



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JORGAS MARQUES RODRIGUES

**PARTICIPAÇÃO CIDADÃ E ACESSIBILIDADE DOS USUÁRIOS EM SITUAÇÃO
DE POBREZA AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE**

SALVADOR

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UFBA
EE**

JORGAS MARQUES RODRIGUES
Participação Cidadã e Acessibilidade dos Usuários em Situação de Pobreza aos Serviços Básico de Saúde

2008

R 196 RODRIGUES, Jorgas Marques.

Participação Cidadã e Acessibilidade dos Usuários em Situação de Pobreza aos Serviços Básicos de Saúde. Salvador: EEUFBA, 2008.

94 p+ apêndices

Dissertação – Mestrado em Enfermagem, EEUFBA,2008

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Vera L. P. Santos Mendes

1. Saúde Pública 2. Saúde Pública – Atenção básica 3. PBF- Serviços de Saúde. 4. Saúde pública – comunidades. I. Título.

CDU: 614

JORGAS MARQUES RODRIGUES

**PARTICIPAÇÃO CIDADÃ E ACESSIBILIDADE DOS USUÁRIOS EM SITUAÇÃO
DE POBREZA AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa “Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde”.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera L. P. Santos Mendes.

**SALVADOR
2008**

PARTICIPAÇÃO CIDADÃ E ACESSIBILIDADE DOS USUÁRIOS EM SITUAÇÃO DE POBREZA AOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

JORGAS MARQUES RODRIGUES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestre, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa “Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde”

Aprovada em 28 de fevereiro de 2008

COMISSÃO EXAMINADORA

Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes _____

Doutora em Administração e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Ângela Maria Gordilho Barbosa _____

Doutora em Urbanismo e Professora da FIB – Centro Universitário da Bahia

Ester de Souza Costa _____

Doutora em Saúde Pública e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Angela Tamiko Sato Tahara _____

Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

À UFBA pela oportunidade e credibilidade.

Aos professores, durante o meu percurso acadêmico, em especial ao Prof. Dr. Álvaro Pereira, Profª Drª Regina Mendonça, Profª Drª Ângela Tahara, Profª Drª Mirian.

Aos professores da banca examinadora, Profª Drª Ângela Gordilho, Profª Drª Ester de Souza Costa.

Aos que possibilitaram a realização desse trabalho, contribuindo direta ou indiretamente em sua realização.

À FAPESB, pela viabilidade e colaboração por ter apoiado tal estudo.

À CAPES por ter proporcionado a bolsa de pesquisa.

A todos os amigos que, na verdade interior, apoiaram e acreditaram na realização desse estudo.

Aos amigos do Hospital Cidade, pelo apoio e compreensão.

Aos amigos do grupo de estudo Observa Políticas. Em especial ao ex-bolsista do PIBIC Roberto Viena, já enfermeiro.

A todos da minha família, apesar da distância física, estiveram sempre presente.

Em especial, minha orientadora, Profª Drª Vera Mendes, por acreditar, estimular, motivar-me no processo criativo e, mais do que isso, pelo exemplo ético de profissionalismo e conduta pessoal. Muito obrigado.

Dedico este trabalho:

À minha filha Mariana que, ao presentear-me com sua chegada, irradiou amor, felicidade e motivação.

À minha esposa Karina pelo amor, carinho e dedicação, servindo muitas vezes como combustível nas minhas conquistas apoiando-me com paciência, estando sempre ao meu lado.

Ao meu pai Sr. Jayme, pelo exemplo, amor e dedicação incondicional preparando-me para a vida.

A minha mãe Josita, pelo amor, carinho e dedicação presentes na minha formação pessoal e profissional

Minhas sobrinhas, Bárbara, Beatriz, minha cunhada Selma e meu irmão Jaime, por estarem sempre ao meu lado, apoiando-me, auxiliando-me, mesmo nos momentos mais difíceis de minha evolução.

E a DEUS por fazer-se presente em toda minha vida.

O ser humano vivencia a si mesmo, seus pensamentos como algo separado do resto do universo - numa espécie de ilusão de ótica de sua consciência. E essa ilusão é uma espécie de prisão que nos restringe a nossos desejos pessoais, conceitos e ao afeto por pessoas mais próximas. Nossa principal tarefa é a de nos livrarmos dessa prisão, ampliando o nosso círculo de compaixão, para que ele abranja todos os seres vivos e toda a natureza em sua beleza. Ninguém conseguirá alcançar completamente esse objetivo, mas lutar pela sua realização já é por si só parte de nossa liberação e o alicerce de nossa segurança interior.

ALBERT EINSTEIN

RODRIGUES, Jorgas Marques. Participação cidadã e acessibilidade dos usuários em situação de pobreza aos serviços básicos de saúde. 2008. 96p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

RESUMO

Na Reforma Administrativa do Estado, entendimento sobre cidadania e Direitos Políticos dos cidadãos pelos beneficiários do Programa Bolsa Família é considerado um aspecto relevante para a melhoria da acessibilidade aos serviços públicos e aprimoramento do exercício da cidadania ativa, partindo-se do princípio de que cidadãos mais cômicos quanto aos seus direitos políticos exigem do poder público, serviços de melhor qualidade. Questiona-se em que medida a participação cidadã dos usuários em situação de pobreza, contribui para facilitar a acessibilidade aos serviços básicos de saúde? Este trabalho tem como objetivo geral avaliar em que medida a participação cidadã dos usuários interfere na sua acessibilidade aos serviços básicos de saúde na cidade de Salvador/Ba. Como objetivos específicos: avaliar como se dá a participação cidadã dos beneficiários do Programa Bolsa Família na vida associativa e nos serviços básicos de saúde em Salvador; identificar, de que maneira os serviços básicos de saúde atendem aos grupos populacionais com menor renda. Parte-se da Hipótese de que a falta de participação cidadã interfere negativamente na acessibilidade dos usuários do Programa Bolsa Família - PBF aos serviços básicos de saúde. Neste estudo interessa o princípio da participação cidadã e sua relação com a acessibilidade aos serviços básicos de saúde, considerando-se os usuários dos Serviços de Saúde e os beneficiários do PBF. Um estudo exploratório com abordagem quantitativo, realizado na Unidade Básica de Saúde Adroaldo Albergaria, no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário da Cidade de Salvador-Bahia. A amostra correspondeu a um percentual de 11,6 do total de usuários cadastrados no PBF, com um nível de confiança de 95%, margem de erro de 5,2% totalizando 315 usuários pesquisados. O plano de análise dos dados quantitativos é focado em informações referentes à participação cidadã e às dificuldades de acessibilidade aos serviços básicos de saúde do usuário em situação de pobreza. O foco da análise é sobre a dimensão estrutural por entender ser esta passível de melhoria, a partir da capacidade de gestão. Observou-se baixa predisposição (14,0%) à participação dos beneficiários do PBF na vida associativa e como principais motivos (23,0%) por desconhecerem e (18,7%) por ninguém ter chamado, (61,3%) disseram jamais terem participado de discussão dos problemas de saúde na comunidade e depositam maior grau de confiança nas instituições, as religiosas (34,4%), relativos aos seus direitos políticos (42,6%) não sabem e (7,8%) disseram “não” tê-los e para o uso gratuito dos serviços de saúde (9,5%) entendem como uma recompensa do governante por ter sido eleito pelo povo. Frente às dificuldades de acessibilidade (79%), os pesquisados relatam existir e com um equilíbrio aos fatores: estrutural, social, econômico e cultural. Apesar da presença do Estado Democrático de Direito (EDD), a participação dos segmentos populacionais socialmente excluídos, na gestão da esfera pública é ainda frágil e incipiente e os dispositivos constitucionais assegurarem os direitos políticos e a participação cidadã, isto não se verificou no estudo empírico, confirmando a hipótese previamente enunciada, e ainda, os grupos com menor poder de pressão ante o executivo e legislativo têm menos oportunidade de obterem atendimento nas suas demandas.

Palavras-chave: Programa Bolsa Família; cidadania; pobreza; serviços básicos de saúde; acessibilidade.

RODRIGUES, Jorgas Marques. Participação cidadã e acessibilidade dos usuários em situação de pobreza aos serviços básicos de saúde. 2008. 96p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

ABSTRACT

In the Administrative Reformation of the State, the agreement on citizenship and Rights Politicians of the citizens for the beneficiaries of the Program Stock market Family are considered an excellent for the improvement of the accessibility to the public services and for the improvement of the exercise of the active citizenship, breaking itself of the beginning of that citizens how many to its rights politicians they tend to demand of the power public, services of more good quality. It's questioned where measured participation citizen of the users in poverty situation, contributes to facilitate the accessibility to the basic services of health? This work has as objective generality to evaluate where measured the participation citizen of the users it intervenes with its accessibility, to the basic services of health in the city of Salvador. Objective specific: to evaluate as if of the a participation citizen of the beneficiaries of the Program Stock market Family in the associative life and the basic services of health in Salvador; to identify, how the basic services of health take care of to the population groups with lesser income. The Hypothesis of that the participation lack citizen negative intervenes with the accessibility of the users of the Program Stock market Family - PBF to the basic services of health. In this study it interests the beginning of the participation citizen and its relation with the accessibility the basic services of health, considering itself the users in poverty situation and the beneficiaries of the PBF. One is about a quantitative, exploratory study, carried through in the Basic Unit of Health Adroaldo Albergaria, in the quarter of Periperi, Sanitary District of the Railroad Suburb of the City of Salvador - Bahia. Corresponds to a percentage of 11,6 of the total of users registered in cadastre in the PBF, totalizing itself 315 users. The plan of analysis of the quantitative data is focused in referring information to the participation citizen and to the difficulties of accessibility to the basic services of health of the user in poverty situation; the focus of the analysis is on the structural dimension for understanding to be this passive of improvement, from the management capacity. Predisposition (14.0%) to the participation of the beneficiaries of the PBF in the associative life was observed low and as main reasons (23.0%) for being unaware of e (18.7%) for nobody to have called, (61.3%) had never said to have participated of quarrel of the problems of health in the community and deposit reliable greater degree in the institutions, had been distinguished the religious ones (34.4%), relative to its rights politicians (42.6%) they do not know e (7.8%) had said not to have it and for the gratuitous use of the health services (9.5%) they understand as one rewards of the governor for having been elect for the people. Front to the accessibility difficulties (79%), the searched ones tell to exist and with a balance to the factors: structural, social, economic and cultural. These results indicate that although the presence of the Democratic State of Rights (EDD), the participation of the population segments socially excluded in the management of the public sphere is still fragile and incipient and although the devices constitutional to assure the rights politicians and the participation citizen, this were not verified previously in the empirical study, confirming the enunciated hypothesis, and still, the groups with minor to be able of pressure before the legislative executive and have little chance to get attendance in its demands.

Key words: Program Stock market Family; citizenship; poverty; basic services of health, accessibiliyy

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Valores de benefícios e Critério de Elegibilidade para o PBF	40
Quadro 02 – Número e percentual de respostas sobre os motivos da não participação em associações, sindicato e conselhos. Salvador, BA, 2007	63
Quadro 03 – Número e percentual de respostas sobre os motivos da não participação em associações, sindicato e conselhos. Salvador, BA, 2007	63
Quadro 04 - Número e percentual de respostas sobre o fórum de discussão dos problemas de saúde. Salvador, BA, 2007	65
Quadro 05 - Número percentual de respostas sobre e a SMS estimula a participação da sociedade civil na gestão dos serviços de saúde. Salvador, BA, 2007	67
Quadro 06 - Número e percentual de respostas dos beneficiários do PBF sobre o uso gratuito dos serviços de saúde. Salvador, BA, 2007.	71
Quadro 07 - Número e percentual de respostas quanto ao tipo de atendimento e acessibilidade a internação ou atendimento de alta complexidade. Salvador, BA, 2007	74
Quadro 08 - Número e percentual de respostas sobre qual o meio de comunicação que o usuário obteve informações sobre o PBF. Salvador, BA, 2007	74
Quadro 09 - Número e percentual de respostas sobre se o usuário foi atendido na última vez que precisou do serviço público de saúde. Salvador, BA, 2007.....	78
Quadro 10 - Número e percentual de respostas se o usuário, caso necessite, voltaria a procurar o serviço público de saúde e por quê. Salvador, BA, 2007.....	79
Quadro 11 - Número e percentual de respostas se o usuário, caso necessite, porque não voltaria a procurar o serviço público de saúde	79

LISTA DE GRÁFICOS

Fig. 01 Gráfico da distribuição percentual da amostra por gênero. Salvador, Ba, 2007	62
Fig. 02 Gráfico da distribuição percentual da amostra por faixa etária. Salvador, BA, 2007	63
Fig.03 Gráfico da distribuição percentual da amostra por escolaridade. Salvador, BA 2007.....	63
Fig.04 Gráfico do percentual de respostas sobre a discussão dos problemas de saúde pela comunidade. Salvador, BA, 2007.....	65
Fig. 05 Gráfico do percentual de respostas sobre recebimento de reclamações populares pela SMS. Salvador, BA, 2007	67
Fig. 06 Gráfico do percentual de respostas sobre encaminhamento de reclamações populares pela SMS. Salvador, BA, 2007	67
Fig. 07 Gráfico do percentual de respostas sobre o desenvolvimento de ações específicas pela SMS em bairros carentes. Salvador, BA, 2007	68
Fig. 08 Gráfico do percentual de respostas dos beneficiários do PBF sobre a confiança depositada nas instituições. Salvador, BA, 2007.	69
Fig. 09 Gráfico do percentual de respostas quanto ao entendimento sobre os seus Direitos Políticos. Salvador, BA, 2007	70
Fig. 10 Gráfico do percentual de respostas sobre procura por prefeito/ secretário/ vereador/ deputado para resolver problemas causados pela ausência de centro de saúde. Salvador, BA, 2007	71
Fig. 11 Gráfico do percentual de respostas sobre se o prefeito cumpre as promessas e campanha. Salvador, BA, 2007	72
Fig. 12 Gráfico do percentual de respostas sobre quais os serviços públicos de saúde que o usuário tem acessibilidade. Salvador, BA, 2007	74
Fig. 13 Gráfico do percentual de respostas da acessibilidade à internação hospitalar ou atendimento de alta complexidade. Salvador, BA, 2007	74
Fig. 14 Gráfico percentual de respostas sobre o conhecimento dos programas de saúde ofertados pelos serviços públicos de saúde. Salvador, BA, 2007.....	76
Fig.15 Gráfico do percentual de respostas sobre a existência de dificuldades de acessibilidade da população de baixa renda aos serviços públicos de saúde. Salvador, Ba, 2007	76
Fig.16 Gráfico do percentual de respostas quanto ao tipo de dificuldade de acessibilidade aos serviços públicos de saúde. Salvador, BA, 2007.....	78
Fig.17 Gráfico do percentual de respostas sobre qual dificuldade estrutural da acessibilidade aos serviços públicos de saúde. Salvador, BA, 2007.....	79
Fig.18 Gráfico do percentual de respostas sobre o tempo de espera na última vez que precisou do serviço público de saúde. Salvador, BA, 2007	80
Fig. 19 Gráfico do percentual de respostas sobre a disponibilidade de serviços de emergência nos serviços públicos de saúde	81
Fig.20 Gráfico do Percentual de respostas sobre a avaliação do usuário aos serviços públicos de saúde. Salvador, BA, 2007	82

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CIDADANIA E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ NO CONTEXTO DA REFORMA ADMINISTRATIVA DO ESTADO	22
3 GESTÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	37
3.1 TIPOS DE BENEFÍCIOS PAGOS PELO PROGRAMA.....	39
3.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	41
3.3 COMENTÁRIOS SOBRE A LEI Nº 10.836, DE 09/01/2004.....	41
4 ACESSO E ACESSIBILIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	46
4.1 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E GESTÃO DO SUS	47
4.2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS COM ÊNFASE NO ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	48
4.2.1 Avaliação de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde	50
4.2.2 Avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde.....	53
5 METODOLOGIA	56
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	56
5.2 LÓCUS DA PESQUISA.....	56
5.3 UNIVERSO E AMOSTRA	57
5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	57
5.5 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS	58
5.5.1 Indicadores e variáveis	58
5.6 BANCOS DE DADOS SECUNDÁRIOS.....	61
6 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
6.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS DA AMOSTRA	62
6.2 PARTICIPAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DO PBF NA VIDA ASSOCIATIVA	63
6.3 RELAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DO PBF COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS)	66
6.4 CONHECIMENTO DA SOCIEDADE CIVIL SOBRE SEUS DIREITOS POLÍTICOS	70
6.5 AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE DOS USUÁRIOS DO PBF AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	73
6.5.1 Número e percentual de respostas sobre qual dificuldade estrutural da acessibilidade aos serviços públicos de saúde.	78
7 CONCLUSÕES	83
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES -.....	95

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, nas últimas décadas do século XX e no contexto da Reforma Administrativa do Estado, a gestão pública ganhou dimensão e tem enfrentado o desafio de resolver os problemas sociais, dentre os quais se destaca reduzir a pobreza e as desigualdades. Neste cenário, o acesso a serviços públicos de saúde ganhou visibilidade, intensificando-se as pesquisas sobre o assunto; porém existe na literatura uma lacuna no que se refere à participação cidadã e ao acesso dos usuários em situação de pobreza junto a esses serviços.

No contexto de Reforma Administrativa do Estado, o entendimento sobre cidadania e Direitos Políticos dos cidadãos, pelos beneficiários do Programa Bolsa Família, é considerado um aspecto relevante para a melhoria do acesso aos serviços públicos e para o aprimoramento do exercício da cidadania ativa, haja vista que se parte do princípio de que cidadãos mais cômicos quantos aos seus direitos políticos tendem a exigir do poder público serviços de melhor qualidade.

Observa-se que o Estado passa por reformas mediante a adoção de mecanismos de mercado para a prestação de serviços sociais. Paralelo a isso, o estatuto da cidadania também não tem permanecido inalterado. No contexto da crise de autonomia dos Estados-nação, evidencia-se a importância dos direitos humanos, ou seja, a cidadania enquanto identidade humana, mais do que a cidadania enquanto identidade nacional (TURNER, 1993; BULMER; REES, 1996 *apud* MENDES, 2000).

No Brasil, a reforma do aparelho do Estado e a adoção de mecanismos do Estado Gerencial foram orientadas no sentido de tornar a administração pública mais eficiente e voltada para a cidadania (BRASIL, 1995). É neste contexto de mudanças que se procura implantar programas como o de Combate à Pobreza, dentre os quais o Programa Bolsa Família é um exemplo, sendo aqui considerado como uma política de *Welfare State (WS)*.

As políticas sociais ou o *Welfare State* são entendidas como uma forma de alcançar racionalidade na tomada de decisão política, com maior ou menor grau de autonomia para influenciar grupos de interesses na sociedade (SKOCPOL, 1985).

Historicamente, as políticas sociais têm evoluído de várias formas, em função de pressões exercidas pelos movimentos organizados de trabalhadores e partidos políticos e como resultado de diferentes padrões de formação do Estado em sociedades industriais (SCKOPOL, 1985; TURNER, 1993 *apud* MENDES, 2000). Nestas sociedades, a construção de uma cidadania democrática, no âmbito do capitalismo, não prescindiu do Estado (REIS, 1994). A provisão do Estado de Bem-Estar Social contribuiu para redefinir os limites do

Estado e o significado político da cidadania na sociedade moderna (ESPING-ANDERSEN, 1996; CULPIT, 1992; VOGEL; MORAN, 1991 *apud* PORTER, 1999).

De acordo com Mendes (2000), nas sociedades industrializadas, as três décadas que sucederam a Segunda Guerra Mundial, testemunharam a consolidação do Estado de Bem-Estar Social com políticas sociais para reduzir as desvantagens e manter a coesão social. As políticas de igualdade do pós-guerra foram na direção do que Marshall (1950) descreveu, em 1949, como um novo tipo de cidadania social, na qual a condição social igual era outorgada para todos, por meio do estabelecimento dos direitos sociais.

Apesar dos direitos sociais estarem na pauta do WS, o pleno emprego era condição necessária para mantê-lo. No período de sua expansão, os gastos do setor público eram vistos como um estímulo ao crescimento econômico, mais do que como um escoadouro de recursos financeiros. A intervenção do Estado objetivava aumentar a eficiência do regime de acumulação. O aumento dos gastos sociais poderia produzir benefícios e a seguridade social era uma pré-condição para o crescimento econômico.

Nesse contexto, eliminar a pobreza não era só um problema moral, mas continha um julgamento econômico e significava a expansão da liberdade individual. Nas sociedades economicamente desenvolvidas, o *welfarismo* produziu o equilíbrio entre o individualismo e o coletivismo. No contexto do Estado Gerencial, as mudanças propostas tendem a minar este equilíbrio, privilegiando o individualismo.

Governos engajados em expandir o WS acreditavam que a proteção pública poderia ajudar a estabelecer a igualdade social de seus cidadãos (HARRIS, 1992, 1996 *apud* PORTER, 1999). Isto não era o mesmo que alcançar uma igualdade de resultados, no sentido da redistribuição da riqueza (GOUGH, 1979 *apud* PORTER, 1999), mas significava estabelecer uma equidade da condição social, mantendo-se as iniquidades na renda.

Com a crise econômica internacional, dos anos 70, finalizava o que se denominou "era de ouro", caracterizada pelo consenso político, crescimento econômico e padrões de justiça social, ao menos no mundo desenvolvido. Mas, apesar dessa crise, o capitalismo continuou requerendo políticas sociais que o sustentassem. Assim, as políticas sociais foram globalmente convergindo, dirigindo-se por seus próprios imperativos internos, e a reestruturação do Estado, mediante o ataque à burocracia e ao *Welfare State*, passou a ser a principal alternativa adotada tanto por países desenvolvidos quanto por aqueles em desenvolvimento e sem políticas de WS (MENDES, 2000).

Nas sociedades de industrialização tardia, como na América Latina, os padrões de cidadania social ou *Welfare State*, desenvolvidos nas democracias industriais avançadas, não foram reproduzidos (HUBER, 1998 *apud* MENDES, 2000; PORTER, 1999). Na América Latina, durante os anos 80, as condições financeiras internacionais estimularam o domínio da hegemonia neoliberal entre países como Chile e Argentina. Outros países, como Costa Rica e Brasil, tentaram corrigir as imperfeições do mercado mediante a adoção de programas e políticas sociais (PORTER, 1999). No entanto, no caso do Brasil, Huber (1998, *apud* MENDES, 2000, p.142) destaca que “[...] o Brasil tem de direito (embora não de fato) a necessidade de aumentar a cobertura e melhorar os benefícios dos setores pobres”.

A partir dos anos 80, a América Latina experimentou a mais severa crise econômica. O déficit na balança de pagamentos, associado ao colapso do modelo de crescimento baseado na substituição de importações, as crises do petróleo e o aumento da dívida externa se agravaram, causando um profundo impacto nas políticas sociais, levando ao aumento da pobreza, das desigualdades sociais e da violência urbana, à redução dos gastos sociais, à deterioração dos serviços públicos e à severa crise fiscal (HUBER, 1998, *apud* MENDES, 2000).

No Brasil, em 1985, quando a Nova República foi criada, apesar de o impulso estadista ter permanecido, o tradicional papel da política clientelista brasileira inibiu políticas redistributivas. Embora, historicamente, o País tivesse uma abordagem estadista de seguridade social, herdada do período Vargas¹ (1930-45), quando o presidente Fernando Henrique Cardoso assumiu o poder, em 1994, declarou que estava esgotada a política trabalhista do governo Vargas e várias mudanças foram introduzidas, tais como: a reforma do aparelho do Estado; a retomada do programa de privatização das estatais, iniciado pelo ex-presidente deposto Collor de Mello, e o desenho de uma nova agenda para a área social.

Enquanto poderosas forças efetivavam o grau da globalização da economia, lutas ideológicas sobre políticas sociais, dentro de e entre Estados-nação, ilustravam a persistência da diversidade. Na União Européia, por exemplo, tomadores de decisão política tentavam ressuscitar o emprego como uma prioridade política sobre o controle monetário. Apesar da

¹ No Brasil, a agenda política do presidente Getúlio Vargas (1930-45) incluía um Programa corporativista do Estado promovendo e controlando a força de trabalho. Como parte deste Programa, a seguridade social foi estabelecida para todos os trabalhadores urbanos. A seguridade social única, administrada pelo Estado, para as várias categorias profissionais. Em 1964, quando o regime militar assumiu o poder, a representação dos trabalhadores na seguridade social foi abolida, os institutos foram fundidos, criando-se um único instituto para todas as categorias de trabalhadores urbanos. Ao mesmo tempo em que o regime militar objetivava reduzir o poder da força de trabalho urbana, tentava incluir os trabalhadores rurais estabelecendo um sistema para eles.

globalização econômica, o debate sobre cidadania assumia particular relevância na Inglaterra, nos anos 90, levando à seguinte afirmação de um secretário de Estado, ao anunciar as intenções do governo: "Nós não aceitamos que os ingleses sejam cidadãos de segunda classe com menos direitos que outros empregados do continente" (PARKER, 1998, p. 14).

De acordo com Mendes (2000), a preocupação com a cidadania tem sido presente na Inglaterra. Em 1988 foi formada uma comissão para encorajar, desenvolver e reconhecer a cidadania ativa nos contextos nacional e local. Esta comissão era formada por estudantes, empregados e voluntários que se reuniam regularmente e realizavam seminários para discutir questões referentes à definição de cidadania, direitos e obrigações do Estado e dos cidadãos (HSMO, 1990).

