



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E GESTÃO
DE POLÍTICAS PÚBLICAS
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

REBECCA CORTES TEIXEIRA

AUDITORIA CÍVICA NA SAÚDE:
Problematizando o modelo de aprendizagem de uma
experiência pública

Brasília

2018

REBECCA CORTES TEIXEIRA

**AUDITORIA CÍVICA NA SAÚDE:
Problematizando o modelo de aprendizagem de uma experiência
pública**

Monografia apresentada ao Departamento de
Gestão de Políticas Públicas como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Gestão de Políticas Públicas.

**Orientadora: Prof^a. Dra. Rosana de Freitas
Boullosa**

Brasília

2018

TR289a Teixeira, Rebecca Cortes
AUDITORIA CÍVICA NA SAÚDE: Problematizando o modelo de
aprendizagem de uma experiência pública / Rebecca Cortes
Teixeira; orientador Rosana de Freitas Boullosa. --
Brasília, 2018.
176 p.

Monografia (Graduação - Gestão de Políticas Públicas) --
Universidade de Brasília, 2018.

1. Auditoria Cívica. 2. Problemas Públicos. 3.
Experiência Pública. 4. Aprendizagem . I. Boullosa, Rosana
de Freitas, orient. II. Título.

REBECCA CORTES TEIXEIRA

**AUDITORIA CÍVICA NA SAÚDE:
Problematizando o modelo de aprendizagem de uma experiência pública**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – UnB como requisito para obtenção do título de Bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

COMISSÃO JULGADORA:

**Doutora Rosana de Freitas Boullosa
Professora Orientadora**

**Doutora Suylan de Almeida Midlej e Silva
Professora-Examinadora**

**Mestra Janaina Lopes Pereira Peres
Professora-Examinadora**

Brasília, 29 de Junho de 2018

*Dedico este trabalho à minha mãe e ao meu filho,
minhas fontes diárias de força e inspiração.*

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Ilza Cortes Teixeira, pelo esforço na minha criação, por dedicar a mim uma vida de lutas e conquistas, por me amparar em todos os momentos com amor e carinho e por nunca desistir de mim, pois foi isto que tornou possível a minha chegada até aqui.

À minha família, por todo amor e apoio recebido durante toda a vida, especialmente à minha tia, Hildete Cortez Teixeira, pelo incentivo aos estudos, pelos conselhos e por ter despertado em mim a paixão que hoje nutro pelo campo das políticas públicas por meio da dedicação ao seu trabalho.

À minha orientadora, Rosana de Freitas Boullosa, pela colaboração e orientação para a realização deste trabalho, pela compreensão com minha trajetória, por redirecionar minha caminhada na vida acadêmica e sempre me incentivar a seguir aprendendo.

A todos os professores que tive o prazer de encontrar na minha jornada de estudos, em especial à professora Suylan de Almeida Midlej e Silva, por quem tenho um enorme carinho devido ao apoio recebido nos momentos difíceis e ao incentivo constante para que eu continuasse minha trajetória na vida acadêmica.

Aos meus amigos, pela torcida e incentivo para que eu concluísse essa fase.

RESUMO

Este trabalho tem como objeto um projeto denominado Auditoria Cívica na Saúde, o qual tem o objetivo de sensibilizar e capacitar cidadãos para fiscalizar Unidades Básicas de Saúde. Trata-se de problematizar a trajetória do projeto para, a partir disto, problematizar o modelo de aprendizagem subjacente a ele. Para tanto, o projeto foi problematizado como uma experiência pública. A problematização teve como premissa as abordagens teóricas que passam pelo conceito de políticas públicas até as abordagens teóricas de John Dewey e de Rosana de Freitas Boullosa sobre problemas públicos. As demais problematizações, dos conceitos de experiência e aprendizagem, as quais seguindo, respectivamente, as fundamentações teóricas de John Dewey – para ambas, de Paula Chies Schommer em conjunto com Rosana de Freitas Boullosa e de James G. March. Por fim, faz-se considerações sobre o modelo incremental de Charles E. Lindblom. Como pesquisa, este trabalho se alinha na perspectiva pós-positivista apresentada nos trabalhos de Frank Fischer, adotando um esquema multimetodológico. O uso destas literaturas e abordagens se deu no campo empírico da Auditoria Cívica na Saúde, acessado por meio da experiência pessoal da pesquisadora e de pesquisa de campo posterior. A pesquisa objetivou iniciar uma discussão sobre aprendizagem quase não abordada no campo da gestão de políticas públicas. Como conclusão, percebeu-se que o modelo de aprendizagem subjacente à esta experiência segue um incrementalismo pouco organizado que se deu em meio a um conjunto de motivações que se afastam dos objetivos propostos pelo projeto estudado.

Palavras-chave: Auditoria Cívica. Problemas Públicos. Experiência pública. Aprendizagem.

ABSTRACT

This paper has as its object a project called Civil Audit in Health, which has the goal of sensitizing and qualifying citizens to supervise Basic Health Units. It is concerned of problematizing the project trajectory in order to, from this, problematize the learning model underlying it. To do so, the project was problematized as a public experience. The questioning was done by taking as a premise the theoretical approaches that go through the concept of public policies until the theoretical approaches of John Dewey and Rosana de Freitas Boullosa on public problems. Problems of the concepts of experience and learning are still made, which follow, respectively, the theoretical foundations of John Dewey - for both, Paula Chies Schommer, Rosana de Freitas Boullosa and James G. March. Finally, we consider the incremental model in Charles E. Lindblom's approach. As a research, this paper is aligned to the post-pragmatic perspective presented in the papers of Frank Fischer, adopting a multi-methodological design in the approach. The use of these literatures and approaches occurred in the empirical field of Civil Audit in Health, accessed through the researcher's personal experience and further field research. The research aimed to initiate a discussion about learning something that is almost never addressed in the field of public policy management. As a conclusion, it was perceived that the learning model underlying this experience follows an unorganized incrementalism that occurred in the middle of a set of motivations that move away from the goals proposed by the project studied.

Keywords: Civic Audit. Public Problems. Public Experience. Learning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Procedimentos utilizados	38
Quadro 2 - Ações e Identificadores	40
Quadro 3 - Documentos disponíveis das ações	42
Quadro 4 - Cronologia das ações mapeadas	43
Quadro 5 - Resultados do mapeamento dos instrumentos	45
Quadro 6 - Classificação do instrumento utilizado em Marília-SP	47
Quadro 7 - Classificação do instrumento utilizado em Águas Lindas-GO	49
Quadro 8 - Classificação do instrumento utilizado em Bauru-SP	50
Quadro 9 - Classificação do instrumento utilizado em Antonina do Norte-CE, Ibiapina-CE, Crateús-CE e Ocara-CE	51
Quadro 10 - Classificação dos instrumentos utilizados em Planaltina-GO	52
Quadro 11 - Classificação dos instrumentos utilizados em Fortaleza-CE	53
Quadro 12 - Ações executadas em municípios em que não havia PSF	58
Quadro 13 - Quantitativo de demandas sem classificação por prazos	60
Quadro 14 - Classificação adotada em cada relatório	62
Quadro 15 - Quantitativo de demandas por prazos	63
Gráfico 1 - Ações que possuem retorno e seus respectivos percentuais de resolutividade	58
Gráfico 2 - Quantitativo do total de achados classificados	66
Gráfico 3 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Águas Lindas-GO (01_GO)	68
Gráfico 4 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Imperatriz-MA (01_MA)	69
Gráfico 5 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Bauru-SP (02_SP)	70
Gráfico 6 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Januária-MG (01_MG)	71
Gráfico 7 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Diamantina-MG (02_MG)	72

Gráfico 8 - Quantitativo de achados classificados do relatório de São João del Rei-MG (03_MG)	72
Gráfico 9 – Quantitati-vo de achados classificados do relatório de Antonina do Norte-CE (01_CE)	73
Gráfico 10 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Ibiapina-CE (02_CE)	74
Gráfico 11 - Quantitativo achados classificados do relatório de Crateús-CE (03_CE)	75
Gráfico 12 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Ocara-CE (04_CE)	75
Gráfico 13 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Planaltina-GO (02_GO)	76
Gráfico 14 - Quantitativos achados classificados do relatório de Águas da Prata-SP (04_SP)	77
Gráfico 15 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Analândia-SP (05_SP)	77
Gráfico 16 - Quantitativo de achados classificados do relatório de São João da Boa Vista-SP (06_SP)	78
Gráfico 17 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Santa Branca-SP (07_SP)	79
Gráfico 18 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Nerópolis-GO (03_GO)	79
Gráfico 19 - Quantitativo de achados classificados do relatório de São José dos Pinhais-PR (01_PR)	80
Gráfico 20 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Novo Gama-GO (04_GO)	80
Gráfico 21 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Planaltina-GO (05_GO)	81
Gráfico 22 – Quantitativo de achados classificados do relatório de Águas Lindas-GO (06_GO)	82
Gráfico 23 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Viçosa do Ceará-CE (06_CE)	83
Gráfico 24 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Guaraciaba do Norte-CE (08_CE)	83

Gráfico 25 - Quantitativo de achados classificados do relatório de São Benedito-CE (09_CE).....	84
Gráfico 26 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Fortaleza-CE (10_CE).....	85
Gráfico 27 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Irati-PR (02_PR)	86
Gráfico 28 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Planaltina-GO (07_GO)	86
Gráfico 29 - Percentual de itens do instrumento de Marília-SP por tema.....	88
Gráfico 30 - Percentual de itens do instrumento de Águas Lindas-GO por tema	89
Gráfico 31 - Percentual de itens do instrumento de Bauru-SP por tema.....	90
Gráfico 32 - Percentual de itens do instrumento de Antonina do Norte-CE, Ibiapina-CE, Crateús-CE e Ocara_CE por tema.....	91
Gráfico 33 - Percentual de itens do instrumento de Planaltina-GO por tema.....	91
Gráfico 34 - Percentual de itens do instrumento de Fortaleza-CE por tema	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados mapeados.....	55
-------------------------------------	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: APRESENTANDO A PERGUNTA ARGUMENTADA DE PESQUISA.....	13
2 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS.....	18
3 FUNDAMENTOS DA PROBLEMATIZAÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DA PERGUNTA E PARA O DESENVOLVIMENTO DESTE TRABALHO	18
3.1 SOBRE O REFERENCIAL TEÓRICO EM UTILIZAÇÃO.....	18
3.1.1 De políticas públicas à experiência pública	18
3.1.2 Experiência e aprendizagem	22
3.1.3 Incrementalismo	29
3.2 SOBRE O IFC E A AUDITORIA CÍVICA NA SAÚDE	33
4 ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	36
4.1 SOBRE O MÉTODO QUE FOI UTILIZADO	37
4.1.1 Entrevista semiestruturada	39
4.1.2 Observação participante	39
4.1.3 Análise de conteúdo	40
5 DA DOCUMENTAÇÃO DISPONÍVEL PARA ANÁLISE	40
6 RESULTADOS DO MAPEAMENTO E CLASSIFICAÇÃO	43
6.1 MAPEAMENTO DAS AÇÕES DA AUDITORIA COM ENVOLVIMENTO DIRETO DO IFC.....	43
6.2 MAPEAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS NAS AÇÕES.....	45
6.2.1 Classificação dos instrumentos	46
6.3 MAPEAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DAS AÇÕES.....	55
6.3.1 Mapeamento dos resultados das ações da auditoria cívica.....	55
6.3.2 Classificação dos resultados	60
6.3.3 Classificação por prazos.....	62
6.3.4 Classificação por critérios	65
7 ANÁLISE DOS RESULTADOS	88
7.1 SOBRE A DIMENSÃO DE FISCALIZAÇÃO E AS MUDANÇAS REALIZADAS NOS INSTRUMENTOS.....	88
7.2 Sobre a dimensão da capacitação e os demais problemas da auditoria	97
7.3 O modelo de aprendizagem subjacente à esta experiência pública	101
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
9 REFERÊNCIAS	108

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	112
10 ANEXOS.....	127

1 INTRODUÇÃO: APRESENTANDO A PERGUNTA ARGUMENTADA DE PESQUISA

O estudo das políticas públicas tem se tornado cada vez mais plural, alinhando-se a diferentes matrizes de compreensão da ação coordenada de uma parte da sociedade que assume o complexo papel de coordenar, ou ao menos, tentar coordenar o conjunto social que a conforma. Estudar tais relações é objeto de diferentes disciplinas, desde a mais clássica delas que é a filosofia política. Já o estudo a partir da objetivação da *policy*, em detrimento da *politic*, é muito mais recente e se remete aos estudos pioneiros de Harold Lasswell no começo dos anos cinquenta. Este começo assumiu um viés voluntariamente positivista, chegando a assumir, inclusive, uma possível herança ou filiação pragmática - de fato, em 1971 Lasswell (1956) explica ter se sentido influenciado por John Dewey, particularmente no que concerne o seu modelo “*problem solving*”. (LASSWELL, 1956 apud BOULLOSA, 2013).

Estes primeiros estudos, contudo, rapidamente passaram a ser criticados e novas escolas foram criadas. Em grande medida, pode-se perceber um certo desenvolvimento de tais estudos a partir da confluência entre momentos históricos e orientação conceitual. Do primeiro momento histórico tem-se a compreensão de que políticas públicas era exclusivamente o que o governo fazia; do segundo, a contestação de que políticas públicas era somente o que o governo fazia, pois compreendia-se uma primeira pluralidade de atores que conformariam redes em torno da forte centralidade dos governos, representada pelos trabalhos de Lindblom e Simon; do terceiro, que assume com maior ênfase a ação concertada, a substituição do conceito de políticas públicas pelo de ação pública, representado pelos trabalhos de Lascoumes e Le Galès (2012) e outros autores. Em todas essas fases, no entanto, malgrado a diversidade encontrada, parece que uma característica continua a unir tais movimentos: a compreensão da centralidade do Estado ou da concertação do Estado, a partir de uma visão que pode-se chamar estadocêntrica.

Esta compreensão histórico-conceitual foi o primeiro passo para o desenvolvimento de uma nova abordagem que propõe uma visão “ao contrário”, ou seja, uma visão sociocêntrica do processo de construção das políticas públicas. Trata-se de uma abordagem “mirada ao revés” (BOULLOSA, 2013), que propõe o conceito de experiência pública para tratar o conjunto multiatorial que se ativa no contexto de

governo coletivo dos problemas considerados como de pública relevância, bem como no contexto de governo dos bens considerados como de pública relevância.

Boullosa (2017) discorre que a importância da experiência é apontada por Dewey ao longo de seus trabalhos e já é enfatizada no conceito do próprio pragmatismo enquanto método científico ou movimento filosófico, visto que defendia que a verdade só seria revelada em um contexto de experiência coletiva. Já o tratamento dado por ele aos problemas públicos ocorre no contexto de sua natureza relacionada às consequências dos fatos, o que definiria a importância de um problema para ser tratado como de pública relevância.

Este trabalho alinha-se a estes esforços teórico-conceituais e, assumindo o conceito de experiência pública, volta-se ao Estudo de um instrumento que se intitula “Auditoria Cívica na Saúde”.

A Auditoria Cívica na saúde é um instrumento ativado pelo Instituto de Fiscalização e controle (IFC) que objetiva capacitar cidadãos para fiscalizar as unidades básicas de saúde (UBS) da Estratégia de Saúde da Família (ESF). (INSTITUTO DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE, 2015). Este instrumento tem interface com um outro instrumento - a Estratégia de Saúde da Família - ativado pelo Governo Federal, embora operado por governos estaduais e municipais. Há, portanto, duas direções que precisam ser compreendidas: a primeira, de fiscalização, e a segunda, de capacitação; visto que, em teoria, o projeto deveria capacitar cidadãos para que eles dessem prosseguimento à fiscalização.

Sendo assim, para a desejada discussão conceitual do projeto em questão com o escopo deste trabalho, deve-se ressaltar que aqui, ele passa a ser considerado, por sua extensão e características, como uma experiência pública. Em outras palavras, significa que este projeto deveria, em tese, carregar consigo a dimensão processual, bem como a dimensão da experiência. Tal experiência seria pública, na medida em que, segundo Boullosa (2014), a qualidade de “pública” de uma política não se determina pelo ator responsável por seu desenho ou implementação, mas sim pelo problema que a derivou. Com isto, evidencia-se a dimensão de multiatorialidade do mesmo, pois neste mesmo fluxo de políticas públicas, há muitos atores que se engajam em regimes de ação voltados para o governo deste mesmo problema de pública relevância: a melhoria da qualidade geral da atenção primária à saúde pública (atenção básica), e, com isso, a melhoria da qualidade geral do Sistema Único de Saúde (SUS). Em outras palavras, a auditoria cívica na saúde não atua sozinha, e

desse modo, parte-se do pressuposto que o problema do qual deriva a necessidade de mobilização social para a fiscalização de unidades básicas de saúde é público, que é a situação da saúde básica no plano local. Assim, considera-se a auditoria cívica na saúde como uma experiência pública, claro, não governamental, em desenvolvimento.

A discussão presente nessa nova abordagem permite olharmos para a arena pública e seus atores com um outro olhar, permitindo que a discussão flua com mais naturalidade para a assunção do conceito de aprendizagem, que aqui, se torna uma questão central para o tratamento do objeto deste trabalho. A leitura deweyana também permite acessarmos a importância da aprendizagem enquanto aperfeiçoamento de capacidades originais e não apenas enquanto obtenção de capacidades e habilidades extras. (DEWEY, 1927 apud HICKMAN; ALEXANDER, 1998).

As questões que envolvem aprendizagem são de suma importância se entendemos que o projeto em questão foi remodelado devido a dificuldades encontradas durante sua implementação, levando seus responsáveis a alterá-lo a ponto de abandonar sua proposta inicial na relação entre as suas principais dimensões: fiscalização e capacitação.

A direção da fiscalização se daria de forma a auditar as UBS para a melhoria do serviço prestado na atenção básica à saúde do município visitado, envolvendo a fiscalização de dimensões que relacionam a estrutura física das unidades, insumos, equipamentos, medicamentos, equipes profissionais e o atendimento.

Já a direção da capacitação se daria na intenção do projeto de capacitar os cidadãos locais para serem protagonistas em sua relação com o serviço público, de modo que a continuidade da auditoria se desse no plano local sem necessidade de intervenção direta da sede da ONG – localizada em Brasília, no Distrito Federal.

No entanto, para além da discussão destas duas direções/dimensões, como dito, é fato que sua implementação vem se dando de modo problemático, visto que questões relacionadas à sua natureza não foram devidamente problematizadas. Em primeiro plano, tem-se a complexidade de duas naturezas: a primeira, atorial, implica que a implementação do projeto envolve, pelo menos, seis tipos de atores: membros do IFC, parceiros locais (entidades e facilitadores), auditores cívicos locais, funcionários das UBS, usuários – estes apenas entrevistados durante as ações - e, em muitos casos, membros do Ministério Público local; a segunda, relacionada às diferenças regionais, implica dificuldades diversas relacionadas a problemas

específicos de cada região. Além disso, não foram problematizadas questões relacionadas à incerteza, como a qualidade da adesão ao projeto localmente em termos da qualidade do trabalho pré-auditoria realizado pelos parceiros locais, bem como da qualidade dos auditores participantes, visto que esta questão depende não somente do comprometimento dos auditores cívicos com o projeto, como também da qualidade da capacitação oferecida a eles.

Como resultante, o projeto foi se modificando, e devido à dificuldade de atuação das organizações solicitantes da auditoria nos municípios e devido ao porte da ONG responsável pelo projeto, o acúmulo de trabalho trouxe diversos problemas à sua operacionalização, de modo que várias discontinuidades passaram a ocorrer nas implementações feitas nos municípios, e assim, várias alterações ocorreram no modelo da auditoria ao longo do tempo, até culminar no modelo *beta* atual, que consiste em um aplicativo para celular com interface *online*, alimentado com os dados de auditorias já realizadas a fim de que se faça a verificação dos itens dos *checklists* nas UBS auditadas, o que pode ser feito por qualquer cidadão que o obtenha gratuitamente.

Partindo disto, já tendo apontado o problema da discontinuidade identificado na auditoria cívica e as alterações realizadas no projeto a partir dessas discontinuidades, o escopo deste trabalho tem como intenção entender por que os atores envolvidos com o projeto lidaram com suas discontinuidades dessa maneira, a ponto de chegar ao abandono do modelo inicial de sensibilização e capacitação de cidadãos. Para isso, pretende-se emprestar das teorias organizacionais o conceito de aprendizagem, para responder adequadamente à pergunta de pesquisa que norteará este trabalho, a saber: qual o modelo de aprendizagem subjacente à essa experiência pública?

Para a realização desta discussão, sabe-se que não há muita literatura, motivo pelo qual assumiu-se um desafio do ponto de vista conceitual, bem como olhar com os óculos da experiência pública para um objeto que poderia ser visto, inclusive, como parte de um sistema de captação e cooptação do Estado, se visto com o olhar de uma literatura marxista. A lacuna existente no campo evidenciada pela pouca literatura passa a ser, além de um desafio, uma motivação e justificativa para a realização deste trabalho.

Ainda é importante enfatizar que o conhecimento relativo ao projeto se dá por uma experiência pessoal de trabalho com o mesmo. O contato prévio com a

organização e com o projeto ocorreu por meio de trabalho voluntário realizado em setembro e outubro de 2015 e estágio realizado na ONG no período de maio a outubro de 2016.

Além de tudo o que foi exposto, considera-se aqui a estrutura que compõe este trabalho. Este trabalho está dividido em 07 partes. Na primeira parte, apresenta-se brevemente os objetivos desta pesquisa.

Na segunda parte, tem-se a fundamentação teórica utilizada nas problematizações realizadas e para o desenvolvimento do trabalho. A fundamentação ainda contém 04 subdivisões, a primeira trazendo considerações teóricas sobre o caminho do conceito de políticas públicas até chegar-se ao conceito de experiência pública, a segunda traz o referencial sobre experiência e aprendizagem tendo como premissa os trabalhos de John Dewey, Rosana de Freitas Boullosa, Paula Chies Schommer e James G. March, a terceira traz o trabalho de Charles E. Lindblom sobre o incrementalismo, e por fim, a quarta consiste na apresentação do projeto objeto de estudo deste trabalho.

Na terceira parte faz-se considerações sobre natureza da pesquisa da qual este trabalho é fruto, sobre o posicionamento da pesquisadora diante do objeto e sobre o método utilizado para abordá-lo. A quarta parte, a qual, de certo modo, tem relação com a terceira, traz considerações sobre a documentação aqui analisada, ponto importante para entender o percurso percorrido e os resultados obtidos.

A quinta parte traz os resultados deste trabalho. Esta parte subdivide-se em duas partes principais, a primeira traz os resultados do mapeamento e classificação dos resultados das ações do projeto analisado e a segunda traz os resultados do mapeamento e classificação dos instrumentos utilizados nas ações do projeto.

A sexta parte também traz resultados obtidos por meio desta pesquisa, no entanto, são resultados referentes às análises dos resultados apresentados na seção anterior. Os resultados apresentados nesta seção dão a dimensão do modelo de aprendizagem subjacente e se dedicam a responder a pergunta de pesquisa aqui enunciada.

A sétima parte traz as considerações finais feitas sobre este trabalho e o desenvolvimento desta pesquisa, expondo os limites de realização da mesma e dando um panorama crítico destes limites enquanto desafios enfrentados pela pesquisadora.

2 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

O objetivo geral deste trabalho é problematizar o modelo de aprendizagem do instrumento Auditoria Cívica na Saúde:

Os objetivos específicos foram definidos como passos de pesquisa. São eles:

1. Problematizar o conceito de experiência pública;
2. Problematizar o conceito de aprendizagem e criar uma matriz de análise;
3. Modelizar o instrumento Auditoria Cívica na Saúde a partir de suas macro-linhas, buscando identificar as principais mudanças, classificando tais mudanças;
4. Compreender os resultados alcançados pelo projeto (em termos de % de resolutividade dos municípios) em função das mudanças.
5. Modelizar o processo de aprendizagem subjacente.

3 FUNDAMENTOS DA PROBLEMATIZAÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DA PERGUNTA E PARA O DESENVOLVIMENTO DESTES TRABALHOS

O objeto aqui abordado é um projeto que tem como objetivo a capacitação de cidadãos para a fiscalização de unidades básicas de saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O olhar que será lançado sobre ele trata de problematizá-lo como uma experiência pública, que será compreendida utilizando-se a abordagem da aprendizagem.

3.1 SOBRE O REFERENCIAL TEÓRICO EM UTILIZAÇÃO

3.1.1 De políticas públicas à experiência pública

O termo “políticas públicas” é amplamente utilizado em diversas áreas do conhecimento, de modo que é possível encontrar diferentes definições para ele. Souza (2006) aponta uma diversidade de definições e explica que isso se deve à multidisciplinariedade do tema. Cabe, primeiramente, olhar para as definições clássicas do termo.

Souza (2006) traz essas definições clássicas passando por Mead (1995), “um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas”, Dye (1984) “o que o governo escolhe ou não fazer”, até Lasswell (1956)

“decisões e análises sobre política pública implicam em responder às questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz” (MEAD, 1995; DYE, 1984; LASSWELL, 1956 apud SOUZA, 2006, p. 24). Ela mesma traz um resumo que se pode entender como a sua definição de políticas públicas, “o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o ‘governo em ação’ e /ou analisar essa ação, e quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações”. (SOUZA, 2006, p. 26).

No mesmo caminho que diversos autores da ciência política, Rua (2014) conceitua as políticas públicas (*policies*) como *outputs* resultantes da atividade política (*politics*), constituindo-se no conjunto das decisões e ações relacionadas à alocação de recursos.

O que todas as definições apresentadas têm em comum é a sua perspectiva centrada no governo como produtor de políticas públicas, assumindo o que é comum na literatura clássica, uma visão estadocêntrica. Boullosa (2014) explica que conceitos como esses têm sua origem no campo de estudo das políticas públicas, que, nos Estados Unidos, tomou a forma de estudos normativo-prescritivos e emergiram como a escola de “Análise Racional de Políticas Públicas”, a ARPP. Nessa perspectiva, as políticas públicas são vistas como “a ação racional e sistematizada do governo em todos os níveis de poder executivo”. (BOULLOSA, 2014, p. 144).

Outras perspectivas foram desenvolvidas como críticas a essa visão das políticas públicas, Souza (2006) aponta que Lindblom (1959; 1979) questionou o excesso de racionalismo de Laswell e Simon considerou novas questões relacionadas à formulação e análise de políticas públicas, como as relações de poder e o encadeamento das fases do processo decisório. Boullosa (2014) também aponta o surgimento dessas críticas a partir dos trabalhos de Lindblom e Simon com os respectivos modelos de racionalidade incremental e racionalidade limitada.

Dentre as críticas à perspectiva apresentada, Boullosa (2014) discorre sobre a que considera a mais profícua, a perspectiva da escola *policy inquiry* – ou indagação pública. Segundo Boullosa (2014), a escola *policy inquiry* “se distingue por compreender que a qualidade de pública da política é um atributo do problema que a derivou e não do ator que a desenhou ou implementou”. (BOULLOSA, 2014, p. 146). Esta perspectiva se destaca das demais por se afastar do caráter estadocêntrico delas e defender uma perspectiva sociocêntrica para políticas públicas, de maneira que reconhece as políticas públicas como uma “resposta multiatorial” e defende que

“políticas públicas é um construto analítico definido pelo olhar do observador”. (BOULLOSA, 2014, p. 146).

Partindo disto, assume-se que os governos não os únicos responsáveis pela produção e implementação de políticas públicas e que sua ação não recobre o caráter de “público”, visto que políticas públicas estão envoltas numa rede de atores que vai muito além dos níveis executivos de governo.

A assunção de outros atores na concertação de processos de políticas públicas trouxe consigo novas definições que incluíram esses atores. Nesse sentido, cabe compreender o termo “ação pública” trazido por Lascoumes e Le Galès (2012) ao falarem da instrumentação da ação pública. Os autores consideram a ação pública como “[...] um espaço sociopolítico construído tanto por técnicas e instrumentos quanto por finalidades, conteúdos e projetos de ator”. (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012, p. 21). Essa concepção ultrapassa a ideia de que a ação pública é unicamente derivada do Estado e de atores governamentais, definindo a ação pública de maneira mais ampla e permitindo que se associe a ela elementos do campo político, social, assim como as técnicas e instrumentos relativos à instrumentação da ação pública.

Partindo para um *locus* ainda mais abrangente no que concerne ao reconhecimento de outros atores nos processos de políticas públicas, tem-se a contribuição de Daniel Cefaï (2009) ao discorrer sobre a contribuição do pragmatismo para a sociologia da ação coletiva. Para este autor, o conceito de experiência para tratar as dimensões da ação coletiva, é de extrema importância. Ele traz o conceito de experiência segundo Dewey, como “uma transação entre organismos e esses organismos e seu meio, que tem valor de uma operação de prova: ela transforma simultaneamente a situação que é submetida a comprovação e os sujeitos a ela submetidos”. (DEWEY, 1927 apud CEFAÏ, 2009, p. 26). O conceito abre espaço para a problematizar o que Cefaï chama de “devir coletivo e público de um fluxo de experiência”. (CEFAÏ, 2009, p. 26).

Essa dimensão apontada por Cefaï (2009) na discussão sobre a ação coletiva é justamente a porta de entrada da discussão de Dewey para o tratamento dos problemas públicos e o caminho para se chegar à dimensão “pública” da experiência que se pretende aqui. A experiência, segundo Dewey, enquanto uma transação, é o meio pelo qual ocorre o que ele denomina “publicização”.

Boullosa (2017) explica e refaz o caminho de Dewey em “*The public and its Problems*” (1927) para lançar luz ao conceito de publicização. Ela explica que Dewey

considera os fatos como objetivos ou subjetivos, de acordo com a dimensão cognitiva de produção dos atos humanos. Os fatos objetivos seriam aqueles que são fatos independentes da produção humana, já os fatos subjetivos são portadores de interesses e valores, além de estarem relacionados à temporalidade e espacialidade, como os atos humanos são. Os atos humanos enquanto atos relacionais são então produtores de consequências e Boullosa (2017) explica que a produção de consequências é encarada como um fato objetivo, mesmo que as consequências em si sejam consideradas como fatos subjetivos. As consequências podem então afetar indivíduos diretamente implicados numa transação ou os que não estão diretamente implicados, e as ações para governar as consequências que implicam indiretamente os indivíduos é que dependem da articulação coletiva que passa pelo reconhecimento de um problema como público.

Destarte, cabe dizer que é nesse contexto de experiência imbuído da dimensão relacional produtora de consequências que ocorre a publicização, ou seja, o reconhecimento de um problema público e da constituição do público para este problema. (BOULLOSA, 2017). Aqui nesta discussão conceitual, assume-se então que problemas públicos são construídos coletivamente no contexto da experiência, também pública, que lhes atribui significado.

Partindo do entendimento do que se trata uma experiência pública, cabem considerações sobre o caráter de público atribuído ao objeto aqui tratado como experiência. Primeiramente, vale compreender que a Auditoria Cívica na Saúde se trata de uma ação que ocorre num fluxo atorial de um conjunto de atores muito maior, não orquestrado e não constante de outras ações que se ativam no mesmo propósito ou propósito parecido: melhorar a qualidade da prestação de serviços públicos de saúde no Brasil. Com isto, relativiza-se a sua trajetória de ação, levando em conta outras ações, de modo que não se dá “nenhum desconto” por qualquer tentativa de ineditismo.

Sua trajetória evidencia duas dimensões diretamente relacionadas ao caráter público aqui atribuído. A primeira, processual, é relativa ao modo como a auditoria se ativa desde suas fases preparatórias até a execução. O projeto passa pela demanda de um município interessado, pela resposta do IFC informando a necessidade de mobilização, pela mobilização dos cidadãos, pela capacitação desses cidadãos, pela execução da ação de auditoria nas UBS, pela redação dos relatórios e, por fim, pela entrega desses relatórios aos gestores locais e à comunidade local. A segunda

dimensão, multiatorial, é evidenciada já na dimensão processual, no entanto, dentro da dimensão multiatorial, ainda cabe enfatizar que estão implicados atores não-governamentais, como entidades da sociedade civil organizada e cidadãos – estes, usuários e não usuários dos serviços de saúde avaliados, e atores governamentais, como o Ministério Público, servidores das UBS auditadas e gestores locais – prefeitura municipal e secretaria municipal de saúde.

Essas duas dimensões, em conjunto, demonstram a complexidade envolvida na tentativa de governar um problema de caráter indiscutivelmente público: a melhoria da prestação de serviços de saúde. Essa complexidade processual e multiatorial convergida numa ação de auditoria de um serviço público em termos de estrutura, recursos humanos e materiais, é o que, posicionada na desejada discussão conceitual, faz com que a auditoria cívica na saúde seja considerada como uma experiência pública geradora de aprendizagem. A dimensão da aprendizagem será melhor explorada no tópico seguinte.

3.1.2 Experiência e aprendizagem

A discussão sobre a aprendizagem pode levar a diferentes caminhos, aqui, a busca é por aproximar-se mais da tradição pragmatista numa discussão da aprendizagem em contexto social. Para tanto, serão utilizados referenciais provenientes de autores como John Dewey, Rosana de Freitas Boullosa e desta em conjunto com Paula Chies Schommer. Advindo do campo das teorias organizacionais, também será utilizado referencial sobre aprendizagem organizacional do cientista político e teórico organizacional James G. March.

A escolha de proceder à discussão da experiência em tópico junto à aprendizagem foi feita com base no entendimento da importância do conceito na leitura de John Dewey, porém, não é somente na discussão atribuída a ele que se é possível enxergar a relação entre os dois conceitos.

Ao falar da experiência e do método filosófico, Dewey trata do percurso necessário da filosofia até a experiência por meio do método empírico. Segundo ele, muitos filósofos procederam à separação entre experiência e natureza, sujeito e objeto, e essa separação, ao ser feita, promoveu uma “ênfase seletiva”. (DEWEY, 1974, p. 180).

Dewey (1974, p. 180) explica que essa “ênfase seletiva”, quando oculta, nega o valor da experiência primária utilizando-se de generalizações e transcendentalismos. Ele enfatiza que a experiência não deve ser descolada da natureza porque, se assim for, os eventos e objetos da natureza esvaziam-se de sentido. Dessa forma, é claro perceber que, para Dewey, a assunção da experiência como material de pesquisa é viável e de grande importância, e, como a “ênfase seletiva” a qual se refere, não deixa de ser uma escolha, mas, para que sirva ao propósito, não deve ser uma escolha oculta como no caso em que se tem a experiência separada da natureza em formulações ideais.

Sendo assim, Dewey mostra o papel do método na abordagem da experiência humana, a saber: tornar clara a escolha feita na assunção da experiência. Esse “tornar claro” trata-se do uso do método empírico para abordar a experiência, fazendo com que o caminho percorrido seja conhecido e replicável, o que faria do método o meio honesto de se abordar a experiência.

O caminho de Dewey na explicação do uso do método na abordagem da experiência é o início de sua discussão sobre a necessidade da comunicação na experiência humana para a compreensão de eventos e objetos da natureza.

Anteriormente, quando fala do uso do método para clarificar a escolha feita na abordagem da experiência, quanto a tornar o caminho conhecido e replicável, Dewey trata justamente da necessidade de comunicar o caminho escolhido, de modo que se entende que o uso de transcendentalismos, idealismos e generalizações na filosofia implicaria em percorrer o caminho contrário. Assim, o filósofo e pedagogo tem por intenção a promoção do respeito pela experiência humana, que seria obtido por meio da comunicação na relação desta com os referidos eventos da natureza.

A comunicação na relação entre a natureza e os eventos que dela decorrem e nela ocorrem tem o papel de trazer reflexão. Dewey diz que, por meio da comunicação, os eventos passam por reconsideração e são readaptados para que “enfrentem a as exigências da conversação”, conversação essa que ele atribui à fala deliberada e pública ou ao próprio pensamento. Ele conduz a discussão para o entendimento de que quando há comunicação qualquer evento se torna passível de elaboração e assim possibilita a obtenção de informação. Assim, ainda segundo o autor, quando um evento é submetido à elaboração e reflexão algo pode ser dito dele de modo que “aprender e ensinar vêm à existência, e não há evento que não possa fornecer informação”. (DEWEY, 1974, p. 187).

Ele explica que o percurso teórico adotado por alguns pensadores empíricos dá à comunicação um caráter mecânico, pois a linguagem é tida como transmissora de pensamentos previamente existentes, desprezando-se a o papel dos significados na reflexão. Esse percurso acaba por negar a relação entre o pensamento e o mundo físico, criando um distanciamento entre ambos.

