - 30,13%	30,14% - 100%
Nº de Municípios	453	2607	1447	762
Taxa Saldo Emprego	416,10	776,36	1604,15	3059,99

Fonte: dados da pesquisa.

Por meio da separação em estratos foi possível observar que no índice IPCS, a maioria dos municípios apresentaram-se no Grupo 2 e Grupo 3, sendo constatado que 71,1% dos municípios se enquadraram nesses grupos, que representam um nível médio-baixo e médio-alto de contexto favorável ao controle social. Contata-se também que a diferença entre a proporção de pessoal ocupado dos municípios do Grupo 1 é 7 vezes menor quando comparada com o Grupo 4. Dentre os 10 primeiros municípios classificados como alta favorabilidade à atuação cidadã, 7 deles são capitais dos estados e todos são da região Sul e Sudeste do país. Em ordem classificatória estão: Vitória (ES), Florianópolis (SC), Belo Horizonte (MG), Curitiba(PR), Porto Alegre (RS), Santana de Parnaíba (SP), São Paulo (SP), Balneário Camboriú (SC) e Blumenau (SC). Sendo possível constatar, portanto, que em capitais há maior disponibilidade para que ocorra o controle da sociedade nas ações públicas.

Em relação ao IDSA verificou-se que 1493 municípios se alocaram no Grupo 2, como médio-baixo desempenho da saúde e 2239 no Grupo 3, de médio-alto. No Grupo 4, o de melhor desempenho, estão inclusos 735 municípios, sendo que a cobertura de equipes de atenção básicas para esse grupo é de quase 100%. Isso demonstra a importância do acompanhamento da população como melhoria para o desempenho da saúde pública. No grupo de alto desempenho da saúde estão alocados municípios de pequeno porte, os 10 primeiros colocados possuem no máximo 20 mil habitantes, dentre eles: São Vicente do Seridó (PB), Picuí (PB), Grupiara (MG), Congo (PB), Camalaú (PB), Jacobina do Piauí (PI), Sumé (PB), Pedra lavada (PB) e Altinópolis (SP). Sendo que destes, 6 são do Estado de Paraíba, corroborando com os resultados do PNAD (2008) no qual 72,5% dos cidadãos paraibanos avaliaram seu nível de saúde de bom a muito bom.

No IESS observou-se que aproximadamente 41,8% dos municípios ficaram no Grupo 2, de média-baixa capacidade estrutural do sistema de saúde, 28%, no Grupo 3, e que apenas 15,3% deles se enquadraram no Grupo 4, com melhor estrutura. Mesmo sendo visto como o melhor grupo quando comparado aos outros municípios, o Grupo 4 possui seu limite mais baixo em 33,09%, não podendo, pois, ser considerado um benchmarking. Os 4 primeiros

colocados nesse índice são do Estado do Rio Grande do Sul, sendo eles: Três de Maio, Salvador do Sul, Santa Bárbara do Sul e Riozinho, todos obtendo acima de 70% em estrutura do sistema de saúde. Além disso, nota-se que a quantidade média de equipamentos disponíveis, para cada 10 mil habitantes, no Grupo 4 é mais que o dobro quando comparado ao Grupo 1.

Constata-se, portanto, que a realidade da estrutura do sistema de saúde brasileiro precisa ser aperfeiçoada, principalmente no que tange à quantidade de equipamentos disponíveis para diagnóstico por imagem, métodos ópticos e gráficos, manutenção da vida, odontologia e outros tipos de equipamentos que são utilizados para prevenção de doenças e tratamento de pacientes na rede pública de saúde. Como colocado por Viacava et al. (2012, p. 25)

os valores a serem transferidos para a atenção de média e alta complexidade guardam relação com a série histórica de gasto de cada estado e município (e essa, por sua vez, está atrelada à oferta de serviços de saúde), as transferências intergovernamentais não conseguem reduzir as desigualdades regionais existentes relativas à alocação de recursos.

Já no índice ICSP verificou-se que o Grupo 1 apresentou 15,8% dos municípios brasileiros, enquanto o Grupo 2 abarcou aproximadamente 36,5%, o Grupo 3, 31,3%, e o Grupo 4 com 16,4%. Pelo resultado é possível notar que o número de internações de alta complexidade possui grande influência nas condições de saúde da população, ou seja, quanto maior a quantidade de internações piores são as condições de saúde. Portanto, é necessário investir em questões de saneamento básico e prevenção de doenças para que se tenha uma população mais saudável. O município de Pracuúba (AP) possuiu a primeira colocação no índice, enquadrando-se no Grupo 1. Porém, sabe-se que o sistema de saúde e saneamento básico dessa região é precário, portanto, este resultado pode ter sido afetado pela ausência de internações e ausência de cadastros de fraturas no fêmur (variáveis inclusas no índice), consequência da escassez de estabelecimentos ambulatoriais de média e alta complexidade no município. O mesmo ocorre para outros 101 municípios classificados nesse grupo, maioria oriundos da região norte e nordeste, com população abaixo de 30 mil habitantes, que apresentaram valores iguais ou próximos a zero tanto para a variável "Prop. Internação alta complexidade" quanto para a "Prop. fratura no fêmur".

No que concerne o ICSO notou-se que 16% dos municípios apresentaram boas condições sociais (Grupo 4). Sendo visto também, que a coleta de lixo residencial influencia consideravelmente para esse resultado. O estudo de Koskei et al. (2013) demonstra a importância de se investir em saneamento básico e moradia para a melhorias das condições de

saúde da população. Pela classificação dos municípios pôde-se observar que os 10 primeiros são de pequeno porte, baixa população e integrantes dos Estados de MG e SP. Conforme dados da Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios - PNAD 2008, há um maior número de cadastros de domicílios, no PSF, cujo rendimento domiciliar *per capita* é baixo (de até 2 salários mínimos), quando comparado àqueles cujo rendimento ultrapassa os 5 salários (IBGE, 2008). Fato que pode explicar a presença destes municípios de pequeno porte no grupo de melhores condições sociais.

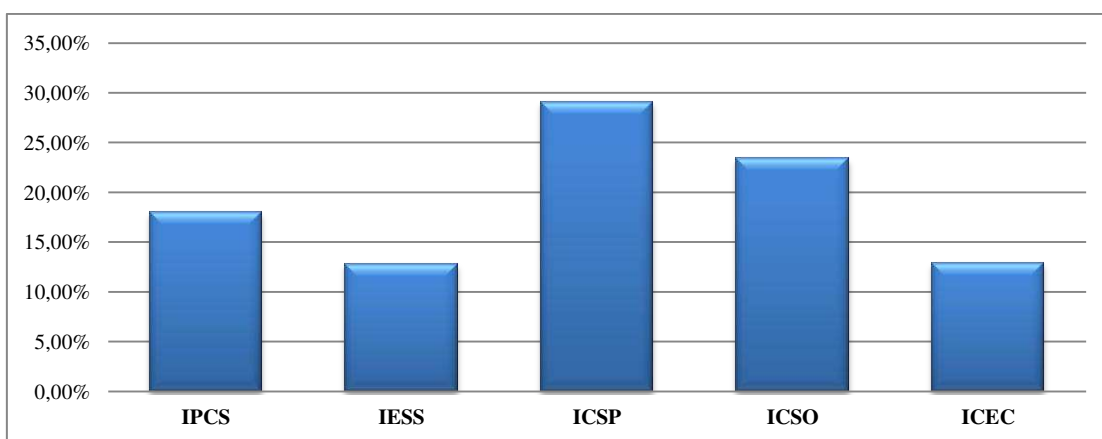
Por fim, para o índice ICEC, apenas 14,4% dos municípios classificaram-se como alta condição econômica. A proporção de empregos nos municípios do Grupo 4 é superior a 7 vezes a proporção de empregos no Grupo 1. Constatou-se que todos as capitais se enquadraram no grupo de melhores condições econômicas, sendo também composto por maioria de municípios com altas taxas de urbanização e média de 431 empresas atuantes. Ou seja, para um município desenvolver sua economia é preciso aumento na disponibilidade de ofertas de emprego e conseqüentemente de atração para que empresas se instalem e mantenham-se na região.

Por intermédio do teste qui-quadrado de independência foi possível constatar as associações e dependências entre os índices, utilizado um nível de significância a 0,01. Sendo que, por meio do teste V de Cramer, foi possível observar a porcentagem dessas associações.

Com a visualização da Figura 2 notam-se os graus de associações significativos entre o Índice de Desempenho da Saúde e os demais índices. Observou-se que o IDSA obteve sua mais alta associação com o Índice das Condições de Saúde da População, alcançando um valor de 29,1%. Essa associação possivelmente ocorreu pois: onde há maior número de gestantes há mais partos; onde realiza-se maior número de exames, há mais doentes, portanto, maior taxa de internações. Além disso, onde há números altos de pacientes debilitados, a probabilidade de óbitos aumentam.

O IDSA alcançou uma associação alta também com o Índice de Condições Sociais, no valor de 23,4%. É possível inferir que onde o desenvolvimento social é maior, vivem famílias bem estruturadas, que possuem maior nível de educação, portanto, maior acompanhamento.

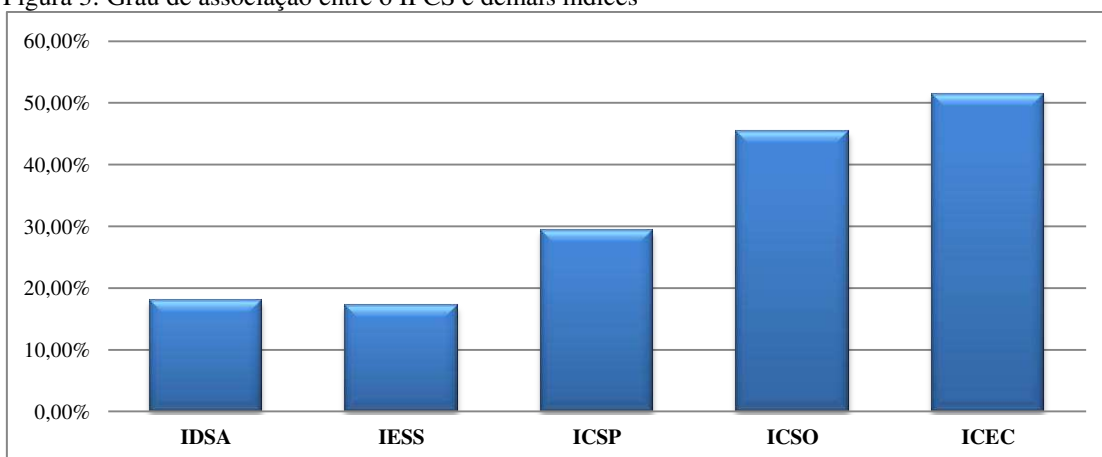
Figura 2: Grau de associação entre o IDSA e demais índices



Fonte: dados da pesquisa.