Na América Latina, o Chile é tido como fonte de inspiração para as reformas, sendo considerado pelo Fundo Monetário Internacional como o modelo inovador de privatização nas economias tardiamente industrializadas. Cabe aqui ressaltar que, no Chile, as privatizações de bancos, de seguro social e dos serviços de saúde foram adotadas, ao tempo em que a taxa de pobreza aumentava de 17% em 1970 para 38% em 1986. O desemprego atingiu um terço da força de trabalho em 1983 (ESPING-ANDERSEN, 1996). Enfim, a diversidade dos sistemas de WS na América Latina reflete as diferentes histórias culturais e políticas do Estado-nação. Isto, provavelmente, repercute sobre o entendimento que os brasileiros têm sobre seus direitos enquanto cidadãos.

No bojo das privatizações, observa-se que o espaço público vem sendo ocupado pelas ações privadas. Neste sentido, Reis (1998, p.31) afirma: “[...] estas ações privadas contribuem para reduzir a arena pública, isso, além de aprofundar a distância social, reforça a noção restritiva de solidariedade”; o que pode contribuir para alargar as desigualdades sociais existentes nas economias em desenvolvimento e reduzir a solidariedade entre os indivíduos.

Para Esping-Andersen (1996), a tradição das instituições nacionais conta nessa transição. No pós-Segunda Guerra, o WS dos países ocidentais perseguiu os mesmos objetivos, mas diferiu em termos de como alcançá-los. Hoje, estes mesmos países procuram adaptar-se de modo muito diferente, e a maior razão para isso é a herança institucional de cada nação.

Na Inglaterra, por exemplo, após mais de dez anos de introdução de mudanças nas políticas do WS, como a prestação de serviços públicos por organizações voluntárias, através de contratos, alguns estudos apresentam resultados de avaliação das metas, como eficiência, inovação, *accountability* e melhoria na distribuição dos serviços. Os resultados destes estudos demonstram que não foram alcançados grandes ganhos. O sistema não tem alcançado as

metas de aumentar a eficiência, inovação e *accountability* e fazer a redistribuição que muitos advogam e esperam (PERRI, 1997 *apud* MENDES, 2000). Ainda no século XX, este autor já afirmava que, na primeira década do século XXI, o sistema de contrato do WS enfrentaria desafios decorrentes da internacionalização, das mudanças tecnológicas, da quebra de barreiras entre os serviços, dos movimentos da demanda e das mudanças políticas. Isto implica aprimorar os instrumentos de regulação existentes e criar mecanismos capazes de responder às novas pressões. É o que vem se observando na prática.

Mendes (2000, p.22) ao contextualizar o “Novo Gerencialismo” e a privatização do espaço público refere que paralelamente às mudanças nas políticas do WS, foi produzida uma literatura reforçando a idéia de que o WS encoraja atitudes egoístas, porque estimula os indivíduos a obterem benefícios a expensas dos gastos gerais. A autora, corroborando com Green (1999), ressalta que esta literatura defende que encorajar a auto-suficiência não torna os indivíduos mais egoístas, mas recupera a capacidade de dar uma contribuição positiva para o bem-estar dos demais. Segundo esta perspectiva, o sentido de comunidade é construído sobre a auto-suficiência dos indivíduos e das famílias.

Isto posto, pode-se considerar que, com a retirada do Estado das funções sociais, entra em cena um conjunto de valores que se sustentam em outras instituições, como o mercado e a família, por exemplo. Sob esta perspectiva, Green (1993) propõe a reinvenção da sociedade civil e afirma que durante os anos em que Margareth Thatcher estava no poder na Inglaterra, muitos temiam o desmantelamento do WS, mas, segundo o autor, este permaneceu quase intacto e, embora seu governo tivesse usado a retórica do mercado, na realidade seus ministros estavam trabalhando com uma idéia restrita de mercado.

Esse mesmo autor lançou a idéia do *civic capitalism*, defendendo o ponto de vista de que os mercados geram mais prosperidade, porém mais mercadorias não fazem uma boa sociedade. Defendeu ainda o princípio da sociedade livre, entendendo que mercados competitivos coordenam os esforços de pessoas que têm interesses comuns, mas não criam solidariedade. Assim, no seu livro *Reinventing Civil Society*, Green (1993) descreve o caráter da tradição do *communal liberalism*, reavaliando instituições sociais voluntárias que emergiram sob a influência dos valores predominantes no fim do século XIX, quando sua evolução foi prematuramente interrompida pela emergência do socialismo. Por fim o autor conclui que o WS reprime não apenas o sistema de incentivo de mercado como também as instituições de ajuda, além de destruir a riqueza da sociedade civil (MENDES, 2000).

Em relação ao peso da pobreza, Green (1993 *apud* MENDES, 2000) destaca que o pressuposto das políticas públicas deveria ser contra a provisão pública e, sobretudo, contra o monopólio estatal. O pressuposto é que a provisão privada é um meio de ampliar a oportunidade de as pessoas adquirirem as habilidades pessoais necessárias a uma sociedade livre e democrática. Para ele, se este princípio fosse amplamente aplicado, poderia permitir o surgimento de associações voluntárias para satisfazer as necessidades dos concidadãos.

Embora Green (1993) reconheça que o mercado pode apresentar falhas, ele também recusa a visão do homem como maximizador de utilidades (no que se diferencia dos neoclássicos) e admite o poder de coerção do Estado. Em síntese, os argumentos do autor se fundamentam em evitar a concentração de poder do Estado, em estimular a ajuda mútua e resgatar os valores da família tradicional, tais como: manutenção do casamento enquanto compromisso; não permissão de divórcios e restrição de nascimentos de filhos, cujos pais sejam considerados "ilegítimos". Tudo isso, segundo o autor, é para fundar uma sociedade "livre". Parece contraditório que uma sociedade livre se fundamente em regras que interferem na vida pessoal dos sujeitos. Sob esse aspecto, tais recomendações serviriam para aliviar as despesas com o *Welfare State* (MENDES, 2002). A mesma autora prossegue em sua reflexão para sintetizar o que sugere Green:

[...] a "sociedade reinventada", proposta por Green (1993), baseia-se em três mudanças: a) reforma constitucional para restabelecer a imparcialidade da lei, separando o processo de elaboração de leis dos de implementação de programa político; b) retorno das atividades do *Welfare State* para a sociedade civil, especialmente saúde e educação, para, segundo ele, dar oportunidade aos cidadãos de serem menos individualistas e darem o melhor de si na prestação desses serviços; c) encorajar as pessoas a debaterem sobre um clima moral, o que torna possível a liberdade, a solidariedade social, a manutenção da ordem das instituições, dos hábitos e dos valores fundamentais para a liberdade (GREEN, 1993, p. 153 *apud* MENDES, 2002, p.23).

Enfim, no final do século XX, procurou-se "reinventar o governo" (OSBORNE; GAEBLER, 1994) e a sociedade civil. Tudo isto é indicativo da existência de conflitos no campo das idéias, cujas saídas se expressam por diferentes caminhos, mas seus resultados implicam na adoção de mecanismos de mercado para administrar questões públicas, conforme proposição da escola neoclássica. No entanto, há que se ressaltar o fato de que não se sabe ao certo em que medida estas propostas de "reinvenções" contribuirão para elevar o entendimento dos cidadãos sobre cidadania e sobre os seus direitos.

No contexto das "reinvenções" e com as declarações de novos direitos, adoção de novos Programas na Administração Pública, novos comandos são introduzidos em nível das instituições, quando se procura modificar valores, transformando-se cidadãos em clientes; a família passa a assumir papel preponderante em substituição ao *WS*, cabendo ao Estado gerencial corrigir as falhas do mercado, mediante a introdução de "gerentes de políticas públicas". Isto tudo pode significar que o que está sendo reinventado é o regime de acumulação, pelo qual efetivamente são decididos os novos padrões institucionais. Assim, estas mudanças são coadjuvantes num processo lento de reestruturação capitalista e do Estado burocrático (MENDES, 2000).

No processo de reinvenção e de criação do Estado gerencial, observa-se que para as sociedades que não tiveram *WS* e que possuem mercados limitados, estas mudanças podem significar o aprofundamento das desigualdades, principalmente se as noções de cidadania e dos direitos políticos forem restritas, reduzindo-se as condições para a participação cidadã.

No contexto baiano, as experiências de Gestão Pública que procuram colocar em prática o "princípio participativo" (Milani, 2005) são quantitativamente menos expressivas quando comparadas com as regiões sul e sudeste do país.

Destarte, questiona-se em que medida a participação cidadã dos usuários, em situação de pobreza, contribui para facilitar a acessibilidade aos serviços básicos de saúde?

Para responder a esta questão, este trabalho teve como objetivo geral avaliar em que medida a participação cidadã dos usuários em situação de pobreza interfere na sua acessibilidade aos serviços básicos de saúde na cidade de Salvador, BA. No que tange aos objetivos específicos a proposta foi de:

- ✓ Avaliar como se dá a participação cidadã dos beneficiários do Programa Bolsa Família na vida associativa e nos serviços básicos de saúde em Salvador.
- ✓ Identificar na Unidade Básica de Saúde, de que maneira os serviços de saúde atendem aos grupos populacionais com menor renda.
- ✓ Compreender os limites e as possibilidades da participação cidadã da população em situação de pobreza na melhoria da acessibilidade aos serviços básicos de saúde.

Esta pesquisa apresentou como hipótese de que a falta de participação cidadã interfere negativamente na acessibilidade dos usuários do Programa Bolsa Família - PBF aos serviços básicos de saúde. No Foro realizado durante o Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1995, os governos membros da Organização definiram cinco "princípios reitores" que deveriam orientar as transformações e servir de bases para seu seguimento e avaliação dos serviços de saúde, quais sejam: equidade; eficiência; efetividade e

qualidade; sustentabilidade e participação social. Neste estudo interessa particularmente o princípio da Participação.

No Brasil, segundo Quartaroli (2002), a sociedade apresenta elevados níveis de desigualdade socioeconômicos, sendo que os maiores encontram-se justamente na área da saúde. Apesar da atual fase de implementação de reformas no sistema de saúde brasileiro, o país necessita de estudos que permitam medir o grau de desigualdade existente, para que seja possível desenvolver ações capazes de redistribuir os serviços de uma forma igualitária e eficiente. Igualmente é necessária a adoção de modelos de gestão que estimulem a participação cidadã na gestão dos serviços públicos, contribuindo assim para fortalecer o princípio participativo, reduzir a pobreza e as desigualdades sociais, mediante acumulação de Capital Social², haja vista que a ampliação do envolvimento público está relacionada com o grau de conhecimento dos cidadãos sobre os seus direitos. Assim, quanto maior for a participação da comunidade maior será a pressão exercida sobre agentes público, no sentido de impor mudanças mais orientadas para o interesse coletivo. Portanto, os mecanismos de participação utilizados nos serviços de saúde são simultaneamente instrumentos técnico, político e cívico.

De acordo com Noronha (2002), a principal meta de política de saúde, na maioria dos países, tem sido promover uma distribuição eqüitativa de acessibilidade aos serviços de saúde. Entretanto, os trabalhos existentes apontam que, de um modo geral, há uma desigualdade dessa acessibilidade, sendo esta favorável aos grupos sociais privilegiados. No Brasil, estudos sugerem a presença de desigualdade social em saúde favorecendo os grupos de alta renda.

Os critérios usualmente adotados na literatura para avaliar a desigualdade social de acessibilidade aos serviços de saúde baseiam-se nos princípios da eqüidade horizontal, na qual os indivíduos com igual necessidade de cuidados deveriam ser tratados da mesma forma, e eqüidade vertical, na qual os indivíduos com necessidades diferentes deveriam receber tratamentos também diferenciados. De acordo com esses critérios, os bens e serviços de saúde deveriam ser distribuídos segundo a necessidade de cuidados com a saúde, independente das características socioeconômicas dos indivíduos.

² É uma característica da organização, cuja moeda é a confiança, normas e sistemas que contribuem para aumentar a EFICIÊNCIA da sociedade, pois facilita a coordenação “espontânea”. Ex.: Instituições de crédito rotativo que só podem funcionar se todos continuam cumprindo com as obrigações. O capital social serve como uma espécie de garantia, estando disponível para os que não têm acesso aos mercados de créditos regulares. O que se empenha são as relações sociais. A constituição de crédito rotativo é mais do que uma simples instituição econômica; é um mecanismo que fortalece a solidariedade comunitária (PUTNAN, 1996)

A acessibilidade aos serviços de saúde pode ser avaliada a partir da construção de curvas de concentração. Esse método foi inicialmente desenvolvido por Le Grand (1993) e ampliado por Doorslaer e Wagstaff (1992). Campino et al. (1999) utilizaram essa metodologia para estudar o caso brasileiro. Os autores, medindo a acessibilidade a partir da variável de utilização, constroem uma curva de concentração sem padronização e outra padronizada por idade, sexo e morbidade, obtendo, a partir de cada curva, os índices de concentração observados e preditos, respectivamente. A diferença entre esses índices fornece uma medida de desigualdade na acessibilidade aos serviços de saúde. Os resultados encontrados sugerem a existência de desigualdades sociais na acessibilidade aos cuidados preventivos e curativos favoráveis aos indivíduos com maior poder aquisitivo.

Na tentativa de minimizar os obstáculos de acessibilidade aos usuários dos Serviços de Saúde, o Ministério da Saúde, em uma ação conjunta das três esferas, Federal, Estadual e Municipal, disponibilizou a “Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde” (BRASIL, 2006, p.03), a qual propõe seis princípios básicos, sendo o primeiro princípio o de assegurar ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz; o segundo e terceiro princípios do documento esclarecem ao cidadão sobre o direito de um tratamento adequado para seu problema de saúde. Também faz referência à necessidade de um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; o quarto princípio da carta garante que o atendimento prestado ao cidadão deve respeitar a sua pessoa, seus valores e seus direitos; o quinto princípio fala sobre as responsabilidades do cidadão para que ele tenha um tratamento adequado; e, por fim, o sexto princípio garante que todos os princípios da carta sejam cumpridos.

Diante de tais reflexões, a experiência pregressa do autor deste estudo em serviços públicos de saúde, trabalhando como enfermeiro do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), nos últimos anos, instigou-o a estudar como a participação cidadã pode interferir na acessibilidade dos usuários em situação de pobreza aos serviços básicos de saúde, tais como: atendimentos, consultas, internamentos, exames de apoio diagnóstico, entre outros.

A inquietude sobre o tema o motivou a estudar sobre a acessibilidade dos usuários em situação de pobreza aos serviços básicos de saúde na cidade de Salvador, considerando o contexto da Reforma Administrativa do Estado, e de que forma a participação cidadã interfere na acessibilidade a estes serviços.

Este estudo buscou ainda compreender os limites e as possibilidades da participação cidadã da população em situação de pobreza, na melhoria da acessibilidade aos serviços básicos de saúde. Para tanto o presente estudo está organizado em seis capítulos. O primeiro

corresponde à Introdução, o segundo trata da cidadania e da participação cidadã, o terceiro apresenta como funciona a Gestão do Programa Bolsa Família (PBF), o quarto discute as diferenças entre acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, o quinto, refere-se aos aspectos metodológicos do estudo e o sexto e último apresenta e discute os resultados do estudo empírico.

2 CIDADANIA E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ NO CONTEXTO DA REFORMA ADMINISTRATIVA DO ESTADO

Neste capítulo pretende-se discutir as definições de cidadania, participação cidadã e sua influência na acessibilidade dos usuários em situação de pobreza, aos serviços de saúde. Qual vem sendo o significado atribuído à cidadania e, mais especificamente, no contexto da Administração Pública Gerencial?

Nos tempos antigos, o conceito de cidadania era focado na participação da vida política como parte do ideal de democracia. Na sociedade contemporânea, passou-se a enfatizar mais o aspecto individual ou da auto-regulação do que a dimensão coletiva, desenvolvendo-se o conceito individualista de cidadania. Esta visão individualista floresceu na Inglaterra, com a dissolução do sistema feudal de governo (MENDES, 2000).

O conceito contemporâneo de cidadania está relacionado com as dimensões cívica e civil. A dimensão cívica associa-se à solidariedade pública, no sentido da observância das virtudes cívicas e da identificação com a coletividade, estando assim associada à idéia de deveres e obrigações dos cidadãos (REIS, 1994 *apud* MENDES, 2000). A dimensão civil associa-se à esfera privada, denotando maneiras "civilizadas" de comportamento social (PETERSEN; LUPTON, 1996). Esta dimensão corresponde à busca dos direitos dos membros individuais da coletividade (REIS, 1994 *apud* MENDES, 2000) e está relacionada à análise de Marshall (1950) quanto aos diferentes tipos de direitos. Assim, o conceito contemporâneo de cidadania se insere na esfera dos valores, apresentando dimensões ambivalentes e mantendo, ao mesmo tempo, a concepção individualista e coletivista.

Na perspectiva individualista, observa-se que as qualidades que outorgam ao indivíduo o *status* de cidadão não nascem com ele, mas são adquiridas, sendo a educação considerada uma condição indispensável para o exercício da cidadania (MENDES, 2000). Na perspectiva coletivista, de acordo com Saviani (1986, p. 73), ser cidadão é “[...] ser sujeito de direitos e deveres [...], aquele que está capacitado a participar da vida da cidade literalmente e, extensivamente, da vida da sociedade”, de diferentes formas e meios, como partidos, sindicatos e associações. Este estar “capacitado a participar” implicaria ter acesso à educação.

Adam Smith, um dos teóricos defensores do Estado mínimo, por exemplo, preocupado com os efeitos da divisão do trabalho sobre a formação da cidadania, propôs que o Estado se encarregasse da educação pública e gratuita dos trabalhadores, com o objetivo de compensar o embrutecimento a que era submetida esta classe (SALM, 1996). A definição de Saviani (1986) apresenta as dimensões cívicas e política da cidadania.

Mendes (2002) ao escrever sobre os vários conceitos de cidadania, fundamentada em diferentes autores, recorre a Demo para apontar a seguinte concepção política de cidadania:

No campo da ciência política, cidadania tem sido uma palavra-chave, estando relacionada às políticas públicas. Demo (1992, p. 17) define cidadania "como processo histórico de conquista popular, através do qual a sociedade adquire, progressivamente, condições de tornar-se *sujeito histórico consciente e organizado*, com capacidade de conceber e efetivar projeto próprio". Assim concebida, a cidadania corresponde a um conjunto de práticas que possui um lado econômico-produtivo, entendido como a capacidade de efetivar projeto de desenvolvimento no plano individual, e um lado participativo, o qual pressupõe a existência da democracia. De fato, a cidadania tem dimensões econômica e civil intrínsecas, tanto social, quanto jurídica e política. (p.24)

No Estado representativo, a representação individual se dá através dos partidos. A base para consolidação de uma democracia é a participação dos membros de uma sociedade nas decisões políticas, econômicas e sociais, através de sindicatos, associações e partidos. Sabe-se que o próprio ato da participação exercita e capacita os indivíduos para aumentar a cidadania. Porém, para que esta possa ocorrer, de fato, são necessários alguns pré-requisitos, sendo a educação um dos principais, já que, na sociedade moderna, na vida da cidade, a expressão escrita é a principal forma de linguagem, e o conhecimento, um poderoso instrumento para participar do processo produtivo (MENDES, 2000).

Na sociedade contemporânea, a noção de **cidadania plena** permeia a noção de **democracia associativa**, e vai de encontro com a noção de democracia delegativa. A democracia delegativa tornou-se o padrão dominante na América Latina à época do pós-autoritarismo e da primazia da agenda neoliberal (O'DONNELL, 1991; 1993, *apud* DINIZ, 1997). Segundo Mendes (2002, p.25), "as características deste tipo de democracia são a baixa densidade das instituições, a hipertrofia da autoridade pessoal do presidente, a fragilidade dos partidos e do sistema representativo, inclusive do poder legislativo".

Para Turner (1993 *apud* MENDES, 2000) a cidadania, enquanto conceito desenvolvido depois da Revolução Francesa, significa uma participação ativa na república, ou um Estado-nação construído sobre a ideologia do nacionalismo. Nesse contexto, a cidadania era entendida como uma forma de solidariedade baseada no nacionalismo, a qual, no bojo das reformas, está sendo substituída por outros tipos de solidariedade, inclusive a religiosa (MENDES, 2000).

Benevides (1994), igualmente referindo-se à Revolução Francesa retoma a cidadania sob duas perspectivas: a **progressista** e a **conservadora**. A **progressista**, enquanto discrimina os cidadãos em classes de cidadania, vem a reforçar a desigualdade. Todavia, ao ressaltar a participação social e política, constitui-se no que o autor denomina de **cidadania ativa**.

Sob o prisma da perspectiva **conservadora**, esta analisa os direitos como concessões, em que se ressaltam as relações patrimonialistas e clientelistas entre Estado e sociedade. Os direitos são entendidos como privilégios ou benesses concedidos pelo Estado a poucos indivíduos, ao que Benevides (1994) denomina de **cidadania passiva ou outorgada** pelo Estado. Para essa autora, existe uma tensão entre as imagens de cidadão: uma enfoca o ideal republicano, retratando-o como portador de virtudes, orientado para o mundo público; e a outra enfoca o ideal liberal, concebendo a cidadania como concessão de direitos, que vê o cidadão como um consumidor, devendo, assim, refugiar-se no mundo privado. Esboça-se aqui duas diferentes concepções, com implicações na formulação e adoção de políticas públicas. Hoje, a ênfase no consumidor reforça o ideal liberal individualista presente na corrente do pensamento gerencialista. Assim sendo, os beneficiários do Programa Bolsa Família, como consumidores, não interessam ao mercado.

Tenório (1998, p. 8) discute o conceito de cidadania e sua relação com a gestão social orientada pela racionalidade comunicativa, a partir da teoria crítica de Habermas, enfatizando o conceito de **cidadania deliberativa** apoiado na **concepção republicana**, na qual os cidadãos agem como “[...] **atores políticos responsáveis de uma comunidade de pessoas livres e iguais**”. Neste sentido, para que um Programa de Redução da Pobreza pudesse ter um caráter emancipatório e uma base de sustentação, seria fundamental que estivesse apoiado na cidadania deliberativa, que sugere que a “pessoa, ao tomar ciência de sua função como sujeito social e não adjunto [...] deve atuar não somente como contribuinte, eleitor, mas com uma presença ativa e solidária nos destinos de sua comunidade” (TENÓRIO, 1998, p. 19).

Turner (1993, *apud* MENDES, 2000) questiona se existiria uma simples versão para a cidadania ou se existiriam diversas e desiguais formulações dos princípios de cidadania em diferentes tradições sociais e culturais. Para ele, é possível identificar pelo menos quatro formas ideais de cidadania: ativa, passiva, pública e privada. Esta diferenciação caracteriza o tipo de sociedade na qual está se desenvolvendo a cidadania e sua dimensão cultural. Nos locais onde a cidadania se desenvolveu em meio a **conflitos revolucionários por direitos** é de se esperar que haja uma tradição de participação cidadã, o que é o considerado como **cidadania ativa**. Neste sentido, a cidadania ativa é definida pelo Direito Constitucional como

a capacidade de votar, e a passiva, como a capacidade de ser votado. Estas definições divergem das concepções dos teóricos da ciência política (MENDES, 2000).

A cidadania passiva é aquela outorgada pelo Estado, sendo considerada como uma forma negativa de cidadania (TURNER, 1993, *apud* MENDES, 2000). A distinção entre público e privado se dá à medida que se enfatiza a superioridade de uma esfera em relação à outra. Sempre que o espaço político é limitado, a cidadania é passiva e privada (TURNER, 1993). Retomando aqui a afirmativa de Reis (1998, *apud* MENDES, 2000) de que as ações privadas contribuem para reduzir a arena pública, é de se supor que a introdução de mecanismos de mercado nos serviços públicos possa reduzir o espaço político necessário à expressão da cidadania.

A análise das concepções teóricas sobre cidadania desenvolvida por autores do século XIX, realizada por Reis (1997, *apud* MENDES, 2000), aponta diferentes visões, com implicações para o desenvolvimento do conceito no Séc. XXI. De acordo com Mendes (2000), para Marx, a cidadania era um modo de alienação burguesa, e, centrando sua análise nas formas legal e política de participação, acreditava que os **direitos de cidadania** ocultavam **as reais fontes de exclusão social**. Marx afirmava que nem direitos civis **nem direitos políticos eliminavam as desigualdades econômicas e sociais**. A autora cita Barbalet (1993) para quem a igualdade das pessoas como cidadãos deve afetar de fato suas percepções das diferenças existentes entre as classes sociais, mas não modifica as relações materiais entre estas, embora possa melhorar as condições materiais de sobrevivência dentro de uma mesma classe.

Na visão de Weber (1994), o desenvolvimento da cidadania resultou de um processo de afirmação da autonomia das cidades e do surgimento do Estado-nação. Este enfoque concebe a cidadania enquanto **identidade dos habitantes com a sua nação** o que, segundo Vieira (1997), reflete uma **visão conservadora** (MENDES, 2000). De acordo com Reis (1997), essa visão weberiana é recorrente em outros autores. É, aparentemente, derivada da fusão de Nação e Estado que, nos últimos dois séculos, uniu os princípios de autoridade e solidariedade (REIS, 1995). O modelo de cidadania da América Latina, historicamente institucionalizado, tem contribuído para promover uma identidade coletiva construída em volta da concepção de Estado-nação que põe a autoridade acima da solidariedade³ (Reis, 1998).