Na exemplificação do que é a adoção desse percurso, Dewey traz a diferença entre o pensamento grego e o pensamento moderno. O pensamento grego relacionou a estrutura do discurso à estrutura das coisas, no entanto ela estaria na forma que as coisas tomam em meio a pressão da interação e cooperação sociais. (DEWEY, 1974, p. 190). Ele explica que visões desse tipo estão atreladas a uma noção de que a relação entre coisas e seus signos é preexistente à sua existência nas relações sociais e ao discurso e que é dessas visões que decorrem os idealismos e transcendentalismos já mencionados. Já o pensamento moderno, segundo ele, passa a admitir a experiência pessoal/interior de modo que essa experiência gera contribuição no sentido de que o indivíduo não é mais existente num contexto alheio à sua vivência. É desse entendimento que a ciência moderna é tomada como experimental, empírica.

Ocorre que, Dewey (1974) ainda informa que, mesmo o pensamento moderno sofreu distorções, pois a experiência interior também dependeria da comunicação, e a falta de entendimento dessa dependência, levaria à experiência insulada, mais que egoísta, em suas palavras, “egotista”, enquanto negadora do caráter social da experiência na relação com a comunicação, com o discurso. Desse modo, a implicação da visão moderna para a concepção da natureza, seria uma natureza concebida ao modelo de monólogo, onde não há interação com outros.

Esse contexto interacional da experiência pela comunicação é atribuído por Dewey (1974) ao fato de a linguagem ser própria à associação humana, de modo que ele enxerga a linguagem como produtora de significados – significados que são estendidos dos signos da linguagem para todas as coisas da natureza.

Por meio da metáfora da relação entre duas pessoas se comunicando para que uma entregue uma flor à outra, Dewey (1974) traça a trajetória da atribuição de significados às coisas da natureza por meio das consequências atribuídas a elas. Não cabe o prolongamento dessa discussão, mas vale enfatizar o entendimento de que a atribuição de significado num contexto interacional ocorre por meio da cooperação

entre indivíduos implicados na comunicação, o que só é possível pela capacidade da inteligência, pois esta é geradora de compreensão.

A partir dos referidos entendimentos, torna-se possível fazer uma conexão entre a experiência, a natureza, os eventos e a comunicação, conexão essa que é central para a discussão deste trabalho: a aprendizagem. Na formulação acima citada, quando Dewey nos diz que “aprender e ensinar vêm à existência” por meio da comunicação, se refere ao contexto interacional da aprendizagem. Esse contexto é explorado por Dewey em todo o caminho percorrido em “Experiência e Natureza” relacionando a comunicação, os significados provenientes do discurso, e a experiência. (DEWEY, 1974).

Schommer e Boullosa (2010) utilizam uma dupla metáfora para explicar a aprendizagem. As autoras utilizam a andorinha e o verão como metáfora para a aprendizagem. A relação entre ambos está no ditado popular “uma andorinha só não faz verão” e a figura relativa a cada uma é a da ação em grupo, no caso das andorinhas, e do conjunto de andorinhas em migração no contexto de vívida alteração climática, no caso do verão. A metáfora utilizada por elas trata justamente de uma abordagem social da aprendizagem.

A abordagem social a qual as autoras se referem ocorre justamente no contexto interacional discorrido por Dewey (1974) em “Experiência e natureza” ao falar da relação entre a comunicação e a experiência para a produção de significados. O contexto é interacional porque a comunicação é relacional, e é a partir dessa comunicação e da relação de cooperação que dela provém nos agrupamentos humanos que ocorre a aprendizagem. Em “Experiência e natureza” essa interação geradora de aprendizagem na experiência ainda é produtora de participação, essa potencialidade é melhor explorada em “O público e seus problemas” (1927) ao falar da grande comunidade no aperfeiçoamento da democracia, porém, aqui, cabe somente situá-la quanto à sua importância para a compreensão da complexidade do contexto em que se situa a aprendizagem coletiva ocorrida no contexto social.

Schommer e Boullosa (2010) diferenciam a abordagem por elas utilizada das demais abordagens que enfatizam os aspectos mentais e individuais da aprendizagem. Na perspectiva indicada por elas, a aprendizagem considera o contexto social, as mudanças do contexto e as práticas compartilhadas continuamente. As autoras consideram aprendizagem como “a relação dinâmica e de mútua influência entre pessoas e sistemas sociais dos quais participam, combinando

transformação pessoal com mudança das estruturas sociais”. (WENGER, 2000 apud SCHOMMER; BOULLOSA, 2010, p. 21).

Das conceptualizações acima, é necessário enfatizar dois aspectos. Primeiramente, que as autoras utilizam o conceito de prática não como o contrário do conceito de teoria ou de reflexão, mas sim como correspondente de “ação e reflexão permanentemente imbricadas”. (FREIRE, 1987 apud SCHOMMER; BOULLOSA, 2010, p. 23). Em segundo lugar, que, considerar o contexto social da aprendizagem não significa desconsiderar a aprendizagem individual, mas sim enquadrá-la no *frame* em que ela ocorre para dizer que a aprendizagem social (ou coletiva) não se trata da união de aprendizagens individuais independentes entre si, pois, o contexto considerado é que permite a aprendizagem individual.

Considerar a aprendizagem como um processo social implica que, para analisar a aprendizagem de indivíduos, comunidades ou organizações é necessário que se analise os contextos sociais e as interações que neles ocorrem, pois, segundo Schommer e Boullosa (2010), é nesses contextos em que são geradas oportunidades de aprendizagem. Nessa abordagem, as autoras entendem a aprendizagem não como um produto individual ou organizacional, mas como um resultado da aprendizagem como um processo que ocorre num fluxo interacional de indivíduos, organizações e grupos no ambiente.

Para o desenvolvimento da relação imbricada na aprendizagem em contexto social/interacional vale o conceito de comunidades de prática apresentado pelas autoras, as quais, segundo elas, referem-se a

um conjunto de pessoas ligadas umas às outras pelo envolvimento em atividades ou práticas comuns, engajadas mutuamente num empreendimento coletivo, as quais desenvolvem um repertório próprio, que simboliza identidade, significados e relações de pertencimento. (WENGER, 1998 apud SCHOMMER; BOULLOSA 2010, p. 26).

As referidas autoras admitem que essas comunidades de prática surgem espontaneamente em contextos interacionais, como uma resposta a situações problemáticas ou interesses em comum de um grupo. Elas ainda relacionam a ideia de comunidade de prática com a ideia de comunidade de investigadores/indagadores desenvolvida por Dewey em “*Logic, The Theory of Inquiry*” (1938), onde a natureza da dúvida é relacionada à situação duvidosa, e a situação é considerada relacional, motivo pelo qual o indivíduo se interrogaria sobre o problema em conjunto com outros

indivíduos, no contexto da situação; “a interrogação (*inquiry*) seria então o principal motor da aprendizagem social”. (BOULLOSA, 2013, p. 73). Sendo assim, uma comunidade de indagadores se aproxima de uma comunidade de prática por possuir um sistema de aprendizagem próprio, o qual define como ocorre o aprendizado individual e coletivo. (SCHOMMER; BOULLOSA, 2010).

No percurso da aprendizagem social as autoras exploram não somente a ocorrência da aprendizagem dentro das comunidades de prática, pois afirmam que ela ocorre também por meio de relações inter e interorganizacionais, ou seja, nos limites entre comunidades.

A aprendizagem é ainda abordada por elas como um processo contínuo, devido a sua capacidade de redefinição de significados. Isso significa dizer que significados são remodelados no curso da experiência, e essa potencialidade é discorrida por Dewey (1974) quando fala da relação entre a atribuição de significado e a percepção de consequências das coisas e decorrente captação de significado.

Trazendo essa potencialidade para as organizações, Schommer e Boullosa tratam da necessidade de mudança (ou renovação) para as organizações para que se aumentem as chances de aprendizagem. Elas apontam que sistemas ou organizações que não se empenhem nisto, podem sucumbir. Explicam ainda que essa é uma tendência comportamental, visto que o que é conhecido é tido como seguro, motivo pelo qual organizações tendem a manter padrões rotineiros.

Nessa linha, elas explicam a relação do desequilíbrio entre experiência e competência e a aprendizagem, dizendo que a experiência trata do que já é conhecido e experienciado e a competência trata de habilidades e competências esperadas para lidar com novas situações. O desequilíbrio entre ambas seria impulsionador da aprendizagem pela necessidade de aquisição de novas competências para lidar com o novo cenário.

Cabe na discussão a contribuição de March (1991) ao falar de *exploration* e *exploitation* em aprendizagem organizacional. March explica que, em processos de mudança em organizações, a aprendizagem se relaciona com a capacidade de lidar com problemas internos e externos à organização que afetam seu funcionamento. Essa capacidade se traduz na exploração de novas alternativas (*exploration*) e na exploração de alternativas já conhecidas pela organização (*exploitation*) para incrementar a aprendizagem e melhorar processos adaptativos.

March explica que “*exploration* inclui coisas englobadas por termos como busca, variação, tomada de risco, experimentação, atuação, flexibilidade, descoberta, inovação” (MARCH, 1991, p. 71, tradução nossa), já “*exploitation* inclui coisas como refinamento, escolha, produção, eficiência, seleção, implementação, execução”. (MARCH, 1991, p. 71, tradução nossa). É válido apresentar o que este autor relaciona a cada um dos conceitos, pois, assim como Boullosa e Schommer falam do equilíbrio para que organizações não cheguem à entropia, March enfatiza que o equilíbrio entre *exploration* e *exploitation* é necessário para a sobrevivência do sistema adaptativo.

Boullosa e Schommer tratam do equilíbrio necessário à sobrevivência de uma organização e suas comunidades de prática exprimindo também impasses relacionados à aprendizagem, neste sentido, apresentam “aprendizagem organizacional” como um oxímoro na visão de Weick e Westley. Estes autores, segundo Boullosa e Schommer, demonstram que organização e aprendizagem percorrem caminhos opostos, pois para que ocorra aprendizagem é necessário que haja desorganização. Essa desorganização que elas referenciam de Weick e Westley trata da tensão advinda de fatores internos ou externos à organização que a impulsiona ao desequilíbrio e, conseqüentemente, à mudança – criando oportunidade de aprendizagem.

Nesse sentido, as autoras esclarecem que organizações diferem entre si quanto a tendência à mudança, variando as potencialidades da aprendizagem de comunidades de prática desde pequenas adaptações até a extinção de práticas. O grau de mudança adotado em um processo a ponto de produzir continuidade ou inovação, segundo elas, seria influenciado por fatores que inibem a aprendizagem, como a incerteza e o conforto de optar por rotinas conhecidas, e por fatores que propiciam aprendizagem, como a reflexão sobre erros passados e curiosidade sobre novas opções.

March também trata de questões parecidas ao falar da vulnerabilidade da escolha de *exploration* em comparação com *exploitation* pela relação feita por uma organização entre *exploitation* e conceitos de certezas e rapidez. Ocorre que, é mais fácil presumir os resultados de algo que já se conhece (e possui retorno mais próximo), de modo que, como ele exemplifica, “a busca por novas ideias, mercados ou relações tem resultados mais incertos, durações mais longas e efeitos mais difusos do que o desenvolvimento dos já existentes”. (MARCH, 1991, p. 73, tradução nossa). Por isso, segundo ele, os processos adaptativos melhoram *exploitation* de forma mais rápida

que *exploration*. No entanto, ele nos informa que a dependência de *exploitation* em processos adaptativos pode torná-los autodestrutivos, visto que eles dependem de um nível de *exploration*, sendo aqui evidenciada, mais uma vez, a necessidade de equilíbrio entre continuidade e inovação no caminho da aprendizagem.

3.1.3 Incrementalismo

As considerações feitas sobre as teorizações de Lindblom sobre o incrementalismo valem aqui como elo entre o que se considera como produto da experiência comunicada ou refletida (a aprendizagem) e o objeto aqui tratado. O incrementalismo é aqui entendido como modelo de aprendizagem decorrente da reflexão ou mesmo da falta dela, cujas considerações sobre sua relação com a auditoria serão feitas em seção pertinente à análise.

Lindblom (1959) explica a ciência da decisão incremental comparando sua aplicabilidade para a formulação de políticas com a aplicabilidade do modelo racional-compreensivo. Nesse sentido, ele explora duas nomenclaturas para cada um dos modelos enquanto métodos, o incrementalismo como método da ramescência e o modelo racional-compreensivo como método da raiz.

Ele atribui essas nomenclaturas evidenciando que os termos se referem ao modo como a construção da decisão é abordada por cada um dos modelos. No caso do método da raiz, a decisão é abordada desde o início, desde seus pressupostos fundamentais e assim deve ser a cada nova decisão. No caso do método da ramescência, a decisão é abordada a partir da situação presente e construída continuamente.

Lindblom (1959) traz a decisão incremental como método de tomada de decisão para a formulação de políticas, demonstrando seu caráter processual e contínuo e suas diferenças comparativamente ao uso do modelo racional-compreensivo. Para tanto, ele explica a decisão incremental em alguns pontos essenciais de seu desenvolvimento.

O primeiro ponto levantado por Lindblom é a diferença entre o modo como o método da raiz aborda os valores no processo decisório e o modo como o método da ramescência o faz. O método da raiz tem a ambição de levantar todos os valores relacionados à decisão antes mesmo de selecionar as opções que se relacionam a eles. Lindblom explica que esse caminho seria humanamente inconcebível em termos intelectuais e de disposição de informações quando o gestor lida com problemas

complexos. O método da ramescência faz a opção por proceder a comparações de valores marginais, que consiste no caminho de analisar decisões que alcançam objetivos semelhantes que diferem apenas marginalmente na realização destes objetivos, de modo que é nessa realização marginal que o gestor detém sua análise comparativa para escolher uma decisão ou outra.

A argumentação do autor é levada para a forma como cada um dos métodos aborda a relação entre meios e objetivos. O método da raiz postula que o gestor deve escolher primeiro os objetivos e depois os meios para alcançá-los em termos deles mesmos. Já o método da ramescência une “avaliação e análise empírica” (LINDBLUM, 1959, p. 166) ao proceder à escolha de meios e objetivos de forma conjunta.

O terceiro ponto levantado por Lindblom diz respeito às considerações valorativas da decisão, ou seja, a determinação de se a opção feita foi boa ou ruim. No método da raiz essa consideração é feita na relação da decisão com o alcance de objetivos específicos. No método da ramescência ela ocorre por meio do alcance do consenso obtido em torno da decisão, o que Lindblom diz ser possível mesmo que não haja acordo sobre os valores que se deseja alcançar. Ele explica essa possibilidade pelo exemplo simples de que a mesma política alcança diferentes fins em diferentes cenários, e que os tomadores de decisão podem entrar num consenso quanto à sua adoção mesmo que os fins que ela atenda sejam divergentes entre eles, desde que alcance os objetivos desejados de cada um.

O quarto aspecto diferencial entre os métodos é a abrangência da análise. O autor destaca a pretensão do modelo racional-compreensivo de abarcar tudo o que considera importante, e reexplora o argumento de que essa opção é inalcançável, a menos que a “importância” seja relativizada e imponha restrição ao que se relacionará a ela. Já no modelo incremental, das sucessivas comparações limitadas entre opções marginalmente diferentes e políticas vigentes, a simplificação está explícita pelo modo o qual as comparações são feitas, reduzindo a quantidade de opções para a análise e tornando-a mais simples.

Do aspecto da abrangência, o referido autor nos fala sobre a relevância na análise das opções. Ele diz que, enquanto inconcebível, a concepção da decisão indicada pelo método da raiz é irrelevante, e que, as opções advindas da simplificação do método da ramescência têm o potencial de explorar e maximizar o conhecimento

existente, visto que o foco é dado nas diferenças marginais de opções com consequências previamente conhecidas.

Ainda sobre a abrangência, Lindblom levanta um último ponto, sobre a completude das análises. Ele nos explica que o fato de serem ignoradas opções e valores no processo de análise incremental não reflete incompletude no tratamento de problemas. O alcance de algum grau de completude, segundo ele, seria obtido por uma relação de divisão do trabalho que culminaria num “ajustamento mútuo” (LINDBLOM, 1959, p.174) em que valores ou opções não consideradas seriam consideradas por outros indivíduos preocupados com eles em seu contexto de trabalho ou como grupo organizado.

Por fim, Lindblom aborda o caráter sequencial das comparações no método da ramescência. O autor explica que uma política é formulada aos poucos, passando por processos de reformulação que vão, aos poucos, alcançando objetivos desejados e que os próprios objetivos também são passíveis de reformulação. Ele diz que o gestor que compreende que o alcance de objetivos em políticas é parcial e que as consequências nem sempre convergem para isto pode driblar consequências nefastas pelo uso do método da ramescência, fazendo ajustes incrementais.

Enquanto o modelo racional-compreensivo se apoia nas teorias para proceder à comparação, visto que a pretensão de abrangência de infinitas opções o leva a classifica-las na mesma proporção em busca de generalizações que satisfaçam suas aspirações, o modelo incremental se apoia na análise comparativa, que, tomada como um sistema de comparações sucessivas de decisões de políticas incrementalmente diferentes, torna-se um meio humanamente concebível e mais próximo da realidade dos administradores.

Em continuidade à argumentação desenvolvida na apresentação da ciência da decisão incremental, Lindblom (1979) desenvolve, num segundo artigo, “Muddling Through 1: a ubiquidade da decisão incremental” argumentos que a defendem de críticos à sua visão.

Primeiramente, ele explica que para tentar melhorar a formulação de políticas não é necessário distanciar-se do incrementalismo, como alguns críticos defendem, mas sim praticá-lo de maneira mais hábil. Partindo dessa afirmação, ele lança luz a tipos de análises presentes em sua argumentação que recaem todas na nomenclatura de “incrementalismo”.

Lindblom denomina os tipos de análise como “análise incremental simples”, “incrementalismo desconexo” e “análise estratégica”, enfatizando que todos estão intimamente relacionados, pois, segundo ele, “o incrementalismo desconexo é uma entre várias formas possíveis de análise estratégica, e a análise incremental simples é um entre vários elementos na análise incremental desconexa”. (LINDBLOM, 1959, p. 183).

Quando ao incrementalismo desconexo, vale dizer que ele une todas as simplificações já apresentadas acima, desde a redução do número de opções a serem analisadas, passando pela comparação de propostas de políticas marginalmente diferentes até o ajustamento mútuo.

Suas considerações sobre os tipos de análise começam pela análise estratégica, explicando que ela se enquadra em qualquer análise que se detenha num conjunto pensadamente limitado de estratégias para facilitar a abordagem de problemas complexos. Demonstrando sua aplicabilidade em comparação com a tentativa de abrangência sinóptica, ele explora os mesmos argumentos de impossibilidade de sinopses de problemas complexos e adiciona que sua tentativa acaba por recair em uma análise simplificada, porém, sem as devidas considerações sobre o caminho percorrido. O argumento é então direcionado para o uso da análise estratégica de maneira mais qualificada, ou seja, aliar a experiência pessoal do deliberador com estratégias bem elaboradas para se chegar a decisão.

Lindblom segue para o incrementalismo desconexo falando sobre os déficits relacionados a esse tipo de análise, como o fato de ela culminar numa opção melhor apenas do que opções próximas e incrementalmente diferentes, distanciando-se de opções distantes e talvez muito superiores que não entram na análise. Partindo disto, ele afirma a compreensão de que toda análise é incompleta, inclusive a de que este método se vale, e, por isso, pode-se encontrar melhores opções de análise, no entanto, isso não quer dizer que o analista deve recorrer à tentativa de análise sinóptica e sim melhorá-lo em termos de análise estratégica que ele também é.

No caso da análise incremental simples, Lindblom diz que ela se trata da análise que se restringe apenas as opções de políticas que divergem marginalmente do *status quo*. Quanto às objeções feitas a ela, o autor nos explica que a crítica não recai exatamente sobre a análise, mas sim sobre a política incremental em si. Não vale nos determos aqui sobre as considerações feitas sobre a política incremental, pois não há relação plausível com o objeto aqui tratado, porém, vale a proposta de

Lindblom de aliar à análise incremental simples uma reflexão abrangente sobre as opções que dela decorrem, a fim de qualifica-la.

3.2 SOBRE O IFC E A AUDITORIA CÍVICA NA SAÚDE

A ONG responsável pelo projeto, o Instituto de Fiscalização e Controle, tem sede em Brasília-DF e se trata de uma ONG criada por ativistas advindos do serviço público, mais precisamente da área de controle, tendo como foco a ação estratégica local, seguindo o modelo de associativismo adotado por organizações do mesmo tipo a partir dos anos 90. (GOHN, 2013).

Criado em 31 de maio de 2005, o Instituto de Fiscalização e Controle é formado por um grupo de voluntários, profissionais da área de fiscalização e controle a cargo do Poder Público, ligados a entidades como a União dos Auditores Federais de Controle Externo (AUDITAR), Sindicato Nacional dos Analistas e Técnicos e Finanças e Controle (UNACON), Associação dos Auditores Internos da Caixa Econômica Federal (AUDICAIXA), Associação Nacional dos Engenheiros e Arquitetos da Caixa Econômica Federal (ANEAC) e outras. (INSTITUTO DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE, 2015).

Este grupo de voluntários ao qual o IFC se refere compõe a diretoria da ONG. A diretoria é composta por um presidente, um vice-presidente, um diretor executivo, um secretário, um tesoureiro, um diretor de programas de promoção de transparência nas contas públicas, um diretor de programas de controle social, um diretor de programas de mobilização social e um diretor de programas de assessoria à ONGs e prefeituras.

Vale destacar, que a diretoria é composta por servidores públicos voluntários que desenvolvem os trabalhos quando tem disponibilidade em bancos de horas conseguidos por meio de horas-extra e que nem todas as diretorias são ativas no sentido de estarem tocando os trabalhos executados no IFC, fora essa diretoria, há um ou dois funcionários que o IFC tenta manter devido à dificuldade de captação de recursos. Nesse sentido, são pouquíssimas as pessoas do grupo do IFC diretamente envolvidas com suas atividades, de modo que o projeto Auditoria Cívica foi pensado e implementado nesta estrutura.

Antes de se intitular “Auditoria Cívica”, a ideia inicial do projeto era executada dentro de outro projeto, denominado “Caravana da Cidadania”, em parceria com a ONG Amigos Associados de Ribeirão Bonito (AMARRIBO Brasil), sendo operado por

meio da rede AMARRIBO Brasil-IFC. A “Caravana da Cidadania” tinha por finalidade ir aos municípios que tinham ONGs parceiras da rede para realizar palestras com temas de combate à corrupção e controle social.

Em um dado momento, ao ver que visitava o município, mas não deixava uma ferramenta de controle social que pudesse ser utilizada pelos cidadãos, o grupo do IFC decidiu criar a metodologia da Auditoria Cívica. Assim, observando a situação da saúde básica nos municípios brasileiros, a ONG criou, em 2011, o projeto “Auditoria Cívica” com foco na saúde. O projeto tem como objetivo “capacitar grupos de cidadãos voluntários para compreender o funcionamento das unidades de saúde pública e fiscalizá-lo”. (INSTITUTO DE FISCALIZAÇÃO DE CONTROLE, 2015). As ações do projeto relacionam então duas importantes dimensões na sua implementação, a capacitação e a fiscalização.

A dimensão de capacitação envolve a capacitação oferecida pelo IFC aos auditores cívicos voluntários antes da realização da ação de auditoria. Essa capacitação é realizada um dia antes, ou no dia da ação, a depender do prazo disponível para a execução da ação. Ela se trata da explicação de como funciona a auditoria cívica na saúde, apresentando o papel dos auditores cívicos, os desdobramentos da auditoria e os questionários utilizados pelos auditores cívicos nas ações. Em ações passadas, essas capacitações tinham mais densidade, contando com palestras com membros de órgãos de controle, ativistas da transparência pública e do controle social, porém, passaram a ser explicações mais simples sobre o funcionamento da auditoria e da aplicação dos questionários *in loco*.

A sensibilização e capacitação dos cidadãos para a participação nas ações da auditoria tem relação direta com o que o diretor de mobilização social do Instituto, Everton Kischlat, considerava ser um dos objetivos fundamentais desta:

[...] criar no cidadão uma nova postura em relação ao serviço público. Ele deve assumir sua responsabilidade, avaliando o serviço prestado, identificando objetivamente os problemas que encontra e apresentando para as autoridades competentes seus achados, de maneira qualificada. É sempre dada a ênfase na importância da atuação coletiva da sociedade, como sociedade organizada, nas ações de controle social. (KISCHLAT, 2015).

Segundo o diretor, a ação de auditoria que ocorre em uma cidade acontece a partir de uma demanda que chega ao IFC, seja via sociedade civil organizada dentro do município ou seja via Ministério Público. Essa característica de necessidade de

mobilização da auditoria está presente em todas as suas dimensões, desde a capacitação até a fiscalização. É importante enfatizar este ponto devido à complexidade que ele suscita na discussão sobre o projeto, visto que há uma grande complexidade atorial envolvida desde a fase pré-auditoria até a fase das fiscalizações. Essa complexidade atorial significa que as ações da auditoria contam com, no mínimo, seis tipos de atores: membros do IFC, parceiros locais, cidadãos dispostos a serem auditores cívicos, funcionários das UBS auditadas, usuários – estes podem estar presentes no grupo dos cidadãos dispostos a serem auditores como podem ser apenas entrevistados durante a ação - e, em muitos casos, membros do Ministério Público.

Ocorre que, da complexidade atorial requerida para a execução das ações, decorrem outras questões que necessitam de consideração. A fase pré-auditoria necessita de mobilização dos parceiros locais para sensibilizar cidadãos para a participação na auditoria, essa mobilização é uma fase permeada por incertezas do tipo: haverá adesão dos cidadãos para participação na auditoria? Qual será a qualidade dessa adesão? Além disso, as diferenças regionais são outro ponto que trazem complexidade à execução dessas ações, visto que, elas implicam em diferenças socioeconômicas que podem afetar a qualidade da adesão, por questões de mobilidade – também associadas a diferenças de infraestrutura e distância territorial das UBS, como em casos de UBS localizadas na zona rural - além da diferença dos problemas específicos de cada região.

A dimensão de fiscalização, a que prevalece no processo da auditoria, envolve as ações de auditoria nas UBS com a finalidade de melhorar a qualidade do serviço de saúde prestado pela atenção básica, avaliando dimensões relacionadas à estrutura física das unidades, aos equipamentos, aos insumos para atenção à saúde, às equipes profissionais e à qualidade do atendimento na percepção dos usuários. As fiscalizações são feitas pelos auditores cívicos por meio de formulários pré-definidos (*checklists*), os quais auxiliam no acompanhamento da estrutura e do funcionamento das unidades básicas de saúde. Esses formulários serão aqui, considerados como o instrumento por meio do qual essas ações são operacionalizadas. Esse instrumento, segundo o diretor de mobilização social do instituto, “foi elaborado a partir do conhecimento técnico dos participantes/voluntários do IFC (auditores do TCU, do SUS e da CGU) para avaliação do programa Estratégia de Saúde na Família [...]”. (KISCHLAT, 2015).

Essas ações, contando com a capacitação e a fiscalização *in loco*, têm duração de, em média, dois dias, a depender da localidade, da quantidade de UBS e dos recursos disponíveis para sua execução – recursos humanos e financeiros.

Após a fiscalização, vem a consecução do que o referido diretor considera como o segundo objetivo principal do projeto:

[...] apresentar ao gestor municipal (e aos órgãos de controle que acompanharão as ações corretivas do gestor) um relatório objetivo, que apresente oportunidades claras para a ação governamental em prol da melhoria do serviço prestado na saúde. (KISCHLAT, 2015).

Sendo assim, após a realização da auditoria, no que concerne à dimensão da fiscalização, é produzido um relatório contendo todas os problemas encontrados pelos auditores cívicos. Os resultados da auditoria são então expressos em relatórios que indicam a quantidade de problemas, ou como eles denominam, achados encontrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) visitadas. Estes relatórios são entregues aos gestores locais com recomendações e prazos para a resolução dos achados *in loco*. Os achados são classificados e contabilizados em termos percentuais e é estabelecido um prazo de 120 dias para o retorno às UBS a fim de verificar o que foi solucionado.

A dimensão da capacitação não é problematizada antes, durante e nem após a execução das ações. Como se seu sucesso fosse tomado por óbvio, não há acompanhamento dos desdobramentos relacionados a ela, de modo que não se gera relatório. Esse fato, somado ao fato de que não são problematizadas as complexidades inerentes à essa dimensão de execução das ações da auditoria, fez com que a dimensão de fiscalização prevalecesse no processo, ganhando mais densidade.

4 ESTRATÉGIA DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

A presente pesquisa trata-se de uma pesquisa de natureza investigativa que se alinha à tradição do pós-positivismo na análise de políticas públicas. O pós-positivismo é apresentado por Fischer como um caminho alternativo para a pesquisa que se utiliza da interpretação dos dados para a produção de conhecimento. Segundo ele, não são os objetos que são socialmente construídos, mas sim o vocabulário, os conceitos e as formas de representa-los. Elucidações científicas sobre um objeto são feitas por

pesquisadores diversos em formação, experiência e ideologia. Desse modo, o objetivo do pós-positivismo é entender como essas questões subjacentes interagem para formar discursivamente o conhecimento. (FISCHER, 1998).

Para explicar a complexidade do mundo social o pós-positivismo utiliza a teoria da coerência, a qual busca produzir um consenso entre formas de análise e pontos de vista. Os dados são analisados em seu contexto e por meio da interpretação são descobertos os seus significados. Fischer enfatiza que as deliberações feitas nesse processo tomam o caminho de uma “conversa de aprendizagem” no lugar da busca da prova empírica. (FISCHER, 1998, p. 171).

É importante enfatizar que, pelo paradigma adotado e para os propósitos da pesquisa, será adotado um esquema multimetodológico para tratamento do objeto, mesclando métodos qualitativos e quantitativos. Segundo Fischer (1998), o esquema multimetodológico fornece um rigor mais complexo, apesar de mais sutil às pesquisas que se orientam pelo paradigma pós-positivista.

4.1 SOBRE O MÉTODO QUE FOI UTILIZADO

O quadro multimetodológico, os instrumentos utilizados e posições assumidas tem justificativa no objeto e na natureza da pesquisa.

O método aqui utilizado é ancorado, de um lado, no pós-positivismo de Fischer (1998), resultando na adoção de um esquema multimetodológico para a abordagem do objeto deste trabalho; do outro, apoia-se no pragmatismo de John Dewey, o qual permite a assunção da experiência como material de pesquisa. Neste sentido, a imersão realizada no objeto deste trabalho é considerada uma experiência de autoetnografia, enquanto o campo posterior a experiência vivida imersa é tratado a partir de uma visão etnográfica.

A autoetnografia tem como premissa a mudança da relação sujeito-objeto, quando o sujeito se encontra na posição de observador, ela ressalta a importância da interação do observador com o objeto e da “experiência pessoal do pesquisador como forma de construção do conhecimento”. (MOTTA; BARROS, 2015, p. 1). Este posicionamento foi possível devido a minha posição como pesquisadora, visto que o contato com o objeto aqui estudado se iniciou em agosto de 2015 por meio de trabalho voluntário realizado junto a ONG responsável pelo projeto, acompanhando-os em viagem para a execução de uma ação da auditoria em Fortaleza/CE. O contato foi

retomado por meio de estágio realizado na ONG entre os meses de maio e outubro de 2016, período em que pude acompanhar o retorno de uma ação da auditoria em Irati/PR, além de trabalhar diretamente com o projeto objeto deste trabalho durante todo o período de permanência na ONG. É importante enfatizar que a distância temporal entre a experiência vivida e o início do campo me deu as condições de distanciamento social suficiente para o reposicionamento como pesquisadora e observadora.

Dizer que o trabalho em campo é tratado a partir de uma visão etnográfica nos leva a necessidade de compreender o que é uma etnografia. Geertz diz que para compreender uma ciência, deve-se compreender o que seus praticantes fazem, e explica que em antropologia, o que os praticantes fazem é a etnografia. Ele diz ainda que definir a etnografia não está relacionado ao que são suas técnicas e processos, mas sim aos esforços mentais empreendidos pela etnografia, o que ele, dizendo emprestar-se uma noção de Gilbert Ryle, chama de “descrição densa”. (GEERTZ, 1978, p. 15). Essa descrição densa trata então de interpretar significados obtidos por meio de um trabalho de campo extenso em contato com o objeto de estudo, neste caminho, seria a etnografia uma análise interpretativa profunda, possível apenas por meio da imersão no objeto pesquisado.

Abaixo apresenta-se o quadro específico dos procedimentos utilizados, que se deram no contexto das duas abordagens metodológicas expostas acima:

Quadro 1 - Procedimentos utilizados

Objetivos específicos	Procedimentos metodológicos
Problematizar o conceito de experiência pública;	Análise bibliográfica;
Problematizar o conceito de aprendizagem e criar uma matriz de análise;	Análise bibliográfica;
Modelizar o instrumento Auditoria Cívica na Saúde a partir de suas macro-linhas, buscando identificar as principais mudanças, classificando tais mudanças;	Observação participante; análise documental; entrevistas semiestruturadas, com análise de conteúdo;
Compreender os resultados alcançados pelo projeto (em termos de % de resolutividade dos municípios) em função das mudanças;	Análise cruzada;
Modelizar o processo de aprendizagem subjacente.	Análise cruzada.

Fonte: Elaboração própria.

4.1.1 Entrevista semiestruturada

Gaskell (2012) apud Robert Farr (1982) entendem a entrevista como "essencialmente uma técnica, ou método, para estabelecer ou descobrir que existem perspectivas, ou pontos de vista sobre os fatos, além daqueles da pessoa que inicia a entrevista". Aqui, serão utilizadas entrevistas semiestruturadas, as quais são uma "série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista, mas na qual o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento" (LAVILLE; DIONE, 1999, p. 188).

A utilização de entrevistas semiestruturadas se justifica pela necessidade de compreensão das mudanças ocorridas no projeto, informação que só pode ser obtida por meio da escuta daqueles que participaram das suas fases de Elaboração, implementação e eventuais mudanças em seu desenho. Nesse sentido, as entrevistas semiestruturadas com um único respondente foram utilizadas para compreensão adequada das questões relacionadas aos objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas com o fundador da ONG Instituto de Fiscalização e Controle, que também é o idealizador do projeto abordado aqui. Além dele, foram entrevistados o diretor de mobilização social do instituto e um ex-diretor executivo que trabalharam ativamente com o projeto. O mapeamento destes entrevistados foi possível devido ao referido contato prévio com a organização com a organização por meio de trabalho voluntário e estágio.

4.1.2 Observação participante

Laville e Dione (1999) distinguem dois tipos de observação: a observação estruturada e a observação pouco ou não-estruturada. O segundo tipo, eles identificam como observação participante: "técnica pela qual o pesquisador integra-se e participa na vida de um grupo para compreender o sentido de dentro". (LAVILLE; DIONE, 1999, p. 178).

Este procedimento foi utilizado para compreender dados relativos à identificação das mudanças realizadas no modelo e na metodologia do projeto objeto deste trabalho, tendo como campo para observação a própria organização

responsável pelo projeto, observação essa que se deu anteriormente ao campo por meio da experiência imersa que possibilitou a autoetnografia e, após, por meio da já referida visão etnográfica utilizada para tratamento do objeto.

4.1.3 Análise de conteúdo

Bauer e Gaskell (2002, p. 191) conceituam a análise de conteúdo como “uma técnica para produzir inferências de um texto focal para seu contexto social de maneira objetivada”. Eles explicam que a análise de conteúdo usa da codificação para criar uma nova informação a partir do texto analisado.

A utilização da análise de conteúdo se justifica pela necessidade de análise do conteúdo das entrevistas realizadas para produção de inferências que corroborem às conclusões analíticas advindas dos outros procedimentos metodológicos utilizados, como a análise documental.

5 DA DOCUMENTAÇÃO DISPONÍVEL PARA ANÁLISE

Antes da apresentação dos resultados do mapeamento, classificação e análise dos resultados, é importante explicar como ocorreu o tratamento da documentação disponível para análise, pois a carência de documentação sobre as auditorias fez emergir lacunas documentais que precisam ser evidenciadas.

O IFC possui uma lista com as auditorias das quais eles têm conhecimento que foram realizadas, com sua participação direta ou não. Essa lista contém 36 ações da auditoria nomeadas pelo município e Estado onde ocorreram, porém, para facilitar o mapeamento e classificação, elas foram traduzidas em identificadores que as identificam pela sigla do Estado onde a ação foi realizada acompanhada de um número referente à posição da ação executada – se foi a primeira, a segunda etc, ação executada naquela região. O quadro abaixo apresenta essa lista e seus respectivos identificadores:

Quadro 2 - Ações e Identificadores

Município	Estado	ID
Marília	SP	01_SP
Águas Lindas	GO	01_GO

Imperatriz	MA	01_MA
Bauru	SP	02_SP
Mirassol	SP	03_SP
Januária	MG	01_MG
Diamantina	MG	02_MG
São João del Rei	MG	03_MG
Antonina do Norte	CE	01_CE
Ibiapina	CE	02_CE
Crateús	CE	03_CE
Ocara	CE	04_CE
Planaltina	GO	02_GO
Águas da Prata	SP	04_SP
Analândia	SP	05_SP
São João da Boa Vista	SP	06_SP
Santa Branca	SP	07_SP
Campo Alegre do Fidalgo	PI	01_PI
Lagoa do Barro	PI	02_PI
Queimada Nova	PI	03_PI
São João do Piauí	PI	04_PI
Nerópolis	GO	03_GO
São José dos Pinhais	PR	01_PR
Novo Gama	GO	04_GO
Planaltina	GO	05_GO
Águas Lindas	GO	06_GO
Tianguá	CE	05_CE
Viçosa do Ceará	CE	06_CE
Ubajara	CE	07_CE
Guaraciaba do Norte	CE	08_CE
São Benedito	CE	09_CE
Fortaleza	CE	10_CE
Irati	PR	02_PR
Distrito Federal	DF	01_DF

Jardim (pela ACECCI)	CE	11_CE
Planaltina	GO	07_GO

Fonte: Elaboração própria.

Dessas ações, inicialmente, já foram excluídas as auditorias 11_CE, e 01_DF. A primeira foi excluída pela delimitação de analisar apenas as ações executadas com a participação direta do IFC, visto que a problematização do modelo de aprendizagem se refere ao modelo de aprendizagem da organização, e a ação excluída foi executada por outra entidade. A segunda foi excluída devido as características territoriais do Distrito Federal diferirem muito dos demais locais onde as auditorias foram realizadas, motivo pelo qual a execução das ações da auditoria teve diferenças que trariam grande complexidade à análise de resultados aqui proposta.

Além das ações excluídas da análise pelos motivos expostos, a referida carência de documentação fez com que a análise de outras ações fosse impossibilitada. O quadro abaixo apresenta os documentos disponíveis de cada uma das ações:

Quadro 3 - Documentos disponíveis das ações

Documento disponível	Ação por identificador
Relatório da primeira visita	01_GO, 01_MA, 02_SP, 01_MG, 02_MG, 03_MG, 01_CE, 02_CE, 03_CE, 04_CE, 02_GO, 04_SP, 05_SP, 06_SP, 07_SP, 03_GO, 01_PR, 04_GO, 05_GO, 06_GO, 06_CE, 08_CE, 09_CE, 10_CE, 02_PR, 07_GO
Fichas	01_SP, 01_GO, 02_SP, 05_GO, 07_GO, 01_CE, 02_CE, 03_CE, 04_CE e 10_CE
Relatório de retorno	02_SP, 01_MG, 02_MG, 03_MG, 01_CE, 02_CE, 03_CE, 04_CE, 01_PR, 04_GO e 02_PR.

Fonte: Elaboração própria.

Sendo assim, das 32 ações que restam da lista disponibilizada pelo IFC após a exclusão das ações já mencionadas, há 7 ações que não possuem qualquer documento relacionado às ações, são eles: Mirassol-SP (03_SP), Campo Alegre do Fidalgo-PI (01_PI), Lagoa do Barro-PI (02_PI), Queimada nova-PI (03_PI), São João do Piauí-PI (04_PI), Tianguá-CE (05_CE) e Ubajara-CE (07_CE). O município Marília-SP (01_SP), não possui relatório, mas possui as fichas utilizadas na ação, e por isso

foi mantido na amostra para análise. Desse modo, restam para análise 26 ações executadas pelo projeto auditoria cívica na saúde.

É necessário explicar ainda que os municípios Águas Lindas-GO e Planaltina-GO aparecem, respectivamente, duas (01_GO e 06_GO) e três vezes na lista (02_GO, 05_GO e 07_GO) porque o prazo para retorno foi muito longo – muito acima dos 120 dias, fazendo com que a organização optasse pela realização de novas auditorias.

6 RESULTADOS DO MAPEAMENTO E CLASSIFICAÇÃO

Esta seção trará os resultados oriundos do trabalho em campo quanto à coleta de dados, mapeamento e classificação das ações da Auditoria Cívica na Saúde que contaram com o envolvimento direto do Instituto de Fiscalização e Controle (IFC) – excluindo-se as ações no Distrito Federal -, bem como de seus resultados e da metodologia utilizada pela Auditoria Cívica na Saúde em suas ações.

6.1 MAPEAMENTO DAS AÇÕES DA AUDITORIA CÍVICA NA SAÚDE COM ENVOLVIMENTO DIRETO DO IFC

As ações da auditoria mapeadas para análise foram as ações cuja execução contou com o envolvimento direto do Instituto de Fiscalização e Controle (IFC). O recorte das ações por esse critério foi feito com base no conhecimento de ações da auditoria que foram executadas por outras entidades utilizando a metodologia do IFC, porém, o escopo do trabalho trata da problematização do modelo de aprendizagem da organização, não compreendendo as ações executadas por outras entidades.

O mapeamento retornou 26 ações da auditoria cívica na saúde executadas em diferentes municípios. Para o correto entendimento das próximas etapas do mapeamento, é necessário apresentar as ações da Auditoria Cívica na Saúde seguindo sua cronologia de execução, essa cronologia foi estabelecida segundo análise das datas dos relatórios e *checklists* (fichas) analisados.

De acordo com os documentos analisados, as ações mapeadas ocorreram na seguinte ordem:

Quadro 4 - Cronologia das ações mapeadas

Município	Estado	ID	Mês e ano de Realização
Marília	São Paulo	01_SP	Abril de 2012

Águas Lindas	Goiás	01_GO	Junho de 2012
Imperatriz	Maranhão	01_MA	Julho de 2012
Bauru	São Paulo	02_SP	Novembro de 2012
Januária	Minas-Gerais	01_MG	Abril de 2013
Diamantina	Minas-Gerais	02_MG	Abril de 2013
São João del Rei	Minas-Gerais	03_MG	Abril de 2013
Antonina do Norte	Ceará	01_CE	Maio de 2013
Ibiapina	Ceará	02_CE	Maio de 2013
Crateús	Ceará	03_CE	Maio de 2013
Ocara	Ceará	04_CE	Maio de 2013
Planaltina	Goiás	02_GO	Junho de 2013
Águas da Prata	São Paulo	04_SP	Setembro de 2013
Analândia	São Paulo	05_SP	Setembro de 2013
São João da Boa Vista	São Paulo	06_SP	Setembro de 2013
Santa Branca	São Paulo	07_SP	Setembro de 2013
Nerópolis	Goiás	03_GO	Agosto de 2014
São José dos Pinhais	Paraná	01_PR	Outubro de 2014
Novo Gama	Goiás	04_GO	Novembro de 2014
Planaltina	Goiás	05_GO	Abril de 2015
Viçosa do Ceará	Ceará	06_CE	Maio de 2015
Guaraciaba do Norte	Ceará	08_CE	Maio de 2015
São Benedito	Ceará	09_CE	Maio de 2015
Águas Lindas	Goiás	06_GO	Junho de 2015
Fortaleza	Ceará	10_CE	Agosto de 2015
Irati	Paraná	02_PR	Dezembro de 2015
Planaltina	Goiás	07_GO	Novembro de 2017

Fonte: Elaboração própria.

No entanto, como dito em outro ponto, há uma carência evidente de documentação dessas ações. No que concerne à fiscalização, todas elas foram realizadas com o uso de um instrumento em formato de questionário. Este questionário, com o passar do tempo, foi sendo alterado, mas nem todas as ações possuem cópia ou arquivo de tal instrumento. Por isso, foram encontrados formulários

em apenas 10 ações: 01_SP, 01_GO, 02_SP, 05_GO, 07_GO, 01_CE, 02_CE, 03_CE, 04_CE e 10_CE.

As outras 16 ações também foram realizadas utilizando um instrumento, no entanto, não é possível afirmar se foram os mesmos utilizados nas ações acima ou outros.

6.2 MAPEAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS NAS AÇÕES

O mapeamento e classificação dos instrumentos foram realizados sobre um conjunto de 10 ações (38,46%). Cada instrumento consiste em um conjunto de questionários que podem ser de formato fechado, semiaberto ou aberto. Estes questionários são preenchidos pelos auditores cívicos locais (aqueles que se voluntariam segundo a mobilização dos parceiros locais) e avaliam diferentes dimensões (por exemplo, qualidade no atendimento, estrutura física, equipe profissional etc.). Assim, podemos ter, para um mesmo local, 4 questionários ou fichas com um conjunto de 7 ou 8 dimensões avaliativas.

Os resultados do mapeamento retornaram instrumentos referentes a diferentes ações. Os instrumentos encontrados são referentes às seguintes ações:

Quadro 5 - Resultados do mapeamento dos instrumentos

Município/Ação	Fichas
Marília-SP (01_SP)	4 fichas
Águas Lindas-GO (01_GO)	4 fichas
Bauru-SP (02_SP)	3 fichas
Antônia do Norte (01_CE)	4 fichas*
Ibiapina (02_CE)	
Crateús (03_CE)	
Ocara (04_CE)	
Planaltina-GO (05_GO)	7 fichas
Planaltina (07_GO)	

Fortaleza-CE (10_CE)	8 fichas
----------------------	----------

Fonte: Elaboração própria.

*As quatro fichas encontradas foram as mesmas utilizadas nas quatro ações indicadas, as quais ocorreram entre os dias 20 e 28 de maio de 2013.

Foi feito o esforço de análise de tentar compreender se esses instrumentos foram utilizados em outras ações, porém, não é possível afirmar apenas por meio da análise das fichas e dos relatórios, de modo que a relação entre os instrumentos e as ações foi feita apenas com base na análise dos documentos disponíveis explicitamente relacionados às ações.

6.2.1 Classificação dos instrumentos

A classificação dos instrumentos foi realizada com os objetivos de 1: identificar a metodologia avaliativa utilizada nos instrumentos (fichas) das ações da auditoria; 2: identificar as mudanças feitas nesses instrumentos ao longo do tempo; 3: caracterizar o tipo de mudança ocorrida; 4: compreender essas mudanças e, após o mapeamento e classificação dos resultados das ações da auditoria, 5: compreender essas mudanças em termos da trajetória das ações da auditoria no tempo e dos impactos dessas mudanças nessa trajetória.

Primeiramente, os instrumentos foram analisados a fim de compreender o tipo de instrumento utilizado para a verificação e coleta de dados nas Unidades Básicas de Saúde visitadas pelas ações. Dessa análise, concluiu-se que os instrumentos utilizados são conjuntos de questionários utilizados para a avaliação das UBS.

Os questionários foram classificados quanto aos tipos de questões utilizadas em sua formulação. Quanto às questões, estas foram classificadas em perguntas abertas, perguntas fechadas ou dicotômicas, perguntas de múltipla escolha e perguntas com respostas combinadas.

As perguntas abertas, segundo Marconi e Lakatos (2003), são aquelas cujo respondente tem liberdade para responde-las, por extenso e com vocabulário próprio. As perguntas fechadas ou dicotômicas, “também denominadas limitadas ou alternativas fixas” (MARCONI; LAKATOS, 2003, p. 204), são aquelas em que o respondente tem duas opções de resposta, “sim” ou “não”, ou uma opção positiva e outra negativa, como “favorável” ou “contrário”. As perguntas de múltipla escolha, são

definidas pelas autoras como perguntas fechadas que apresentam várias possibilidades de resposta. Já as perguntas com respostas combinadas, apesar de não aparecem na classificação apresentada por Marconi e Lakatos (2003) com essa nomenclatura, aparecem no texto como a “combinação de respostas de múltipla escolha com as respostas abertas” (MACONI; LAKATOS, 2003, p. 207) que possibilita a obtenção de mais informações sobre o assunto.

Além da classificação dos tipos de perguntas utilizadas na formulação dos questionários, foi feita uma classificação com base no assunto de cada pergunta ou item dos questionários. A classificação utilizada foi feita com base na análise da nomenclatura dos instrumentos e dos critérios de avaliação das unidades básicas de saúde utilizados pela auditoria, resultando numa classificação por critérios de: atendimento, estrutura física, estrutura e atendimento, gestão, medicamentos, equipe profissional e insumos e equipamentos.

Após o procedimento de classificação dos questionários utilizados nos instrumentos das ações da auditoria, obteve-se o seguinte resultado para cada instrumento mapeado.

O instrumento utilizado em 01_SP, consistiu em um conjunto de 4 fichas, sendo as fichas 2 e 4 divididas em 3 partes cada uma, as quais, somadas aos demais, totalizam um conjunto de 117 itens avaliativos. De modo geral, estes itens podem ser classificados do seguinte modo:

Quadro 6 - Classificação do instrumento utilizado em Marília-SP

Número da ficha	Título da ficha	Estrutura da ficha	Quantidade de questões	Classificação das questões
1	Quadro de identificação dos postos de saúde e de suas respectivas equipes médicas	2 questões com respostas combinadas, 3 questões com respostas múltipla escolha; 28 questões fechadas	33	Atendimento: 3; Gestão: 1; Equipe profissional: 1; Estrutura física: 7; Equipamentos e insumos: 21
2	Informações com o gestor da unidade	Parte 1 – Qualidade no atendimento: 6 questões com respostas combinadas e 10 questões de múltipla escolha; Parte 2 - Estrutura de atendimento: 6 questões com respostas combinadas,	57	Atendimento: 29; Gestão: 10; Equipe profissional:12; Equipamentos e insumos: 3; Estrutura física: 1; Medicamentos: 2

		8 questões de múltipla escolha e 2 questões dicotômicas;		
		Parte 3 - Saúde da Família e Outros: 11 questões de múltipla escolha, 10 questões com respostas combinadas, 8 questões dicotômicas e 2 questões abertas.		
3	Informações qualitativas com a equipe médica do posto	3 questões de múltipla escolha, 2 questões com respostas combinadas, 3 questões dicotômicas, 1 questão aberta	9	Equipe profissional: 7; Atendimento2
4	Informações qualitativas dos usuários	Parte 1 - Qualidade no atendimento: 3 questões de múltipla escolha e 5 questões com respostas combinadas; Parte 2 - Estrutura de atendimento: 2 questões abertas e 3 questões de múltipla escolha; Parte 3 - Saúde da família e outros: 4 questões de múltipla escolha, 2 questões com respostas combinadas e 1 questão dicotômica.	18	Atendimento: 13; Equipe profissional: 1; Gestão: 1; Estrutura física: 2; Medicamentos: 1

Fonte: Elaboração própria.

Quanto aos tipos de questões presentes nos instrumentos, pela tabela acima observa-se que a maior parte dos itens do instrumento utilizado na ação é de resposta combinada (30,77%). Itens de múltipla escolha e fechados são os dois outros maiores percentuais de itens do instrumento, respectivamente 29,06% e 23,93%. Por fim, tem-se 11,97% de questões dicotômicas e apenas 4,27% de questões abertas. Desse modo, pode-se classificar o instrumento, quanto ao tipo de questões utilizadas, como semiaberto.

Já quanto ao tema das questões dos questionários, observa-se que dos 117 itens, 40,17% são itens relacionados a “atendimento”; 20,51% dos itens são relacionados a “insumos e equipamentos”; 17,95% dos itens são relacionados a “equipe profissional”; 10,26% são relacionados a “gestão”; 8,55% são itens relacionados a “estrutura física” e 2,56% são itens relacionados a “medicamentos”.

O segundo instrumento classificado, utilizado na ação 01_GO, consistiu em um conjunto de 4 fichas, ou questionários. As fichas 2 e 4 foram divididas em 3 partes

cada, e, juntamente com as demais, totalizam 68 itens, os quais foram classificados

Número da ficha	Título da ficha	Estrutura da ficha	Quantidade de itens da ficha	Classificação das questões
1	Identificação dos postos e de suas respectivas equipes médicas	9 questões abertas;	9	Atendimento: 3; Gestão: 2; Equipe profissional: 2; Insumos e equipamentos: 1; Estrutura física: 1; Medicamentos: 1
2	Informações com o gestor da unidade	Parte 1 - Qualidade no atendimento: 9 questões abertas; Parte 2 - Estrutura de atendimento: 12 questões abertas; Parte 3 - Saúde da família: 15 questões abertas	36	Atendimento: 21; Gestão: 4; Estrutura física: 2; Equipe profissional: 7; Equipamentos e insumos: 1; Medicamentos: 1
3	Informações qualitativas com a equipe médica do posto	6 questões abertas	6	Equipe profissional: 5; Atendimento: 1
4	Informações qualitativas dos usuários	Parte 1 - Qualidade no atendimento: 9 questões abertas; Parte 2 - Estrutura do atendimento: 3 questões abertas; Parte 3 - Saúde da família: 4 questões abertas	16	Atendimento: 12; Gestão: 1; Estrutura física: 1; Medicamentos: 1; Equipe profissional: 1

conforme o quadro abaixo:

Quadro 7 - Classificação do instrumento utilizado em Águas Lindas-GO

Fonte: Elaboração própria.

Como se pode ver, segundo a classificação, o instrumento consistiu em um percentual de 100% de itens abertos, sendo assim um questionário de formato aberto. Desses itens, 54,41% dos itens são relacionados a “atendimento”; 22,06% são itens relacionados a “equipe profissional”; 10,30% são relacionados a “gestão”; 5,88% são itens relacionados a “estrutura física”; 4,41% são itens relacionados a “medicamentos” e 2,94% são itens relacionados a “insumos e equipamentos”.

O terceiro instrumento classificado, utilizado na ação 02_SP, consistiu em 3 fichas, sendo as fichas 2 e 3 divididas em 3 partes cada. O instrumento compreende um total de 46 itens e, de modo geral, pôde ser classificado da seguinte forma:

Quadro 8 - Classificação do instrumento utilizado em Bauru-SP

Número da ficha	Título da ficha	Estrutura da ficha	Quantidade de questões	Classificação das questões
1	Verificações	3 itens abertos	3	Estrutura física: 1; Equipe profissional: 1; Insumos e equipamentos: 1
2	Servidor	Parte 1 - Qualidade do atendimento: 3 questões com respostas combinadas e 3 questões de múltipla escolha; Parte 2 - Estrutura de atendimento: 5 questões com respostas combinadas, 2 questões dicotômicas e 2 questões abertas; Parte 3 - Saúde da família: 8 questões abertas, 2 questões dicotômicas e 2 questões com respostas combinadas.	27	Atendimento: 17; Gestão: 4; Equipe profissional: 4; Medicamento: 1; Estrutura e atendimento: 1
3	Usuário	Parte 1 - Qualidade no atendimento: 3 questões com respostas combinadas e 3 questões de múltipla escolha; Parte 2 - Estrutura do atendimento: 2 questões com respostas combinadas, 1 questão aberta e 1 questão dicotômica; Parte 3 - Saúde da família: 3 questões com respostas	16	Atendimento: 11; Estrutura física: 1; Equipe profissional: 1; Medicamentos: 2; Estrutura e atendimento: 2

		combinadas, 1 questão dicotômica e 2 questões abertas		
--	--	---	--	--

Fonte: Elaboração própria.

O instrumento utilizado em 02_SP consiste em 39,13% de perguntas de resposta combinada, 34,79% de questões abertas, 13,04% de questões dicotômicas e 13,04% de questões de múltipla escolha, sendo então classificado como semiaberto.

Já quanto à classificação dos itens por critérios, tem-se a maior parte dos itens relacionados a “atendimento” (60,87%), em seguida, tem-se 13,04% dos itens relacionados a “equipe profissional”, 8,70% dos itens relacionados a “gestão”, 6,52% relacionados a “medicamentos”. 4,35% relacionados a “estrutura física” e o mesmo percentual (4,35%) de itens relacionados a “estrutura e atendimento”, e, por fim 2,17% dos itens relacionados a “insumos e equipamentos”.

O instrumento a seguir foi utilizado nas ações 01_CE, 02_CE, 03_CE e 04_CE, as quais ocorreram entre os dias 20 e 28 de maio de 2013. Ele consiste em 4 fichas a primeira contendo 1 parte e as demais 3 partes cada, totalizando 58 itens (ou questões), as quais foram quantificadas por formulário e classificadas conforme o quadro:

Quadro 9 - Classificação do instrumento utilizado em Antonina do Norte-CE, Ibiapina-CE, Crateús-CE e Ocara-CE

Número da ficha	Título da ficha	Estrutura da ficha	Quantidade de questões	Classificação das questões
1	Verificações	3 itens abertos	3	Equipe profissional: 1; Estrutura física: 1; Insumos e equipamentos: 1
2	Coordenador	Parte 1 - Qualidade do atendimento: 3 questões com respostas combinadas e 3 questões de múltipla escolha; Parte 2 - Estrutura de atendimento: 5 questões com respostas combinadas, 2 questões dicotômicas e 3 questões abertas; Parte 3 - Saúde da família: 8 questões abertas, 2 questões dicotômicas e 2 questões com respostas combinadas.	27	Atendimento: 17; Gestão: 4; Equipe profissional: 4; Medicamento: 1; Estrutura e atendimento: 1

3	Profissional (Dentista)	Parte 1 - Qualidade do atendimento: 3 questões com respostas combinadas e 3 questões de múltipla escolha;	12	Atendimento: 11; Estrutura e atendimento: 1
		Parte 2 - Estrutura de atendimento: 2 questões com respostas combinadas, 1 questão dicotômica e 4 questões abertas		
4	Usuário	Parte 1 - Qualidade no atendimento: 3 questões com respostas combinadas e 3 questões de múltipla escolha;	16	Atendimento: 11; Equipe profissional: 1; Estrutura e atendimento: 1; Estrutura física: 1; Medicamentos: 2
		Parte 2 - Estrutura do atendimento: 2 questões com respostas combinadas, 1 questão aberta e 1 questão dicotômica;		
		Parte 3 - Saúde da família: 3 questões com respostas combinadas, 1 questão dicotômica e 2 questões abertas		

Fonte: Elaboração própria.

Conforme o quadro acima, dos 58 itens do instrumento, 39,65% são de resposta combinada, 34,48% são itens abertos, 13,80% são questões de múltipla escolha e 12,07% são questões dicotômicas. O instrumento utilizado é de formato semiaberto, apresentando um percentual maior de itens de resposta combinada.

Referente à classificação dos itens por critérios, tem-se o maior percentual de itens (67,24%) relacionados a “atendimento”, 10,35% relacionados a “equipe profissional”, 6,90% relacionados a “gestão”, 5,17% relacionados a “estrutura e atendimento” e o mesmo percentual (5,17%) a “medicamentos”, 3,45% relacionados a “estrutura física” e 1,72% relacionados a “insumos e equipamentos”.

O penúltimo instrumento classificado foi utilizado nas ações 05_GO e 07_GO, em Planaltina-GO. O instrumento consistiu em 7 fichas, cada uma contendo um questionário, os quais foram classificados do seguinte modo:

Quadro 10 - Classificação dos instrumentos utilizados em Planaltina-GO

Número da ficha	Título da ficha	Estrutura da ficha	Quantidade de questões	Classificação das questões
-----------------	-----------------	--------------------	------------------------	----------------------------

1	Equipe profissional	5 itens fechados	5	Equipe profissional: 5
2	Equipamentos	22 questões dicotômicas	22	Equipamentos e insumos: 22
3	Insumos para atenção à saúde	18 questões dicotômicas	18	Equipamentos e insumos: 18
4	Estrutura física	17 questões dicotômicas	17	Estrutura física: 16; Gestão: 1
5	Farmácia Básica	19 questões dicotômicas	19	Medicamentos: 19
6	Usuário	9 questões dicotômicas	9	Atendimento: 5; Equipe profissional: 3; Equipamentos e insumos: 1
7	Agente comunitário de saúde	9 questões dicotômicas	9	Atendimento: 5; Equipe profissional: 3; Equipamentos e insumos: 1

Fonte: Elaboração própria.

*A mesma metodologia foi utilizada na ação 05 e na ação 07 em Planaltina-GO.

Os itens de verificação dos questionários acima descritos foram todos formulados em quadros cuja resposta consistia em “sim” ou “não” (vide anexos P, Q, R, S, T, U e V), de modo que todos foram classificados como questões dicotômicas. Sendo assim, o instrumento utilizado em 05_GO e 07_GO é do tipo fechado.

Já quanto à classificação dos itens por tema/critério, tem-se 41,41% dos itens relacionados a “insumos e equipamentos”, 19,20% relacionados a “medicamentos”, 17,17% relacionados a “estrutura física”, 13,13% relacionados a “atendimento”, 8,08% relacionados a “equipe profissional” e 1,01% relacionado a “gestão”.

O último instrumento classificado foi utilizado na ação 10_CE e consistiu em 8 fichas contendo 1 questionário cada uma e totalizando 164 itens (ou questões). Os itens foram classificados conforme o quadro abaixo:

Quadro 11 - Classificação dos instrumentos utilizados em Fortaleza-CE

Número da ficha	Título da ficha	Estrutura da ficha	Quantidade de questões	Classificação das questões
1	Equipe profissional	9 questões abertas	9	Equipe profissional: 9

2	Equipamentos	23 questões dicotômicas	23	Equipamentos e insumos: 23
3	Insumos para atenção à saúde	16 questões dicotômicas	16	Equipamentos e insumos: 16
4	Estrutura física	47 questões dicotômicas	47	Estrutura física: 45; Equipamentos e insumos: 2
5	Farmácia básica	39 questões dicotômicas	39	Estrutura física: 5; Equipamentos e insumos: 1; Gestão: 6; Medicamentos: 27
6	Usuário	12 questões dicotômicas	12	Atendimento: 10; Estrutura física: 1; Medicamentos: 1
7	Agente comunitário de saúde	9 questões dicotômicas	9	Atendimento: 5; Equipamentos e insumos: 1; Equipe profissional: 3
8	Demanda reprimida	9 questões abertas	9	Atendimento: 9

Fonte: Elaboração própria

Dos 164 itens classificados do instrumento, 146 foram dispostos em questionários em forma de quadros cujas respostas consistiam em “sim” ou “não”, sendo classificados como questões dicotômicas e representando 89,02% do instrumento. Os demais itens foram classificados como questões abertas, sendo 9 questões pertencentes à ficha 1, e as outras 9 consideradas como questões abertas da ficha 8, classificadas assim pelo modo de preenchimento dos itens. Sendo assim, 10,97% dos itens do instrumento foram classificados como abertos, de modo que o instrumento foi classificado como semiaberto.

Já a classificação referente aos critérios, resultou em 31,10% dos itens relacionados a “estrutura física”, 26,22% relacionados a “insumos e equipamentos”, 17,07% relacionados a “medicamentos”, 14,63% relacionados a “atendimento”, 7,32% relacionados a “equipe profissional” e 3,66% relacionados a “gestão”.

Dos instrumentos utilizados nas ações resultaram achados apresentados em relatórios elaborados após as ações da auditoria, os relatórios disponibilizados foram

tiveram seus resultados mapeados, classificados e analisados. As seções seguintes trarão os resultados do mapeamento e classificação desses resultados.

6.3 MAPEAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DAS AÇÕES

Apresentados os resultados do mapeamento das ações, da metodologia e da classificação da metodologia, passaremos à apresentação do resultado do mapeamento dos resultados das ações da auditoria. Neste trabalho, são considerados como resultados os problemas levantados durante a ação de auditoria. Na prática, cada auditoria é realizada com um instrumento consistido em um conjunto de questões, e os resultados aqui considerados são os problemas mapeados por meio desse instrumento, os quais, como já dito, são nominados como “achados” pela organização.

6.3.1 Mapeamento dos resultados das ações da auditoria cívica

Os resultados mapeados foram mapeados por cada relatório da primeira visita e de retorno encontrado nos documentos disponibilizados pela organização. Abaixo eles são apresentados por cada ação da auditoria mapeada, quanto à quantidade de achados nos relatórios da primeira visita e nos relatórios de retorno. Além disso, para as ações que possuem retorno, são apresentados os percentuais de resolutividade das ações (diferença percentual entre o total de achados da primeira visita e a quantidade de achados do retorno).

Tabela 1 - Resultados mapeados

Município/Estado	Quantidade de achados após a primeira visita	Quantidade de achados após o retorno	Tempo entre a primeira visita e o retorno	% de resolutividade
Marília-SP (01_SP)	-	-	-	-
Águas Lindas-GO (01_GO)	31	Não houve retorno	-	-
Imperatriz-MA (01_MA)	79	Não houve retorno	-	-
Bauru-SP (02_SP)	31	37	3 meses	-19,35%
Januária-MG (01_MG)	30	30	7 meses	0

Diamantina-MG (02_MG)	76	74	6 meses e 25 dias	2,63%
São João del Rei-MG (03_MG)	98	94	6 e 23 dias	4,08%
Antonina do Norte-CE (01_CE)	34	34	5 meses	0
Ibiapina-CE (02_CE)	84	89	8 meses	-5,95%
Crateús-CE (03_CE)	72	74	8 meses	-2,77%
Ocara-CE (01_CE)	23	21 + 17	1 ano	-65,22%
Planaltina-GO (02_GO)	81	Não houve retorno	-	-
Águas da Prata-SP (04_SP)	33	Não houve retorno	-	-
Analândia-SP (05_SP)	11	Não houve retorno	-	-
São João da Boa Vista-SP (06_SP)	16	Não houve retorno	-	-
Santa Branca-SP (07_SP)	20	Não houve retorno	-	-
Nerópolis-GO (03_GO)	36	Não houve retorno	-	-
São José dos Pinhais-PR (01_PR)	317	148 + 9	6 meses	50,47%
Novo Gama-GO (04_GO)	269	172	6 meses	36,06%
Planaltina –GO (05_GO)	282	Não houve retorno	-	-
Viçosa do Ceará-CE (06_CE)	217	Não houve retorno	-	-
Guaraciaba do Norte-CE (08_CE)	132	Não houve retorno	-	-
São Benedito-CE (09_CE)	151	Não houve retorno	-	-
Águas Lindas-GO (06_GO)	201	Não houve retorno	-	-
Fortaleza-CE (10_CE)	512	Não houve retorno	-	-
Irati-PR (03_PR)	822	644 + 4	8 meses	21,17%
Planaltina-GO (07_GO)	398	Não houve retorno	-	-

Fonte: Elaboração própria.

Sabe-se que, após a entrega do relatório final da primeira visita, é estabelecido um prazo de 120 dias para o retorno às UBS a fim de verificar o que foi solucionado. Passado o prazo, os auditores cívicos retornam às unidades com a lista dos achados da primeira visita em mãos para verificar o que foi ou não solucionado. A intenção é que, no retorno, sejam mobilizadas as mesmas equipes participantes da primeira visita, no entanto, não é possível afirmar se isso ocorreu nas ações aqui analisadas.

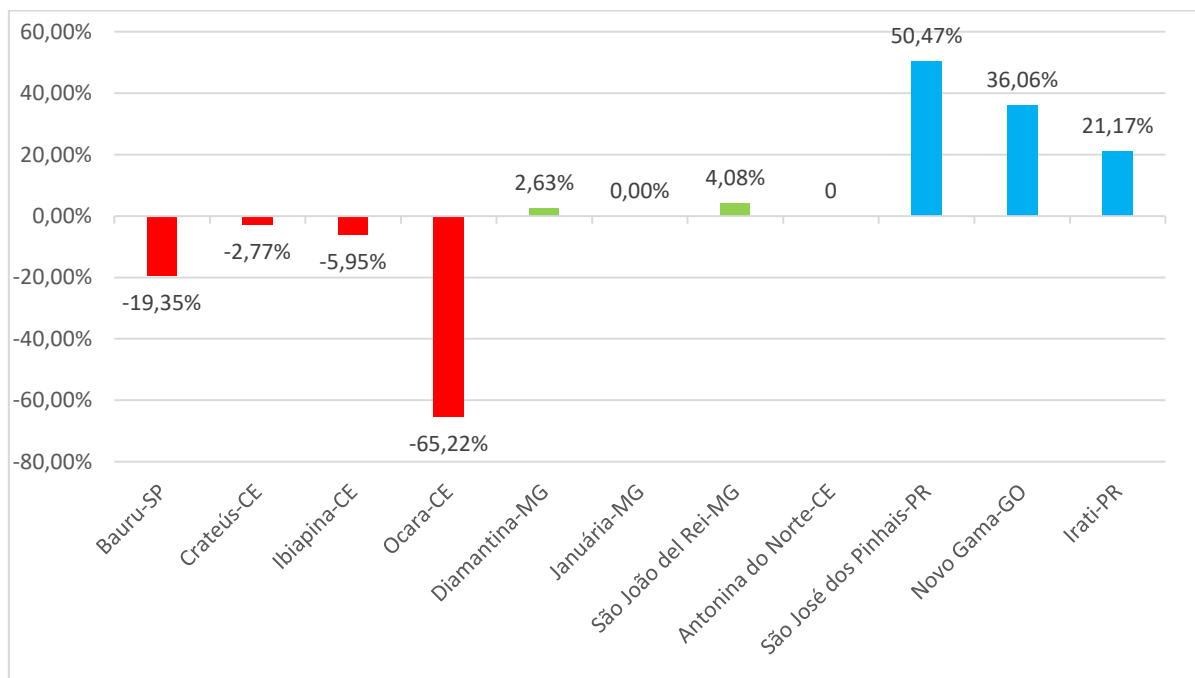
Da tabela acima, percebe-se que nenhuma das ações de retorno teve o prazo de retorno cumprido, pois, na ação 02_SP o prazo para retorno foi menor que 120 dias e em todas as outras ações foi maior que 120 dias.

A ocorrência de percentuais negativos deve-se ao fato de, no momento do retorno da auditoria, todos os problemas encontrados na primeira visita serem recorrentes e ainda haver novos achados que são descritos nos relatórios como “novas pendências”. É importante enfatizar, que essas novas pendências não se dão em função de nova aplicação dos instrumentos utilizados nas ações, mas sim em função da verificação de que, além dos problemas existentes no relatório em mãos, há outros problemas que necessitam de atenção.

Deve-se atentar ainda que, a ocorrência de percentuais negativos devida à adição de novos achados após o retorno se deu apenas nos casos em destaque na tabela acima, onde são apresentadas a quantidade de achados não resolvidos “+” a quantidade de novos achados. Nos demais casos, não é possível afirmar se os percentuais negativos se devem a adição de novos problemas no relatório de retorno, visto que essa informação não está explícita como nos casos em destaque.

O gráfico abaixo, trata-se de uma síntese de dos resultados das ações que possuem retorno:

Gráfico 1 - Ações que possuem retorno e seus respectivos percentuais de resolutividade



Fonte: Elaboração própria.

A comparação visual dos percentuais de resolutividade mostra que o percentual de resolutividade das auditorias é baixo, pois das 11 ações que possuem retorno, 5 têm o percentual acima de 0; dessas 5, apenas 3 - 01_PR, 04_GO e 02_PR – têm percentuais de resolutividade acima de 10%.

Além do baixo percentual de retorno e dos baixos percentuais de resolutividade das ações, há outras questões que chamam atenção nos relatórios das ações mapeadas. Em primeiro lugar, como se sabe, o *locus* de ação da auditoria cívica na saúde são as UBS da Estratégia de Saúde da Família (ESF). No início da implementação do projeto, a ESF ainda era Programa de Saúde da Família (PSF), no entanto, há 3 ações da auditoria em que é dito no relatório que não há Programa de Saúde da Família no Município. Estas são as ações e os respectivos trechos dos relatórios que trazem essa informação:

Quadro 12 - Ações executadas em municípios em que não havia PSF

Município/Estado/Ação	Trecho do relatório
Águas da Prata-SP (04_SP)	“A Auditoria Cívica visa averiguar o programa Saúde da Família, porém no município não está instalado o

	Programa, por isso verificamos 02 unidades de saúde para termos um “termômetro” de como está o atendimento à população e averiguar possíveis pontos a serem melhorados”.
Analândia-SP (05_SP)	“A Auditoria Cívica visa averiguar o programa Saúde da Família, porém no município não está instalado o Programa, por isso verificamos 01 UBS para termos um “termômetro” de como está o atendimento à população e averiguar possíveis pontos a serem melhorados”.
Nerópolis-GO (03_GO)	“A Auditoria Cívica visa averiguar o programa Saúde da Família, porém no município não está instalado o Programa, por isso verificamos 04 unidades de saúde para termos um “termômetro” de como está o atendimento à população e averiguar possíveis pontos a serem melhorados”.

