

FUCAPE FUNDAÇÃO DE PESQUISA E ENSINO

JOSINEIDE LINS DA SILVA MARTINS

**ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES PUBLICIZADAS NA
SAÚDE PÚBLICA: *PRESTAÇÃO DE CONTAS (ACCOUNTABILITY)*,
TRANSPARÊNCIA E FISCALIZAÇÃO**

**VITÓRIA
2021**

JOSINEIDE LINS DA SILVA MARTINS

**ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES PUBLICIZADAS NA
SAÚDE PÚBLICA: *PRESTAÇÃO DE CONTAS (ACCOUNTABILITY)*,
TRANSPARÊNCIA E FISCALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, Fucape Fundação de Pesquisa e Ensino, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Profa. Dra. Arilda Magna Campagnaro Teixeira.

**VITÓRIA
2021**

JOSINEIDE LINS DA SILVA MARTINS

**ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES PUBLICIZADAS NA
SAÚDE PÚBLICA: *PRESTAÇÃO DE CONTAS (ACCOUNTABILITY)*,
TRANSPARÊNCIA E FISCALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da
Fucape Fundação de Pesquisa e Ensino, como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Administração.

Aprovada em 12 de maio de 2021.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. ARILDA MAGNA CAMPAGNARO TEIXEIRA
Fucape Fundação de Pesquisa e Ensino

Prof. Dr. JOÃO EUDES BEZERRA FILHO
Fucape Fundação de Pesquisa e Ensino

Prof. Dr. OLAVO VENTURIM CALDAS
Fucape Fundação de Pesquisa e Ensino

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha existência e por ter proporcionado a realização de mais esse objetivo.

Aos meus pais *“in memoriam”* que sempre me incentivaram a buscar conhecimentos e acreditaram no meu potencial.

Ao meu marido Eliél Gomes Martins, pela paciência e companheirismo nos longos dias de estudos e pelas ausências. E aos meus filhos Aurélio Felipe e Luiz Artur que por eles e para eles sempre fiz e farei, tudo que estiver ao meu alcance para que eu seja um exemplo a ser seguido.

Aos colegas e professores do curso de Mestrado da Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças, pela parceria.

Em especial aos Professores João Eudes Bezerra Filho e Aziz Xavier Beiruth pelas valiosas orientações, transformadas em aprendizados, que levarei para toda a minha caminhada.

“Enquanto na administração particular é lícito fazer tudo que a lei não proíbe, na Administração Pública só é permitido fazer o que a lei autoriza. ”

(Hely Lopes Meirelles)

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi confeccionar um *checklist* para análise de conteúdo das informações publicizadas na prestação de contas com saúde pública nos estados da federação (governos subnacionais) definidas na legislação e sob a perspectiva da *accountability* e da teoria da agência no setor público. A metodologia utilizada na pesquisa foi de natureza exploratória, de caráter descritivo com abordagem quantitativa. Foram coletados dados dos 26 estados brasileiros e o Distrito Federal no período de 2015 a 2018 dos websites dos órgãos federais e estaduais. Essas informações possibilitaram apresentar quais os procedimentos tiveram o maior percentual de cumprimento e a classificação dos estados em melhores e piores. Os resultados corroboram com as discussões apresentadas no referencial teórico e contribui empiricamente demonstrando que há relação entre transparência e boa governança na gestão da saúde pública, auxiliando no controle, na transparência, na prestação de contas e na responsabilização dos agentes públicos, devendo ser considerada uma variável essencial para estudos voltados ao controle social e ao monitoramento das informações pelos cidadãos, minimizando comportamentos oportunistas de alguns agentes.

Palavras-chave: Prestação de Contas (*accountability*); Transparência; Fiscalização; Teoria da Agência; Saúde Pública.

ABSTRACT

The objective of this work was to prepare a checklist for content analysis of information published in the accountability with public health in the states of the federation (subnational governments) defined in the legislation and from the perspective of accountability and agency theory in the public sector. The methodology used in the research was exploratory in nature, descriptive with a quantitative approach. Data were collected from the 26 Brazilian states and the Federal District from 2015 to 2018 from the websites of federal and state agencies. This information made it possible to present which procedures had the highest percentage of compliance and the classification of the states as the best and worst. The results corroborate the discussions presented in the theoretical framework and contribute empirically demonstrating that there is a relationship between transparency and good governance in public health management, assisting in the control, transparency, accountability and accountability of public officials, and should be considered an essential variable for studies focused on social control and monitoring of information by citizens, minimizing opportunistic behavior of some agents.

Keywords: Accountability; Transparency; Supervision; Agency Theory; Public Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CES – Conselho Estadual de Saúde

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias.

LOA - Lei Orçamentária Anual

PAS - Programação Anual de Saúde

PES - Plano de Saúde - PES

PPA - Plano Plurianual

RAG - Relatório Anual de Gestão - RAG

RDQA - Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

RREO - Relatório Resumido de Execução Orçamentária

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SIOPS - Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde

SARGSUS – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

SUS – Sistema Único de Saúde

TI – Tecnologia da Informação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1. PRESTAÇÃO DE CONTAS (<i>ACCOUNTABILITY</i>)	14
2.2. TRANSPARÊNCIA.....	17
2.3. FISCALIZAÇÃO	22
2.4. TEORIA DA AGÊNCIA.....	27
3. METODOLOGIA DA PESQUISA.....	31
3.1 TIPOLOGIA DA PESQUISA	31
3.2 FASES DA PESQUISA.....	31
3.3 AMOSTRA	32
3.4 <i>CHECKLIST</i>	33
3.5 RESULTADOS DO CHECKLIST e ANÁLISE	34
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICE A: Descrição Completa do <i>Checklist</i>	54
APÊNDICE B: Classificação dos Estados e por Região – 2015	56
APÊNDICE C: Classificação dos Estados e por Região – 2016	57
APÊNDICE D: Classificação dos Estados e por Região – 2017	58
APÊNDICE E: Classificação dos Estados e por Região – 2018.....	58
APÊNDICE F: Classificação dos Estados e por Região – 2015 a 2018 (total)	60

Capítulo 1

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos, a legislação brasileira, seguindo uma tendência mundial, trouxe exigências e avanços com a criação das Leis: (1) Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF); (2) nº.12527 de 18 de novembro de 2011, Lei de Acesso à Informação (LAI); e (3) Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 (instrumento de auxílio dos órgãos de controle interno e externo na gestão da saúde pública); os governos subnacionais (estados e municípios) foram obrigados a ampliar a disponibilização de informações em seus portais de transparência, sendo uma evolução dos marcos legais e do direito ao acesso à informação, propiciados pela tecnologia da informação (TI), que abriu o acesso à internet, modernizando a administração pública (Barbosa, 2020; Oliveira Júnior, Jordão, & Castro Junior, 2014).

Na saúde pública, entrou em funcionamento o SIOPS (Sistema de Informações e Orçamento Público em Saúde) possibilitando a consulta de informações inerentes a receitas e despesas com saúde pública de todos os entes federativos (Barbosa, 2020).

Com esse cenário, as discussões em busca de assegurar maior responsabilidade, transparência na prestação de contas, e controle do poder dos gestores, com a finalidade de aperfeiçoar o bem-estar da coletividade passaram a integrar a agenda de implementações, possibilitando e aprimorando as boas práticas de governança no setor público (Barbosa, 2020; Oliveira Júnior, Jordão, & Castro Junior, 2014).

Na saúde pública, embora os gestores, estejam obrigados a cumprir a legislação vigente, quanto a controladoria, prestação de contas / responsabilização (*accountability*) e transparência, após mais de 30 anos do Sistema Único de Saúde-SUS, não se registra um sistema institucional para avaliação de resultados e desempenho, mesmo movimentando um elevado volume de recursos financeiros (Moita, dos Reis Raposo, & Barbosa, 2020).

Se comparados ao contexto internacional, o Brasil é marcado por elevados indicadores de desigualdades inter-regionais (Silva, 2018). A LC 141/2012 trouxe um cuidado com a diminuição dessas desigualdades regionais, levando em consideração as decisões políticas, retirando essa discussão exclusivamente da área acadêmica, enfatizando os processos de planejamento e controle social, definindo as despesas com ações e serviços de saúde, além de fixar responsabilidades e estabelecer os mecanismos de transparência e visibilidade (Alves, 2019; Barbosa, Tardivo, & Barbosa, 2016; Grossi & Gomes, 2015). O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), elaborou cartilhas para os gestores do SUS orientando o cumprimento da referida LC.

O déficit de *accountability*, auto interesse, informações incompletas e racionalidade limitada no setor público, é um desafio apontado como lacuna nas pesquisas na agenda internacional, razão pela qual é necessário investigar. No caso da saúde pública do Brasil, especificamente por se tratar de um país que boa parte da população vive em condições sanitárias precárias e com grandes disparidades regionais (Barbosa, 2020).

Com relação a probidade administrativa, a função social na saúde pública, deve ser integralmente observada e cumprida e todo e qualquer cidadão pode acionar o Poder Judiciário ou o Ministério Público sempre que houver indícios de má

administração da saúde pública. A Lei nº. 8429/1992 dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos que cometem atos de improbidade (Grassi & Gomes, 2015).

Tendo este contexto como base, o objetivo desta dissertação foi confeccionar um *checklist* para analisar o conteúdo das informações disponibilizadas pelos órgãos federais e estaduais referentes a prestação de contas com saúde pública nos estados da federação (governos subnacionais) definidas na Lei nº. 141/2012 no período compreendido entre 2015 a 2018.

O cumprimento das normas vigentes, especificamente com relação à publicização das informações, não garante a transparência em sua plenitude, porque informações disponibilizadas não significa que são fáceis de ser interpretadas por qualquer cidadão que as busque. Com isso não se pode garantir que há transparência. Se não há transparência, há espaço para corrupção (Almeida, 2014).

Assim, levanta-se as seguintes perguntas: **Quais os procedimentos definidos no *checklist* tiveram maior cumprimento? Qual a classificação dos estados quanto ao cumprimento?** A resposta para tal problema, se dá analisando a hipótese relativamente determinante para o tema. A hipótese é de que os gestores publicam as informações referentes a prestação de contas com saúde pública cumprindo a legislação vigente, quanto a responsabilização (*accountability*) e transparência.

Segundo o relatório do FMI (2017) muitos governos subnacionais, se encontram em dificuldades financeiras com graves problemas na gestão dos riscos como deficiências na apresentação de informações fiscais e do seu respectivo monitoramento, e o direito de acesso à informação pública que é o meio utilizado pelo

cidadão e a sociedade em geral, para fazer o controle social e fiscalização da utilização dos recursos e das ações praticadas pelos entes públicos, garantindo os direitos coletivos (Oliveira Júnior et al., 2014).

A escolha dos estados brasileiros para realizar o *checklist* neste trabalho, foi devido a esse panorama, comum à maior parte dos 27 estados brasileiros, pelo volume de recursos que aplica e sendo a saúde pública um dos fatores de maior importância na vida dos brasileiros, uma vez que 7 em cada 10 brasileiros utiliza o SUS como único meio de acesso a saúde (IBGE, 2020). E também por que as Secretarias de Estado da Saúde representam a direção estadual do SUS, com suas atribuições devidamente definidas na Lei nº. 8.080/1990 em seu art. 17 (Grassi & Gomes, 2015).

Além do mais, a transparência facilita a identificação de possíveis riscos fiscais, melhora a acessibilidade ao mercado de capital internacional, permite que qualquer cidadão exija a prestação de contas pelo governo, levando-o a adotar medidas mais adequadas, alcançando maior estabilidade financeira. (Avelino, da Cunha, de Lima, & Colauto, 2014).

Diante do contexto exposto, elaborou-se o referencial teórico de prestação de contas (*accountability*), transparência e fiscalização, dentre diversas teorias da governança pública, definiu-se o embasamento pela teoria da agência. Em seguida, tendo como referência a LC 141/2012 definiu-se os procedimentos que seriam utilizados no *checklist*, determinou-se as notas para cumprimento de cada procedimento, analisou-se a média das categorias, os percentuais alcançados em cada procedimento e qual a classificação dos estados e como os mesmos evoluíram no período estudado.

Utilizando a metodologia quantitativa, mensuramos os dados apresentados no *checklist*, em percentual e proporcionalidade, realizando uma análise descritiva e realizou-se a classificação dos estados, por categoria, por ano e por região.

A dissertação está estruturada, além do capítulo introdutório, em mais três capítulos, o referencial teórico de prestação de contas, transparência, fiscalização e teoria da agencia, a metodologia utilizada, a apresentação e discussão dos resultados. Em seguida no quinto capítulo, estão reunidas as conclusões que respondem a pergunta central, as limitações do estudo, além de sugestão para futuras pesquisas.

Capítulo 2

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. PRESTAÇÃO DE CONTAS (*ACCOUNTABILITY*)

Neste capítulo contextualizamos, através da literatura nacional e internacional a Teoria da Agência – AT, para fornecer uma discussão acerca da prestação de contas (*accountability*) e transparência como ferramenta de controle social, fortalecendo a democracia e consolidando o acesso à informação como direito imprescindível, reduzindo a deficiência de informação entre o Estado e a sociedade, contribuindo na construção de políticas públicas de participação democrática que impactam no aperfeiçoamento da gestão e na oferta de serviços públicos, e eliminando os segredos através da transparência, que serve de subsídio para a fiscalização pelos órgãos de controle (Arruda, 2016; Barbosa, 2020; Hathaway & Franklin, 2019) na gestão da saúde pública.

