



Espacios Públicos

ISSN: 1665-8140

revista.espacios.publicos@gmail.com

Universidad Autónoma del Estado de México
México

Gonzaga Borges, Tiago José; de Souza Gonçalves, Rodrigo; de Oliveira Gonçalves, Andrea

**Atribuições de conselheiros de saúde no Brasil e
informações dos relatórios de prestação de contas**

Espacios Públicos, vol. 21, núm. 52, 2018, Maio-Agosto, pp. 25-43

Universidad Autónoma del Estado de México

México

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67658492002>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais informações do artigo
- ▶ Site da revista em redalyc.org



Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Atribuições de conselheiros de saúde no Brasil e informações dos relatórios de prestação de contas

Assignments of health advisers in Brazil and the information in the accountability reports

Fecha de recepción: 10 de octubre de 2017

Fecha de aceptación: 08 de octubre de 2018

*Tiago José Gonzaga Borges**
*Rodrigo de Souza Gonçalves**
*Andrea de Oliveira Gonçalves**

RESUMO

Este artigo analisa se a divulgação de informações obrigatórias e voluntárias dos relatórios de prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) da região do Centro-Oeste do Brasil podem contribuir para o cumprimento das atribuições dos conselheiros. Trata-se de estudo descritivo e qualitativo. Os dados foram coletados nos relatórios de prestação de contas das SES dessa região. Os resultados gerais obtidos por meio de análise documental e de conteúdo demonstraram que as informações contidas nos relatórios de prestações de contas das SES não permitem aos conselheiros de saúde o exercício de suas atribuições legais, o que prejudica, conseqüentemente, o exercício do controle social. Verificou-se, em outro estado, que, além de um cenário com maior divulgação de informações, inclusive voluntárias, há a tendência de melhoria ao longo do período analisado, o que pode caracterizar um ambiente mais favorável aos conselheiros para o exercício de suas atribuições.

PALAVRAS-CHAVE: informação obrigatória, informação voluntária, *accountability*, conselhos de saúde, participação social.

ABSTRACT

This article analyzes whether the disclosure of mandatory and voluntary information of the reports of accounts of the State Health Secretariats (SES) in the central region of Brazil can contribute to the fulfillment of the duties of the advisers. This is a descriptive and qualitative study. The data were collected in account reports of Health Secretaries of the Central-West Region (Brazil). The general results obtained showed that

* Universidade de Brasília, Brasil. Correo-e de contacto: tiagoborges32@gmail.com

the information contained in the ses report of accounts does not allow health counselors to exercise their legal duties. This consequently impairs the exercise of social control. It was verified in another state that, in addition to an environment with greater disclosure, including voluntary information, there is a tendency for improvement over the analyzed period, which can characterize an environment more conducive to advisers for the exercise of their duties.

KEY WORDS: mandatory information, voluntary information, accountability, health council, social participation.

INTRODUÇÃO

A promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, no Brasil, trouxe uma nova concepção para os serviços de saúde no Brasil, tornando-os universais –possibilitando amparo a todos os cidadãos– e instituindo-os como dever do Estado (Silva, 1999). Nos incisos I e II do artigo 198, foram implementadas, respectivamente, a descentralização e a participação da comunidade. Na esteira dessas evidências, a criação do Sistema Único de Saúde (sus) veio dar forma aos preceitos citados e, por consequência, foi balizada nos princípios da universalidade e da equidade (Coelho, 2007). No entanto, para cumprir a finalidade precípua do Estado de prover serviços de qualidade aos cidadãos, precisa-se, entre outros fatores, de recursos que proporcionem o cumprimento dessas atribuições. Na área de Saúde, tais quantias são relevantes, pois normalmente é destinado em torno de 4% do orçamento federal, segundo os dados oficiais do governo brasileiro. Somente para efeito comparativo, foram destinados à educação R\$ 71,7 bilhões, em 2013, que equivalem a 3,185% do orçamento, e R\$ 81,2 bilhões, em 2014, equivalentes a 3,291% do orçamento (dados do MPOG, 2012, 2013).

Sob esse enfoque, a sociedade, por meio das organizações participativas, deve promover o controle das ações do Estado, de modo que esse

incorpore as demandas e os interesses da população em matéria de políticas públicas de saúde (Correia, 2000), em todos os aspectos, inclusive na promoção da transparência nas ações do gestor de saúde, mediante a elaboração dos relatórios de prestação de contas. Esses possibilitam, em um primeiro momento, o controle, por parte das instâncias participativas, e a discussão acerca do cumprimento das metas estabelecidas para a ação governamental.

Não por acaso, é possível visualizar um elo entre participação social, controle social, prestação de contas e gestão da saúde. A integração desses elementos pode promover maior transparência dos atos públicos do gestor e, por conseguinte, melhor debate das melhorias para a sociedade. Assim, o ato de prestar contas poderia ser visto como um canal que instrumentaliza a participação social, no intuito de fiscalizar as ações da saúde, o auxílio e a cobrança da gestão com respeito à entrega de serviços de qualidade.

Para avaliar relatórios dessa natureza, é preciso que esses possuam a qualidade necessária do ponto de vista da contabilidade, isto é, que estejam revestidos dos aspectos qualitativos da informação. Entende-se, portanto, que os relatórios de prestações de contas acabam tornando-se um canal de comunicação entre governo e sociedade, pois

é a partir da avaliação desse instrumento que são tomadas decisões sobre políticas públicas de saúde que visem atender as necessidades da população. Ao estabelecer um canal de comunicação efetivo por meio da participação social, as instituições públicas e suas autoridades podem ser questionadas e cobradas, dado que esse serve como um dos instrumentos de *accountability*, ao evidenciar os atos governamentais e suas consequências à sociedade (Oliveira, 2012).

Dessa forma, este artigo objetiva analisar se as informações de natureza econômico-financeiras contidas nos relatórios de prestações de contas das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), da região Centro-Oeste do Brasil, dão suporte aos conselheiros de saúde no cumprimento de suas atribuições, à luz da Resolução CNS n.º 453/2012 e da Lei Complementar (LC) n.º 141/2012. O artigo está assim organizado: esta introdução, com a contextualização do tema; a segunda seção, que apresenta os principais conceitos que fundamentam a análise e a discussão dos resultados; a terceira seção, que descreve os aspectos relevantes adotados no percurso metodológico e no desenvolvimento da pesquisa; a quarta seção, com a síntese dos resultados e as discussões que aprofundam o debate acerca do papel do conselho de saúde como arena pública e espaço de atuação dos conselheiros; as considerações finais, que permitem observar os instrumentos do controle social e o papel dos conselheiros em direção a uma melhor política de saúde.

CONSELHOS DE SAÚDE, TRANSPARÊNCIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS

Para Gohn (2001), a expressão conselho deriva de um conceito já utilizado desde a época dos clás

visigodos e remete à ideia de instrumento que promove a participação popular. Em perspectivas contemporâneas, a literatura organizacional norte-americana considera que o *board* (conselho administrativo) possui a função de deliberar acerca das questões a ele atribuídas (Câmara, 2008).