Fonte: Adaptado de Relatório de Auditoria Cívica: Águas da Prata-SP – Inicial, 2013; Relatório de Auditoria Cívica: Analândia-SP – Inicial, 2013; Relatório de Auditoria Cívica: Nerópolis-GO – Inicial, 2014.

Em segundo plano, ainda referente ao *locus* de ação da auditoria, tem-se que, nas ações 01_CE, 02_CE e 04_CE foram visitados hospitais. Ocorre que, a ESF trata da atenção primária à saúde, nível de atendimento no qual, segundo o Portal Pense SUS da Fundação Oswaldo Cruz, “estão as Unidades Básicas ou Postos de Saúde, a “porta de entrada” ao SUS, onde são marcadas consultas e exames e realizados procedimentos menos complexos”. Os hospitais então pertenceriam a outro nível de atendimento, o terceiro nível ou alta complexidade, no qual “estão os Hospitais de Grande Porte, onde são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida”, não compreendendo assim o *locus* de atuação proposto pelo projeto. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018?).

6.3.2 Classificação dos resultados

Por causa das diferenças nos instrumentos utilizados nas ações da auditoria, o mapeamento dos resultados muda da quarta auditoria em diante. Ocorre que, as duas primeiras auditorias com relatórios disponíveis não continham achados classificados por prazos de resolução recomendados como as demais. Essa classificação aparece a primeira vez no relatório de Bauru-SP.

Para facilitar o mapeamento dos resultados, inicialmente foram considerados como resultados das ações os achados apontados nos relatórios com prazo de resolução – classificação feita pela própria organização quanto à recomendação de resolução dos problemas contidos nos achados - prazos que variam entre 5, 30, 60, 90 e 120 dias, de acordo com cada relatório. Ocorre que, além de haver dois relatórios em que não há essa classificação (Águas Lindas-GO e Imperatriz-MA) há achados não classificados por prazos e observações que contêm problemas a serem resolvidos nas unidades básicas de saúde, por isso, esses achados são considerados relevantes de serem acrescentados ao mapeamento, classificação e análise. Porém, achados não classificados e observações só aparecem no relatório da primeira visita, motivo pelo qual foram quantificados separadamente dos demais, para não interferir nos percentuais de resolutividade das ações de retorno.

A tabela abaixo traz a quantidade de achados sem classificação por prazos, ou seja, os problemas contidos em observações e achados ditos nos relatórios como “não classificados”. Dessa contagem, excluiu-se os achados dos relatórios de Águas Lindas-GO (01_GO) e Imperatriz-MA (01_MA), pois esses relatórios não continham a recomendação por prazos de resolução, visto que ela ainda não fazia parte da metodologia da auditoria cívica na saúde quando as ações foram executadas.

Quadro 13 - Quantitativo de demandas sem classificação por prazos

Município/Estado	Quantidade de demandas sem classificação por prazos
Januária-MG	4
Diamantina-MG	38
São João del Rei-MG	15
Antonina do Norte-CE	5
Ibiapina-CE	14

Crateús-CE	18
Ocara-CE	11
Planaltina-GO	19
Águas da Prata-SP	10
Analândia-SP	4
São João da Boa Vista-SP	5
Santa Branca-SP	5
Nerópolis-GO	15
São José dos Pinhais-PR	17
Novo Gama-GO	8
Planaltina –GO	20
Viçosa do Ceará-CE	16
Guaraciaba do Norte-CE	7
São Benedito-CE	10
Águas Lindas-GO	11
Fortaleza-CE	28
Irati-PR	47
Planaltina-GO	33
TOTAL de achados sem prazo	360 (8,15% do total geral)

Fonte: Elaboração própria.

A partir da necessidade de classificação dos achados, como dito anteriormente, percebeu-se que as duas primeiras auditorias não continham achados classificados por prazos de resolução recomendados e que essa prática surgiu da quarta ação da auditoria (Bauru-SP) em diante. Além disso, mesmo nos relatórios em que já foi feita a classificação por prazos de resolução, constam observações que contêm problemas a serem resolvidos, e achados não classificados, de modo que foi necessário classificá-los segundo critérios nos quais fosse possível incluir todas as informações sobre problemas nas UBS contidas nos relatórios. Partindo disso, esses achados foram classificados segundo os critérios utilizados para a classificação dos instrumentos, sendo eles: atendimento, estrutura física, estrutura e atendimento, gestão, medicamentos, equipe profissional e insumos e equipamentos.

Serão apresentadas aqui duas classificações, a primeira por prazos, como consta nos relatórios a partir da ação em Bauru-SP. A segunda classificação

apresentada será pelos critérios citados acima, também usada na classificação dos instrumentos.

6.3.3 Classificação por prazos

A classificação por prazos foi feita pelo próprio IFC ao estabelecer prazos de resolução para os problemas encontrados. A maior parte dos relatórios conta com a classificação dos achados em urgente – até 30 dias, curto prazo – até 60 dias e longo prazo – até 120 dias. Porém, há relatórios em que os achados são classificados em urgente - até 30 dias, curto prazo - até 60 dias, médio prazo - até 90 dias e longo prazo - até 120 dias, e em apenas uma ação foi utilizada uma classificação imediato – até 5 dias. Primeiramente, apresenta-se a classificação adotada por cada relatório:

Quadro 14 - Classificação adotada em cada relatório

Município/Estado/Ação	Prazos de resolução do relatório
Bauru-SP (02_SP)	Urgente: até 30 dias; curto prazo: até 60 dias, médio prazo: até 120 dias.
Januária-MG (01_MG)	
Diamantina –MG (02_MG)	
São João del Rei-MG (03_MG)	
Antonina do Norte-CE (01_CE)	
Ibiapina-CE (02_CE)	
Crateús-CE (03_CE)	
Ocara-CE (04_CE)	
Planaltina-GO (02_GO)	
Águas da Prata-SP (04_SP)	
Analândia-SP (05_SP)	
São João da Boa Vista-SP (06_SP)	
Santa Branca-SP (07_SP)	
Nerópolis-GO (03_GO)	
São José dos Pinhais-PR (01_PR)	
Novo Gama-GO (04_GO)	
Planaltina-GO (05_GO)	
Águas Lindas-GO (06_GO)	
Viçosa do Ceará-CE (06_CE)	
Guaraciaba do Norte-CE (08_CE)	
São Benedito-CE (09_CE)	
Fortaleza-CE (10_CE)	Imediato: 05 dias; urgente: até 30 dias; curto prazo: até 60 dias, médio prazo: até 90 dias, longo prazo: até 120 dias.
Irati-PR (02_PR)	
Planaltina-GO (07_GO)	Urgente: até 30 dias; curto prazo: até 60 dias, médio prazo: até 90 dias, longo prazo: até 120 dias.

Fonte: Elaboração própria

A classificação adotada aqui exposta é indicada no início de cada relatório da auditoria. Os relatórios da primeira visita de Irati-PR (02_PR) e Planaltina-GO (07_GO) são os únicos que trazem uma explicação da classificação por prazos adotada. No relatório de Irati-PR (02_PR), a classificação aparece da seguinte forma:

PROVIDÊNCIAS IMEDIATAS: falta de medicamentos e insumos, coleta e separação de lixo, controle de vetores, adequação de ambientes (o prazo para verificação de resolução dessas medidas é de 5 dias úteis); **CURTO PRAZO: em até 30 dias:** pequenas manutenções de equipamentos, problemas que possam ser resolvidos com dispensa de licitação, adequação de ambientes. **MÉDIO PRAZO: em até 60 dias:** Manutenções e conserto de ambientes. **LONGO PRAZO: em até 120 dias:** (para casos que exigem trâmite mais complexo segundo a lei vigente) Construção de novos ambientes e compra de equipamentos. (RELATÓRIO DE AUDITORIA CÍVICA: Irati-PR – Inicial, 2015, grifo da autora).

Já no relatório de Planaltina (07_GO), os prazos da classificação são assim explicados:

Urgente: em até 30 dias - PROVIDÊNCIAS IMEDIATAS: falta de medicamentos e insumos, coleta e separação de lixo, controle de vetores, adequação de ambientes (o prazo para verificação de resolução dessas medidas é de 5 dias úteis). **Curto prazo: em até 60 dias** - pequenas manutenções de equipamentos, problemas que possam ser resolvidos com dispensa de licitação, adequação de ambientes. **Médio prazo: em até 90 dias** - Manutenções e consertos de ambientes. **Longo prazo: em até 120 dias** (para casos que exigem trâmite mais complexo segundo a lei vigente como a construção de novos ambientes e compra de equipamentos). (RELATÓRIO DE AUDITORIA CÍVICA: Planaltina-GO - Inicial, 2017, grifo da autora).

Os prazos adotados, segundo o exposto nos relatórios citados, são adotados considerando o tempo necessário para os trâmites exigidos para sua resolução, porém, como visto no quadro acima, nem todos os relatórios adotam os mesmos prazos e, como será evidenciado a seguir, alguns relatórios não obedecem a indicação de prazos feita em sua introdução. O quadro abaixo traz a quantidade de achados por cada prazo indicado de cada relatório analisado:

Quadro 15 - Quantitativo de demandas por prazos

Município/Estado	5 dias	30 dias	60 dias	90 dias	120 dias	Total
Bauru-SP	-	9	12	-	10	31

Januária-MG	-	19	-	-	11	30
Diamantina –MG	-	76	-	-	-	76
São João del Rei-MG	-	54	-	-	44	98
Antonina do Norte-CE	-	26	-	-	8	34
Ibiapina-CE	-	52	-	3	17	72
Crateús-CE	-	52	-	5	27	84
Ocara-CE	-	15	-	-	8	23
Planaltina-GO	-	53	-	13	15	81
Águas da Prata-SP	-	17	10	-	6	33
Analândia-SP	-	3	4	-	4	11
São João da Boa Vista-SP	-	7	4	-	5	16
Santa Branca-SP	-	6	5	-	9	20
Nerópolis-GO	-	26	8	-	2	36
São José dos Pinhais-PR	-	118	138	17	44	317
Novo Gama-GO	-	134	88	10	37	269
Planaltina-GO	-	127	116	10	29	282
Águas Lindas-GO	-	86	36	48	31	201
Viçosa do Ceará-CE	-	60	95	14	48	217
Guaraciaba do Norte-CE	-	100	2	12	18	132
São Benedito-CE	-	97	2	28	24	151
Fortaleza-CE	-	182	198	103	29	512
Irati-PR	343	36	50	-	393	822
Planaltina-GO	-	175	191	25	7	398
Total	343	1530	959	288	826	3946

Fonte: Elaboração própria.

*As ações sombreadas em cinza são aquelas que possuem retorno.

Como dito acima, alguns relatórios possuem achados classificados por prazos diferentes dos indicados em suas respectivas introduções. É o caso dos relatórios de Ibiapina (02_CE), Crateús (03_CE), Planaltina (02_GO) e São José dos Pinhais (01_PR), que não indicam a utilização da classificação de até 90 dias, porém, possuem achados classificados com esse prazo de resolução em seus relatórios. Já

o relatório de Irati (02_PR) conta com a classificação, porém não teve nenhum achado classificado dentro deste prazo.

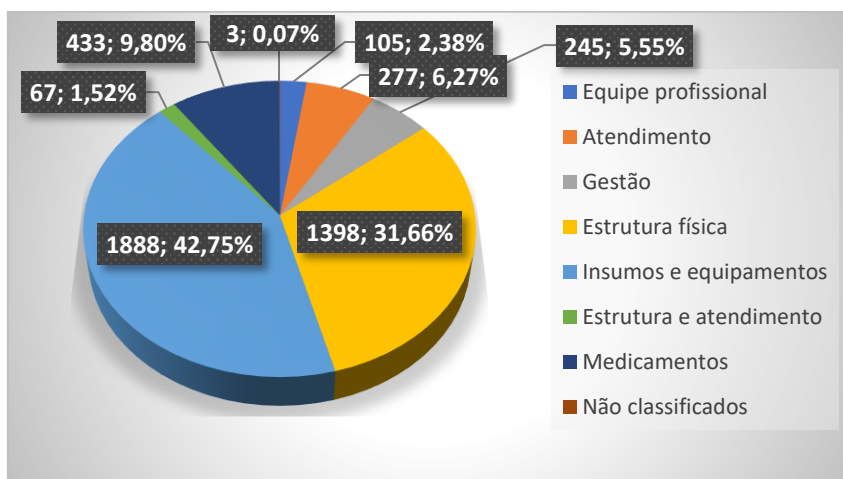
Como se pode ver no quadro acima, a maioria dos achados com prazo de resolução contém prazo de resolução de 30 dias (38,78%), em seguida, tem-se os achados com prazo de resolução de 60 dias (24,30%). Os achados com prazos de 120 dias representam 20,93% do total, já os achados com prazo de resolução imediata (5 dias), apesar de constarem em apenas um relatório, representam 8,69% do total e, por fim, os achados com prazo de resolução de 90 dias representam 7,30% do total. É importante frisar informar que os percentuais informados foram calculados sobre o total de achados com prazo de resolução indicados e não do total geral.

6.3.4 Classificação por critérios

A classificação por critérios – os mesmos utilizados na classificação dos instrumentos – foi feita para tornar possível a classificação dos achados não classificados nos relatórios e dos achados contidos em observações. O objetivo de classificar todos os achados e problemas contidos nos relatórios é compreender que tipos de problemas estão presentes nestes e quantificar esses problemas, para posteriormente compreender sua relação com os instrumentos utilizados nas ações.

Para o objetivo proposto, a classificação dos achados foi feita de acordo com seu conteúdo. Ou seja, os achados foram classificados pelo que trazem de conteúdo, se falam sobre gestão, sobre qualidade do atendimento, sobre medicamentos, sobre insumos e equipamentos, sobre estrutura física, sobre estrutura e atendimento – pois há demandas que trazem em seu texto conteúdo que relaciona as duas classificações – ou sobre equipe profissional. Sabe-se que os critérios de classificação afetam uns aos outros, por exemplo, a falta de estrutura prejudica a qualidade do atendimento, no entanto, para fins de classificação considerou-se apenas o que cada achado traz em seu conteúdo, e não o impacto causado por o que está sendo relatado.

Da extração dos achados, foram encontrados 4416 no total, sendo 3946 já classificados por prazo de resolução recomendado e 470 sem prazo de resolução – 110 pertencentes dos relatórios de Águas Lindas (01_GO) e Imperatriz (01_MA). Com a utilização da classificação acima descrita, apenas 3 não foram incluídos em nenhuma classificação, por tratarem-se de achados relacionados à segurança pública, serviço divergente do avaliado pela auditoria. Da classificação realizada obteve-se o seguinte resultado:

Gráfico 2 - Quantitativo do total de achados classificados

Fonte: Elaboração própria.

A maior parte do total geral de achados encontrados nos relatórios foi de achados relacionados a “insumos e equipamentos” e a “estrutura física”, cujos percentuais somados representam 74,41% do total geral. O terceiro maior percentual (9,80%) é relacionado a “medicamentos”, seguido de “atendimento” (6,27%), “gestão” (5,55%), “estrutura e atendimento” (1,52%) e restando o percentual de 0,07% dos achados não classificados referentes à segurança pública.

A análise do resultado encontrado na classificação por critérios em conjunto com a análise da classificação por prazos traz o entendimento de que a maioria dos achados encontrados na auditoria é relacionada a problemas que podem ser resolvidos com pouco tempo ou esforço, visto que, o maior percentual de achados é relacionado a “insumos e equipamentos” (42,75%) e o maior percentual da classificação por prazos é de achados de 30 dias (38,78%) e de 60 dias (24,30%). Esses achados relacionados a “insumos e equipamentos”, em grandes linhas, tratam da manutenção de equipamentos que apresentam defeito ou estão obsoletos, de pequenas manutenções a serem realizadas na unidade e adequações simples em ambientes, ou seja, problemas de resolução menos complicada. Por isso mesmo, o prazo de resolução para esses achados é, em sua maioria, de até 30 ou 60 dias, pois são problemas que não necessitam longos trâmites para sua resolução. Cabe dizer ainda, que esses achados, em muitos relatórios, também tratam da aquisição de equipamentos como ar-condicionado, termostatos, lixeiras com pedais, bancos para sala de espera, armários, mesas etc. – apesar de achados classificados com prazo até 120 dias também tratem destes problemas.

O segundo maior percentual de achados, relacionado a “estrutura física” (66%), também pode ser analisado em conjunto com a classificação por prazos, pois o terceiro maior percentual de achados classificados por prazos é de achados de 120 dias (20,93%), e estes, de modo geral, tratam de alterações na estrutura física das unidades, desde reformas estruturais mais gerais, como ampliações de espaços e reforma total das unidades, até a readequação de ambientes, como melhora da iluminação natural e ventilação, problemas que necessitam de trâmites mais longos para serem resolvidos – o que também inclui a substituição de equipamentos.

É importante dizer que os achados de 120 dias não compreendem apenas problemas relacionados à estrutura física e aquisição de equipamentos, pois também contém problemas que, em geral, necessitam de tempo mais longo para resolução, como a contratação de profissionais para completar equipes, problemas relacionados à necessidade de informatização do atendimento nas UBS, desmembramento de equipes de Saúde da Família e mudanças de sistemas de atendimento, de modo que, nessa classificação, também cabem achados relacionados a “atendimento” e “equipe profissional”.

Os achados relacionados a “estrutura física”, “insumos e equipamentos” também estão contidos no percentual de achados classificados até 90 dias (7,30%), assim como os relacionados a “medicamentos” e “equipe profissional” pois, uma rápida análise do conteúdo dos achados classificados com esse prazo mostra que eles trazem conteúdo relacionado a esses temas. Essa mesma análise mostra que o percentual de achados classificados com prazo até 5 dias – imediato (8,69%), aparecendo apenas no relatório de Irati (02_PR), contém achados relacionados a “medicamentos”, “insumos e equipamentos” e “estrutura física”, porém, achados de resolução bastante simples, como a aquisição de materiais de limpeza, itens de higiene, manutenção em torneiras, ralos, e aquisição de medicamentos básicos que não necessitam de licitação.

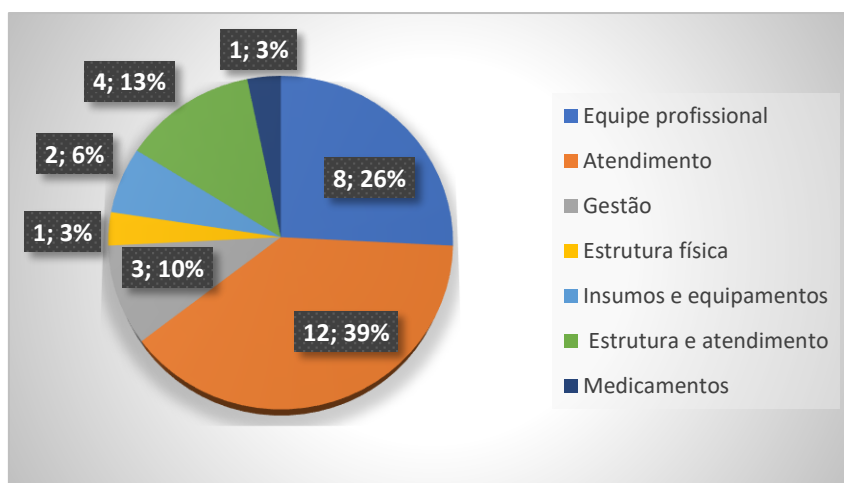
Quanto aos demais percentuais das outras classificações por critérios, pode-se dizer que estes encontram-se dispersos nas classificações por prazos ou mesmo fora delas – no caso de achados não classificados por prazos e observações – pois o prazo para resolução de problemas relacionados a “atendimento”, a “medicamentos”, a “gestão” e a “estrutura e atendimento”, variam de acordo com a complexidade do problema, que vai desde a distribuição de senhas para atendimento no caso de

“atendimento” até a necessidade de descentralização de serviços no caso de “estrutura e atendimento”.

A generalização aqui feita sobre a junção das duas classificações tem por objetivo apenas clarificar o modo como esses achados são tratados nos relatórios, sem necessidade de aprofundamento dessas análises. Disso, cabe a compreensão de que não há uma relação exatamente direta entre os prazos de resolução e os problemas levantados nos achados em termos de conteúdo simplesmente, mas sim em termos da complexidade do problema encontrado.

A classificação por critérios de avaliação dos achados foi feita para cada uma das ações realizadas, com a intenção de, por meio de análise cruzada, compreender como as ações da auditoria evoluíram no tempo em termos dos instrumentos de auditoria das UBS. Abaixo, apresenta-se o resultado obtido da classificação dos resultados de cada ação da auditoria mapeada com relatório da primeira visita disponível.

Gráfico 3 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Águas Lindas-GO (01_GO)



Fonte: Elaboração própria.

A classificação feita nos 31 achados da ação 01_GO resultou em uma maior quantidade de achados relacionados a “atendimento” (39%), corroborando o resultado encontrado por meio da classificação do instrumento utilizado na ação, que contém a maior parte dos itens (54,41%) também relacionados a “atendimento” (vide quadro 7). O segundo maior percentual é de 26% de achados relacionados a “equipe profissional”, o que respalda o resultado de 22,06% dos itens do instrumento utilizado na ação serem relacionados ao mesmo assunto.

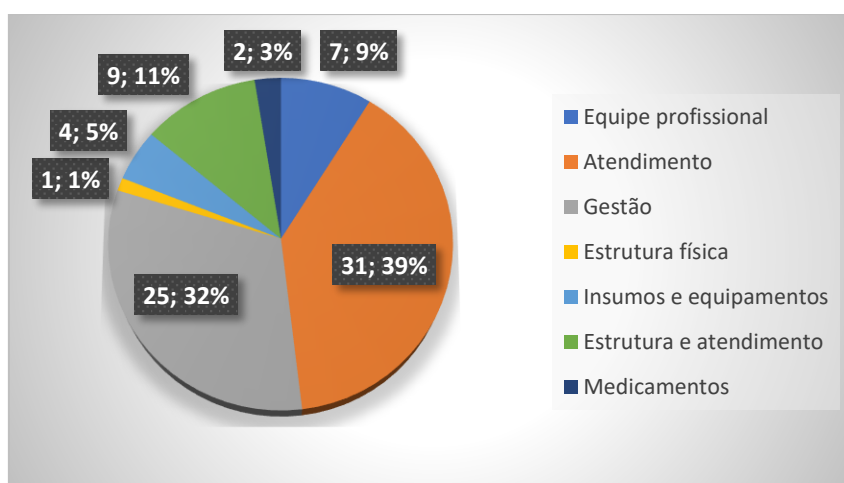
O terceiro maior percentual (13%), relacionado a “estrutura e atendimento”, não encontra respaldo na classificação do instrumento, no entanto, pode ser compreendido por entender que a classificação de achados pelo critério “estrutura e atendimento” levou em consideração o que o texto do achado no relatório trazia de conteúdo, ou seja, uma escolha de redação do relatório pode ter unido problemas relacionados a “atendimento”, que é o maior percentual dos itens, com problemas relacionados a “estrutura física”, que é o quarto maior percentual dos itens do instrumento (5,88%).

O quarto maior percentual dos achados em 01_GO é relacionado a “gestão” (10%), também em conformidade com o percentual de itens encontrados do mesmo critério na classificação do instrumento (10,3%). O quinto maior percentual é relacionado a “insumos e equipamentos” (6%), cuja classificação do instrumento utilizado na ação resultou em um percentual de 2,94%, sendo o menor percentual de itens do mesmo.

Os critérios “medicamentos” e “estrutura física” apresentaram o mesmo percentual de achados no relatório, cuja soma representa 6% do total. O percentual de itens do instrumento da ação relacionado a “medicamentos” (4,41%) é semelhante ao percentual relacionado a “estrutura física” mencionado acima, o que pode corroborar o resultado encontrado na classificação dos achados.

A segunda classificação, quantificada no gráfico abaixo, é pertinente aos 79 achados levantados na auditoria de 6 UBS do município de Imperatriz-MA.

Gráfico 4 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Imperatriz-MA (01_MA)



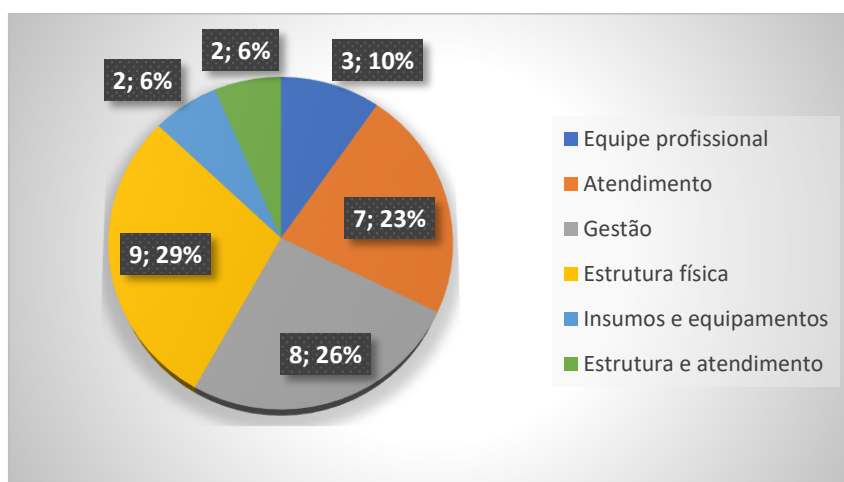
Fonte: Elaboração própria.

A classificação dos 79 achados da ação 01_MA mostra que o maior percentual de achados está contido na classificação “atendimento” (39%). O segundo maior percentual foi da classificação “gestão” (32%), o terceiro de “estrutura e atendimento” (11%), o quarto de “equipe profissional” (9%), o quinto de “insumos e equipamentos” (5%), o sexto de “medicamentos” (3%) e o sétimo de “estrutura física” (1%).

Devido a carência de documentação das ações, não foi possível obter o instrumento utilizado em 01_MA, porém, a proximidade da ação com a ação 01_GO – esta ocorrida em junho de 2012 e aquela em julho do mesmo ano, e a redação e formatação semelhante dos relatórios, faz crer que pode ter sido utilizado o mesmo instrumento em ambas as ações. No entanto, não é possível afirmar apenas por essas análises, e não foi possível confirmar com os entrevistados.

A próxima classificação é referente aos 31 achados levantados durante a auditoria de 6 UBS no município de Bauru, a segunda ação realizada no Estado de São Paulo.

Gráfico 5 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Bauru-SP (02_SP)



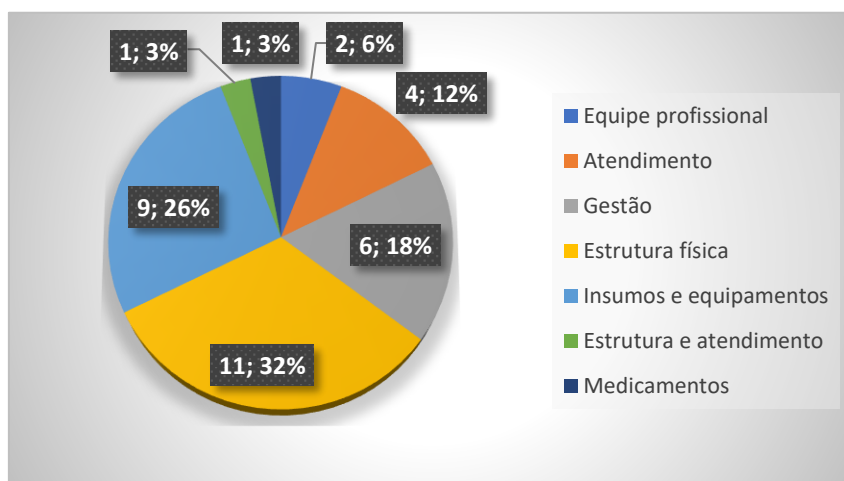
Fonte: Elaboração própria.

A classificação feita nos 31 achados da ação 02_SP retornou um percentual de 29% de achados classificados em “estrutura física”, cuja mesma classificação no instrumento retornou um percentual de apenas 4,35% dos itens. No entanto, por um desses itens apresentar resposta aberta e se tratar da verificação da existência e condições de ambientes das UBS, pode retornar maior quantidade de achados. O segundo maior percentual dos itens, 26%, encontra-se na classificação “gestão”, que, na classificação do instrumento representa apenas 8,70% de itens. O terceiro maior

percentual encontra-se na classificação “atendimento” (23%), a qual representa a maior parte dos itens do instrumento utilizado na ação (60,87%). O quarto maior percentual é de “equipe profissional” (10%), que representa 13,04% dos itens do instrumento. Os dois menores percentuais pertencem a “insumos e equipamentos” (6%) e a “estrutura e atendimento” (6%), cujos itens das mesmas classificações representam 2,17% e 4,35% respectivamente.

A classificação apresentada no gráfico a seguir é referente aos 34 achados das 4 UBS auditadas na primeira ação ocorrida no Estado de Minas Gerais (01_MG), no município de Januária.

Gráfico 6 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Januária-MG (01_MG)



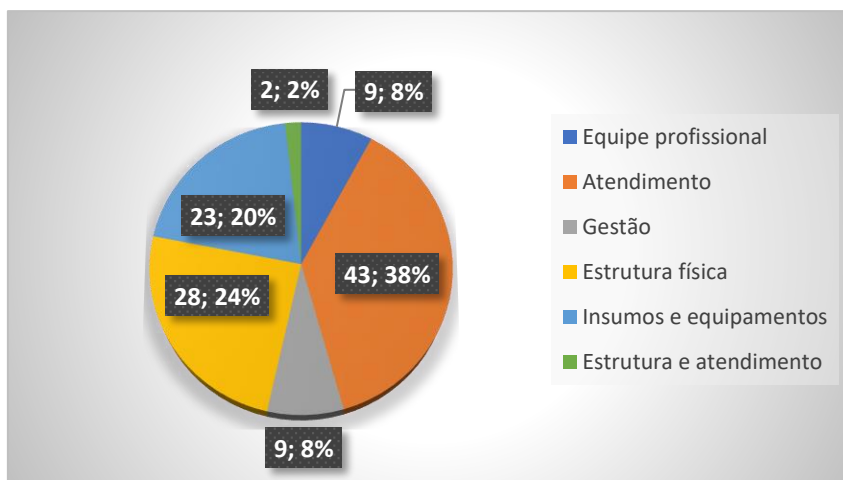
Fonte: Elaboração própria.

O maior percentual da classificação do total de 34 achados de 01_MG é referente a “estrutura física” (32%), em seguida tem-se 26% de achados relacionados a “insumos e equipamentos”, 18% relacionados a “gestão”, 12% relacionados a “atendimento”, 6% relacionados a equipe profissional, e por fim, o mesmo percentual para “medicamentos” (3%) e “estrutura e atendimento” (3%).

Para essa e para as próximas duas ações – todas realizadas em municípios do Estado de Minas Gerais – não foi possível estabelecer relação com o instrumento utilizado por ter tido acesso aos instrumentos nos documentos do IFC.

A classificação a seguir refere-se aos 114 achados da ação 02_MG, que auditou 11 UBS em Diamantina-MG.

Gráfico 7 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Diamantina-MG (02_MG)

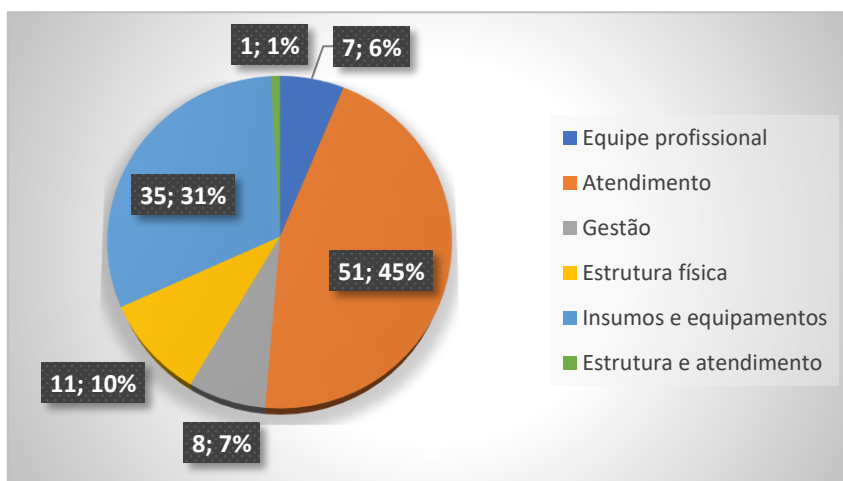


Fonte: Elaboração própria.

Conforme o gráfico acima, dos 114 achados da ação em Diamantina, a classificação retornou a maior quantidade de achados relacionados a “atendimento” (38%), seguindo-se dos achados relacionados a “estrutura física” (24%), depois “insumos e equipamentos” (20%), a mesma quantidade de achados de “equipe profissional” (8%) e “gestão” (8%) e, por fim, em menor quantidade, tem-se os achados relacionados a “estrutura e atendimento” (2%).

A próxima classificação, representada percentualmente no gráfico abaixo, é referente aos 113 problemas encontrados nas 10 UBS auditadas na ação 03_MG, ocorrida em São João del Rei.

Gráfico 8 - Quantitativo de achados classificados do relatório de São João del Rei-MG (03_MG)

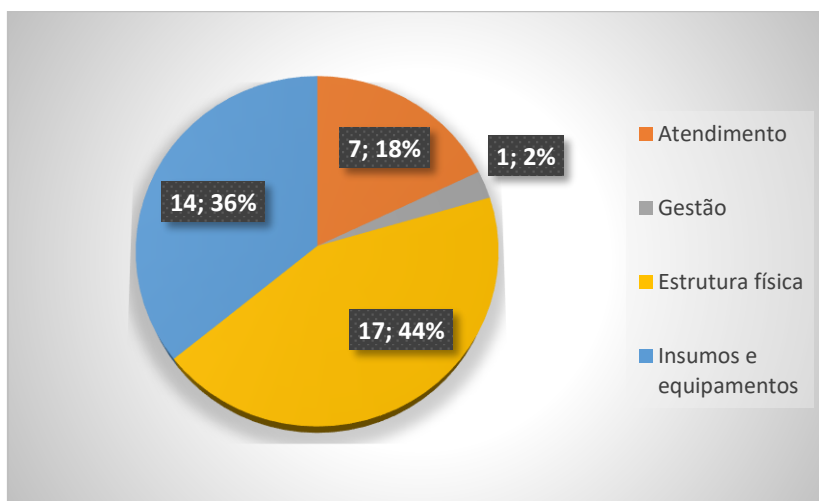


Fonte: Elaboração própria.

Como na ação 02_MG, os 113 achados classificados em 03_MG tem maior percentual na classificação “atendimento” (45%). O segundo maior percentual é referente a classificação “insumos e equipamentos” (31%), seguido de “estrutura física” (10%), “gestão” (7%), “equipe profissional” (6%), e “estrutura e atendimento” (1%).

As próximas quatro classificações apresentadas, referem-se às quatro primeiras ações ocorridas no Estado do Ceará. Primeiramente, tem-se a classificação de 39 achados levantados durante a auditoria de 3 UBS e 1 hospital na ação 01_CE, ocorrida em Antonina do Norte.

Gráfico 9 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Antonina do Norte-CE (01_CE)

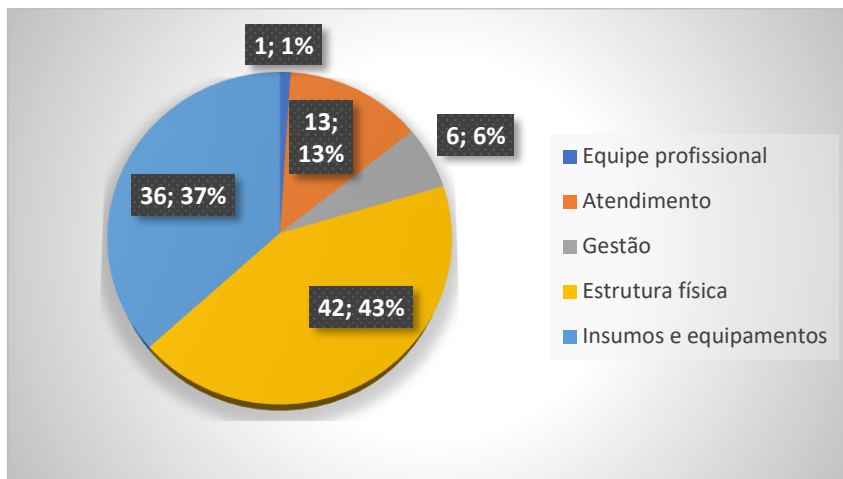


Fonte: Elaboração própria.

Da classificação realizada no total de 39 achados do relatório da ação 01_CE, obteve-se um percentual de 44% de achados relacionados a “estrutura física”. O percentual de itens da mesma classificação, no instrumento utilizado na ação, foi de 3,45%, no entanto, o instrumento traz um item aberto de verificação de existência e condições de instalações físicas, o que pode explicar uma maior quantidade de itens contidos nessa classificação. O percentual seguinte é de 36% dos achados relacionados a “insumos e equipamentos”, classificação cujo percentual de itens no instrumento foi de 1,72%, porém, havendo a mesma ocorrência citada anteriormente, de um item aberto de verificação e condições de equipamentos e insumos de atenção à saúde. Segue-se com 18% dos achados relacionados a “atendimento”, sendo essa a classificação que representa o maior percentual de itens do instrumento utilizado (67,24%). Por fim, tem-se apenas 1 achado relacionado a “gestão”, representando 2% dos achados, cuja classificação no instrumento foi de 5,17%.

A próxima classificação é referente aos achados do relatório da ação 02_CE, ocorrida em Ibiapina. O relatório da ação apresentou 98 achados referentes a auditoria de 7 UBS e 1 hospital. Nesta ação, e nas duas ações seguintes, foi utilizado o mesmo instrumento utilizado em 01_CE.

Gráfico 10 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Ibiapina-CE (02_CE)

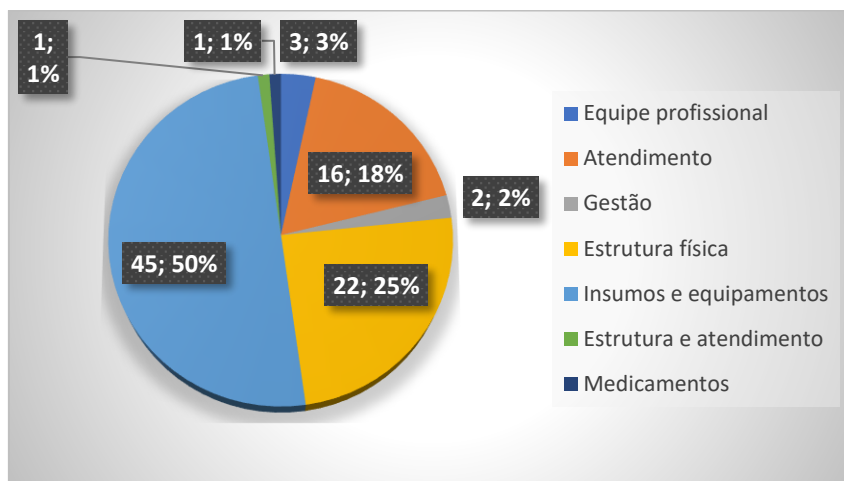


Fonte: Elaboração própria.

A ação em Ibiapina obteve um total 98 achados, dos quais 42 (43%) foram classificados como achados referentes a “estrutura física”, 36 (37%) foram classificados em “insumos e equipamentos”, 13 (13%) foram classificados em “atendimento”, 6 (6%) foram classificados em “gestão” e por fim, 1 (1%) foi classificado em “equipe profissional”.

A classificação seguinte foi realizada nos 90 achados do relatório da ação 03_CE, realizada em 8 UBS do município Crateús.

Gráfico 11 - Quantitativo achados classificados do relatório de Crateús-CE (03_CE)

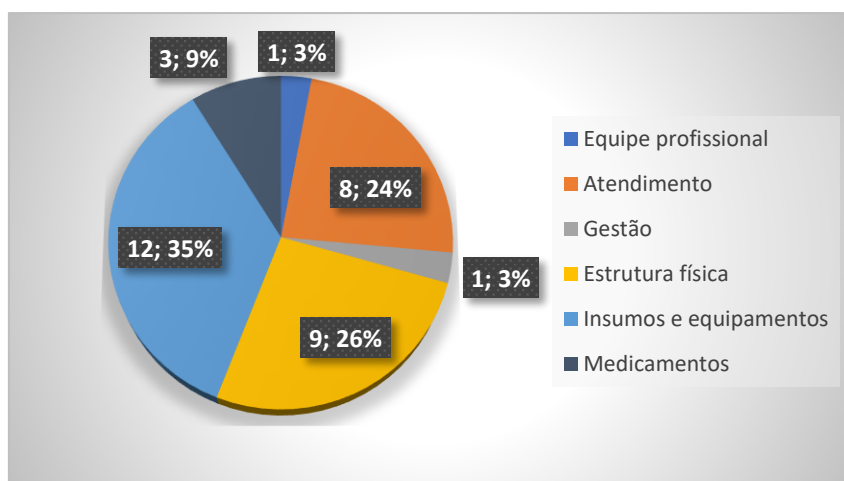


Fonte: Elaboração própria.

O relatório levantou 90 problemas cuja classificação retornou a maior quantidade de achados relacionada a “insumos e equipamentos”, representando 50% do total. O segundo maior percentual foi de achados relacionados a “estrutura física” (25%) e o terceiro relacionado a “atendimento” (18%). Foram classificados apenas 2 itens em “gestão” (2%), 3 em “equipe profissional” (3%), 1 em “estrutura e atendimento” (1%) e 1 em “medicamentos” (1%).

A classificação representada pelo gráfico abaixo é referente aos 34 problemas encontrados durante a auditoria de 5 UBS e 1 hospital na ação 04_CE, realizada em Ocara.

Gráfico 12 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Ocara-CE (04_CE)



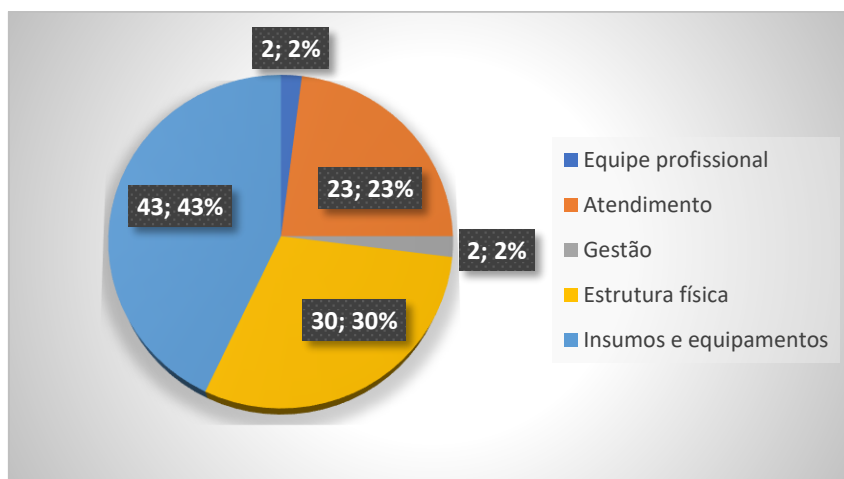
Fonte: Elaboração própria.

A classificação feita nos 34 achados da ação 04_CE obteve um maior percentual de achados relacionados a “insumos e equipamentos (35%), seguido de 26% dos achados relacionados a “estrutura física”, 24% de achados relacionados a “atendimento”, 9% relacionado a “medicamentos”, 3% relacionado a “equipe profissional” e o mesmo percentual relacionado a “gestão”.

Como se pode observar, nas quatro ações acima, os maiores percentuais são relacionados a “estrutura física”, “insumos e equipamentos” e “atendimento”. As quatro ações utilizaram o mesmo instrumento na verificação das UBS, contendo 1 item aberto relacionado a “estrutura física” e 1 relacionado a “insumos e equipamentos”, além de ter o maior percentual de itens relacionado a “atendimento” (67,24%), o que, como explicado na relação feita com o relatório da ação 01_CE, pode explicar a ocorrência destes percentuais.

A próxima ação cujos achados foram classificados foi a segunda ação ocorrida no Estado de Goiás (02_GO), em Planaltina-GO. A ação realizou auditorias em 12 UBS do município, retornando 100 achados referentes aos problemas encontrados.

Gráfico 13 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Planaltina-GO (02_GO)

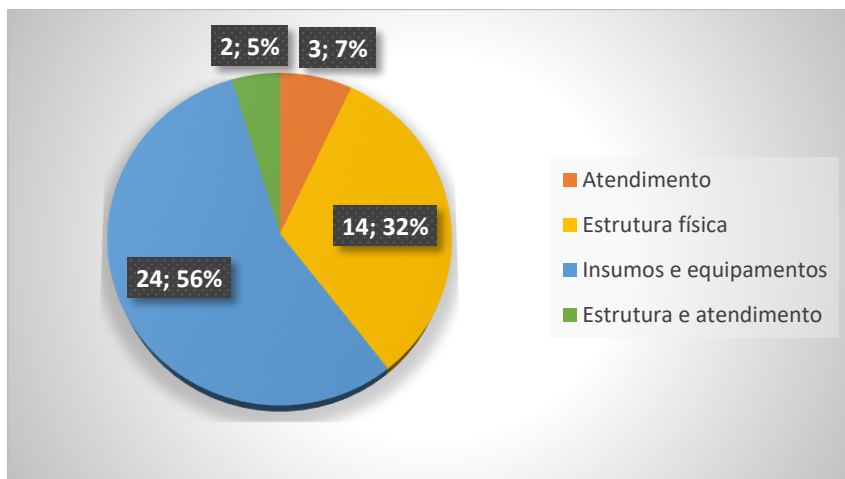


Fonte: Elaboração própria.

A classificação dos 100 achados do relatório da ação 02_GO retornou um percentual de 43% de achados relacionados a “insumos e equipamentos”, 30% de achados relacionados a “estrutura física”, 23% de achados relacionados a “atendimento”, 2% de achados relacionados a “gestão” e o mesmo percentual de achados relacionados a “equipe profissional”.

A classificação percentualmente representada no próximo gráfico, foi realizada nos 43 achados referentes a ação 04_SP, executada em 2 UBS do município Águas da Prata.

Gráfico 14 - Quantitativos achados classificados do relatório de Águas da Prata-SP (04_SP)

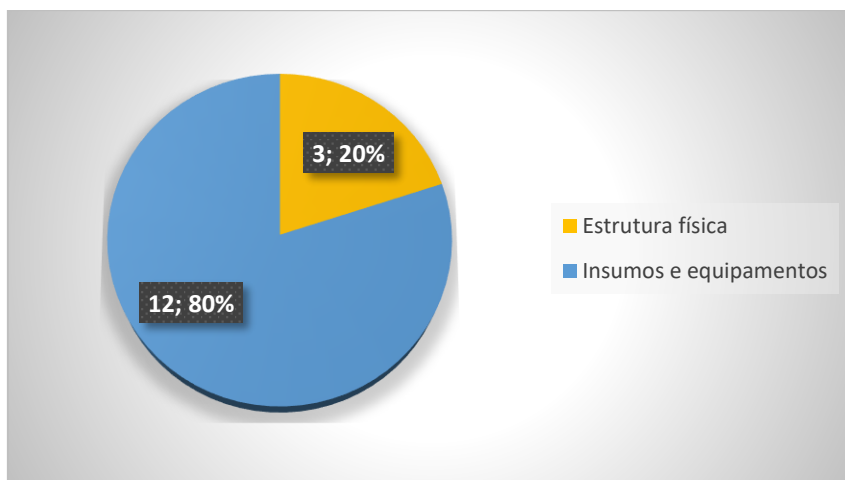


Fonte: Elaboração própria.

A maior quantidade de achados classificados está contida na classificação “insumos e equipamentos” (56%), seguida da contida em “estrutura física” (32%), em “atendimento” (7%) e, por fim, em “estrutura e atendimento” (5%).

A seguir, tem-se a classificação feita em 15 achados da ação 05_SP, ocorrida em uma UBS de Analândia-SP.

Gráfico 15 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Analândia-SP (05_SP)

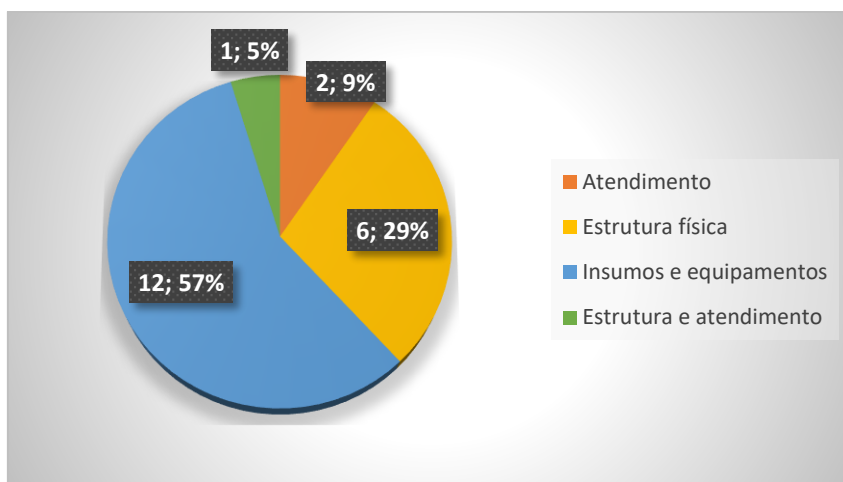


Fonte: Elaboração própria.

A classificação realizada nos 15 achados do relatório da ação 05_SP só retornou achados classificados em “insumos e equipamentos” (80%) e “estrutura física” (20%).

A próxima ação cujos achados foram classificados ocorreu em 2 UBS do município São João da Boa Vista, sendo a sexta ação executada no Estado de São Paulo (06_SP).

Gráfico 16 - Quantitativo de achados classificados do relatório de São João da Boa Vista-SP (06_SP)

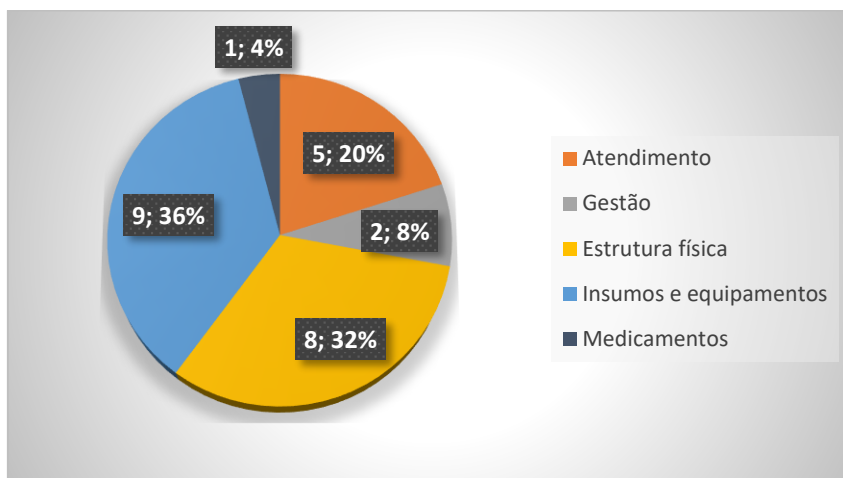


Fonte: Elaboração própria.

Conforme o gráfico acima, a classificação realizada nos 21 achados de 06_SP retornou 57% de achados contidos em “insumos e equipamentos”, 29% contidos em “estrutura física”, 9% contidos em “atendimento” e 5% contidos em “estrutura e atendimento”.

Abaixo, apresenta-se a classificação obtida dos achados do relatório da ação 07_SP, a ação consistiu na auditoria em 2 UBS do município Santa Branca.

Gráfico 17 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Santa Branca-SP (07_SP)

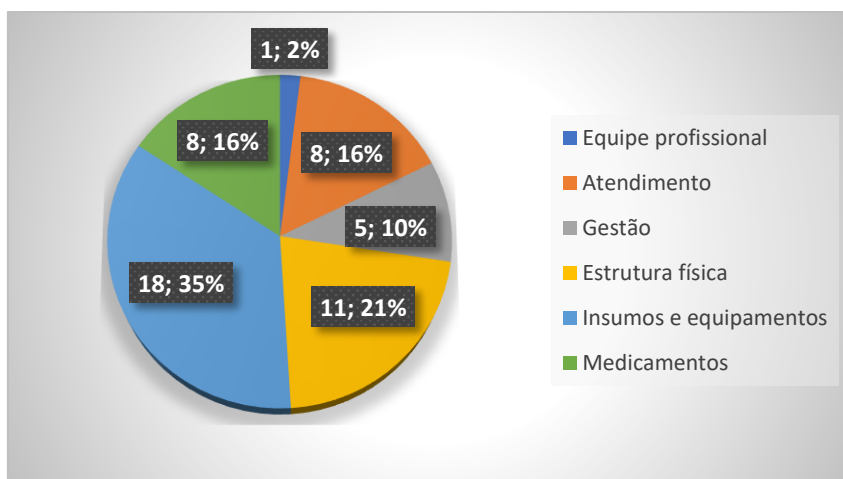


Fonte: Elaboração própria.

O relatório da ação 07_SP contém 25 achados, cuja classificação mostra um percentual de 36% de achados relacionados a “insumos e equipamentos”, 32% relacionados a “estrutura física”, 20% relacionados a “atendimento”, 8% relacionados a “gestão” e 4% relacionados a “medicamentos”.

O gráfico a seguir traz o quantitativo e o percentual relacionado dos 51 achados classificados da ação realizada em 4 UBS de Nerópolis-GO.

Gráfico 18 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Nerópolis-GO (03_GO)

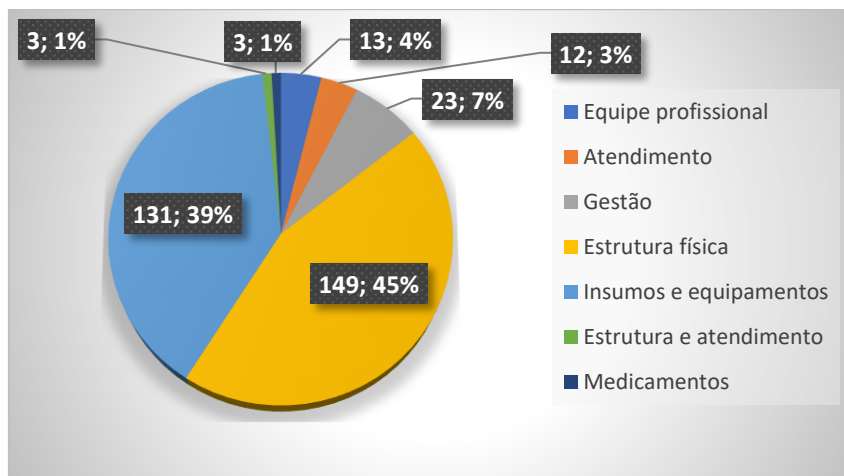


Fonte: Elaboração própria.

Dos 51 achados classificados do relatório de 04_GO, 35% é relacionado a “insumos e equipamentos”, 21% é relacionado a “estrutura física”, “atendimento” e “medicamentos” tem o mesmo percentual de 16%, 10% é relacionado a “gestão” e 2% é relacionado a “equipe profissional”.

Abaixo segue a classificação dos 334 achados do relatório de São José dos Pinhais, a primeira ação ocorrida no Estado do Paraná (01_PR), cuja auditoria consistiu em visitas a 24 UBS do município.

Gráfico 19 - Quantitativo de achados classificados do relatório de São José dos Pinhais-PR (01_PR)

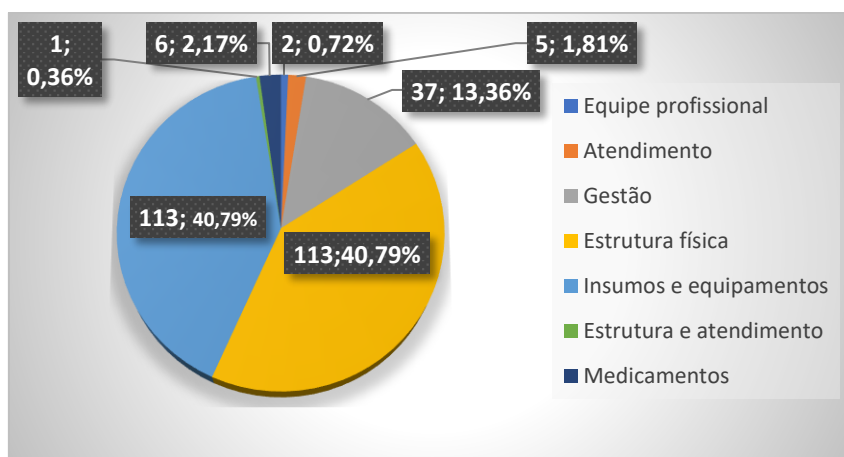


Fonte: Elaboração própria.

O relatório da ação 01_PR obteve 334 achados dos quais 149 (45%) são relacionados a “estrutura física”, 131 (39%) são relacionados a “insumos e equipamentos”, 23 (7%) são relacionados a “gestão”, 13 (4%) são relacionados a “equipe profissional”, 12 (3%) são relacionados a “atendimento”, 3 (1%) a “estrutura e atendimento” e a mesma quantidade é relacionada a “medicamentos”.

A próxima classificação é referente aos achados do relatório da ação 04_GO, a qual foi realizada em 12 UBS de Novo Gama-GO.

Gráfico 20 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Novo Gama-GO (04_GO)

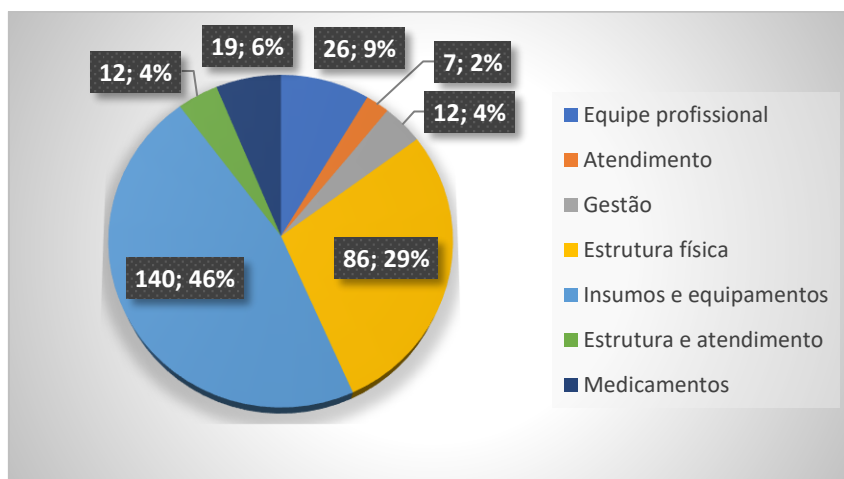


Fonte: Elaboração própria.

Do total de 277 achados do relatório de 04_GO, os maiores percentuais estão relacionados a achados classificados nos critérios “estrutura física” e “insumos e equipamentos”, que apresentam o mesmo percentual de achados classificados (40,79%). O terceiro maior percentual é relativo a “gestão” com 13,36% dos achados. Em seguida, tem-se 2,17% relacionado a “medicamentos”, 1,81% relacionado a “atendimento”, 0,72% relacionado a “equipe profissional” e 0,36% relacionado a “estrutura e atendimento”.

A próxima classificação diz respeito aos 302 achados da ação 05_GO, a segunda ação realizada em Planaltina-GO, porém, dessa vez, a visita foi realizada em 20 UBS do município.

Gráfico 21 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Planaltina-GO (05_GO)



Fonte: Elaboração própria.

Na segunda ação realizada em Planaltina-GO, dos 302 achados classificados, 46% é referente ao critério “insumos e equipamentos”, ocorrência que pode ter relação com a quantidade de itens classificados sob o mesmo critério no instrumento utilizado na ação que representaram 41,41% do instrumento. O segundo maior percentual, 29%, foi relacionado a “estrutura física”, que foi o critério com o terceiro maior percentual de itens no instrumento (17,17%). Em seguida, o relatório obteve 9% dos itens classificados em “equipe profissional”, cujo percentual de itens no instrumento foi de 8,08%. No instrumento, 19,20% dos itens foram relacionados a “medicamentos”, critério cujo percentual de achados no relatório foi de apenas 6%.

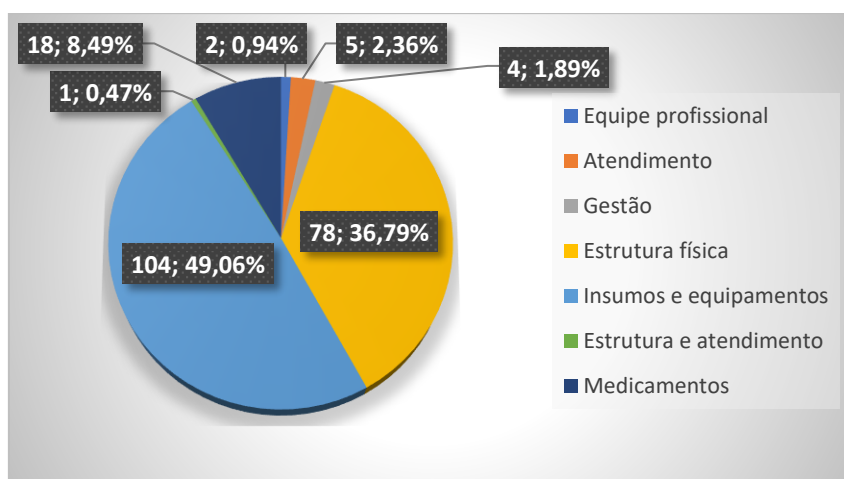
Nenhum dos itens do instrumento foi classificado em “estrutura e atendimento”, porém, 4% dos achados foram classificados sob esse critério. Essa ocorrência pode

ser explicada, como dito em outro ponto, pela escolha da redação do texto dos achados, que acaba por unir problemas relacionados às duas classificações “estrutura” e “atendimento”, as quais, na prática, estão intimamente relacionadas.

Em continuidade à classificação, o quarto maior percentual de itens no instrumento é relacionado a “atendimento”, representando 13,13% do instrumento, no entanto, os achados dessa classificação representam 2% do relatório da ação. Por fim, tem-se 4% dos achados relacionado a “gestão”, cujo percentual de itens no instrumento é o menor, representando 1,01%.

A próxima ação cujos achados foram classificados levantou 212 achados no total, referente à 18 UBS visitadas durante a segunda ação da auditoria em Águas Lindas. O instrumento utilizado na ação não foi o mesmo utilizado na primeira ação no município (01_GO), porém, não estava acessível nos documentos disponíveis.

Gráfico 22 – Quantitativo de achados classificados do relatório de Águas Lindas-GO (06_GO)



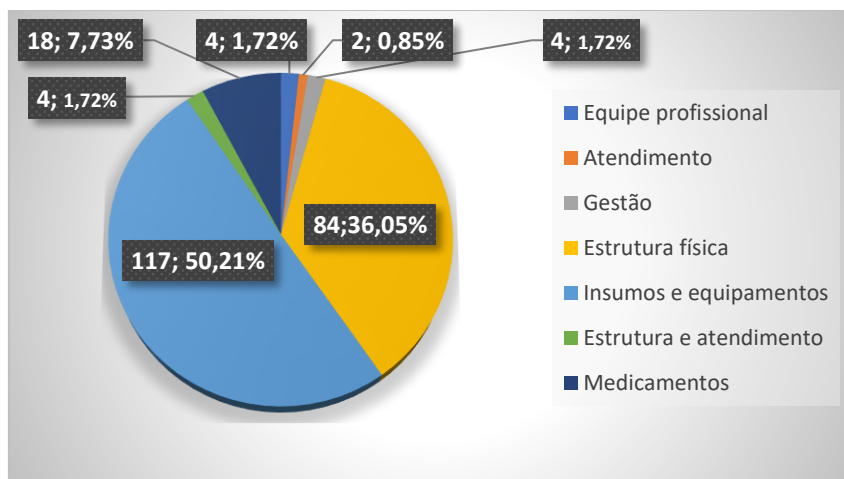
Fonte: Elaboração própria.

Dos achados classificados, obteve-se o maior percentual relacionado a “insumos e equipamentos”, cujos 104 achados representam 49,06% dos achados do relatório. Em seguida, tem-se 36,79% dos achados referente a “estrutura física”. Os percentuais dos demais critérios são muito inferiores, já que os dois maiores percentuais já somam 85,85% do total.

Os 18 itens de “medicamentos” representam 8,49% do total, seguidos de 2,36% relacionado a “atendimento”, 1,89% relacionado a “gestão”, 0,94% relacionado a “equipe profissional” e 0,47% a “estrutura e atendimento”.

A classificação seguinte ocorreu nos 233 achados da ação ocorrida em Viçosa-CE, que visitou 17 UBS.

Gráfico 23 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Viçosa do Ceará-CE (06_CE)

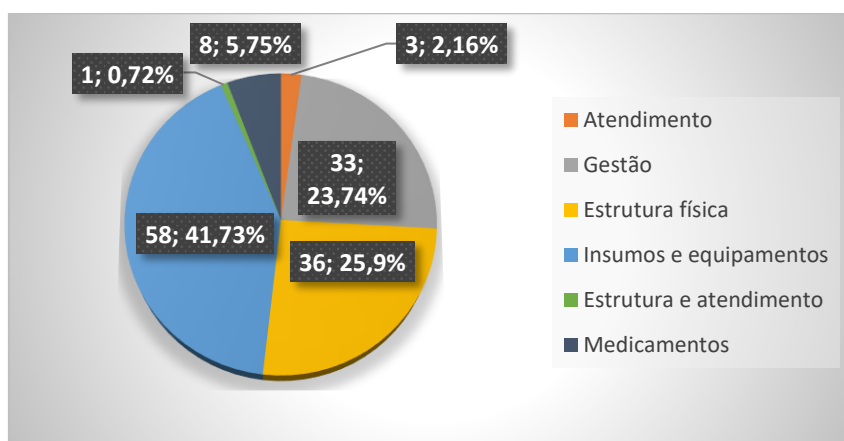


Fonte: Elaboração própria.

Dos achados classificados, 50,21% foram classificados em “insumos e equipamentos”, 36,05% em “estrutura física” e 7,73% em “medicamentos”. Os critérios “gestão”, “atendimento” e “estrutura e atendimento” tiveram os mesmos percentuais, sendo 1,72% cada. O menor percentual foi encontrado no critério “atendimento”, com apenas 0,85% do total dos achados do relatório.

A próxima ação cujos resultados foram classificados consistiu na visita de 9 UBS do município Guaraciaba do Norte. A ação retornou 139 problemas apresentados como achados no relatório.

Gráfico 24 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Guaraciaba do Norte-CE (08_CE)

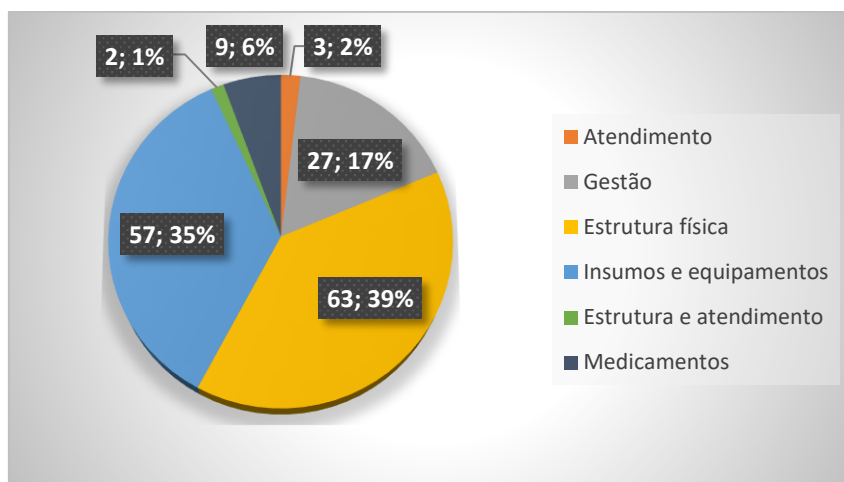


Fonte: Elaboração própria.

Dos 139 achados extraídos do relatório, 41,73% foram classificados em “insumos e equipamentos”, 25,9% em “estrutura física”, 23,74% em “gestão”, 5,75% em “medicamentos”, 2,16% em “atendimento” e 0,72% em “estrutura e atendimento”.

A classificação a seguir foi feita nos 161 achados encontrados no relatório da ação 09_CE. Os achados encontrados na nona ação ocorrida no Ceará são pertinentes a 10 UBS visitadas.

Gráfico 25 - Quantitativo de achados classificados do relatório de São Benedito-CE (09_CE)

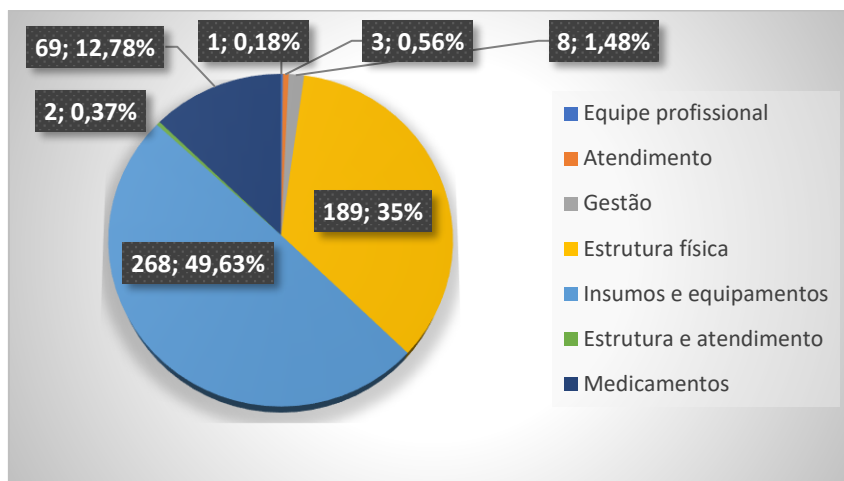


Fonte: Elaboração própria.

Dos achados referentes aos problemas das UBS de São Benedito, 39% foram classificados em “estrutura física”, 35% em “insumos e equipamentos”, 17% em “gestão”, 6% em “medicamentos”, 2% em “atendimento” e 1% em “estrutura e atendimento”.

A classificação representada no gráfico abaixo é relativa aos achados levantados durante a visita em 91 UBS do município Fortaleza.

Gráfico 26 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Fortaleza-CE (10_CE)



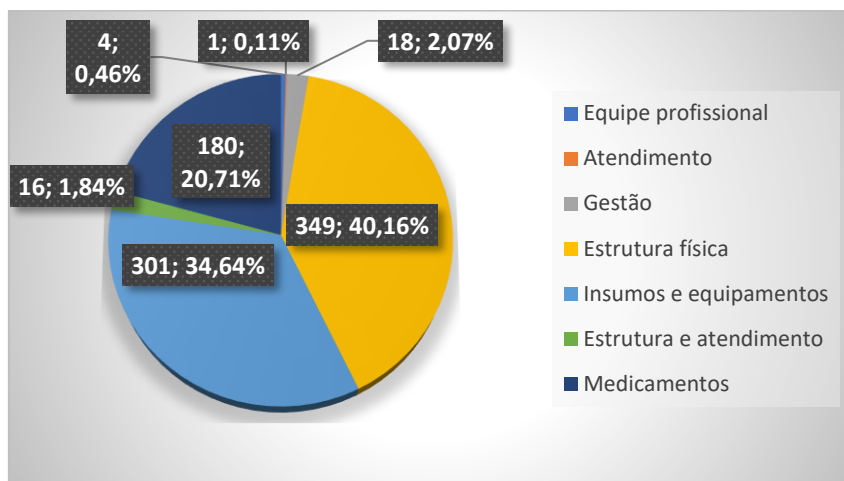
Fonte: Elaboração própria.