Accountability, pode ser entendida no sentido amplo como controle, transparência, obrigação, responsabilidade e responsabilização de quem ocupa um cargo, em prestar contas, segundo os parâmetros da lei e pode ser classificada em *accountability* vertical, exercício do controle através dos votos e *accountability* horizontal, a fiscalização por meio dos órgãos de controle externo (Silva, 2018).

Para Barbosa (2020) e Silva (2018) a *accountability* apresenta três dimensões: a ênfase nos critérios processuais e econômicos para o fornecimento de bens e serviços; os agentes representantes da *accountability* (governo), responsável pela prestação dos serviços a sociedade; e os meios da *accountability* que são a legislação,

as questões parlamentares, as audiências públicas, análise de desempenho, a cultura organizacional ética e a pressão dos atores participantes do processo.

Os gestores públicos têm a obrigação de fornecer transparência sobre as regras e os resultados dos processos de prestação de serviços em saúde, explicar e assumir a responsabilidade por suas ações, decisões, ações e desempenho e deve agir de acordo com as normas, leis e regulamentos. Os especialistas identificam três elementos da responsabilidade: 1) responsabilidade ou obrigação de justificar a ação; 2) execução, as consequências impostas se a ação e justificativa não forem satisfatórias; e 3) capacidade de resposta, a disposição dos responsáveis por responder às demandas feitas (Pyone, Smith, & van den Broek, 2017; Silva, 2018; Vian, 2020).

Para Vian (2020), os sistemas de prestação de contas devem identificar os atores responsáveis, determinar os padrões de interação, desenvolver a capacidade dos atores de apoiar a prestação de contas promovendo a responsabilidade, impondo e aplicando sanções. A responsabilidade financeira garante a alocação e o uso adequados dos recursos por meio de controles de orçamento e orçamento participativo. A responsabilidade de desempenho examina o grau em que os resultados se alinham com as metas de desempenho pré-determinadas. A responsabilidade política / democrática, monitora o grau em que governos e instituições cumprem as promessas, agem no melhor interesse dos cidadãos e respondem efetivamente às necessidades da sociedade.

Em Brinkerhoff e Bossert (2014), expandiram a ideia de responsabilidade compartilhada que envolve estrategicamente atores não-governamentais. Este modelo revisado identifica três categorias de atores: cidadãos / clientes, estado e prestadores de serviços. Uma limitação primária desse modelo é a suposição de

poder e influência iguais: de fato, provedores e atores estatais, geralmente tendem a ter mais poder do que os cidadãos.

As ações práticas para melhorar a prestação de contas incluem o fornecimento de informações centradas no usuário, estabelecer canais de comunicação através dos quais os cidadãos exercem a voz de maneira coletiva e os gestores possam responder às demandas dos cidadãos, abordar problemas passados de responsabilização (de um gestor para outro) e aprimorar a capacidade dos estados de exigir prestação de contas dos fornecedores e impor sanções (Brinkerhoff e Bossert, 2014).

Os países subdesenvolvidos possuem os níveis mais baixos de prestação de contas e de transparência. Quanto maior o nível de transparência, menores serão as chances de corrupção e maior será o crescimento econômico, eficiência e desenvolvimento (Guillamón, Bastida, & Benito, 2011; Sol, 2013).

Almeida (2014) sugere que seja realizado um pacto fiscal com a finalidade de que o contribuinte tenha controle sobre o que é realizado com os impostos pagos, que os recursos sejam utilizados em bens e serviços públicos que beneficiem a sociedade em geral e a fiscalização seja em conjunto com os órgãos de controle promovendo *accountability* dos recursos públicos.

Usando a teoria do agente principal, existem incentivos e sanções para os diferentes atores, baseados no desempenho e usados para estimular a prestação de contas e assimetria de informação e diferença de poder entre os diferentes grupos. Os usuários de saúde são normalmente considerados 'diretores', enquanto o estado e os prestadores de serviços de saúde são 'agentes' que prestam serviços de saúde aos usuários e responsabilizados diretamente (Brinkerhoff e Bossert, 2014; Filgueiras Sauerbronn, 2017; Pyone, Smith, & van den Broek, 2017).

Para Vian (2020) a responsabilidade social pode incluir procedimentos de ouvidoria e auditorias para coletar dados qualitativos e quantitativos sobre as opiniões dos cidadãos e sobre as experiências vividas com os serviços. Quanto maior a transparência, mais espaço para os gestores serem responsabilizados por suas ações.

No setor público, o conflito de interesse pode ser considerado como a situação gerada pelo confronto entre interesses públicos e privados, que possa comprometer o interesse coletivo ou influenciar, de maneira imprópria, o desempenho da função pública (art. 3º, I, da Lei 12.813/2013). A competência constitucional de aprovar ou não a prestação de contas é do poder executivo e legislativo com o auxílio do Tribunal de Contas e do Conselho de Saúde estabelecido no art. 36, da LC 141/2012 (Alves, 2019).

2.2. TRANSPARÊNCIA

Para que a transparência seja efetivada, se faz necessário que sejam identificadas as variáveis que a impactam (Arruda, 2016) e pode ser resumida como a divulgação dos dados fiscais significativos e necessários para a melhoria da governança pública e suas consequências (Tekeng & Sharaf, 2015).

A transparência é conceituada como a precisão, a relevância e a qualidade das informações e as comparações entre os governos subnacionais podem ser mais importantes que entre países, se tornando um tópico onipresente no campo da gestão financeira pública e a população terá mais interesse em participar dos processos orçamentários, onde podem ver o desenvolvimento e avaliar os serviços e as possíveis mudanças e necessidades futuras (El-Berry, 2020; Stánic, 2018).

As informações fornecidas são salientes e acessíveis a pelo menos um grupo de usuários de informações. Para a saúde e outros serviços públicos nos países em desenvolvimento, por exemplo, o conjunto mais óbvio de usuários compreende os cidadãos que se beneficiam com esses serviços. Mas podem incluir outros usuários da informação, tais como: prestadores de serviços, seus gerentes, formuladores de políticas e grupos da sociedade civil (Kosack & Fung (2014).

As informações fazem com que os usuários alterem suas decisões e ações. No caso dos serviços de saúde, os cidadãos podem utilizar as informações para escolher um provedor ou terapia diferente. Eles podem usar as informações para advogar por uma alocação diferente de recursos de saúde. Ou eles podem usar as informações para pressionar os fornecedores a envidar mais esforços ou adotar outros métodos ou tecnologias de fornecimento. Observe que as decisões e ações alteradas não precisam ser de beneficiários; novas informações também podem mudar as decisões e estratégias dos formuladores de políticas ou defensores da sociedade civil (Kosack & Fung, 2014; Pyone, Smith, & van den Broek, 2017).

Para ocorrer uma maior transparência e controle social, o planejamento e o orçamento governamental precisam estar integrado com os instrumentos definidos na Constituição Federal de 1988, como: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), acrescidas das regras e limites da LRF. Para atendimento aos princípios da LRF, os órgãos devem divulgar as informações orçamentárias e contábeis através de meio eletrônico e em forma de relatórios de forma clara e concisa e receberão sanções em caso de descumprimento (Freire, 2004). Embora a introdução das leis não tenha erradicado o sigilo (Sol, 2013).

A tecnologia da informação (TI) contribuiu para a disseminação da transparência na gestão pública fornecendo informações relevantes e em formato

acessível. Os sites e portais de dados públicos têm papel fundamental para promover a transparência porque impõem cumprimento da responsabilidade fiscal aos gestores (Alcaraz-Quiles, Urquia-Grande, Muñoz-Colomina, & Rautiainen, 2018; da Cruz, Tavares, Marques, Jorge, & Sousa, 2016).

No mundo se há criado diversos mecanismos como forma de medir e avaliar a transparência fiscal, principalmente por órgãos internacionais como FMI, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), dentre outros; e por países em desenvolvimento. Porém são gerados relatórios de difícil compreensão pela sociedade em geral. As avaliações são realizadas apenas no Governo Central, enquanto nos governos subnacionais são avaliados apenas o impacto nas finanças que os mesmos causam no governo central (Almeida, 2014). Existe um consenso entre os autores, de que o elemento básico da transparência é a divulgação da informação, a garantia da qualidade e lisura das informações (El-Berry, 2020).

Leite Filho, Colares e Andrade (2015) relatam uma estreita conexão entre transparência e governança, onde a transparência permite que os governos através dos indicadores fiscais possam avaliar e melhorar a situação financeira, a capacidade de obter recursos para não exceder o nível de endividamento, controlar melhor os gastos públicos e possibilita ao cidadão acompanhar e monitorar as ações executadas pelo governo. Ainda será possível incentivar os cidadãos a melhorar a consciência política e o governo a atuar de maneira mais eficaz, sabendo que é monitorado pelos cidadãos (Guillamón, et al., 2011).

No caso dos cuidados de saúde, políticas de transparência bem-sucedidas fazem com que os provedores melhorem a qualidade dos serviços de saúde, em vez de resistir ou jogar estrategicamente a divulgação de informações. Por exemplo,

quando confrontados com informações que mostram que uma clínica em particular está apresentando um desempenho ruim em relação a seus pares, os prestadores de serviços podem responder construtivamente aprendendo e adotando algumas das práticas de melhores clínicas. Ou seja, eles não responderiam estrategicamente mudando suas práticas para melhorar sua "pontuação" apenas nos indicadores medidos sem abordar os problemas subjacentes. As informações sobre essas respostas são exibidas como novas informações sobre o provedor, sua capacidade de resposta e vontade de reformar, completando o ciclo e talvez desencadeando ações de acompanhamento por parte dos cidadãos (Kosack & Fung (2014).

A transparência é a forma de romper com o sigilo (Alves, 2012). De acordo com Oliveira Júnior, Jordão, & Castro Junior (2014) no Estado brasileiro sempre prevaleceu o “segredo” nas transações executadas pelo serviço público desde a sua formação histórica, sendo comum na literatura essa discussão em contrapartida a transparência.

Fazendo referência à teoria Conflito de Agência onde no setor público não há um proprietário formal, os habitantes são considerados os proprietários que escolhem através dos seus votos, quem será o administrador dos recursos e bens públicos por um determinado período (teoria do agente principal), surgindo assim a necessidade de avaliar o gestor público por meio das ações executadas, sendo necessário a divulgação das informações que assegurem uma prestação de contas, aproximando o cidadão do Estado (El-Berry, 2020; Figueiredo & Santos, 2013; Navarro-Galera, Alcaraz-Quiles, & Ortiz-Rodriguez, 2018; Ribeiro, Nogueira, & Freitas, 2017; Sun & Andrews, 2020; Wright, 2013)

Ainda sobre a teoria do agente principal, a transparência fiscal pode melhorar a qualidade dos gastos públicos e o controle da corrupção, ou o uso indevido de recursos públicos devido à falta de planejamento (El-Berry, 2020).

O cuidado com a transparência no serviço público, se intensificou nos últimos anos nos governos subnacionais, influenciado pela descentralização nos serviços e promoveu uma responsabilização por parte dos gestores, tendo em vista a proximidade com os cidadãos, embora os estudos não forneçam resultados absolutos sobre os determinantes nos níveis de transparência nesses governos (Kosack & Fung, 2014; Navarro et al, 2018; Nogueira, Freitas, & Ribeiro, 2017).

Se fazer transparente é garantir a divulgação da informação em tempo real e acessível ao cidadão que a requeira, e que o cidadão seja capaz de compreender o impacto dos gastos públicos na sociedade, nos aspectos de melhoria de qualidade de vida e disponibilidade de melhores e maiores bens públicos, através de um sistema de indicadores de avaliação de desempenho (Bautista & Reyes, 2017; Costa, 2015; El-Berry, 2020; Figueiredo & Santos, 2013; Harrison, & Sayogo, 2014; Kosack & Fung, 2014; Sol, 2013).

No caso específico da saúde, a participação e controle social no SUS se dá fundamentalmente no papel dos Conselhos de Saúde. É através dele que a comunidade participa da fiscalização nas políticas de saúde conforme determina as legislações que norteiam o SUS nas três esferas de governo. Devendo incentivar a participação popular e realizar audiências públicas, explicitamente determinada na LC 141/2012 (Alves, 2019; Borges & Neto, 2020; Miwa, Serapioni, & Ventura, 2017).

A transparência aplicada à prestação de serviços, expressos por meio de políticas, planos e as metas com as quais o desempenho do governo deve ser medido

pode ajudar os cidadãos e os órgãos fiscalizadores a saber onde o desempenho está aquém e pedir aos agentes do governo que respondam pelos déficits de desempenho. E a falta de transparência e responsabilidade comprometem a gestão da saúde, limitando o acesso equitativo aos serviços de saúde e também influenciam outros determinantes da saúde, como acesso a água potável, saneamento, alimentos e moradia (Pyone, Smith, & van den Broek, 2017; Vian, 2020).

Tanto os planos como as metas na gestão da saúde são definidos através dos Plano Estadual de Saúde (PES), Plano Anual de Saúde (PAS), Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG). É importante considerar como compartilhar informações e com quem, para facilitar a prestação de contas, garantir a conformidade com procedimentos e normas e melhorar o desempenho (Pyone, Smith, & van den Broek, 2017; Vian, 2020).