De acordo com Telles (1999), os conselhos podem ser vistos como “arenas públicas” que podem tornar evidentes questões relacionadas aos conflitos de demandas sociais e promover visibilidade a essas questões. Dessa forma, segundo esse autor, os conflitos de demandas sociais podem permitir a construção de parâmetros públicos responsáveis por nortear a criação de políticas que afetem a vida de todos na área de saúde.

Na perspectiva de Giovanella *et al.* (2012), instâncias participativas podem ser consideradas como espaços em que os indivíduos podem atuar em conjunto, com o objetivo de dar forma aos seus anseios sociais. Essas instâncias reúnem atores políticos para definir estratégias, submetidas a um processo de escolha, e para direcionar sua atuação na promoção do processo participativo (Giovanella *et al.*, 2012; Morita, Guimarães, Di Muzio, 2012).

A CF/88, que definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, determinou que o SUS fosse criado sob o prisma do acesso universal, a partir do qual a ideia de conselhos de saúde floresceu como uma das estruturas do controle social, tornando essa instância responsável por integrar a comunidade no processo de gestão da saúde local (Coelho, 2007; Saliba *et al.*, 2009).

Embora a regulamentação do SUS tenha ocorrido nos anos seguintes (Lei n.º 8.080/1990, Lei n.º 8.142/1990 e NOB n.º 01/1993), a atuação dos conselhos de saúde e de seus conselheiros somente apareceu em 2003, com a Resolução CNS n.º 333/2003, que definiu as diretrizes para criação, estruturação e reformulação dos

conselhos de saúde, recentemente alterada pela Resolução CNS n.º 453/2012. Tal resolução trouxe importantes inovações, entre as quais o fato de o conselho passar a ter poder de decidir sobre seu orçamento e não mais apenas gerenciar verbas, e também a responsabilização dos conselheiros pelo exercício de suas atribuições. Essa resolução, também, inseriu mudanças realizadas pela LC n.º 141/2012 e pelo Decreto n.º 7.508/2011 – normas responsáveis por regulamentar a LOS –, no tocante às atribuições dos conselhos, como avaliar o funcionamento e a organização do SUS, examinar indícios de irregularidades, responder a consultas relativas a ações e serviços de saúde e apresentar recursos referentes às deliberações do conselho nas devidas instâncias.

É nesse contexto que se acredita nessa importante ferramenta – os relatórios de prestações de contas – como um dos meios de monitoramento das ações do gestor nas decisões tomadas para a melhoria do SUS em nível local. Logo, o acesso às informações das prestações de contas e a qualidade dessas informações podem ser vistos como importantes mecanismos no exercício dos conselheiros de saúde, do que decorre a necessidade da aplicação do conceito de transparência no setor público.

A preocupação com transparência na gestão pública ganha expressão social a partir do século XX e passa a integrar a agenda governamental (Heald, 2003). A defesa desse conceito tem se apresentado em países que protegem o modelo democrático e estimulam a concepção de transparência de acesso às informações sobre a ação dos gestores públicos (Silva, 2009; Justice, Melitski e Smith, 2006).

No atual contexto de acesso às informações públicas no Brasil, a Lei n.º 12.527/2011 (conhecida como Lei de Acesso à Informação) regula o acesso à informação na administração pública. Em

seu art. 5º, ressalta a atribuição do Estado no sentido de “garantir o direito de acesso à informação, que será franqueada, mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão”. Esse mesmo artigo aborda uma questão inerente ao mosaico proposto nesta pesquisa: o acesso, a tempestividade, a transparência e a clareza das informações acerca da gestão pública, no caso deste estudo, por meio dos relatórios de prestação de contas, que deverão permitir a avaliação das ações do gestor da saúde.

A justificativa dá-se em razão de a qualidade da informação estar alinhada ao disposto no art. 5º da Lei de Acesso à Informação. Todavia, para considerar se determinada linguagem é transparente, clara e de fácil compreensão, avaliam-se as características necessárias para cumprir essa finalidade. Com o objetivo de responder ao questionamento posto, salientem-se os aspectos qualitativos da informação contábil como instrumentos de avaliação da qualidade dos relatórios de prestação de contas das ações governamentais de saúde.

Nazário, Silva e Rover (2012) consideram que a qualidade da informação é requisito essencial para que haja efetiva transferência de conhecimento e informações – vistos aqui como insumos para transparência – entre os indivíduos que atuam nas diversas áreas do conhecimento. Considerando o foco deste trabalho, é possível traçar, então, um paralelo entre os aspectos qualitativos da informação contábil, a transparência das ações do Estado e a participação efetiva, no sentido de se promover meios para o fortalecimento do controle social.

A esse respeito, a Controladoria Geral da União (CGU), em 2009, expõe que a participação ativa do cidadão no controle social pressupõe a transparência das ações governamentais. Portanto,

revestir o controle social de maior participação – incentivando uma maior amplitude participativa – pode gerar, por consequência, mais transparência. Além disso, a CGU julga ser necessário disponibilizar a todo cidadão brasileiro acesso às informações da gestão pública, como forma de privilegiar a relação entre governo e sociedade, a partir do prisma da transparência e da responsabilidade social. Para esse órgão governamental, a transparência da gestão pública depende da publicação de informações, de espaços públicos de participação que procurem solucionar problemas e da construção de canais de comunicação entre sociedade civil e governante. No que tange à aplicação dos recursos públicos e sua transparência, é preciso informar como se gasta o dinheiro e, mais do que isso, prestar contas dos seus atos.

Diante dos aspectos relativos à transparência do gestor – via relatórios de prestação de contas –, é preciso destacar, também, o papel do conselheiro de saúde na fiscalização das ações do Estado relativamente aos recursos aportados na saúde. Kleba *et al.* (2007) consideram que é atribuição dos conselheiros participar do planejamento, do acompanhamento, da avaliação e da execução de políticas públicas destinadas à saúde – em conformidade com as diretrizes contidas em documentos oficiais (Plano Estadual de Saúde, por exemplo). Contudo, Grisotti *et al.* (2010) destacam que o papel do conselheiro de saúde está envolto em deficiências na dinâmica de funcionamento dos conselhos de saúde, sobretudo quanto à capacidade de aprovar relatórios de prestação de contas e de planos de saúde. A justificativa dos autores está pautada na falta de condições dos conselheiros de interpretarem as complexas informações existentes nos relatórios. Logo, reitera-se que o cumprimento das atribuições dos conselheiros está intimamente ligado à qualidade dos relatórios

de prestações de contas, que sabidamente seguem legislações específicas.

No que tange à área de saúde, as informações a serem divulgadas estão contidas no escopo da Resolução CNS n.º 453/2012 e na LC n.º 141/2012, que, sob a ótica da amplitude necessária para avaliação das ações dos gestores, ainda se encontram em fase embrionária. Acredita-se que, para dar cumprimento aos preceitos relativos à transparência das ações governamentais, o Relatório de Gestão, definido na LC n.º 141/2012, deve conter outras informações além das definidas como obrigatórias, isto é, o gestor deve se preocupar em divulgar informações de natureza voluntária. Watson *et al.* (2002) definem como informação voluntária aquela que é divulgada além do que é requerido por meio de lei ou normatização específica. Essas informações são relevantes não somente como instrumento de acesso e compreensão do processo decisório do gestor, mas também como sinalização aos seus usuários da transparência perseguida por esse. Para tanto, esta pesquisa busca, considerando-se essa perspectiva, avaliar os relatórios de gestão, apontando como tais informações estão divulgadas sob o prisma da natureza da informação: obrigatória ou voluntária.

PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa do tipo descritiva e documental (Richardson *et al.*, 1999). Foram escolhidos para análise os relatórios de prestações de contas das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) da região Centro-Oeste do Brasil, excluindo-se o Conselho de Saúde do Distrito Federal, que acumula funções de Secretarias Estadual e Municipal, o que poderia causar viés na análise entre os demais conselhos. A escolha

dessa região deve-se a sua representatividade no cenário nacional, mas, sobretudo, à existência de poucos estudos relacionados à temática cujo enfoque tenha sido essa região brasileira.

Foram analisados os relatórios de prestação de contas das SES do período de 2011 a 2013, para o que se utilizou o instrumento de pesquisa proposto por Gonçalves *et al.* (2010) e validado por Rezende (2013). Além das dimensões (relevância, representação fidedigna e tempestividade), o instrumento é composto de 13 variáveis, classificadas a partir de quatro categorias teóricas, que permitem a avaliação da informação prestada, por meio da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977), conforme Gonçalves *et al.* (2010: 99):

1. restrita – quando a informação requerida não é divulgada;
2. baixa – quando a informação requerida não é divulgada, mas o gestor manifesta a intenção e passa a divulgá-la;
3. média – quando o gestor divulga a informação requerida, mas não o faz de forma completa, segundo os critérios estabelecidos no instrumento de evidenciação;
4. ampla – quando o gestor divulga a informação requerida de forma completa, segundo os critérios do instrumento de evidenciação.

A fim de avançar na discussão acerca da qualidade da informação prestada, buscou-se tipificar a informação entre obrigatória e voluntária, como demonstrado na tabela 1, que contribui na análise comparada entre as SES, a ponto de identificar o esforço adicional que o gestor da saúde tem empreendido para trazer à sociedade informações complementares àquelas que estão previstas obrigatoriamente pela legislação – Resolução CNS n.º 453/2012 e LC n.º 141/2012.

Tabela 1
DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS ENTRE OBRIGATÓRIAS E VOLUNTÁRIAS

<i>Variável</i>	<i>Classificação</i>	<i>Fundamentação</i>
Var(01) Recursos previstos na proposta/lei orçamentária	Obrigatória	Resolução n.º 453/2012, Quinta Diretriz, inc. XIV
Var(02) Confronto dos resultados com as metas estabelecidas para a área de saúde	Obrigatória	LC n.º 141/2012, art. 36, inc. III + Resolução n.º 453/2012, Quinta Diretriz, inc. XIV
Var(03) Evidenciação da aplicação dos recursos financeiros	Obrigatória	LC n.º 141/2012, art. 36, inc. I
Var(04) Especificação da fonte dos recursos financeiros	Obrigatória	LC n.º 141/2012, art. 36, inc. I
Var(05) Participação do Conselho nas decisões da Secretaria de Saúde	Voluntária	
Var(06) Objetivos e metas para o exercício subsequente	Voluntária	

Continúa...

<i>Variável</i>	<i>Classificação</i>	<i>Fundamentação</i>
Var(07) Divulgação das prioridades para a destinação dos recursos financeiros	Voluntária	
Var(08) Evidenciação das retificações orçamentárias	Voluntária	
Var(09) Previsão de recursos para os exercícios compreendidos no PPA/PSP (Plano de Saúde Plurianual) para a área da saúde	Obrigatória	LC n.º 141/2012, art. 38, inc. I
Var(10) Divulgação dos pontos que necessitam de melhorias	Voluntário	
Var(11) Evidenciação do conteúdo legal	Obrigatória	Resolução n.º 453/2012, Quinta Diretriz, inc. X
Var(12) Periodicidade de disponibilização dos relatórios	Voluntária	
Var(13) Disponibilização do relatório em análise	Obrigatória	LC n.º 141/2012, art. 41 + Resolução n.º 453/2012, Quinta Diretriz, inc. XVII

Fuente: Elaboración propia del autor.

A partir do que preceitua a Resolução CNS n.º 453/2012, em sua Quinta Diretriz, incisos X e XIII, e a LC n.º 141/2012, art. 36, incisos de I a III, identificam-se as informações obrigatórias que devem integrar o Relatório de Gestão elaborado pelas SES. Dessa forma, é possível identificar, no instrumento elaborado por Gonçalves *et al.* (2010), sete variáveis cujas informações podem ser consideradas obrigatórias.

Entretanto, à medida que a Resolução CNS n.º 453/2012 atribui aos conselhos de saúde tarefas

como as que estão contidas nos incisos IV, XIII, XIV e XV¹ da Quinta Diretriz, é possível que informações como as que estão contidas na variável 07, que trata das prioridades na destinação dos recursos orçamentários, bem como na variável 08, que cuida das retificações orçamentárias, possam ser entendidas como informações obrigatórias. Para fins deste estudo, essas variáveis foram consideradas como informações voluntárias em razão de não estar apontado, de forma explícita, que essas devam compor o Relatório de Gestão.

¹ IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;

XIII - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;

XIV - propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e o destino dos recursos;

XV - fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina.

Por fim, ressalte-se que esta pesquisa possui limitações: uma delas é referente ao uso da técnica de análise de conteúdo para a avaliação dos relatórios de prestação de contas; outra, ainda acerca do instrumento de pesquisa, é relativa ao escopo das variáveis que o compõem, pois pode haver a omissão de informações que, possivelmente, poderiam capturar uma tendência no comportamento dos relatórios diferente daquela que foi apontada. Para fins de comparação acerca da tipificação da informação – voluntária ou obrigatória –, a pesquisa tomou como base a legislação que abrange todas as SES, de modo que não foram levadas em consideração legislações específicas de cada estado.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Esta seção, inicialmente, evidencia os resultados encontrados a partir da avaliação dos relatórios de prestação de contas das SES componentes da amostra (GO, MT e MS). Nesse sentido, é apresentado o resultado ao final de cada ano (tabela 2), considerando-se a moda dos resultados dos relatórios analisados. Para o ano de 2011, os relatórios são trimestrais e, para os anos de 2012 e 2013, a periodicidade é quadrimestral. Na sequência, os resultados são discutidos com a finalidade de se analisar a tendência da qualidade da informação entre as SES, identificar o comportamento de informações obrigatórias e voluntárias e verificar se as informações contribuem para o cumprimento das atribuições dos conselheiros de saúde, conforme preconizado na Resolução CNS n.º 453/2012 e na LC n.º 141/2012.

Tabela 2

RESULTADO DAS VARIÁVEIS NO PERÍODO DE 2011 A 2013, DISTRIBUÍDAS ENTRE OBRIGATÓRIAS E VOLUNTÁRIAS

Variáveis	SES/GO			SES/MT			SES/MS			Classificação	Resultado Final		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013		SES/GO	SES/MT	SES/MS
VAR(01)	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Obrigatória	Restrita	Restrita	Restrita
VAR(02)	Restrita	Restrita	Média	Média	Média	Média	Restrita/Média	Média/Ampla	Média	Obrigatória	Restrita	Média	Média
VAR(03)	Média	Média/Ampla	Ampla	Ampla	Ampla	Ampla	Média/Ampla	Ampla	Ampla	Obrigatória	Ampla	Ampla	Ampla
VAR(04)	Média	Média/Ampla	Ampla	Ampla	Ampla	Ampla	Média	Ampla	Ampla	Obrigatória	Ampla	Ampla	Ampla
VAR(05)	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita/Média	Restrita	Voluntária	Restrita	Restrita	Restrita
VAR(06)	Restrita	Baixa/Restrita	Média	Restrita	Restrita	Restrita	Média	Média	Média	Voluntária	Restrita	Restrita	Média
VAR(07)	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita/Média	Média	Média	Voluntária	Restrita	Restrita	Média
VAR(08)	Restrita	Restrita	Restrita	Média	Média	Média	Restrita	Restrita/Média	Média	Voluntária	Restrita	Média	Média
VAR(09)	Restrita	Restrita/Média	Média	Restrita	Restrita	Restrita	Média	Ampla	Ampla	Obrigatória	Média	Restrita	Ampla
VAR(10)	Restrita	Restrita	Baixa	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita/Ampla	Ampla	Ampla	Voluntária	Restrita	Restrita	Ampla
VAR(11)	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média/Ampla	Ampla	Ampla	Obrigatória	Média	Média	Ampla
VAR(12)	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Voluntária	Restrita	Restrita	Restrita
VAR(13)	Média	Média	Média	Restrita/Média	Média	Média	Média	Restrita	Restrita	Obrigatória	Média	Média	Restrita
Qualidade da informação contábil das prestações de contas (média ampla)											38,46%	46,15%	69,23%
Percentual de variáveis obrigatórias											53,84%		
Percentual de variáveis voluntárias											46,15%		

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando-se que foram avaliadas 13 variáveis, a discussão dos resultados está estruturada a partir da disposição apresentada na tabela 2. A tendência para a var01 (obrigatória), em todos os relatórios das SES pesquisados no período de 2011 a 2013, foi considerada *restrita*. Essa tendência ocorreu em razão de não haver menção a recursos financeiros destinados para o ano seguinte e tampouco sua evidenciação por programas e ações de saúde, resultado também verificado por Rezende (2013) na Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis/GO. Apesar da var01 ser considerada obrigatória, de acordo com a Resolução CNS n.º 453/2012, observou-se que as SES, pelo fato de não divulgarem esse tipo de informação, prejudicam o cumprimento das atribuições dos conselheiros de saúde relativas à avaliação do planejamento financeiro, a fim de atender aos objetivos e às metas definidos, pois não permite que o usuário possa ter uma análise prospectiva das ações que serão empreendidas no ano subsequente, levando-se em conta os recursos orçamentários destinados para cada tipo de programa/ações.

Adicionalmente, a var02 (obrigatória) busca analisar o confronto dos resultados obtidos com as metas estabelecidas. No estado de Goiás, para os anos de 2011 e 2012, houve tendência *restrita*, e, em 2013, a tendência foi *média*, o que evidencia uma melhora, mas não promove mudança no quadro de baixa qualidade dos relatórios. Para Mato Grosso, apesar da tendência *média* apresentada para todo o período analisado (2011-2013), não foram justificadas as metas que não foram alcançadas. Dessa forma, é exigido dos conselheiros um trabalho maior de convocar/solicitar aos responsáveis pela informação explicações adicionais, o que pode,

em determinados casos, retardar ou até mesmo impedir o processo de análise das informações, já que nem sempre essas justificativas são respondidas. Na análise dos relatórios de prestação de contas, a tendência das informações prestadas possui um resultado linear ao longo do período analisado (2011-2013), ou seja, não houve demanda pelo incremento dessas informações ao longo do tempo.

No caso da SES/MS, a tendência para var02 foi considerada *média*. Embora não tenha evidenciado as previsões de recursos para o ano seguinte – como no caso da SES/GO –, essa SES apresentou uma situação adicional em seus relatórios, pois houve uma comparação posterior com a “previsão orçamentária” realizada anteriormente. Apesar de não terem sido abordadas metas e objetivos para o ano seguinte, fato que não permite o devido planejamento dos conselhos estaduais de saúde (CES) e dos profissionais da saúde, foram realizados, no exercício corrente, confrontos entre o previsto e o executado. Gonçalves *et al.* (2013: 32) encontraram resultado semelhante e o atribuíram a uma provável “falta de comprometimento por parte do gestor público, haja vista que os aspectos complementares, como as metas e os objetivos futuros, deixam de ser evidenciados para, em momento posterior, apresentá-los a partir dos resultados já obtidos”.

As informações relativas à programação de ações de saúde para o exercício seguinte podem auxiliar o conselheiro de saúde a não só entender como está sendo desenvolvido o planejamento da saúde, mas também propor melhorias a partir de intervenções e diálogo com os responsáveis pela gestão da saúde pública. Assim, esse tipo de informação torna-se importante para a consecução do planejamento e, portanto, do controle da gestão da saúde. De acordo com Gonçalves *et al.*

(2011), a ausência dessa informação compromete qualquer reivindicação ou planejamento por parte do Conselho ou de profissionais ligados à saúde, pois, para diminuir ou aumentar determinado montante de recursos a ser aplicado, é preciso verificar a sua previsão na prestação de contas. Ademais, o referido panorama não permite à sociedade e aos conselheiros acompanhar as metas, os objetivos e as prioridades determinados pela SES em face da programação orçamentária do ano seguinte, mesmo que a informação a respeito das duas variáveis (var01 e var02) tenha a sua divulgação prevista em legislação.

Considerando-se a materialidade como requisito mínimo necessário para que a informação possa ser útil para o seu usuário (Glautier; Underdown, 2001), tem-se a análise das variáveis 03 e 04. Para tanto, as informações devem permitir a visualização de como os recursos foram aplicados em cada programa e ação e de suas discriminações por fonte de recursos. Ao avaliar tais características para os relatórios de prestações de contas da SES/GO, da SES/MT e da SES/MS, verificou-se uma tendência final *ampla* para a apresentação da aplicação de recursos por programas e ações (var03/obrigatória), mencionando-se, inclusive, as fontes (var04/obrigatória).

Destaque-se que houve evolução, nos dois aspectos mencionados, para a SES/GO e a SES/MS. No primeiro caso, a partir do segundo quadrimestre de 2012, os recursos aplicados foram apresentados com percentual de execução e valor utilizado no quadrimestre, além de se mencionar o acumulado e a indicação das fontes de recursos. Já as informações dos relatórios da SES/MS, no mesmo período analisado, foram mais bem evidenciadas –var03 e var 04– em comparação com a SES/GO. A evolução ocorrida nesses dois aspectos apresenta um cenário cujo

controle social das ações do gestor pode ser mais atuante, por ser possível avaliar como os recursos estão sendo aplicados. Ainda se pode considerar que a evidenciação dessas variáveis auxilia o trabalho dos conselheiros na medida em que fornecem condições de se avaliar o planejamento da SES, com vistas ao atendimento das demandas da sociedade. Em se tratando de variáveis obrigatórias, as SES atenderam plenamente, pelo menos a partir de 2012 – SES/GO e SES/MS –, o que está preceituado na LC n.º 141/2012.