Dos 540 problemas constantes nos achados da ação, 49,63% é o percentual referente a “insumos e equipamentos”, o instrumento utilizado na ação consistiu em 26,22% de itens relacionados ao mesmo critério. Do total, 35% dos achados são relacionados a “estrutura física”, critério cujo percentual de itens no instrumento foi de 31,10%. O percentual de 12,78% é referente a “medicamentos”, que possui o terceiro maior percentual de itens do instrumento (17,07%). Os menores percentuais de achados são 1,48% de “gestão”, 0,56% de “atendimento”, e 0,18% de “equipe profissional”, os percentuais desses critérios de classificação no instrumento foram de, respectivamente, 3,66%, 14,63% e 7,32%.

Por fim, resta o percentual 0,37% de “estrutura e atendimento” cuja classificação não retornou nenhum item no instrumento, mas pode, como em dito sobre outras classificações, remeter a uma escolha de redação do relatório que uniu problemas das duas classificações – “estrutura” e “atendimento” – em um único achado.

A penúltima classificação apresentada aqui é referente a ação ocorrida em Irati, município do Paraná que teve 19 UBS visitadas durante a auditoria.

Gráfico 27 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Irati-PR (02_PR)

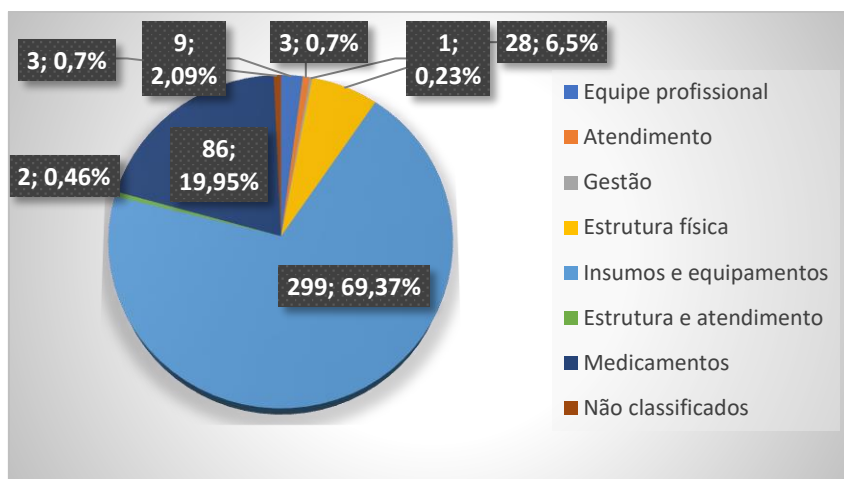


Fonte: Elaboração própria.

A ação em Irati levantou 869 problemas nas UBS visitadas. Os achados que enunciam estes problemas foram classificados, em sua maioria, como achados referentes a “estrutura física” (40,16%). O segundo maior percentual (34,64%) foi de achados classificados em “insumos e equipamentos”, seguido de 20,71% de achados classificados em “medicamentos”, 2,07% de “gestão”, 1,84% de “estrutura e atendimento”, 0,46% de “equipe profissional” e 0,11% de “atendimento”.

A última classificação, representada abaixo, foi feita nos 431 achados relacionados aos problemas levantados em 20 UBS visitadas durante a terceira ação da auditoria em Planaltina-GO. O instrumento utilizado na ação foi o mesmo utilizado na ação 05_GO, também em Planaltina-GO.

Gráfico 28 - Quantitativo de achados classificados do relatório de Planaltina-GO (07_GO)



Fonte: Elaboração própria.

Os achados tiveram um percentual de 69,37% de achados classificados em “insumos e equipamentos”, no instrumento, como dito acima, o percentual de itens classificados nesse critério foi de 41,41%. Aqui, diferente do ocorrido em 05_GO, cujo segundo maior percentual foi de achados de “estrutura física”, tem-se 19,95% dos problemas relacionado a “medicamentos”, cujo percentual no instrumento foi de 19,20% - o segundo maior percentual de itens do instrumento. “Estrutura física” teve um percentual de 6,5% de achados, em contraste com 17,17% de itens da mesma classificação no instrumento utilizado.

A classificação “equipe profissional” obteve um percentual de 2,09% de achados, e, no instrumento, 8,08%. Em seguida, obteve-se 0,23% de achados de “gestão” e 0,30% de “atendimento”, cujos percentuais no instrumento foram, respectivamente, 1,01% e 13,13%. O critério “estrutura e atendimento” abrangeu apenas 0,46% de achados e nenhum item do instrumento, o que ter relação com a escolha de redação já citada anteriormente. O último percentual foi de 0,30% de achados não classificados referentes a serviço divergente do objeto da auditoria.

Ressalta-se que as classificações que não foram relacionadas com percentuais de itens do instrumento não o foram devido a inexistência do instrumento utilizado nos documentos disponíveis. Ressalta-se ainda que a relação feita entre o percentual de achados dos relatórios e dos itens dos instrumentos utilizados nas ações tem por objetivo evidenciar ou não a relação do formato destes instrumentos com os resultados alcançados pela auditoria.

Via de regra, encontra-se uma relação entre a quantidade de achados de determinado critério da classificação com a quantidade de itens do instrumento utilizado, porém, essa relação é demasiado fraca para dizer que estes resultados têm relação direta entre si. No entanto, chama a atenção a mudança do padrão de classificação dos resultados encontrado desde a primeira auditoria até a última, e essa relação com a mudança no padrão dos instrumentos será analisada adiante.

7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A auditoria tem resultados sob duas óticas: a fiscalização e a capacitação. A primeira ótica dos resultados foi trabalhada acima no processo de classificação dos resultados encontrados nos relatórios e, em parte, na classificação dos instrumentos utilizados. A segunda ótica foi trabalhada, também em parte, pela classificação dos instrumentos.

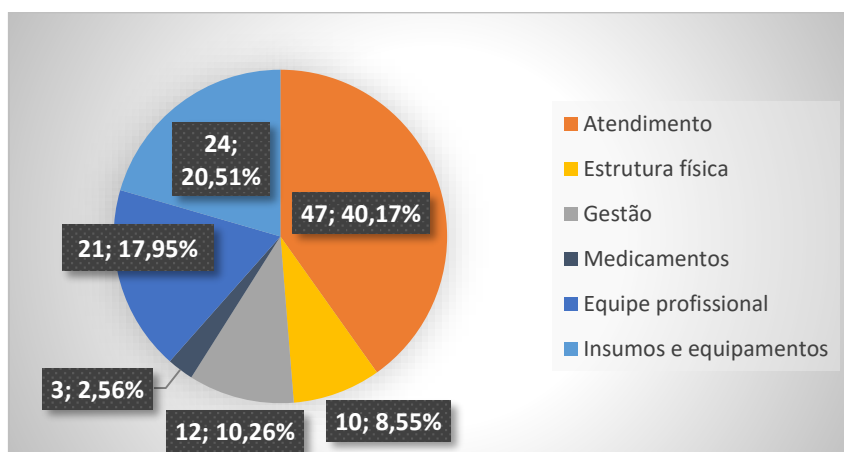
A classificação consistiu em um trabalho quantitativo e qualitativo dos resultados do mapeamento dos instrumentos e dos resultados do mapeamento dos achados dos relatórios. Agora, passar-se-á a uma análise dos resultados encontrados e acima descritos, e essa análise tem por objetivo enxergar os resultados obtidos pelas lentes da aprendizagem.

7.1 SOBRE A DIMENSÃO DE FISCALIZAÇÃO E AS MUDANÇAS REALIZADAS NOS INSTRUMENTOS

Os instrumentos da auditoria foram mudando com o passar do tempo. A classificação dos instrumentos se deu pelo objetivo de compreender se essas mudanças foram mudanças de critérios de avaliação dos instrumentos, se houve aumento de critérios ou apenas aumento das questões de cada critério. Neste sentido, a análise aqui realizada tem por objetivo evidenciar a compreensão obtida e construir a trajetória desses instrumentos na Auditoria Cívica na Saúde.

No primeiro instrumento analisado, utilizado na ação em Marília (01_SP) tem-se um total de 117 questões, que foram classificadas como representado no gráfico abaixo:

Gráfico 29 - Percentual de itens do instrumento de Marília-SP por tema



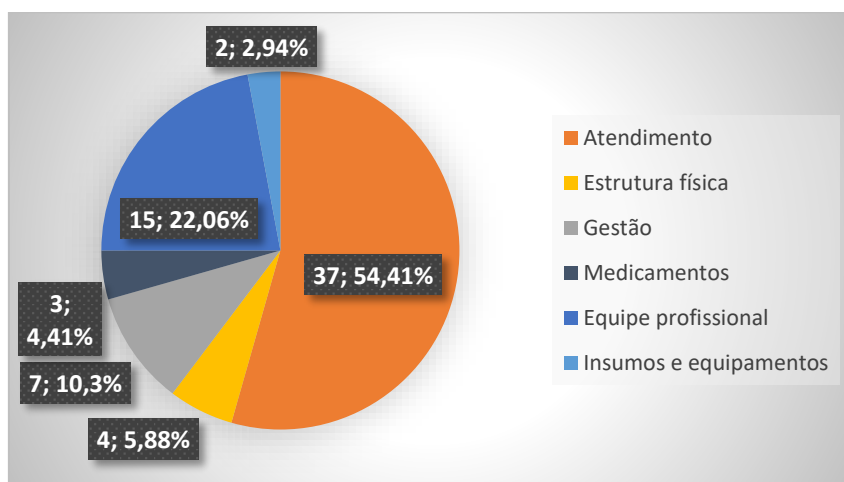
Fonte: Elaboração própria

Os três maiores percentuais do instrumento são “atendimento” (40,17%), “insumos e equipamentos” (20,51%) e “equipe profissional” (17,95%). O instrumento ainda foi classificado, como visto na seção pertinente à classificação, como semiaberto.

Vale ressaltar, que a ação em Marília-SP foi a primeira realizada pelo IFC. Segundo Diego Ramalho, ex-diretor executivo do IFC, a metodologia utilizada foi adaptada de uma metodologia de auditoria de controle, criada por Henrique Moraes Ziller, fundador do IFC e auditor do Tribunal de Contas da União.

O segundo instrumento analisado foi utilizado na ação 01_GO, em Águas Lindas. O instrumento, como visto na seção de classificação, consistiu em um conjunto de 68 questões, as quais foram classificadas e estão representadas percentualmente abaixo:

Gráfico 30 - Percentual de itens do instrumento de Águas Lindas-GO por tema



Fonte: Elaboração própria

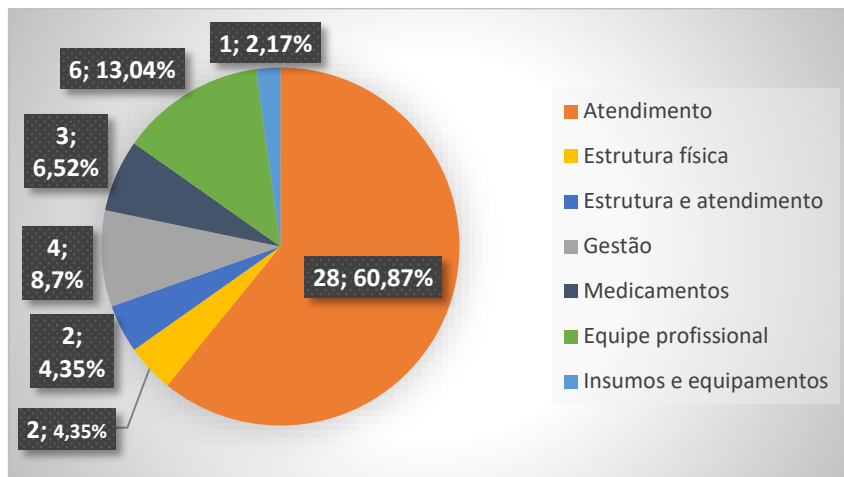
De acordo com o gráfico apresentado, vê-se que a maior quantidade de itens também é do critério “atendimento” (54,41%) e que os dois outros maiores percentuais são de “equipe profissional” (22,06%) e de “gestão” (10,30%). A grande diferença do instrumento utilizado em 01_SP para o utilizado em 01_GO é que este consistiu em um formato de questionário totalmente aberto.

Em termos de quantidade de itens há uma variação percentual de 41,88% na quantidade de itens do primeiro instrumento de 01_SP para este – de 117 itens para 68, porém, a maior quantidade de itens continua sendo do critério “atendimento”.

O terceiro instrumento a que se teve acesso, como apresentado em outra seção, foi utilizado na ação 02_SP, em Bauru. O instrumento teve um quantitativo

menor de questões quando comparado aos demais, trazendo 46 questões divididas nos 7 critérios aqui adotados para a classificação. A representação percentual da classificação está representada abaixo.

Gráfico 31 - Percentual de itens do instrumento de Bauru-SP por tema

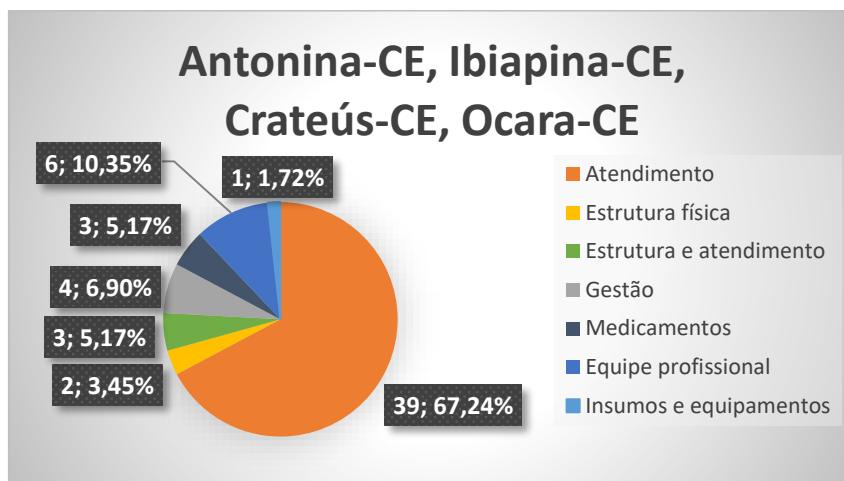


Fonte: Elaboração própria.

Neste instrumento, de formato semiaberto, em relação à quantidade de itens, houve uma diminuição de 60,68% em relação ao instrumento de 01_SP (de 117 para 46) e de 32,35% em relação ao de 01_GO (de 68 para 46). No entanto, como verificado acima, também há uma predominância de itens de “atendimento” (60,87%). Os dois seguintes maiores percentuais foram, também, de “equipe profissional” (13,04%) e “gestão” (8,7%).

O próximo instrumento, consistido em 58 questões, como já dito, foi utilizado em 4 ações realizadas no Ceará, nos municípios de Antonina do Norte, Ibiapina, Crateús e Ocara.

Gráfico 32 - Percentual de itens do instrumento de Antonina do Norte-CE, Ibiapina-CE, Crateús-CE e Ocara-CE por tema

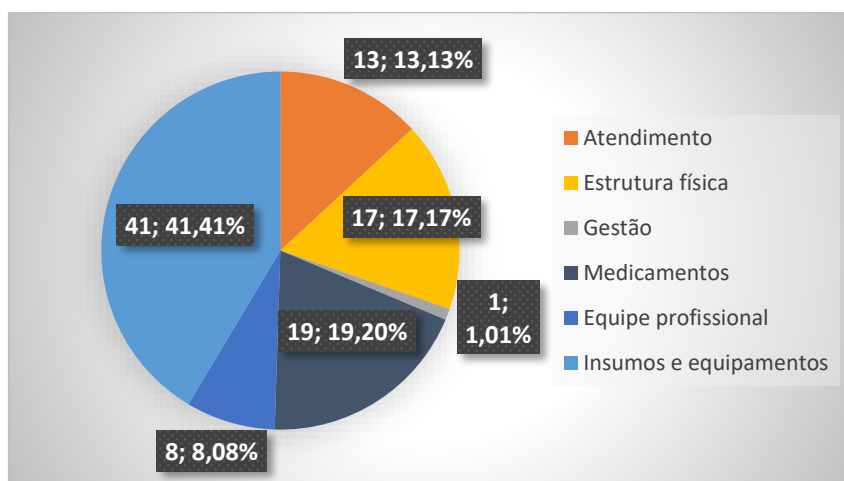


Fonte: Elaboração própria

O instrumento das ações 01_CE, 02_CE, 03_CE e 04_CE também tem formato semiaberto. Em relação aos demais instrumentos, quanto à quantidade de itens, há uma redução de 50,42% em relação ao item utilizado em 01_SP (de 117 para 58), uma redução de 14,70% em relação ao instrumento de 01_GO (de 68 para 58) e um aumento de 26,08% de itens em relação a 02_SP (de 46 para 58). A semelhança com relação aos demais continua sendo um maior percentual de itens de atendimento (67,24%), seguido, novamente, pela quantidade de itens de equipe profissional (10,90%) e de gestão (6,90%).

O próximo instrumento analisado tem 99 questões e, como antes apresentado, foi utilizado nas ações 05_GO e 07_GO, em Planaltina-GO.

Gráfico 33 - Percentual de itens do instrumento de Planaltina-GO por tema



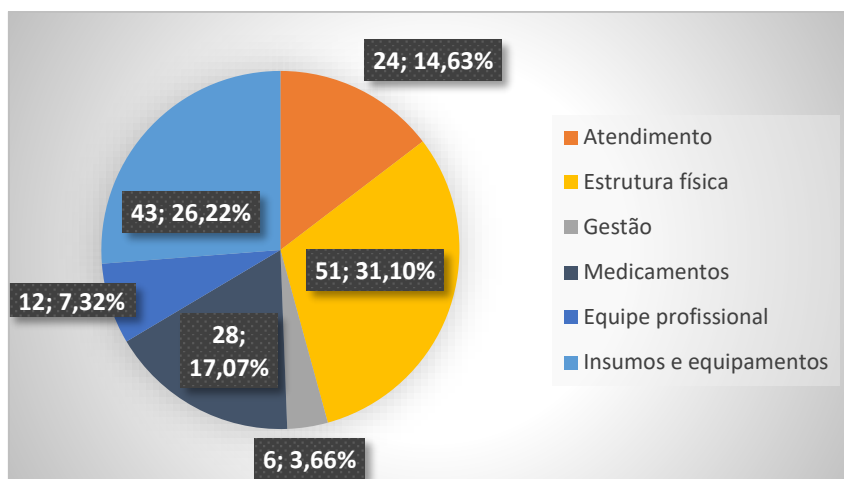
Fonte: Elaboração própria.

O instrumento tem o formato de um questionário fechado, diferentemente dos instrumentos analisados até aqui. Os itens com relação ao primeiro instrumento (01_SP), tiveram uma redução de 15,38% (de 117 para 99), com relação ao instrumento 01_GO o houve um aumento de 45,58% de itens (de 68 para 99), quanto aos itens de 01_CE, 02_CE, 03_CE e 04_CE houve um aumento de 70,68% (de 58 para 99).

O instrumento também sofre uma alteração significativa na quantidade de itens por critério avaliado, passando a um percentual de 41,41% de itens do critério “insumos e equipamentos”, sendo os dois maiores percentuais, em seguida, de “medicamentos” (19,20%) e “estrutura física” (17,17%), apresentando um percentual de 13,13% de itens de atendimento. Devido à carência documental verificada, não se tem dimensão de como essa alteração se deu, se foi sendo feita aos poucos nos instrumentos de outras ações ou se houve realmente um ponto de inflexão em que o padrão de avaliação desses instrumentos passa a ser outro. O que se percebe, é que os critérios de avaliação permanecem os mesmos, o que se altera é a quantidade de questões relacionada à cada critério.

Por fim, tem-se a última metodologia analisada, e a metodologia mais recente encontrada nos documentos disponíveis, utilizada na ação 10_CE, em Fortaleza, ocorrida em agosto de 2015.

Gráfico 34 - Percentual de itens do instrumento de Fortaleza-CE por tema



Fonte: Elaboração própria.

O instrumento acima representando é de tipo semiaberto, contendo 164 itens ao total. Em comparação com o instrumento utilizado em 01_SP, o instrumento utilizado em 10_CE teve um aumento de itens de 40,17% (de 117 para 164). Já em

comparação com o instrumento de 01_GO, teve um aumento de 141,17% de itens (de 68 para 164). A comparação com o instrumento de 02_SP demonstra um aumento de 256,52% (de 46 para 164), já com relação ao instrumento utilizado em 01_CE, 02_CE, 03_CE e 04_CE o aumento foi de 182,75% (de 58 para 164), por fim, em relação ao instrumento de 05_GO e 07_GO o aumento foi menor, um percentual de 65,65% (de 99 para 164).

O percentual de itens por tema também se altera, apresentando um percentual maior de itens de “estrutura física” (31,30%), seguido do percentual de itens relacionados a “insumos e equipamentos” (26,22%) e depois a “medicamentos” (17,07%).

O que se verifica nas análises acima é que a mudança nos instrumentos não consistiu numa mudança de critérios ou aumento de critérios. Os critérios não tiveram aumento ou alteração, continuaram sendo os mesmos critérios avaliativos em todos os instrumentos, a alteração se deu no número de questões relacionadas a estes critérios.

Sendo assim, a mudança ocorreu em dois sentidos, o primeiro, de adequação desses instrumentos às UBS visitadas em torno de cinco critérios avaliativos: estrutura física, insumos e equipamentos, medicamentos (farmácia básica), equipe profissional e atendimento ao usuário.

Faz-se aqui necessária uma consideração sobre a utilização de dois critérios não existentes na matriz de cinco temas utilizada pela auditoria, os critérios de “gestão” e “estrutura e atendimento”. Esses critérios emergiram da análise dos relatórios como relevantes de serem evidenciados, pois percebeu-se que havia problemas nos achados relacionados à gestão – tanto a gestão das UBS quanto à gestão das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) – nos relatórios, e percebeu-se também, que, provavelmente por uma escolha de redação destes relatórios, havia achados em que problemas relacionados à estrutura e ao atendimento encontravam-se relacionados. Por algum motivo, problemas relacionados a esses critérios foram enquadrados na matriz de cinco temas básicos de avaliação da auditoria, mas aqui, optou-se por identifica-los e classifica-los para compreender sua dimensão nas UBS e sua relação com os instrumentos.

A segunda direção das mudanças nos instrumentos é no sentido da simplificação desses instrumentos. Essa simplificação é refletida nas alterações de

tipo dos questionários, chegando a um formato semiaberto que tem quase todas as questões fechadas, sendo, inclusive, denominado como “*checklist*” pelo IFC.

A percepção que as pessoas envolvidas nessa mudança têm dela, reflete um a percepção trazida pelas análises e confirma a hipótese aqui levantada quanto a elas. Nas entrevistas realizadas, os três membros do IFC entrevistados (dois deles afastados), citam entre os motivos para as alterações, a necessidade de adequação dos instrumentos à realidade das UBS. Outra informação que também é levantada, de modos diferentes, pelos três entrevistados, é a questão da replicação da metodologia pelos municípios, o que remete à simplificação dos instrumentos para que isto fosse alcançado.

Quanto à primeira direção das alterações, a adaptação dos instrumentos à realidade das UBS de cada município, o trecho da entrevista com o ex-diretor executivo do IFC, Diego Ramalho, reflete em parte, o motivo das mudanças:

[...] levando em conta a primeira auditoria cívica e a última, por exemplo que eu participei, o que que eu percebia? Que cada município, apesar da gente sempre estar auditando a Estratégia de Saúde da Família, nós percebíamos que **a mudança de município impactava muito, atualização de legislação** também impactava muito [...] Então, assim, conforme foi passando o município a gente... a ideia era sempre aprender com o município anterior o que a gente poderia acrescentar na auditoria cívica. (RAMALHO, 2018, grifo da autora).

Em outro trecho de entrevista, com o fundador do IFC e ex-diretor de ONGs e prefeituras, Henrique Ziller, vê-se também o mesmo entendimento quanto a essas adaptações:

[...] eles começaram a fazer uma adaptação, e também com a ajuda de algumas pessoas da área de saúde para dividir aquela matriz em cinco temas básicos que precisam ser fiscalizados para uma boa prestação dos serviços de saúde e também com as especificidades de um posto de saúde ligado à Estratégia Saúde da Família. **Então foi havendo uma adaptação do instrumento à realidade do posto de saúde para melhorar a qualidade do trabalho que estava sendo feito.** (ZILLER, 2018, grifo da autora).

Com relação à segunda direção da mudança dos instrumentos, a simplificação, traz-se aqui um trecho da entrevista com Diego Ramalho, ex-diretor executivo do IFC, no qual ele cita diretamente a opção de adaptação pela simplificação:

[...] cada auditoria cívica ‘pra’ nós foi um grande desafio essa análise de como sempre melhorar a metodologia, sempre pensando na estrutura e principalmente na visão do cidadão, **tentando simplificar a auditoria, tentando transformar num processo um pouco mais simples pra que o cidadão... qualquer cidadão que saiba ler e escrever ele consegue ali entender a metodologia e aplicar no seu município.** (RAMALHO, 2018, grifo da autora)

O trecho destacado reflete a percepção do entrevistado do instrumento e revela uma de suas finalidades: a facilidade de aplicação e replicação da metodologia. Nesse sentido, o instrumento foi sendo adaptado para que qualquer cidadão, independentemente do nível de instrução, pudesse aplicá-lo. Desse modo, o questionário, em um dado momento, passa a ser uma peça demasiado quantitativa, como pôde ser visto na metodologia utilizada em Fortaleza, cujos itens marcados em “sim” ou “não” eram inseridos em fórmulas de tabelas no excel que geravam notas para os critérios avaliados, atravessando, de certo modo, a possibilidade de uma avaliação mais qualitativa por parte dos auditores cívicos participantes.

A outra direção das alterações indicada acima e verificada nos trechos apresentados, a adaptação dos instrumentos à realidade das UBS dos municípios, traz a implicação de que o instrumento acaba por ser descontinuado em termos de aplicação, visto que, seguindo essa lógica, ele deveria ser readaptado para cada ação com o objetivo de cobrir alterações de legislação de saúde municipais e estrutura geral da atenção primária no município.

As duas direções de alteração e seus objetivos seriam então, controversos, pois, uma tem por objetivo se adaptar à realidade do município e por isso gera descontinuidades de aplicação, e a outra tem por objetivo simplificar o instrumento para facilitar a aplicação e, conseqüentemente, a replicação da metodologia. Deste entendimento, emerge que seus objetivos contêm intenções difíceis de se alinharem na metodologia. Se o instrumento é continuamente adaptado para atender às características da ESF no município, o instrumento utilizado no município X dificilmente será replicado para o município Y sem nenhuma alteração.

Por meio das entrevistas obteve-se a informação de que as alterações ficavam à cargo de uma ou duas pessoas que tinham relação mais direta com o braço executivo do IFC. Além disso, são citados encontros com pessoas ligadas à área da saúde para discutir essas mudanças, como um acadêmico especialista em saúde pública e um procurador-geral da república da área da saúde. De certo modo,

percebe-se que a pouca reflexão sobre a controvérsia existente nessas alterações, se deu pelo foco em continuar executando o trabalho de auditoria.

Apesar da controvérsia evidenciada, as alterações não são alterações bruscas de uma ação para outra, de modo que os temas a serem tratados pela auditoria continuam os mesmos, as alterações convergem para a quantidade de questões de cada tema e no modo de se formular estas questões.

Esse perfil de alterações reflete o tipo de reflexão feita sobre essas alterações. As alterações não foram feitas com base em uma reflexão sobre os problemas encontrados ao longo das ações da auditoria e sim em uma reflexão de como continuar executando as ações independente destes problemas. Este ponto revela um pouco sobre a aprendizagem da organização responsável pelo projeto.

O modo como se dá a reflexão para proceder as alterações nos instrumentos demonstra um padrão de mudança incremental pouco organizado com vistas à adaptação regional e simplificação do processo de auditoria. Lindblom (1959) traz considerações sobre as alterações incrementais em relação aos processos decisórios que delas decorrem nas opções em formulação de políticas. Em nenhum momento se pretende dizer que o incrementalismo é uma opção ruim de reflexão ou de caminho para o aprendizado organizacional, porém, como Lindblom (1959) evidencia, ele deve ser usado como uma análise estratégica muito bem direcionada para que não incorra em simplificações que, de tão gerais, desconsiderem opções importantes de decisão.

O problema aqui relacionado à dimensão de fiscalização em torno da mudança dos instrumentos revela uma necessidade de reflexão mais apurada que se evidencia desde as fases preparatórias da auditoria. O padrão de mudança incremental aqui encontrado revela que, em alguns momentos, optou-se por caminhos de alterações que visavam à simplificação do processo para a aplicação e replicação da metodologia sem a devida reflexão dessa simplificação com relação ao objetivo de adaptação regional destes instrumentos. A intenção de replicação da metodologia é percebida já nos objetivos da auditoria de, por meio da capacitação, fazer com que os auditores cívicos continuem os trabalhos sem a necessidade de liderança ou intervenção do IFC. Porém, o modo como ela foi concebida, por meio da simplificação para a aplicação, não favoreceu sua continuidade, pois a reflexão teria de ter sido feita no sentido de melhorar outra dimensão da auditoria, a capacitação.

O grupo do IFC em torno da auditoria pode ser entendido como uma comunidade de prática, visto que trabalhava em torno de uma situação problemática

de interesse comum: ajudar a promover melhorias na atenção básica local e na política de saúde como um todo. Quanto às mudanças promovidas pelo grupo neste contexto, Schommer e Boullosa (2010), ao falarem da inovação dentro de comunidades de prática, enfatizam que a mudança pode significar alterações que visem à manutenção de práticas, ou seja, uma prática pode mudar para “continuar sendo a mesma” (SCHOMMER; BOULLOSA, 2010, p. 35). A percepção que se tem na análise feita até aqui, é que a mudança nos instrumentos para a facilitar a aplicação e a replicação ocorre justamente neste sentido trazido pelas autoras: um padrão de mudanças incrementais que, ao pretender continuar a prática de facilidade de aplicação – dificultada pelas diferenças regionais e por outros aspectos que serão tratados a seguir, se perdeu em um círculo de alterações que não resolviam seus maiores problemas e até agravavam-nos, gerando mais descontinuidades de aplicação.

As implicações apontadas acima têm relação com uma das dimensões da auditoria da qual falou-se acima, a da fiscalização. Ela já demonstra um problema de difícil tratamento pelo IFC quanto à implementação das ações do projeto. O problema aqui indicado se agrava quando se pensa na segunda dimensão da auditoria, também citada acima: a capacitação. A próxima seção trará um pouco da percepção obtida dessa dimensão, também tratando-a pelas lentes da aprendizagem.

7.2 SOBRE A DIMENSÃO DA CAPACITAÇÃO E OS DEMAIS PROBLEMAS DA AUDITORIA

Sabe-se que as duas dimensões da auditoria estão fortemente relacionadas, mas a opção por seccionar as análises das dimensões e os problemas implicados por elas tem a intenção de facilitar o tratamento das complexidades inerentes a elas para que não se perca na densidade das questões relacionadas.

Neste sentido, a seção acima trouxe a natureza das mudanças realizadas nos instrumentos, a percepção destas mudanças, as controvérsias existentes nelas e os problemas decorrentes, e, por fim, o padrão de mudança nas quais elas se enquadram revelam o modelo de aprendizagem da organização.

A dimensão da capacitação tem relação direta com os problemas acima apresentados e ainda revela outros problemas. Uma das complexidades inerentes à ela, como já dito, tem a ver com a complexidade atorial que auditoria envolve. Esta

complexidade atorial é consequência de um processo de suma importância para a execução de um projeto como a auditoria, a mobilização.

Durante a realização das entrevistas, quando perguntados sobre as dificuldades de se executar o projeto aqui tratado, todos os entrevistados fizeram considerações sobre a mobilização. As considerações sobre a mobilização convergiram para a dificuldade de articulação local.

Ocorre que, segundo os entrevistados, a estratégia de mobilização ficava à cargo do município que solicitava ao IFC a realização da auditoria, de modo que eles chegavam no município com a missão de executar a capacitação e as ações de auditoria. Esta característica da mobilização impactava no perfil de auditor cívico que se prestava ao trabalho voluntário de auditar as UBS.

Diego Ramalho, ao ser perguntado sobre a formação das equipes locais e sua percepção destas equipes, explica que o perfil dos cidadãos participantes era de servidores da saúde, estudantes da área da saúde, universitários e, principalmente, membros da sociedade civil organizada que participam dos conselhos de saúde, de modo que o grupo, na sua visão “ficava muito no campo das lideranças”. Ele explica que o principal problema da mobilização era a dificuldade de mobilizar os usuários das unidades básicas de saúde.

Em um trecho da entrevista, ele evidencia essa percepção dizendo:

[...] a gente tentou ao máximo sempre colocar na metodologia essa importância, **a importância do auditor cívico ser um usuário daquela unidade**, até por conta do pertencimento que ele teria àquela unidade, mas em poucas auditorias cívicas nós conseguíamos fazer isso. Então ficava muito no campo ali do cidadão que já era um líder, do cidadão que já tinha um conhecimento nos conselhos de políticas públicas, talvez eu diria assim que eu entendo como uma **falha da metodologia no tocante à mobilização**. (RAMALHO, 2018, grifo da autora).

Essa percepção é trazida também por Everton Kischlat, diretor de mobilização social do IFC. Ele diz que há uma grande dificuldade em aproximar o cidadão usuário, que, na verdade, eles conseguiam obter algum número de auditores cívicos usuários das UBS, porém, ele era muito pequeno e distante da representação dos usuários de todas as unidades auditadas.

Neste ponto, quanto à mobilização, percebe-se uma contradição entre o objetivo de mobilizar o cidadão usuário e a requerida estratégia de mobilização pelo município para que ele tivesse condições de ser visitado pelo IFC. Os três

entrevistados enfatizam a necessidade de existência prévia de ONGs ou grupos locais articulados para o controle social, ou seja, o perfil do município auditado, é do município cuja mobilização seja possível por meio da sociedade civil já organizada localmente. Neste sentido, a capacitação seria apenas para explicar a metodologia utilizada nos instrumentos, para indicar como realizar a aplicação destes instrumentos.

Aqui, faz-se uma relação direta com o instrumento utilizado na auditoria: um instrumento de fácil aplicação para que a capacitação não fosse longa. O fundador do IFC, Henrique Ziller, enfatiza essa característica existente na relação entre as dimensões de fiscalização e capacitação na seguinte fala sobre a preparação e a capacitação para a auditoria.

Basicamente nós criamos uma ferramenta que era quase... que ela era muito intuitiva e autoexplicativa. Então nós fazíamos uma reunião de uma hora, duas horas antes da realização da auditoria cívica, ou um treinamento no dia anterior, que poderia ser mais específico em relação à atividade em si ou um pouco mais conceitual também, falando sobre as questões relativas à promoção da cidadania ativa e tal, mas ele foi concebido desde o início pra ser algo de fácil assimilação e não depender dum treinamento muito grande, né, pra que depois pudesse explicar com facilidade e tal. Então basicamente era esse treinamento era de uma hora, meia hora, uma hora antes da realização da auditoria cívica. (ZILLER, 2018, grifo da autora).

Essas características relacionadas ao perfil do auditor cívico, à estratégia de mobilização por meio da sociedade civil organizada com experiência de atuação no controle social e ao uso de um instrumento de fácil aplicação que dispense uma capacitação mais demorada demonstra um distanciamento do objetivo de aproximar o cidadão usuário, outro problema decorrente da pouca reflexão sobre a complexidade de execução das ações.

Acontece que, se a centralidade da ação consistia em sensibilizar e mobilizar o cidadão para se voluntariar a participar de uma ação de controle social, o uso uma ferramenta autoexplicativa de fácil aplicação aliada a uma estratégia de mobilização que visa a aproximação da sociedade civil organizada atuante no controle social, faz com que a essência da ação se perca, assim como se perdeu.

Além disso, por meio das entrevistas obteve-se a informação de que não havia acompanhamento posterior do grupo de auditores cívicos formado, ficando o *feedback* da auditoria apenas na órbita da ação de retorno, que, segundo Everton Kischlat, muitas vezes ficava impossibilitado por limites impostos pelas condições financeiras

do IFC. Os entrevistados disseram ainda que as ações tinham mais continuidade quando o município tinha uma ONG ou outra entidade da sociedade civil organizada que tinha condições financeiras e interesse de financiar os retornos e as atividades da auditoria.

Nesse sentido, encontram-se aqui vários problemas relacionados à dimensão da capacitação. Ela não era problematizada e tinha a intenção de ser menos densa do que o objetivo do projeto demonstra, desse modo, a ação terminava orbitando em um perfil de auditores não usuários do serviço público de saúde, o que dificulta a ligação do auditor cívico com a intencionalidade do projeto. Além disso, as restrições financeiras impostas ao projeto faziam com que o acompanhamento não fosse realizado à contento, de modo que os grupos de auditores mobilizados fossem desarticulados durante o período decorrido até o retorno.