2.3. FISCALIZAÇÃO

Barbosa, Tardivo, e Barbosa (2016) afirma que o termo controle é a forma como a fiscalização é exercida na administração pública com o propósito de evitar os desvios das normas pré-estabelecidas e tem como objetivo verificar se as atividades administrativas estão em conformidade com as referidas normas, evitando a divergência das ações diante dos princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, além de evitar o abuso de poder pelos gestores mediante fiscalização corretiva e até punitiva.

Apesar da existência de diversos instrumentos fiscalizadores, as irregularidades sempre irão existir e devem ser investigadas e punidas (Grassi & Gomes, 2015).

Com relação ao controle interno, cabe ressaltar que as Secretarias de Saúde possuem estrutura interna capaz de avaliar e fiscalizar as ações executadas. Embora, apesar de inserido na estrutura da instituição, deva ser realizado por órgão ou serviço dotado de independência técnica (Felizardo, 2020).

Entre os órgãos de controle externo estão:

- 1) Assembleia Legislativa - que exerce controle sobre a execução do orçamento e dá autorização política para o projeto estadual e convoca os gestores da saúde, quadrimestralmente, através das audiências públicas, para que apresentem a prestação de contas à sociedade, devendo apresentar todas as informações quanto a execução do orçamento público pautado na legalidade, assim como as receitas e despesas realizadas no período e a avaliação das metas planejadas e efetivamente alcançadas no PPA. Ressalta-se que as audiências públicas deverão ser amplamente divulgadas, respeitando o princípio da publicidade, para que todo e qualquer cidadão possa participar (Lange, 2018). Em caso de detecção de irregularidades quanto à execução do orçamento, serão encaminhados ao Tribunal de Contas do Estado – TCE, até o dia 31 de março do próximo exercício;
- 2) Tribunal de Contas - que exerce o controle financeiro (contribuindo para a transparência), fiscalizando a legalidade e regularidade das receitas e despesas públicas, observando o cumprimento dos critérios de eficácia, eficiência e economia. Assim como o controle jurisdicional, apurando as responsabilidades sobre quem geriu os recursos financeiros indevidamente, sem ingerência ou influência de outros órgãos. Além dessas funções, o Tribunal de Contas também exerce a função pedagógica, através da

emissão de pareceres que serve de guia orientador para as entidades públicas (Felizardo, 2020);

- 3) Ministério da Saúde - responsável pela gestão, direção e fiscalização do SUS e do Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos de Saúde – SIOPS, que reúne informações sobre o financiamento e o gasto com saúde pública dos municípios, do estado e da União, colaborando para a fiscalização pelos órgãos de controle e para a gestão e avaliação no âmbito do SUS. Através do SIOPS, é possível analisar os indicadores do município ou do estado a partir das informações declaradas da área da saúde, tais como: montante da despesa pública com saúde *per capita*, gasto com medicamentos, com pessoal e percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, contribuindo para a interlocução com os órgãos e as instâncias de controle social para avaliação de políticas sociais implementadas pelo setor público (Grossi & Gomes, 2015; Teixeira, & Teixeira, 2003);
- 4) Ministério Público – será acionado no caso de ser identificado crimes funcionais ou atos relacionados a improbidade administrativa (Grossi & Gomes, 2015; Lange, 2018);
- 5) Os Conselhos de Saúde que foram incluídos como agentes de controle social no Sistema Único de Saúde – SUS, através da LC nº. 141/2012 e são compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e devem aprovar toda e qualquer prestação de contas realizada pelo gestor da saúde, inclusive antes do envio a Assembleia Legislativa, ao Tribunal de Contas e ao Ministério da Saúde (Barbosa, Tardivo, & Barbosa, 2016; Bardal & Torres, 2020);

Segundo Alves (2019), Bardal e Torres (2020), Borges e Neto (2020) e Miwa, Serapioni e Ventura (2017) o Conselho de Saúde – CS, exerce o controle social, atuando na definição de estratégias e norteia a execução da política de saúde e fiscaliza como o governo utiliza os recursos financeiros da saúde e onde os aplica e verifica se as leis estão sendo cumpridas (embora ações realizadas pelos órgãos de controle, apontem que os conselhos não têm exercido esse papel em sua plenitude), porém essas ações não podem ser confundidas com o papel executivo do gestor público.

Ressaltam ainda que, suas deliberações são resultadas de negociações com o Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde, estaduais e municipais e é o órgão representativo da sociedade para garantir o processo democrático e a qualidade das ações. O CS representa o principal ator da governança (papel definido pelas Leis nº. 8.080/90, 8.142/90 e 141/2012) e a Secretaria de Saúde, o principal ator da gestão, que tem a missão de gerir, delegada pelos cidadãos.

As fragilidades sinalizadas por Alves (2019), Borges (2020) e Miwa et al. (2017) na atuação dos Conselhos de Saúde e também evidenciadas no Acórdão 2.888/2015-TCU-Plenário são: falta independência em relação à gestão; reduzida capacitação dos conselheiros e profissionais; deficiências na estrutura física; ingerência política na escolha dos conselheiros; as pauta das reuniões são definidas em sua maioria pelos gestores, sem maiores debates; difícil acesso dos representantes dos usuários as políticas de saúde; a falta de planejamento e de discussões dos assuntos tratados no conselho; pouca transparência dos gestores com relação ao uso dos recursos; pouca visibilidade social das ações dos conselheiros e apresentam baixa divulgação das suas atividades e resoluções que sinalizam deficiência na prestação de contas e ampliam o distanciamento entre população e conselho, desmotivando a busca pelos

conselhos, prejudicando a participação social. A baixa resolutividade diminui a visibilidade e o reconhecimento do conselho por outros órgãos e instituições.

Diante de tal fragilidade, Tejedo-Romero e de Araujo (2018) afirma que existem quatro princípios na transparência que devem ser observados: a) as informações sobre as operações e ações da administração pública que afetam os interesses dos cidadãos devem ser disponibilizadas prontamente à sociedade; b) a quantidade de informações disponíveis deve ser adequada à medida que as ações ameaçam o interesse dos cidadãos; c) as informações devem ser disponibilizadas de forma acessível para aqueles que às utilizam; d) as estruturas sociais, políticas e econômicas da sociedade devem ser organizadas de maneira a permitir que os cidadãos atuem, uma vez que sem participação não há governança efetiva e nem satisfação pessoal (Borges, 2020). A ausência desses princípios, afetam diretamente a qualidade das informações na prestação de contas.

Em desrespeito ao princípio da separação das funções de execução e fiscalização, nota-se um grande número de secretários de saúde ou representante do governo que acumula a função de presidente do conselho, prática não recomendada para uma boa governança. Para que a governança seja efetivada se faz necessário observar os mecanismos de liderança, estratégia e controle (Borges, 2020).

Do ponto de vista do controle social, uma das formas de promover a participação popular são as reuniões públicas abertas, que são um modo de aumentar a transparência e prestar contas. As mesmas oferecem uma oportunidade para o governo compartilhar informações e solicitar a contribuição dos cidadãos, e para que os cidadãos expressem preocupações e exijam uma resposta dos funcionários. A transparência e a participação da sociedade possibilitam a prestação de contas (Vian, 2020).

Essa coalizão de atores, amplamente apelidada de movimento de *accountability*, visa melhorar a qualidade dos serviços públicos, fornecendo informações por exemplo, sobre direitos dos beneficiários desses serviços, alocações de financiamento, desempenho dos trabalhadores de serviços de linha de frente e resultados de prestação de serviços, rumo a uma gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, mais eficiente, eficaz e transparente (Borges, 2020; Kosack & Fung, 2014; Pyone, Smith, & van den Broek, 2017).

As intervenções de transparência são geralmente projetadas para produzir melhorias particulares e tangíveis nos serviços públicos, como saúde ou educação aprimoradas, que acabam por melhorar a vida de cada cidadão. Assim, refletem a evolução da transparência a partir de um fim em si mesmo, ou um ingrediente com benefícios importantes, mas não específicos para a governança democrática como uma ferramenta para lidar com preocupações cada vez mais práticas e específicas do desempenho do governo (Kosack & Fung, 2014).

2.4. TEORIA DA AGÊNCIA

Segundo Silva (2018) antes de iniciar as discussões sobre a teoria da agência, se faz necessário entender como funciona a governança corporativa que pode ser entendida como se processam as decisões dentro de uma organização com o objetivo de minimizar os problemas de agência. A prestação de Contas com responsabilização (*accountability*) e transparência são pilares básicos da governança pública (Castro & Silva, 2017).

A governança se preocupa com a forma como os diferentes atores do mundo funcionam e operam, e as razões por trás de suas decisões e nenhum mecanismo

formal de controle pode ditar o relacionamento entre esses atores e as organizações. A aprovação de uma lei ou decreto de uma autoridade formal não pode, por si só, conseguir o engajamento dos principais atores, e a negociação é essencial para o sucesso da governança nas redes políticas vistas como complicadas, e a responsabilidade é difusa e compartilhada entre muitas partes interessadas (Bardal & Torres, 2020; Filgueiras Sauerbronn, 2017; Pyone, Smith, & van den Broek, 2017).

A governança pode ser medida de duas maneiras: usando medidas baseadas em regras e em resultados (Pyone, Smith, & van den Broek, 2017) e possui quatro pontos considerados os pilares da governança pública tais como: definir os objetivos e metas coletivos, manter a coerência entre metas e políticas, capacidade para implementar as metas e avaliar as ações e definir responsabilidade pelos resultados alcançados (Alves, 2019; Filgueiras & Sauerbronn, 2017).

Na área da saúde, a governança foi introduzida no Relatório Mundial de Saúde em 2000, onde a Organização Mundial da Saúde (OMS) o definiu em termos de 'administração', e apelou a estruturas de políticas estratégicas combinadas com supervisão, regulamentação, incentivos e responsabilidade eficazes. Esta definição é baseada na ideologia política de que o sistema de saúde pode ser influenciado por regras transparentes, governadas por uma supervisão eficaz e uma forte responsabilização. E foi descrita como uma agregação de valores normativos, como equidade e transparência dentro do sistema político no qual um sistema de saúde funciona e utilizada para melhorar o desempenho (Filgueiras & Sauerbronn, 2017; Fryatt, 2017; Pyone, Smith, & van den Broek, 2017).

Para Silva (2018) os conflitos de agência ocorrem na ausência de um agente perfeito e na assimetria de informações existentes entre eles, onde o gestor possui maiores informações que o agente principal (cidadão) ou nas ações ocultas.

A responsabilidade, ou a obrigação dos funcionários públicos de fornecer informações sobre as ações realizadas e justificar essas ações para supervisionar os atores, é a essência da responsabilidade (teoria do agente principal). Quando as pessoas responsabilizam o governo não como cidadãos autônomos, mas como consumidores individuais ou beneficiários de serviços públicos é a evolução mais recente no uso da transparência. A raiz dessa evolução está nos esforços de ativistas de base e seus aliados em organizações internacionais de doadores e agências de ajuda preocupados com a corrupção e o baixo desempenho dos serviços públicos nos países em desenvolvimento (Castro & Silva, 2017; Pyone, Smith, & van den Broek, 2017; Silva, 2018; Vian, 2020).

Em países que carecem de uma cultura de política de controle social, como no caso do Brasil, a autonomia da esfera executiva-administrativa no serviço público é considerada como base para o estabelecimento da transparência e accountability (Bardal & Torres, 2020).

Com a transparência, o processo democrático é fortalecido, efetivando o controle social pelos cidadãos e organizações sociais e responsabilização mediante a prestação de contas por parte dos governantes (Castro, & Silva, 2017; Pereira, 2018), não somente pela questão financeira, como também para diminuir a desigualdade social, através das políticas públicas ofertadas a população (Andreula, Chong, & Guillen, 2009), monitoradas pelos cidadãos e devidamente garantidas pela Constituição Federal que instituiu a participação popular direta da sociedade, possibilitando que qualquer cidadão tenha acesso as decisões governamentais, com ressalva às informações sigilosas que sejam essenciais a segurança da Sociedade e do Estado (Freire, 2004). Nesse sentido a transparência é considerada como um meio para atingir um fim e não um fim em si. (El-Berry, 2020).

A implantação das boas práticas de governança pode ampliar a capacidade de ação dos gestores e a avaliação de desempenho, resultando na melhoria da eficiência e da eficácia na produção de bens e serviços públicos, e na construção de práticas ligadas ao compromisso e confiança dos gestores públicos (Silva, 2018) e vai além, exigindo dos governantes um compromisso com os princípios de transparência (*disclosure*), equidade (*fairness*), prestação de contas (*accountability*), cumprimento das leis (*compliance*) e ética (Bardal & Torres, 2020).

Capítulo 3

3. METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 TIPOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa se propôs a confeccionar um *checklist* para analisar o conteúdo das informações disponibilizadas nos websites institucionais, federais e estaduais relacionadas a prestação de contas, transparência e fiscalização na gestão da saúde pública dos estados da federação (governos subnacionais) definidas na LC 141/2012. O estudo é caracterizado, quanto aos objetivos, como descritivo, pois visa analisar o conteúdo das informações sob a perspectiva da *Accountability* e da Teoria da Agência aplicada ao setor público; quanto à abordagem é de natureza quantitativa; e quanto aos procedimentos, a pesquisa é documental, consistindo na busca de dados que podem constituir em fontes de consulta importantes por reunir informações dispersas que juntas terão novo sentido (Silva, 2018).