No que diz respeito à interação entre o CES e a SES (var05 – voluntária), pelo menos nos relatórios de prestações de contas, não se configurou um cenário em que se evidencie a participação do CES nas decisões dos gestores da saúde. A tendência para esse aspecto é considerada *restrita* para os relatórios de todas as SES, o que indica o não atendimento das sugestões de melhoria propostas pelos conselheiros de saúde. Supõe-se que, mesmo na hipótese de os conselheiros realizarem o controle social, esse não parece ser efetivo, quanto ao quesito ora abordado, pois não se evidencia o compromisso do gestor de atender e de solucionar eventuais problemas elencados nos pareceres dos conselheiros de saúde. Percebe-se, assim, que a não divulgação voluntária desse tipo de informação pode indicar a falta de comprometimento da gestão da saúde com a atuação dos conselheiros ou, o que é pior, o silêncio dos conselheiros diante do alijamento institucional (Saliba *et al.*, 2009; Guizardi, Pinheiro, 2009). Conforme aduzem Guizardi e Pinheiro (2009: 804), em determinadas situações, os conselheiros afirmam sentir-se “isolados, não conseguindo levar as informações da comunidade para o conselho, tampouco ‘a ela participar’, ou mesmo torná-la ciente de seus processos. A maioria disse sentir-se presença individual, e não institucional, no conselho”.

Adicionalmente aos resultados observados na (var05), verifica-se, ainda, que não foram apresentados os objetivos e as metas para o ano seguinte (var06/voluntária) nos relatórios da SES/GO e da SES/MT, o que prejudica o planejamento dos conselheiros em relação à gestão da saúde nos seus vários programas e ações. Contudo, para a SES/MS, houve uma melhora registrada a partir de 2011, pelo fato de as prestações de contas apresentarem metas relativas a indicadores, como cobertura de pré-natal, cobertura vacinal da tríplice viral, entre outros. Nesses casos, foram apresentadas as metas anuais de acordo com as diretrizes do Plano Estadual de Saúde (PES), seus níveis percentuais de execução de metas até o momento e o que se esperava para o ano seguinte. Em face do cenário apresentado, é possível conceber a ideia de que a avaliação dos conselheiros em relação a metas e objetivos seja facilitada na medida em que as informações apresentem-se de maneira mais clara.

O aspecto da representação fidedigna é avaliado a partir da divulgação das prioridades para a utilização dos recursos (var07 – voluntária) e da evidenciação das retificações orçamentárias (var08 – voluntária) (Gonçalves *et al.*, 2010). O objetivo dessas variáveis é permitir ao usuário (conselheiros e sociedade) a avaliação da utilização dos recursos frente às prioridades estabelecidas, sobretudo se houver diminuição das receitas previstas para a saúde, caso em que os remanejamentos devem ser realizados conforme a necessidade da sociedade, com a aprovação do Conselho, e não em razão de mera indicação do gestor. Ademais, tem-se a evidenciação dos recursos previstos no PPA que suportem a aplicação de recursos para as necessidades da saúde (var09 – obrigatória), dos aspectos que necessitam de melhoria (var10 - voluntária) – caracterizando-se, dessa forma, a neutralidade do gestor em sua gestão –, do

conteúdo legal (var11 – obrigatória), que trata da divulgação dos itens previstos na Resolução CNS n.º 453/2012, Quinta Diretriz, inciso X.

Considerando-se os aspectos elencados, a tendência geral da representação fidedigna nos relatórios de prestações de contas da SES/GO foi considerada *restrita*, categorização essa motivada por alguns dos seguintes fatores: (i) as prioridades para a aplicação de recursos não foram divulgadas; (ii) os remanejamentos de recursos, também, não foram divulgados, o que corrobora o não estabelecimento de prioridades –tendência *restrita*–, e isso pode prejudicar a avaliação dos conselheiros em relação ao atendimento das prioridades da alocação de recursos estabelecidas pela SES (Gonçalves *et al.*, 2011) e resultar no “isolamento” deles, conforme mencionado por Guizardi e Pinheiro (2009); (iii) a evolução quanto à evidenciação de recursos em consonância com o PPA foi observada, chegando a uma tendência *média*; (iv) a divulgação de pontos que necessitam de melhoria na gestão da saúde, também, foi verificada, apresentando maior parcialidade do gestor da saúde e, por consequência, menor confiabilidade da informação nesse quesito – tendência *restrita*. Em tais aspectos, ressaltam-se os achados de Morita, Guimarães e Di Muzio (2006), que mencionam o fato de diversas decisões não passarem pelo crivo do Conselho e, sobretudo, não serem levadas ao conhecimento dos conselheiros, o que configuraria uma forma de dificultar a participação deles no processo de melhoria do sistema; (v) o atendimento parcial das informações requeridas pela legislação vigente revelou uma tendência *média*. As prestações de contas do CES/GO não continham a agenda de saúde e suas respectivas prioridades, com exceção do 2.º e do 3.º quadrimestre de 2012, em que foram apresentados, ainda que de modo incompleto, alguns indicadores e eixos

prioritários, o que corrobora, de certa forma, o não estabelecimento de prioridades para a destinação de recursos, pois não é elencado o que, efetivamente, deve ser priorizado no atendimento das necessidades da comunidade. Os aspectos voluntários não foram divulgados pela SES/GO nas prestações de contas. Quanto às informações obrigatórias, destaca-se a evidenciação da aplicação de recursos por programas e ações, inclusive com indicação das fontes, tendo-se adotado integralmente a solicitação da LC n.º 141/2012.

A tendência da dimensão da representação fidedigna para os relatórios de prestação de contas da SES/MT também foi considerada *restrita*, como identificado na SES/GO, e suas principais motivações são as seguintes: (i) não divulgação de pontos de prioridades para a alocação de recursos nos relatórios, caracterizando-se, assim, que o gestor da saúde pode empregar recursos de forma aleatória e sem a participação dos conselheiros, ou seja, sem utilizar parâmetros consistentes para avaliar prioridades mais relevantes (Gonçalves *et al.*, 2013; Morita, Guimarães, Di Muzio, 2006) – tendência *restrita*; (ii) verificação de que, nas retificações orçamentárias, só constavam os programas e as ações dos quais estavam sendo retirados recursos, sem menção da destinação desses, e, portanto, os programas e as ações envolvidos foram apresentados parcialmente, o que poderia prejudicar a avaliação do conselheiro em relação ao atendimento das prioridades da alocação de recursos estabelecida pela SES (Gonçalves *et al.*, 2011) – tendência *média*. Ainda acerca da compreensão dos relatórios, sobretudo no âmbito orçamentário, esses ainda são divulgados em formatos complexos – com a apresentação de diversos termos técnicos e códigos contábeis –, que dificultam a análise (Saliba *et al.*, 2009); (iii)

não divulgação dos montantes alocados na saúde em consonância com a vigência do PPA, o que dificulta a capacidade dos conselheiros de prever determinados cenários com o fim de se tomar medidas preventivas, segundo Gonçalves *et al.* (2013) – tendência *restrita*; (iv) não apresentação, nos relatórios, de pontos relativos à gestão da saúde que necessitam de melhorias, o que levanta indícios da parcialidade do gestor da saúde, pois ele pode tentar demonstrar somente aquilo que lhe é favorável – tendência *restrita*; (v) divulgação de boa parte do conteúdo legal requerido pela LC n.º 141/2012 e pela Resolução CNS n.º 453/2012 – tendência *média*. Nesse cenário, novamente, os aspectos voluntários não foram divulgados pela SES/MT, à exceção da divulgação de remanejamentos, mas sem apresentar a destinação do recurso. Quanto às informações obrigatórias, destaca-se, também, a evidenciação da aplicação de recursos por programas e ações, inclusive com indicação das fontes.

Para a SES/MS, o resultado apresentou uma tendência *média*, motivada em razão de as informações contidas nos relatórios de prestações de contas possuírem nível de confiabilidade *médio* e, por isso, poderem contribuir para o exercício do controle social das ações na área da saúde – atribuição geral dos conselheiros. Alguns fatores que motivaram essa categorização foram os seguintes: (i) evolução na divulgação de pontos de melhoria na gestão da saúde, passando de *restrita* (1.º, 2.º e 3.º trimestres/2011) para *ampla* (do 4.º trimestre de 2011 ao 3.º quadrimestre de 2013), apresentando, assim, maior neutralidade do gestor da saúde e, por consequência, mais confiabilidade nesse quesito; (ii) atendimento a boa parte da evidenciação de informações requeridas pela legislação vigente – tendência *média*; (iii) não ocorrência frequente da divulgação de remanejamentos

com a destinação e as partes envolvidas, pois esses só foram mencionados em alguns relatórios. Relativamente a esse aspecto, a análise do intervalo de 2011 a 2013, de forma geral, foi considerada *média*, por não ter sido evidenciada a destinação dos recursos remanejados. Novamente, destaca-se a mesma questão mencionada para esse quesito nos relatórios da SES/MT de que a não divulgação desse tipo de informação pode prejudicar a avaliação dos conselheiros em relação ao atendimento das prioridades da alocação de recursos estabelecidas pela SES (Gonçalves *et al.*, 2011; Morita, Guimarães, Di Muzio, 2006); (iv) evolução na divulgação dos montantes alocados na saúde em consonância com a vigência do PPA – variável *obrigatória* –, o que facilita a capacidade dos conselheiros de avaliarem o planejamento da aplicação de recursos de acordo com as necessidades, além de atender a LC n.º 141/2012. No que concerne à dimensão da representação fidedigna, os relatórios de prestação de contas da SES/MS evidenciaram um conjunto maior de informações obrigatórias com tendência *médial ampla* e apresentaram aspectos de divulgação voluntária.

A avaliação da dimensão da tempestividade nos relatórios de prestação de contas está focada em dois aspectos – menção da data em que será disponibilizado o próximo relatório de prestação de contas (var12 – voluntária) e data de entrega dos relatórios de prestações de contas ao CES, por parte da SES (var13 – obrigatória) –, que permitem identificar se as informações acerca da gestão da saúde são consideradas relevantes, o que se denota caso estejam disponíveis oportunamente, de forma a subsidiar o processo decisório no Conselho. Ao analisar informações relativas à disponibilização do próximo relatório de prestação de contas a ser encaminhado ao CES/GO, constatou-se que a SES não evidenciou, em

momento algum, esse aspecto, apresentando-se, assim, tendência *restrita*. Esse tipo de ocorrência pode prejudicar o planejamento das atividades dos conselheiros, porque determinadas decisões precisam estar alinhadas com informações oportunas/tempestivas. Gonçalves *et al.* (2013) corroboram esse entendimento ao afirmarem que uma tendência *restrita* demonstra que o CES fica impossibilitado de planejar um calendário de atividades relativo ao uso da informação, pois pode haver prejuízo para a eficácia do controle social se a informação chegar tardiamente.

Quanto ao aspecto da disponibilização dos relatórios de prestação de contas para o CES, no prazo legal, que também instrumentaliza o processo decisório dos conselheiros, a tendência foi considerada *média*, por ter sido apresentado, nos relatórios, o mês em que foram disponibilizados pela SES ao Conselho. Todavia, de todos os relatórios analisados, somente o do 1.º trimestre de 2012 foi entregue no prazo legal (maio/2012), conforme determina a LC n.º 141/2012. Essa verificação coaduna-se com a situação encontrada no aspecto anterior – disponibilização do próximo relatório –, já que reforça a ideia de que decisões acerca da gestão da saúde podem não ser tomadas por conta da chegada tardia de determinadas informações, ou seja, da perda de sua relevância.

No caso da SES/MT, a tendência da dimensão da tempestividade foi *restrita* para a apresentação das datas em que o próximo relatório de contas seria disponibilizado, e foi *média* para a evidenciação das datas em que esse foi encaminhado pela SES ao Conselho. Novamente, verificou-se a questão da impossibilidade dos conselheiros de realizarem uma agenda de atividades. Quanto à data de encaminhamento dos relatórios ao Conselho, houve evolução da evidenciação a partir do 3.º trimestre de 2011, que passou de *restrita* a *média*,

com informação do mês em que esses foram entregues, sem especificação do dia. Contudo, em alguns quadrimestres, o relatório foi enviado fora do prazo estabelecido pela legislação, o que, como dito anteriormente, pode acarretar a perda da relevância da informação para os conselheiros.

A tendência para a SES/MS, em relação aos aspectos apresentados, foi considerada *restrita*, o que indica que essa SES, pelo menos para o período analisado, não tem subsidiado o processo decisório do Conselho de forma adequada. Como justificativa, citam-se (i) a ausência de menção à data em que o próximo relatório será disponibilizado e (ii) o descumprimento do prazo legal de entrega dos relatórios e de disponibilização das datas de entrega. Em relação ao primeiro aspecto, avalia-se, novamente, que existe impossibilidade de se planejar o calendário de atividades, conforme Gonçalves *et al.* (2013). Quanto ao segundo aspecto, a informação contida nos relatórios pode perder a capacidade de fornecer meios para que os conselheiros de saúde possam intervir ou propor melhorias, de forma tempestiva, em determinados programas ou ações de saúde, o que acarretaria o não atendimento de demandas da comunidade. De modo geral, as três SES não apresentaram a informação voluntária relativa à divulgação de uma possível data para o próximo relatório. Em relação à informação obrigatória – disponibilizar o relatório para a apreciação do CES, conforme a LC n.º 141/2012 –, a SES/GO e a SES/MT apresentaram as datas de entrega, mas a maior parte sem cumprir os prazos legais, ao passo que a SES/MS apresentou uma involução nesse quesito.

Destaque-se, ainda, a conjuntura da divulgação das informações de forma voluntária e obrigatória. Primeiramente, verificou-se que a qualidade da informação dos relatórios de prestações de contas da SES/GO só obteve tendência *médial*

ampla nas variáveis de divulgação obrigatória, o que significa afirmar que só houve qualidade em aspectos pontuais, porque a legislação exige a divulgação desse tipo de informação. Mencione-se que o instrumento de evidenciação totaliza 53,84% de variáveis obrigatórias, conforme a LC n.º 141/2012 e a Resolução CNS n.º 453/1202, ou seja, das 13 variáveis que compõem o instrumento de evidenciação (100%), sete consideradas obrigatórias perfazem 56,84% do total. Como forma de exemplificar o foco na divulgação de variáveis obrigatórias, verificou-se que 38,46% do total de variáveis foram classificadas com tendência *médial ampla* (23% *médias*/15% *amplas*). Assim, verificou-se que não se divulgou nem o percentual obrigatório, feito apenas por imposição legal. Destaque-se a não evidenciação, em momento algum, das var01 e var02 nos relatórios de prestação de contas.