³ Solidariedade é definida como um sentimento subjetivo de integração que indivíduos experimentam enquanto membros de um grupo social (REIS, 1998).

No Brasil, isto trouxe conseqüências ao longo prazo, contribuindo para aprofundar a exclusão social existente na sociedade brasileira. A autora questiona se a noção de cidadania não encontra ressonância na vida diária das pessoas, porque deveria se esperar que elas desenvolvessem uma identidade coletiva e estivessem dispostas a juntar esforços para realizarem projetos conjuntos. Reis (1998) afirma que a identidade social que tomou lugar na América Latina foi **influenciada pelo ideal nacionalista defendido pelo Estado**, no processo de modernização. Este processo ocultou as desigualdades sociais, a diversidade de interesses e levou a crer na existência de uma "**comunidade nacional de interesses**", subordinando a sociedade civil ao discurso populista do Estado-nação.

No momento em que a autonomia do Estado-nação é enfraquecida, esse ideal de comunidade nacional de interesses deixa de existir e o que se observa é o ressurgimento de associações voluntárias de todos os tipos. Para Reis (1998) pode ser que formas voluntárias de participação usurpem formas representativas que escapem a *accountability* política⁴, privatizando o público.

De acordo com Parker (1998, p. 11), cidadania "[...] é um status que representa uma coleção de direitos e deveres conferidos por autoridade mais do que vindo da posição do poder econômico e social". Neste sentido, cidadania torna-se um conceito abrangente baseado na igualdade de *status* enquanto se mantêm as desigualdades de classes. Conforme Marshall (1950), embora a cidadania se originasse em sociedades antigas, foi no fim do século XVIII que se tornou definida em termos de direitos civis para igualdade perante a lei. Marshall define cidadania como⁵ “[...] status outorgado sobre todos que são membros de uma comunidade. Todos aqueles que possuem este status são iguais com relação aos direitos e deveres com os quais o status é fundado” (MARSHALL, 1950, p. 18 *apud* MENDES, 2002, p.26). Desta forma, cidadania corresponde ao *status* outorgado pelo Estado sobre aqueles que são membros de uma comunidade. Assim, todos que possuíssem esse *status* seriam iguais em direitos e deveres.

⁴ De acordo com Hunter e Harrison (1997), existem duas dimensões de *accountability*: a política e a gerencial. A *accountability* política corresponde à contínua obrigação, por parte daqueles que governam, de explicar e justificar sua conduta para os cidadãos. Possui critérios de julgamento, os quais são defendidos, podendo, assim, ser cumprida pela explicação e justificativa mais do que mediante padrões objetivos. A *accountability* política envolve os interesses de todos os cidadãos e não só dos usuários dos serviços públicos. A *accountability* gerencial pode ser cumprida pela demonstração de que as tarefas foram realizadas de acordo com padrões técnicos. Subdivide-se em: a) fiscal - gastos de acordo com as regras; b) *accountability* de processo - ações são realizadas conforme as especificações; c) *accountability* do programa - as ações realizadas alcançaram os resultados. As *accountabilities* de processo e programa envolvem interesses, apenas, dos usuários dos serviços.

Conforme a definição marshalliana, a condição de cidadania necessita de outorga e é fruto do “pertencimento” a uma comunidade. Em princípio, pertencer a uma comunidade, torna-se muito vago, pois não anula as diferenças de classe, gênero, crenças etc. No entanto, essas diferenças não são substituídas por uma simples e uniforme condição de cidadania, mas, para se operacionalizar, necessita de uma “mão invisível” que outorgue aos indivíduos a condição de cidadãos, igualando-os. Esta mão invisível é o Estado operando através das suas Leis (MENDES, 2000).

Nas concepções de cidadania, umas enfatizam valores morais, ações voluntárias, auto-ajuda, focando sobre os deveres, enquanto outras enfocam mais a justiça social, os direitos dos cidadãos e as obrigações do Estado. Isso demonstra que o conceito de cidadania reflete o ambiente social, político e econômico no qual se dá e envolve princípios como equidade, liberdade e comunidade.

O próprio Marshall (1950 *apud* MENDES, 2000) acrescenta que cidadania não é inconsistente com as desigualdades, as quais distinguem os vários níveis econômicos existentes na sociedade. Ou seja, segundo esta visão, as desigualdades do sistema de classe social são aceitas, dado que a igualdade da cidadania é reconhecida. Assim, a cidadania legitima as desigualdades sociais e ao fazê-lo vai necessitar de uma infra-estrutura que lhe dê suporte, o *Welfare State (WS)*, discutido anteriormente.

O capitalismo é um sistema baseado na iniquidade. De acordo com Pinker (1981), Marshall foi um dos principais contribuintes para os estudos de política social, e tinha a visão de que a empresa capitalista não era incompatível com formas civilizadas de políticas sociais. Sua tese é de que a economia de livre mercado é condição necessária para a criação e melhoria do *WS* e que os direitos sociais, na forma de serviços sociais, contribuem mais para a equidade da condição social do que para a equidade da renda. Isso quer dizer que, de acordo com a sua concepção, o objetivo dos serviços sociais é a abolição da pobreza e não das iniquidades (PINKER, 1981 *apud* MENDES, 2000).

De acordo com Turner (1993, p.176 *apud* MENDES, 2000), do ponto de vista da sociologia “[...] cidadania⁶ é uma teoria de evolução média do sistema de *WS*; foi um conjunto de provisões para contrabalançar os efeitos das conseqüências negativas das desigualdades de classes no sistema capitalista”. Para Turner, o conceito de cidadania

⁵ “a status bestowed on those who are full members of a community. All who possess the status are equal with respect to the rights and duties with which the status is endowed” (MARSHALL, 1950, p.18). (T.A.)

⁶ “a middle-range theory of evolution of the welfare system; it was a set of provisions to counteract the negative consequences of class inequality in a capitalist system”.

desenvolvido por Marshall é normativo, neutro de valor e impossível de ser aplicado a todos os tipos de sociedade. Porém, quando se examina mais detidamente o trabalho de Marshall e o desenvolvimento dos sistemas de *Welfare*, observa-se que o conceito foi desenvolvido para dar respostas a problemas do capitalismo liberal, na Inglaterra, enfatizando-se valores como o individualismo e a liberdade.

Marshall (1950) deixa clara a existência de diferenças entre direito social e o seu exercício. Ele destaca a mudança de ênfase dos direitos e deveres baseados nas pequenas comunidades para aqueles baseados em instituições nacionais. De acordo com Marshall (1950, p.14 *apud* MENDES, 2000), “[...] a fonte original dos direitos sociais foi a comunidade local e associações. Esta fonte foi progressiva e suplementarmente substituída pela *Poor Law*⁷. Ele afirma que, nas cidades medievais, os direitos e deveres eram estritamente locais, mas a cidadania, cuja história ele procurou traçar, é por definição, nacional, estando associada ao Estado-nação.

Arelado à idéia de Estado-nação, o conceito de cidadania privilegia valores públicos, não sendo facilmente aplicado às sociedades com diferentes histórias urbanas ou que tenham distintas noções de "público". Em parte, a instituição da cidadania, especialmente na Inglaterra, serviu para melhorar as condições da classe trabalhadora, atendendo aos interesses da "harmonia social" (TURNER, 1993 *apud* MENDES, 2000). Em síntese, ser membro de uma comunidade e possuir um trabalho são requisitos para a cidadania.

A segurança econômica é, assim, pré-condição para a cidadania. No contexto da crise de autonomia do Estado-nação, as condições econômicas não são definidas pelos governos locais. Entretanto, estes podem adotar políticas públicas para facilitar a ação coletiva, mediante envolvimento do público através de projetos educacionais voltados para o desenvolvimento de competências técnicas e políticas e apoio às iniciativas que facilitem a participação cidadã na administração pública, mais do que esperando que isto aconteça espontaneamente (GYFORD, 1991 *apud* MENDES, 2000). Em princípio, o Programa de Combate à Pobreza não apresenta estas características.

Ao defender a cidadania como mecanismo de inclusão em uma comunidade, Marshall anulou o conflito de classes e estabeleceu a cidadania como um meio de participação "ativa" dos cidadãos na vida em sociedade. Neste sentido, sua visão de sociedade é a de cidadãos ativos. Assim, a cidadania demanda um espaço público de participação política, o Estado-nação e a emergência de pessoas como "atores" históricos. Isto posto, pode-se afirmar que a

cidadania pode ser vista da perspectiva do Estado ou da perspectiva dos cidadãos. Na perspectiva do Estado, denota o pertencimento a um dado território, e conseqüentemente, a inclusão na pauta de direitos daquela nação, o que, em tempos de globalização, pode causar problemas, principalmente relativos à imigração, para as nações com sistemas de *WS* mais desenvolvidos. Na perspectiva dos cidadãos, a cidadania denota o pertencimento à comunidade⁸ através da descendência ou por inclusão, através de mecanismos contratuais (MENDES, 2000).

Em síntese, o legado de Marshall foi responder o problema da relação entre capitalismo e democracia com políticas de *Welfare State* pautadas nos direitos de cidadania. Porém, para Marshall, os mecanismos de democracia política eram tomados como dados, não necessitando assim, serem desenvolvidos (GIDDENS, 1996 *apud* MENDES, 2000).

O conceito de cidadania, enquanto “direito a ter direitos”, historicamente tem assumido variadas interpretações, em função dos diferentes contextos culturais (VIEIRA, 1997). Este conceito acompanha a história do capitalismo e da constituição da sociedade burguesa. A transição do feudalismo para o capitalismo teve, como correspondência, o reconhecimento do *status* de cidadão ao povo, implicando o estabelecimento de uma pauta de direitos e deveres entre o cidadão e o seu Estado (TEIXEIRA, 1987). Neste sentido, ter o *status* de cidadão é ser um legítimo portador de obrigações e de direitos civis, políticos e sociais, perante um Estado-nação. O conceito de cidadania, enquanto *status* que representa o conjunto de direitos e deveres conferidos pela autoridade política parece não ser suficiente no momento em que mudanças econômicas, sociais e políticas indicam o fato de que as fronteiras entre os Estados nacionais são cada vez mais tênues e a mobilidade das pessoas entre as nações faz com que cada um, ao migrar de um país para outro, leve consigo a sua pauta de direitos. Assim, o estudo da cidadania, no final do século XX adquire novas dimensões.

De acordo com Turner (1993 *apud* MENDES, 2000), o conceito de direitos humanos tem sido defendido como importante complemento à idéia de cidadania, pois se fundamenta em um sistema político global, sendo mais realista e progressivo do que o tradicional e nacional conceito de cidadania. Esta visão é contestada por Dittgen (1999, p. 176 *apud* MENDES, 2000) ao afirmar que em um mundo no qual tudo é intercambiável e fluido, a

⁷ “[...] the original source of social rights was membership of local communities and functional associations. This source was supplemented and progressively replaced by a Poor Law” (MARSHALL, 1950, p. 14).

⁸ Turner (1993) discute a emergência da cidadania enquanto forma de participação social adequada a um determinado tipo de sociedade. Assim, fundamenta-se em Toennies para afirmar que a sociedade contemporânea não está mais baseada nas relações comunitárias, como as antigas sociedades européias, mas baseia-se em associações. O debate contemporâneo sobre cidadania gira em torno da participação associativa e do contrato ao invés da vida comunitária e do *status*.

necessidade de possuir uma identidade coletiva se torna mais forte. Assim, para o autor, o Estado-nação continua sendo a mais importante instituição para assegurar o papel da lei e acrescenta:

Apesar das perspectivas diferirem, vários novos livros acreditam que a instituição da cidadania, na visão da globalização e do desenvolvimento de leis internacionais, está perdendo o significado. Esta tese do declínio da cidadania é consequência da tese do fim do Estado-Nação⁹.

A cidadania continua sendo a instituição fundamental que conecta o indivíduo portador de direitos a agências do Estado. A arena política na qual os cidadãos agem juntos permanece definida por fronteiras entre as nações (MENDES, 2000).

As diferentes interpretações das definições de cidadania trazem à tona antigos dilemas da vida em sociedade, tais como equidade de oportunidades, universalização dos direitos e liberdade de escolha. O alcance destas condições requer o mínimo de educação, saúde e bem-estar material. Estas são condições que estão além da determinação individual para alcançá-las. Nos países em desenvolvimento, há uma tensão entre universalização dos direitos e o seu aprofundamento ou inclusão de mais direitos. A inclusão de mais direitos poderá aumentar o número de pessoas sem acesso aos serviços sociais básicos e principalmente ao trabalho, tornando-as socialmente excluídas. Neste contexto, o Estado-nação continua tendo papel preponderante na definição de políticas públicas pró-cidadania (MENDES, 2000).

A partir do momento em que são introduzidos novos Programas de Governo, nota-se que também são introduzidas novas concepções de cidadania, juntamente com mudanças ideológicas e culturais. Isto demanda novas formas de participação cidadã, pois é o que faz com que estes Programas tenham um caráter emancipatório e não apenas assistencialista. Desta forma, observa-se que a cidadania também adquire diferentes significados.

No contexto de Reforma Administrativa do Estado, o entendimento sobre cidadania e Direitos Políticos dos cidadãos pelos beneficiários do Programa Bolsa Família é considerado um aspecto relevante para a melhoria do acesso a estes serviços e para o aprimoramento do exercício da cidadania ativa, dado que se parte do princípio de que cidadãos mais cômicos quanto aos seus direitos políticos tendem a exigir do poder público, serviços de melhor

⁹ “Despite differing perspectives, several new books largely agree that the institution of citizenship, in view of globalisation and the development of international law, is losing its meaning. Authors such as Soysal, Jacobson and Sassen argue that a variety of forms of membership not defined by borders is taking the place of citizenship. The thesis of the declining importance of citizenship is consequently also a variation on the thesis of the end of the nation-state [...]” (T.A).

qualidade. Assim, neste trabalho, assumem-se os seguintes princípios: a) o Estado, mediante prestação de serviços públicos tem o papel de reduzir as desigualdades sociais, através da adoção de políticas redistributivas como o Programa Bolsa Família, por exemplo; b) a participação cidadã é um pré-requisito para o exercício da cidadania e para a melhoria do acesso aos serviços de saúde.

O Estado vem se reformando mediante a adoção de mecanismos de mercado para a prestação de serviços sociais. Paralelo a isso, o estatuto da cidadania também não tem permanecido inalterado. No contexto da crise de autonomia dos Estados-nação, evidencia-se a importância dos direitos humanos, ou seja, a cidadania enquanto identidade humana, mais do que a cidadania enquanto identidade nacional (TURNER, 1993; BULMER; REES, 1996 *apud* MENDES, 2000).

No Brasil, a reforma do aparelho do Estado e a adoção de mecanismos do Estado Gerencial foram orientadas no sentido de tornar a administração pública mais eficiente e voltada para a cidadania (BRASIL, 1995). É neste contexto de mudanças que se procura implantar Programas como o de Combate à Pobreza, dentre os quais o Programa Bolsa Família é um exemplo, sendo aqui considerado como uma política de *Welfare State (WS)*.

Sob a égide do “Novo Gerencialismo”, ocorre a minimização do Estado e, de certa forma, tem se tornado pouco atrativa a criação e a ocupação de postos de trabalho. De acordo com Osborne e Glaeber (1994 *apud* MENDES, 2000), no final da década de 80, só 5% dos norte-americanos indicavam o serviço público como carreira e apenas 13% dos funcionários federais disseram recomendar uma carreira no governo. Isso significa que novos modos de gestão dos equipamentos públicos estão sendo utilizados.

No contexto da reforma do Estado brasileiro, os modos de gestão dos equipamentos públicos se constituem em gestão direta, indireta e delegada. Na gestão direta a forma jurídica é a administração pública, na indireta é a empresa pública sem autarquia e na delegada coexistem formas jurídicas como: concessão, permissão, licitação e contratos de prestação de serviços. Todas estas formas de gestão pressupõem controle público.

Nesse cenário, o papel e a redefinição das funções do Estado foram questionados. Setores antes explorados pelo Poder Público sofreram reformas, pois a pressão da demanda interna e a escassez de recursos os colocaram em busca de alternativas de melhoria do seu desempenho. Privatizações foram realizadas, principalmente nos setores elétrico e de comunicação. Aplicou-se ao serviço público uma lógica de mercado, trazendo dúvidas se princípios de equidade, justiça e equilíbrio estavam sendo observados nesta nova concepção. Como medida compensatória, por exemplo, a partir dos anos 90, entraram na agenda

nacional alguns Programas de Garantia da Renda Mínima (PGRM) para o combate à pobreza, tais como: Programa do Livro Didático e da Merenda Escolar, Programa Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental, Benefício da Prestação Continuada, Programa Bolsa-trabalho, Programa de Redução da Mortalidade Infantil, dentre outros¹⁰. É equivocado, todavia, entender que mecanismos de garantia de renda mínima possam substituir o conjunto das ações sociais do governo. Grandes expectativas são criadas em torno desses programas de transferência de renda, mas o grande problema da pobreza, que é estrutural, permanece.

Em síntese, continua a questão referente à relação entre governo e sociedade civil. Estudos realizados por Putnam (1996), Tandler (1997), Skocpol et al. (1997) ajudam a elucidar esta questão.

Putnam (1996), fundamentando-se na lógica da ação coletiva e no conceito de capital social como bem público, examina as origens do governo eficaz, através da análise dos efeitos do projeto institucional, no norte e sul da Itália, no qual os governos regionais possuíam estrutura similar e o modelo institucional se manteve constante, variando os fatores ambientais, o contexto econômico e a tradição política. O autor parte do pressuposto que a história e o contexto institucional impõem poder ao êxito institucional. Para Putnam (1996), o desempenho prático das instituições é moldado pelo contexto social em que elas atuam. Em estudo empírico, o autor averigua quais as características do contexto social que exercem maior influência no desempenho institucional.

A instituição analisada por Putnam (1996) é o governo representativo. A sua análise se baseia em teóricos da democracia como em Robert Dahl e J. S. Mill, que definem como característica principal da democracia a constante sensibilidade do governo em relação às preferências dos seus cidadãos. A democracia concede aos cidadãos o direito de recorrer ao seu governo, na esperança de alcançar algum objetivo particular ou social. O bom governo é definido como aquele que não só é sensível à demanda dos seus cidadãos, mas age com eficácia em relação a tais demandas.

A pesquisa realizada por Putnam (1996) concluiu que a acumulação de capital social é uma das principais responsáveis pelos círculos virtuosos da Itália cívica, aonde existe uma forte correlação entre associações cívicas e instituições públicas eficazes e que o capital

¹⁰ Maiores informações sobre estes programas podem ser obtidas no *site* do Governo Federal, Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Estado de Assistência Social: <http://www.mpas.gov.br/04_02_09.asp>

social, corporificado em sistemas horizontais de participação cívica, favorece o desempenho do governo e da economia. O contrato social que sustenta a colaboração voluntária na comunidade cívica não é de cunho legal e sim moral. A sanção de quem transgredir não é penal e sim a exclusão da rede de solidariedade e cooperação. Embora as normas e as expectativas cumpram grande papel, o embasamento da comunidade cívica é a consciência que cada um tem de seu papel e de seus deveres como cidadão, aliada ao compromisso com a comunidade cívica.

De acordo com Tandler (1997) o Estado afeta os resultados das políticas, por ser o local de ação autônoma dos funcionários graduados, não se reduzindo a pressões de grupos ou preferências e por seus governos possuírem estruturas organizacionais que influenciam as demandas. Assim, a autora compreende que a estrutura do estado é tão importante quanto as classes e os interesses de grupos. O governo é o agente de consenso, capaz de criar sinergias quando atua conjuntamente com organizações da sociedade civil. Contudo, é preciso se indagar qual o peso do estado como local de autonomia potencial e qual o papel de políticas anteriores e dos arranjos institucionais.

No que se refere à sociedade civil, Tandler (1997), a partir de vários estudos de caso realizados no Ceará, conclui que esta não é uma instituição homogênea e invariavelmente boa. Importantes frações dela fazem perpetuar governos pobres, enquanto outras pressionam para melhorar o governo. No Ceará, quando a sociedade civil pressionou por um melhor governo, foi porque o governo central tornou isso possível, através de alianças entre estado, municípios e sociedade.

A pesquisa realizada por Skocpol et al. (1997) objetivou apresentar os padrões e a dinâmica do engajamento cívico nos EUA, a partir de 1860. Através de uma análise da história de associações americanas, as autoras revelam a ligação destas com o estado e sua sustentação através de algo mais, além de capital social. Consideram a história relevante para o debate e discutem como associações voluntárias foram construídas no passado. Exploram a dinâmica da construção de associações voluntárias nos EUA, no início do século XIX, entre o fim da Guerra Civil e o fim da I Guerra Mundial. Apresentam o papel desempenhado pelos diferentes Estados do início dos tempos, a construção de associações e o engajamento cívico posterior. Explicam como e porque três federações tornaram-se motores da difusão de formação de grupos depois da Guerra Civil, influenciando a forma e a capacidade da sociedade civil americana no século XX. Partem do pressuposto que as associações civis são mais cruciais que associações políticas, para a sociedade democrática. Isso se baseia no pressuposto de Putnam, quando pessoas interagem umas com as outras, voluntariamente, e

face a face elas desenvolvem confiança e exteriorizam o senso de responsabilidade social. Essas redes de participação cívica fazem o governo trabalhar melhor.

No Brasil, as relações entre governo e sociedade civil carecem de análises históricas mais aprofundadas que norteiem na tomada de decisões, informando sobre o peso da sociedade civil na formulação e implementação de políticas públicas. Até os anos 80, a formulação de políticas sociais deve ser considerada dentro de um contexto atrasado, tendencioso e sem regras definidas, estimulando o oportunismo e segregando a grande parcela da população de baixa renda. Esse modelo de Estado formulador dessas políticas sustentou-se, até quando a crise dos anos 80 começou a desestabilizá-lo, e os serviços públicos, ameaçados pela crise e pelas transformações sociais, econômicas, políticas e tecnológicas, tornaram-se obsoletos (ABRUCIO, 1999).

Apesar da última reforma do Estado e da descentralização, decorrente da Constituição Federal de 1988, as políticas públicas brasileiras vêm se fundamentando em princípios técnico-burocráticos e sua socialização tem se constituído em um desafio para os governos e para a sociedade civil. Existem obstáculos de toda ordem, como a dificuldade de financiamento, a disputa de grupos com interesses divergentes, a excessiva burocracia, a insuficiência de mecanismos jurídicos para a regulação de benefícios sociais e, principalmente, a inexistência de canais que facilitem a participação cidadã na avaliação dos serviços prestados pelo governo.

Segundo Milani (2007), do ponto de vista analítico, a participação cidadã pode ser vista em diferentes perspectivas. Pode significar controlar a qualidade dos serviços prestados, e assim, incrementar a efetividade de tais serviços, tornando os gastos mais eficientes, de tal forma que a participação pode ser determinante das prioridades de bens públicos futuros, e por fim, politizar as relações sociais no processo de constituição de espaços públicos. Neste sentido, pode contribuir na formulação de políticas públicas locais, de acordo com as necessidades das comunidades locais.

No mundo contemporâneo o Estado deixa de ser o executor exclusivo das políticas públicas e passa a exercer o papel regulador. O Estado brasileiro não dispõe de todo o controle dos aspectos econômicos, sociais, políticos e ambientais, porém ainda cabe ao mesmo, de algum modo, conduzir as mudanças da sociedade. Apesar da Reforma Administrativa do Estado, ainda são insuficientes os estudos que apontem para mudanças no papel da sociedade civil, no que se refere à participação na gestão dos serviços públicos, neste contexto da reforma que demanda uma sociedade pró-ativa, cônica dos seus direitos e deveres, sendo-lhe facultado o acesso à informação. Apesar da existência da Lei 8142/90, que

garante a participação da sociedade civil organizada na gestão dos serviços de saúde, na prática, isso é pouco verificado, conforme esclarece Carvalho (1995):

se é evidente o peso da indução legal na constituição dos conselhos, os dados coletados não deixam dúvida de que os processos concretos não se deram num vácuo político; ao contrário, revelam processos política e socialmente densos, onde atores em situação disputam projetos. A constituição concreta dos conselhos de Saúde revela um processo complexo que está longe de reduzir ao comprimento automático da Lei. Tanto a elaboração e promulgação da legislação instituidora dos conselhos específicos, quanto, mais ainda, a sua colocação em prática, envolveram claramente um processo de luta que explicita a diversidade de interesses e projetos em jogo, e também o apreço desigual que cada um desses grupos tem com a proposta de participação/control social através dos conselhos (CARVALHO 1995, p. 70).

O Estado Gerencial tem utilizado diversos mecanismos na prestação de serviços públicos, a exemplo dos contratos de gestão, terceirizações, organizações sociais, parcerias pública e privada, dentre outros. Nas organizações sociais, além do ministério supervisor, o conselho integrado por representantes do Estado e de entidades da sociedade civil deverá ser o guardião da execução do contrato de gestão, devendo ainda participar na própria definição das metas, ressaltando-se assim a importância da participação cidadã e o exercício dos seus direitos políticos e sociais no desempenho das políticas em defesa de interesses dos principais interessados: os usuários. Busca-se a eficiência e o controle por resultados ou *ex post*.