Já, o Índice de Potencial de Controle Social, como pode ser observado pela Figura 3, obteve sua mais alta associação com o Índice de Condições Econômicas (51,5%), ressaltando mais uma vez a importância de um bom desenvolvimento econômico no município para aperfeiçoamento de espaços participativos. Esse contexto favorável gera um crescimento do controle da sociedade nas ações governamentais, aperfeiçoando assim políticas públicas, que possam gerar melhorias na área da saúde.

Figura 3: Grau de associação entre o IPCS e demais índices



Fonte: Resultados da pesquisa

Além disso, pelo V de Cramer, constatou-se a associação entre o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde e o Índice de Condições de Saúde da População (17,8%). As baixas taxas de internações podem significar a ausência ou pouca presença de estabelecimentos e leitos disponíveis para internação ou tratamento de fratura. Portanto, para que uma população alcance uma condição de saúde estável é preciso presença de uma estrutura que abarque, ao máximo, as necessidades dos indivíduos.

Ademais, foi possível observar a associação entre as Condições de Saúde da População com as Condições Sociais, obtendo um valor de 30%. Essa associação acentua a necessidade de condições básicas de saneamento para interferir positivamente na qualidade de saúde da população envolvida naquele município. Pois, quanto menor o desenvolvimento social da região, maiores são as taxas e proliferação de doenças, acarretando assim, a um aumento de pacientes que necessitam do sistema de saúde público, o congestionando.

Portanto, é possível inferir que apesar dos índices de Controle Social e Desempenho da saúde não terem obtidos valores ótimos de associação, é possível ainda constatar suas associações indiretas, por meio da alta relação entre as Condições Sociais, Econômicas e de Saúde da População com os dois índices.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa destinou a mensurar, a partir de dados estatísticos, os diferentes graus de condições de controle social e influenciadores do Desempenho da saúde pública, analisando se condições sociais e econômicas interferem nesses construtos. Os resultados do estudo indicam que fatores sociais e econômicos são importantes tanto para um melhor contexto de controle social municipal quanto para promoção do desempenho da saúde pública.

É necessário, portanto, que o governo invista primeiramente em aspectos de saneamento básico local, reduzindo assim, meios que possam servir de proliferação de doenças à população. É preciso investir também na educação dos indivíduos, criando uma sociedade mais atenta às prevenções de doenças e mais cuidadosa com a saúde.

Outros aspectos como a estrutura do sistema de saúde ofertado à população também deve ser aperfeiçoado, aumentando a disponibilidade de recursos humanos e materiais para acompanhamento e tratamento dos indivíduos. Acredita-se portanto, que essas ações reflitam em melhores condições de saúde da população.

Com um aperfeiçoamento nos aspectos sociais e econômicos entende-se que haverá uma sociedade mais conhecedora de seus direitos e mais engajada com as ações governamentais. Consequentemente, acarretará em melhorias no desempenho da saúde pública.

A limitação do trabalho deu-se em não especificar em quais sentidos são dadas as relações entre os constructos trabalhados (controle social, desempenho da saúde, condições de

saúde da população, condições sociais e condições econômicas), ou seja, observou-se que há uma relação indireta positiva entre o controle social e o desempenho da saúde pública brasileira, mas não foi possível especificar quais os caminhos perpassam entre esses constructos. Além disso, é necessário uma análise qualitativa nos municípios brasileiros para confirmação desses aspectos.

ARTIGO 3

CAMINHOS PARA A PROMOÇÃO DO DESEMPENHO DA SAÚDE PÚBLICA E O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL

Resumo:

Com a Constituição Cidadã, de 1988, a restauração da democracia no Brasil foi instaurada, dotando os municípios de autonomia política e legislativa, e competências descentralizadas. Contudo, ao descentralizar o poder das ações públicas a nível municipal, criam-se condições para que as ações sejam mais efetivas e atendam mais as necessidades dos cidadãos. Portanto, é preciso demonstrar ao cidadão a importância do controle social na promoção do desempenho das ações públicas, principalmente na saúde. Com isso, o presente estudo tem por objetivo analisar a importância do controle social como mecanismo para promoção do desempenho da saúde pública nos municípios brasileiros no ano de 2012, e mostrar quais os caminhos perpassam esses constructos. Portanto, para identificar essas relações utilizou-se a Modelagem de Equações Estruturais. Através dos resultados foi possível constatar que o controle social influencia nas condições socioeconômicas de um município, estes por sua vez, influenciam a estrutura do sistema de saúde, e por consequência, as condições de saúde da população. Por fim, as boas condições de saúde da população atuam no bom desempenho do sistema de saúde público.

Palavras-chave: Desempenho da saúde; controle social; equações estruturais; SEM.

1 INTRODUÇÃO

Com a Constituição Cidadã, de 1988, a restauração da democracia no Brasil foi instaurada, dotando os municípios de autonomia política e legislativa, e competências descentralizadas. Porém, junto a essa descentralização os municípios se deparam com desafios, como a capacitação para executar determinadas tarefas, conhecimentos para desenvolver ações públicas, e recursos financeiros para cumprimento de suas responsabilidades (FABRIZ, 2010; MARGOTTO e CRUZ, 2016; SANTOS, 2017).

Contudo, ao descentralizar o poder das ações públicas a nível municipal, criam-se condições para que as ações sejam mais efetivas e atendam mais as necessidades dos cidadãos. Porém, para que esse contexto se realize é necessário desenvolver o exercício da democracia e a participação dos cidadãos, já que, acredita-se que a participação social quando

efetiva controla os serviços ofertados, aumenta a eficiência dos gastos públicos e por consequência, melhora a qualidade desses serviços (MILANI, 2008; ALMEIDA, 2012).

Na Participação Social encontra-se o Controle Social, que pode ser interpretado como o momento em que os cidadãos exigem a prestação de contas do governo, dialogam, influenciam e decidem sobre implementações de políticas públicas e principalmente, fiscalizam o cumprimento das deliberações governamentais (GOMES, 2015).

Ainda nesse aspecto, com a Reforma Sanitária de 1970 e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a participação e o controle social se avançaram na área de saúde, na exigência por melhores condições de serviços prestados. Em 1988, a Constituição, denominada Cidadã, traz consigo a criação do Sistema Único de Saúde - SUS -, fazendo com que a oferta de serviços de saúde seja dever do Estado e direito de qualquer indivíduo brasileiro (ESCOREL, NASCIMENTO e EDLER, 2005).

O SUS veio para trazer ao país um sistema de saúde descentralizado, público e universal (CRISTO, 2012). A sua gestão envolve principalmente a participação e o controle social por meio dos conselhos de saúde, fazendo assim com que o cidadão, maior usuário desse sistema, esteja envolvido em todo o processo.

Estudos de administração pública tem colocado em questão o desafio do controle social no Brasil, já que seus cidadãos são caracterizados como ausentes de cultura participativa e fiscalização das ações públicas. Essa falta de interesse geralmente provém de causas como: o desconhecimento de que o cidadão pode ser um ente participativo e ativo no controle e fiscalização; ausência de interesse cívico; distância geográfica dos locais de participação; condições socioeconômicas; desconfiança nos locais participativos; desconfiança de que sua opinião será acolhida ou surtirá em alguma mudança e; ausência de uma educação cívica (ARANTES et al., 2007; CRISTO, 2012; SHIMIZU e MOURA, 2015).

Portanto, para que esse desafio seja contornado é preciso demonstrar ao cidadão a importância do controle social na promoção do desempenho das ações públicas. Desse modo, o presente estudo visa analisar: *como o controle social influencia no desempenho da saúde pública brasileira?* Ou seja, tem por objetivo analisar a importância do controle social como mecanismo para promoção do desempenho da saúde pública nos municípios brasileiros no ano de 2012, e mostrar quais os caminhos perpassam esses constructos. Sendo assim, ao analisar o sistema que leva ao melhor desempenho da saúde pública é possível apontar ações para aperfeiçoamento da área.

Além dessa seção introdutória, organizou-se um referencial teórico contemplando os aspectos do controle social na saúde pública e os aspectos influenciadores da Saúde Pública. Posteriormente, criou-se um tópico teórico para explicação dos caminhos que levam à promoção desempenho da saúde, e por fim, uma explanação sobre os procedimentos metodológicos, os resultados do estudo e suas considerações finais.

2 REFERENCIAL

2.1 O Controle Social na saúde pública

O controle social, a partir da Constituição Cidadã, tornaram-se assuntos de suma importância para a administração pública. O controle da sociedade nas ações e contas públicas faz com que se tenha um governo mais aberto e transparente, e políticas públicas mais eficientes, já que o próprio cidadão estará engajado na sua criação, implementação e fiscalização.

De acordo com a United Nations Environment Programme - UNEP (1996) há três níveis de envolvimento público: informação, consulta e participação. A informação é composta somente por uma via, do concedente para o cidadão. A consulta é feita em duas vias, das autoridades para o cidadão e vice-versa. Por fim, a participação é um meio voluntário em que os cidadãos discutem, negociam e fiscalizam a tomada de decisão e gerenciamento do projeto com os concedentes. Nessa fase é demandado um maior envolvimento na tomada de decisão (WORLD BANK, 1993).

Mediante à participação social é possível que a sociedade controle ações e gastos públicos, nomeado pela literatura das Ciências Sociais como Controle Social. O termo nessa área dispõe de três análises: a que remete o controle social como o controle do Estado sobre a sociedade; a utilizada pela teoria social crítica, que retrata as dominações de classes, dentre elas a máquina do Estado e; a nova análise, que remete ao controle da sociedade nas diversas fases das políticas públicas, tendo como alicerce a nova gestão pública (SILVA, 2016).

O termo controle social aqui empregado refere-se a um direito do cidadão, proveniente dos fundamentos democráticos e republicanos, "para aferir, fiscalizar, examinar, coletar informações, acompanhar, consultar ou denunciar questões de interesse pessoal, público ou social inerente ao desempenho da Administração Pública", ou seja, tem como base a nova interpretação sobre o termo (SERRA e CARNEIRO, 2012, p.5).

Esse tipo de participação pode acontecer de dois principais modos: no auxílio à gestão, como em comitês, conselhos gestores de deliberação, orçamentos participativos, e semelhantes; e através do controle da administração, a exemplo das ouvidorias, canais consultivos, audiências públicas, denúncias e representações (SERRA e CARNEIRO, 2012; GOMES, 2015).