Ao analisar esse aspecto, observa-se que, ao não divulgar essas informações, não é possível aos conselheiros avaliarem se os resultados obtidos/alcançados pela gestão estão, de fato, condizentes com o que foi proposto para aquele exercício. Quando não permite a realização dessa avaliação, o gestor dificulta a análise dos conselheiros e da sociedade quanto ao seu desempenho, ao cumprimento do planejamento de saúde realizado em exercícios anteriores e ao processo decisório para o planejamento de ações futuras. Esse quadro conduz a um caminho em que as decisões são tomadas a partir de situações emergenciais, sem, contudo, atuar em ações que permitam uma coordenação entre áreas da SES, que levem a uma melhoria, por exemplo, na atenção básica e, conseqüentemente, a uma possível redução nos serviços de média e alta complexidade.

Na SES/MT, assim como na SES/GO, foram verificadas variáveis com tendência *médial ampla* apenas em aspectos pontuais pelo fato

de a legislação exigir a divulgação desse tipo de informação. Como forma de elucidar o foco na divulgação de variáveis obrigatórias, verificou-se que 46% do total de variáveis foram classificadas com tendência *médial/ampla* (31% *médias*/15% *amplas*), ao passo que o percentual de variáveis obrigatórias, antes de qualquer classificação, no instrumento de evidenciação, totalizou algo próximo de 54%. Deve-se fazer uma distinção entre a qualidade dos relatórios da SES/GO, que chegou a 38%, muito próxima à dos relatórios da SES/MT, a qual apresentou qualidade da informação um pouco superior, pelo fato de as variáveis com tendência *ampla*, no período de 2011 a 2013, terem sido verificadas com maior frequência. Adicionalmente, verificou-se que a var09 (obrigatória) não foi divulgada. De forma geral, a qualidade da informação pode ser vista como baixa e centralizada apenas nas informações de divulgação obrigatória, quando atendidos os preceitos da legislação pertinente.

Na SES/MS, diferentemente da SES/GO e da SES/MT, houve maior qualidade da informação, representada por variáveis com tendência *médial ampla*, sobretudo nos aspectos relacionados à divulgação voluntária. Verificou-se que a divulgação de variáveis voluntárias perfaz 46,15% do total de variáveis do instrumento, ao passo que, na SES/MS, o percentual de variáveis classificado com tendência *médial/ampla*, para esse tipo de informação, chegou a 30% (23% *médias*/7% *amplas*), ou seja, atingiu mais de 50% do total de variáveis voluntárias. No aspecto geral da qualidade dos relatórios, a SES/MS chegou a praticamente 70% de evidenciação, considerando-se tendências *médias/amplas*. Portanto a qualidade de seus relatórios foi superior, sobretudo no aspecto voluntário, o que representa a neutralidade do gestor em divulgar os pontos que necessitam de melhorias na área

da saúde. Por tais características, é possível considerar que o cumprimento das atribuições dos conselheiros de saúde na SES/MS pode ocorrer em melhores condições do que na SES/GO e na SES/MT.

A partir do que foi analisado, e tomando-se por base que os conselhos podem ser vistos como “arenas públicas”, conforme Telles (1999), ressalte-se que o uso de tal espaço deve ser observado não somente sob a ótica de que os conselhos são canais de atendimento às demandas da população, já que atribuições legais e inerentes ao papel de conselheiro impelem que sua atuação vá além, que possa, de fato, intervir em aspectos como a política pública de saúde e sua execução.

Para tanto, a transferência de conhecimento por meio de informações que retratem fielmente a ação do gestor, relativamente aos interesses da população, deve estar refletida, entre outros canais, no relatório de prestação de contas, para permitir não somente o conhecimento acerca da gestão, mas, sobretudo, uma avaliação por parte da sociedade.

O cenário ora observado não é diferente daquele já mencionado por Guizardi e Pinheiro (2009), Saliba *et al.* (2009) e Grisotti *et al.* (2010), em que o papel do conselheiro de saúde está relacionado a deficiências na dinâmica de funcionamento dos conselhos de saúde, conforme constatado nesta pesquisa, entre as quais a baixa qualidade das informações prestadas e a dificuldade na compreensão das informações divulgadas e na efetividade do processo de participação e de decisão das ações em saúde. Esses aspectos somados dificultam o exercício voluntário dos conselheiros de saúde, que assumem enorme responsabilidade à luz do que preceituam a LC n.º 141/2012 e a Resolução CNS n.º 453/2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de analisar se as informações de natureza econômico-financeira, contidas nos relatórios de prestações de contas das Secretarias Estaduais de Saúde da região Centro-Oeste do Brasil, dão suporte aos conselheiros de saúde no cumprimento de suas atribuições, em atenção à Resolução CNS n.º 453/2012 e à LC n.º 141/2012, verificou-se que os aspectos relacionados à relevância, à materialidade e à representação fidedigna denotam uma tendência *restrita* para a SES/GO e a SES/MT, ao passo que, para a SES/MS, foi verificada uma tendência *média*.

Quanto à dimensão da tempestividade, verificou-se o pior cenário, pois os relatórios das três SES possuem uma tendência *restrita*, e duas observações devem ser feitas a esse respeito: (i) informações que não são oportunamente apresentadas perdem a sua relevância, pois não contribuem para o processo decisório do CES, e (ii) possíveis ações corretivas, ainda que realizadas pelo CES, a partir de tais informações, se não são tempestivas, sobretudo na área de saúde, perdem sua capacidade de promover melhorias à sociedade.

A análise da qualidade da informação – considerando-se o conjunto de variáveis divulgadas de forma obrigatória e voluntária – permitiu verificar que os gestores das SES dos estados de Goiás (GO) e Mato Grosso (MT) cumpriram tão somente o que lhes é imposto pela legislação pertinente, ao passo que, na SES do Mato Grosso do Sul (MS), são apresentadas informações voluntárias no total de 50% de variáveis com tendência entre *média* e *ampla*. A SES/MS, ainda, possui uma tendência de melhoria na qualidade da informação prestada, o que sugere que o gestor busque permitir a análise de suas ações pelos conselheiros de saúde.

Considera-se, com isso, a necessidade de os relatórios de prestação de contas divulgarem informações relevantes, além das chamadas informações obrigatórias, porque isso estabelece uma vinculação de responsabilidade pública com vistas a facilitar o processo de tomada de decisão, em relação à análise da aplicação de recursos sociais. Nesse sentido, a divulgação de informações voluntárias e relevantes, por parte das SES, pode contribuir para o exercício das atribuições legais dos conselheiros de saúde e, ainda, incrementar a transparência entre os gestores e a população interessada.