A abordagem do “Novo Gerencialismo” defende que o controle por resultados é muito mais propício à construção de novos mecanismos de gestão do que o controle de processos. Cabe lembrar que a estratégia da Reforma Administrativa do Estado adotada no Brasil é baseada na experimentação. Por adesão voluntária, organizações públicas vão sendo transformadas em unidades-piloto, o que permite o aperfeiçoamento do modelo, na medida em que ele vai sendo experimentado. Contudo, isso não significa colocar em prática o princípio participativo.

No nordeste, e mais especificamente na Bahia, devido à dominação política de longo prazo exercida por meio do Carlismo, a Bahia se tornou um estado com a administração anti-participativa (MOTTA, 2007). Para Milani, (2007) e Mota (2007), houve resistência por parte, tanto da prefeitura de Salvador quanto do Estado, em implantar efetivamente políticas participativas no Estado. Essas resistências, segundo os autores, podem ser percebidas pela maneira como a prefeitura de Salvador organizou o Plano Diretor Municipal, praticamente

sem audiências públicas ou outro tipo de participação da sociedade civil no Conselho de Saúde de Salvador.

Por meio de novos formatos institucionais, e do uso de novos instrumentos de gestão e novas formas de controle, a reforma administrativa pretendia contribuir para um processo de aprendizado político e organizacional que tornasse as instituições públicas mais gerenciáveis. Suas propostas visavam contribuir não apenas para o aumento da eficiência dessas instituições, traduzindo na obtenção de resultados, mas também para sua maior transparência (*accountability*), talvez o mais forte pilar de sustentação da administração democrática.

A atuação do Estado brasileiro não tem assumido conotação estratégica bem definida em suas políticas sociais. Na perspectiva do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), a socialização dos investimentos e a capacidade de generalizar o atendimento nos países em desenvolvimento são fatores que devem ser percebidos para minorar conflitos sociais advindos da exclusão.

A política de Estado mínimo, praticada pelo Estado moderno, pode significar a intensificação da ação de interesses privados, inseridos em uma lógica econômica da busca de lucratividade e, portanto, cada vez mais excludente em se tratando da população de baixa renda. O acesso aos programas sociais é lento, caracterizado por altos investimentos e pela ausência de avaliações precisas. Do mesmo modo, a falta de recursos do Estado para financiar serviços públicos de educação, saneamento e saúde de qualidade, compromete o atendimento às demandas crescentes. No que se refere à área educacional, a pesquisa realizada por Mendes (2002) concluiu que a cidadania está relacionada ao grau de escolaridade:

[...] quanto menor o nível de escolaridade, menor é a proporção de respostas sobre o entendimento dos direitos políticos como direitos dos cidadãos no Brasil, ficando assim mais distantes as possibilidades dos grupos com baixa escolaridade exercerem pressão política para a operacionalização dos direitos sociais [...] (MENDES, 2002 p. 64).

O poder público, ao financiar a construção de equipamentos públicos, pode estimular a participação social como instrumento de democratização da gestão pública, propiciando à sociedade um progressivo avanço no desenvolvimento da cidadania e, conseqüentemente, na redução da pobreza e das desigualdades sociais. Em síntese, discutiu-se nesta sessão os distintos significados da cidadania e a importância da participação cidadã, em um cenário de Reforma Administrativa do Estado.

3 GESTÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Nesta sessão são apresentados aspectos considerados relevantes para compreender a estrutura e o funcionamento do Programa Bolsa Família, considerando-se que a amostra do estudo empírico é composta por beneficiários deste Programa.

É a Administração Pública quem executa o Programa Bolsa Família (PBF). Trata-se de um programa de gestão descentralizada, em conjunto com os entes federados, estabelecida no Art. 8º, da Lei nº 10.836, de 2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17/09/2004.

O Programa Bolsa Família tem como objetivos o alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda às famílias beneficiárias; a ruptura do ciclo da pobreza, por meio das condicionalidades, que reforçam direitos sociais nas áreas de saúde e educação; e o desenvolvimento das famílias, por meio dos Programas Complementares, que são ações coordenadas dos governos e da sociedade nas áreas de geração de trabalho e renda, alfabetização, microcrédito, desenvolvimento social, entre outras, com foco nas famílias beneficiárias do PBF.

Segundo informações do Banco Mundial, o Programa atendia em 2005, mais de 8,7 milhões de famílias e, ao mesmo tempo, ampliava a sua cobertura, buscando aperfeiçoar seu desenho de gestão e de implementação. Apesar dos benefícios do Programa serem repassados diretamente às famílias, o Bolsa Família se fundamenta na participação de todos os entes federados. Cada esfera de governo tem atribuições e competências diferenciadas em relação ao PBF. Especificamente em relação à gestão de benefícios, existe a portaria de gestão de benefícios (Portaria GM/MDS nº 555, de 2006) que define as atribuições de cada um dos entes, nos Arts. 20 a 23, sendo responsabilidade da União, através do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a gestão do PBF em âmbito federal. A inclusão das famílias no Programa é operacionalizada pela Secretaria Nacional de Renda da Cidadania (SENARC), que realiza a concessão do benefício, segundo regras predeterminadas.

São atribuições da Secretaria Nacional de Renda da Cidadania (SENARC): elaborar as normas e regulamentos que formam o desenho normativo do PBF; gerir o Cadastro Único dos Programas Sociais; fiscalizar a gestão local do PBF; promover melhorias e fomentar a utilização do Sistema de Gestão de Benefícios por parte dos gestores municipais, coordenadores estaduais, membros das instâncias de controle social e integrantes da Rede Pública de Fiscalização do PBF, com vistas à eficiência, eficácia e transparência das ações de gestão de benefícios; promover o intercâmbio das boas práticas entre os gestores municipais do PBF e a divulgação delas em nível nacional; realizar atividades de gestão de benefícios;

promover ações de capacitação dos agentes responsáveis pelas atividades de gestão de benefícios e dos membros das instâncias de controle social, em parceria com os demais entes federativos. Ainda na esfera federal, os Ministérios da Saúde (MS), do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), e da Educação (MEC) também desempenham importante papel na gestão de benefícios, uma vez que o acompanhamento do cumprimento da condicionalidades tem efeitos diretos sobre os benefícios das famílias, conforme Portaria GM/MDS nº 551, de 9 de novembro de 2005.

Nos Estados, a participação na gestão de benefícios está focada no papel coordenador dos municípios que formam seu território. Exercem a função de promotores do desenvolvimento das atribuições municipais, estimulando uma ação local qualificada e fornecendo o suporte e o apoio técnico necessário ao planejamento e ao desenvolvimento do Programa. São competências dos coordenadores estaduais: promover o credenciamento ao Sistema de Gestão de Benefícios (SIBEC) dos funcionários do Governo Estadual e dos membros da instância de controle social; divulgar, aos demais órgãos públicos estaduais e à sociedade civil organizada, informações relativas aos benefícios do PBF e dos programas remanescentes, propiciando, assim, maior transparência às atividades de gestão de benefícios realizadas pelos municípios dentro do seu Estado; realizar ações de capacitação dos agentes municipais e estaduais responsáveis pela gestão de benefícios em parceria com o MDS; acompanhar a gestão de benefícios desenvolvida pelos municípios em seu Estado, prioritariamente via SIBEC, e ainda informar à SENARC eventuais irregularidades e/ou denúncias identificadas na prestação dos serviços de competência do Agente Operador ou de sua rede credenciada na localidade (correspondente bancário, agentes lotéricos etc.).

No modelo de gestão descentralizada do PBF, os gestores municipais são os principais agentes públicos do Programa junto às famílias. Como executores locais do PBF, os gestores municipais podem identificar mudanças socioeconômicas das famílias e realizar as devidas atividades de gestão de benefícios, de forma centralizada ou descentralizada. O gestor municipal deve acompanhar a mobilidade geográfica, característica presente nesse estrato da população, promovendo os ajustes necessários nos cadastros das famílias beneficiárias.

São competências dos gestores municipais: verificar periodicamente a conformidade da situação das famílias beneficiárias do PBF e dos Programas Remanescentes aos critérios de elegibilidade desses programas, se necessário, utilizando técnicas de amostragem estatística, de modo a adequar os benefícios financeiros à realidade das famílias; realizar o credenciamento dos funcionários da prefeitura e dos integrantes da instância de controle social municipal ao SIBEC, bem como capacitar os usuários; atender aos pleitos de

informações e de esclarecimentos da Rede Pública de Fiscalização; divulgar as informações relativas aos benefícios do PBF e dos Programas Remanescentes aos demais órgãos públicos locais e à sociedade civil organizada; manter a SENARC informada sobre os casos de deficiências ou irregularidades identificadas na prestação dos serviços de competência do agente operador ou de sua rede credenciada na localidade (correspondente bancário, agentes lotéricos etc.).

3.1 TIPOS DE BENEFÍCIOS PAGOS PELO PROGRAMA

Os valores pagos pelo Programa Bolsa Família variam de R\$18,00 (dezoito reais) a R\$112,00 (cento e doze reais), de acordo com a renda mensal por pessoa da família e o número de crianças, gestantes e nutrizes. No caso de famílias que migraram de programas remanescentes o valor do benefício pode ser maior, tendo como base o valor recebido anteriormente.

Os benefícios financeiros estão classificados em dois tipos, de acordo com a composição familiar:

- básico: no valor de R\$ 58,00, concedido às famílias com renda mensal de até R\$ 60,00 por pessoa, independentemente da composição familiar;
- variável: no valor de R\$ 18,00, para cada criança ou adolescente de até 15 anos, no limite financeiro de até R\$ 54,00, equivalente a três filhos por família.

Existe ainda o Benefício Variável de Caráter Extraordinário (**BVCE**) que é concedido às famílias dos Programas Remanescentes (Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Auxílio-gás), cuja migração para o PBF implique perdas financeiras à família. Nestes casos, o valor concedido é calculado caso a caso e possui prazo de prescrição, além do qual deixa de ser pago, nos termos da Portaria MDS/GM nº 737, de 15/12/2004. De acordo com o divulgado no site do MDS, estes são os fatores condicionantes para o recebimento dos benefícios:

Ao entrar no PBF, a família se compromete a cumprir as [condicionalidades](#) do Programa nas áreas de saúde e educação, que são: manter as crianças e adolescentes em idade escolar freqüentando a escola e cumprir os cuidados básicos em saúde, ou seja, o calendário de vacinação, para as crianças entre 0 e 6 anos, e a agenda pré e pós-natal para as gestantes e mães em amamentação. (BRASIL/MDS, 2007)

O quadro 1 abaixo mostra os valores de benefícios que as famílias integrantes do Programa podem receber:

Critério de Elegibilidade		Ocorrência de crianças / adolescentes 0-15 anos, gestantes e nutrízes	Quantidade e Tipo de Benefícios	Valores do Benefício (R\$)
Situação das Famílias	Renda Mensal <i>per capita</i>			
Situação de Pobreza	De R\$ 60,01 a R\$ 120,00	1 Membro	(1) Variável	18,00
		2 Membros	(2) Variável	36,00
		3 ou + Membros	(3) Variável	54,00
Situação de Extrema Pobreza	Até R\$ 60,00	Sem ocorrência	Básico	58,00
		1 Membro	Básico + (1) Variável	76,00
		2 Membros	Básico + (2) Variável	94,00
		3 ou + Membros	Básico + (3) Variável	112,00

Quadro 1 - Valores de benefícios Critério de Elegibilidade para o PBF

Fonte: BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2007)

Os benefícios básicos e variáveis estão previstos na Lei nº 10.836, de 09/01/2004, e foram regulamentados pelo Decreto nº 5.209, de 17/09/2004. Os valores referenciais do PBF para a definição da renda que caracteriza famílias pobres e extremamente pobres, fundamento para a concessão do benefício básico, foram reajustados pelo Decreto nº 5.749, de 11/04/2006.

O Sistema de Gestão de Benefícios do PBF é on-line foi desenvolvido para viabilizar a descentralização da gestão de benefícios do Programa. Assim nos municípios que aderiram ao Bolsa Família, os gestores municipais têm autonomia para realizar bloqueios, desbloqueios, cancelamentos de benefício e reversões de cancelamento, por meio do SIBEC. Do mesmo modo que o sistema descentralizado pode auxiliar no dinamismo técnico, pode sofrer ingerências políticas locais, tendo assim o gestor municipal grande poder sobre o PBF. Contudo, cabe a ressalva de que, com o SIBERC, todas as instâncias de controle têm acesso a informações para acompanhamento da gestão de benefícios, possibilitando maior participação da sociedade no controle social do PBF. Isto, porém, depende do grau de acesso dos

interessados à tecnologia da informação e às instâncias jurídicas, quando os seus direitos políticos e administrativos ao PBF não estiverem sendo respeitados. Assim, interessa saber o entendimento dos beneficiários sobre o assunto, sob a ótica dos direitos políticos e administrativos.

3.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Para entrar no Programa Bolsa Família, as famílias com renda mensal, por pessoa, de até R\$120,00 devem procurar a Prefeitura de seu município e fazer o cadastro no Cadastro Único dos Programas Sociais (CadÚnico). A partir das informações do Cadastro Único, o Governo Federal seleciona as famílias com renda mensal de até R\$ 120,00 por pessoa. A seleção considera o orçamento disponível e as metas de expansão do Programa. Cada município tem um número estimado de famílias pobres considerado como a meta de atendimento do Programa naquele território específico. Esta estimativa foi elaborada por um grupo de trabalho composto por representantes do então Ministério Extraordinário da Segurança Alimentar (MESA), da Casa Civil, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Os cálculos basearam-se nos dados do Censo de 2000 e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004, ambos do IBGE.

As famílias com renda mensal de até R\$ 60,00 por pessoa podem ser incluídas no Programa independentemente de sua composição. Por sua vez, as famílias com renda mensal entre R\$ 60,01 e R\$ 120,00 por pessoa podem ingressar no Programa, desde que tenham gestantes, nutrizes e crianças e adolescentes entre 0 a 15 anos. O público alvo preferencial para o recebimento do benefício em nome da família é a mulher. Esta decisão tem como base estudos sobre o papel da mulher na manutenção da família e na sua capacidade em usar os recursos financeiros em proveito de toda a família.

3.3 COMENTÁRIOS SOBRE A LEI Nº 10.836, DE 09/01/2004

Antecede à Lei nº 10.836, a Medida Provisória nº. 132, de 20 de outubro de 2003, que criou o PBF com a finalidade de unificar os procedimentos de execução e gestão de ações de transferência de renda do Governo Federal, especialmente as do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação – “Bolsa Escola”, instituído pela Lei no. 10.219, de 11 de abril

de 2001, do Programa Nacional de Acesso à Alimentação – PNAA, criado pela Lei nº. 10.689, de 13 de junho de 2003, do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde – “Bolsa Alimentação”, instituído por Medida Provisória no. 2.206-1, de 06 de setembro de 2001, do Programa Auxílio-Gás, instituído pelo Decreto no. 4.102, de 24 de janeiro de 2002, e do Cadastramento Único do Governo Federal, instituído pelo Decreto nº. 3.877, de 24 de julho de 2001 e revogado pelo Decreto nº 6.135, de 2007. Observa-se que esta Medida Provisória veio unificar programas que já existiam à época do presidente Fernando Henrique Cardoso.

Convém lembrar que neste período, mais precisamente entre 6 a 8 de setembro de 2000, estava em discussão a Declaração do Milênio, tendo sido produzido este documento pela Organização das Nações Unidas, resultante da Cúpula de Chefes de Estados e Governos dos países membros, em New York, com a participação de 100 chefes de Estado, 47 chefes de governo, 3 príncipes, 5 vice-presidentes, 3 Primeiros Ministros, 800 delegados e 5.500 jornalistas, durante a qual firmaram os compromissos e definiram como objetivos-chave:

[...] paz mundial; segurança, desarmamento para libertar os povos da praga da guerra, o desenvolvimento e **a erradicação da pobreza a fim de libertar os companheiros homens, mulheres e crianças das condições desumanas de extrema pobreza**, às quais mais de um bilhão delas estão sujeitas correntemente, a proteção do ambiente comum, os direitos iguais, democracia e boa governança, proteção dos vulneráveis, a satisfação das necessidades especiais da África, os meios para reforçar as Nações Unidas (BIZAWU, 2005, p. 3, grifos do autor).

Embora sem caráter de Tratado, a Carta do Milênio tem efeito moral na política internacional de cada país, cujos representantes endossaram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs). O primeiro objetivo é erradicar a pobreza extrema e a fome, o que coaduna com os programas implantados no Brasil em 2001 e convertidos no PBF, em 2004.

A Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, criou o PBF com a finalidade de unificar procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal para famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, unificando-se assim os benefícios. No Art. 3º da referida Lei observa-se que:

[...] a concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, no que couber, de condicionalidades relativas ao exame pré-natal, ao acompanhamento nutricional, ao acompanhamento de saúde, à frequência de 85% em estabelecimento regular de ensino, sem prejuízo de outras previstas em regulamento.

Encontra-se ainda no Art. 2º, Inciso III, parágrafo 14 que “o pagamento dos benefícios previstos nesta Lei será feito preferencialmente à mulher, na forma do regulamento”.

No que se refere aos mecanismos de controle, a Lei criou o Conselho Gestor Interministerial do PBF para formular e integrar políticas públicas, definir diretrizes, normas e procedimentos sobre o desenvolvimento e implementação do PBF, assim como para apoiar iniciativas para instituição de políticas públicas sociais, visando promover a emancipação das famílias beneficiadas pelo Programa nas três esferas e DF (Art. 4º). O conselho gestor possui uma Secretaria Executiva para coordenar, supervisionar, controlar e avaliar a operacionalização do Programa, inclusive as formas de participação e controle social (Art. 5º). Isto denota o caráter centralizador do PBF. Cabe ainda a esta Secretaria Executiva promover os atos administrativos e de gestão necessários à execução orçamentária e financeira dos recursos.

Contudo, torna-se ambíguo quando, no Art. 8º da referida Lei, afirma-se que: “a execução e a gestão do PBF são públicas e governamentais e dar-se-ão de forma descentralizada, por meio da conjugação de esforços entre entes federados, observados a intersetorialidade, a participação comunitária e o controle social”.

Igual ambivalência encontra-se no Art. 9º quando afirma que “o controle e a participação social do Programa Bolsa Família serão realizados, em âmbito local, por um conselho ou comitê instalado pelo Poder Público Municipal, na forma do regulamento”, não sendo estas funções remuneradas (Parágrafo Único).

Quanto à origem dos recursos financeiros, o Art. 6º estabelece que “as despesas do PBF correrão por conta das dotações alocadas nos programas federais de transferência de renda” [...], bem como de outras dotações do Orçamento da Seguridade Social da União que vierem a ser consignados no Programa. A lei não fala da participação de estados e municípios no financiamento do Programa, embora o Art. 82 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) assegure que estados, Distrito Federal e municípios devem instituir Fundos de Combate à Pobreza, devendo estes fundos serem geridos por entidades que contem com a participação da sociedade civil, prevendo-se inclusive a criação, pelos estados, de alíquota de até 2% sobre o ICMS e de 0,5 % na alíquota do ISS para os municípios.

O Art. 10º da Lei nº 10.836 refere que as despesas com o Programa Nacional de Acesso à Alimentação correrão à conta das dotações orçamentárias consignadas na Lei Orçamentária anual, inclusive oriundas do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, instituído pelo Art. 79 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).

Vejamos o que diz o Art. 79 da ADCT:

É instituído para vigorar até o ano de 2010, no âmbito do Poder Executivo Federal, o Fundo de Combate à Erradicação da Pobreza, a ser regulado por lei complementar com o objetivo de viabilizar a todos os brasileiros acesso a níveis dignos de subsistência, cujos recursos serão aplicados em ações suplementares de nutrição, habitação, educação, saúde, reforço de renda familiar e outros programas de relevante interesse social voltados para a melhoria da qualidade de vida.

Observa-se que seriam desnecessários estes ADCT, se os dispositivos constitucionais fossem cumpridos, a exemplo do direito à saúde que se encontra esculpido na Carta Magna nos artigos 196 a 200, no que se refere à educação, artigos 205 a 214, e no que se refere à Assistência Social, artigos 203 e 204.

Isso demonstra que, apesar de o Brasil possuir uma Constituição cidadã, mesmo assim, torna-se necessário utilizar-se de Atos das Disposições Constitucionais Transitórias, além de Medidas Provisórias e Leis Complementares, para fazer cumprir direitos e garantias fundamentais, constitucionalmente assegurados.

Ainda no que se refere às leis complementares, em 8 de janeiro de 2004 foi por meio da Lei nº 10.835, instituída a renda básica de cidadania, que se “constitui no direito de todos os brasileiros residentes no país e estrangeiros residentes há pelo menos 5 (cinco) anos no Brasil, **não importando sua condição socioeconômica**, receberem, anualmente, um benefício monetário” (grifo do autor) (Art. 1º).

O parágrafo 10º do Art. 1º afirma que a abrangência deverá ser alcançada em etapas, a critério do Poder Executivo, priorizando-se as camadas mais necessitadas da população. O Parágrafo 2º afirma que o pagamento do benefício deverá ser de igual valor para todos, e suficiente para atender às despesas mínimas de cada pessoa com alimentação, educação, saúde, considerando o grau de desenvolvimento do País e as possibilidades orçamentárias.

Além disto, este benefício é não tributável. O Art. 4º desta lei estabelece que “a partir do exercício financeiro de 2005, os projetos de lei relativos aos planos plurianuais e às diretrizes orçamentárias deverão especificar os cancelamentos e as transferências de despesas, bem como outras medidas julgadas necessárias à execução do Programa”.

No âmbito da discussão sobre de tipos de cidadania, esta é mais uma das Leis, que exemplifica no Brasil a cidadania outorgada pelo Estado, uma benesse. Por que os governos, ao invés de majorarem os impostos e criarem cada vez mais programas assistencialistas, não criam estratégias para que a população possa exercer a cidadania ativa? Este é um problema que algumas democracias da América Latina têm enfrentado, dado que os programas assistencialistas têm os limites que extrapolam a um ou mais período de governo.

4 ACESSO E ACESSIBILIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Esta sessão objetiva discutir e fundamentar as definições de acesso e acessibilidade aos Serviços Públicos de Saúde. Para tanto, inicialmente são abordados aspectos relativos à dinâmica do funcionamento do SUS e os seus aparatos legais. Posteriormente, analisam-se como os aparatos legais interferem na gestão e conseqüentemente na acessibilidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema regionalizado e hierarquizado que integra o conjunto das ações e serviços de saúde prestados por órgãos públicos das esferas federal, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada e o terceiro setor participam do Sistema em caráter complementar, o que possibilita o uso de diferentes tipos de tecnologias de gestão¹¹.

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 (CF /88) e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080/90, e pela Lei nº 8.142/90, que, dentre outros, trata da participação da sociedade civil organizada na gestão do Sistema.

Segundo a CF/88, em seu Art. 196, “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Já o Art. 198, tem como diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade na elaboração das políticas de saúde.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, possuem competências e funções específicas, porém articulados entre si e compartilham as responsabilidades de promover a articulação, a interação e a integralidade da atenção no SUS, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Observa-se que do ponto de vista legal não há distinção entre acesso e acessibilidade.

A participação da sociedade na definição das políticas públicas de saúde, no planejamento e no controle da execução das ações e serviços de saúde, se dá por meio dos Conselhos de Saúde existentes nas três esferas de governo. As instâncias de participação são os Conselhos de Saúde e as Conferências municipais, estaduais e Nacional de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos.

¹¹ *Tecnologias de Gestão*, definido, segundo Ministério da Ciência e Tecnologia, como um conjunto de metodologia e técnicas organizadas na forma de um sistema de gerenciamento que busquem o alcance de objetivos estratégicos e operacionais de uma organização ou do ambiente onde se está atuando. (http://www3.mct.gov.br/sophia_web/index.html).

4.1 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E GESTÃO DO SUS

A Constituição Federal de 1988 no Art. 30, inciso VII, define que compete aos municípios prestarem, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

As Normas Operacionais Básicas (NOB's), Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS) e o Pacto de Gestão (2006) são os instrumentos legais de gestão que orientam esse processo, e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as responsabilidades e prerrogativas no SUS. Definem as estratégias e operações e ações tático-operacionais que reorientam a operacionalidade do Sistema, a partir da avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS.

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo, designados para o desenvolvimento das funções do Executivo nos Serviços de Saúde. Assim, tem-se no âmbito nacional, o Ministério da Saúde; no âmbito estadual, as Secretarias do Estado da Saúde e no âmbito municipal, as Secretarias Municipais de Saúde.

Ser gestor do SUS compreende a atividade e a responsabilidade de comandar um sistema de saúde - municipal, estadual ou nacional, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

O conjunto de conhecimentos e práticas de gestão necessárias para a implementação das políticas públicas na área da saúde é o que, para efeito deste trabalho, denomina-se de funções gestoras. Dentre as funções de cada esfera de governo¹² (Brasil, CF /88, Art. 30), destacam-se:

- a. na esfera federal a responsabilidade pela formulação da política nacional de saúde, planejamento, normalização, avaliação e controle do SUS em nível nacional, além do financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/ transferências intergovernamentais de recursos públicos arrecadados;
- b. A esfera estadual tem a responsabilidade pela formulação da política estadual de saúde, coordenação, planejamento, regulação complementar e controle do SUS em nível Estadual. Nesta esfera as ações são financiadas com recursos próprios e pelos transferidos da esfera federal;
- c. A esfera municipal é responsável pela formulação da política municipal de saúde, planejamento, regulação complementar, controle e prestação de serviços de saúde diretos ou por meio de consórcios intermunicipais. As ações são financiadas com recursos próprios e com recursos transferidos pelos gestores federal e estadual do SUS.