No controle social os cidadãos se colocam na figura do principal e exigem dos agentes (prestador de serviço público) ações condizentes aos serviços necessários, ou seja, "a sociedade se transforma em sujeito da ação e o Estado em objeto das transformações" (SERRA e CARNEIRO, 2012, p.5). Dentro desse contexto, encontramos a Democracia Representativa e a Democracia Participativa, sendo que os dois modelos podem ser complementares ou coexistentes. Complementares, quando o governo reconhece que a participação social pode substituir parte das ações representativas e de deliberação. Coexistente, quando esses dois modelos convivem em níveis diferentes (a representativa no nível nacional e a participativa no nível local) (SANTOS e AVRITZER, 2002).

A Democracia Participativa, conforme Arendt (2005), pressupõe a coparticipação de cidadãos na esfera pública. Esse tipo de democracia, em relação a sua arquitetura institucional pode ser de baixa e alta intensidade. Baixa, quando a participação acontece apenas no momento de decisão, e alta, quando abarca a formulação da agenda e o monitoramento de decisões (MARQUETTI, SILVA e CAMPBELL, 2012).

Na saúde, o controle social tomou força com o Movimento da Reforma Sanitária, que tinha como tema a Saúde e a Democracia. O movimento uniu cidadãos, movimentos sindicais, profissionais da área de saúde, universidades e partidos políticos esquerdistas, para enfrentamento da ditadura militar, e do modelo de assistência médica que prevalecia no Brasil na década de 1970/80 (MENDES et al., 1995). Seu principal objetivo era a transferência do modelo de saúde privatista para um sistema que seria público, universal, descentralizado, com participação social e de qualidade (CRISTO, 2012).

Posteriormente, a Constituição de 1988 estabeleceu a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, que tem por objetivo dar assistência à população quanto à promover, proteger e recuperar a saúde dos cidadãos do país. Além disso, seus princípios de gestão envolvem, principalmente, a participação social e a descentralização do sistema (PEREIRA e CASTRO, 2004). Em 1992, com a 9ª Conferência Nacional de Saúde, o termo Controle Social na saúde ganhou maior destaque, pois, agora não existe apenas uma participação social limitada mas um controle da sociedade acerca das políticas públicas de saúde e ações governamentais

(GUIZARD et al., 2004 apud STOTZ, 2006). Portanto, para que efetivasse a participação, criaram-se os conselhos de saúde. Os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos permanentes, deliberativos e normativos do SUS, presentes na quase totalidade dos municípios brasileiros. Seu principal objetivo é a discussão, deliberação, controle e execução de políticas públicas da área da saúde, e sua composição baseia-se em funcionários, cidadãos-usuários e representantes do governo municipal (CRISTO, 2012).

Conforme o passar dos anos, o SUS obteve vários avanços. O primeiro refere-se a sua institucionalização, com a sua estrutura de gestão abarcando os três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Outro avanço refere-se a participação e o controle social no envolvimento de políticas públicas de saúde. O controle social na saúde acontece além dos conselhos, através de assembleias e conferências que podem ocorrer concomitantemente nos três níveis governamentais (OJEDA, 2011; VIACAVA et al., 2012).

Portanto, acredita-se que a participação e o controle da sociedade nas ações governamentais de saúde pública podem fazer com que as políticas públicas, e conseqüentemente, o desempenho da saúde sejam promovidos no Brasil.

2.2 Influenciadores do Desempenho da Saúde

Por meio da literatura da área de saúde, é possível perceber que o Desempenho da Saúde é influenciado por variados fatores. Sejam eles condicionantes econômicos, sociais, ambientais, biológicos, prevenção de doenças, recursos financeiros, recursos pessoais, instalações, insumos investido na área, acessibilidade, morbidade, mortalidade e demais fatores. Acredita-se também que o controle social tenha um papel importante para a promoção da saúde pública.

No ano de 2003, a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz - em conjunto a uma rede de pesquisadores brasileiros elaboraram uma metodologia de avaliação para o sistema de saúde brasileiro, denominado Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde - PROADESS, a partir desse projeto criaram a Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (ANEXO A). A Matriz baseia-se principalmente na proposta do Canadian Institute for Health Information - CIHI, que considera quatro dimensões para a avaliação de um sistema de saúde de acesso universal: condições de saúde; determinantes de saúde, que envolvem aspectos sociais, biológicos e comportamentais; características comunitárias e o desempenho do sistema em si. Além disso, na Matriz incluiu-se a estrutura do sistema, que envolve as questões de financiamento do sistema, a condução e

a presença de recursos humanos e materiais. E diferentemente do CIHI, a Matriz considera essas dimensões como condicionantes do Sistema de Saúde (WOLFSON e ALVAREZ, 2002; VIACAVA et al., 2012).

A Matriz de Dimensões demonstra que para analisar o Desempenho do sistema de saúde brasileiro é preciso avaliar diferentes aspectos. No que se refere aos indicadores que são determinantes a saúde, é preciso avaliar questões ambientais, como fatores químicos, físicos e biológicos que podem acarretar agravamento na saúde; condições sociais, econômicas e demográficas, além de condições comportamentais e biológicas. Já, para que se avalie as condições de saúde da população é necessário a análise de variáveis de morbidade, mortalidade, o estado funcional e a qualidade de vida da população. Além disso, para avaliação da estrutura do sistema utilizam-se de variáveis referentes a recursos, sejam eles humanos, físicos e financeiros.

Conforme Viacava et al., (2011, p.712), "...a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde é desejável e promissora, podendo constituir-se num poderoso instrumento de monitoramento das políticas". Entretanto, para que haja um monitoramento efetivo é preciso que a sociedade civil seja vigilante, participando e controlando através dos meios participativos institucionalizados, como as conferência e os conselhos de saúde.

Os conselhos de saúde são uma forma de incluir os cidadãos nas ações públicas de saúde "assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados" (CARVALHO, 1995, p.28). Portanto, acredita-se que o controle social efetivo traga melhorias para o desempenho da saúde pública, já que o próprio cidadão estará a par das suas deficiências, e com isso, poderá opinar sobre como e onde devem ser melhor investidos os recursos.

2.3 Caminhos para a promoção do desempenho da saúde pública

Sabe-se então que o desempenho da saúde pública é influenciado por diferentes fatores, porém é preciso analisar como esses fatores se comportam entre si, ou seja, quais os caminhos ou sistemas são construídos para alcançar a promoção da saúde pública.

Estudos da área de administração pública tem demonstrado a importância da participação e do Controle Social para a eficiência e eficácia das ações públicas, já que descentralizando as políticas públicas, o cidadão estará próximo e poderá apontar as necessidades de saúde da população local e como devem ser alocados os recursos disponíveis

(FISCHER, 1992; TORRES, 2004; ARANTES et al., 2007). Portanto, o controle social pode ser considerado também como promotor ao desempenho da saúde pública.

Através da literatura sobre participação e controle social é possível observar a relação entre o controle social e condições socioeconômicas. Conforme salientado por Justice, Melitski e Smith (2006), o controle social ajuda na distribuição e controle de recursos públicos, e por consequência, melhora as condições sociais de uma população. Além disso, ambientes democráticos favorecem o desenvolvimento (SEN, MOTTA e MENDES, 2000). Dessas afirmações, depreende-se uma relação positiva entre o controle social e as condições socioeconômicas de um município.

Além disso, como visto na tese de McKeown, as mudanças nas condições sociais e econômicas foram as principais causadoras das melhorias nas condições de saúde das populações. Ele sustenta que os fatores socioeconômicos elevaram as condições de saúde bem mais do que os avanços da medicina. O desempenho da saúde também faz o papel inverso, ou seja, ao mesmo tempo que se mostra resultante dessas condições é também considerada como influenciadora delas (DIDERICHSEN, EVANS e WHITEHEAD, 2001; VIACAVA et al., 2011).

KOSKEI et al. (2013) também sustentam essa posição quando afirmam que melhorias nas condições sociais, como a habitação e o saneamento básico, reduzem drasticamente a possibilidade de contrair doenças, fazendo assim, com que a população possua uma melhor qualidade de vida.

Ademais, observa-se que a estrutura do sistema de saúde, como o número de leitos, recursos humanos e equipamentos influenciam em grande parte na saúde da população. Para Simões (1999), a atuação do sistema de saúde na década de 1990 foi primordial para a queda de mortalidade infantil no Brasil. Cardozo et al. (2008), demonstram que o desempenho de serviços de saúde no tratamento de tuberculose subordinou-se principalmente de recursos humanos bem qualificados e da boa estrutura do sistema de saúde. Para Sen (1992) e Viacava et al. (2011), além de condicionantes sociais e biológicos, a estrutura disponível ofertada à população são determinantes para a promoção das condições de saúde.

Ainda nesse contexto, como colocado por Victoria (2001) e a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, condições da população referentes à educação, bens, serviços e renda são fatores determinantes para que se diminuam as taxas de mortalidade. E as taxas de mortalidades podem ser consideradas bons indicadores do desempenho da saúde,

uma vez que, mortes evitáveis variam de acordo com a qualidade do sistema de saúde ofertado (MALTA e DUARTE, 2007).

Sabe-se também, que a estrutura do sistema de saúde, como a precarização e a falta de qualificação dos profissionais, acarretam em pioras do desempenho da saúde. O oposto também ocorre, ou seja, o desempenho de saúde possui influência nas condições de saúde da população. Como ressaltado através de estimativas do *Disease Control Priority Project*, projeto de controle de doenças da OMS, o fortalecimento da atenção primária, principalmente no que se refere a educação em saúde, reduziram drasticamente a taxa de mortalidade da população (VIACAVA et al., 2011).

Portanto, para que se tenha um bom desempenho da saúde pública brasileira é preciso que essas inter-relações, ou sistema, estejam de acordo com as necessidades da população do país e caminhem conjuntamente.

3 METODOLOGIA

Para identificar as relações que existem entre o controle social nos municípios brasileiros e o desempenho da saúde pública utilizou-se a modelagem de Equações estruturais (SEM). A técnica visa testar modelos teóricos que utilizam-se de relações causais entre as variáveis, ou seja, analisa estrutura de inter-relações existentes em equações, descrevendo assim relações entre os constructos estudados. Para estimação dos parâmetros da equação utilizou-se o método da máxima verossimilhança - MLE (HAIR et al., 2009; MARÔCO, 2010).