3.2 FASES DA PESQUISA

A análise documental foi realizada de acordo com a disponibilidade das informações divulgadas pelos gestores dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, nos websites das Secretarias Estaduais de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde, Tribunais de Contas Estaduais, Ministério da Saúde, Assembleias Legislativas Estaduais e Secretarias Estaduais da Fazenda no período de 2015 a 2018, sendo 162 (cento e sessenta e duas) páginas pesquisadas e 2.430 buscas por informações através das mídias eletrônicas referentes ao cumprimento dos procedimentos citados - Figura 1.

A opção pelo recorte territorial (unidades da federação/governos subnacionais) deveu-se ao fato de que grande parte da literatura sobre prestação de contas na saúde pública, estarem voltadas para países e municípios e poucos os trabalhos voltados para os estados.

Segundo Sá-Silva, de Almeida, e Guindani (2009) a pesquisa documental utiliza documentos para extrair informações através de análises, técnicas e procedimentos, e elaboração de sínteses. Aumentando assim a capacidade de análise, observação, seleção e organização para que a investigação se concretize.

3.3 AMOSTRA

O período estudado foi selecionado tendo como ponto de partida a implantação da LAI em 2011 e a criação do portal DADOS do Governo Federal em 2012, que seguindo uma tendência mundial de acesso a dados abertos, permitiu um maior envolvimento dos cidadãos, utilizando o meio eletrônico, contribuindo para uma maior participação e controle social (Reis, Ferreira & Ferreira, 2015).

O setor público brasileiro está dividido em dois níveis: Governo Central (Tesouro + Banco Central + Previdência) e Governo Geral (Governo Central + Governos Regionais+ Empresas Estatais s/ Petrobrás). Os 26 estados federados, o Distrito Federal, e 5.570 municípios são os governos regionais (locais).

Para realizar o *checklist* e analisar o conteúdo das informações disponibilizadas pela gestão da saúde, utilizou-se dados secundários do Ministério da Saúde, Tribunais de Contas, Assembleias Legislativas, Secretarias de Fazendas, e Conselhos de Saúde, dos estados. A amostra foram as 26 unidades federativas e o Distrito Federal,

considerando que a LC 141/2012 estabeleceu as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

Quanto ao período selecionado para a pesquisa deveu-se ao fato de que mesmo após a implantação da LC 141/2012 os governos tiveram um período para se adaptar e adequar as informações para a atender a referida LC, então foi definido que a coleta seria do ano de 2015 a 2018. Não foi possível ampliar a coleta para o ano de 2019, por que devido a pandemia do covid19, as informações que deveriam ser publicadas em sua maioria no primeiro trimestre de 2020, não foram publicadas.

O ano de 2018 foi considerado um ano atípico, uma vez que o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, deixou de exigir e disponibilizar as informações e os estados puderam reproduzir as informações sem uma padronização, deixando assim os estados livres na formatação das informações.

3.4 CHECKLIST

O *checklist* é utilizado quando se precisa delinear características de um grupo de elementos de mesma natureza, mas de realidades distintas (regionais, estruturais, temporais, por exemplo) (Scriven, 2000). A coleta dos dados foi realizada por estado, no período compreendido entre junho e novembro de 2020.

Para elaborar o *checklist* e melhor organização dos dados, foram criadas 3 categorias de análise e 15 subcategorias analíticas (procedimentos) a serem investigados. As descrições de cada uma delas são apresentadas na Figura 1 (resumo) e Apêndice A (*Checklist* Completo).

Categorias de análise	Descrição	Subcategorias de análise
TRANSPARÊNCIA	Divulgação de informações de maneira transparente, prestando contas dos atos de forma confiável e de fácil compreensão.	Informações internas; Informações externas;
PRESTAÇÃO DE CONTAS	Prestar contas através de relatórios de acordo com as datas pré-estabelecidas na legislação.	RAG, RREO, RQDA, PAS, PES e SIOPS
FISCALIZAÇÃO	Mecanismos de controle institucionalizados utilizados pelos órgãos de controle que devem fiscalizar o cumprimento da legislação.	Órgãos de controle; Mecanismos de controle;

Figura 1: Resumo das categorias

Elaborado pela autora com base em Silva (2018)

3.5 RESULTADOS DO *CHECKLIST* e ANÁLISE

A partir do modelo apresentado – Figura 1, foi aplicado o *checklist* - Apêndice A, para cada estado. Para mensurar o cumprimento dos procedimentos utilizou-se as seguintes fórmulas:

(%) x Média de Cumprimento total = N° anos cumpriu/total anos

(%) Média de Cumprimento Parcial = N° anos cumpriu parcialmente/total anos

(%) Média de Não Cumprimento = N° anos não cumpriu/total anos

E em resposta a pergunta: Quais os procedimentos definidos no *checklist* tiveram maior cumprimento?

Para a categoria *Transparência* verificou-se que 11 (onze) estados cumpriram 100% do procedimento relacionado a publicação do RAG; enquanto que para a divulgação de audiências públicas 03(três) estados cumpriram 100%; e para divulgação do parecer do CES sobre o RAG, somente 2(dois) estados cumpriram em 100%; sugerindo que os gestores tiveram maior atenção quanto ao cumprimento da

publicação das prestações de contas em meio eletrônico, dos Relatórios de Gestão do SUS – RAG's, do que os demais procedimentos – Tabela 1.

TABELA 1: CATEGORIA - TRANSPARÊNCIA

Categoria	Procedimento	Cumpriu 100%	Cumpriu 75%	Cumpriu 50%	Cumpriu 25%	Não Cumpriu
TRANSPARÊNCIA	Publicar as prestações de contas em meio eletrônico, dos Relatórios de Gestão do SUS – RAG's	11	13	2	1	
	Divulgar realização de audiências públicas para elaboração do Plano de Saúde	3			1	23
	Ser dada ampla divulgação ao parecer do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS - o RAG - inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos artigos 56 e 57 da Lei Complementar nº 101/2000, que tratam da prestação de contas dos chefes do Poder Executivo aos Tribunais de Contas, e dos prazos para os pareceres.	6	4	3	1	13

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

Quanto ao cumprimento da categoria Prestação de Contas, registrar na contabilidade em conta específica as informações referentes a saúde, verificou-se que 24 (vinte e quatro) estados cumpriram 100% do procedimento; 06(seis) estados cumpriram 100% da apresentação do RDQA ao CES; 23(vinte e três) estados cumpriram 100% do procedimento quanto a publicar o RREO a cada 2 meses; Enviar o RAG até o dia 30/03, 04(quatro) estados cumpriram 100%; 05(cinco) estados cumpriram 100% quanto a aprovação do PAS antes da publicação da LDO; 19(dezenove) estados cumpriram 100% quanto a entrega do SIOPS; e 04(quatro) estados cumpriram 100% ao realizar as audiências públicas e entregar o RREO a Assembleia Legislativa; sugerindo que registrar na contabilidade as informações

referentes a saúde em conta específica teve maior cumprimento do que os demais procedimentos – Tabela 2.

TABELA 2: CATEGORIA – PRESTAÇÃO DE CONTAS

Categoria	Procedimento	Cumpriu 100%	Cumpriu 75%	Cumpriu 50%	Cumpriu 25%	Não Cumpru
PRESTAÇÃO DE CONTAS	Registrar na contabilidade as informações referentes a saúde em conta específica;	24	1			2
	A cada 4 meses os gestores deverão elaborar relatório que indique montante e fonte dos recursos, auditorias realizadas, oferta e produção na rede assistencial e indicadores de saúde – conforme padronização a ser apresentada pelo CNS;	6	3	1	4	13
	A prestação de contas apresentará os dados do RREO – que será publicado a cada 2 meses - e constará dos balanços do poder executivo;	23	1			3
	O Relatório de gestão será enviado ao Conselho de Saúde, até 30.03 de cada ano, para emissão de parecer conclusivo sobre o cumprimento das normas da LC 141/2012	4	6	7	1	9
	A programação anual também deverá ser aprovada pelo Conselho de Saúde antes do encaminhamento da LDO de forma a verificar a “obediência” à priorização indicada no artigo 30 §4º da LC 141/2012;	5	4	5	5	8
	O SIOPS deverá ser obrigatoriamente preenchido a cada ano;	19	4	3	1	
	Nos meses de maio, setembro e fevereiro deverá ser realizada audiência pública em Casa Legislativa (2 meses = RREO); 4 meses RREO + RREO = compõem o Relatório detalhado (CNS)/Audiência Pública; Relatório detalhado x 3 = compõem o Relatório de Gestão)	4	1	2	3	17

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

Para o procedimento Fiscalização, onde o TCE afere o cumprimento das LC's verificou-se que 09 (nove) estados cumpriram 100% do procedimento; enquanto que

para a fiscalização do PAS pela Assembleia Legislativa, 04(quatro) estados cumpriram 100%; 17(dezessete) estados cumpriram em 100% quanto a fiscalização do SIOPS pelo MS; 06(seis) estados cumpriram em 100% quanto a fiscalização do RQDA pelo CES; e quanto as auditorias internas, 07(sete) estados cumpriram em 100%; sugerindo que houve maior fiscalização do Ministério da Saúde em fiscalizar a entrega por meio de sistema eletrônico (SIOPS) que tem informações sobre orçamentos, execução e acesso público às informações – Tabela 3;

TABELA 3: CATEGORIA – FISCALIZAÇÃO

Categoria	Procedimento	Cumpriu 100%	Cumpriu 75%	Cumpriu 50%	Cumpriu 25%	Não Cumpriu
FISCALIZAÇÃO	TRIBUNAL DE CONTAS: aferirão o cumprimento da LC 101/00, art.198 da CF e LC 141/12;	9	1	3	5	9
	PODER LEGISLATIVO: fiscalizará: - Plano de Saúde Plurianual; - cumprimento das metas estabelecidas na LDO; - aplicação dos recursos; - transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; - aplicação dos recursos vinculados ao SUS; - destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à Saúde;	4		2	5	16
	MINISTÉRIO DA SAÚDE: por meio de sistema eletrônico (SIOPS) que tenha informações sobre orçamentos, execução e acesso público às informações;	17	6	4		
	CONSELHOS DE SAÚDE: avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução da LC 141/2012;	6	4		1	16
	AUDITORIA: Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento da LC 141/2012;	7	8	7	4	1

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

Finalizado o *checklist*, classificou-se os estados de acordo com o cumprimento por categorias e procedimentos. Estipulou-se notas de classificação para cada procedimento, sendo:

- 1) Se o item for totalmente cumprido é atribuído a nota 2;
- 2) Se o item for parcialmente cumprido é atribuído a nota 1;
- 3) Se o item não for cumprido é atribuído a nota 0.

A partir das notas estipuladas, listamos o número de procedimentos para cada categoria - Figura 2 e utilizou-se a seguinte fórmula:

Nº de Procedimentos x Nota por procedimento

Categorias de análise	Nº de Procedimentos	Nota máxima
Transparência	3	6
Prestação de Contas	7	14
Fiscalização	5	10
TOTAL	15	30

Figura 2 – Mensuração das categorias

Fonte: Elaborada pela autora com base em Castro, & Silva (2017)

Destacamos a posição de cada estado nas figuras de 3 a 7 em resposta a pergunta: Qual a classificação dos estados quanto ao cumprimento?

A mensuração das categorias possibilitou a classificação dos estados em melhores e piores e sinalizam os pontos que podem ser melhorados. Apesar de alguns estados estarem com notas aquém da desejada, os estados cumpriram total ou parcialmente os procedimentos por categoria.

Para o ano de 2015, o estado de Pernambuco atingiu nota máxima, 30 pontos na soma das categorias, cumprindo assim todas as exigências da LC nº. 141/2012 no que diz respeito as categorias: transparência, prestação de contas e fiscalização. Em

contraponto o estado do Amapá e Piauí com uma nota de 8, foram os estados que menos pontuaram, ficando no último lugar na classificação dos 27 estados, quando a média geral foi de 18,3. Ainda para o ano de 2015, realizou-se a média por região e a região Sudeste foi a melhor classificada com uma média de 22 pontos, frente a região Norte com 16,1 (Figura 3 - A e B e Apêndice B).