¹² Apresentação realizada pelo governo de Santa Catarina intitulada: Apoio à Gestão Descentralizada do SUS- Santa Catarina, disponível no endereço: www.saude.sc.gov.br/gestores

Neste contexto, em que as competências são definidas, passa-se a discutir sobre a importância das políticas públicas enfocando-se o acesso e a acessibilidade aos Serviços de Saúde, como condição inicial indispensável à realização de quaisquer procedimentos.

4.2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS COM ÊNFASE NO ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O objetivo da avaliação nos serviços públicos é, principalmente, desvendar e analisar elementos que informam sobre: a) equidade definida como prestar serviços de saúde conforme as necessidades de cada indivíduo/família; b) eficiência que significa obter o melhor resultado possível dentro do orçamento disponível; c) sustentabilidade que representa a possibilidade de dar continuidade aos programas (LUBAMBO; ARAÚJO, 2004).

Kayano e Caldas (2002) afirmam que:

[...] existe a necessidade de democratizar informações sobre as realidades sociais para possibilitar a ampliação do diálogo da sociedade civil com o governo, favorecendo um eventual aumento da participação popular no processo de formulação (e definição) de agendas, bem como de monitoramento e avaliação de políticas públicas (p. 291).

Isso significa que a demanda por novos indicadores dentro de um novo paradigma, que não pode ser apenas científico, mas que se insira em um contexto histórico-social é fundamental para tornar cada vez mais coerentes os processos de tomadas de decisão. Acrescente-se a isso, o interesse dos meios de comunicação e da sociedade civil organizada no uso de indicadores que reflitam a sua qualidade de vida. Por um lado estes indicadores são frequentemente utilizados para analisar o panorama, habitualmente precário, vivenciado pelos usuários dos serviços públicos. Por outro lado, os resultados destas análises podem contribuir para o incremento de melhorias e elevação da eficácia, conforme preconiza os princípios da reforma administrativa do Estado.

Estudos sobre a implantação das políticas públicas vêm sendo realizados constantemente, mas as análises voltadas para a avaliação dos resultados das políticas já implementadas ainda são incipientes. Quando se formula uma determinada política, um importante foco deve estar dirigido para as instituições e processos que ela afeta, ou seja, se está contribuindo para alcançar as mudanças econômicas e sociais planejadas na sua concepção. Assim, Faria (2003, p. 22) afirma que “a notória carência de estudos dedicados

aos processos e às metodologias de avaliação de políticas, (...) deve também ser tributada à escassa utilização da avaliação, como instrumento de gestão, pelo setor público do país”.

Para Dye (1995), a atenção nos estudos das ciências políticas é voltada para a estrutura institucional, objetivos e instrumentos jurídicos e de poder (abordagem institucional), mas a abordagem processualista, que enfatiza as ligações entre as políticas e seu contexto social, político e institucional são inexploradas.

A pesquisa sobre a abordagem processualista analisa os *outputs* das políticas setoriais e a sua adaptação às peculiaridades do contexto social, político e institucional em que elas se inserem, ou seja, o tipo de política e de arena política, o contexto no qual ocorre a implementação e o mundo externo sobre o qual terá impacto.

Segundo Lubambo e Araújo (2004) nos discursos dos estudiosos das políticas públicas existem recorrentes recomendações relativas às práticas avaliativas, assim como gestores sensíveis à necessidade das avaliações e acompanhamento acreditam que incorporá-las ao planejamento é uma prática inadiável, que fortalece o controle social e que deve ser incluída no cotidiano dos serviços públicos.

Um dos principais focos analíticos da avaliação está na identificação da metodologia utilizada para retratar o andamento de uma política pública. As medidas de aferição do sucesso ou do fracasso de uma política pública variam de forma considerável, inclusive dependendo de diversas terminologias usadas por diferentes autores, que disputam entre si sobre a superioridade de cada método para conseguir um melhor resultado.

Outros instrumentos metodológicos utilizados são: as comparações antes-depois de implantada a política; comparações entre o grupo contemplado (ou de controle) e o não contemplado, métodos mistos (método qualitativo como pré-teste para aplicação do método quantitativo em larga escala), o pré-experimental, dentre muitos outros¹³.

Os temas propostos sugerem que a avaliação, como instrumento de fortalecimento da formulação de políticas, permite correções dos desvios e superação de obstáculos, que podem ser identificados de diversas maneiras: aqueles relacionados à capacidade institucional dos agentes implementadores; aqueles ligados aos problemas de natureza política na implementação dos programas ou políticas e aqueles que se referem a resistência e boicotes realizados por grupos ou setores desinteressados na sua implementação (LUBAMBO; ARAÚJO, 2004).

¹³ Para um maior aprofundamento sobre as metodologias de avaliação ver DEVIS, H.T., NUTLEY, S. e SMITH, P. (2000) *What Works? Evidence based Policy and Practice in Public Services*. Bristol: The Policy Press.

A avaliação é uma atividade antiga e inerente ao processo de aprendizagem. Depois da Segunda Guerra Mundial apareceu o conceito de Avaliação dos Programas Públicos, como parte do papel que o estado passou a desempenhar nas áreas sociais. O estado passava a substituir o mercado, e devia encontrar meios para maximização na aplicação dos recursos. Os economistas são assim, os pioneiros da avaliação. Mas, logo suas abordagens se revelaram insuficientes para aplicação aos programas sociais. A avaliação foi profissionalizada, adotou uma perspectiva interdisciplinar e aperfeiçoou os aspectos metodológicos (PATTON, 1996).

Existem inúmeras definições para avaliação, mas avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção¹⁴ ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar os gestores e técnicos na tomada de decisão.

A avaliação tem conteúdo substantivo, definindo importantes critérios para que se possa afirmar se uma ação está sendo bem sucedida, ou ainda, se esta é preferível à qualquer outra (SOUZA, 2002).

De acordo com Hartz (1997), a avaliação pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Nesse trabalho interessa a pesquisa avaliativa.

Entendendo a avaliação como um processo contínuo, deve-se adotar um modelo que guarde coerência com o planejamento e a programação dos serviços de saúde, o que permitirá o acompanhamento dos problemas, e facilitará o processo de tomada de decisão, visando ao seu enfrentamento.

4.2.1 Avaliação de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde

A literatura trata acessibilidade e acesso em Serviços de Saúde como definições distintas. Acesso aos cuidados de saúde é definido como a possibilidade que os indivíduos têm de obter cuidados de saúde apropriados às suas necessidades (temporais, geográficas e financeiras), de modo a alcançarem ganhos em saúde (JUSTO, 2004).

Para Assis (2003), o acesso é focalizado, ao restringir o atendimento público a determinados serviços ou programas, e a universalização da atenção se traduz em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa do sistema como um todo.

¹⁴ Uma intervenção é caracterizada por: objetivos, recursos, atividades, efeitos e contexto (HARTZ, 1997).

Travassos e Martins (2004) citam em seu estudo alguns autores como Donabedian e Andersen para revisar conceitos de acesso. O primeiro utiliza o termo acessibilidade como a capacidade de produzir serviços de saúde para atender às necessidades de uma determinada população, ou seja, refere-se às características dos recursos oferecidos, que facilitam ou restringem a utilização pelos usuários. Neste caso, a acessibilidade é um termo mais abrangente do que, apenas, a disponibilidade dos serviços.

De acordo com Fakete (2004), quando se define acessibilidade poderia estar se referindo a acesso como sendo o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as necessidades da população, no processo de busca e obtenção de atenção à saúde. Este enfoque de grau de ajuste permite identificar os fatores que facilitam ou obstaculizam a busca e obtenção da acessibilidade e entendê-la como um problema gerencial.

O Observatório Português de Análises dos Sistemas de Saúde (2003) define acessibilidade como uma medida de proporção da população que utiliza os serviços de saúde apropriados. A acessibilidade pode ser influenciada por diferentes tipos de fatores: financeiros (insuficientes ou limitados recursos financeiros), geográficos (distância que tem de percorrer para acesso a cuidados), organizacionais (má distribuição e/ ou falta de profissionais de saúde), sociológicos (discriminação, barreiras lingüísticas, etc.) e também culturais (hábitos e costumes de uma população).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), acessibilidade é definida como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as necessidades da população, no processo de busca e obtenção de atenção à saúde. (OPAS, 1980). Isso significa que para avaliar a acessibilidade, faz-se necessário ter conhecimento do diagnóstico sobre as condições de saúde / doença de uma população e planejar as ações para o atendimento das reais necessidades dessa população.

Buarque de Holanda (2003) diferencia acesso de acessibilidade. Considera que acesso é um substantivo masculino, originado do Latim “accessu” significa ingresso, entrada; trânsito, passagem; avizinhação, aproximação; alcance de coisa elevada ou longínqua. Já acessibilidade é substantivo feminino, inicialmente originado do Latim “accessibilitate”, significa: qualidade de acessível; facilidade na aproximação, no uso dos serviços e educação, especial condição de acesso aos serviços de informação, documentação e comunicação.

Portanto, registra-se a possibilidade de que vários autores apropriem-se da definição de acessibilidade no lugar de acesso, talvez por simples interpretação das traduções realizadas como consultas. Assim sendo, para efeito desse estudo será utilizada a definição de acessibilidade apresentada pela OPAS (1995) como o ato de possibilitar o acesso, mediante

conhecimento prévio das necessidades de saúde e oferta de serviços compatíveis a estas necessidades, o que demanda capacidade gerencial. Quanto ao acesso, utiliza-se a definição de Justo (2004), na qual acesso representa a possibilidade que o indivíduo tem de ingressar, entrar, chegar aos diferentes tipos e ofertas dos serviços de saúde, aos quais são disponibilizados e garantidos pelo SUS. Ao se discutir o acesso, observa-se que este está relacionado com a equidade, sendo a mesma aqui entendida como igualdade na acessibilidade aos serviços de saúde, assegurada na carta Magna de 1988, no artigo 196, como sendo o “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A acessibilidade aos Serviços de Saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência à saúde, muito embora o Ministério da Saúde utilize acesso e acessibilidade como sinônimos. (BRASIL, 2002). Neles atuam fatores socioeconômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país. Não se pode, todavia, deixar de enfatizar, que a acessibilidade aos serviços de saúde é um fator de fundamental importância para que o sistema de saúde seja mais equânime na distribuição e uso dos recursos (GIBBARD, 1982).

A acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista: *geográfico*, por meio do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; *econômico*, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; *cultural*, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população no qual se inserem; e *funcional*, pela oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população (Washington, D.C., 1978. D.O.).

Para a avaliação dos serviços públicos, faz-se necessária a existência de informações. No Brasil, na área de saúde existem os Sistemas Nacionais, Estaduais e Municipais de Informações específicos. Estes sistemas consistem em bancos de dados administrados na esfera federal e que contém informações sobre a prestação de serviços pelos Estados e Municípios. Contudo inexistem indicadores que permitam avaliar a acessibilidade da população em situação de pobreza aos serviços básicos de saúde.

4.2.2 Avaliação da acessibilidade aos serviços de saúde

Para operacionalizar o processo avaliativo, se pode tomar como eixo de análise o estudo da acessibilidade, por meio do qual se verifica a relação entre as necessidades e aspirações da população em termos de "ações de saúde" e a oferta de recursos para satisfazê-las.

Numa compreensão ampliada, acessibilidade pode ser definida como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde.

Entendida como um dos componentes do processo de avaliação, a acessibilidade resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões, que podem ser classificados como de **ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica**.

No que se refere ao estudo da acessibilidade em seu sentido mais restrito, visando determinar o grau de ajuste entre as características de uma determinada UBS (Unidade Básica de Saúde), observa-se que o principal entrave à sua análise, encontra-se na forma de organização dos serviços de saúde. Apesar dessas dificuldades, qualquer definição de um sistema de atenção à saúde deve considerar as dimensões da acessibilidade a fim de que os avanços teóricos, relativos à organização setorial, se transformem em práticas no interior dos serviços.

A integralidade das ações de saúde é uma consequência da acessibilidade aos seus serviços. A questão da integralidade representa, hoje, o maior desafio nas práticas em saúde, não apenas como questão institucional ou política, já que integrar ações nessas esferas não é exatamente algo novo, mas como desafio cultural, para romper com formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição.

A questão da integralidade remete, sem dúvida, a uma antiga problemática gerencial dos serviços de saúde: o trabalho em equipe. Duas importantes contribuições passam a reestruturar a questão da equipe de saúde de forma nova: a de que as ações técnicas não são apenas a realização de um produto no trabalho cotidiano, mas, também, trocas intersubjetivas e de comunicação; e a de que as ações técnicas não são só dependentes do conhecimento e dos setores específicos, mas são momentos de interação entre profissionais na aplicação de disciplinas científicas. A integralidade não se resume, pois, a uma interdisciplinaridade, e esta não é a mesma coisa que trabalho em equipe, no qual se inclui a comunicação interprofissional.

Ao focar a dimensão interativa para o interior das ações como questão da integralidade em saúde, a proposição termina por revitalizar a esfera política, a gerência dos serviços e os seus modelos de gestão. A interação, como problema, leva imediatamente à discussão ética das ações propostas, e permite refletir criticamente sobre a política e seu caráter público, bem como sobre as organizações projetadas e a legitimidade das normatizações que portam, refletindo assim no cotidiano do trabalho em saúde e conseqüentemente na acessibilidade.

No Brasil são inegáveis o crescimento de estudos na área de avaliação de serviços públicos e o interesse da sociedade brasileira em conhecer a operação e o impacto efetivo destes serviços. Porém, os fatores envolvidos para a aferição de seu "sucesso" ou "fracasso" exigem grande esforço de análise. Nesse sentido, a avaliação dos modos de gestão possibilita investigar se há relação entre a forma como é tomada a decisão na implementação de uma política e o resultado da sua implementação. Desta forma, a avaliação consiste em acompanhar as decisões, ações e resultados que compõem o cenário das políticas, objetivando preservar o sentido de equidade e altruísmo, que envolve a motivação dos sujeitos envolvidos para participarem desse processo, enfocando as suas contribuições para a redução da pobreza.

Para Arretche (2003), este interesse da sociedade brasileira está diretamente relacionado às mudanças recentes:

[...] o acesso de segmentos tradicionalmente excluídos a cargos eletivos, seja por inúmeras novas modalidades de representação de interesses—despertaram não apenas uma enorme curiosidade sobre os “micro” mecanismos de funcionamento do Estado brasileiro, como também revelaram o grande desconhecimento sobre sua operação e impacto efetivo (p 3-8).

Avaliação incorpora elementos de valor e de julgamento. Assim, pode-se, no âmbito da avaliação, focalizar duas dimensões; a primeira se refere à avaliação de processos, que visa a aferição da eficácia dos objetivos de uma política, que pode ter se desdobrado em legislação, plano, programa, projeto, ou seja, se está sendo implementada de acordo com o que foi concebido e se atingirá suas metas; a segunda, a de impactos, é mais ampla e complexa, refere-se a uma rede entre atores, instituições envolvidas e condições econômicas e sociais, revelando o que acontece no funcionamento do programa, se atingiram os resultados esperados, quais pontos fortes ou fracos, que relações institucionais são necessárias para o seu sucesso, se os membros da população alvo tiveram melhoria na sua situação com a implementação daquela política.

O processo de avaliação incorpora elementos de valor e de julgamento. Assim, pode-se, no âmbito da avaliação, focalizar duas dimensões: a primeira se refere à avaliação de processos, que visa a aferição da eficácia dos objetivos de uma política, que pode ter se desdobrado em legislação, plano, programa, projeto, ou seja, se está sendo implementada de acordo com o que foi concebido e se atingirá suas metas; a segunda, ou de impacto, é mais ampla, complexa e refere-se a uma rede entre atores, instituições envolvidas e condições econômicas e sociais, revelando o que acontece no funcionamento do programa, se atingiram os resultados esperados, quais os pontos fortes ou fracos, que relações institucionais são necessárias para o seu sucesso, se os membros da população alvo tiveram melhoria na sua situação com a implementação daquela política.

Para Coelho (2004), as áreas mais pobres estão localizadas na periferia, mas são as áreas mais ricas, localizadas no centro da cidade, as que recebem mais serviços públicos de saúde, no entanto cita a exemplo ocorrido em São Mateus (São Paulo), onde intensa mobilização popular e de luta, melhorou a provisão de serviços acima da média do município e a acessibilidade da população carente aos serviços de saúde.

Embora ações de avaliação no Estado da Bahia estejam implantadas, inexistem indicadores de avaliação sobre acessibilidade da população em situação de pobreza os serviços públicos de saúde, conseqüentemente sobre o processo gerencial e os resultados produzidos por estes serviços, assim a avaliação da acessibilidade se destina a orientar os gestores públicos e a sociedade civil sobre os efeitos das ações para reorientação das políticas públicas, de modo a atender às garantias constitucionais e aos princípios do SUS.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório com análise quantitativa. A pesquisa exploratória, ou estudo exploratório tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto no qual ela se insere. De acordo com Queiroz (1992), pressupõe-se que o comportamento humano é mais bem compreendido no contexto social no qual ocorre. Operacionalmente, pode-se descrever o estudo exploratório como constituindo um "continuum" que, partindo de uma situação de pouco ou nenhum conhecimento do universo de respostas, alcance a condição de um conhecimento autêntico desse mesmo universo.

5.2 *LÓCUS* DA PESQUISA

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde Adroaldo Albergaria, no bairro de Periperi, localizado no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário da Cidade de Salvador – Bahia.

A Unidade Básica de Saúde Adroaldo Albergaria é referencia local para os atendimentos de baixa e média complexidade, disponibilizando para os usuários de vários bairros adjacentes, serviços de entrega de medicações gratuita, serviço odontológico, atendendo aos programas da saúde da criança, saúde da mulher, saúde da família, entre outros programas e disponibiliza consultas nas mais diversas especialidades como: pediatria, ginecologia, clinica geral, dermatologia, entre outros.

Essa pesquisa insere-se em um projeto mais amplo, sobre Tecnologias de Gestão no combate à Pobreza, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, coordenado pela orientadora deste trabalho e realizado em dez municípios baianos. Contudo para fins deste estudo foi utilizado o banco de dados correspondente a Salvador.

5.3 UNIVERSO E AMOSTRA

A Unidade Básica de Saúde Adroaldo Albergaria, no bairro de Periperi, localizado no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário da cidade de Salvador – Bahia, foi selecionada, porque este bairro possui o maior número de usuários beneficiários do Programa Bolsa Família, totalizando 2700 beneficiários do PBF, dados fornecidos pela Secretaria de Ação Social da Prefeitura Municipal de Salvador em 2006, pressupondo-se assim, a probabilidade de se encontrar um maior número desses em situação de uso do serviço de saúde. A amostra correspondeu a um percentual de 11,6 do total de usuários cadastrados, perfazendo-se 315 usuários, estatisticamente aceitáveis, como observado abaixo.

Para Rea (2002), o cálculo de tamanho específico de amostras (n) segue:

$$n = \left[Z_{\alpha(p)} \right]^2 \div C_p,$$

Onde:

- Z_{α} = Comumente fixado em 1,96 para o nível de confiança de 95%.
- $P = 0,5$ A maneira mais conservadora para fixar o valor de (p) na proporção que resultaria no maior tamanho da amostra.
- C_p = Intervalo de confiança em termos de proporção.

Já para pequenas populações, inferior a cem mil (REA, 2002 p 129), como no caso deste estudo, com $N = 2.700$ pessoas e um intervalo de confiança de 5,2%, obteremos:

$$n = Z_{\alpha^2(0,25)} N \div Z_{\alpha^2(0,25)} + (N - 1) C_p, \text{ sendo:}$$

$$n = (1,96)^2 (0,25) (2700) \div (1,96)^2 (0,25) + (2699 \times 0,0520)$$

$$n = 2592 \div (0,96 + 7,2980)$$

$$n = 2592 \div 8,2580 = 313,87$$

Para Rea (2002), o n calculado deve ser arredondado para um número maior, assim, neste estudo, a amostra de 315 entrevistados contempla as afirmativas propostas pelo autor. (REA, 2002 p 127).

5.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado como técnica a entrevista estruturada com aplicação de questionários e formulários aos usuários dos serviços de saúde cadastrados no Programa Bolsa Família (PBF)

e em situação de uso de serviços de saúde, por um período de 90 dias, em dias alternados e aleatórios afastando-se a probabilidade de viés de pesquisa.

Os questionários foram aplicados por bolsistas do Programa de Iniciação Científica (PIBIC), contratados pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), devidamente treinados e supervisionados. O questionário foi previamente validado pelos pesquisadores, na Unidade Básica de Saúde de Paripe, por ser a segunda maior concentração dos beneficiados do PBF. A coleta foi realizada após as devidas autorizações pelo Comitê de Ética em Pesquisas, conforme Portaria 196 / MS (BRASIL, 1996).

Foram utilizados formulários para coleta de dados secundários, como os cadastros dos beneficiários do PBF e às organizações que prestam serviços de saúde.

5.5 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

O plano de análise dos dados quantitativos é focado em informações referentes à participação cidadã e às dificuldades de acessibilidade aos serviços básicos de saúde do usuário em situação de pobreza. Para tanto, foram utilizadas medidas de frequências simples. O programa de análise estatística empregado foi o **SPHINX**.

No que se refere às dificuldades de acessibilidade aos Serviços de Saúde, o foco da análise é sobre a dimensão estrutural, por entender, que esta é possível de melhoria a partir da capacidade de gestão.

5.5.1 Indicadores e variáveis

Segundo Muraro et al. (1988) um indicador pode ser definido como sendo uma característica, ou conjunto de características, empiricamente observáveis ou calculáveis, por meio do qual se busca identificar um fenômeno dado, sendo que a confiabilidade teórica do indicador depende do seu grau de pertinência ou sensibilidade, de especificidade e de precisão.

Assim, entendemos que a incorporação da prática de avaliação em serviços de saúde, bem como a construção de indicadores cumpre os objetivos básicos de subsidiar o planejamento e instrumentalizar tomadores de decisões para introduzirem melhorias, portanto utilizamos os seguintes indicadores para análise dos dados do presente estudo.

INDICADOR I - Características da amostra

Variáveis:

- a. Número e percentual de usuários do PBF que participaram da pesquisa por sexo, idade e escolaridade.

INDICADOR II - Participação dos Beneficiários do PBF na vida associativa**Variáveis:**

- a. Número e percentual de respostas sobre a participação em associações, sindicatos ou conselhos.
- b. Número e percentual de respostas sobre os motivos da não participação em associações, sindicatos e conselhos.
- c. Número e percentual de respostas sobre a discussão dos problemas de saúde pela comunidade.
- d. Número e percentual de respostas sobre o fórum de discussão dos problemas de saúde.

INDICADOR III - Relação dos beneficiários do PBF com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Este indicador objetiva avaliar a confiança depositada pela população no poder executivo, representada pela SMS, lembrando-se que essa confiança esta relacionada à existência do capital social.

Variáveis

- a. Número e percentual de respostas sobre recebimento pela SMS de reclamações populares.
- b. Número e percentual de respostas sobre encaminhamento dado pela SMS às queixas dos usuários.
- c. Número e percentual de respostas sobre a existência de ação específica da SMS no bairro.
- d. Número e percentual de respostas sobre o estímulo da SMS à participação da sociedade civil na gestão dos serviços de saúde.
- e. Número e percentual de respostas sobre o grau de confiança da população nas instituições

INDICADOR IV - Conhecimento da Sociedade Civil sobre seus direitos políticos**Variáveis:**

- a. Número e percentual de respostas sobre quais são os direitos políticos.
- b. Número e percentual de respostas sobre se procura (prefeito/ secretário/ vereador) para resolver problemas causados pela ausência de Centro de Saúde.
- c. Número e percentual de respostas sobre o cumprimento das promessas de campanha do prefeito.

INDICADOR V - Avaliação da acessibilidade dos usuários do PBF aos serviços de saúde, medido pelas seguintes variáveis:

- a. Número e percentual de respostas sobre quais serviços públicos de saúde que o usuário tem acessibilidade.
- b. Número e percentual de respostas da acessibilidade à internação ou atendimento de alta complexidade.
- c. Número e percentual de respostas por tipo de atendimento a acessibilidade a internação ou atendimento de alta complexidade.
- d. Número e percentual de respostas sobre qual o meio de comunicação que o usuário obteve informações sobre a oferta dos serviços públicos de saúde.
- e. Número e percentual de respostas sobre o conhecimento dos programas de saúde ofertados pelos serviços públicos de saúde.
- f. Número e percentual de respostas sobre a existência das dificuldades de acessibilidade da população de baixa renda aos serviços públicos de saúde.
- g. Número e percentual de respostas ao tipo de dificuldade de acessibilidade aos serviços públicos de saúde.
- h. Número e percentual de respostas sobre qual dificuldade estrutural da acessibilidade aos serviços públicos de saúde.
- i. Número e percentual de respostas sobre se o usuário foi atendido na última vez que precisou do serviço público de saúde.
- j. Número e percentual de respostas sobre o tempo de espera na última vez que precisou do serviço público de saúde.

- k. Número e percentual de respostas sobre a disponibilidade de serviços de emergência nos serviços públicos de saúde.
- l. Número e percentual de respostas sobre a avaliação do usuário aos serviços públicos de saúde.

5.6 BANCOS DE DADOS SECUNDÁRIOS

Foram utilizados como dados secundários as fontes do cadastro único dos Programas como Bolsa Família e Índice de Desenvolvimento Humano de Salvador, BA - IDH de Salvador, BA com a finalidade de identificarmos a região mais carente com maior número de usuários em situação de pobreza.

6 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo objetiva apresentar e analisar os achados da pesquisa à luz do referencial teórico anteriormente selecionado para avaliar como se dá a participação cidadã dos beneficiários do Programa Bolsa Família na vida associativa e nos serviços básicos de saúde em Salvador; identificar na Unidade Básica de Saúde, de que maneira os serviços de saúde atendem os grupos populacionais com menor renda e compreender os limites e as possibilidades da participação cidadã da população em situação de pobreza na melhoria da acessibilidade aos serviços básicos de saúde.

Para tanto, os resultados são apresentados de acordo com os indicadores previamente propostos.

6.1 CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS DA AMOSTRA

No que se refere ao sexo, houve o predomínio de mulheres (77,0%). Este resultado pode ser explicado pelo fato de a pesquisa empírica ter se dado em Unidade Básica de Saúde, dado que as mulheres consomem mais serviços de saúde do que os homens (Figura 1). Quanto à idade, observa-se o predomínio da faixa etária compreendida entre 31-45 anos (43,8%), seguida da faixa etária entre 18 e 30 anos (33%). Estes dados revelam que se trata de uma população jovem, economicamente ativa em fase reprodutiva. (Figura 2).

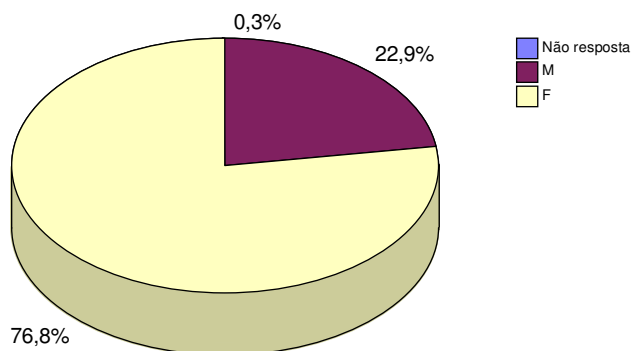


Fig 1 - Gráfico da distribuição percentual da amostra por sexo. Salvador, Ba, 2007

Fonte: Pesquisa de campo.

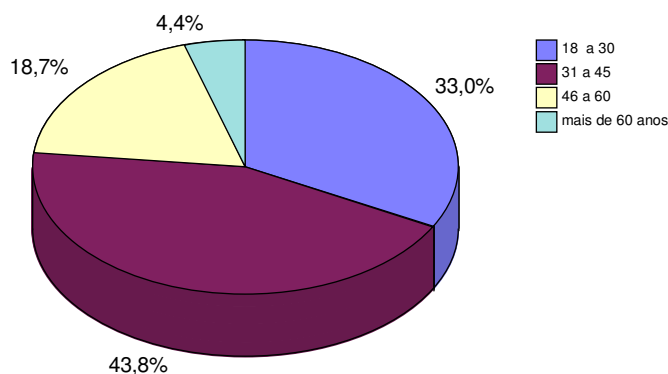


Fig.2: Gráfico da distribuição percentual da amostra por faixa etária. Salvador, Ba, 2007

Fonte: Pesquisa de campo.

A análise do grau de escolaridade indica que prevaleceu o primeiro grau incompleto (36,2%). Este resultado indica a existência de extremidades com 7,9% para os analfabetos e 0,0% dos universitários. (Figura 3)

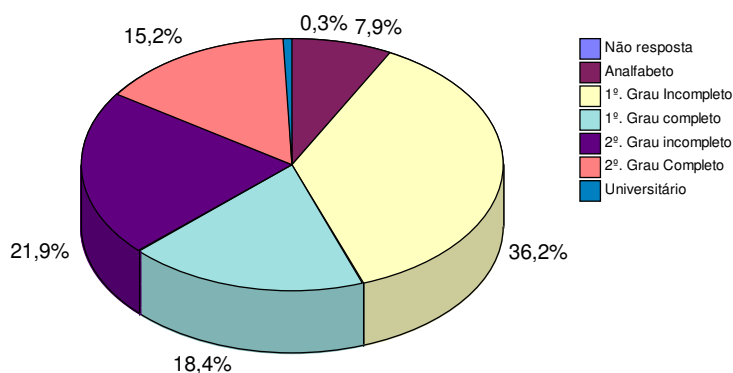


Fig. 03 - Gráfico da distribuição percentual da amostra por escolaridade. Salvador, Ba 2007

Fonte: Pesquisa de campo.

6.2 PARTICIPAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DO PBF NA VIDA ASSOCIATIVA

No que se refere à **participação em associações, sindicatos ou conselhos** obtém-se que não participa (86%) (Quadro 01). Presume-se que indivíduos mais cômicos dos seus direitos políticos tendem a ser mais participativos da vida associativa. Assim, perguntou-se ao (a) entrevistado (a) se ele (a) ou alguém da família participa de alguma associação de bairro, sindicato ou conselho.

Você ou alguém de sua família participa em associação de bairro, sindicato ou conselho.	Qt. cit.	Freq.
Sim	44	14,0%
Não	271	86,0%
TOTAL OBS.	315	100%

Quadro 02 - Número e percentual de respostas sobre a participação em associações, sindicatos ou conselhos. Salvador, Ba, 2007

Fonte: Pesquisa de campo.

Relacionados aos **motivos da não participação em associações, sindicatos e conselhos**, destaca-se a não resposta (25,3%), seguida do desconhecimento da associação (21,3%) e porque ninguém chamou (18,7%) (Quadro 3). Estes dados revelam a baixa predisposição dos beneficiários do PBF em participar da vida associativa, o que pode significar uma identificação com a definição de cidadania passiva, outorgada pelo Estado, em uma visão de que os direitos sociais são benesses oferecidas pelo governo e não provenientes do exercício da cidadania.

Motivos da não participação em associações, sindicatos, conselhos	No de Citações	%
Não responde	80	25,3
Não conheço nenhuma	68	21,3
Ninguém chamou	59	18,7
Sem tempo	34	10,7
Sem interesse	29	9,3
Não dá resultado	21	6,7
Não quer, não gosta	12	4,0
Não sabe	8	2,7
Outros	4	1,3
TOTAL	315	100

Quadro 03 – Número e percentual de respostas sobre os motivos da não participação em associações, sindicatos e conselhos. Salvador, Ba, 2007.

Fonte: pesquisa de campo.

A análise sobre a ocorrência de discussão dos problemas de saúde pela comunidade, na área de Políticas Públicas, a existência de órgãos setoriais colegiados vinculados ao Poder Executivo, com funções de assessoramento e articulação, não é um fenômeno novo, nem exclusividade da área de saúde. Com composição variada, diversos Conselhos foram constituídos como espaços nos quais se desenvolvem práticas sociais e políticas concretas. Os Conselhos de Saúde têm sua origem na Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, têm caráter

permanente e deliberativo e sua função é atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Os seus membros são paritários, correspondendo aos representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários (CARVALHO, 1995).

Sabe-se que em comunidades de baixa renda, os problemas de saúde são os que mais afetam a vida dos seus membros. Assim, foi perguntado se estes problemas são discutidos coletivamente e, reforçando a visão da cidadania passiva, constatou-se que repetiu os responderam “não” (61,3%) e “sim” (38,7%) “(Figura 04).

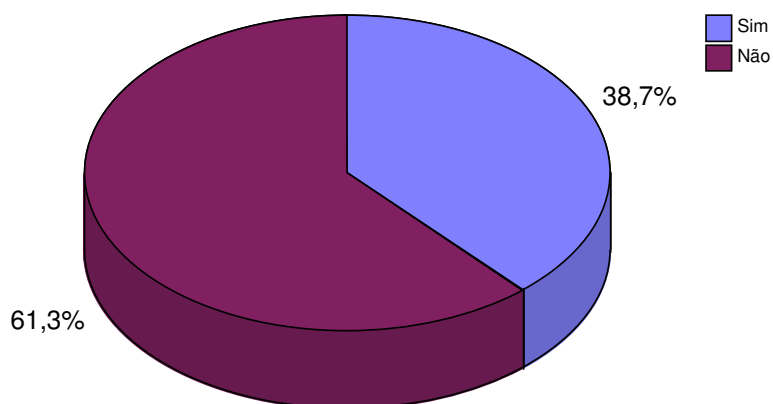


Fig.04 - Gráfico do percentual de respostas sobre a discussão dos problemas de saúde pela comunidade. Salvador, Ba, 2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

No que se refere ao **fórum de discussão dos problemas de saúde**, dos que responderam sim, procurou-se saber em qual instância são discutidos os problemas de saúde, obtendo-se predominantemente a “não resposta” (61%), seguida dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (20,6%) (Quadro 04). Estas respostas demonstram que, mesmo os que responderam afirmativamente à questão anterior, não sabem qual o fórum de discussão dos problemas de saúde, que teoricamente é o Conselho Municipal de Saúde, e que o ACS é o principal “porta-voz” destas comunidades na discussão dos problemas de saúde. Ocorre que o grau de governabilidade destes Agentes é limitado, funcionando apenas como uma escuta e encaminhamento dos problemas de natureza curativa para as organizações prestadoras de serviços de saúde, sem o poder de resolver questões como desnutrição, a falta de saneamento, o que pode contribuir para a ocorrência de doenças ou agravos à saúde. Destaca-se ainda que

o Conselho Municipal de Saúde obteve apenas 01 citação, com uma representatividade percentual de apenas 0,3%, revelando desconhecimento dos entrevistados sobre o fórum competente para discutir os problemas relacionados à saúde.

Para as respostas SIM, por quem?	Qt. cit.	Freq.
Não resposta	192	61,0%
Conselho Municipal de Saúde	1	0,3%
Secretaria Municipal de Saúde	2	0,6%
ACS	65	20,6%
Inst. Religiosas	15	4,8%
Associações	20	6,3%
Outros	20	6,3%
TOTAL OBS.	315	100%

Quadro 04 - Número e percentual de respostas sobre o fórum de discussão dos problemas de saúde. Salvador, Ba, 2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

6.3 RELAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DO PBF COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS)

Este indicador objetiva avaliar a confiança depositada pela população no poder executivo, representada pela SMS, lembrando-se que essa confiança está relacionada à existência do capital social.

No que diz respeito às respostas sobre o **recebimento pela SMS de reclamações populares**, observa-se maior percentual de resposta “não sei” (56,8%) com apenas 24,4% que responderam “sim”, mas considerando as respostas “não e não sei” obtém-se (75,5%) da opinião dos usuários. (Figura 05).

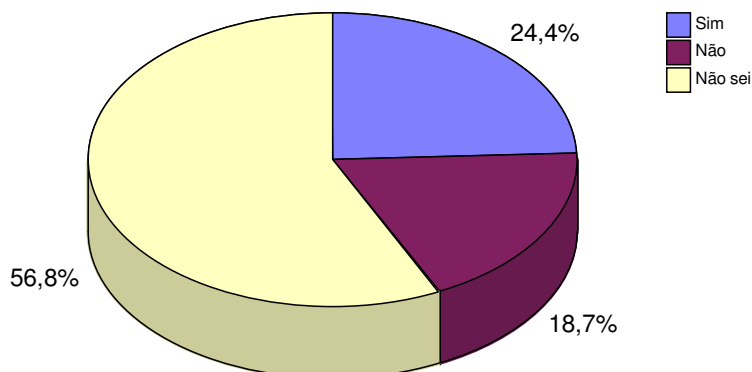


Fig. 05 - Gráfico do percentual de respostas sobre recebimento de reclamações populares pela SMS. Salvador, Ba,2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

No que se refere ao encaminhamento dado pela SMS às queixas dos usuários, o mesmo é observado com 65,1% de respostas “não sei” e apenas 7,3% “sim” (Figura 06). Isto demonstra que mesmo os usuários dos serviços de saúde que responderam “sim” ao recebimento das queixas, não têm conhecimento quanto aos encaminhamentos dados pelo Poder Executivo Municipal, desestimulando assim a participação destes na gestão pública, fazendo com que a democracia representativa funcione apenas no momento do voto. Destaca-se ainda que 27,6% responderam que não há encaminhamento das queixas. (Figura 06), o que pode contribuir para o descrédito da população na sua capacidade de participação.

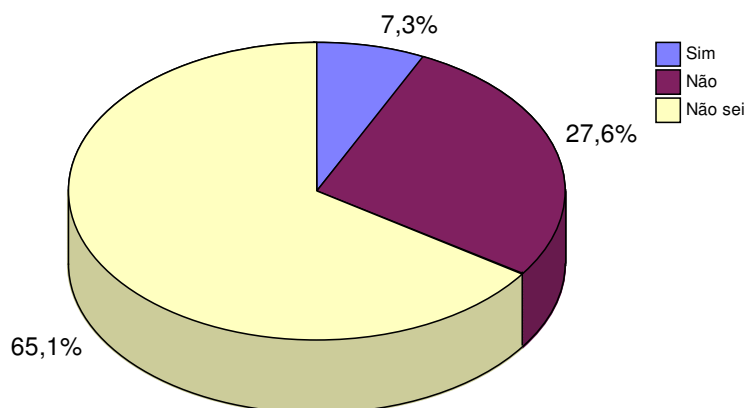


Fig. 06 - Gráfico do percentual de respostas sobre encaminhamento de reclamações populares pela SMS. Salvador, Ba,2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

No que tange ao desenvolvimento de **alguma ação específica pela SMS em bairros mais carentes**, predomina a resposta “não” (44,8%), o que, somando-se aos que responderam “não sei” (29,2%), registra um percentual de 74% (Figura 08). Isto revela que a população está alheia às ações desenvolvidas pelo Poder Executivo Municipal, comprometendo assim o princípio da publicidade dos atos da Administração Pública (DI PIETRO, 2005).

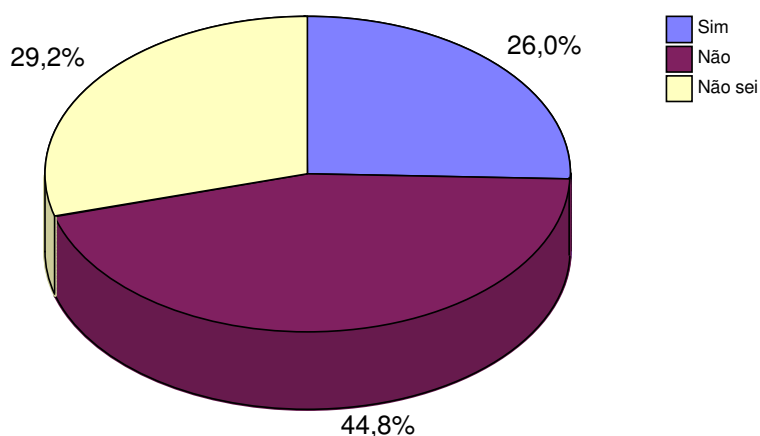


Fig. 07: Gráfico do percentual de respostas sobre o desenvolvimento de ações específicas pela SMS em bairros carentes. Salvador, Ba, 2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

Quanto ao **estímulo da SMS à participação da sociedade civil na gestão dos serviços de saúde** apenas (12,7%) responderam que sim (45,4%) para as respostas negativas e (41,9%) citaram como resposta “não sei”. (Quadro 05).

S.M.S estimula mecanismos de participação da sociedade civil na gestão dos serviços de saúde	Qt. cit.	Freq.
Sim	40	12,7%
Não	143	45,4%
Não sei	132	41,9%
TOTAL OBS.	315	100%

Quadro 05 - Número percentual de respostas sobre e a SMS estimula a participação da sociedade civil na Gestão dos Serviços de Saúde. Salvador, Ba, 2007

Fonte: Pesquisa de campo.

O grau de confiança nas instituições é importante para revelar a sua estabilidade e a existência de capital social que, para Putnam (1996), “diz respeito a características da organização social, com confiança, normas e Sistemas que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas”. (PUTNAM, 1996, p.177). De acordo com a Figura 08, prevaleceu a confiança nas instituições religiosas (34,4%), seguida da associação dos moradores com (17,7%) e dos serviços de saúde (13,5%). Destaca-se, ainda, a baixa frequência da confiança na Câmara de Vereadores (4,4%).

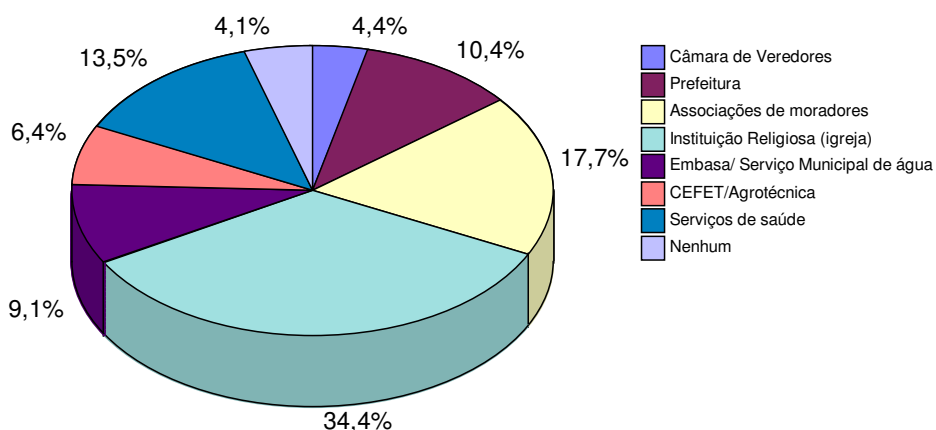


Fig. 08: Gráfico do percentual de respostas dos beneficiários do PBF sobre a confiança depositada nas instituições. Salvador, Ba, 2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

Obs.: Observe-se que quantidade de citações é superior à quantidade de observações devido às respostas múltiplas (3 no máximo).

Estes resultados indicam que apesar do desconhecimento sobre o que a Prefeitura está fazendo nos bairros carentes, ainda é uma instância na qual a população deposita alguma credibilidade. Além disso, o maior percentual de credibilidade nas instituições religiosas pode dever-se ao fato destas tratarem os indivíduos de modo igual, conforme revela outros estudos realizados em países da América Latina. (KLIKSBURG, 2007).

A baixa credibilidade no Poder Legislativo é um sinal de que urge uma reforma política, dada a importância deste poder para a consolidação da democracia e para o funcionamento do Poder Executivo.

6.4 CONHECIMENTO DA SOCIEDADE CIVIL SOBRE SEUS DIREITOS POLÍTICOS

Quando abordam questões referentes aos Direitos Políticos, é importante ressaltar a relação do cidadão com os órgãos da administração pública, neste estudo representado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A análise da Figura 09 revela que os beneficiários do PBF em situação de uso dos serviços básicos de saúde não sabem ou não entendem o direito político (42,6%) e há os que consideram não terem direito político (7,8%). Já o direito de votar foi a resposta para 21,9% dos entrevistados, seguido da resposta de reivindicar ou fazer cumprir as promessas de campanhas (10,5%). Vale ressaltar que a amostra é constituída por 7,9 % de analfabetos (Figura 03). Considerando que tardiamente, no Brasil, foi outorgado aos analfabetos os direitos políticos, embora estes não possam ser votados, infere-se que isto pode ter influenciado na resposta, principalmente dos que responderam que não têm direitos políticos.

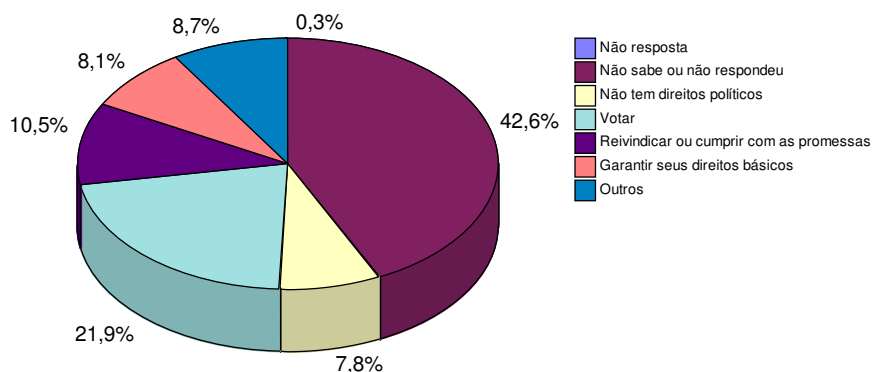


Fig. 09 - Gráfico do percentual de respostas quanto ao entendimento sobre os seus Direitos Políticos. Salvador, Ba, 2007

Fonte: Pesquisa de campo.

Obs: A quantidade de citações é superior à quantidade de observações devido às respostas múltiplas (3 no máximo).

Dado o baixo grau de entendimento sobre os Direitos Políticos e a pouca participação na vida associativa, interessava saber se as instâncias do Poder Executivo são acionadas para satisfazer as necessidades de assistência à saúde.

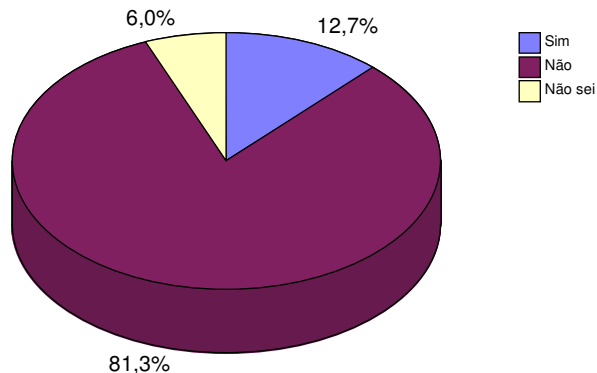


Fig. 10: - Gráfico do percentual de respostas sobre procura por prefeito/ secretário/ vereador/ deputado para resolver problemas causados pela ausência de centro de saúde. Salvador, Ba, 2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

Os resultados apresentados na Figura 10 revelam que a maioria (81,3%) não procurou o Poder Executivo para apresentar as suas demandas. Além de terem baixa experiência na vida associativa, de não saberem o que faz o Poder Executivo nos bairros mais carentes, não o procura para apresentarem as suas demandas. Isto significa dizer que o voto não vem sendo considerado como um instrumento de exercício da cidadania ativa, que confere aos Beneficiários do PBF o poder de reivindicar, servindo apenas como um dever do cidadão, mas sem nenhuma repercussão na mudança nas condições de pobreza e desigualdade do eleitor carente.

No que se refere ao **cumprimento das promessas de campanha pelo chefe do Poder Executivo Municipal**, o que pressupõe por parte dos candidatos o conhecimento da realidade local e a elaboração de um plano de governo voltado para resolver estas necessidades que são de competência da esfera municipal, ficou registrado que a maioria respondeu “não” (67,6%). Isto significa que para os entrevistados as promessas de campanha, na sua maioria não são cumpridas; apenas 32,1%, respondeu que “sim” (Figura 11).

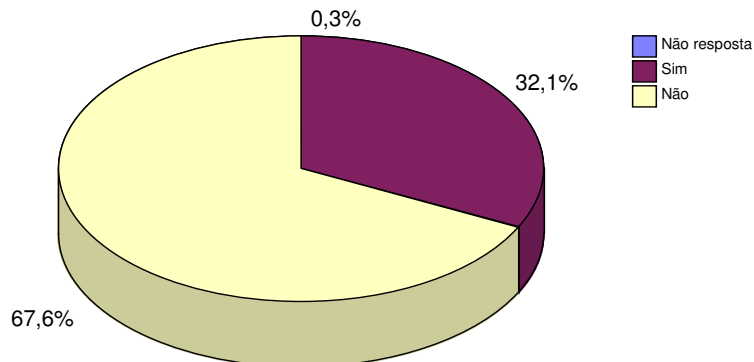


Fig. 11 -Gráfico do percentual de respostas sobre se o prefeito cumpre as promessas e campanha. Salvador, Ba, 2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

No que se refere à **importância atribuída pelos beneficiários do PBF ao uso gratuito dos serviços de saúde pela população**, 76,00% (Quadro 06), responderam que entendem o uso gratuito dos serviços de saúde como uma obrigação do governo. Isto coaduna com o Art. 196 da CF/88, quando afirma que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, significando que a população entende que este é um direito social constitucionalmente assegurado.

No seu entendimento, o uso gratuito dos serviços de saúde pela população é:	Qt. Cit.	Freq.
Uma obrigação do governo	260	82,5%
Um ato de solidariedade	22	7,0%
Uma recompensa por ter sido eleito pelo povo	30	9,5%
Outro	3	1,0%
TOTAL OBS.	315	100%

Quadro 06 - Número e percentual de respostas dos beneficiários do PBF sobre o uso gratuito dos serviços de saúde. Salvador, Ba, 2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

Apesar de, no entendimento dos beneficiários do PBF, predominar o direito à saúde como um direito social, ainda 7,0% responderam de outra forma, entendendo-o como um ato de solidariedade, uma recompensa do governante por ter sido eleito (9,5%) ou não

responderam (1,0%) como ilustra o Quadro 06.

Em síntese, os indicadores analisados nesta seção para identificar o entendimento dos beneficiários do Programa Bolsa Família em situação de uso dos serviços de saúde, quanto aos seus Direitos Políticos demonstram que o mesmo é incipiente, dado que a maioria não sabe e os que demonstram conhecer, associam ao direito positivado, de primeira geração, que foi expresso na pesquisa empírica como “votar e ser votado”. Estes resultados decorrem das características da amostra, com significativa taxa de analfabetismo e com baixo grau de escolaridade (Fig. 03), predominando o primeiro grau incompleto, em uma faixa etária, majoritariamente, em fase produtiva e reprodutiva (18-45 anos) (Fig.02).

Observou-se uma fraca, ou quase inexistente participação destes beneficiários na vida associativa, o que contribui para excluí-los, ainda mais, do acesso aos bens de consumo individual e demandar melhoria da qualidade dos serviços coletivos, como saúde, educação e saneamento.

No que se refere a relação com os órgãos públicos municipais, verificou-se que os beneficiários do PBF apresentam-se alheios quanto à gestão dos serviços públicos, portanto incapazes de exercer pressões sobre o poder local, dado principalmente ao desconhecimento das instâncias de participação e reivindicação.

No que se refere ao conhecimento sobre os seus direitos, além de apresentarem respostas que na sua maioria, demonstram desconhecê-los, a análise das variáveis que avaliam a confiança nas instituições revela a desconfiança no Poder Legislativo e a confiança nas instituições religiosas. Além disso, as respostas da maioria dos entrevistados indicam que o Chefe do Executivo Municipal não cumpre as promessas de campanha.

6.5 AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE DOS USUÁRIOS DO PBF AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Figura 12 demonstra que 47,5% dos usuários citaram apenas o Centro ou Posto de Saúde como opção de acessibilidade aos serviços públicos de saúde, acompanhados de 26,8% dos usuários que relatam terem acessibilidade ao atendimento hospitalar e 21,2% com acessibilidade aos PACS e, do total, apenas 4,3% tiveram algum tipo de contato com o PSF, demonstrando a dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde pública e demonstrando que ainda há insuficiência do PSF nas comunidades carentes, embora o distrito sanitário do subúrbio ferroviário onde se localiza a Unidade Básica de Saúde – UBS pesquisada, seja prioritário para implantação do PSF.

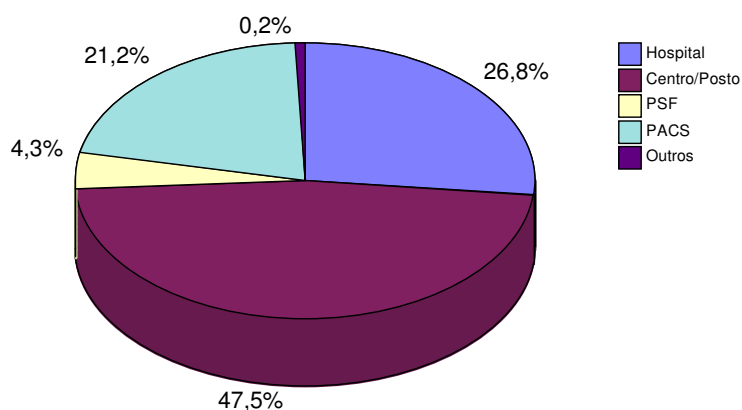


Fig. 12: Percentual de respostas sobre quais serviços públicos de saúde que o usuário tem acessibilidade. Salvador, Ba, 2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

Quando questionados sobre a **acessibilidade às internações ou atendimentos de alta complexidade**, a resposta “sim” esteve presente em 48,3% (Figura 13), “não” em 13,3% e os demais responderam NSA com 38,4%, demonstrando que um significativo percentual de usuários não tiveram a necessidade ou oportunidade de atendimento para os procedimentos de alta complexidade ou internamentos hospitalares.

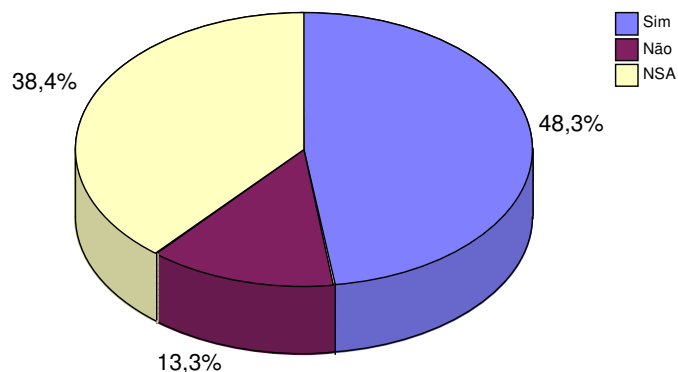


Figura 13 - Percentual de respostas da acessibilidade à internação hospitalar ou atendimento de alta complexidade. Salvador, Ba, 2007..

Fonte: Pesquisa de campo.

Dos usuários que necessitaram de atendimento de alta complexidade (Quadro 07), como exames de diagnóstico do tipo ressonância magnética ou tomografia computadorizada respectivamente 7,0% e 6,3% e para os casos de internação hospitalar (41%).

Tipo de atendimento demandado	Qt. cit.	Freq.
Internação	129	41,0%
Não resposta	127	40,3%
Ressonância	22	7,0%
Tomografia	20	6,3%
Tratamento de câncer, hemodiálise	11	3,5%
Outros	6	1,9%
TOTAL OBS.	315	100%

Quadro 07 - Número e percentual de respostas quanto ao tipo de atendimento e acessibilidade a internação ou atendimento de alta complexidade. Salvador, Ba, 2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

No que diz respeito à **forma como tomou conhecimento da existência do Programa Bolsa Família**, a análise do Quadro 08, demonstra que os mais importantes veículos de informação foram os amigos e parentes (51,1%) e 26,0% dos entrevistados ficaram sabendo da existência do Programa pelos ACS, demonstrando assim a ausência do instrumento público como responsável pelas informações dos serviços ofertados à comunidade.

Como o usuário foi informado do PBF	Qt. cit.	Freq.
Amigos/parentes	161	51,1%
Outros	91	28,9%
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	84	26,7%
TV	66	21,0%
Rádio	32	10,2%
Jornal	16	5,1%
Carro de som	4	1,3%
Prefeitura	4	1,3%
Não resposta	2	0,6%
TOTAL OBS.	315	*

Quadro 08 - Número e percentual de respostas sobre qual o meio de comunicação que o usuário obteve informações sobre o PBF. Salvador, Ba, 2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

*Obs.: A quantidade de citações é superior à quantidade de observações devido às respostas múltiplas (8 no máximo).

A pesquisa sobre o **conhecimento dos usuários sobre os programas de saúde ofertados** pelos serviços públicos obteve como resposta afirmativa (56,8%), sendo a negativa (42,2%) e para completar a totalidade, obteve-se para a “não resposta”(1,0%), que integra o quadro das respostas negativas. (Figura 14). Isso indica baixa adesão aos programas de saúde propostos pelas Políticas de Saúde Pública, o que se agrava pelo o fato de que os dados foram coletados, em situação de utilização dos serviços de saúde, o que se subtende que, a maioria dos usuários, têm o seu conhecimento prévio.

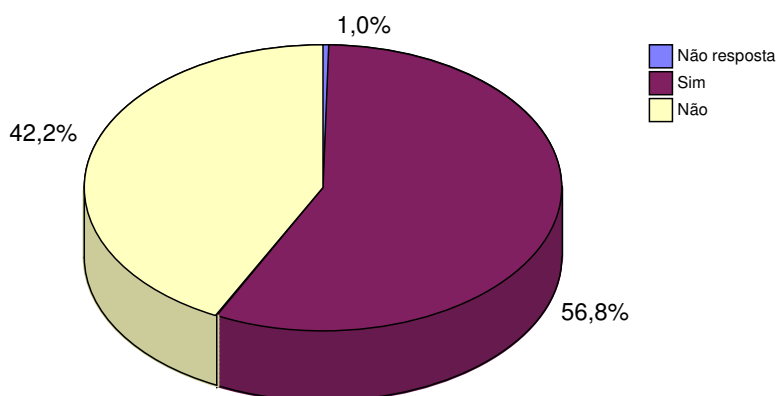


Fig. 14 - Gráfico percentual de respostas sobre o conhecimento dos usuários dos programas de saúde ofertados pelos serviços públicos de saúde. Salvador, Ba,2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

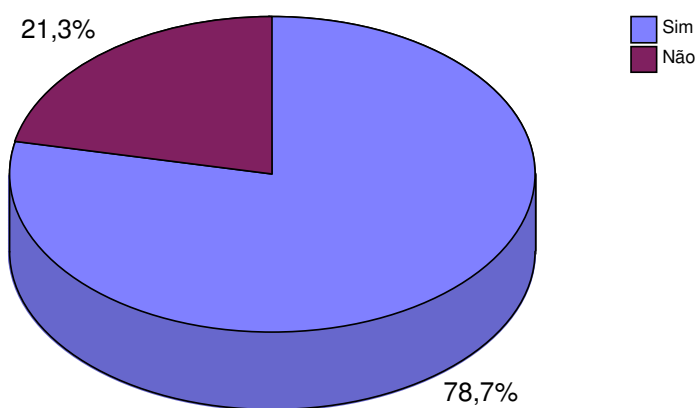


Fig.15 - Gráfico do percentual de respostas sobre a existência de dificuldades de acessibilidade da população de baixa renda aos serviços públicos de saúde. Salvador, Ba, 2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

De acordo com a Figura 16 constata-se que 78,7% dos usuários responderam terem

dificuldades de acessibilidade aos serviços básicos de saúde, contra 21,3% para as respostas negativas corroborando com Gibbard (1982) que discorre sobre acessibilidade aos Serviços de Saúde apontando aspectos que extrapolam a assistência à saúde. Neles atuam fatores socioeconômicos, todos os pesquisados estão em situação de pobreza e culturais (Fig.03), que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país. Não se pode, todavia, deixar de enfatizar, que a acessibilidade aos serviços de saúde é um fator de fundamental importância para que essa equidade seja concretizada (GIBBARD, 1982).

Os dados correspondem com as afirmações de alguns autores como, Assis et al.(2003) quando observam que a realidade do acesso na saúde é constituída de serviços focalizados e seletivos voltados para os usuários em situação de pobreza que tem menor qualificação no setor formal da economia e a população excluída socialmente.

Os mesmos autores afirmam que, para a construção de um sistema de saúde público, coletivo, universal e igualitário é necessário um processo de politização do sujeito, por meio de uma drástica mudança da lógica individual e privatista do modelo de atenção, construídos historicamente. A desconstrução desta lógica será possível por meio do controle social e da participação nas decisões de gestão do sistema, envolvendo, tanto governo e trabalhadores de saúde, quanto os usuários.

Os achados desta pesquisa refletem a dura realidade de acessibilidade aos serviços de saúde, e para minimizar esses obstáculos, faz-se necessário a politização do sujeito, levá-lo a conhecer sua realidade e a necessidade de participar efetivamente na mudança do modelo de saúde vigente, visando a universalidade da acessibilidade, com responsabilidade social. Para este processo acontecer é necessário a formação de uma força social, contra-hegemônica, capaz de fazer cumprir a lei a favor dos interesses da sociedade, e contra os defensores do projeto neoliberal, privatista, para a saúde. (ASSIS et al., 2003).

Unglert et al. (1987) complementam, afirmando que a cobertura dos serviços de saúde será alcançada quando as necessidades e aspirações da população forem supridas. Este fato somente será concretizado por meio de um sistema institucional de saúde capaz de produzir serviços organizados e de qualidade tecnológica, para ampliar o acesso e assegurar a acessibilidade.

Ao enumerar as dificuldades de acessibilidade por ordem de importância encontra-se empate nas respostas, com variação percentual mínima para a geográfica e social (18,8%) e para máxima (19,3%) para a dificuldade estrutural e ainda 18,9% para as dificuldades econômicas e culturais. (Figura 16)

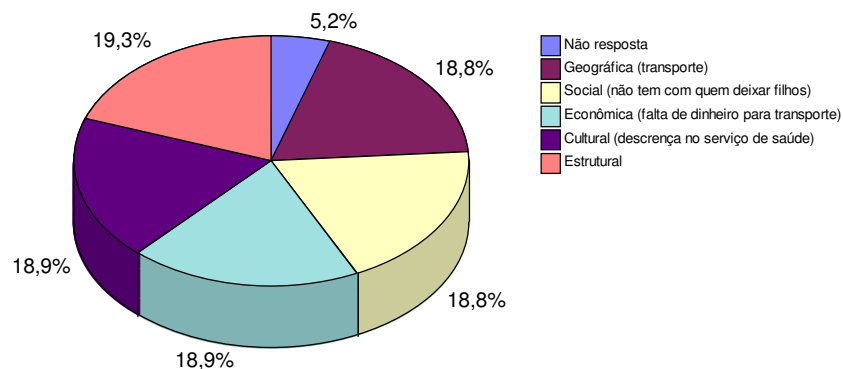


Fig.16- Gráfico do percentual de respostas quanto ao tipo de dificuldade de acessibilidade aos serviços públicos de saúde. Salvador, Ba, 2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

Esta questão sobre o tipo de dificuldades de acessibilidade apresenta quatro respostas múltiplas ordenadas. A Figura 16 dá as frequências para cada ordem e para a soma, percebe-se nessa análise que para a população usuária entende não haver distinções para os motivos que dificultam tal acessibilidade, portanto urge a mudança nas Políticas Públicas, principalmente nos caminhos de poder ouvir esses sujeitos, com suas reivindicações e solicitações. A quantidade de citações é superior à quantidade de observações devido às respostas múltiplas (4 no máximo). Entendendo que o gerenciamento pode contribuir para reduzir as dificuldades de acessibilidade, este achado evidencia a necessidade de aprofundar o estudo de modo a mensurar as dificuldades, identificando aqueles que podem ser melhorados a partir do investimento na capacidade de gestão.

6.5.1 Número e percentual de respostas sobre qual dificuldade estrutural da acessibilidade aos serviços públicos de saúde.

Para os usuários que responderam positivamente aos problemas de acessibilidade da ordem estrutural, obteve-se um equilíbrio (23,3%) para falta de recursos humanos, equipamentos, recursos financeiros e a falta de medicamento (todos com 23,3%). O que demonstra a gravidade de tais dificuldades. (Figura 17).

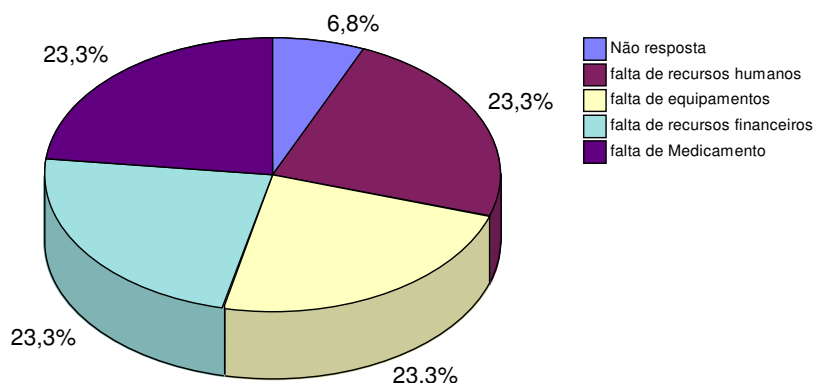


Fig.17 - Gráfico do percentual de respostas sobre qual dificuldade estrutural da acessibilidade aos serviços públicos de saúde.Salvador, Ba, 2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

A análise do número e percentual de respostas sobre **se o usuário foi atendido na última vez que precisou do serviço** público de saúde demonstra que apesar de todas as dificuldades referenciadas, nota-se que 77,8% conseguiram atendimento, porém, observa-se que (22,2%), sequer, conseguiram atendimento. (Quadro 09).

Quando precisou do serviço foi atendido?	Qt. cit.	Freq.
Sim	245	77,8%
Não	70	22,2%
TOTAL OBS.	315	100%

Quadro 09 - Número e percentual de respostas sobre se o usuário foi atendido na última vez que precisou do serviço público de saúde.Salvador, Ba, 2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

No que tange ao número e ao percentual de respostas sobre **o tempo de espera** na última vez que precisou do serviço público de saúde, obteve-se que considerou demorado, o tempo de espera para ser atendido (36,8%), contra apenas (17,1%) para a resposta “rápida”, e ainda (22,2%) não responde, o que pode indicar receio no julgamento pelo usuário quanto avaliar o serviço que está utilizando (Figura 18).

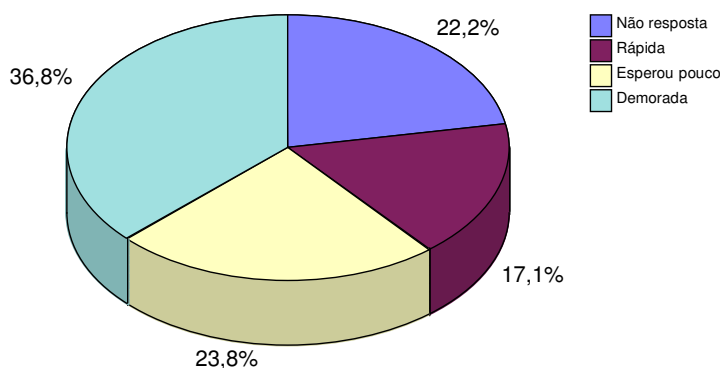


Fig.18 - Gráfico do percentual de respostas sobre o tempo de espera na última vez que precisou do serviço público de saúde. Salvador, Ba, 2007

Fonte: Pesquisa de campo.

A análise do número e percentual de respostas se o usuário, caso necessite, **voltaria a procurar o serviço público de saúde** e por quê, indica que voltaria a procurar o serviço público de saúde (87,3%). O elevado percentual de resposta “sim” deve-se ao fato dessa população em situação de pobreza não ter outra opção de uso, portanto voltaria a procurar os serviços públicos de saúde, e, o que se torna evidente é o receio de retaliação, em que um grupo que somados são (12,7%) relataram diferentes fatores (Quadro 10).

Voltaria a procurar o serviço?	Qt. cit.	Freq.
Sim	275	87,3%
Não	40	12,7%
TOTAL OBS.	315	100%

Quadro 10 - Número e percentual de respostas se o usuário, caso necessite, voltaria a procurar o serviço público de saúde e por quê. Salvador, Ba, 2007.

Fonte: Pesquisa de campo.

O elevado percentual de não resposta (87,3%) sobre por quê não voltaria a a procurar o serviço pode revelar receio de se expressar e futuramente não ter outro serviço para atendimento. Em segunda posição está a resposta “não gostou do atendimento”(4,8%), seguido de não resolveu o problema” (3,5%) (Quadro 11).

Caso negativo, por quê?	Qt. cit.	Freq.
Não resposta	275	87,3%
Não resolveu o problema	11	3,5%
Distância da casa	4	1,3%
Transporte difícil	2	0,6%
Não gostou do atendimento	15	4,8%
Foi discriminado	1	0,3%
Outros	7	2,2%
TOTAL OBS.	315	100%

Quadro 11 - Número e percentual de respostas se o usuário, caso necessite, por quê não voltaria a procurar o serviço público de saúde.

Fonte: Pesquisa de campo.

O indicador sobre a **disponibilidade de serviços de emergência** nos serviços públicos de saúde, demonstra o conhecimento da maioria dos usuários (80,6%), frente a disponibilidade de atendimentos em situações emergenciais (Figura 20), sendo esse fator relevante. Pela ineficiência de ações preventivas, os usuários ao necessitarem de atendimento médico recorrem prontamente aos serviços de emergências e pronto atendimentos ofertados pelo sistema de saúde público, sendo esse dentre outros, o motivo de filas e de baixa qualidade do atendimento das emergências que a população está vulnerável. Para a grande maioria, essa é a única porta de entrada para o sistema de saúde e ao atendimento médico gratuito.

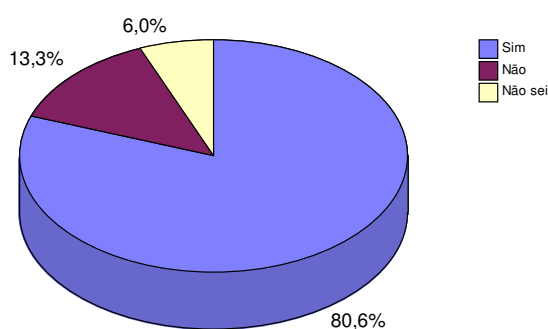


Fig. 19 - Percentual de respostas sobre o conhecimento da disponibilidade de serviços de emergência nos serviços públicos de saúde

Fonte: Pesquisa de campo.

A análise da **avaliação do usuário quanto aos serviços públicos de saúde utilizados demonstra que** consideraram o atendimento regular (46%) e ótimo (4,8%), 14,9% para “péssimo”, “ruim” (18,4%) e “bom” (15,9%). Isso denota que, para os usuários, os serviços necessitam de melhorias. Contudo, sabe-se que estas melhorias dependem de participação. (Figura 20)

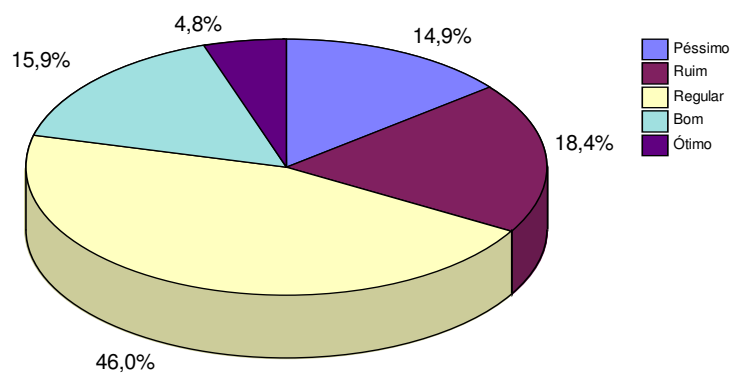


Fig.20- Percentual de respostas sobre a avaliação do usuário aos serviços públicos de saúde. Salvador, Ba,2007

Fonte: Pesquisa de campo.

7 CONCLUSÕES

O objetivo desta seção é retomar a hipótese inicial à luz da revisão de literatura e do estudo empírico realizado no Município de Salvador – BA. A questão norteadora neste estudo foi em que medida a participação cidadã dos usuários em situação de pobreza, contribui para facilitar a acessibilidade aos serviços básicos de saúde?

Como descrito inicialmente, para efeito desse estudo, considerou-se usuário em situação de pobreza os beneficiários do PBF. Os direitos assegurados a esses usuários, embora sejam positivados e de primeira geração, atualmente podem ser considerados como de quarta geração, dadas as mudanças ocorridas nas relações entre Estado e sociedade civil. Mudanças estas que demandam o auto-reconhecimento do indivíduo como cidadão, portador de direitos e deveres e uma participação ativa e mais direta, não apenas exercendo o direito ao voto a cada quatro anos, mas participando ativamente da gestão pública.

O Estado Democrático de Direito ampliou a pauta de direitos dos cidadãos e trouxe como prerrogativa, a democracia, o que na perspectiva do ideal republicano, considera o cidadão como portador de virtudes que o orienta para o mundo público, entendendo a cidadania como um conjunto de direitos e deveres ante os outros, o Estado e a sociedade, cujos valores são voltados para a ampliação do espaço público e para a vida associativa. Isto significa democratizar as relações entre os poderes públicos e os cidadãos, promover a *accountability*, aumentar os mecanismos de participação dos usuários na gestão dos serviços públicos por meio das instâncias colegiadas, para melhorar a eficiência e reduzir os gastos, mantendo-se a qualidade. Deste modo, é o cidadão, portador de direitos e deveres, o agente principal nesta relação entre governo e sociedade civil. Isto não se verificou no estudo empírico ao se analisar o indicador **participação dos beneficiários do PBF na vida associativa**, observando-se que não participa (86%) nas associações, sindicatos ou conselhos, alegando como principais motivos: desconhecê-los, falta de convite e de tempo.

Os problemas de saúde são pouco discutidos pela comunidade. Dos que afirmaram discuti-los, quando se procurou saber em qual instância são discutidos, obteve-se predominantemente a “não resposta” (61%), seguida com (20,6%) dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Isso indica que as instâncias colegiadas legalmente constituídas para discutir e enfrentar os problemas de saúde, SMS (0,6%) não estão incluindo este segmento da população. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde tem sido relevante para reduzir a mortalidade infantil e melhorar os indicadores de saúde, mas não se constitui um fórum de discussão coletiva, dada a característica do trabalho destes profissionais que se faz por meio

de visitas domiciliares.

Trata-se de uma população que apresenta desconhecimento sobre as instâncias de participação popular e de controle social, a exemplo do Conselho Municipal de Saúde, o que reduz a sua possibilidade de interferir no destino da aplicação dos recursos públicos, em prol da melhoria da infra-estrutura do espaço territorial aonde vivem.

No que diz respeito ao indicador **relação dos beneficiários do PBF com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS)**, que no Estado Democrático de Direito embasa-se na participação, no estudo empírico foram analisados os seguintes aspectos: recebimento pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de reclamações populares; encaminhamento dado pela SMS às queixas dos usuários; existência de ação específica da SMS nos bairros mais carentes e estímulo da SMS à participação da sociedade civil na gestão dos serviços de saúde. Os resultados demonstraram que predominou o desconhecimento quanto ao recebimento de reclamações populares pela SMS, com percentual de resposta “não sei” (56,8%); quanto ao encaminhamento das queixas pela SMS, apenas 7,3% responderam “sim” e 27,6% responderam que não há encaminhamento das queixas, os demais não sabem ou não respondem (65,1%).