Outro problema relaciona a dimensão da capacitação e a dimensão da fiscalização com os resultados da auditoria. A criação de um instrumento de fácil aplicação e replicação que dispensasse uma capacitação mais densa, fez com que o instrumento fosse sendo adaptado também à intenção revelada quanto à capacitação. Desse modo, as alterações feitas no instrumento, as quais poderiam ter sido feitas de modo diferente caso a reflexão estivesse aliada à necessidade de uma melhor mobilização e de uma capacitação mais densa, foram feitas para simplificá-lo e torná-lo facilmente aplicável e replicável, mas sem as devidas considerações sobre as implicações disso para a qualidade da avaliação realizada nas UBS.

O caminho adotado culminou em um instrumento de auditoria interessante, porém, demasiado quantitativo e muito relacionado a questões de estrutura física e falta de insumos e equipamentos. Este ponto associado ao perfil de auditor cívico participante da auditoria, fez com que um aspecto importante fosse diminuído, o aspecto da avaliação qualitativa das UBS quanto ao atendimento ao usuário. O usuário do serviço de saúde, um ator central no processo de uma auditoria cívica de unidades básicas de saúde, terminava por ser coadjuvante no processo quando apenas entrevistado ao final das ações nas UBS, respondendo um conjunto de perguntas respondidas por outra pessoa e fornecendo, nos últimos instrumentos analisados, uma nota à UBS que frequentava.

A relação com esse importante ator do processo, só seria resgatada se a dimensão da capacitação fosse seriamente problematizada em conjunto com a dimensão da fiscalização, porém, as descontinuidades geradas por todos os

problemas citados e a dificuldade do grupo do IFC em manter o projeto forçaram-no a interrompê-lo.

Vale ressaltar que as dificuldades encontradas pelo IFC passaram por várias tentativas de superação, porém, com dito em outra seção, o IFC tem um grupo de trabalho pequeno e, por ser uma ONG e não possuir recursos próprios, tem poucos recursos financeiros, o que o torna dependente de trabalho voluntário. Partindo disto, entende-se que a reflexão se dava em torno da execução das ações por uma ambição do grupo executivo de não parar o projeto e tentar levar o controle social aos municípios. Acontece que o pequeno porte da ONG teve que lidar com um projeto de grande complexidade atorial, territorial e financeira, e, como evidenciado, este pequeno porte implica em recursos humanos e financeiros insuficientes para lidar com essas complexidades.

7.3 O MODELO DE APRENDIZAGEM SUBJACENTE À ESTA EXPERIÊNCIA PÚBLICA

A aprendizagem em contexto interacional é admitida aqui como a base para a compreensão da trajetória da auditoria. Segundo Dewey (1974) quando a experiência passa por reflexão, produz significado por meio da percepção. Disso, entende-se que perceber é dar significado aos objetos da experiência, de modo que seu significado é a percepção que se tem deles. O ponto aqui, é a importância da reflexão sobre a experiência e os objetos da experiência para a aprendizagem.

Schommer e Boullosa (2010) tratam a aprendizagem em contexto social/interacional em meio às comunidades de prática. A noção que as autoras utilizam é tomada da leitura deweyana e envolve a aprendizagem social no contexto de prática correlata à ação e reflexão. A comunidade de prática aqui evidenciada é composta pelo grupo de atores que revelam a complexidade atorial existente no projeto Auditoria Cívica na Saúde. Acontece que a prática analisada deixou emergir uma percepção de pouca problematização e, conseqüentemente, pouca reflexão sobre pontos cruciais nos processos da auditoria.

As duas dimensões da auditoria não foram problematizadas em suas complexidades, de modo que a reflexão quanto aos processos da auditoria e os desencadeados por ela se mantiveram no campo de propiciar a continuidade dos trabalhos da auditoria sem refletir sobre os problemas existentes, como as

controvérsias entre adaptação dos instrumentos e simplificação dos mesmos, e as dificuldades de mobilização e o conseqüente perfil dos auditores cívicos participantes.

A organização optou pelo que Schommer e Boullosa (2010) apontam como uma mudança de uma prática para se manter. Elas trazem que uma prática pode necessitar de mudanças devido a mudanças no contexto em que ela ocorre. O que pôde ser visto nas ações da auditoria, nas alterações dos instrumentos e nos resultados dela foi a tentativa de manter a facilidade de aplicação em meio aos inúmeros problemas que a organização encontrava em sua execução.

Para que o projeto se mantivesse, foram realizadas mudanças incrementais nos instrumentos que alteraram a configuração destes em termos de estrutura – a quantidade de questões relacionadas à cada critério avaliativo e os tipos de questão. Estas mudanças tiveram impacto nos resultados da auditoria e, aqui, não se teve a ambição de tentar provar diretamente essa correlação, pois ela necessitaria de aportes estatísticos que extrapolam o escopo do trabalho, mas ao comparar os resultados com os instrumentos é possível perceber que quanto mais o instrumento utilizado aumenta as questões relacionadas a determinado critério, maior a quantidade de achados deste critério no relatório.

Nesse sentido, não foram refletidos os problemas já existentes que são inerentes as complexidades já citadas e também não foram refletidos os problemas decorrentes das mudanças incrementais realizadas, pois a reflexão não gerava aprendizagem suficiente para alcançá-los.

March (1991) traz em seus estudos sobre aprendizagem organizacional a ideia de que a escolha entre *exploration* e *exploitation* – busca de novas possibilidades (inovação) e uso de possibilidades já existentes, conhecidas – é de grande importância para as organizações, e que o equilíbrio entre ambas é a chave para a sobrevivência destas enquanto sistemas adaptativos.

O que se vê no caso do IFC como organização e sistema adaptativo dependente de um nível de aprendizagem organizacional para a sobrevivência de seus projetos, é que a trajetória revelada em um modelo de aprendizagem preso no objetivo de manutenção destes projetos sem a devida reflexão sobre seus problemas deixou a possibilidade de inovação intocada.

Sabe-se que sistemas adaptativos que recorrem à inovação contínua podem enfrentar problemas, pois “sistemas que utilizam *exploration* com exclusão de *exploitation* provavelmente arcarão com os custos de experimentação sem obter

muitos dos seus benefícios” (MARCH, 1991, p. 71, tradução nossa). É nesse sentido que March (1991) demonstra a necessidade de equilíbrio entre o refinamento de opções existentes e inovação, pois segundo ele, do mesmo modo que a ênfase em *exploration* é problemática, a ênfase em *exploitation* com exclusão de *exploration* – o caso do IFC – pode fazer com que o sistema adaptativo fique preso em um “equilíbrio estável sub ótimo” (MARCH, 1991, p. 71, tradução nossa).

A trajetória da auditoria cívica na saúde devido à falta de reflexão sobre a necessidade de mudar e melhorar suas práticas nas duas dimensões que a envolvem levaram-na justamente ao estado descrito por March. A aprendizagem da organização ficou prejudicada e a reflexão necessária para que ela avançasse e gerasse inovações não foi alcançada.

Nesse sentido, a reflexão sobre a experiência na comunidade de prática do IFC se deu no sentido de alterações incrementais no instrumento utilizado nas ações da auditoria para que ele fosse facilmente aplicável e replicável, enquanto vários problemas decorrentes dessa aplicação afastavam-no do objetivo do projeto – a sensibilização e capacitação dos cidadãos para que estes continuassem os trabalhos de controle social sem a interferência da organização.

Essas alterações incrementais são descritas por Lindblom (1959) como uma alternativa a tentativa de abrangência sinóptica de problemas. Ele explica que é evidente que a opção pelo incrementalismo incorre em simplificações e generalizações que produzem análises incompletas, mas que a saída seria o refinamento da análise estratégica incremental por quem utilizá-la, a fim de que as estratégias sejam bem elaboradas e as opções sejam observadas com consciência da impossibilidade de análises completas. Mais uma vez, tem-se a necessidade de reflexão evidenciada, agora no uso de uma análise estratégica incremental.

O modelo de aprendizagem subjacente à experiência da auditoria cívica na saúde enquanto experiência pública é problematizado face à falta da desejada reflexão geradora de aprendizagem. A organização manteve-se estável no tocante ao projeto auditoria cívica até obter a percepção de que suas práticas não eram sustentáveis em termos dos resultados alcançados pelo projeto, ou seja, quando a reflexão sobre os problemas decorrentes das complexidades inerentes ao processo veio à tona, não houve tempo e recurso para tentar administrá-las e a opção feita foi pela interrupção do projeto nos termos de sua proposta inicial – a sensibilização e

capacitação de cidadãos para exercer o controle social auditando unidades básicas de saúde da ESF em sua localidade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Auditoria Cívica na Saúde é um projeto que, como dito, devido à complexidade atorial consistida em suas ações e aos objetivos que a norteiam se configura, no percurso teórico aqui adotado, como uma experiência pública.

Como experiência pública a auditoria tem um modelo de aprendizagem que envolve uma multiatorialidade complexa e com diferentes perfis: membros do IFC, gestores públicos municipais, servidores da área da saúde, cidadãos, sociedade civil organizada e cidadãos usuários das unidades básicas de saúde. O processo de aprendizagem subjacente envolveria então todos estes atores citados, trazendo grande complexidade à sua trajetória de aprendizado.

Considerando-se a multiatorialidade evidenciada e a matriz conceitual da aprendizagem, para que o modelo de aprendizagem da organização desse a ela condições de resolver os problemas expostos, teria de haver uma reflexão que considerasse todos os atores do processo e todas as complexidades envolvidas nele. No entanto, como demonstrado neste trabalho, a reflexão sobre a auditoria cívica e sua dimensão processual e multiatorial não ocorreu desta forma.

A reflexão feita sobre os processos da auditoria não problematizou as complexidades inerentes às suas dimensões. Quanto à dimensão multiatorial, haveria necessidade de serem consideradas e problematizadas as complexidades atoriais aqui destacadas, de modo que as ações envolvessem cidadãos usuários das UBS de forma direta. Relacionada à essa questão, há a complexidade relacionada a uma das dimensões processuais, a capacitação. A capacitação, no sentido de sensibilizar e capacitar cidadãos para o exercício das ações da auditoria cívica, haveria de ter como foco os cidadãos usuários, de modo que a estratégia de mobilização se iniciasse a partir do contato com estes cidadãos. A outra dimensão processual, a fiscalização, haveria de ser problematizada também nos termos da capacitação, tendo foco no cidadão usuário como auditor cívico e buscando alinhar as especificidades da metodologia dos instrumentos em busca da melhora da estrutura e do atendimento das UBS com as especificidades da aplicação por estes cidadãos.

Diante do exposto, a reflexão se daria de modo global, a fim de que os processos da auditoria fossem realinhados para se enquadrar na grande complexidade envolvida, porém, a reflexão se deu no sentido de dar continuidade aos processos sem a consideração dos problemas envolvidos, fazendo com que o foco da

capacitação se desse em torno de uma estratégia de mobilização que visava aos grupos já organizados da sociedade civil que nem sempre representavam o cidadão usuário e que não buscavam a mobilização destes cidadãos. Esse modelo de mobilização fez com que a capacitação se desse em torno de uma explicação dos instrumentos utilizados, instrumentos estes que tinham como objetivos a facilidade de aplicação e a replicação, e cujas alterações se davam sempre em torno destes objetivos, se dando de um modo incremental, pouco organizado e deixando intocada a possibilidade de inovação no projeto como um todo.

Como conclusão, entende-se que o tipo de reflexão feita sobre as dimensões da auditoria e seus processos não conseguiu abranger os problemas a elas inerentes, fazendo com que o objetivo da reflexão fosse sempre a fase de execução das ações. Este modelo de reflexão é o que se denomina aqui como modelo de aprendizagem desta experiência, a saber, um modelo de aprendizagem incremental pouco reflexivo.

Além desta conclusão, vale dizer que, não obstante os problemas enfrentados pelo IFC em termos de força de trabalho e recursos financeiros, a reflexão poderia ter se dado em torno de uma estratégia de mobilização que se iniciasse no próprio IFC enquanto ONG. Esta estratégia de mobilização seria ocorreria não apenas em torno da Auditoria Cívica, mas em torno do IFC como um todo, pois teria o objetivo de trazer voluntários para o grupo para que estes ajudassem na implementação de seus projetos.

Nesse sentido, um possível caminho para superar as adversidades enfrentadas devido às complexidades expostas seria uma estratégia de mobilização de voluntários que ajudariam em ações de captação de recursos para o IFC e auxiliariam na execução dos trabalhos, de forma que a Auditoria Cívica poderia ser repensada dentro de um grupo maior e assim, sua estratégia de mobilização também seria repensada paralelamente à estratégia de mobilização do IFC enquanto organização, problematizando suas complexidades visando superá-las.

Vale ressaltar aqui, alguns limites encontrados para a realização deste trabalho. O primeiro deles, foi a impossibilidade de situá-lo no campo empírico devido a lacuna existente no campo de pesquisa de trabalhos que se utilizam do posicionamento teórico aqui adotado. A abordagem utilizada tem um olhar novo e ainda incipiente no Brasil no campo das políticas públicas, o que se configurou em um segundo limite para a pesquisa e um desafio para a pesquisadora. O terceiro limite diz respeito a carência documental encontrada na organização responsável pelo projeto, que

dificultou a possibilidade de reconstrução histórica do mesmo na problematização de seu modelo de aprendizagem. Este terceiro limite se insere em um contexto de falta de uma cultura reflexiva sobre as ações passadas, que se configura em um limite não só para esta pesquisadora, mas para muitos outros que dependem da documentação e sistematização de resultados de projetos, programas e ações para reconstruí-los historicamente e analisa-los.

9 REFERÊNCIAS

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um manual prático**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 520 p.

BOULLOSA, Rosana de Freitas. Mirando ao Revés nas Políticas Públicas: notas sobre um percurso de pesquisa. **Pensamento & Realidade. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em Administração - FEA**. [S.l.], v. 28, n. 3, dez. 2013.

_____, Rosana de Freitas (Org.). **Dicionário para a Formação em Gestão Social**. Salvador: CIAGS/UFBA, 2014. 208 p.

_____, Rosana de Freitas. **Problemas públicos: estado da arte e notas sobre um percurso de pesquisa**. 2017, no prelo.

CEFAÏ, Daniel. Como nos mobilizamos? A contribuição de uma abordagem pragmatista para a sociologia da ação coletiva. **Dilemas - Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, [S.l.], v. 2, n. 4, p. 11-48, abr. 2009.

FISCHER, Frank. Beyond Empiricism: Policy Inquiry in Post positivist Perspective. **Policy Studies Journal**, [s.l.], v. 26, n. 1, p.129-146, mar. 1998. Wiley.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Pense SUS**. 2018?. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/atendimento>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

GEERTZ, Clifford. Uma Descrição Densa: Por uma teoria interpretativa da cultura. In: GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. Cap. 1. p. 13-41.

GOHN, Maria da Gloria. Sociedade Civil no Brasil: movimentos sociais e ONGs. **Revista Meta: Avaliação**, [S.l.], v. 5, n. 14, p. 238-253, sep. 2013.

HICKMAN, Larry; ALEXANDER, Thomas (Ed.). **The Essential Dewey: Pragmatism, Education, Democracy**. Indiana: Indiana University Press, 1998. 427 p.

Instituto de Fiscalização e Controle. Disponível em: <<https://www.ifc.org.br/>>. Acesso em: 02 jun. 2015.

KISCHLAT, Everton. **Entrevista concedida a Rebecca Cortes Teixeira**. Brasília, jul. 2015.

_____, Everton. **Entrevista concedida a Rebecca Cortes Teixeira**. Brasília, jun. 2018.

LASCOUMES, Pierre; LE GALÈS, Patrick. A Ação Pública Abordada pelos seus Instrumentos. **Revista Pós Ciências Sociais**, [s. L.], v. 9, n. 18, p.19-44, jul. 2012.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed, 1999. 342 p. Tradução de Heloisa Monteiro e Francisco Settineri.

LINDBLOM, Charles E. (1959) The Science of Muddling Through. Public Administration Review 19(2); Spring, p. 79-88. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (2010). Políticas Públicas e Desenvolvimento. **Muddling Through 1: a ciência da decisão incremental**. Brasília: 2010, Editora UnB, p. 161-180.

_____, Charles E. (1979) Still Muddling, Not Yet Through. Public Administration Review, 39 (6); p. 517-526. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (2010). Políticas Públicas e Desenvolvimento. **Muddling Through 1: a ubiquidade da decisão incremental**. Brasília: 2010, Editora UnB, p. 181-202.

MARCH, James G.. Exploration and Exploitation in Organizational Learning. **Organization Science**, [s.l.], v. 2, n. 1, p.71-87, fev. 1991. Institute for Operations Research and the Management Sciences (INFORMS).

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 310 p.

MOTTA, Pedro Mourão Roxo da; BARROS, Nelson Filice de. Resenha. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 6, p.1339-1340, jun. 2015. FapUNIFESP

RAMALHO, Diego. **Entrevista concedida a Rebecca Cortes Teixeira**. Brasília, jun. 2018.

Relatório de Auditoria Cívica na Saúde: Águas Lindas-GO – Inicial. 2012

_____: Imperatriz-MA – Inicial. 2012

_____: Bauru-SP – Inicial. 2012

_____: Diamantina-MG – Inicial. 2013

_____: Diamantina-MG – Retorno. 2013

_____: Januária-MG – Inicial. 2013

_____: Januária-MG – Retorno. 2013

_____: São João del Rei-MG – Inicial. 2013

_____: São João del Rei-MG – Retorno. 2013

_____: Antonina do Norte-CE – Inicial. 2013

_____: Antonina do Norte-CE – Retorno. 2013

_____: Ibiapina-CE – Inicial. 2013

_____: Ibiapina-CE – Retorno. 2014

_____: Crateús-CE – Inicial. 2013

_____: Crateús-CE – Retorno. 2014

- _____: Ocara-CE – Inicial. 2013
- _____: Ocara-CE – Retorno. 2015
- _____: Planaltina-GO – Inicial. 2013
- _____: Águas da Prata-SP – Inicial. 2013
- _____: Analândia-SP – Inicial. 2013
- _____: São João da Boa Vista-SP – Inicial. 2013
- _____: Santa Branca-SP – Inicial. 2013
- _____: Nerópolis-GO – Inicial. 2014
- _____: São José dos Pinhais-PR – Inicial. 2014
- _____: São José dos Pinhais-PR – Retorno. 2015
- _____: Novo Gama-GO – Inicial. 2014
- _____: Novo Gama-GO – Retorno. 2014
- _____: Planatina-GO – Inicial. 2015
- _____: Viçosa do Ceará-CE – Inicial. 2015
- _____: Guaraciaba do Norte-CE – Inicial. 2015
- _____: São Benedito-CE – Inicial. 2015
- _____: Águas Lindas-GO – Inicial. 2015
- _____: Fortaleza-CE – Inicial. 2015
- _____: Irati-PR – Inicial. 2015
- _____: Irati-PR – Retorno. 2016
- _____: Planaltina-GO – Inicial. 2017

RUA, Maria das Graças. Políticas Públicas: conceitos básicos. In: RUA, Maria das Graças. **Especialização - Módulo Básico**. 3. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2014. Cap. 1. p. 20-33.

SCHOMMER, Paula Chies; BOULLOSA, Rosana de Freitas. Com quantas andorinhas se faz um verão? Práticas, relações e fronteiras da aprendizagem. In: SCHOMMER, Paula Chies; BOULLOSA, Rosana de Freitas (org). **Aprender se aprende aprendendo**: construção de saberes na relação entre universidade e sociedade. Salvador, CIAGS/UFBA, FAPESB; SECTI; CNPq, 2010, p. 19-44.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 16, n. 8, p.20-45, jul. 2006.

ZILLER, Henrique M. **Entrevista concedida a Rebecca Cortes Teixeira**. Brasília, jun. 2018.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- 1 - Como você começou a fazer parte da auditoria cívica?
- 2 - Para você qual a principal missão da auditoria cívica?
- 3 - E de quais ações você já participou? E alguma delas diretamente?
- 4 - Me conte um pouco, por favor, como ocorre, em geral, a preparação para a auditoria? Como os acordos são feitos localmente? Como os municípios são escolhidos?
- 5 – E como ocorria a preparação das auditorias no tocante ao grupo de trabalho do IFC?
- 6 - Vocês utilizavam uma equipe local, não é? E como esta equipe era formada? No geral, o que vocês achavam destas equipes?
- 7 - E quais eram os principais desafios para levar adiante a auditoria adiante no âmbito local (nos municípios)? E como vocês faziam os relatórios? Entregavam no mesmo dia ou depois? Vocês se achavam escutados na medida que desejavam?
- 8 – Percebi que os instrumentos (a metodologia utilizada nas ações da auditoria) foram mudando com o passar do tempo. Como ocorreram essas mudanças? Havia uma reunião do grupo para discuti-las, elas eram feitas por alguém especificamente ou todos contribuíam para realiza-las? Por que vocês achavam necessário mudar esses instrumentos?
- 9 - E como se davam aos retornos da auditoria?
- 10 - Após os trabalhos da auditoria, havia algum trabalho de feedback ou acompanhamento dos auditores cívicos por parte do IFC ou das outras entidades participantes?
- 11 – O IFC fala em empoderamento quando trata da relação da auditoria com os cidadãos, vocês perceberam alguma mudança nos auditores cívicos nesse sentido? Você conhece algum caso de auditores cívicos que continuaram os trabalhos sem a ajuda de vocês?
- 12 - O IFC fazia algum trabalho de acompanhamento dos desdobramentos da auditoria durante o período de 120 dias antes do retorno?
- 13 - Por que há tantas auditorias sem retorno? Você atribui isso à algum problema na execução ou nas fases preparatórias?
- 14- E quanto aos percentuais de resolutividade, eles foram um pouco baixos nas ações que têm retorno, não é? Você atribui isso a algum fator específico?

15 - Há alguma dificuldade específica que possa ser citada quanto à execução das ações da auditoria?

10 ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO UTILIZADO EM MARÍLIA-SP (01_SP) – FICHA 1: QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO DOS POSTOS DE SAÚDE E DE SUAS RESPECTIVAS EQUIPES MÉDICAS

Quadro de Identificação dos Postos de Saúde e de suas respectivas equipes médicas.			
Como é feita a marcação da consulta?			
a) telefone b) antecipadamente no posto c) na "hora" no posto d) antecipadamente em qualquer unidade de saúde e) Outro _____			
Quais são os limites para a marcação da consulta?			
a) Horários específicos b) número limitado de consultas diárias c) dias/horários pré-definidos para marcação d) local de marcação e) longo tempo na fila de espera f) não há marcação preferencial			
Há algum horário em que há poucos usuários ou médicos atendendo no posto de saúde?			
a) Manhã b) Tarde c) Noite d) Hora que não há médicos e) Outros _____			
Como é feito o armazenamento dos medicamentos?			
a) expostos à luz solar direta b) contato direto com o piso e paredes c) correta disposição de medicamentos sob refrigeração d) no espaço adequado e) por lote e data de validade			
Os profissionais, no total, cumprem a jornada de 40 horas?			
NÃO CUMPREM: a) médico b) enfermeiro c) AE d) ACS e) cirurgião dentista f) THD			
CLÍNICA MÉDICA	Carga horária	Turno	Atendimentos/mês
TOTAL HORAS	0		
GINECOLOGIA E OBSTRETRÍCIA	Carga horária	Turno	
TOTAL HORAS	0		
PEDIATRIA	Carga horária	Turno	

TOTAL HORAS	0		
ENFERMAGEM	Carga horária	Turno	
TOTAL HORAS	0		
ODONTOLOGIA	Carga horária	Turno	
TOTAL HORAS	0		
THD	Carga horária	Turno	
TOTAL HORAS	0		
ASSISTENTE SOCIAL	Carga horária	Turno	
TOTAL HORAS	0		
AC'S	Carga horária	Turno	Atendimentos/mês
TOTAL	0		
Instalações físicas e condições de uso			

SALA DE SUTURA	TELEFONE
SALA DE VACINA	INTERNET
LOCAL DE HIGIENIZAÇÃO	BEBEDOURO
SALÃO DO DENTISTA	UM SANITÁRIO PARA CADA SEXO
CONSULTÓRIO MÉDICO	
CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM	
Equipamentos existentes/por sala e condições de uso	
uma caixa térmica,	três biombos duplos
um cilindro de oxigênio,	dois negatoscópios
OTOSCÓPIO	cadeira de rodas
APARELHO DE PRESSÃO	dois glicosímetros
PINAR	um esfigmomanômetro infantil
duas lanternas clínicas	
uma balança infantil,	
uma central de nebulização com cinco saídas,	
oftalmoscópio	
três estetoscópios	
três esfigmomanômetros adulto,	
uma balança antropométrica adulto	
uma régua antropométrica,	

ANEXO B – INSTRUMENTO UTILIZADO EM MARÍLIA-SP (01_SP) – FICHA 2: INFORMAÇÕES COM O GESTOR DA UNIDADE

Informações com o Gestor da Unidade	
QUALIDADE NO ATENDIMENTO	
Como é feita a marcação da consulta?	a) telefone b) antecipadamente no posto c) na "hora" no posto d) antecipadamente em qualquer unidade de saúde e) Outro _____
Qual é a disponibilidade de horários para a marcação das consultas?	a) Manhã b) Tarde c) Noite
Quais são os limites para a marcação da consulta?	a) Horários específicos b) número limitado de consultas diárias c) dias/horários pré-definidos para marcação d) local de marcação e) longo tempo na fila de espera f) não há marcação preferencial
Após a consulta inicial o usuário tem o seu retorno marcado como?	a) Imediatamente no próprio clínico que o atendeu b) Marcação da consulta em outro lugar c) Agendamento em outro PSF/ agenda eletrônica d) outros _____
Qual o tempo de espera entre a marcação e a consulta clínica (1) /especialidade (2)?	a) No dia b) 1 semana c) 15 dias d) 1 mês e) Outro _____
Qual o tempo de espera do paciente entre a realização e o recebimento do exame (especificar) ?	a) No dia b) 1 semana c) 15 dias d) 1 mês e) Outro _____
Há algum horário que há poucos usuários ou médicos atendendo no posto de saúde?	a) Manhã b) Tarde c) Noite d) Hora que não há médicos e) Outros _____
Qual o tempo decorrido entre a entrega do exame e a marcação do exame complementar?	a) No dia b) 1 semana c) 15 dias d) 1 mês e) Outro _____
E para o recebimento do EC?	a) No dia b) 1 semana c) 15 dias d) 1 mês e) Outro _____
O que acha da qualidade do atendimento médico no posto (10.1 tempo de consulta 10.2 cordialidade 10.3 resolutividade) ?	a) Muito bom b) Bom c) Regular d) Regular e) Ruim f) Muito Ruim
ESTRUTURA DE ATENDIMENTO	
Há um número mínimo de atendimentos exigidos por turno?	a) 16 b) 20 c) 25 d) 35 e) Outro _____
Qual o número de consultas médicas por hab/ano? PARÂMETRO*1,5	

a) 0,3 b) 0,5 c) 0,8 d) 1,0 e) 1,5
Há um critério utilizado para a alocação da equipe médica?
a) mapa da saúde b) quadro de demanda reprimida c) histórico de consultas realizadas d) segundo encontros entre as equipes de SF e) Outro _____
Como é feito o controle do estoque dos medicamentos nos centros de saúde?
a) controle manual de entrada e saída b) controle eletrônico de entrada e saída
Como é feito a distribuição dos medicamentos aos PSF?
a) demanda - pedido - dos PSF b) planejamento anterior c) controle central do estoque
Qual a frequência da distribuição às unidades?
a) 7 dias b) 15 dias c) 30 dias d) 60 dias e) Outro _____
Há algum momento em especial de falta de medicamentos?
a) dia da semana b) feriado c) término da última licitação d) início de vigência do novo contrato
Como é feito o armazenamento dos medicamentos?
a) expostos à luz solar direta b) contato direto com o piso e paredes c) correta disposição de medicamentos sob refrigeração d) no espaço adequado e) por lote e data de validade
Há registro da demanda reprimida por especialidade nas unidades de saúde? *consultar lista de espera
a) sim b) não
Há adequação entre oferta clínica e a demanda potencial - segundo parâmetro do MS 0,8/1000?
a) 0,8/1000 b) 0,8/5000 c) 0,8/10000 d) 0,8/20000 e) 0,8/50000 f) Outro _____
Há adequação entre a oferta de especialidades médicas e a demanda potencial da população - segundo parâmetro do MS 0,2/1000?
a) 0,2/1000 b) 0,2/5000 c) 0,2/10000 d) 0,2/20000 e) 0,2/50000 f) Outro _____
A oferta de medicamentos disponíveis nas unidades de saúde compreende a lista de medicamentos da atenção básica da cesta de medicamentos utilizada?
a) faltam 5 b) faltam 15 c) faltam 30 d) outro _____
O que acha das condições de atendimento físicas do posto - a) Muito bom b) Bom c) Regular d) Regular e) Ruim f) Muito Ruim - ?
23.1 tamanho para o atendimento () 23.2 várias atividades acontecendo em uma mesma sala () 23.3 iluminação () 23.4 qualidade dos equipamentos () 23.5 material básico de trabalho () 23.6 higiene e asseio ()
Equipamentos existentes/por sala e condições de uso.
a) uma caixa térmica b) três biombos duplos c) um cilindro de oxigênio d) dois negatoscópios e) otoscópio f) cadeira de rodas g) aparelho de pressão h) dois glicosímetros i) pinar j) um esfigmomanômetro infantil l) duas lanternas clínicas m) uma balança infantil n) uma

central de nebulização com cinco saídas o) oftalmoscópio p) três estetoscópios q) três esfigmomanômetros adultos r) uma balança antropométrica adulta s) uma régua antropométrica
Qual a forma de contratação dos servidores da saúde?
a) contratação simplificada b) concurso c) entrevista d) análise de currículo e) outra
Existe a informatização do armazenamento e estoque de medicamentos ?
a) Sim b) Não
SAÚDE DA FAMÍLIA E OUTROS
A equipe multifuncional de SF está completa - 1médico, 1enfermeiro e 1auxiliar de enfermagem, AE , 4 - 12 ACS ?
FALTA : a) médico b) enfermeiro c) auxiliar d) ACS
A quantas pessoas atende a equipe?
a) 4500 hab b) 9000hab c)15000 d) outro _____
A equipe de saúde bucal está completa - 1cirurgião dentista, 1técnico de higiene dental ?
FALTA a) cirurgião dentista b) THD
Os profissionais, no total, cumprem a jornada de 40 horas?
NÃO CUMPREM: a)médico b)enfermeiro c) AE d) ACS e) cirurgião dentista f) THD
A quantas equipes de SF atende a equipe SB?
a) 3 b) 6 c) 9 d)outro _____
Os médicos da família atendem em domicílio quando necessário?
SIM a) 1x semana segundo AC b) a qualquer dia segundo AC c) NÃO
Quando foi a última vez que os médicos participaram das atividades de educação permanente junto aos demais membros da equipe?
a) 30 dias b) 60 dias c) 90 dias d) 180 dias e) 360 dias f) outro _____
Quando foi a última vez que a comunidade participou no planejamento, na execução e na avaliação das ações da SF?
a) 30 dias b) 60 dias c) 90 dias d) 180 dias e) 360 dias f) outro _____
Foi feita a capacitação inicial dos agentes?
a) sim b) não
Qual é a relação agente/cidadão?
a) 1/5000 b) 1/7500 c) 1/15000 d) 1/10000 e) outro _____
Foi feita a clara delimitação da área e de visita dos ACS ?
a) SIM NÃO b) delimitação da área c) mapa de visitas dos ACS

Existe histórico das visitas e condições de saúde de cada cidadão cadastrado?
a) sim b) não
Qual é média de visitas dos agentes por famílias cadastradas?
a) 1 b) 2 c)3 d)4
Quem realiza as visitas?
a) médicos b) enfermeiro c) auxiliar d) dentistas e) THD f) ACS g) outro _____
Há cronograma de visitas?
a) sim b) não
Há veículo disponível para as visitas?
a) sim b) auxílio transporte c) um carro para toda equipe NÃO d) não há auxílio e) utilização de carro próprio s/ auxílio gasolina
Há material para a capacitação dos ACS?
a) apostilas b) cursos virtuais c) outros _____
Existem pacientes, com prioridade, que não são visitados por não estarem no mapa de atendimentos?
a) sim b) não
Algum mapa de atendimento do SF poderia ser subdivido para o melhor atendimento?
a) Não b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 e)outro
Os servidores recebem em dia?
a) sim b) não
Qual a razão da contratação dos servidores da saúde ? (1 PS 2 CONCURSO)
a) médico b) enfermeiro c) assistentes/técnicos
Há algum programa de pactuação integrada?
a) Sim b) Não
Quando foi o último concurso realizado pela SES?
a) DATA
Como é feita a marcação de consulta para especialistas?
a) Por solicitação do médico do PS b) espera na posta c) outro
Qual a maior dificuldade para marcação de consultas com espec.?
a) Tempo b) distância c) organização do PS d) falta de contato com o usuário
Existem laboratórios credenciados para a realização dos exames eletivos e complementares?

a) Sim b) Não
Onde é marcada a consulta para especialidades?
a) em qualquer PSF b) "a) e diretamento do posto especializado
Quais são as principais dificuldades técnicas quanto a equipe da saúde da família?
a) falta de qualificação/capacitação b) remuneração c) locomoção d) falta de servidores e) falta de material f) demora para marcação das consultas de retorno g) Outros _____
Faltam no posto algum dos itens básicos de atendimento?
a) Sim (quais?) b) Não
Quais as especialidades não básicas são as principais dificuldades da região?
CITAR
Há integração entre as equipes de SF dos PSF's?
a) sim b) não

ANEXO C – INSTRUMENTO UTILIZADO EM MARÍLIA-SP (01_SP) – FICHA 3: INFORMAÇÕES QUALITATIVAS COM A EQUIPE MÉDICA DO POSTO

Informações Qualitativas com a Equipe Médica do Posto
Quais são as principais dificuldade quanto a sua atuação profissional? (Citar profissional)
a) Estrutura Física b) Material para trabalho c) Demora de exames d) Quantidades de cirurgias insuficientes e) falta de medicamentos f)locomoção
Qual o tempo médio gasto com os pacientes?
a) 5 minutos b) 10 minutos c) 15 minutos d) NDA
O que é mais relevante para a qualidade do serviço prestado por você e pela sua unidade de saúde?
a) Condições de trabalho b)remuneração c)informações prestadas no atendimento ao usuário d) estrutura física e) medicamentos f) outros _____
Alguma reclamação quanto as condições remuneratórias?
a) sim b) não
Quais são as principais dificuldades técnicas quanto a equipe da saúde da família?
a) falta de qualificação/capacitação b)remuneração c)locomoção d)falta de servidores e)falta de material f) demora para marcação das consultas de retorno g) Outros _____
Os servidores recebem em dia?
a) sim b) não
Qual a razão da contratação dos servidores da saúde ? 1 (PS 2 CONCURSO)
a) médico b) enfermeiro c)assistentes/técnicos
Há integração entre as equipes de SF dos PSF's?
a) sim b) não
Sugere-se a subdivisão de algum dos PSF?
CITAR
Outras observações?

ANEXO D – INSTRUMENTO UTILIZADO EM MARÍLIA-SP (01_SP) – FICHA 4: INFORMAÇÕES QUALITATIVAS DOS USUÁRIOS

Informações Qualitativas dos Usuários
Qualidade no atendimento
Quais são os limites para a marcação da consulta?
a) Horários específicos b) número limitado de consultas diárias c) dias/horários pré-definidos para marcação d) local de marcação e) longo tempo na fila de espera f) não há marcação preferencial
Após a consulta inicial o usuário teve o seu retorno marcado como?
a) Imediatamente no próprio clínico que o atendeu b) Marcação da consulta em outro lugar c) Agendamento em outro PSF/ agenda eletrônica d) outros _____
Qual o tempo de espera entre a marcação e a consulta clínica (1) /especialidade (2)?
a) No dia b) 1 semana c) 15 dias d) 1 mês e) Outro _____
Qual o foi o tempo de espera do paciente entre a realização e o recebimento do exame (especificar) ?
a) No dia b) 1 semana c) 15 dias d) 1 mês e) Outro _____
Há algum horário que há poucos usuários ou médicos atendendo no posto de saúde?
a) Manhã b) Tarde c) Noite d) Hora que não há médicos e) Outros _____
Qual o tempo decorrido entre a entrega do exame e a marcação do exame complementar?
a) No dia b) 1 semana c) 15 dias d) 1 mês e) Outro _____
E para o recebimento do EC?
a) No dia b) 1 semana c) 15 dias d) 1 mês e) Outro _____
O que acha da qualidade do atendimento médico no posto (8.1 tempo de consulta 8.2 cordialidade 8.3 resolutividade) ?
a) Muito bom b) Bom c) Regular d) Regular e) Ruim f) Muito Ruim
Estrutura do atendimento
Tem algum especialista ou algum exame indisponível no posto de saúde?
CITAR
Tem algum medicamento que você não consegue obter no posto de saúde?
CITAR
O que acha das condições de atendimento físicas do posto - a) Muito bom b) Bom c) Regular d) Regular e) Ruim f) Muito Ruim - ?

11.1 tamanho para o atendimento () 11.2 várias atividades acontecendo em uma mesma sala () 11.3 iluminação () 11.4 qualidade dos equipamentos () 11.5 material básico de trabalho () 11.6 higiene e asseio ()
Saúde da Família e outros
O que acha do atendimento dos ACS?
a) Muito bom b) Bom c) Regular d) Regular e) Ruim f) Muito Ruim ?
Qual é a frequência de visitas dos ACS à sua família - especificar caso da família - ?
a) 7 dias b) 15 dias c) 1 mês d) 3 meses e) 6 meses f) Outro _____
Quando foi a última vez que você participou no planejamento, na execução ou na avaliação das ações da SF?
a) 7 dias b) 15 dias c) 1 mês d) 3 meses e) 6 meses f) Outro _____
O médico já lhe atendeu em casa quando não pode se locomover ao PSF?
a) Sim b) Não
O que acha da distância do posto de saúde até a sua casa?
a) Muito longe b) longe c) média d) curta e) muito curta
Qual a maior dificuldade para marcação de consultas com espec.?
a) Tempo b) distância c) organização do PS d) falta de contato com o usuário
Onde é marcada a consulta para especialidades?
a) em qualquer PSF b) "a) e diretamente do posto especializado

ANEXO E – INSTRUMENTO UTILIZADO EM ÁGUAS LINDAS (01_GO) - FICHA 1: IDENTIFICAÇÃO DOS POSTOS E DE SUAS RESPECTIVAS EQUIPES MÉDICAS.

Quadro de Identificação dos Postos de Saúde e de suas respectivas equipes médicas.			
Como é feita a marcação da consulta?(telefone, ida ao posto, espera na unidade)			
Qual é a disponibilidade de horários para a marcação das consultas? (manhã, tarde ou noite)			
Há algum horário que há poucos usuários ou médicos atendendo no posto de saúde?			
Condicionamento dos remédios? (ordenados por lote e vencimento)			
População alvo do posto de saúde			
Cada profissional atende as horas contratadas?			
CLÍNICA MÉDICA	Carga horária	Turno	Atendimentos/mês
TOTAL HORAS	0		
GINECOLOGIA E OBSTRETRÍCIA	Carga horária	Turno	

TOTAL HORAS	0		
PEDIATRIA	Carga horária	Turno	
TOTAL HORAS	0		
ENFERMAGEM	Carga horária	Turno	
TOTAL HORAS	0		
ODONTOLOGIA	Carga horária	Turno	
TOTAL HORAS	0		
THD	Carga horária	Turno	
TOTAL HORAS	0		
ASSISTENTE SOCIAL	Carga horária	Turno	
TOTAL HORAS	0		
AC'S	Carga horária	Turno	Atendimentos/mês

TOTAL		0	
Instalações físicas e condições de uso			
Equipamentos existentes/por sala e condições de uso			

ANEXO F – INSTRUMENTO UTILIZADO EM ÁGUAS LINDAS (01_GO) - FICHA 2: INFORMAÇÕES COM O GESTOR DA UNIDADE

Informações com o Gestor da Unidade
QUALIDADE NO ATENDIMENTO
Como é feita a marcação da consulta?(telefone, ida ao posto, espera na unidade)
Qual é a disponibilidade de horários para a marcação das consultas? (manhã, tarde ou noite)
Quais são os limites para a marcação da consulta? (Horários específicos? Disponibilidade limitada de consultas por profissional? Determinação prévia de dias para a marcação? Possibilidade de marcação para somente x dias à frente?
Após a consulta inicial o usuário tem o seu retorno marcado como?
Qual o tempo médio de espera do paciente entre a marcação e a consulta em cada exames * ?
Quando não há marcação da consulta qual o tempo de demora para o atendimento em loco *?
Há algum horário que há poucos usuários ou médicos atendendo no posto de saúde?
Qual o tempo decorrido entre a solicitação do exame e a entrega de seu resultado *?
Qual o tempo decorrido entre a entrega do resultado e a marcação do exame complementar *?
ESTRUTURA DE ATENDIMENTO
Há um critério utilizado para a alocação da equipe médica?
É feito o controle do estoque dos medicamentos nos centros de saúde por data de validade e por lote?
Os medicamentos estão expostos à luz solar direta ou em contato direto com o piso e paredes?
Há registro da demanda reprimida nas unidades de saúde?
Quantos usuários não foram atendidos * até o momento? * segundo especialidades constantes do relatório de auditoria do DF, página 19
Há adequação entre oferta de especialidades médicas básicas (clínica geral, ginecologia e pediatria) e a demanda potencial da população?
A oferta de medicamentos disponíveis nas unidades de saúde compreendes a lista de medicamentos da SES?
Há várias atividades, serviços ou programas acontecendo em uma mesma sala?
Consta-se a insalubridade ou a inexistência de atendimento face às condições de asseio e higiene do local?
A iluminação encontra-se deficiente (ausência de janelas ou precariedade da iluminação artificial)?
Faltam equipamentos? Os equipamentos estão em condição satisfatória de uso?
A oferta de especialidades clínicas no HT e na USB que não as básicas comportam a necessidade dos usuários?
SAÚDE DA FAMÍLIA

A equipe multifuncional de SF está completa (Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, para, no máximo, 4500 habitantes) ?
A quantas pessoas atende a equipe?
A equipe de saúde bucal está completa?
Os profissionais cumprem a jornada de 40 horas?
A quantas equipes de SF atende a equipe SB?
Os médicos da família atendem em domicílio quando necessário?
O médicos participam das atividades de educação permanente junto aos demais membros da equipe?
A comunidade participa no planejamento, na execução e na avaliação das ações da SF?
Foi feita a capacitação inicial dos agentes?
É feita a educação permanente dos agentes?
Qual é a relação agente/cidadão?
Foi feita a clara delimitação da área a ser atendida?
As famílias e os indivíduos estão cadastrados?
Existe histórico das visitas e condições de saúde de cada cidadão cadastrado?
Qual é a frequência de visitas dos agentes às famílias?

ANEXO G – INSTRUMENTO UTILIZADO EM ÁGUAS LINDAS (01_GO) – FICHA 3: INFORMAÇÕES QUALITATIVAS COM A EQUIPE MÉDICA DO POSTO

Informações Qualitativas com a Equipe Médica do Posto
Quais são as principais dificuldade quanto a sua atuação profissional?
Quais são as principais dificuldades quanto as condições de trabalho (instalações, equipamentos e farmácia)?
Qual o tempo médio gasto com os pacientes?
O que é mais relevante para a qualidade do serviço prestado por você e pela sua unidade de saúde?
Alguma reclamação quanto as condições remuneratórias?
Quais são as principais dificuldade quanto a equipe da saúde da família?
Outras observações?

ANEXO H – INSTRUMENTO UTILIZADO EM ÁGUAS LINDAS (01_GO) – FICHA 4: INFORMAÇÕES QUALITATIVAS DOS USUÁRIOS

Informações Qualitativas dos Usuários
Qualidade no atendimento
Quais são as principais dificuldades quanto a marcação das consultas?
Quais são os limites para a marcação da consulta? (Horários específicos? Disponibilidade limitada de consultas por profissional? Determinação prévia de dias para a marcação? Possibilidade de marcação para somente x dias à frente?)
Após a consulta inicial o usuário teve o seu retorno marcado como?
O que acha do tempo de espera entre a marcação e a consulta?
Qual o foi o tempo de espera do paciente entre a marcação e a consulta? Qual o exame?
Há algum horário que há poucos usuários ou médicos atendendo no posto de saúde?
Qual o tempo decorrido entre a entrega do resultado e a marcação do exame complementar?
O que acha da qualidade do atendimento médico no posto? (tempo de consulta, cordialidade...*)
Há algum horário que há poucos usuários ou médicos atendendo no posto de saúde?
Estrutura do atendimento
Tem algum médico ou alguma consulta indisponíveis no posto de saúde?
Tem algum medicamento que você não consegue obter no posto de saúde?
O que acha das condições de atendimento físicas do posto? (várias atividades, serviços ou programas acontecendo em uma mesma sala, iluminação, equipamentos?)
Saúde da Família
O que acha do atendimento dos ACS?
Qual é a frequência de visitas dos agentes às famílias?
Você já participou alguma vez no planejamento, na execução e na avaliação das ações da SF?
O médico atende em casa, quando necessário?

II – INSTALAÇÕES FÍSICAS E CONDIÇÕES DE USO

Tipo de instalação	Condições de uso

III – EQUIPAMENTOS

Auditor Cívico responsável:

.....

ANEXO J – INSTRUMENTO UTILIZADO EM BAURU-SP (02_SP) – FICHA 2: QUESTIONÁRIO PARA SERVIDOR DO POSTO DE SAÚDE



INSTITUTO DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE AUDITORIA CÍVICA DA SAÚDE QUESTIONÁRIO PARA SERVIDOR DO POSTO DE SAÚDE

I – Qualidade do atendimento:

1. Como é feita a marcação da consulta?
 - a) Telefone ()
 - b) Antecipadamente no posto ()
 - c) Antecipadamente em qualquer unidade ()
 - d) Não há marcação ()
 - e) Outro () – descrever:.....
2. Em que horário é possível fazer a marcação de consultas?
 - a) Manhã () b) Tarde () c) Noite ()
3. Quais são as limitações para marcação de consultas?
 - a) As marcações só podem ser feitas em dias e/ou horários específicos () – especificar:.....
 -
 - b) A marcação é feita de forma presencial e o tempo de espera na fila é longo () – especificar o tempo médio:.....
 - c) Não há marcação preferencial para idosos, gestantes, etc. ()
 - d) O atendimento a consultas só ocorre em determinados horários () – especificar:.....
 - e) Existe um número limitado de consultas diárias para cada médico () – especificar:.....
4. Após a consulta inicial, como se dá a marcação do retorno do paciente, caso seja necessário?
 - a) Imediatamente com o próprio médico que fez o atendimento ()

- b) Logo após a consulta, com outro servidor, mas dentro da mesma unidade de saúde ()
 - c) Marcação em outro local ()
 - d) Marcação via agenda eletrônica ()
 - e) Outros () – especificar:.....
5. Qual é o tempo médio de espera entre a data da marcação da consulta e a data da consulta?
- a) Mesmo dia ()
 - b) Até uma semana ()
 - c) De 8 a 15 dias ()
 - d) De 16 a 30 dias ()
 - e) De 30 a 60 dias ()
 - f) Acima de 60 dias () – Solicitar cópia de documentos (ou relatórios informatizados) que mostrem consultas agendadas e consultas realizadas.
6. Como você avalia a qualidade do atendimento na unidade de saúde quanto a
- a) Tempo de espera para atendimento: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
 - b) Cordialidade com que os pacientes são tratados: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
 - c) Resolutividade dos problemas apresentados pelos pacientes: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()

II – Estrutura de atendimento:

7. Existe um desempenho mínimo esperado de atendimento a pacientes (quantidade)? Sim () – Não (). Como é definido?.....
8. Existe um referencial de atendimentos anuais por habitante? Sim () – Não (). Qual é esse referencial?.....
Como é definido?
9. Há registro de demanda reprimida por especialidade? Sim () – Não (). Se sim, solicitar cópia da lista.
10. Qual é a maneira pela qual se define a equipe de atendimento?
- a) Conforme estipulado por programa federal ou estadual ()
 - b) Mapa da saúde ()
 - c) Quadro de demanda reprimida ()
 - d) Histórico de consultas realizadas ()
 - e) Informações oriundas das equipes de Saúde da Família ()

f) Outras () – especificar.....

11. Como é feito o controle do estoque de medicamentos na unidade de saúde?.....

12. Quais as condições de armazenamento dos medicamentos?.....

.....(Depois de fazer as perguntas 11 e 12, pedir para visitar o local no qual é feito o armazenamento, relacionar as condições verificadas e tirar fotos):.....

13. Está disponível para a população a cesta de básica de medicamentos que devem ser fornecidos gratuitamente? Sim () – Não (). Se sim, solicitar lista.

14. Qual sua avaliação acerca das seguintes condições de atendimento aos pacientes (tirar fotos):

a) Estrutura física do imóvel: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()

b) Condições físicas do imóvel: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()

c) Qualidade dos equipamentos: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()

d) Condições (estado de conservação) dos equipamentos: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()

e) Material básico de trabalho – instrumentos: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()

f) Quais equipamentos/instrumentos estão em falta?.....

15. Qual é a forma de contratação dos servidores da unidade de saúde?

a) Concurso público ()

b) Procedimento simplificado ()

c) Entrevista e análise de currículo ()

d) Outra () – Especificar:.....

III – Saúde da Família

16. Quantos e quais são os profissionais da Saúde da Família?.....

17. Qual é a jornada diária de trabalho cumprida pela equipe? Todos profissionais cumprem a mesma jornada?
-
18. Os médicos da família trabalham em regime de dedicação exclusiva?
19. Os médicos da família atendem em domicílio quando necessário?
20. Qual é a frequência de visitas feitas pelos agentes comunitários de saúde?
21. A quantas famílias/pessoas atende cada agente?
22. Existe histórico das visitas e condições de saúde de cada cidadão cadastrado? Sim () – Não (). Se sim, pedir para ver as fichas – **não pedir cópia.**
23. Foi feita a delimitação da área de cobertura de cada agente comunitário de saúde? Sim () – Não (). Se sim, pedir cópia do mapa.
24. Enfermeiros e auxiliares de enfermagem também fazem visitas a domicílios? Sim () – Não (). Se sim, em quais situações?
-
25. A quantas famílias/pessoas atende a equipe no total? Qual é a quantidade padronizada pelo Ministério da Saúde?
26. Quantos e quais são os profissionais da Saúde Bucal?
-
27. São desenvolvidas atividades de educação permanente dos membros da equipe da Saúde da Família? Sim () – Não (). Se sim, com que frequência?..... Os médicos participam dessa atividade? Sim () – Não ().

Observações:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Auditor cívico responsável pelo preenchimento:

ANEXO K - INSTRUMENTO UTILIZADO EM BAURU-SP (02_SP) – FICHA 3: QUESTIONÁRIO PARA O USUÁRIO



INSTITUTO DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE AUDITORIA CÍVICA DA SAÚDE QUESTIONÁRIO PARA O USUÁRIO

I – Qualidade do atendimento:

1. Como foi feita a marcação da consulta?
 - a) Telefone ()
 - b) Antecipadamente no posto ()
 - c) Antecipadamente em qualquer unidade ()
 - d) Não há marcação ()
 - e) Outro () – descrever:
2. Em que horário você fez a marcação da consulta?
 - a) Manhã () b) Tarde () c) Noite ()
3. Informe acerca de limitações para marcação de consultas que você conheça:
 - a) As marcações só podem ser feitas em dias e/ou horários específicos () – especificar:
 -
 - b) A marcação é feita de forma presencial e o tempo de espera na fila é longo () – especificar o tempo médio:
 - c) Não há marcação preferencial para idosos, gestantes, etc. ()
 - d) O atendimento a consultas só ocorre em determinados horários () – especificar:
 - e) Existe um número limitado de consultas diárias para cada médico () – especificar:
4. Após a consulta inicial, como se dá a marcação do retorno do paciente, caso seja necessário?
 - a) Imediatamente com o próprio médico que fez o atendimento ()
 - b) Logo após a consulta, com outro servidor, mas dentro da mesma unidade de saúde ()
 - c) Marcação em outro local ()

- d) Marcação via agenda eletrônica ()
- e) Outros () – especificar:
5. Qual foi o tempo de espera entre a data da marcação da consulta e a data da consulta?
- a) Mesmo dia ()
- b) Até uma semana ()
- c) De 8 a 15 dias ()
- d) De 16 a 30 dias ()
- e) De 30 a 60 dias ()
- f) Acima de 60 dias ()
6. Como você avalia a qualidade do atendimento na unidade de saúde quanto a
- a) Tempo de espera para atendimento: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- b) Cordialidade com que os pacientes são tratados: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- c) Resolutividade dos problemas apresentados pelos pacientes: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()

II – Estrutura de atendimento:

7. Está disponível para a população a cesta de básica de medicamentos que devem ser fornecidos gratuitamente? Sim () – Não ().
8. Você já teve dificuldade de receber medicamentos dos quais você necessitava? Sim () – Não (). Se sim, por favor relate o ocorrido:
-
9. Qual sua avaliação acerca das seguintes condições de atendimento aos pacientes:
- a) Estrutura física do imóvel: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- a) Condições físicas do imóvel: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- b) Qualidade dos equipamentos: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- c) Condições (estado de conservação) dos equipamentos: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- d) Material básico de trabalho – instrumentos: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- e) Quais equipamentos/instrumentos estão em falta?
-
10. Já ocorreu de você necessitar algum tipo de atendimento que não foi providenciado na unidade de saúde? Sim () – Não (). Se sim, por favor relate o ocorrido:.....

III – Saúde da Família

11. Sua casa é regularmente visitada pelos agentes comunitários de saúde? Sim () – Não (). Se sim, qual é a frequência?
12. Qual a avaliação que você faz dessas visitas? muito boas () – boas () – regulares () – ruins () – muito ruins (). Se a resposta foi ruim ou muito ruim, por favor narre os problemas:
-
13. Você sabe dizer se os médicos da família trabalham em regime de dedicação exclusiva? Sim, dedicação exclusiva () – Não, eles têm outras atividades ()
14. Os médicos da família atendem em domicílio quando necessário?
15. Enfermeiros e auxiliares de enfermagem também fazem visitas a domicílios? Sim () – Não (). Se sim, em quais situações?
-
16. Qual é a distância da unidade de saúde até sua casa?

Observações:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Auditor cívico responsável pelo preenchimento:

II – INSTALAÇÕES FÍSICAS E CONDIÇÕES DE USO

Tipo de instalação	Condições de uso

III – EQUIPAMENTOS

Tipo	Condição ou ausência

ANEXO M - INSTRUMENTO UTILIZADO EM ANTONINA DO NORTE-CE (01_CE), IBIAPINA (02_CE), CRATEÚS (03_CE) E OCARA (04_CE) – FICHA 2: QUESTIONÁRIO PARA COORDENADOR DO POSTO DE SAÚDE



INSTITUTO DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

AUDITORIA CÍVICA DA SAÚDE

QUESTIONÁRIO PARA COORDENADOR DO POSTO DE SAÚDE

Coordenador _____

Nome e Sobrenome da Equipe: _____

Unidade Visitada: _____

I – Qualidade do atendimento:

1. Como é feita a marcação da consulta?

a) Telefone ()

b) Antecipadamente no posto ()

c) Antecipadamente em qualquer unidade ()

d) Não há marcação ()

e) Outro () – descrever:

2. Em que horário é possível fazer a marcação de consultas?

a) Manhã () b) Tarde () c) Noite ()

3. Quais são as limitações para marcação de consultas?

a) As marcações só podem ser feitas em dias e/ou horários específicos () – especificar:

b) A marcação é feita de forma presencial e o tempo de espera na fila é longo () – especificar o tempo médio:

c) Não há marcação preferencial para idosos, gestantes, etc. ()

d) O atendimento a consultas só ocorre em determinados horários () – especificar:

- e) Existe um número limitado de consultas diárias para cada médico () – especificar:
4. Após a consulta inicial, como se dá a marcação do retorno do paciente, caso seja necessário?
- a) Imediatamente com o próprio médico que fez o atendimento ()
- b) Logo após a consulta, com outro servidor, mas dentro da mesma unidade de saúde ()
- c) Marcação em outro local ()
- d) Marcação via agenda eletrônica ()
- e) Outros () – especificar:.....
5. Qual é o tempo médio de espera entre a data da marcação da consulta e a data da consulta?
- a) Mesmo dia ()
- b) Até uma semana ()
- c) De 8 a 15 dias ()
- d) De 16 a 30 dias ()
- e) De 30 a 60 dias ()
- f) Acima de 60 dias () – Solicitar cópia de documentos (ou relatórios informatizados) que mostrem consultas agendadas e consultas realizadas.
6. Como você avalia a qualidade do atendimento na unidade de saúde quanto a
- a) Tempo de espera para atendimento: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- b) Cordialidade com que os pacientes são tratados: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- c) Resolutividade dos problemas apresentados pelos pacientes: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()

II – Estrutura de atendimento:

7. Existe um desempenho mínimo esperado de atendimento a pacientes (quantidade)? Sim () – Não (). Como é definido?
-
8. Existe um referencial de atendimentos anuais por habitante? Sim () – Não (). Qual é esse referencial?
- Como é definido?
9. Há registro de demanda reprimida por especialidade? Sim () – Não (). Se sim, solicitar cópia da lista.
10. Qual é a maneira pela qual se define a equipe de atendimento?
- a) Conforme estipulado por programa federal ou estadual ()
- b) Mapa da saúde ()

- c) Quadro de demanda reprimida ()
- d) Histórico de consultas realizadas ()
- e) Informações oriundas das equipes de Saúde da Família ()
- f) Outras () – especificar

11. Como é feito o controle do estoque de medicamentos na unidade de saúde?

12. Quais as condições de armazenamento dos medicamentos?

..... (Depois de fazer as perguntas 11 e 12, pedir para visitar o local no qual é feito o armazenamento, relacionar as condições verificadas e tirar fotos):.....

13. Está disponível para a população a cesta de básica de medicamentos que devem ser fornecidos gratuitamente? Sim () – Não (). Se sim, solicitar lista.

14. Qual sua avaliação acerca das seguintes condições de atendimento aos pacientes (tirar fotos):

- a) Estrutura física do imóvel: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- b) Condições físicas do imóvel: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- c) Qualidade dos equipamentos: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- d) Condições (estado de conservação) dos equipamentos: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- e) Material básico de trabalho – instrumentos: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- f) Quais equipamentos/instrumentos estão em falta?

15. Qual é a forma de contratação dos servidores da unidade de saúde?

- a) Concurso público ()
- b) Procedimento simplificado ()
- c) Entrevista e análise de currículo ()
- d) Outra () – Especificar:

III – Saúde da Família

ANEXO N - INSTRUMENTO UTILIZADO EM ANTONINA DO NORTE-CE (01_CE), IBIAPINA (02_CE), CRATEÚS (03_CE) E OCARA (04_CE) – FICHA 3: QUESTIONÁRIO PARA DENTISTA DO POSTO DE SAÚDE



INSTITUTO DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

AUDITORIA CÍVICA DA SAÚDE

QUESTIONÁRIO PARA DENTISTA DO POSTO DE SAÚDE

Coordenador _____

Unidade Visitada: _____

I – Qualidade do atendimento:

1. Como é feita a marcação da consulta?

- a) Telefone ()
- b) Antecipadamente no posto ()
- c) Antecipadamente em qualquer unidade ()
- d) Não há marcação ()
- e) Outro () – descrever:

2. Em que horário é possível fazer a marcação de consultas?

- a) Manhã () b) Tarde () c) Noite ()

3. Quais são as limitações para marcação de consultas?

- a) As marcações só podem ser feitas em dias e/ou horários específicos () – especificar:
.....
- b) A marcação é feita de forma presencial e o tempo de espera na fila é longo () – especificar o tempo médio:
- c) Não há marcação preferencial para idosos, gestantes, etc. ()
- d) O atendimento a consultas só ocorre em determinados horários () – especificar:
- e) Existe um número limitado de consultas diárias para cada médico () – especificar:

4. Após a consulta inicial, como se dá a marcação do retorno do paciente, caso seja necessário?
- Imediatamente com o próprio médico que fez o atendimento ()
 - Logo após a consulta, com outro servidor, mas dentro da mesma unidade de saúde ()
 - Marcação em outro local ()
 - Marcação via agenda eletrônica ()
 - Outros () – especificar:
5. Qual é o tempo médio de espera entre a data da marcação da consulta e a data da consulta?
- Mesmo dia ()
 - Até uma semana ()
 - De 8 a 15 dias ()
 - De 16 a 30 dias ()
 - De 30 a 60 dias ()
 - Acima de 60 dias () – Solicitar cópia de documentos (ou relatórios informatizados) que mostrem consultas agendadas e consultas realizadas.

II – Estrutura de atendimento:

6. Existe um referencial de atendimentos anuais por habitante? Sim () – Não (). Qual é esse referencial?.....
Como é definido?.....
7. Há registro de demanda reprimida por especialidade? Sim () – Não (). Se sim, solicitar cópia da lista.
8. Qual sua avaliação acerca das seguintes condições de atendimento aos pacientes (tirar fotos):
- Estrutura física do imóvel: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
 - Condições físicas do imóvel: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
 - Qualidade dos equipamentos: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
 - Condições (estado de conservação) dos equipamentos: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
 - Material básico de trabalho – instrumentos: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
 - Salário: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
 - Quais equipamentos/instrumentos estão em falta?.....
-

ANEXO O - INSTRUMENTO UTILIZADO EM ANTONINA DO NORTE-CE (01_CE), IBIAPINA (02_CE), CRATEÚS (03_CE) E OCARA (04_CE) – FICHA 4: QUESTIONÁRIO PARA O USUÁRIO



INSTITUTO DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

AUDITORIA CÍVICA DA SAÚDE

QUESTIONÁRIO PARA O USUÁRIO

Coordenador _____

Unidade Visitada: _____

I – Qualidade do atendimento:

28. Como foi feita a marcação da consulta?

- f) Telefone ()
- g) Antecipadamente no posto ()
- h) Antecipadamente em qualquer unidade ()
- i) Não há marcação ()
- j) Outro () – descrever:

.....

29. Em que horário você fez a marcação da consulta?

b) Manhã () b) Tarde () c) Noite ()

30. Informe acerca de limitações para marcação de consultas que você conheça:

f) As marcações só podem ser feitas em dias e/ou horários específicos () – especificar:.....
.....

g) A marcação é feita de forma presencial e o tempo de espera na fila é longo () – especificar o tempo médio:.....

h) Não há marcação preferencial para idosos, gestantes, etc. ()

i) O atendimento a consultas só ocorre em determinados horários () – especificar:.....

j) Existe um número limitado de consultas diárias para cada médico () – especificar:.....

31. Após a consulta inicial, como se dá a marcação do retorno do paciente, caso seja necessário?

f) Imediatamente com o próprio médico que fez o atendimento ()

g) Logo após a consulta, com outro servidor, mas dentro da mesma unidade de saúde ()

h) Marcação em outro local ()

i) Marcação via agenda eletrônica ()

j) Outros () – especificar:.....

32. Qual foi o tempo de espera entre a data da marcação da consulta e a data da consulta?

g) Mesmo dia ()

h) Até uma semana ()

i) De 8 a 15 dias ()

j) De 16 a 30 dias ()

k) De 30 a 60 dias ()

l) Acima de 60 dias ()

33. Como você avalia a qualidade do atendimento na unidade de saúde quanto a

d) Tempo de espera para atendimento: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()

e) Cordialidade com que os pacientes são tratados: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()

f) Resolutividade dos problemas apresentados pelos pacientes: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()

II – Estrutura de atendimento:

34. Está disponível para a população a cesta de básica de medicamentos que devem ser fornecidos gratuitamente? Sim () – Não ().
35. Você já teve dificuldade de receber medicamentos dos quais você necessitava? Sim () – Não (). Se sim, por favor relate o ocorrido:.....
.....
.....
36. Qual sua avaliação acerca das seguintes condições de atendimento aos pacientes:
- g) Estrutura física do imóvel: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- h) Condições físicas do imóvel: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- i) Qualidade dos equipamentos: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- j) Condições (estado de conservação) dos equipamentos: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- k) Material básico de trabalho – instrumentos: muito bom () – bom () – regular () – ruim () – muito ruim ()
- l) Quais equipamentos/instrumentos estão em falta?
.....
.....
37. Já ocorreu de você necessitar algum tipo de atendimento que não foi providenciado na unidade de saúde? Sim () – Não (). Se sim, por favor relate o ocorrido:
.....
.....

III – Saúde da Família

38. Sua casa é regularmente visitada pelos agentes comunitários de saúde? Sim () – Não (). Se sim, qual é a frequência?.....
39. Qual a avaliação que você faz dessas visitas? muito boas () – boas () – regulares () – ruins () – muito ruins (). Se a resposta foi ruim ou muito ruim, por favor narre os problemas:.....
.....
.....
40. Você sabe dizer se os médicos da família trabalham em regime de dedicação exclusiva? Sim, dedicação exclusiva () – Não, eles têm outras atividades ()
41. Os médicos da família atendem em domicílio quando necessário?.....
42. Enfermeiros e auxiliares de enfermagem também fazem visitas a domicílios? Sim () – Não (). Se sim, em quais situações?
.....

ANEXO P - INSTRUMENTO UTILIZADO EM PLANALTINA-GO (05_GO) E PLANALTINA-GO (07_GO) – FICHA 1: EQUIPE PROFISSIONAL



Ao analisar o quadro de profissionais verifique se a equipe está completa e comente caso necessário

EQUIPE PROFISSIONAL	Sim	Não
Medico 40 horas/ 20 horas		
Enfermeiro		
Técnico de Enfermagem		
Auxiliar de Enfermagem		
Agente Comunitário de Saúde (Mínimo 4)		

Observações: _____

**ANEXO Q - INSTRUMENTO UTILIZADO EM PLANALTINA-GO (05_GO) E PLANALTINA-GO (07_GO) - FICHA 2:
EQUIPAMENTOS E MATERIAIS**



Verifique in loco se existe os equipamentos e materias citados abaixo, se necessário comente

Unidade: _____

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	Sim	Não
Antropometro		
Aparelho de PA adulto		
Aparelho PA Pediátrico		
Aparelho de Nebulização		
Ar Condicionado - Farmácia		
Ar Condicionado - Vacina		
Auto Clave		
Balança 150 KG		
Balança Infantil		
Estetoscópio Adulto		
Estetoscópio Infantil		
Foco de Luz para Exame		
Geladeira Sala de Vacina		
Geladeira Farmácia		
Glicosímetro		
Lanterna Clínica		
Mesa para Exame Ginecológico		
Mesa para Exame Clinico		
Otoscópio		
Sonar ou Estetoscópio de Pinard		
Termômetro com Cabo Extensor ou Linear		
Termômetro Clinico		
Termômetro de Máxima e Mínima		

Observações: _____

**ANEXO R - INSTRUMENTO UTILIZADO EM PLANALTINA-GO (05_GO) E PLANALTINA-GO (07_GO) – FICHA 3:
INSUMOS PARA ATENÇÃO À SAÚDE**



Verifique in loco se existe os insumos citados abaixo, se necessário comente

INSUMOS PARA ATENÇÃO A SAÚDE	Sim	Não
Abaixador de Língua		
Agulhas descartáveis e diversos tamanhos		
Ataduras		
Caixa Térmica para Vacina		
Fita Métrica		
EPI		
Escova Endocervical		
Espátula de Ayres		
Esparrapado/micropore		
Fixador de Lamina		
Frasco Plástico com Tampa		
Gase		
Lamina De vidro Com Lado Fosco		
Riras Reagentes de Medida de Glicemia Capilar		
Seringas Descartáveis de Diversos Tamanhos		
Caixa Para Descarte de Perfuro Cortantes		
Fita de Glicemia		
Lamina de Bisturi		

Observações: _____

ANEXO S - INSTRUMENTO UTILIZADO EM PLANALTINA-GO (05_GO) E PLANALTINA-GO (07_GO) – FICHA 4:

ESTRUTURA FÍSICA



Verifique in loco a existência da estrutura citada abaixo. Marque SIM ou Não e comente caso necessário.

ESTRUTURA FÍSICA	Sim	Não
Recepção		
Sala de Espera		
Sala de Acolhimento		
Consultório Médico		
Consultório de Enfermagem		
Sala de Vacina		
Sala de Procedimentos		
Farmácia		
Sala de Curativos		
Sala de Reuniões		
Sanitários para Usuários		
Sanitários para Profissionais		
Copa e cozinha		
Abrigo para resíduos sólidos		
Bebedouro		
A unidade é assecível para portadores de deficiência Física e idosos?		
A unidade está cadastrada no PMAQ ? (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica)		

**ANEXO T - INSTRUMENTO UTILIZADO EM PLANALTINA-GO (05_GO) E PLANALTINA-GO (07_GO) – FICHA 5:
MEDICAMENTOS – FARMÁCIA BÁSICA**



Verifique in loco na farmácia se todos os medicamentos citados abaixo estão disponíveis , se necessário comente

MEDICAMENTOS - FARMÁCIA BÁSICA	Sim	Não
Albendazol/Mebendazol		
Metronidazol CP		
Metronidazol Creme		
Benzoato de Benzila		
Vitaminas/antianemicos		
Ácido Fólico		
Sulfato Ferroso		
Hidroclorotiazida		
Ass 100mg		
Captopril		
Furosemida		
Metformina		
Glibenclamida		
paracetamol		
dipirona		
ibuprofeno		
diazepan		
clonazepan		
Observações: diclofenaco de sódio/potássio		

Observações: _____

ANEXO U - INSTRUMENTO UTILIZADO EM PLANALTINA-GO (05_GO) E PLANALTINA-GO (07_GO) – FICHA 6: USUÁRIO



Entreviste os cidadãos que são usuário da Unidade Básica de Saúde, Marque SIM ou Não e se necessário comente

	Sim	Não
Você consegue marcar consulta com menos de 20 dias ?		
O tempo de espera entre a data da marcação da consulta e a data da consulta foi inferior a 15 dias ?		
O agente de saúde visita mensalmente sua residência ?		
O usuário conhece o agente de saúde da sua região ?		
A unidade está sempre limpa ?		
A unidade tem boa estrutura física ?		
Os servidores da unidade tratam os usuários com cordialidade ?		
Há material básico de trabalho para os profissionais ?		
Você participa das ações/campanhas do seu Município ?		

Observações: _____

Você consegue marcar consulta com menos de 20 dias ?		
O tempo de espera entre a data da marcação da consulta e a data da consulta foi inferior a 15 dias ?		
O agente de saúde visita mensalmente sua residência ?		
O usuário conhece o agente de saúde da sua região ?		
A unidade está sempre limpa ?		
A unidade tem boa estrutura física ?		
Os servidores da unidade tratam os usuários com cordialidade ?		
Há material básico de trabalho para os profissionais ?		
Você participa das ações/campanhas do seu Município ?		

Observações: _____

ANEXO V - INSTRUMENTO UTILIZADO EM PLANALTINA-GO (05_GO) E PLANALTINA-GO (07_GO) – FICHA 7: ACS



Entreviste o Agente Comunitário de Saúde(ACS), caso ele não esteja na Unidade, anote o telefone celular

Unidade: _____

Perguntas ACS	Sim	Não
Você conhece todos os usuários da sua micro área ?		
O cadastro dos programas estão todos atualizados ?		
Você atualiza os cadastros das famílias com a frequência menor de 1 ano ?		
Você conhece suas atribuições conforme portaria ministerial ?		
Você reside na área de abrangência ?		
Você visita mensalmente as famílias da sua micro área ?		
Você possui cadastro de todos pacientes acamados/cadeirantes ?		
Você recebeu seu KIT ACS ?		
Você participa das capacitações realizadas pela Secretaria de Saúde ?		

Perguntas ACS	Sim	Não
Você conhece todos os usuários da sua micro área ?		
O cadastro dos programas estão todos atualizados ?		
Você atualiza os cadastros das famílias com a frequência menor de 1 ano ?		
Você conhece suas atribuições conforme portaria ministerial ?		
Você reside na área de abrangência ?		
Você visita mensalmente as famílias da sua micro área ?		
Você possui cadastro de todos pacientes acamados/cadeirantes ?		
Você recebeu seu KIT ACS ?		
Você participa das capacitações realizadas pela Secretaria de Saúde ?		

Observações: _____