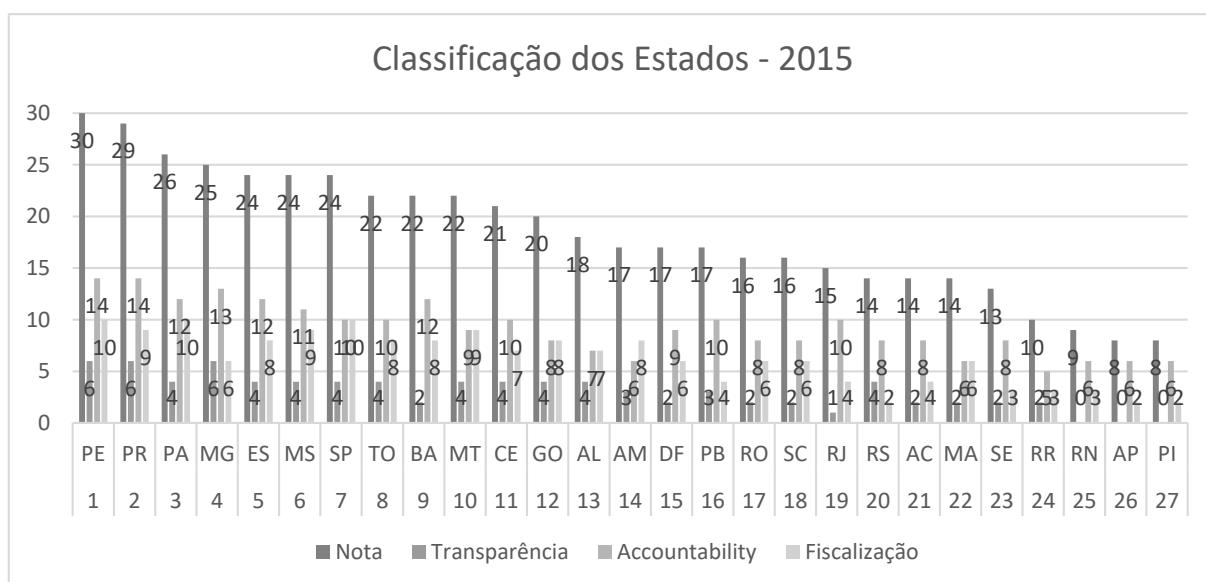


Figura 3 A: Classificação dos Estados - 2015

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

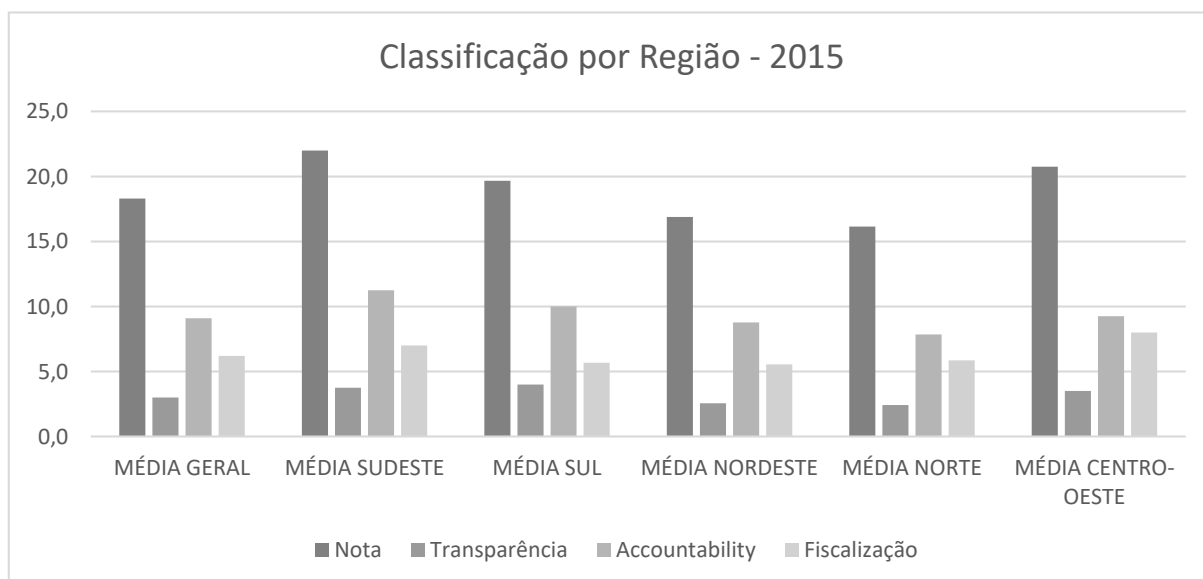


Figura 3 - B: Classificação por Região - 2015

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

Seguindo para o ano de 2016, o estado do Paraná que em 2015 ocupou o segundo lugar, alcançou nota máxima, enquanto o estado de Pernambuco desceu para a segunda colocação. O estado de Rondônia que em 2015 ficou na 17ª colocação, foi o pior classificado. Na avaliação das regiões, desta vez a região Sul foi a melhor classificada com a média de 21 pontos e a região Nordeste teve a pior média com 15,9 pontos (Figura 4 – A e B e Apêndice C).

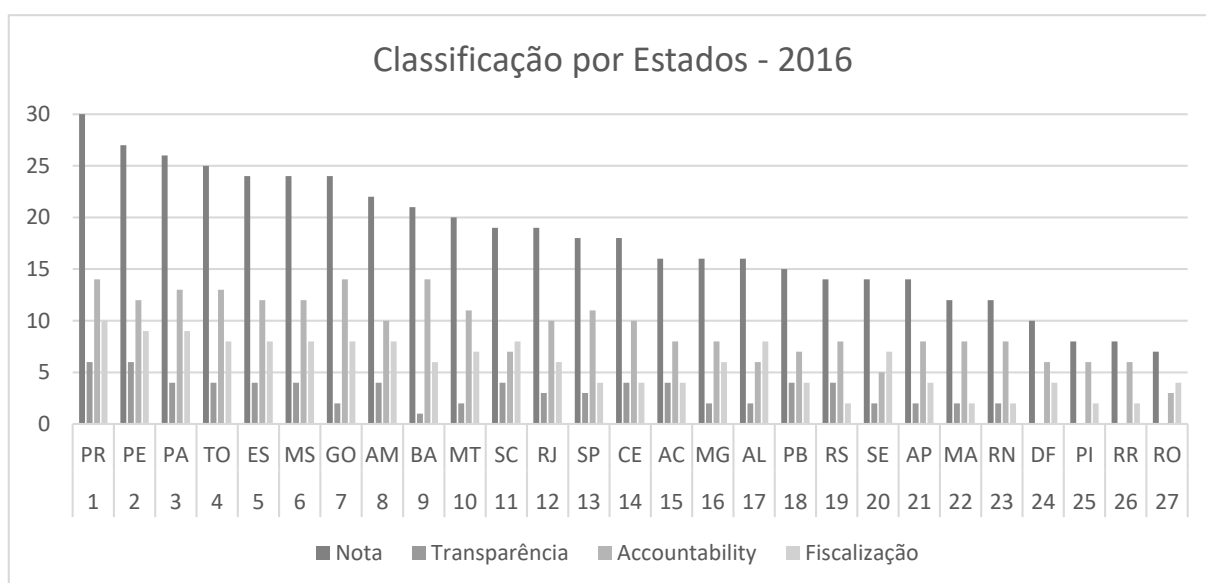


Figura 4 - A: Classificação dos Estados - 2016
Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

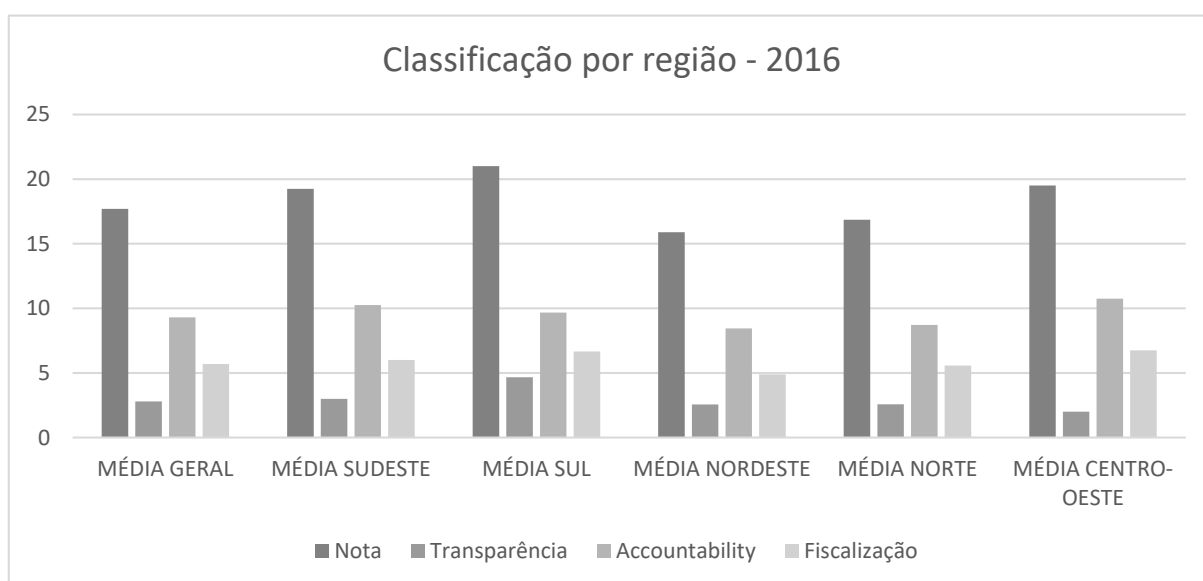


Figura 4 - B: Classificação por Região - 2016
Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

Em 2017 o estado do Paraná empatou com o estado de Pernambuco com 29 pontos, disputando a primeira colocação. Desta vez o pior colocado foi o estado de Minas Gerais com apenas 6 pontos. Na média das regiões, a região Sul continuou como melhor classificada com 21 pontos e a região Norte como a pior com 14,6 pontos (Figura 5 – A e B e Apêndice D).

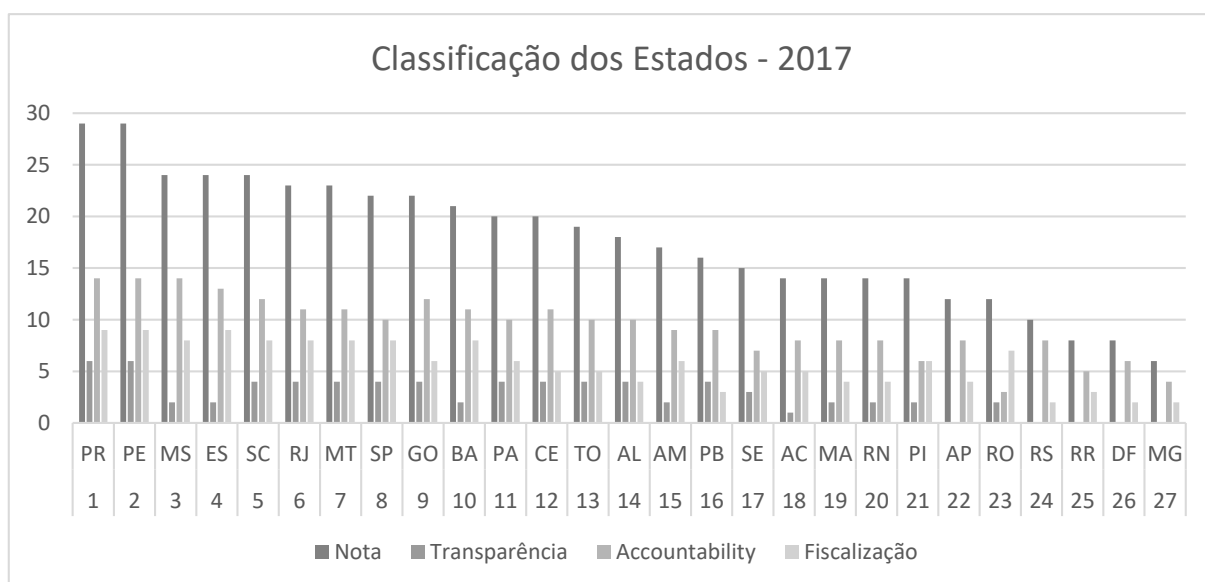


Figura 5 - A: Classificação dos Estados - 2017

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

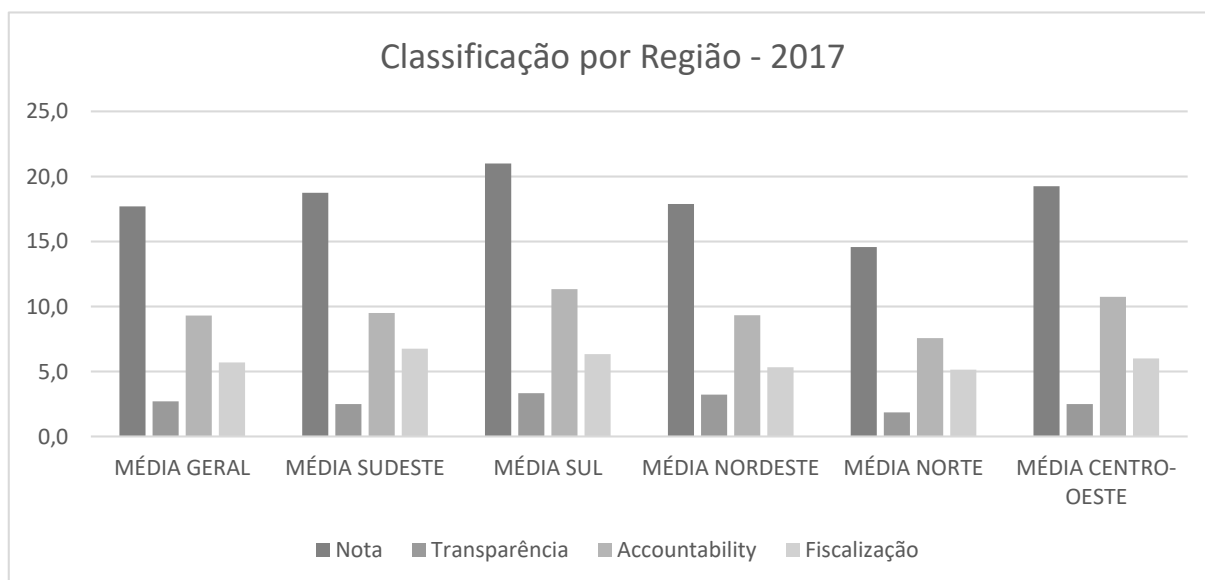


Figura 5 - B: Classificação por Região - 2017

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

O ano de 2018 foi considerado um ano atípico, uma vez que o sistema do governo federal SARGSUS deixou de exigir e disponibilizar as informações e os estados puderam reproduzir as informações sem uma padronização, deixando assim os estados livres na formatação das informações. Mesmo assim, o estado de Pernambuco liderou o ranking cumprindo todas as exigências da LC, e o pior classificado foi o estado do Acre que pontuou apenas 2 pontos de um total de 30 pontos. Para as regiões, manteve-se a região Sul com a melhor classificação com a média de 21 pontos e a região Norte como a pior com a média de 14,7 pontos. As duas regiões com pontuação praticamente iguais ao ano de 2017 (Figura 6 – A e B e Apêndice E).