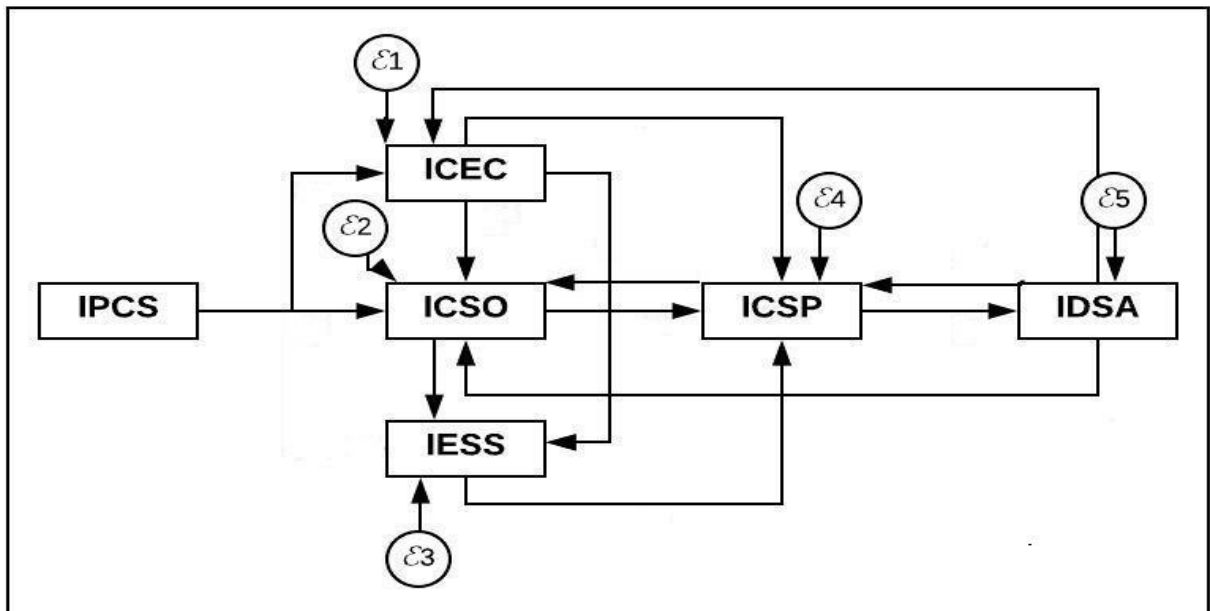
Para aplicação do modelo é necessário utilizar testes que verifiquem a compatibilidade dos dados com a modelagem de equações estruturais. Para as medidas de ajuste absoluto utilizaram-se dos testes: Razão de verossimilhança estatística qui-quadrado (χ^2), Graus de Liberdade (gl) ou g.l. e Raiz quadrada da média dos quadrados dos erros de aproximação (RMSEA). Já para as medidas de ajuste incremental são necessários: Índice de *Tucker-Lewis* (TLI), Índice de Ajuste Comparado (CFI). Por fim, para as medidas de parcimônia, utilizou-se o teste de raiz quadrada da média dos resíduos ao quadrado (RMSR) (HAIR et al., 2009; ACOCK, 2013).

Além disso, utilizou-se a análise discriminante para validar o modelo, em que compara correlações das variáveis latentes com a raiz quadrada da variância média extraída (AVE). O modelo é considerado válido quando raiz da AVE obtiver um valor maior que o das correlações entre as variáveis (FORNELL e LARCKER, 1981; CHIN, 1998).

Através do diagrama de caminhos é possível obter uma visualização do modelo, em que a análise “calcula a força das relações usando somente uma matriz de correlação ou covariância de entrada.” (HAIR et al., 2009, p.581). A Figura 2 consiste no diagrama de caminhos do modelo de equações estruturais proposto para ser estimado neste estudo, considerando, neste caso, as relações como hipóteses a testar.

Serão analisados, portanto, os constructos controle social (IPCS), determinantes da saúde (ICSO e ICEC), condições de saúde da população (ICSP), estrutura do sistema de saúde (IESS) e desempenho da saúde (IDSA), como pode ser observado através da Figura 2. Utilizou-se os softwares *Microsoft Excel* e *STATA* para análise.

Figura 2: Diagrama de caminhos para um modelo estrutural



Fonte: Elaborado pelo autores.

Os constructos utilizados no modelo já foram validados por Martin (2018), e transformados em índices, onde cada índice mensuram suas características e são compostos por determinadas variáveis como pode ser observado pela Tabela 1. Os índices foram construídos com base em 5269 municípios brasileiros, por meio de dados secundários de diferentes fontes para o ano de 2012.

Tabela 1: Descrição dos índices utilizados

Índices	Fatores	Variáveis	Fonte	
Índice de Potencial de Controle Social - IPCS*	Urbanização e Emprego	Taxa de urbanização	IBGE	
		Num. de usuários de internet fixa	Ministério das Comunicações	
		Taxa de Pessoal ocupado	IBGE	
	Mecanismos Institucionais		Mecanismos Municipais	IBGE
			Núm. de partidos políticos	Tribunal Superior Eleitoral (TSE)
			Núm. de Legislações Municipais	IBGE
			Núm. conselhos gestores	IBGE
Índice de Desempenho da saúde - IDSA	Acompanhamento ao Paciente	Prop. Gestantes com pn/acomp.	DATASUS	
		Prop. gest com vac em dia/acomp.	DATASUS	
		Rz exame citopatológico	DATASUS	
		N.v. consulta pré-natal	DATASUS	
	Cobertura de Atenção	Cob. equipes saúde bucal	DATASUS	
		Cob. equipes atenção básica	DATASUS	
		Prop. Estab. Amb. méd. complexidade	DATASUS	
Índice da Estrutura do Sistema de Saúde - IESS	Equipamentos e Estabelecimento	Num. de equip. disponíveis	DATASUS	
		Enfermeiro	DATASUS	
	Recursos Humanos	Clínico Geral	DATASUS	
		Bioquímico/farmacêutico	DATASUS	
		Fisioterapeuta	DATASUS	
		Odontólogo	DATASUS	
		Taxa óbitos totais por residência	DATASUS	
Índice das Condições de Saúde da População - ICSP	Condições de Saúde	Prop. Partos não normais	DATASUS	
		Taxa int. fratura fêmur	DATASUS	
		Taxa int. med. comp.	DATASUS	
		Taxa int. alta comp.	DATASUS	
		Fam. ac. água rede pública	DATASUS	
Índice das Condições Sociais - ICSO	Condições Sociais	Fam. ac. lixo coletado	DATASUS	
		Fam. ac. casa tijolo	DATASUS	
		Fam. ac. energia elétrica	DATASUS	
		Ideb	INEP	
		Num. salário de trabalhadores	IBGE	
Índice das Condições Econômicas - ICEC	Condições Econômicas	Pib per capita municipal	IBGE	
		Taxa saldo emprego	IBGE	
		Taxa empresas atuantes	RAIS	

Nota: *A variável Taxa de Urbanização é referente ao ano de 2010, pois não havia dados disponíveis para 2012. Para o ÍDEB, os anos mais próximos disponíveis são 2011 e 2013, porém, preferiu-se pelo de 2011 por conter maior número de dados presentes nas observações.

Fonte: dados da pesquisa

O Índice de Potencial de Controle Social - IPCS representa uma *proxy* que demonstra a favorabilidade ou não ao controle da sociedade no município. O índice baseia-se em aspectos acerca da urbanização, emprego, e mecanismos institucionais.

Já, o Índice de Desempenho da Saúde - IDSA demonstra o nível de desempenho da saúde pública do município, baseando-se em fatores acerca do acompanhamento aos pacientes e a cobertura de serviços de atenção básica e odontológica. Ademais, o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde - IESS mensura a estrutura do Sistema de Saúde Público com base na quantidade de recursos humanos, equipamentos e estabelecimentos presentes no município. E o Índice de Condições de Saúde da População apresenta as condições de saúde da população de um município, baseando-se em taxas de internação e mortalidade.

Além disso, no que se refere aos determinantes da saúde, têm-se o Índice de Condições Sociais - ICSO e o Índice de Condições Econômicas - ICEC. O ICSO demonstra as condições sociais da população do município no quesito habitacional, saneamento básico e educação básica. Já, o ICEC retrata as condições econômicas do município baseando-se no PIB, nos salários e na quantidade de empresas atuantes daquele município.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Descrição dos Dados

Por meio da Tabela 2 é possível observar as estatísticas descritivas dos índices. Observou-se que o maior coeficiente de variação ocorreu no Índice de Condições Econômicas (49,85%), demonstrando a grande variação econômica que ocorre entre os municípios brasileiros. Seguindo-se a ordem de variação, o Índice de Estrutura do sistema de Saúde obteve um coeficiente de 43,88%, seguido pelo Índice de Condições de Saúde da População (36,03%), Índice de Potencial de Controle Social (35,60%), Índice de Condições Sociais (21,93%) e o Índice de Desempenho da Saúde (14,71%).

Tabela 2 - Análise descritiva dos índices (%) segundo os municípios brasileiros

Índices	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coeficiente de Variação (%)
IPCS	10,88	92,35	32,80	11,69	35,60
IDSA	7,02	96,34	68,31	10,05	14,71
IESS	4,10	82,97	22,99	10,09	43,88
ICSP	0,00	100,00	34,88	12,57	36,03
ICSO	0,00	100,00	73,58	16,14	21,93
ICEC	0,00	100,00	20,10	10,02	49,85

Fonte: dados da pesquisa.

Por meio da análise descritiva é possível constar as desigualdades econômicas, sociais, e de acesso à saúde pública nos municípios brasileiros, tomando como base o coeficiente de variação e os valores mínimos e máximos encontrados nos índices. Para Tamez, Eibenschutz e Camacho (2010), a desigualdade na saúde provem dos diferentes fatores que as comunidades estão expostas e para que esse contexto seja mudado é preciso que a própria sociedade se transforme. Mais uma vez, mostra-se a importância de se estudar os diferentes fatores que a população está exposta para compreensão de como melhorar o desempenho da saúde pública.

4.2 O sistema do Desempenho da saúde pública

Com a análise da modelagem de equações estruturais, observou-se que os índices de ajustamento do modelo apresentaram confiabilidade, como pode ser observado pela Tabela 3. O modelo estimado apresentou R^2 de 0,759, o que representa que as variáveis e caminhos utilizados possuem um poder explicativo de 75,9% do modelo proposto.

Tabela 3: Índices de ajustamento do modelo

Crítérios	Parâmetros Desejáveis	Modelo Sugerido
X ²	-	53,603
Valor-p	≥0,050	0,000
g.l.	-	15
X ² / g.l.	≥5,000	3,573
CFI	≥0,800	0,997
TLI	≥0,900	0,997
SRMR	≤0,080	0,016
RMSEA	≤0,080	0,022

Fonte: dados da pesquisa, e parâmetros com base em Hair Jr. et al. (2009), e Marôco (2010) Acock (2013)

No que se refere à análise discriminante, todas as correlações apresentaram valores menores que a raiz quadrada da AVE, como pode ser observado pela Tabela 4. Isso demonstra que os indicadores usados possuem associações mais fortes com sua variável latente do que com o restante das variáveis, confirmando a validade do modelo.

Tabela 4: Matriz de correlação e raiz quadrada da AVE

	IPCS	IDSA	IESS	ICSP	ICSO	ICEC
IPCS	-					
IDSA	0,147	0,884				
IESS	0,296	0,221	0,944			
ICSP	0,480	0,481	0,327	0,825		
ICSO	0,680	0,347	0,229	0,487	0,728	
ICEC	0,823	0,193	0,319	0,446	0,508	0,560

Fonte: dados da pesquisa

Nota: Raiz quadrada da AVE encontra-se em negrito.

Com a matriz de correlações já é possível constatar a relação alta e positiva entre as condições sociais e econômicas com o controle social. Visto que, o contexto favorável ao controle social beneficia um desenvolvimento socioeconômico. Considera-se também as relações positivas entre o desempenho de saúde e os demais índices: estrutura do sistema de saúde, condições de saúde da população, condições sociais e condições econômicas. Os resultados corroboram com estudos que demonstram a diversidade de influências contextuais no desempenho da saúde pública (WOLFSON e ALVAREZ, 2002; VIACAVA et al., 2011).

A partir do modelo estimado, como pode ser visto na Tabela 5, é possível notar os múltiplos aspectos que influenciam direta e indiretamente o desempenho da saúde pública nos municípios brasileiros, sendo eles: o controle social, a estrutura do sistema de saúde, as condições de saúde da população, as condições sociais e condições econômicas. Observa-se ainda a inter-relação entre suas dimensões, como as que acontecem entre as condições econômicas, sociais e estruturas do sistema de saúde com o controle social, e essas mesmas dimensões com a saúde da população.

Tabela 5: Modelo de Equações Estruturais estimado

Variáveis padronizadas	Coefficientes	Erro (OIM)	Z	Sig.	Intervalo de confiança (90%)	
ICEC						
IDSA	0,065	0,008	7,990	0,000	0,052	0,079
IPCS	0,812	0,004	203,030	0,000	0,806	0,819
Constante	-0,726	0,055	-13,070	0,000	-0,817	-0,635
ICSO						
ICEC	-0,204	0,018	-11,330	0,000	-0,233	-0,174
ICSP	-0,252	0,024	-10,390	0,000	-0,292	-0,212
IDSA	0,281	0,014	19,410	0,000	0,257	0,305
IPCS	0,925	0,018	50,830	0,000	0,895	0,954
Constante	1,138	0,090	12,520	0,000	0,989	1,288
IESS						
ICEC	0,252	0,014	16,83	0,000	0,227	0,277
ICSO	0,125	0,015	7,92	0,000	0,099	0,152
Constante	1,199	0,068	17,670	0,000	1,088	1,311
ICSP						
ICEC	0,128	0,017	7,380	0,000	0,099	0,156
ICSO	0,475	0,024	19,960	0,000	0,435	0,514
IESS	0,181	0,012	14,370	0,000	0,160	0,202
IDSA	0,020	0,024	0,860	0,387	-0,018	0,060
Constante	-0,197	0,151	-1,310	0,191	-0,446	0,051
IDSA						
ICSP	0,360	0,024	14,980	0,000	0,320	0,399
Constante	5,799	0,098	58,990	0,000	5,637	5,961

Fonte: dados da pesquisa

Notas: R^2 geral 0,759; Significância estatística a nível de 10%.

O modelo final de análise, com os devidos parâmetros de estimação, pode ser observado na Figura 2.

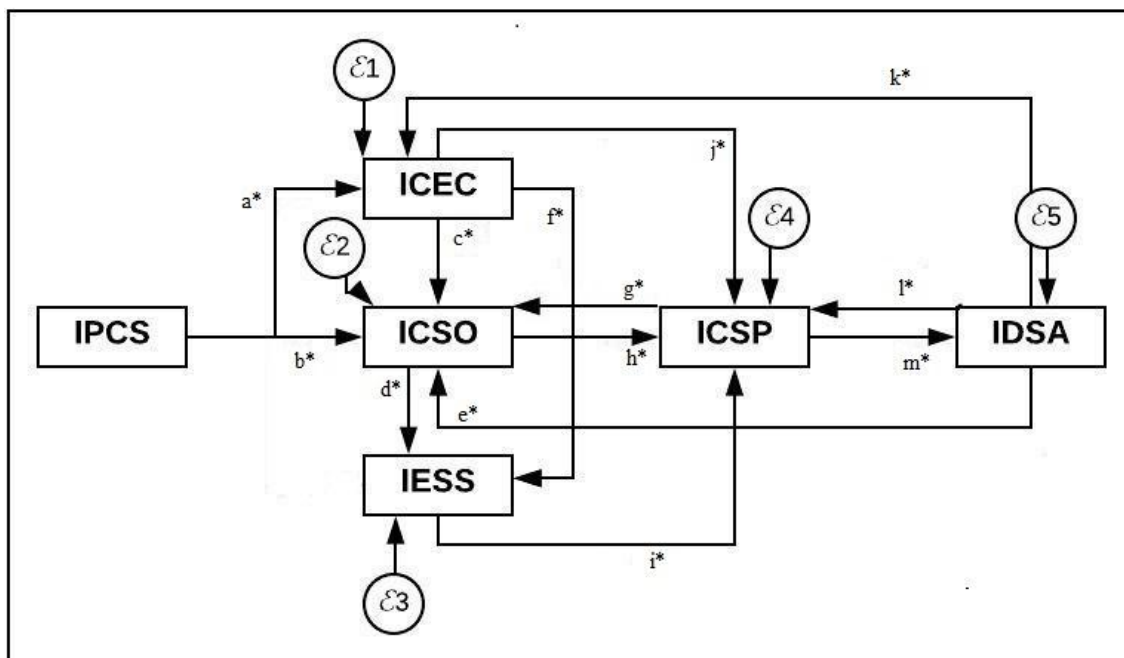


Figura 2: Modelo final do diagrama de caminhos para o modelo estrutural

Fonte: Elaborado pela autora

Notas: $a = 0,7$; $b = 1,3$; $c = -0,33$; $d = 7,8 \times 10^{-2}$; $e = 0,45$; $f = 0,25$; $g = -0,32$; $h = 0,37$; $i = 0,23$; $j = 0,16$; $k = 6,6 \times 10^{-2}$; $l = 2,6 \times 10^{-2}$; $m = 0,29$. *significante ao nível de 10%.

Como pode ser visto pela Tabela 5 e pela Figura 2, o controle social faz um papel importante para o desempenho da saúde pública, já que possui relação direta com as condições sociais e econômicas de um município. Esse resultado corrobora as posições de Justice, Melitski e Smith (2006) e Rosenbloom e Goldman (2009), de que o controle social ajuda na distribuição de recursos públicos mais eficientes, conseqüentemente, transformando a realidade social dos cidadãos. Ademais, como colocado por Sen, Motta e Mendes (2000), se o município apresentar um contexto favorável à democracia maiores são suas chances de desenvolvimento.

Constatou-se também a influência do desempenho da saúde nas condições socioeconômicas brasileiras. Como visto pela literatura, o desempenho da saúde faz papel de resultante e influenciadora das condições sociais e econômicas de uma região (DIDERICHSEN, EVANS e WHITEHEAD, 2001; VIACAVA et al., 2011).

Porém, no resultado, a relação das condições sociais e econômicas foram contrárias. Esse resultado pode ter ocorrido devido aos efeitos indiretos dos outros índices (ICSP, IDSA e IPCS), ou seja, suas relações para explicação do Índice de Condições Econômicas - ICEC.

Percebeu-se pelos resultados que o Índice de Condições de Saúde da População - ICSP apresentou relação significativa porém contrária às condições sociais. Este resultado pode ter sido afetado pelo conteúdo do ICSP. Ou seja, quanto mais óbitos, fraturas e internações, piores são as condições de saúde, portanto, variando em sentido contrário as condições sociais.

É perceptível também que as condições econômicas e sociais possuem influência na estrutura do sistema de saúde. Autores como Koskei et al., (2013), demonstram que melhorias na habitação, saneamento básico e renda da população são fatores resultantes para que a população cresça saudável e tenha uma boa qualidade de vida. Portanto, com uma população mais saudável, os recursos físicos (hospitais, UBS, equipamentos e transportes), e recursos humanos (médicos, enfermeiros e administradores) não estarão saturados, ou seja, a estrutura do sistema, será suficiente para abarcar as necessidades dos cidadãos dependentes do SUS.

Foi possível notar que a saúde da população é influenciada por fatores econômicos, sociais e pela estrutura do sistema de saúde, o que corrobora com a tese de McKeown, no qual demonstra que transformações nos aspectos socioeconômicos acarretam em melhorias para a saúde da população, mais do que tecnologias e avanços medicinais na área e, com as aceções de Sen (1992). Victoria (2001) também denota essa relação ao associar melhora nas condições sociais (educação, serviços, bens e rendas) com a queda das taxas de mortalidade.

Porém, verificou-se que, nesse caso, o desempenho da saúde não foi significativo como determinante da saúde da população. Este resultado pode ter sido afetado pelo conteúdo do ICSP. Nesse índice, alguns municípios apresentaram ausência de internações de alta complexidade e ausência de cadastros de fraturas no fêmur, devido a escassez de estabelecimentos ambulatoriais de média e alta complexidade no município. Isso fez com que estes municípios obtivessem colocações, no índice, próximas dos que possuem baixo número de internações e fraturas.

Já as condições de saúde da população influenciam no desempenho da saúde. Como mostrado por Malta et al. (2007), as taxas de mortalidade e morbidade variam de acordo com o desempenho do sistema de saúde, portanto, são bons indicadores de avaliação.

Portanto, como colocado por Arantes et al. (2007), através da participação da sociedade é possível captar as necessidades e onde deve-se melhorar o sistema de saúde

público, porém, sabe-se que no país, a cultura de participação e controle social ainda é precário. Com isso, são necessários processos educativos de participação e controle da sociedade para que se formem indivíduos aptos à cidadania e à cooperação para promoção dos serviços públicos essenciais como a saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar o sistema que leva ao bom desempenho da saúde pública. Através dele, foi possível constatar que o controle social influencia nas condições socioeconômicas de um município, estes por sua vez, influenciam a estrutura do sistema de saúde, e por consequência, as condições de saúde da população. Por fim, as boas condições de saúde da população atuam no bom desempenho do sistema de saúde.

Por meio dos resultados, constatou-se também, a desigualdade de desempenho da saúde e seus condicionantes entre os municípios brasileiros. Para tanto, é necessário que haja integração entre os municípios para quebra de barreira de diferenças no acesso e assim levar saúde de qualidade a todos os cidadãos.

Além disso, é preciso assegurar espaços participativos e educação cívica a toda população. Isso faz com que os indivíduos se sintam cidadãos do país, colaborem civicamente, e por consequência atuem no aperfeiçoamento de políticas públicas de saúde. O bom funcionamento desse sistema melhoraria o desempenho da saúde pública e por consequência a qualidade de vida da população do país.

Porém, a limitação do estudo decorreu-se da ausência de dados mais recentes, pós 2012, que abarcassem todos os constructos trabalhados. Assim, acredita-se que para trabalhos futuros, é interessante utilizar dados mais recentes, quando forem disponibilizados. Além disso, recomenda-se uma pesquisa de campo qualitativa nos municípios *benchmarking* em controle social e em saúde, para que sejam observados fatores que levaram estes municípios a apresentarem tais resultados.

3 CONCLUSÃO GERAL

Diante aos resultados apresentados, nota-se que o Controle Social e aspectos socioeconômicos estão diretamente relacionados. Com isso, para que haja se tenha uma sociedade engajada com as ações públicas, é fundamental uma infraestrutura municipal que a dê suporte (seja através de mecanismos, legislações e conselhos gestores), a incentive à participação, disponibilizando dados de fácil acessibilidade e entendimento. Ou seja, é preciso que no Brasil se crie uma cultura cívica, onde todos se sintam motivados à participação e ao controle social. Esse contexto faz com que os indivíduos se sintam cidadãos do país, colaborem civicamente, e por consequência atuem no aperfeiçoamento de políticas públicas de saúde.

Os resultados do estudo indicaram também que fatores sociais e econômicos são importantes para a promoção do desempenho da saúde pública. É necessário, portanto, que o governo invista primeiramente em aspectos de saneamento básico local, reduzindo assim, meios que possam servir de proliferação de doenças à população. É preciso investir também na educação dos indivíduos, criando uma sociedade mais atenta às prevenções de doenças e mais cuidadosa com a saúde própria.

Além disso, foi observado que o Desempenho da Saúde Pública, as Condições Estruturais do Sistema de Saúde, assim como as Condições de Saúde da população apresentam relações. A estrutura do sistema de saúde oferecido à população deve ser aperfeiçoada, já que aumentando a disponibilidade de recursos humanos e materiais para acompanhamento e tratamento dos indivíduos refletirá em melhores condições de saúde da população. E uma sociedade saudável acarreta em menor demanda para o sistema de saúde, melhorando assim seu desempenho.

Em suma, foi possível constatar que o controle social influencia nas condições socioeconômicas de um município, estas por sua vez, influenciam na estrutura do sistema de saúde, e por consequência, nas condições de saúde da população. Por fim, as boas condições de saúde da população atuam no bom desempenho do sistema de saúde.

Ademais, foi possível observar as desigualdades regionais expostas no país, demonstrando a necessidade de criar políticas e ações que interfiram na base estrutural do bem-estar dos indivíduos, principalmente para as microrregiões da região Norte e Nordeste. Para tanto, é necessário que haja integração entre os municípios e regiões para quebra de barreira de diferenças no acesso e assim levar saúde de qualidade a todos os cidadãos.

Recomenda-se para trabalhos futuros uma pesquisa de campo qualitativa nos municípios *benchmarking* em saúde, para que sejam observados os fatores que levaram-nos a apresentarem tais resultados.

Referências

- ABRAMOVAY, R.; MAGALHÃES, R.; SCHRODER, M. Representatividade e inovação na governança dos processos participativos: o caso das organizações Brasileiras de agricultores familiares. **Sociologias**, v. 12, p. 268–306, 2010.
- ACOCK, A. C. Discovering structural equation modeling using Stata. **Stata Press Books**, 2013.
- ALMEIDA, D. L. Federalismo brasileiro: a autonomia dos municípios como fortalecimento da democracia participativa. In: XIMENES, J. M.; BARROS, J. R. L. **Federalismo e democracia participativa**. IDP, 2012.
- ARAKAWA, T. et al. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 994–1002, 2011.
- ARANTES, C. I. S. et al. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, p. 470–478, 2007.
- ARENDDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 376–382, 2003.
- BAIOCCHI, G. Participation, Activism, and Politics: The Porto Alegre Experiment and Deliberative Democratic Theory. **Politics & Society**, v. 29, n. 1, p. 43–72, 2001.
- BARBIANI, R. et al. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 855–868, 2014.
- BRASIL. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Editora Fiocruz, 2008. Disponível em <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em out. de 2017.
- CARDOZO GONZALES, R. I. et al. Performance indicators of DOT at home for tuberculosis control in a large city, SP, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, p. 95–100, 2008.
- CASTRO, I. DE. Instituições e Território: possibilidades e limites ao exercício da cidadania. **Geosul**, v. 18, n. 36, p. 7–28, 2003.
- CHAUÍ, M. DE S. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. São Paulo: Cortez, 1993.
- CHIN, W. W. The partial least squares approach to structural equation modeling. **Modern methods for business research**, v. 295, n. 2, p. 295–336, 1998.

CICONELLO, A. A participação social como processo de consolidação da democracia no Brasil. **From poverty to power**, 2008.

CORRAR, L. J.; PAULO, E.; DIAS FILHO, J. M. Análise multivariada para os cursos de administração, ciências contábeis e economia. **São Paulo: Atlas**, p. 280–323, 2007.

CRISTO, S. C. A. DE. Controle social em saúde: o caso do Pará. **Serviço Social & Sociedade**, p. 93–111, 2012.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Fase, 1995

DIDERICHSEN, F.; EVANS, T.; WHITEHEAD, M. **The social basis of Disparities in Health**, 2001. In T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya & M. Wirth (Eds.), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, p. 13-23. New York: Oxford University Press.

DINIZ, C. C. Repensando a questão regional brasileira: tendências, desafios e caminhos. **Desenvolvimento em debate**. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social: Mauad:BNDES, v. 3, p. 239–274, 2002.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 1990.

DONABEDIAN, A. The effectiveness of quality assurance. **International journal for quality in health care**, v. 8, n. 4, p. 401–407, 1996.

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. DE F. A. S. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 126–137, 2012.

EBDON, C.; FRANKLIN, A. L. Citizen Participation in Budgeting Theory. **Public Administration Review**, v. 66, n. 3, p. 437–447, 2006.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R. DO; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro (RJ). Fiocruz; p. 59–81, 2005.

FABRIZ, D. C. Federalismo, municipalismo e direitos humanos. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, v. 77, n. 4, p. 84, 2010.

FERNANDES, R. **Índice de desenvolvimento da educação básica (IDEB)**. MEC - Ministério da Educação, INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2007.

FIRJAN. As áreas de desenvolvimento do IFDM. **Publicações Sistema Firjan – Pesquisas e Estudos Socioeconômicos: Firjan, 2015.**, 2015.

FISCHER, T. Poder local: um tema em análise. **Revista de Administração Pública**, v. 26, n. 4, p. 105–113, 1992.

FONT, J. **Ciudadanos y decisiones públicas**. Editora Ariel, 2007.

FORNELL, C.; LARCKER, D. F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. **Journal of marketing research**, p. 39–50, 1981.

GILSON, L. et al. Challenging inequity through health systems. **Final report of the Knowledge Network on health systems**, 2007.

GOLDFRANK, B. The Politics of Deepening Local Democracy: Decentralization, Party Institutionalization, and Participation. **Comparative Politics**, v. 39, n. 2, p. 147–168, 2007.

GOMES, E. G. M. Conselhos gestores de políticas públicas: aspectos teóricos sobre o potencial de controle social democrático e eficiente. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 13, p. 894–909, 2015.

HAIR, J. F. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HIRSCHMAN, A. O. **Estratégia do desenvolvimento econômico: The strategy of economic development. 1958**. Fundo de cultura, 1960.

HONG, S. Citizen Participation in Budgeting: A Trade-Off between Knowledge and Inclusiveness? **Public Administration Review**, v. 75, n. 4, p. 572–582, 2015.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, 2008.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. **Sistema de indicadores de percepção social (SIPS)**. Ipea Brasília, 2011.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS - JCAHO. **The measurement mandate: On the road to performance improvement in health care**. Chicago: Joint Commission on, 1993.

JUSTICE, J. B.; MELITSKI, J.; SMITH, D. L. E-Government as an Instrument of Fiscal Accountability and Responsiveness: Do the Best Practitioners Employ the Best Practices? **The American Review of Public Administration**, v. 36, n. 3, p. 301–322, 2006.

KOSKEI, E. et al. Effect of Socio-economic Factors on Access to Improved Water Sources and Basic Sanitation in Bomet Municipality. **Research Journal of Environmental and Earth Sciences**, v. 5, p. 714–719, 2013.

LEIGHLEY, J. E. Attitudes, Opportunities and Incentives: A Field Essay on Political Participation. **Political Research Quarterly**, v. 48, n. 1, p. 181–209, 1995.

MAGALHÃES, J. L. Q. **A crise da democracia representativa**. O paradoxo do fim da modernidade. 2013.

MALTA, D. C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16, p. 233-244, 2007.

MARGOTTO, L. C.; DE MENDONÇA CRUZ, C. A. Federalismo brasileiro e descentralização: papel dos municípios na implementação das políticas públicas. **Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social**, v. 1, n. 1, 2016.

MARÔCO, J. **Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações**. ReportNumber, 2010.

MARQUETTI, A.; SCHONERWALD DA SILVA, C. E.; CAMPBELL, A. Participatory economic democracy in action: participatory budgeting in Porto Alegre, 1989–2004. **Review of Radical Political Economics**, v. 44, n. 1, p. 62–81, 2012.

MARTIN, D. G. et al. **Influência do Controle Social no Desempenho da Saúde Pública Brasileira**. Dissertação (Mestrado em Administração) - UFV. Viçosa. 2018.

MEDICI, A. Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). **Monitor de Saúde**, v. 7, n. 35, 2012.

MENDES, E. V. O. et al. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. **Anais...1995**.

MENDES, V. L. P. S.; BARBOSA, A. M. G.; RODRIGUES, J. M. Gestão dos serviços públicos e participação cidadã: estudo com os beneficiários do programa bolsa família. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 13, p. 105–120, 2009.

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e européias. **Revista de Administração Pública**, v. 42, p. 551–579, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. **Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde**. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Guia do conselheiro. Brasília (DF): MS; 2002.

OJEDA, M. G. Capital social y clientelismo: otra limitación para el control social. **Polis (Santiago)**, v. 10, p. 123–146, 2011.

PEREIRA, A. L.; CASTRO, L. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2004.

PIŠKUR, B. et al. Participation and social participation: are they distinct concepts? **Clinical Rehabilitation**, v. 28, n. 3, p. 211–220, 2014.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC public health**, v. 10, n. 1, p. 380, 2010.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. DE S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. DE J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 139–147, 2013.

ROSA FILHO, L. A. **Determinantes e efeitos da continuidade na atenção à saúde: estudo de base populacional em Pelotas, RS**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pelotas, 2006.

ROSENBLOOM, D. H.; GOLDMAN, D. D. **Public administration: Understanding management, politics, and law in the public sector**. McGraw-Hill New York, 2009.

SABIONI, M. et al. Contextos (in)adequados para o engajamento cidadão no controle social. **Revista de Administração Pública**, v. 50, p. 477–500, 2016.

SANTOS, B. Federalismo e Desenvolvimento Urbano. **Cadernos UniFOA**, v. 1, n. 1, p. 55–70, 2017.

SANTOS, B. DE S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. de S. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SELLERA, A. R. et al. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, 2012.

SEN, A. **Inequality reexamined**. Clarendon Press, 1992.

SEN, A.; MOTTA, L. T.; MENDES, R. D. **Desenvolvimento como liberdade**. Companhia das Letras, São Paulo, 2000.

SERRA, R. DE C.; CARNEIRO, R. Controle social e suas interfaces com os controles interno e externo no Brasil contemporâneo. **Espacios Públicos**, v. 15, n. 34, 2012.

SHIMIZU, H. E.; MOURA, L. M. DE. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 1180–1192, 2015.

SILVA, F. C. DA C. Controle social: reformando a administração para a sociedade. **Organização & Sociedade**, v. 9, p. 115–137, 2002.

SILVA, R. D. B. da. Sociedade e Estado: quem controla quem? diferentes abordagens do controle social e a evolução das relações sociedade-estado. **Revista da Controladoria-Geral da União**, v. 8, n. 13, p. 20, 2016.

SIMÕES, C. C. da S. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1999.

SOARES, M. L. M. Produção do conhecimento sobre educação popular e audiolgia na atenção primária. **Revista CEFAC**, v. 18, n. 3, 2016.

STOTZ, E. N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em debate**, v. 30, n. 73–74, 2006.

TAMEZ, S.; EIBENSCHUTZ, C.; CAMACHO, I. El papel del trabajo en la determinación de las desigualdades en salud. In R. N. Nogueira (Org.), **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde CEBES, p. 60–86, 2010.

TORRES, M. D. F. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. FGV Editora, 2004.

ULZURRUN, L. M. D. **Citizens in politics: the individual and contextual determinants of political membership in western countries**. Madrid: Fundación Juan, 2001.

- UNEP, U. N. E. P. **Environmental Impact Assessment Training Resource Manual**, 1996.
- VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711–24, 2004.
- VIACAVA, F. et al. PROADESS: Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. **Rio de Janeiro: Fiocruz**, 2011.
- VIACAVA, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 921–934, 2012.
- VICTORIA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 4, p. 3–69, 2001.
- VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 3, p. 17–24, 1991.
- WAMPLER, B. **Participatory budgeting in Brazil: Contestation, cooperation, and accountability**. Penn State Press, 2010.
- WOLFSON, M.; ALVAREZ, R. Towards integrated and coherent health information systems for performance monitoring: the Canadian experience. **In OECD, Measuring up: improving health systems performance in OECD countries**. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002.
- WORLD BANK. **Public Involvement in Environmental Assessment: Requirements, Opportunities and Issues**. Environmental Assessment Sourcebook Update. n. 5, 1993.
- ZAMBON, V. D.; OGATA, M. N. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 921–927, 2013.
- ZICCARDI, A. Espacios e instrumentos de participación ciudadana para las políticas sociales del ámbito local. In: (Org.) **Participación ciudadana y políticas sociales del ámbito local**. UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales / Instituto Nacional de Desarrollo Social / Consejo Mexicano de Ciencias Sociales, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Descrição das variáveis do constructo Controle Social

Variável	Ano	Caracterização	Fonte	Variância
Taxa de Urbanização	2010	Razão entre população urbana e população total do ano de 2010.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	0 a 100 (%)
Núm. de usuários de internet fixa	2012	Proporção do número total de acessos de internet fixa em serviços em cada município no mês dezembro de 2012. A cada 10.000 habitantes do município há X usuários de internet fixa.	Ministério das Comunicações	-
Total de Conselhos Gestores	2012	Indica o número total de conselhos gestores atuantes em cada município no ano de 2012, considerando o universo total de conselhos existentes: da Saúde, da Segurança Pública, da Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes, dos Direitos da Mulher, da Assistência Social, da Segurança Alimentar e nutricional, do Idoso, da Pessoa com Deficiência, Tutelar, do Meio Ambiente, da Cultura, do Patrimônio Cultural, da Política Urbana ou Desenvolvimento Urbano, do Transporte. Sendo que, foi atribuído "1" ponto para a existência de cada um desses conselhos e "0" para os municípios que não possuem o determinado conselho.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	0 a 14
Núm. de Legislações Municipais	2012	Indica o número de legislações existentes em cada município, sendo que, foi atribuído "1" ponto para a existência de cada uma das legislações e "0" para a não existência da legislação. As seguintes legislações foram consideradas: legislação específica sobre zona e/ou área de interesse social; área e/ou zona de proteção ou controle ambiental; zona e/ou área de interesse especial; Lei de Perímetro Urbano; Lei de Zoneamento ou Uso e Ocupação do Solo; Código de obras; Lei de Transferência do Direito de Construir; Lei de Solo Criado ou Outorga Onerosa do Direito de Construir; Lei de Parcelamento do Solo; Código de Posturas; Lei de Contribuição de Melhoria; Lei de Imposto Predial e Territorial Urbano Progressivo; Lei de Operação Urbana Consorciada; Lei de Concessão do Direito Real de Uso; Lei de Parcelamento, Edificação ou Utilização Compulsórias; Lei de Desapropriação com Pagamento em Títulos; Lei de Direito de Preempção; Estudo de Impacto de Vizinhança; Legislação municipal de proteção ao patrimônio cultural; Lei municipal de segurança alimentar e nutricional; Legislação específica para tratar de questão ambiental.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	0 a 21
Núm. de Partidos Políticos	2012	Somatório da quantidade de partidos políticos presentes na eleição de 2012.	Tribunal Superior Eleitoral (TSE)	-
Mecanismos Municipais	2012	Indica o número de diversos tipos de instrumentos existentes em cada município, sendo que, foi atribuído "1" ponto para a existência de cada um destes instrumentos e "0" para a não existência e para os municípios que não declaram (ND) a existência destes instrumentos. Foram excluídos aqueles instrumentos em que havia um número superior a 5% de municípios que não declaram (ND). Portanto, os seguintes instrumentos foram considerados: Plano Diretor; Mecanismos	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	0 a 11

		de incentivo à implantação de empreendimento; Mecanismos de restrição à implantação de empreendimento; Plano de inclusão digital; Plano Municipal de Transporte; Plano Municipal de Assistência Social; Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional; Agenda 21; Projeto de cooperação internacional descentralizada; Plano Municipal de saúde (2013); Plano Municipal de Políticas para as Mulheres (2013).		
Num. de Pessoal Ocupado	2012	Pessoal ocupado total. A cada 10.000 habitantes do município há X pessoas ocupadas.	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	Sem

Fonte: elaborado pela autora

APÊNDICE B

Descrição das variáveis do constructo Desempenho da Saúde Pública

Variável	Ano	Caracterização	Fonte	Variância
Prop. gest. ac. com vacinação em dia	2012	Proporção do número de gestantes que estão com vacinação em dia dividido pelo número de gestantes acompanhadas.	SIAB-DATASUS	-
Cob. equipes atenção básica	2012	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica.	DATASUS	-
Rz. exame citopatológico	2012	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária	DATASUS	-
Cob. equipes saúde bucal	2012	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.	DATASUS	-
N.v. consulta pré-natal	2012	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.	DATASUS	-
Gestantes ac. com PN	2012	Proporção do número de gestantes que iniciaram o pré-natal até o 3º mês de gravidez (durante o 1º trimestre de gestação) dividido pelo número de gestantes acompanhadas.	SIAB-DATASUS	-

Fonte: elaborado pela autora

APÊNDICE C

Descrição das variáveis do constructo Estrutura do Sistema de Saúde

Variável	Ano	Caracterização	Fonte	Variância
Enfermeiro	2012	Proporção do número de enfermeiros cadastrados no CNES. A cada 10.000 habitantes do município há X enfermeiros.	CNES-DATASUS	-
Clínico Geral	2012	Proporção do número de clínicos gerais cadastrados no CNES. A cada 10.000 habitantes do município há X clínicos gerais.	CNES-DATASUS	-
Bioquímico/ Farmacêutico	2012	Proporção do número de bioquímicos e farmacêuticos cadastrados no CNES. A cada 10.000 habitantes do município há X destes profissionais.	CNES-DATASUS	-
Fisioterapeuta	2012	Proporção do número de fisioterapeutas cadastrados no CNES. A cada 10.000 habitantes do município há X fisioterapeutas.	CNES-DATASUS	-
Odontólogo	2012	Proporção do número de odontólogos cadastrados no CNES. A cada 10.000 habitantes do município há X odontólogos.	CNES-DATASUS	-
Num. De Equipamentos Disponíveis	2012	Proporção da quantidade total de equipamentos (Diagnóstico por imagem, Infraestrutura, Métodos Ópticos, Métodos Gráficos, Manutenção da vida, Odontologia, Outros equipamentos) existentes, disponíveis para o SUS e em uso. A cada 10.000 habitantes do município há X equipamentos.	CNES-DATASUS	-
Prop. Estab. Ambulatorial Média Complexidade	2012	Proporção da quantidade de estabelecimentos ambulatoriais de média complexidade existentes, disponíveis para o SUS e em uso. A cada 10.000 habitantes do município há X estabelecimentos.	CNES-DATASUS	-

Fonte: elaborado pela autora

APÊNDICE D

Descrição das variáveis do constructo Condições de Saúde da População

Variável	Ano	Caracterização	Fonte	Variância
Prop. Partos Não-normais	2012	Inversão da variável %Partos Normais (Número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano dividido pelo número de nascidos vivos de todos os partos).	DATASUS	0 a 100%
Taxa de Internação por Fratura no Fêmur	2012	Número de internações de pessoas idosas (60 anos e mais) com fratura de fêmur, dividido pela população e multiplicado por 10.000. A cada 10.000 habitantes do município há X internações.	SIH-DATASUS	-
Taxa de Óbitos Totais por residência	2012	Total de óbitos não fetais residentes, dividido pela população e multiplicado por 10.000. A cada 10.000 habitantes do município há X óbitos.	SIM-DATASUS	-
Taxa Internação Média Complexidade	2012	Total de internações clínico-cirúrgicas realizadas de média complexidade, por local de residência e ano de internação dividido pela população de cada 100 habitantes.	DATASUS	-
Taxa Internação Alta Complexidade	2012	Total de internações clínico-cirúrgicas realizadas de alta complexidade, por local de residência e ano de internação, dividido pela população de cada 1000 habitantes.	DATASUS	-

Fonte: elaborado pela autora.

APÊNDICE E

Descrição das variáveis do constructo Condições Sociais

Variável	Ano	Caracterização	Fonte	Variância
Fam. Acomp. com Água de Rede Pública	2012	Proporção de famílias acompanhadas pelo Estratégia Saúde da família, antigo PSF, atendida com água disponibilizada pela rede pública	DATASUS	-
Fam. Acomp. com Coleta de Lixo	2012	Proporção de famílias acompanhadas pelo Estratégia Saúde da família, antigo PSF, atendida com coleta de lixo na residência	DATASUS	-
Fam. Acomp. com Casa de Tijolo	2012	Proporção de famílias acompanhadas pelo Estratégia Saúde da família, antigo PSF, cuja moradia consiste em alvenaria.	DATASUS	-
Fam. Acomp. com Energia Elétrica	2012	Proporção de famílias acompanhadas pelo Estratégia Saúde da família, antigo PSF, atendidas com serviço de energia elétrica	DATASUS	-
IDEB	2011	Indicador de qualidade educacional que combina informações de desempenho em exames (Prova Brasil ou Saeb) obtido pelos estudantes de escola pública ao final do 9º ano com informações sobre rendimento escolar (aprovação).	INEP	0 a 10

Fonte: elaborado pela autora

APÊNDICE F

Descrição das variáveis do constructo Condições Econômicas

Variável	Ano	Caracterização	Fonte	Variância
Número de salários de Trabalhadores	2012	Razão entre o número de salários e outras remunerações pagas no ano pelo pessoal assalariado médio, dividido por 13.	CEMPRE-IBGE	-
Pib Per Capta Municipal	2012	Produto Interno Bruto em Reais correntes dividido pela população estimada do ano.	IBGE	-
Taxa Empresas Atuantes	2012	Proporção do número de empresas atuantes em cada município. A cada 10.000 habitantes do município há X empresas.	IBGE	-
Taxa Saldo Emprego	2012	Saldo de emprego registrado no Ministério de Trabalho, emprego e previdência social, calculado pela diferença do número de contratação pelo número de demissão no ano corrente, dividido pela população e multiplicado por 10000.	RAIS	-

Fonte: elaborado pela autora.

APÊNDICE G

Matriz de Correlação do Constructo Controle Social

	Taxa de urbanização	Num de usuários de internet fixa	Núm. conselhos gestores	Núm. de legislações municipais	Núm. de partidos políticos	Mecanismos municipais	Taxa de pessoal ocupado
Taxa de urbanização	1,000						
Num. de usuários de internet fixa	0,604	1,000					
Núm. conselhos gestores	0,419	0,496	1,000				
Núm. de legislações municipais	0,368	0,468	0,549	1,000			
Núm. de partidos políticos	0,375	0,286	0,386	0,315	1,000		
Mecanismos municipais	0,352	0,397	0,481	0,531	0,392	1,000	
Taxa de pessoal ocupado	0,502	0,662	0,391	0,442	0,121	0,373	1,000

Fonte: resultado da pesquisa

APÊNDICE H

Matriz de Correlações do Constructo Desempenho da Saúde

	Prop. gestantes com pn/acomp.	Prop. gest com vac em dia/acomp.	Rz exame citopatológico	Cob equipes atenção básica	Cob equipes saúde bucal	N.V. consulta pré-natal
Prop. gestantes com pn/acomp.	1,000					
Prop. gest com vac em dia/acomp.	0,516	1,000				
Rz exame citopatológico	0,265	0,202	1,000			
Cob equipes atenção básica	0,208	0,226	0,232	1,000		
Cob equipes saúde bucal	0,200	0,224	0,264	0,578	1,000	
N.V. consulta pré-natal	0,557	0,363	0,355	0,138	0,138	1,000

Fonte: resultado da pesquisa

APÊNDICE I

Matriz de Correlações do Constructo Estrutura do Sistema de Saúde

	Prop. estab. amb. méd. complexidade	Enfermeiro	Clínico geral	Bioquímico/farmacêutico	Fisioterapeuta	Odontólogo	Num. de equip. disponíveis
Prop. estab. amb. méd. complexidade	1,000						
Enfermeiro	0,058	1,000					
Clínico geral	0,082	0,328	1,000				
Bioquímico/farmacêutico	0,048	0,365	0,229	1,000			
Fisioterapeuta	0,125	0,404	0,354	0,389	1,000		
Odontólogo	0,131	0,356	0,370	0,370	0,483	1,000	
Num. de equip. disponíveis	0,308	0,017	0,017	0,020	0,035	0,034	1,000

Fonte: resultado da pesquisa

APÊNDICE J

Matriz de Correlações do Constructo Condições de Saúde da População

	Taxa óbitos totais por residência	Prop. Partos não normais	Taxa int. fratura fêmur	Taxa int. med comp	Taxa int. alta comp
Taxa óbitos totais por residência	1,000				
Prop. Partos não normais	0,407	1,000			
Taxa int. fratura fêmur	0,264	0,239	1,000		
Taxa int. med comp	0,268	0,259	0,175	1,000	
Taxa int. alta comp	0,449	0,466	0,303	0,278	1,000

Fonte: resultado da pesquisa

APÊNDICE K

Matriz de Correlações do Constructo Condições Sociais

	Fam. ac. água rede pública	Fam. ac. lixo coletado	Fam. ac. casa tijolo	Fam. ac. energia elétrica	Ideb
Fam. ac. água rede pública	1,000				
Fam. ac. lixo coletado	0,702	1,000			
Fam. ac. casa tijolo	0,335	0,288	1,000		
Fam. ac. energia elétrica	0,427	0,522	0,230	1,000	
Ideb	0,197	0,323	0,054	0,246	1,000

Fonte: resultado da pesquisa

APÊNDICE L

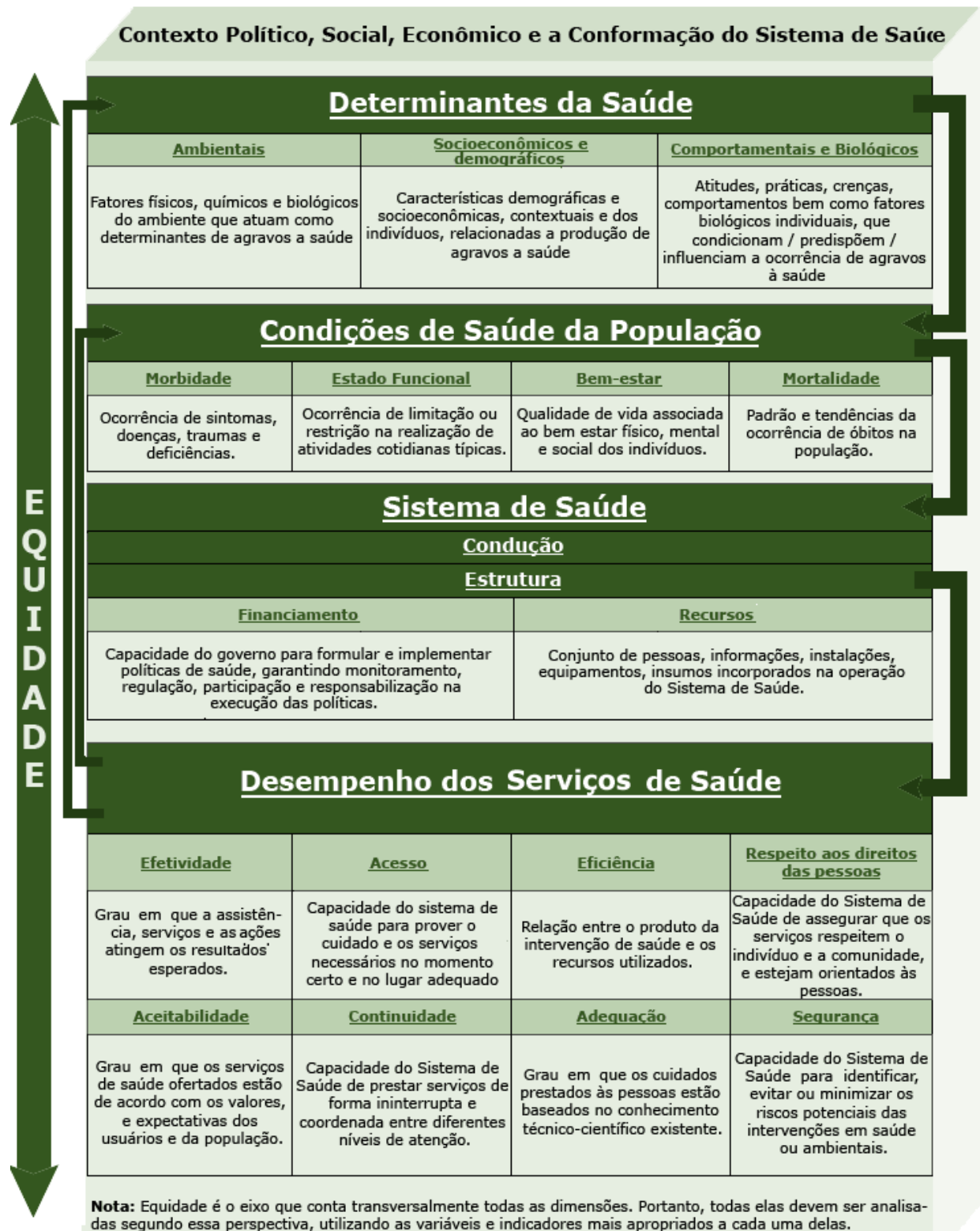
Matriz de correlações do Constructo Condições Econômicas

	Num. salário de trabalhadores	Pib per capita municipal	Taxa saldo emprego	Taxa empresas atuantes
Num. salário de trabalhadores	1,000			
Pib per capita municipal	0,522	1,000		
Taxa saldo emprego	0,539	0,602	1,000	
Taxa empresas atuantes	0,362	0,386	0,631	1,000

Fonte: resultado da pesquisa

ANEXOS

ANEXO A - Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde



Fonte: Viacava et al. 2004.