No que se refere ao desenvolvimento de ações específicas da SMS nos bairros mais carentes predomina a resposta “não” (44,8%) e quanto ao estímulo da SMS à participação na gestão dos serviços obteve-se de “não e não sabe”(87,3%). Esperava-se que os cidadãos e cidadãs pudessem participar de modo ativo das decisões públicas, principalmente às tocantes aos problemas de saúde, e que novos canais de participação fossem criados, bem como de comunicação, pois a maioria (51,1%) fica sabendo dos programas oferecidos, por meio dos parentes e amigos. Estes resultados indicam que apesar da presença do Estado Democrático de Direito (EDD), a participação dos segmentos populacionais socialmente excluídos, na gestão da esfera pública, é ainda muito escasso, frágil e incipiente.

No Brasil, apesar da existência do EDD, da democracia representativa e de uma constituição cidadã, os resultados do estudo empírico revelaram um vínculo precário entre estado e sociedade civil. Isto pode estar relacionado ao entendimento desta quanto aos seus Direitos Políticos.

No que concerne ao indicador **grau de conhecimento da sociedade civil sobre os seus Direitos Políticos**, os resultados indicam a existência de baixo grau de entendimento dos beneficiários do PBF quanto aos seus Direitos Políticos, o que pode fazer com que não os relacionem com PBF, compreendendo o Programa como uma benesse do Estado, reforçando assim perspectiva da ideologia liberal que enfoca a cidadania passiva ou outorgada pelo

Estado. Paralelamente a isso, a população entrevistada que se encontra em situação de pobreza apresenta significativo percentual de analfabetos (7,9%), considerando-se ser uma população jovem. O fato de ser analfabeto já lhes retira a possibilidade de inserção em um mercado de trabalho que exige, cada vez mais, mão-de-obra especializada e no qual importa quem tem poder aquisitivo para o consumo.

Os usuários dos serviços de saúde e beneficiários do PBF, participantes da pesquisa entendem o direito político como predominantemente aquele que corresponde a votar (21,9%) e ser votado, seguido de não ter direitos políticos (7,8%) e, aqueles que acham que possuem direitos políticos, mas não sabem quais são representam a maioria com (42,6%). Apenas 10,5% entendem que direitos políticos são os de reivindicar promessas de campanha ou fazer cumpri-las. Contudo, quando se analisa a procura dos Poderes Executivo e Legislativo para apresentarem as suas demandas, 81,3% não procuraram os representantes destes Poderes para apresentarem as suas demandas e dos que procuraram, no caso a Secretaria Municipal de Saúde, 65,1% responderam que não sabem se as queixas dos usuários são encaminhadas para resolução.

Segundo Putnam (1996) apud (Mendes, 2000) a história mostra que tanto os Estados quanto os mercados funcionam melhor em contextos cívicos e que o lugar a que se pode chegar depende do lugar de onde se veio. Assim, o amadurecimento cívico e político são fundamentais para o desenvolvimento humano. Contudo, isto se constrói a partir de instituições fortes. No que se refere a este aspecto, o estudo empírico revelou a baixa credibilidade dos entrevistados na Câmara de Vereadores e que as instituições religiosas foram as mais acreditadas (34,4%). Desprovidos de conhecimento sobre os seus direitos políticos e tendo parentes e amigos como principal veículo de informação, só resta a esta população a crença na religião.

Ainda com relação à avaliação do PBF, observou-se que este cumpre apenas um dos seus objetivos: o de promover o alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família. Parece não ter sido ainda atingido, pelo PBF, o objetivo de reforçar o exercício de direitos sociais básicos, como o de participação na área de Saúde e por meio do cumprimento das condicionalidades, o que poderia contribuir para que as famílias consigam romper o ciclo vicioso da pobreza entre gerações, de modo a que os beneficiários do Programa Bolsa Família consigam superar a situação de pobreza na qual se encontram.

No que se refere ao indicador **acessibilidade dos usuários em situação de pobreza aos serviços básicos de saúde**, a maioria (78%) respondeu ter dificuldades, os fatores que

contribuem por estas, como: estrutural, geográfico, social, econômico e cultural obtiveram quase a mesma proporcionalidade de importância para os usuários, demonstrando-se assim, que não existe um fator que se destaca frente aos outros fatores, mas sim que tais fatores complementam-se na sua importância em obstaculizar a acessibilidade, e nessa equação, o resultado final são as imensas filas nos serviços de atendimento ambulatorial e nas emergências dos serviços hospitalares, e tais dificuldades de acessibilidade aumentam proporcionalmente, à medida que a gravidade e complexidade das necessidades para o atendimento à atenção a saúde também aumentam.

Para as dificuldades estruturais, também houve o equilíbrio quanto aos fatores responsáveis como: falta de recursos humanos, equipamentos, medicamentos e recursos financeiros, denunciando a falha dos serviços de saúde e a ausência da merecida atenção às demandas da comunidade legitimamente asseguradas, o Posto de Saúde foi o mais citado (47,5%) por estarem, no momento da coleta dos dados, em situação de uso desses serviços, entretanto, poucos possuem acessibilidade aos serviços hospitalares (21,2%) e referentes aos serviços de alta complexidade 51,7% relatam não terem acessibilidade aos mesmos. Isso indica um problema gerencial para assegurar a integralidade do cuidado, constitucionalmente assegurada.

No que se refere ao PSF foi inexpressiva a acessibilidade (4,3%) indicando uma insuficiência desses serviços nas comunidades carentes, urgindo imediatas reformulações desses serviços. Isso é mais um indicativo da falta de participação.

Na avaliação dos serviços ofertados pela UBS, dos que conseguiram atendimento na primeira consulta, 36,8% relatam ser demorado em demasia, e assim mesmo, voltariam a procurar os serviços, pois não possuem outra alternativa de assistência à saúde se não esses. Os usuários sabem da existência dos atendimentos de emergências e as enxergam como única opção de atendimento, caso necessitem, denunciando assim, pelas filas, o acúmulo dos usuários nesses serviços, dado a precariedade e a falta de oferta da atenção preventiva às necessidades mínimas e básicas de saúde.

Conclui-se que, apesar de os dispositivos constitucionais da Carta de 1988 assegurarem os Direitos Políticos e a participação cidadã, isto não se verificou no estudo empírico confirmando-se a hipótese inicial de que a falta de participação cidadã interfere negativamente na acessibilidade dos usuários do PBF aos Serviços Básicos de Saúde.

Além disso, apesar de os votos serem considerados teoricamente iguais no dispositivo constitucional, na prática, após as eleições, os grupos com menor poder de pressão ante o executivo e legislativo têm menos oportunidade de obterem atendimento nas suas

demandas. A própria população afirma que, na sua maioria, as promessas de campanha eleitoral do prefeito não são cumpridas (67,6%). Assim, no período pós-eleitoral, a população em situação de pobreza continua não tendo as suas necessidades básicas atendidas.

O PBF, ao disponibilizar recursos para alimentação e ao exigir a manutenção da criança na escola, poderá no futuro retirá-la da situação de pobreza em que se encontram os seus ascendentes.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. **RBCS**. v. 18, n. 51, fev. 2003.

ASSIS, M.M.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8;(3) jul. 2003.

BARBALET, J. M. Citizenship, class inequality and resentment, 1993. In: MENDES, V. L. P. S. **Inovação Gerencial na administração Pública: um estudo na esfera Municipal no Brasil-Salvador**. 2000. 330 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2000.

BENEVIDES, M. V. de M. **Cidadania e democracia**. Lua Nova, São Paulo, n.33, p.5-16, 1994.

BRASIL. Ministério da Educação. **Constituição da República Federativa do Brasil**; promulgada em 5 de outubro de 1988. 2. ed. Rio de Janeiro: FAE, 1989. Título VIII, Capítulo II, Seção II, art. 196.

_____. Governo Federal. Ministério da Previdência e Assistência Social. http://www.mpas.gov.br/04_02_09.asp. Acesso em: 08/11/2005.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8 p. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196 / 96**, de 10 de Outubro de 1996. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. Presidência da República/Câmara da Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília, novembro de 1995. 66p.

_____. Presidência da República. Lei nº 10.836, de 9 de Janeiro de 2004. . Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. **D.O.U.** de 12/1/2004 Disponível em <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2004/10836.htm>>. Acesso em 10/11/2007.

_____. Lei nº 10.219 - de 11 de ABRIL de 2001 - . Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à educação - "Bolsa Escola", e dá outras providências. **D.O.U** de 12/4/2001. Disponível em:<<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2001/10219.htm>>. Acesso em 10/11/2007.

____ Lei nº 10.689. Cria o Programa Nacional de Acesso à Alimentação – PNAA. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/2003/L10.689.htm>>. Acesso em 10/11/2007.

____ Medida Provisória no. 2.206-1 **de 6 de setembro de 2001** - D.O.U. **de 10/09/2001** Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde: "Bolsa-Alimentação" e dá outras providências. Disponível em <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/45/2001/2206-1.htm>>. Acesso em 10/11/2007

____ Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007. Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. Este texto não substitui o publicado no **D.O.U.** de 27.6.2007.

____ Decreto 5.749, de 11/04/2006: Altera o caput do art. 18 do Decreto nº 5.209, de 17/9/2004, dispondo sobre atualizações de valores referenciais para caracterização das situações de pobreza e extrema pobreza no âmbito do Programa Bolsa Família, previstos no art. 2º, §§ 2º e 3º, da Lei 10.836, de 9/1/2004. **D.O.U.** 12/04/2006:01.

____ Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. **D.O.U.** de 20/9/2004. Disponível em: <http://sisvan.datasus.gov.br/documentos_bfa/DecretoPBF.pdf>. Acesso em 10/11/2007.

____ Decreto nº 4.102, de 24 de janeiro de 2002. Regulamenta a Medida Provisória nº 18, de 28 de dezembro de 2001, relativamente ao "Auxílio-Gás". Este texto não substitui o publicado no **D.O.U.** 25.1.2002. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/2002/D4102.htm>>. Acesso em 10/12/2007.

____ Decreto nº. 3.877, de 24 de julho de 2001. Institui o Cadastramento Único para Programas Sociais do GovernoF. **D.O.U.** de 25/07/2001:68

____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria GM/MDS nº 555, de 11 de novembro de 2005, estabelece normas e procedimentos para a gestão de benefícios do Programa Bolsa Família, criado pela Lei 10.836, de 9 de janeiro de 2004. **D.O.U.** Edição Número 222 de 21/11/2005. Disponível em http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/menu_superior/legislacao_e_instrucoes/portarias-1. Acesso em 10/11/2007.

____. Portaria GM/MDS Nº 551, de 09 de novembro de 2005. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família. . **D.O.U.** nº 217, de 11 de novembro de 2005.

____. Portaria GM/MDS nº 737, de 15 de dezembro de 2004. Regulamenta o Benefício Variável de Caráter Extraordinário do Programa Bolsa Família. D.O.U. nº 241 de 16/12/2004.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Administração pública gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado. Brasília: ENAP. 1996. (Texto para Discussão ENAP nº 9).

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

BULMER, M.; REES, Anthony M. Citizenship today: the contemporary relevance of T.H.Marshall. In: MENDES, V. L. P. S. **Inovação Gerencial na administração Pública**: um estudo na esfera Municipal no Brasil-Salvador. 2000. 330 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2000.

COELHO, Vera Schattan P. **Participação e deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Ed.34, 2004. 368p.

CULPIT, I. **Welfare and citizenship**: beyond the crisis of the Welfare State? London: SAGE, 1992.

DEMO, P. Cidadania menor: algumas indicações quantitativas de nossa pobreza política. Petrópolis: Vozes, 1992. In: MENDES, V. L. P. S. **Inovação gerencial na administração pública**: um estudo na esfera municipal no Brasil-Salvador. 2000. 330 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2000.

DINIZ, Eli. **Crise, reforma do Estado e governabilidade**: Brasil, 1985-95. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997. p. 175-202.

DITTGEN, H. World without borders? Reflections on the future of the Nation-state. *Government and Opposition*, v.34, n.2, p. 161-179, Spring, 1999. In: MENDES, V. L. P. S. **Inovação gerencial na administração pública**: um estudo na esfera municipal no Brasil-Salvador. 2000. 330 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2000.

DYE, T. R. **Understanding public policy**. 8. ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1995. Cap. 1-2, p. 1-46.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. After the golden age? Welfare State dilemmas in a global economy. In: _____. (Ed.). *Welfare States in transition*. London: SAGE, 1996. p. 1-31.

FARIA, C. A.P. Idéias, conhecimento e políticas públicas? Um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **RBCS**, v. 18, n. 51, fev. 2003.

GIBBARD, A. The prospective pareto principle and equity of access to health care. **Milbank Mem. Fd Quart**, 60: 399-428, 1982.

GREEN, David G. Reinventing civil society: the rediscovery of welfare without politics. London: IEA, 1993. In: MENDES, V. L. P. S. **Inovação gerencial na administração pública**: um estudo na esfera municipal no Brasil-Salvador. 2000. 330 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2000.

GIDDENS; Anthony, T. H. Marshall. The state and democracy. In: BULMER, Martin; REES, Anthony M. (Ed.). **Citizenship today: the contemporary relevance of T. H. Marshall**. London: University College Press, 1996. p. 65-80.

GYFORD, J. Models of change. 1991. In: MENDES, V. L. P. S. **Inovação gerencial na administração pública: um estudo na esfera municipal no Brasil-Salvador**. 2000. 330 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2000.

HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HMSO. Her Majesty's Stationery Office. Encouraging citizenship: **report of the Commission on Citizenship**. London, 1990. 105p.

HUBER, E. Options for social policy in Latin America: neoliberal versus social democratic models. In: MENDES, V. L. P. S. **Inovação gerencial na administração pública: um estudo na esfera municipal no Brasil-Salvador**. 2000. 330 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2000.

HUNTER, David J.; HARRISON, Stephen. Democracy, accountability and consumerism. In: MUNRO, James; ILIFFE, Steve (Ed.). *Health choices: future options for the NHS*. London: Lawrence & Wishart, 1997.

KAYANO, J.; CALDAS, E. de L. **Indicadores para o diálogo**. Texto de apoio a oficina 2. GT Indicadores Plataforma Contrapartes Novib. São Paulo, 03 a 05 de junho de 2002. Série Indicadores, Nº 8, Out. 2002.

LE GRAND, Julian; BARTLETT, Will (Ed.). *Quasi-markets and social policy*. London: Macmillan Press, 1993. 241 p.

MARSHALL, T. H. Citizenship and social class. London: Pluto Press, 1950. Part I. In: MENDES, V. L. P. S. **Inovação gerencial na administração pública: um estudo na esfera municipal no Brasil-Salvador**. 2000. 330 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2000.

MATUS C. **Política, planificación y gobierno**. Caracas. 1987. (Minuta, documento inédito).

MENDES, V. L. P. S. **Inovação gerencial em serviços públicos de saúde e cidadania**. Brasília: Editora MS, 2002.

MENDES, V. L. P. S. Inovação gerencial na administração pública: um estudo na esfera municipal no Brasil-Salvador. 2000. 330 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2000.

MILANI, Carlos R. S. **O princípio participativo na formulação de políticas públicas locais: análise comparativa de experiências européias e latino-americanas.** In: *ANPOCS*, CD-Rom do XXIX Encontro da ANPOCS, Caxambu, 2005.

MILANI, Carlos R. S. Participação social e ação pública local na Bahia. In: Leonardo Avritzer. (Org.). *A participação social no Nordeste*. 1º ed. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2007, v. 1, p. 215-235.

MURARO, T.; BALMA, R. et al. **Sanità e risorse: um sistema di indicatori.** Franco Angeli, 1988.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde.. Celebrando 100 anos de saúde. **A Nova Geração das Reformas nas Américas.** Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde OPAS/OMS, 2001.

_____. **Programación de la salud: problemas conceptuales y metodológicos.** Washington, D.C.: OPAS, 1965.

_____. **Salud para todos en el año 2000; estrategias.** Washington: D.C., 1980.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. Reinventando o governo. Brasília: ENAP, 1994. In: MENDES, V. L. P. S. **Inovação gerencial na administração pública: um estudo na esfera municipal no Brasil-Salvador.** 2000. 330 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2000.

PARKER, J. *Citizenship, work and welfare: searching for the good society.* London: Macmillan Press, 1998. 211p.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation: the new Century Text.** London: Sage Publications, 1996.

PERRI & KENDALL, J. The contract culture in public services: studies from Britain, Europe and USA. Great Britain: Hartolls, 1997. In: MENDES, V. L. P. S. **Inovação gerencial na administração pública: um estudo na esfera municipal no Brasil-Salvador.** 2000. 330 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2000.

PETERSEN, A; LUPTON, D. **The new Public Health: health and self in the age of risk.** London: SAGE, 1996. 208p.

PINKER, R. The right to Welfare and other essays. London: Heinemann Educational Books, 1981. 184 p. In: 1997. In: MENDES, V. L. P. S. **Inovação gerencial na administração pública: um estudo na esfera municipal no Brasil-Salvador.** 2000. 330 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2000.

PORTER, D. **Health, Civilization and State**: a history of public health from ancient to modern times. London and New York: Routledge, 1999.

PUTNAM, R.; D. **Comunidade e democracia**: a experiência da Itália moderna. Cidade: FGV. 1996. 256p.

REIS, E. P. Banfield's amoral familism revisited: Implications of High Inequality Structures for Civil Society. In: ALEXANDER C. Jeffrey. (Ed.). **Real Civil societies**: dilemmas of institutionalization. London: SAGE, 1998. p. 21-39.

_____. On citizenship. Paper presented, 1997. In: MENDES, V. L. P. S. **Inovação gerencial na administração pública: um estudo na esfera municipal no Brasil-Salvador**. 2000. 330 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2000.

_____. Governabilidade e solidariedade. In: VALLADARES, Lícia; COELHO, Magda Prates (Org.) **Governabilidade e pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995. p.49-63.

REIS, F. W. Cidadania, mercado e sociedade civil (1994). In: MENDES, V. L. P. S. **Inovação gerencial na administração pública: um estudo na esfera municipal no Brasil-Salvador**. 2000. 330 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2000.

SALM, C. Considerações finais. IN: FERRETI, C. J. et al. (Org.). **Novas tecnologias, trabalho e educação**: um debate multidisciplinar. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1996. Cap. 4, p. 213-217.

SAVIANI, Dermeval. Educação, cidadania e transição democrática. In: COUVRE, Maria de Lourdes. (Org.). **A cidadania que não temos**. São Paulo: Brasiliense, 1986. p. 73-83.

SKOCPOL, T. Bringing the state back in: strategies of analysis in current research. In: EVANS, P. et al. **Bringing the state back in**. New York: Cambridge University Press, 1985. p. 3-37.

SKOCPOL, T. et al. **Castin wide nets**: extensive voluntary associations in the US. Federal democracy. In: CONFERÊNCIA “CIVIC ENGAGEMENT IN AMERICAN DEMOCRACY”. Portland, Maine, setembro, 1997. Mimeo.

SOUZA, C. Políticas públicas: conceitos, tipologias e sub-áreas. In: _____. **Workshop sobre políticas públicas e avaliação**. Salvador: Fundação Luis Eduardo Magalhães, 2002.

TEIXEIRA, S. M. F. Cidadania, direitos sociais e Estado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, 1987, Brasília. **Anais...**Brasília, 1987. p. 91-112.

TENDLER, J. **Good government in the tropics**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1997.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. Gestão social: uma perspectiva conceitual. *RAP*, v. 32, n. 5, p. 9-23, set./out. 1998. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Inovação gerencial em serviços públicos de saúde e cidadania** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde; elaborado por Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 80 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

TURNER, B.S. (Ed.). *Citizenship and social theory*. London: SAGE, 1993. In: MENDES, V. L. P. S. **Inovação gerencial na administração pública: um estudo na esfera municipal no Brasil-Salvador**. 2000. 330 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2000.

VIEIRA, L. *Cidadania e globalização*. Rio de Janeiro: Record, 1997.

WEBER, M. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. 3. ed. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1994.

APÊNDICE A - Questionário

Prezado Usuário:

Esta pesquisa está sendo realizada para identificar a influência da Participação cidadã dos beneficiários do Programa Bolsa Família na acessibilidade aos serviços básicos de Saúde. Não existe certo ou errado. Importa o que você pensa. Não é preciso a sua identificação, o que garante o anonimato das respostas.

MUNICÍPIO: _____ DATA ____/____/____

BAIRRO DO CENTRO DE SAÚDE: _____

A) CARACTERÍSTICAS DO ENTREVISTADO

1. Município/bairro de residência _____

2. Sexo: () M () F

3. Escolaridade () Analfabeto () 1º. Grau incompleto () 1º. Grau completo () 2º. Grau incompleto () 2º. Grau Completo () Universitário

4. Ocupação _____

5 Idade () 18-30 () 31 a 45 () 46- 60 () +61anos

6 Sr(a) ou alguém que more com você possui o Bolsa família? () Sim () Não

6.1 Caso sim, como soube do Bolsa família () Radio/TV () Vizinho/amigo () Escola () Família () Carro de som () outros _____

6.2. Quantas pessoas moram na sua casa? _____

B) DADOS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS NA GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

7 Você ou alguém de sua família participa de alguma Associação de Bairro / sindicato/ Conselho?

() Sim () Não

7.1 Em caso negativo, por quê? _____

8 Os problemas de saúde são discutidos pela comunidade? () Sim () Não

8.1 Caso sim, por quem? () Conselho Municipal de Saúde () Secretaria Municipal de Saúde

() ACS () Inst. religiosas () Associações *Especificar* _____

() Outros. *Especificar* _____

9 Você sabe da existência do Conselho Municipal de Saúde? () Sim () Não

9.1 Caso sim, você ou alguém da sua família participa ou já participou do Conselho Municipal/local de Saúde? () Sim () Não

10 A Secretaria Municipal de Saúde recebe as reclamações populares? () Sim () Não () Não sei

11 A Secretaria Municipal de Saúde encaminha as queixas dos usuários? () Sim () Não () Não sei

12 A Secretaria Municipal de Saúde tem alguma ação específica para prestação de serviços nos bairros mais carentes? () Sim () Não () Não sei

13 A Secretaria Municipal de Saúde estimula algum mecanismo de participação da sociedade civil na gestão dos serviços de saúde? () Sim () Não () Não sei

C) DADOS GERAIS

14 Você ou alguém da sua família já procurou algum representante (prefeito/secretário/vereador/deputado) para resolver algum problema causado pela ausência de posto de saúde? () Sim () Não () Não sei

14.1 Caso sim, qual o problema? _____

15 Na sua comunidade são discutidos problemas ligados à saúde?

() Sim () Não () Não sei

15.1 Caso sim, onde? _____

15.2 Como são encaminhados? _____

16 No seu entendimento, o uso gratuito dos serviços de saúde pela população é:

() Uma obrigação do governo () Um ato de solidariedade () Uma recompensa por ter sido eleito pelo povo

() Outro. Especificar _____

17 Quais os seus direitos políticos? _____

Obrigado por sua participação!

APÊNDICE B - Consentimento Informado

ESCOLA DE ENFERMAGEM UNIVEERSIDADE FEDERAL DABAHIA– EEUFBA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Projeto: Participação cidadã e acessibilidade dos usuários em situação de pobreza aos serviços básicos de saúde

Pesquisador: Jorgas Marques Rodrigues

Orientadora: Dr.(a). Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes

Eu, **Jorgas Marques Rodrigues**, estudante do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - EEUFBA, estou investigando a **Participação cidadã e acessibilidade dos usuários em situação de pobreza aos serviços básicos de saúde**, no Centro de Saúde Adroaldo Albergaria, no bairro de Periperi, localizado no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário da cidade de Salvador – Bahia. Ou seja, quero analisar como a participação cidadã pode interferir na acessibilidade dos usuários em situação de pobreza aos serviços básicos de saúde. Convido-o, portanto, a participar dessa pesquisa. Caso você aceite, irá participar de uma entrevista onde se poderá falar livremente sobre o tema da pesquisa.

Assumo o compromisso de que toda a informação que você irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório desta pesquisa ou em qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela. Quanto à publicação dos dados da pesquisa, estes serão apresentados de tal forma que você jamais será identificado. Devo lembrar que sua participação na pesquisa é inteiramente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você aceite o convite de participar da pesquisa, poderá desistir dessa a qualquer momento, como lhe é de direito.

Esta pesquisa solicita apenas a participação para uma entrevista, para se abordar os tópicos ou itens relacionados ao tema. Os benefícios deste estudo referem-se aos dados ou informações que certamente poderão ajudar na identificação de aspectos que interferem diretamente na Participação cidadã e acessibilidade dos usuários em situação de pobreza aos serviços básicos de saúde que, por conseguinte, poderão ser transformados em propostas e sugestões de melhorias a serem adaptadas na instituição, beneficiando o cotidiano e utilização de tais serviços.

Eu.....declaro estar ciente de entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa de autoria de Jorgas Marques Rodrigues, tendo como orientadora a Prof Dra Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes e aceito dela participar.

Salvador,.....dede 2007.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)