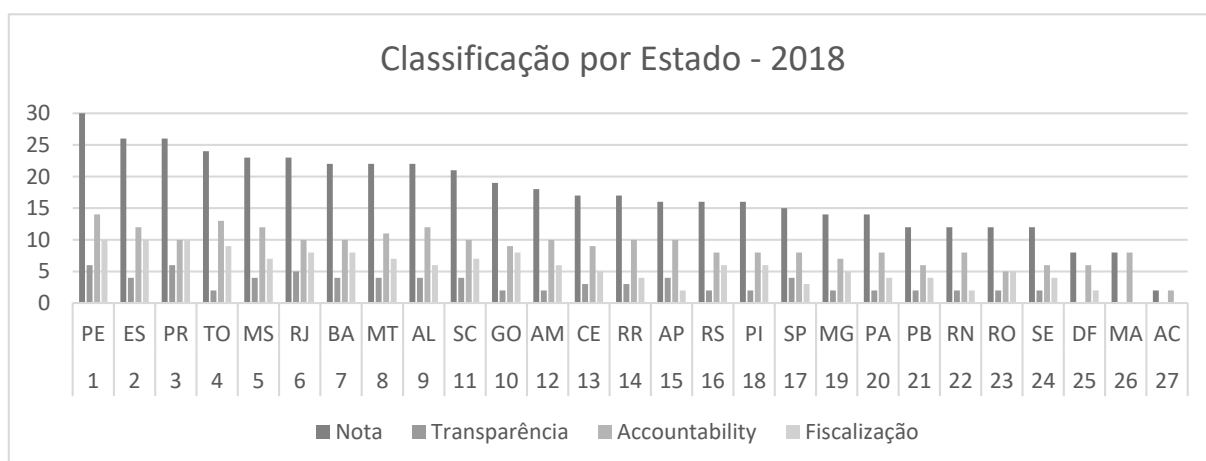


Figura 6 - A: Classificação dos Estados – 2018
Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

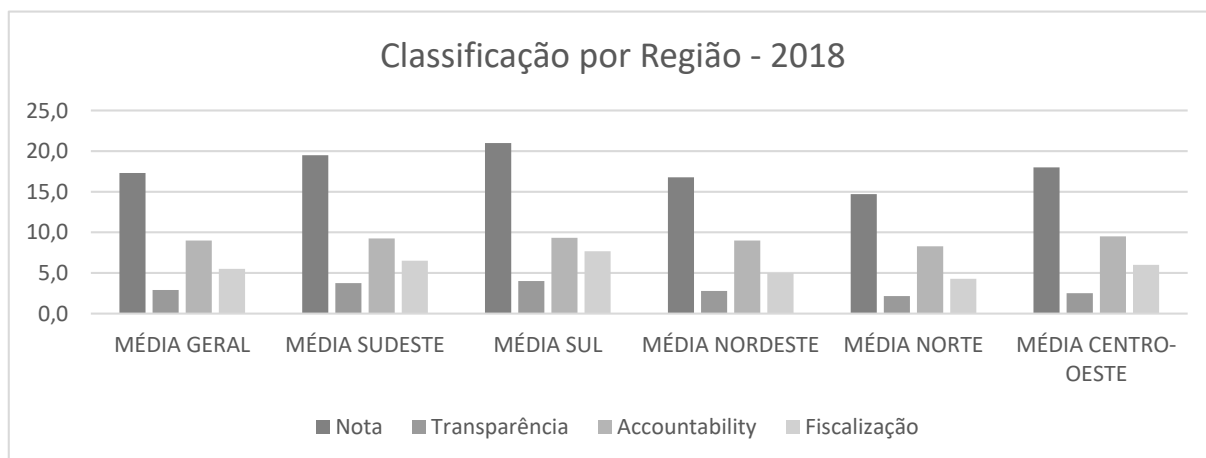


Figura 6 - B: Classificação por Região – 2018
Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

Na classificação geral dos anos de 2015 a 2018, o estado de Pernambuco foi o melhor classificado com 29 pontos, seguido pelo estado do Paraná com 28,5 e o pior classificado foi o estado do Tocantins com 5,8 pontos. Na classificação por região, a região Centro-oeste surgiu com a melhor média de 20,6 e a região Norte manteve-se com a pior classificação com apenas 16,6 pontos na média (Figura 7 - A e B e Apêndice F).

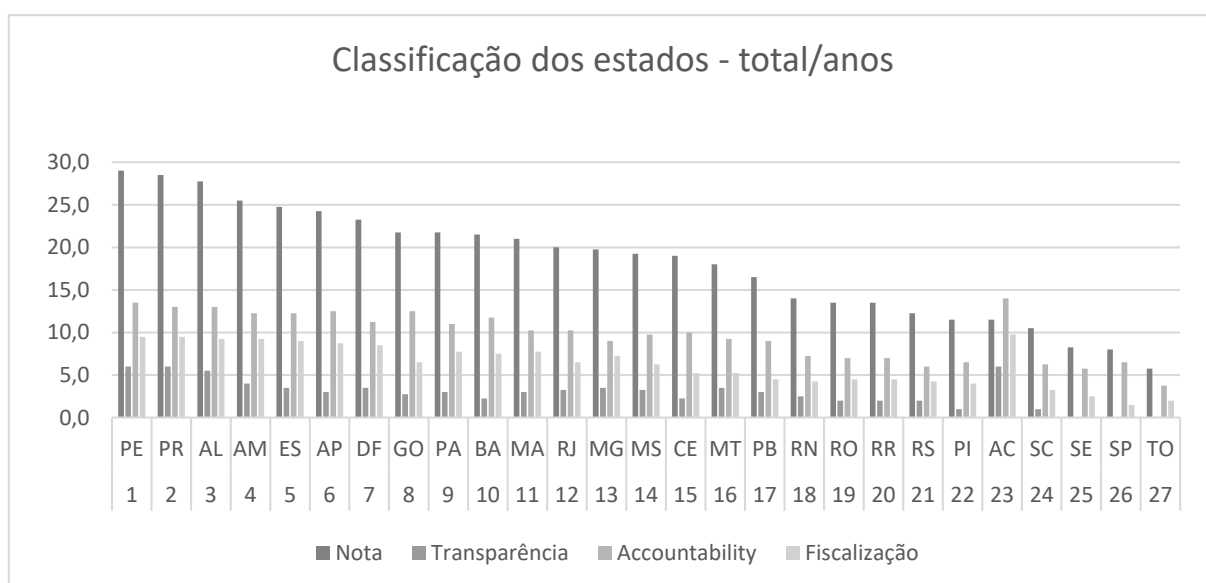


Figura 7 - A: Classificação dos Estados – 2015 a 2018 (total)

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

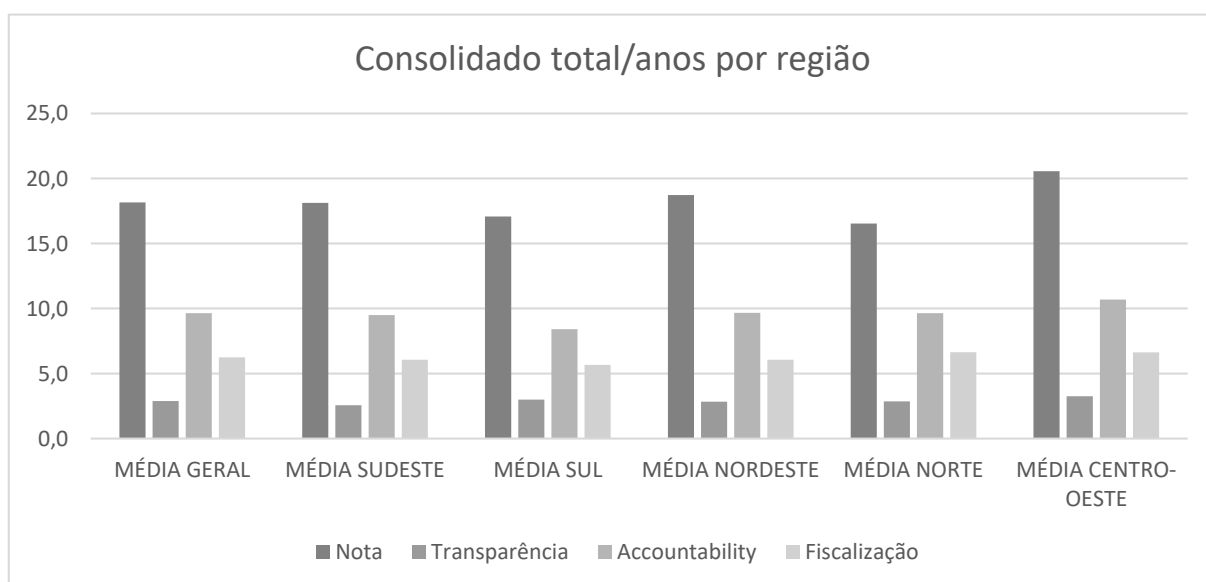


Figura 7 - B: Classificação dos Estados – 2015 a 2018 (total)

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

Concluiu-se que a partir dos resultados apresentados no *checklist*, é possível confirmar parcialmente a hipótese de que os gestores publicam as informações referentes a prestação de contas com saúde pública cumprindo a legislação vigente, quanto a responsabilização (*accountability*) e transparência.

Capítulo 4

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho teve como objetivo confeccionar um *checklist* para verificar a precisão das informações da transparência, prestação de contas e fiscalização na saúde pública dos governos subnacionais (estados da federação) definidas pela legislação vigente.

Com base legislação foi possível elaborar uma lista de procedimentos indispensáveis para verificar a precisão das informações nos websites das instituições responsáveis pela publicação dos fatos através da pesquisa documental.

A transparência é o princípio orientador da boa governança. De acordo com a LRF e as LC's todos os níveis de governos devem publicar por que, como, o que, e quanto envolve as atividades de Governo, disponibilizados aos cidadãos em meio eletrônico e de fundamental importância para o fortalecimento da governança pública (Castro & Silva, 2017).

A medição da transparência do Governo local ganha importância por que é responsável por fornecer serviços essenciais para a vida dessas pessoas. Sem transparência não é possível avaliar o bom desempenho e nem responsabilizar os agentes públicos. A transparência *on-line* tem sido utilizada para aumentar a legitimidade e a confiança no Governo, melhorar o envolvimento dos cidadãos no controle social, conter a corrupção e a má administração e com a ajuda das ferramentas de TI melhorar a transparência e contribuir para a criação de valor público (da Cruz & Marques, 2016).

Este trabalho contribui para o conhecimento científico realizando um *checklist* do cumprimento da LC nº 141/2012 na gestão da saúde pública nos 27 estados brasileiros e a partir dos resultados apresentados no *checklist*, é possível confirmar parcialmente a hipótese de que os gestores publicam as informações referentes a prestação de contas com saúde pública cumprindo a legislação vigente, quanto a responsabilização (*accountability*) e transparência.

Os resultados corroboram com as discussões apresentadas no referencial teórico e contribui empiricamente demonstrando que há relação entre transparência e boa governança na gestão da saúde pública, auxiliando no controle, na transparência, na prestação de contas e na responsabilização dos agentes públicos, devendo ser considerada uma variável essencial para estudos voltados ao controle social e ao monitoramento das informações pelos cidadãos, minimizando comportamentos oportunistas de alguns agentes.

E podem servir como referência para os gestores de saúde e os órgãos de controle com a finalidade de melhorar a qualidade da informação disponibilizada. A atuação dos CES é limitada, embora seja o representante da sociedade na gestão da saúde pública, pouco se manifestam para fazer proposições e influenciar as decisões e a transparência das ações são incipientes (Bardal & Torres, 2020) conforme verificado nos resultados apontados na pesquisa.

Uma avaliação abrangente da governança pode permitir que os formuladores de políticas priorizem soluções para os problemas identificados, além de replicar e ampliar exemplos de boas práticas. A governança do sistema de saúde é uma das agendas negligenciadas na pesquisa em sistemas de saúde. Atualmente, faltam evidências sobre como a governança pode e é avaliada nos níveis nacional e subnacional (Hathaway, & Franklin, 2019).