A partir dos resultados desta pesquisa, e à luz do que estabelecem os normativos legais antes citados, conclui-se que os relatórios de prestação de contas da SES/GO e da SES/MT não permitem aos conselheiros de saúde o exercício de suas atribuições legais, o que prejudica, conseqüentemente, o exercício do controle social.

Em relação à SES/MS, acredita-se que, em um cenário virtuoso em que não só há divulgação de um maior conjunto de informações obrigatórias e voluntárias – como verificado na tendência de melhoria, nessa SES, ao longo do período de 2011 a 2013 –, uma possível justificativa ou até mesmo uma consequência pode ser vislumbrada a partir de um ambiente mais favorável ao exercício das atribuições legais dos conselheiros.

Para pesquisas futuras, sugere-se verificar se a participação social dos conselheiros de saúde é qualificada a ponto de compelir o gestor a buscar uma maior transparência por meio dos relatórios de prestação de contas.

REFERÊNCIAS

1. Bardin L. (1977), *Análise de conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
2. Brasil (1988), *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, disponível em <<http://www.presidencia.gov.br>>, acesso em 9 de setembro de 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde (1993). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/*NOB-SUS 01*. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília, disponível em <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauolegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html> acesso em 9 de setembro de 2017.
4. Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (2012). Orçamento Federal ao Alcance de Todos: Projeto de Lei Orçamentária Anual-*PLOA*. Brasília, disponível em http://www.orcamentofederal.gov.br/clientes/portalsop/proltasof/orcamentos-anuais/orcamento-2014/Revista_OFAT_2014_WED.pdf> acesso em 15 de fevereiro de 2015.
5. Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (2013). Orçamento Federal ao Alcance de Todos: Projeto de Lei Orçamentária Anual-*PLOA*. Brasília, disponível em http://www.orcamentofederal.gov.br/clientes/portalsop/proltasof/orcamentos-anuais/Orcamento-2014/Revista_OFAT_2014_WED.pdf> acesso em 15 de fevereiro de 2015.
6. Brasil. Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012 (2012), Regulamenta o § 3.º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial* [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, n. 11, 16 jan. 2012. Seção 1.
7. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 19 set. 1990, disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> acesso em 16 de setembro de 2017.
8. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (sus) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília-DF, 28 dez. 1990, disponível em <<http://www.presidencia.gov.br>> acesso em 02 de setembro de 2017.
9. Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. (2011). Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991.

10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003 (2003), Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Brasília-DF, disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> acesso em 02 de setembro de 2017.
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (2012), Resolução nº. 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Brasília-DF, disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html>.
12. Câmara, L. M. (2008), “Apontamentos teóricos para subsídio à análise das práticas de controle social no âmbito dos Conselhos de Administração das Organizações Sociais”, em *Revista de Administração Mackenzie*, v. 4, n. 1, pp.73-89.
13. Coelho, V. S. P. (2007), “A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados”, *Novos Estudos-CEBRAP*, n. 78, pp. 77-92.
14. Correia, Maria Valéria Costa (2000), *Que controle social? – os conselhos de saúde como instrumento*, Rio de Janeiro, Fiocruz.
15. Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. D. V. C., de Carvalho Noronha, J., & de Carvalho, A. I. (2012), *Políticas e sistema de saúde no Brasil*, Rio de Janeiro, SciELO-Editora FIOCRUZ.
16. Glautier, M. W. E., Underdown, B. (2001), *Accounting theory and practice*, 7th ed. Inglaterra, Pearson Education.
17. Gohn, M. G. M. (2001), “Conselhos gestores e participação sociopolítica”, *Coleção Questões da Nossa Época*, v. 84. São Paulo, Cortez.
18. Grisotti, M., Patricio, Z. M., Silva, A. (2010), “A Participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo”, em *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, pp. 831-840.
19. Gonçalves, R. S., Gonçalves, A. O., Lustosa, P. R. B. & Celestino, E. C. (2010), “Da Secretaria de Saúde ao Conselho: análise de relatórios de prestação de contas com base nas características qualitativas da informação contábil”, em *RCO-Revista de Contabilidade e Organizações*, São Paulo, v. 4, n. 8, pp. 92-111.
20. Gonçalves, A. O., Gonçalves, R. S. & De Lima Tavares, A. (2011), “O olhar dos conselheiros de saúde sobre os relatórios de prestação de contas no município de Natal (Rio Grande do Norte), Brasil”, *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 3, pp. 659-672.
21. Gonçalves, R. S., Hayakawa, R. I., Gonçalves, A. O. & Serrano, A. L. M. (2013), “Conselhos de saúde e controle social: um estudo comparativo dos relatórios de prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde”, *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 4, pp. 1001-1013.
22. Guizardi, F. L. & Pinheiro, R. (2009), “Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde”, em *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, pp. 797-805.
23. Heald, D. (2003), “Fiscal transparency: concepts, measurement and UK practice”, *Public Administration*, Malden, v. 81, n. 4, pp. 723-759.
24. Justice, J.B., Melitski, J., Smith, D.L. (2006), “E-Government As An Instrument Of

- Fiscal Accountability And Responsiveness: Do The Best Practitioners Employ The Best Practices?”, *The American Review of Public Administration*, v. 36, n. 3, pp. 301-322.
25. Kleba, M. E., Comerlatto, D. & Colliselli, L. (2007), “Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um polo de educação permanente em saúde”, *Texto Contexto-Enferm*, v. 16, n. 2, pp. 335-42.
26. Morita, I., Guimarães, J. F. C. & Di Muzio, B. P. (2006), “A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema?”, *Saúde e sociedade*, v. 15, n. 1, pp. 49-57.
27. Nazário, D. C., Silva, P. F. D. & Rover, A. J. (2012), “Avaliação da qualidade da informação disponibilizada no portal da transparência do Governo Federal”, em *Revista Democracia Digital e Governo Eletrônico*, v. 1, n. 6, pp.180-192.
28. Oliveira, V. C. (2012), “Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde”, *Saúde e sociedade*, v. 13, n. 2, pp. 56-69.
29. Rezende, R. B. (2013), Processo de prestação de contas e controle social por meio de pesquisa participante: uma análise do conselho municipal de saúde de Anápolis/go. Dissertação de Mestrado em Ciências Contábeis. Universidade de Brasília, Brasília, disponível em <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14349/1/2013_RicardoBorgesRezende.pdf>, acesso em 14 julho de 2017.
30. Richardson, R. J. (2007), *Pesquisa social: métodos e técnicas*, 3. ed. São Paulo, Atlas.
31. Saliba, N. A., Moimaz, S. A. S., Ferreira, N. F. & Mattos Custódio, L. B. D. (2009), “Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde”, *Revista de Administração Pública-RAP*, 43(6).
32. Silva, A. O. (1999), *A amplitude da participação da comunidade no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS): visão dos conselheiros*. Dissertação de Mestrado em Administração. Escola de Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
33. Silva, L. M. (2009), *Contabilidade governamental: um enfoque administrativo*, 8. ed., São Paulo, Atlas.
34. Telles, V. da S. (1999), *Direitos sociais: afinal do que se trata?*, Belo Horizonte, Editora da UFMG.
35. Watson, A., Shrides, P. & Marstson, C. (2002), “Voluntary disclosure of accounting ratios in the UK”, in *The British Accounting Review*, v. 34, n. 4, pp. 289-313.