Este estudo não propõe esgotar a discussão nem apresentar conclusões definitivas sobre *accountability* e teoria da agência na saúde pública, porém pode ampliar e subsidiar reflexões sobre o tema. Quanto à limitação da pesquisa, ressaltamos o déficit de *accountability* e os desafios para implementação dos critérios da LC nº 141/2012 que por dificuldades operacionais, falta de priorização ou vontade política, deixam de ser implementados. Como sugestão para pesquisas futuras, ampliar a discussão sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- Alcaraz-Quiles, F. J., Urquia-Grande, E., Muñoz-Colomina, C. I., & Rautiainen, A. (2018). E-government implementation: transparency, accessibility and usability of government websites. In *International E-Government Development* (pp. 291-306). Palgrave Macmillan, Cham. Recuperado em 16 janeiro, 2020, de https://scihub.tw/10.1007/978-3-319-63284-1_12
- Alves, M. S. D. (2012). Do sigilo ao acesso: análise tópica da mudança de cultura. *Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais*, 30, 120-134. Recuperado em 17 de setembro, 2019, de <http://revista1.tce.mg.gov.br/Content/Upload/Materia/1683.pdf>
- Alves, J. A. (2019). Coletânea Direito à saúde: boas práticas e diálogos institucionais. *Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário*, 8(3), 206-213. Recuperado em 20 de janeiro, 2021, de <http://200.130.11.40/ciads2/index.php/cadernos/article/view/560>
- Andreula, N., Chong, A. e Guillen, JB (2009). Institutional Quality and Fiscal Transparency. Recuperado em 16 janeiro, 2020, de https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1817228
- Arruda, C. E. G. (2016) TRANSPARÊNCIA SUBNACIONAL: um estudo das variáveis determinantes para o atendimento da lei de acesso à informação nos municípios brasileiros. Recuperado em 16 outubro, 2019, de <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/16064/TRANSPAR%C3%84NCIA%20SUBNACIONAL-%20um%20estudo%20das%20vari%C3%A1veis%20determinantes%20para%20o%20atendimento%20da%20lei%20de%20acesso%20%C3%A0%20informa%C3%A7%C3%A3o%20nos%20munic%C3%ADpios%20brasileiros%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Avelino, B. C., da Cunha, J. V. A., de Lima, G. A. S. F., & Colauto, R. D. (2014). Características explicativas do nível de disclosure voluntário de municípios do estado de minas gerais. *Race: revista de administração, contabilidade e economia*, 13(2), 571-608. Recuperado em 17 setembro, 2019, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5160854>
- Barbosa, A. P., Tardivo, C. R. F., & Barbosa, E. C. (2016). Mecanismos de controle da gestão do SUS à Luz da Lei Complementar Nº 141, de 2012. *Administração Pública e Gestão Social*, 66-74. Recuperado em 07 maio, 2020, de <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/4815>
- Barbosa, E. D. S. (2020). Desvinculação de receitas da união e déficit de accountability: um estudo na política pública de saúde no Brasil. Recuperado em 17 abril, 2021, de

https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/38961/1/2020_EliednadeSousaBarbosa.pdf

- Barddal, F. M. E., & Torres, R. L. (2020). Efetividade da participação cidadã nos conselhos municipais de Curitiba. *urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana*, 12. Recuperado em 17 abril, 2021, de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2175-33692020000100203&script=sci_arttext&lng=pt
- Bautista, J. A. y Sepúlveda Reyes, D. A. (enero – junio, 2017). Transparencia del Gasto Fiscal en Colombia. *Science of Human Action*, 2(1), 38-54. Recuperado em 27 setembro, 2019, de https://www.academia.edu/36610850/Transparencia_del_gasto_fiscal_en_Colombia
- Borges, G., & Neto, L. M. (2020). Governança em saúde pública: mecanismos e critérios avaliativos em processos de participação cidadã. *Desenvolve Revista de Gestão do Unilasalle*, 9(3), 27-44. Recuperado em 01 fevereiro, 2020, de <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/desenvolve>
- Brasil. Lei nº. 8.080/1990, de 19 de setembro de 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 19 de setembro de 1990. Recuperado em 05 maio, 2020, de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-atualizada-pl.pdf>
- Brasil. Lei nº. 8.142/1990, de 28 de dezembro de 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 31 de dezembro de 1990. Recuperado em 05 maio, 2020, de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm (saude.gov.br)
- Brasil. Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º 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, 16 de janeiro de 2012. Recuperado em 05 maio, 2020, de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm
- Brasil. Tribunal de Contas da União. Acórdão 2.888/2015. Plenário. Relator: Ministro Augusto Nardes. Sessão 11/11/2015. Recuperado em 25 janeiro, 2020, de <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/avaliacao-da-governanca-da-pactuacao-intergovernamental-no-sistema-unico-de-saude.htm>

- Brinkerhoff, DW, e Bossert, TJ (2014). Governança em saúde: vínculos principal-agente e fortalecimento do sistema de saúde. *Health Policy and Planning*, 29 (6), 685-693. Recuperado em 13 maio, 2020, de <https://academic.oup.com/heapol/article/29/6/685/571477?login=true>
- Castro, C. J., & Silva, G. V. (2017). Boas práticas de governança aplicadas ao setor público: Uma análise na prestação de contas de cinco universidades públicas federais. *Espacios*, 38(17). Recuperado em 17 abril, 2021, de <https://www.revistaespacios.com/a17v38n17/a17v38n17p26.pdf>
- Costa, J. M. B. D. S., Silva, V. D. L., Samico, I. C., & Cesse, E. Â. P. (2015). Desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina: uma revisão sistemática. *Saúde em Debate*, 39, 307-319. Recuperado em 15 maio, 2020, de <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39nspe/307-319/pt>
- da Cruz, NF, Tavares, AF, Marques, RC, Jorge, S. e Sousa, L. (2016). Measuring local government transparency *Public Management Review*, 18 (6), 866-893. Recuperado em 06 janeiro, 2020, de http://eprints.lse.ac.uk/62312/1/_lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_lib_file_shared_repository_Content_Da%20Cruz%2C%20N%20F_Measuring%20local%20government_Da%20Cruz_Measuring%20local%20government_2015.pdf
- El-Berry, N. A. M. (2020). Fiscal transparency and government expenditure efficiency: not just about disclosure?. Recuperado em 26 novembro, 2019, de <https://pdfs.semanticscholar.org/76e5/9775bda6f5420b9e9811a6b9e648a7444a56.pdf>
- Felizardo, A. D. O. (2020). *A Ação de Fiscalização Prévia do Tribunal de Contas* (Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra). Recuperado em 17 abril, 2021, de https://eg.uc.pt/bitstream/10316/92713/1/Dissertação_AndreiaFelizardo.pdf
- Freire, F. S. (2004). Indicadores Financeiros e Índice de Gestão Fiscal dos Estados Brasileiros: Ranking das Melhores Práticas Administrativas. *XI Congresso Brasileiro de Custos – Porto Seguro, BA, Brasil, 27 a 30 de outubro de 2004*. Recuperado em 04 outubro, 2019, de <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/2275>.
- Fryatt R, Bennett S, Soucat A. Health sector governance: should we be investing more? *BMJ Glob Health*. 2017; 2 (2): e000343. Recuperado em 13 maio, 2020, de <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/2/2/e000343.full.pdf>
- Figueiredo, V. S.; Santos, W. J. L. Transparência e controle social na administração pública. *Temas de Administração Pública*, v. 8, n. 1, 2013. Recuperado em 14 janeiro, 2020, de <https://www.fclar.unesp.br/Home/Departamentos/AdministracaoPublica/RevistaTemasdeAdministracaoPublica/vanuza-da-silva-figueiredo.pdf>

- Filgueiras Sauerbronn, F. (2017). Governança Pública em Saúde Pós-Reforma Gerencial no Brasil: Reconciliando Perspectivas para uma Análise Multinível. *Administração Pública e Gestão Social*, 9(3). Recuperado em 20 janeiro, 2021, de <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/5154>
- Grossi, A. P., & Gomes, C. P. D. B. (2015). A atuação do ministério público na fiscalização dos recursos da saúde pública: improbidade administrativa do gestor de saúde. Recuperado em 20, abril, 2021, de www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/RDAdmCont_n.21.03.PDF
- Guillamón, M. D., Bastida, F., & Benito, B. (2011). The determinants of local government's financial transparency. *Local Government Studies*, 37(4), 391-406. Recuperado em 16 janeiro, 2020, de <https://scihub.tw/10.1080/03003930.2011.588704>
- Harrison, T. M., & Sayogo, D. S. (2014). Transparency, participation, and accountability practices in open government: A comparative study. *Government Information Quarterly*, 31(4), 513-525. Recuperado em 10, fevereiro, 2020, de <http://dx.doi.org/10.1016/j.giq.2014.08.002>
- Hathaway, A., Bourdeaux, C., & Franklin, E. (2019). *Fiscal Transparency and Accountability* (No. cslf1912). Andrew Young School of Policy Studies, Georgia State University. Recuperado em 04 setembro, 2019, de <https://cslf.gsu.edu/files/2019/05/cslf1912.pdf>
- Kosack, S., & Fung, A. (2014). Does Transparency Improve Governance?. *The Annual Review of Political Science*, 17, 65-87. Recuperado em 13 maio, 2020, de <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-polisci-032210-144356>
- Lange, C. S. R. (2018). A função de fiscalização do legislativo sobre a prestação de contas do executivo municipal: uma análise dos instrumentos utilizados para o controle externo a partir do estudo de caso em Sinimbu. Recuperado em 17 abril, 2021, <https://de.repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/2165>
- Leite Filho, G. A., Colares, A. F. V., & Andrade, I. C. F. (2015). Transparência da Gestão Fiscal Pública: um estudo a partir dos portais eletrônicos dos maiores municípios do estado de Minas Gerais. *Contabilidade Vista & Revista*, 26(2), 114-136. Recuperado em 18 setembro, 2019, de <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/contabilidadevistaerevista/article/view/2647>
- Miwa, M. J., Serapioni, M., & Ventura, C. A. A. (2017). A presença invisível dos conselhos locais de saúde. *Saúde e Sociedade*, 26, 411-423. Recuperado em 20 janeiro, 2021, de <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n2/411-423/pt/>
- Moita, G. F., dos Reis Raposo, V. M., & Barbosa, A. C. Q. (2020). A construção de um modelo de avaliação por profissionais e gestores de saúde: validação e consolidação de dimensões e indicadores de performance em serviços e unidades

de saúde do SUS. *Revista do Serviço Público*, 71(3), 540-581. Recuperado em 17 abril, 2021, de <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/3955>

Navarro-Galera, A., Alcaraz-Quiles, F., & Ortiz-Rodriguez, D. (2018). Enhancing Sustainability Transparency in Local Governments—An Empirical Research in Europe. *Sustainability*, 10(7), 2161. Recuperado em 15 janeiro, 2020, de <https://www.mdpi.com/2071-1050/10/7/2161>

Nogueira, S. P., Freitas, I., & Ribeiro, N. A. (2017). Determinantes da transparência na gestão pública dos municípios portugueses. *XXVII Jornadas Hispano-Lusas de Gestión Científica “Localización y dinámicas competitivas en entorno global”*. Recuperado em 18 setembro, 2019, de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/14007>

Pereira, J. M. (2018). Democracia, transparência e corrupção no Brasil. *GIGAPP Estudios Working Papers*, 5(91-97), 263-289. Recuperado em 15 janeiro, 2020, de <http://www.gigapp.org/ewp/index.php/GIGAPP-EWP/article/view/106/125>

Pyone, T., Smith, H. & van den Broek, N. (2017). Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. *Health Policy and Planning*, 32 (5), 710-722. Recuperado em 13 maio, 2020, de <https://academic.oup.com/heapol/article/32/5/710/3061529>

Reis, A. D. O., Ferreira, M. A. M., & Ferreira, M. A. S. (2015). Análise dos fatores determinantes da transparência orçamentária pública em nível nacional. In *XV Congresso USP de Controladoria e Contabilidade, São Paulo, SP, Brasil*. Recuperado em 03 março, 2020, de <https://congressousp.fipecafi.org/anais/artigos152015/74.pdf>

Ribeiro, N., Nogueira, S., & Freitas, I. (2017). Transparency in Portuguese Local Government: A Study of its Determinants. *European Financial and Accounting Journal*, 12 (3), 191-202. Recuperado em 06 janeiro, 2020, de <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/187721/1/1019237937.pdf>

Sá-Silva, J. R., de Almeida, C. D., & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista brasileira de história & ciências sociais*, 1(1). Recuperado em 11 fevereiro, 2020, de <https://www.scrip.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=92978>

Scriven, M. (2000). The Logic and Metodology of checklists. *Интернет-ресурсы* http://www.wmich.edu/evalctr/checklists/papers/logic&methodology_dec07.pdf. Recuperado em 06 dezembro, 2020, de <https://www.semanticscholar.org/paper/THE-LOGIC-AND-METHODOLOGY-OF-CHECKLISTS-Scriven/263b77fec3e3bb7d3298399b4672b5ebf1c2c1ab>

Silva, J. N. (2018). Accountability e Teoria da Agência no setor público: análise dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais. Recuperado em 17 abril,

2020, de
<https://www.locus.ufv.br/bitstream/123456789/20943/1/texto%20completo.pdf>

Sol,

D.A. The institutional, economic and social determinants of local government transparency. *Journal of Economic Policy Reform*, v. 16, n. 1, p. 90-107, 2013. Recuperado em 16 janeiro, 2020, de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a91fff66-ce9d-4965-b9dc-84aeec0dc50%40sessionmgr102>

Sun, S., & Andrews, R. (2020). The determinants of fiscal transparency in Chinese city-level governments. *Local Government Studies*, 46 (1) 44-67. Recuperado em 16 janeiro, 2020, de https://www.researchgate.net/publication/332701996_The_determinants_of_fiscal_transparency_in_Chinese_city-level_governments/link/5cd860a0a6fdccc9dda69f6a/download

Tejedo-Romero, F., & de Araujo, J.F.F.E (2018). Determinants of local governments' transparency in times of crisis: evidence from municipality-level panel data. *Administration & Society*, 50 (4), 527–554. Recuperado em 06 janeiro, 2020, de <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0095399715607288>

Tekeng, Y. M. T., & Sharaf, M. F. (2015). Fiscal Transparency, Measurement and Determinants: Evidence from 27 Developing Countries. *Journal of Economics and Political Economy*, 2(1), 69-91. Recuperado em 08 setembro, 2019, de https://www.researchgate.net/profile/Mesbah_Sharaf2/publication/304014594_Fiscal_Transparency_Measurement_and_Determinants_Evidence_from_27_Developing_Countries/links/5763206108ae9964a16ba6d9.pdf

Teixeira, H. V., & Teixeira, M. G. (2003). Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 379-391. Recuperado em 20, abril, 2020, de <https://www.scielo.org/pdf/csc/2003.v8n2/379-391/pt>

Vian, T. (2020). Anti-corruption, transparency and accountability in health: concepts, frameworks, and approaches. *Ação Global em Saúde*, 13 (sup1), 1694744. Recuperado em 05 maio, 2020, de <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/16549716.2019.1694744?needAccess=true>

Wright, G. A. Análise dos fatores determinantes da transparência fiscal ativa nos municípios brasileiros. 2013. 123 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) Programa Multiinstitucional e Inter-regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Universidade de Brasília/UFPB/UFRN, João Pessoa, 2013. Recuperado em 09 dezembro 2019, de <https://repositorio.unb.br/handle/10482/15095>

APÊNDICE A - DESCRIÇÃO COMPLETA DO *CHECKLIST*

Categoria	Descrição	Cumpriu (2)	Cumpriu parcialmente (1)	Não cumpriu (0)
TRANSPARÊNCIA	Publicar as prestações de contas em meio eletrônico, dos Relatórios de Gestão do SUS – RAG's			
	Divulgar realização de audiências públicas para elaboração do Plano de Saúde			
	Ser dada ampla divulgação ao parecer do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS - o RAG - inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos artigos 56 e 57 da Lei Complementar nº 101/2000, que tratam da prestação de contas dos chefes do Poder Executivo aos Tribunais de Contas, e dos prazos para os pareceres.			

Categoria	Procedimento	Cumpriu (2)	Cumpriu parcialmente (1)	Não cumpriu (0)
PRESTAÇÃO DE CONTAS	Registrar na contabilidade as informações referentes a saúde em conta específica;			
	A cada 4 meses os gestores deverão elaborar relatório que indique montante e fonte dos recursos, auditorias realizadas, oferta e produção na rede assistencial e indicadores de saúde – conforme padronização a ser apresentada pelo CNS;			
	A prestação de contas apresentará os dados do RREO – que será publicado a cada 2 meses - e constará dos balanços do poder executivo;			
	O Relatório de gestão será enviado ao Conselho de Saúde, até 30.03 de cada ano, para emissão de parecer conclusivo sobre o cumprimento das normas da LC;			
	A programação anual também deverá ser aprovada pelo Conselho de Saúde antes do encaminhamento da LDO de forma a verificar a “obediência” à priorização indicada no artigo 30 §4º da LC;			
	O SIOPS deverá ser obrigatoriamente preenchido a cada ano			

	Nos meses de maio, setembro e fevereiro deverá ser realizada audiência pública em Casa Legislativa (2 meses = RREO); 4 meses RREO + RREO = compõem o Relatório detalhado (CNS)/Audiência Pública; Relatório detalhado x 3 = compõem o Relatório de Gestão)			
--	--	--	--	--

Categoria	Procedimento	Cumpriu (2)	Cumpriu parcialmente (1)	Não cumpriu (0)
FISCALIZAÇÃO	TRIBUNAL DE CONTAS: aferirão o cumprimento da LC 101/00, art.198 da CF e LC 141/12;			
	PODER LEGISLATIVO: fiscalizará: - Plano de Saúde Plurianual; - cumprimento das metas estabelecidas na LDO; - aplicação dos recursos; - transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; - aplicação dos recursos vinculados ao SUS; - destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à Saúde;			
	MINISTÉRIO DA SAÚDE: por meio de sistema eletrônico (SIOPS) que tenha informações sobre orçamentos, execução e acesso público às informações;			
	CONSELHOS DE SAÚDE: avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução da LC 141/2012;			
	AUDITORIA: Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento da LC 141/2012;			

Fonte: Base Legal - Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. CAPÍTULO IV - Art. 31 – I, II, III e Parágrafo Único; Arts. 32 a 42. Elaborada pela autora.

APÊNDICE B - CLASSIFICAÇÃO DOS ESTADOS E POR REGIÃO – 2015

POSICÃO	UF	NOTA	TRANSPARÊNCIA	ACCOUNTABILITY	FISCALIZAÇÃO
1	PE	30	6	14	10
2	PR	29	6	14	9
3	PA	26	4	12	10
4	MG	25	6	13	6
5	ES	24	4	12	8
6	MS	24	4	11	9
7	SP	24	4	10	10
8	TO	22	4	10	8
9	BA	22	2	12	8
10	MT	22	4	9	9
11	CE	21	4	10	7
12	GO	20	4	8	8
13	AL	18	4	7	7
14	AM	17	3	6	8
15	DF	17	2	9	6
16	PB	17	3	10	4
17	RO	16	2	8	6
18	SC	16	2	8	6
19	RJ	15	1	10	4
20	RS	14	4	8	2
21	AC	14	2	8	4
22	MA	14	2	6	6
23	SE	13	2	8	3
24	RR	10	2	5	3
25	RN	9	0	6	3
26	AP	8	0	6	2
27	PI	8	0	6	2

	Nota	Transparência	Accountability	Fiscalização
MÉDIA GERAL	18,3	3,0	9,1	6,2
MÉDIA SUDESTE	22,0	3,8	11,3	7,0
MÉDIA SUL	19,7	4,0	10,0	5,7
MÉDIA NORDESTE	16,9	2,6	8,8	5,6
MÉDIA NORTE	16,1	2,4	7,9	5,9
MÉDIA CENTRO-OESTE	20,8	3,5	9,3	8,0

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

APÊNDICE C - CLASSIFICAÇÃO DOS ESTADOS E POR REGIÃO – 2016

POSIÇÃO	UF	NOTA	TRANSPARÊNCIA	ACCOUNTABILITY	FISCALIZAÇÃO
1	PR	30	6	14	10
2	PE	27	6	12	9
3	PA	26	4	13	9
4	TO	25	4	13	8
5	ES	24	4	12	8
6	MS	24	4	12	8
7	GO	24	2	14	8
8	AM	22	4	10	8
9	BA	21	1	14	6
10	MT	20	2	11	7
11	SC	19	4	7	8
12	RJ	19	3	10	6
13	SP	18	3	11	4
14	CE	18	4	10	4
15	AC	16	4	8	4
16	MG	16	2	8	6
17	AL	16	2	6	8
18	PB	15	4	7	4
19	RS	14	4	8	2
20	SE	14	2	5	7
21	AP	14	2	8	4
22	MA	12	2	8	2
23	RN	12	2	8	2
24	DF	10	0	6	4
25	PI	8	0	6	2
26	RR	8	0	6	2
27	RO	7	0	3	4

	NOTA	TRANSPARÊNCIA	ACCOUNTABILITY	FISCALIZAÇÃO
MÉDIA GERAL	17,7	2,8	9,3	5,7
MÉDIA SUDESTE	19,3	3,0	10,3	6,0
MÉDIA SUL	21,0	4,7	9,7	6,7
MÉDIA NORDESTE	15,9	2,6	8,4	4,9
MÉDIA NORTE	16,9	2,6	8,7	5,6
MÉDIA CENTRO-OESTE	19,5	2,0	10,8	6,8

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

APÊNDICE D - CLASSIFICAÇÃO DOS ESTADOS E POR REGIÃO – 2017

POSIÇÃO	UF	NOTA	TRANSPARÊNCIA	ACCOUNTABILITY	FISCALIZAÇÃO
1	PR	29	6	14	9
2	PE	29	6	14	9
3	MS	24	2	14	8
4	ES	24	2	13	9
5	SC	24	4	12	8
6	RJ	23	4	11	8
7	MT	23	4	11	8
8	SP	22	4	10	8
9	GO	22	4	12	6
10	BA	21	2	11	8
11	PA	20	4	10	6
12	CE	20	4	11	5
13	TO	19	4	10	5
14	AL	18	4	10	4
15	AM	17	2	9	6
16	PB	16	4	9	3
17	SE	15	3	7	5
18	AC	14	1	8	5
19	MA	14	2	8	4
20	RN	14	2	8	4
21	PI	14	2	6	6
22	AP	12	0	8	4
23	RO	12	2	3	7
24	RS	10	0	8	2
25	RR	8	0	5	3
26	DF	8	0	6	2
27	MG	6	0	4	2

	NOTA	TRANSPARÊNCIA	ACCOUNTABILITY	FISCALIZAÇÃO
MÉDIA GERAL	17,7	2,7	9,3	5,7
MÉDIA SUDESTE	18,8	2,5	9,5	6,8
MÉDIA SUL	21,0	3,3	11,3	6,3
MÉDIA NORDESTE	17,9	3,2	9,3	5,3
MÉDIA NORTE	14,6	1,9	7,6	5,1
MÉDIA CENTRO-OESTE	19,3	2,5	10,8	6,0

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

APÊNDICE E - CLASSIFICAÇÃO DOS ESTADOS E POR REGIÃO – 2018

POSIÇÃO	UF	NOTA	TRANSPARÊNCIA	ACCOUNTABILITY	FISCALIZAÇÃO
1	PE	30	6	14	10
2	ES	26	4	12	10
3	PR	26	6	10	10
4	TO	24	2	13	9
5	MS	23	4	12	7
6	RJ	23	5	10	8
7	BA	22	4	10	8
8	MT	22	4	11	7
9	AL	22	4	12	6
11	SC	21	4	10	7
10	GO	19	2	9	8
12	AM	18	2	10	6
13	CE	17	3	9	5
14	RR	17	3	10	4
15	AP	16	4	10	2
16	RS	16	2	8	6
18	PI	16	2	8	6
17	SP	15	4	8	3
19	MG	14	2	7	5
20	PA	14	2	8	4
21	PB	12	2	6	4
22	RN	12	2	8	2
23	RO	12	2	5	5
24	SE	12	2	6	4
25	DF	8	0	6	2
26	MA	8	0	8	0
27	AC	2	0	2	0

	NOTA	TRANSPARÊNCIA	ACCOUNTABILITY	FISCALIZAÇÃO
MÉDIA GERAL	17,3	2,9	9,0	5,5
MÉDIA SUDESTE	19,5	3,8	9,3	6,5
MÉDIA SUL	21,0	4,0	9,3	7,7
MÉDIA NORDESTE	16,8	2,8	9,0	5,0
MÉDIA NORTE	14,7	2,1	8,3	4,3
MÉDIA CENTRO-OESTE	18,0	2,5	9,5	6,0

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

APÊNDICE F - CLASSIFICAÇÃO DOS ESTADOS E POR REGIÃO – 2015 A 2018 (TOTAL)

POSIÇÃO	UF	NOTA	TRANSPARÊNCIA	ACCOUNTABILITY	FISCALIZAÇÃO
1	PE	29,0	6,0	13,5	9,5
2	PR	28,5	6,0	13,0	9,5
3	AL	27,8	5,5	13,0	9,3
4	AM	25,5	4,0	12,3	9,3
5	ES	24,8	3,5	12,3	9,0
6	AP	24,3	3,0	12,5	8,8
7	DF	23,3	3,5	11,3	8,5
8	GO	21,8	2,8	12,5	6,5
9	PA	21,8	3,0	11,0	7,8
10	BA	21,5	2,3	11,8	7,5
11	MA	21,0	3,0	10,3	7,8
12	RJ	20,0	3,3	10,3	6,5
13	MG	19,8	3,5	9,0	7,3
14	MS	19,3	3,3	9,8	6,3
15	CE	19,0	2,3	10,0	5,3
16	MT	18,0	3,5	9,3	5,3
17	PB	16,5	3,0	9,0	4,5
18	RN	14,0	2,5	7,3	4,3
19	RO	13,5	2,0	7,0	4,5
20	RR	13,5	2,0	7,0	4,5
21	RS	12,3	2,0	6,0	4,3
22	PI	11,5	1,0	6,5	4,0
23	AC	11,5	6,0	14,0	9,8
24	SC	10,5	1,0	6,3	3,3
25	SE	8,3	0,0	5,8	2,5
26	SP	8,0	0,0	6,5	1,5
27	TO	5,8	0,0	3,8	2,0

	NOTA	TRANSPARÊNCIA	ACCOUNTABILITY	FISCALIZAÇÃO
MÉDIA GERAL	18,2	2,9	9,6	6,3
MÉDIA SUDESTE	18,1	2,6	9,5	6,1
MÉDIA SUL	17,1	3,0	8,4	5,7
MÉDIA NORDESTE	18,7	2,8	9,7	6,1
MÉDIA NORTE	16,5	2,9	9,6	6,6
MÉDIA CENTRO-OESTE	20,6	3,3	10,7	6,6

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora