

Gabriel Machado da Costa Barros¹
Célio da Costa Barros²

HÁ ACCOUNTABILITY E TRANSPARÊNCIA NOS CONSELHOS ESTADUAIS DE SAÚDE DO BRASIL?

*Is there accountability and transparency in
Brazilian State Health Councils?*

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Laboratório de Inovação em Saúde. Natal/RN, Brasil.

²Tribunal de Contas da União. Natal/RN, Brasil.

Correspondência: Célio da Costa Barros. E-mail: celiocb@tcu.gov.br

Recebido em: 25/05/2020. Revisado: 09/12/2020. Aprovado: 25/02/2021.

RESUMO

A informação sob a guarda do Estado é, via de regra, pública. Mais de 17,5 milhões de cidadãos acessaram em 2019 o Portal da Transparência. Esta pesquisa teve como objetivo verificar, por meio da auditoria do Tribunal de Contas da União – Acórdão 1.130/2017-Plenário, os níveis em que se encontram as dimensões de *accountability* e transparência dos conselhos estaduais de saúde no Brasil. Estudo transversal do tipo descritivo, com abordagem quali-quantitativa, realizado a partir de revisão bibliográfica sobre governança em saúde na visão dos órgãos de controle, foi executado por meio de levantamento (ferramenta *LimeSurvey*) de abrangência nacional, envolvendo os 27 conselhos estaduais de saúde brasileiros. Os resultados revelaram que 67% dos conselhos estaduais de saúde não ofertam a transparência adequadamente e, destes, seis não realizam nenhum tipo de transparência; 37% não prestam contas (*accountability*) da implementação e dos resultados do plano estadual de saúde; 52% não apuram as irregularidades praticadas pelas secretarias estaduais de saúde nem promovem a responsabilização; apenas 4% ofertam transparência com maturidade aprimorada; e 7% possuem *accountability* aprimorada tanto para prestar contas da implementação e dos resultados do plano estadual de saúde como para garantir a responsabilização por irregularidades comprovadas. Concluiu-se que a atuação dos conselhos estaduais de saúde em relação à transparência e à *accountability* dificulta o acesso às informações públicas de saúde, favorece a corrupção, não aperfeiçoa a gestão pública e não estimula a participação popular e o controle social, o que nos distancia do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: “Saúde e Bem-estar: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”.

Palavras-Chave

Accountability; Conselhos Estaduais de Saúde; Transparência.

ABSTRACT

The information under the custody of the State is, as a rule, public. More than 17.5 million citizens accessed the Transparency Porta in 2019. This research aimed to verify, through the audit of the Federal Court of Accounts - Judgment 1.130 / 2017 - Plenary, the levels at which the dimensions of accountability and transparency of the state health councils in Brazil are. Cross-sectional study of a descriptive type, with a quali-quantitative approach, conducted from bibliographic review on health governance in the view of the control organs, was carried out through a survey (*LimeSurvey*® tool) of national scope, involving the 27 Brazilian state health councils. The results revealed that 67% of the state health councils do not provide transparency adequately and, of these, six do not provide any type of transparency; 37% do not provide accountability for the implementation and results of the state health plan; 52% do not investigate the irregularities practiced by the state health secretariats, nor do they promote accountability; only 4% provide transparency with improved maturity; and 7% have improved accountability both for accounting for the implementation and results of the state health plan and for ensuring accountability for proven irregularities. It was concluded that the performance of state health councils in relation to transparency and accountability hinders the access to public health information, favors corruption, does not improve public management, and does not encourage popular participation and social control, which distances us from Sustainable Development Goals-3: “Health and Well-Being: ensure a healthy lives and promote well-being for all, at all ages”.

Keywords

Accountability; State Health Councils; Transparency.

Introdução

Objetivando reduzir os impactos ambientais, sociais e econômicos, a Organização das Nações Unidas (ONU)¹ estabeleceu em 2015 os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a serem atingidos até 2030. Esta pesquisa coaduna com os objetivos 3 e 16, relativos à saúde e ao bem-estar para todos em qualquer idade e ao desenvolvimento de instituições eficazes e transparentes, ampliando e fortalecendo a governança, de forma a garantir a tomada de decisão responsiva, inclusiva, participativa e representativa em todos os níveis da saúde.

Para Boaventura de Souza Santos e Leonardo Avritzer², a democracia participativa deve garantir que os grupos mais vulneráveis socialmente, os setores sociais menos favorecidos e as etnias minoritárias consigam que seus interesses sejam representados no sistema político com a mesma facilidade dos setores majoritários ou economicamente mais prósperos.

Criado em 1937, por meio da Lei n. 378/37³, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) tinha inicialmente a atribuição de assessorar o então Ministério da Educação e Saúde; a Lei n. 8.142/1990⁴ instituiu os conselhos e as conferências de saúde como instrumentos do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) nos quais deve acontecer a participação dos diversos segmentos da sociedade, ao lado do governo, no acompanhamento e na definição de políticas públicas de saúde.

Os conselhos de saúde são hoje uma realidade na estrutura das secretarias de saúde dos municípios (5.570), dos estados (26), do Distrito federal (1) e do governo federal (1)⁵. São órgãos colegiados, permanentes, paritários (pela Lei n. 8.142/1990 e pela Resolução n. 453/2012⁶ do CNS, com composição de 50% de usuários do SUS, 25% de profissionais de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviço) e deliberativos que formulam, supervisionam, avaliam, controlam e propõem políticas públicas, o que efetiva a participação popular na gestão pública, caminho da democracia.

¹ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. *Agenda 2030*. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br>. Acesso em: dez. 2019.

²SANTOS, Boaventura de Souza; AVRITZER, Leonardo. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura de Souza. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 39-82.

³BRASIL. *Lei 378, de 13 de janeiro de 1937*. Dá nova organização ao Ministério da educação e Saúde Pública. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 15 out. 2021.

⁴BRASIL. *Lei 8.142, 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 15 out. 2021.

⁵MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. *Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS*. 2.ed. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2educacao.pdf.

⁶MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. *Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012*. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 15 out. 2021.

Segundo Carneiro⁷, a questão dos conselhos insere-se fundamentalmente na área da governança democrática. Como canais institucionalizados de participação, os conselhos marcam uma reconfiguração das relações entre Estado e sociedade e instituem uma nova modalidade de controle público sobre a ação governamental e, idealmente, de corresponsabilização quanto ao desenho, ao monitoramento e à avaliação de políticas públicas.

O termo “governança” vem sendo utilizado em diversos setores da sociedade, com diferentes significados dependendo da perspectiva de análise. Serpa⁸ registra que o conceito vem se tornando um modismo no meio acadêmico, podendo até ser considerado um “fetiche”. Porém, no entender de Peters⁹, a governança compreende dirigir a economia e a sociedade visando a objetivos coletivos.

O Tribunal de Contas da União (TCU) define governança no setor público como o conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle (LEC) postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse dos cidadãos¹⁰.

A liderança abrange práticas de natureza humana que asseguram a existência das condições mínimas para o exercício da boa governança; a estratégia é como será conduzida o processo de tomada de decisão e os rumos a serem tomados; e o controle é responsável pela execução dos processos com o mínimo de risco, evitando a possibilidade de ocorrência de eventos que venham a ter impacto no cumprimento dos objetivos.

Os mecanismos de LEC possuem componentes que auxiliam na finalidade principal de cada um. O mecanismo de controle divide-se em três componentes: (C1) gestão de riscos e controle e interno; (C2) auditoria interna; e (C3) *accountability* e transparência.

Accountability (responsabilização) consiste em um conjunto de mecanismos e procedimentos que levam os decisores governamentais a prestar contas a seus representados (cidadãos) sobre os resultados de suas ações, gerando transparência e retorno para a coletividade.

⁷CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira. Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização. *Revista de Administração Pública*, v. 36, n. 2, p. 277-292, 2002. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6439/5023>.

⁸SERPA, Selma Maria Hayakawa Cunha. Nota Técnica – Seaud 2/2013 compreendendo os conceitos de governança para controlar. *Revista do Tribunal de Contas da União*, Brasília-DF, v. 45, n. 127, p. 34-47, maio/ago. 2013. Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/88/86>. p. 35.

⁹PETERS, Brainard Guy. O que é governança? *Revista do Tribunal de Contas da União*, Brasília-DF, v. 45, n. 127, p. 28-33, maio/ago. 2013. Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/87/85>.

¹⁰TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU. *Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública e ações indutoras de melhorias*. Brasília-DF: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/FA/B6/EA/85/1CD4671023455957E18818A8/Referencial_basico_governanca_2_edicao.PDF.

Na visão de Castro¹¹, o termo “*accountability*” ainda não possui tradução na língua portuguesa, e muito menos seu sentido tem aplicação no Brasil. Para Campos¹², a evolução de termos para a tradução de *accountability* precisa passar pela reversão do padrão de tutela que tem caracterizado o relacionamento entre governo e sociedade, necessitando de: (i) um despertar dos cidadãos brasileiros para exercer o controle político do governo; (ii) uma remodelagem governamental, tornando o governo descentralizado e transparente ao cidadão; e (iii) que os valores tradicionais que apoiam o “formalismo burocrático” sejam substituídos por valores sociais emergentes. A *accountability* envolve, além do dever e da responsabilidade de prestar contas, o desejo de fazê-lo de forma voluntária.

Pinho e Sacramento¹³, dando continuidade à pesquisa de Campos¹⁴, constatarem que o significado de *accountability* envolve responsabilidade (objetiva e subjetiva), controle, transparência, obrigação de prestação de contas, justificativas para as ações que foram ou deixaram de ser empreendidas, premiação e/ou castigo. Os autores discutem que o Brasil avançou na tradução de *accountability*, mas ainda está longe de construir uma verdadeira cultura de *accountability*, uma vez que alguns termos (tais como sociedade passiva, nepotismo, favoritismo, privilégios para alguns/poucos, falta de participação da sociedade civil, autoritarismo, populismo, crise de credibilidade das instituições, principalmente do Congresso, padrão casuístico dos partidos políticos, troca de votos por cargos públicos etc.) não foram extintos da realidade brasileira, ainda que tenham sofrido certa transfiguração.

Lavalle e Vera¹⁵ registram que *accountability* surge do inconformismo diante das teorias da autorização, procurando tornar mais exigente o conceito de representação ao denunciar as insuficiências de um ato de consentimento único e introduzir a necessidade de controles e sanções contínuos sobre os representantes. Os autores asseveram que *accountability* hoje, oferece o registro normativo para lidar com as exigências de legitimidade nas experiências de representação política extraparlamentar.

Já a transparência está relacionada com a divulgação de toda e qualquer informação, sendo um dos componentes mais importantes da governança por

¹¹ CASTRO, Domingos Poubel de. *Auditoria, contabilidade e controle interno no setor público: integração das áreas do ciclo de gestão: contabilidade, orçamento e auditoria e organização dos controles internos, como suporte à governança corporativa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

¹² CAMPOS, Anna Maria. *Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 30-50, 1990. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/9049/8182>.

¹³ PINHO, José Antonio Gomes de; SACRAMENTO, Ana Rita Silva. *Accountability, já podemos traduzi-la para o português? Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1343-1368, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/g3xgtqkwFJS93RSnHFTsPDN/?format=pdf&lang=pt>.

¹⁴ CAMPOS, Anna Maria. *op. cit.*

¹⁵ LAVALLE, Adrian Gurza; VERA, Ernesto Isunza. A trama da crítica democrática: da participação à representação e à *accountability*. *Lua Nova: revista de cultura e política*, n. 84, p. 95-139, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/JNvRv39NM7DskGzVfMCXTDL/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0102-64452011000300005>.

mostrar à população o que se passa dentro da gestão pública e como estão sendo destinados os recursos públicos, advindos dos tributos arrecadados do povo.

A Lei Complementar n. 141/2012¹⁶, que trata da fiscalização, do controle e da avaliação dos gastos com saúde, introduziu em seus artigos 31 a 42 a palavra “visibilidade”, expressão nova na legislação de controle interno e externo que utiliza a expressão transparência. As ações de transparência são as que visam a publicizar o gasto com a saúde, o que resulta em um clima de confiança tanto interno, nas secretarias de saúde, quanto nas relações de órgãos e entidades com terceiros.

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)¹⁷, a promoção da transparência é um dos elementos que servem para consolidar a *accountability*, pois fornece aos cidadãos as informações necessárias para o desenvolvimento do controle social das políticas públicas, o que estabelece uma relação entre governo e cidadão e estimula uma responsabilidade compartilhada na prestação de serviços públicos.

A Controladoria-Geral da União (CGU) lançou, em novembro de 2004, o Portal da Transparência com o objetivo de assegurar a boa e correta aplicação dos recursos públicos, fato que pode aumentar a transparência da gestão pública ao permitir que o cidadão acompanhe como os recursos públicos transferidos pela União estão sendo utilizados¹⁸. Em 2019, o Portal da Transparência atingiu 17,5 milhões de visitas, número que gerou um total de 84,9 milhões de páginas visualizadas, com média mensal de acessos superior a 1,5 milhão.

A transparência deve permear todas as áreas da gestão pública, mas, na saúde, deve necessariamente estar disponível em tempo real, na mesma velocidade acelerada com que se propagam surtos e epidemias. Assim, seremos capazes de adotar medidas corretivas que contribuam para garantir melhores resultados a custos mais baixos para as políticas públicas.

A Lei n. 8.142/1990¹⁹ estabelece que um dos requisitos para cada estado receber os recursos do SUS é possuir um Conselho Estadual de Saúde (CES), órgão colegiado com composição paritário (de acordo com o Decreto 5.839/200621), de

¹⁶BRASIL. *Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 15 out. 2021.

¹⁷ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO - OCDE. *OECD Economic Surveys: Brazil 2011*. Avaliação da OCDE sobre o sistema de integridade da administração pública. OECD Publishing. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-brazil-2011_eco_surveys-bra-2011-en. https://doi.org/10.1787/eco_surveys-bra-2011-en, 2011.

¹⁸CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO - CGU. Brasil Transparente. *Guia de implantação de portal da transparência*. 1. ed. Brasília-DF: Controladoria-Geral da União – CGU, 2013. Disponível em: https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/transparencia-publica/brasil-transparente/arquivos/guia_portaltransparencia.pdf.

¹⁹BRASIL. *Decreto n. 5.839, de 11 de julho de 2006*. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5839.htm. Acesso em: 15 out. 2021.

caráter permanente e deliberativo, que assuma o papel de guardião dos princípios e valores. Os conselhos estaduais ficam responsáveis pela fiscalização da prestação de contas (*accountability*) da gestão da saúde.

Aith²⁰ adota uma concepção decisionista da teoria do direito e defende que as decisões estatais em saúde – ou seja, as decisões tomadas por “agentes públicos, no exercício de suas funções estatais específicas” – devem ser respaldadas por ampla participação do povo no processo democrático, de modo a permitir a permeabilidade de todas as decisões estatais (administrativas, legislativas e judiciárias) à vontade popular.

Na visão de Carneiro²¹, os conselhos constituem experiências de inovação institucional que acenam para a ampliação dos espaços de deliberação pública, apontando para uma nova forma de atuação de instrumentos de *accountability* social, com os quais a sociedade ganha a capacidade de colocar tópicos na agenda pública, de controlar seu desenvolvimento e de monitorar processos de implementação de políticas e direitos graças à institucionalidade híbrida – os conselhos estaduais de saúde são compostos de representantes do governo (Estado) e da sociedade civil (usuário do SUS).

Nesse contexto, emerge a seguinte questão-problema: há *accountability* e transparência nos CES no Brasil? O objetivo desta pesquisa foi verificar os níveis e estágios em que se encontram os CES nas dimensões de *accountability* e transparência da saúde pública do Brasil.

A relevância desta pesquisa é conhecer a transparência e a *accountability* dos CES em suas funções de avaliar, direcionar e monitorar a gestão do SUS com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade, além de fomentar a divulgação do tema da governança e identificar pontos de vulnerabilidade, induzindo melhorias.

Metodologia

Estudo transversal do tipo descritivo, com abordagem quali-quantitativa, realizado a partir de revisão bibliográfica sobre governança em saúde na visão dos órgãos de controle. O levantamento foi executado com a ferramenta *LimeSurvey*, com abrangência nacional envolvendo todos os 27 CES brasileiros (universo da pesquisa), sendo 26 dos estados e um do Distrito Federal.

O TCU realizou auditoria nacional relativa ao período de 2015 a 2018, em conjunto com o Instituto Rui Barbosa, a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon) e mais 26 tribunais de contas de estados/municípios; um dos autores desta pesquisa participou efetivamente dessa auditoria, contribuindo na

²⁰AITH, Fernando. *Direito à saúde e democracia sanitária*. São Paulo: Quartier Latin, 2017.

²¹CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira. *op. cit.*

elaboração do questionário de governança e gestão em saúde (ciclo 2016-2017) e na fase da execução nos estados do Ceará e Acre, aplicando os instrumentos de coleta de dados, bem como dado suporte às dúvidas e à verificação da comprovação das informações (Acórdão do TCU 1.130/2017)²².

Nesta pesquisa, adaptou-se parte da auditoria a uma modelagem de artigo científico; construiu-se a introdução; incluiu-se pesquisadores, trazendo uma visão acadêmica; formulou-se a questão-problema e a relevância; coletou-se dados de fontes secundárias (*Desk Research*) e do Acórdão do TCU 1.130/2017; elaborou-se a discussão com reflexões de pesquisadores das áreas da saúde pública e controle; e, por fim, acrescentou-se reflexões próprias dos autores deste trabalho e elaborou-se as considerações finais.

O questionário foi o instrumento utilizado para a coleta de informações, sendo realizado por meio de autoavaliação de controles (do inglês, *Control Self Assessment – CSA*), que consiste num processo em que os próprios gestores avaliam seus controles (no caso, suas práticas de governança e de gestão em saúde). Em um processo de CSA, o papel típico da auditoria é o de facilitador do processo. Na auditoria, as equipes do TCU e dos tribunais de contas coordenaram a elaboração do instrumento de autoavaliação; orientaram sobre como esta autoavaliação deveria ser realizada; coletaram, por meio de questionário eletrônico, dados dos resultados da autoavaliação das diversas organizações; analisaram esses dados, efetuando comparações entre as organizações (*benchmarking*); identificaram pontos que merecem atenção e enviará relatórios individualizados devolutivos (*feedback*), os quais permitirão que as organizações planejem as melhorias que considerem mais relevantes diante de suas necessidades e realidade.

O questionário de governança em saúde foi elaborado com base no Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública²³, nas normas relacionadas ao SUS, em revisão bibliográfica, reuniões, grupos focais e painéis de referência.

O questionário apresenta os três mecanismos de governança pública dispostos no RBG. Cada um desses mecanismos foi segregado em componentes (L: quatro componentes; E: três componentes; C: três componentes). Cada componente foi desdobrado em práticas, que, por sua vez, foram desdobradas em itens de controle (as assertivas que deveriam ser respondidas). Assim, o atendimento a uma determinada prática foi mensurado conforme as respostas dadas ao conjunto de itens de controle que a representa.

²²TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO – TCU. *Acórdão n. 1.130/2017* – Plenário. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/redireciona/acordao-completo/%22ACORDAO-COMPLETO-2246357%22>. Acesso em: 15 out. 2021.

²³TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU. *Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública e ações indutoras de melhorias*, cit.

Há *accountability* e transparência nos Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil?

Foram elaboradas seis versões de questionário *on-line* – CES, conselhos municipais de saúde (CMS), secretarias estaduais de saúde (SES), secretarias municipais de saúde (SMS), secretarias municipais de saúde com média e alta complexidade (SMS-MAC) e Comissão Bipartite (BIP) –, totalizando 632 itens investigados. Foi utilizada parte do questionário modelo único de governança em saúde, usando 15 dos 78 itens de controle de governança pública que o compõem. Esses 15 itens são relativos ao mecanismo de Controle (C), em seu componente *accountability* e transparência (C3), com os subcomponentes que podem ser observados no Quadro 1 (itens detalhados nos quadros 2, 3 e 4). Esta versão reduzida do questionário foi aplicada aos 27 CES, entendidos como instância máxima de governança na saúde.

Quadro 1. Itens avaliados e analisados na pesquisa

C3. <i>Accountability</i> e transparência
C3.1. Dar transparência às partes interessadas, admitindo-se o sigilo como exceção, nos termos da lei.
C3.2. Prestar contas da implementação e dos resultados do Plano Estadual de Saúde.
C3.3. Avaliar a imagem da organização e a satisfação das partes interessadas com seus serviços e produtos*
C3.4. Garantir que sejam apurados, de ofício, indícios de irregularidades, promovendo a responsabilização em caso de comprovação.

Elaboração: autores

Fonte: adaptado do “Guia de Governança e Gestão em Saúde – Aplicável a Secretarias e Conselhos de Saúde²⁴”, 2020

Nota: *Excluído da pesquisa, uma vez que trata da percepção de terceiros.

Como categorias de resposta, têm-se:

Quadro 2. Categorização/classificação dos itens avaliados

Categorias	Definição
a. Não atende porque há impossibilidade legal de adotá-lo	Quando não é praticado por haver impossibilidade legal de adotá-lo, isto é, há legislação que veda que o controle seja implantado (neste caso, será obrigatório informar o dispositivo normativo em campo próprio).
b. Não atende porque o custo-benefício é desfavorável	Quando não é praticado tendo em vista que o custo-benefício é desfavorável, isto é, o custo de implantação do controle supera os benefícios esperados com sua implantação (esta opção só deve ser escolhida caso tenha sido realizada uma análise de custo-benefício, o que geralmente requer uma avaliação de riscos).

Continua

²⁴TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU. *Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde*. Brasília-DF: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/0A/52/94/E4/5F3F561019190A56E18818A8/GUIA%20GOVERNANCA%20EM%20SAUDE_WEB.PDF.

Continuação

Categorias	Definição
c. Não atende	Quando o item de controle não é praticado, e a organização não está nas situações “a” nem “b”.
d. Decidiu adotá-lo	Quando o item de controle não é praticado, mas houve uma decisão formal de adotá-lo, podendo ou não ter realizado ações que visassem à implantação do controle.
e. Atende em menor parte	Quando o item de controle tem sido adotado/executado em “pequena medida*”.
f. Atende em parte	Quando o item de controle tem sido adotado/executado “de forma mediana*”.
g. Atende em grande parte ou totalmente	Quando o item de controle tem sido adotado/executado em “grande medida*”. Se a resposta ao item for “atende em menor parte”, “atende em parte” ou “atende em grande parte ou totalmente”, são apresentadas duas questões adicionais para aferir o nível de formalização e de eficácia do item abordado. <ul style="list-style-type: none"> • <u>Este item está formalizado</u>: deve ser assinalado somente quando existe documento formal que define o item de controle e atribui responsabilidade e periodicidade de execução (neste caso, é necessário registrar qual documento formaliza o controle). • <u>Foi atestada a eficácia deste controle</u>: deve ser assinalado somente quando o item de controle é avaliado e sua eficácia, atestada (ou seja, se o controle implantando foi útil para reduzir os riscos), o que pode ocorrer por procedimentos formais de auditoria (interna ou externa) ou por uma ação formal de monitoramento da própria administração (em qualquer caso, é necessário registrar informação que permita rastrear qual ação atestou a eficácia do controle – por exemplo, identificação do relatório de auditoria, relatório de acompanhamento de indicadores etc.).

Elaboração: autores

Fonte: adaptado do “Guia de Governança e Gestão em Saúde – Aplicável a Secretarias e Conselhos de Saúde”²⁵, 2020

Notas: *Definição de “pequena medida”, “mediana” e “grande medida” (consultar o documento “Orientações para avaliação dos itens de controle”²⁶).

A partir da coleta de dados via aplicação dos questionários, foram utilizados os programas de *software* do pacote *Microsoft Office e R* para realizar as análises e calcular as capacidades e os agregadores, classificando a atuação dos CES em três níveis, denominados “estágios de capacidade” (Figura 1).

²⁵TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU. *Guia de governança e gestão em saúde*, cit.

²⁶ORIENTAÇÕES PARA AVALIAÇÃO DOS ITENS DE CONTROLE. Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde – versão 1.0 – Levantamento de Governança e Gestão em Saúde – Ciclo 2016 – Tribunal de Contas da União.

Há *accountability* e transparência nos Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil?

INICIAL				
Inexistente	Insuficiente	Iniciando	Intermediária	Aprimorada
Não atende	Atende menor parte () ()	Atende menor parte () (A)	Atende parte () (A)	Atende maior parte () (A)
Decidiu adotá-lo	Atende menor parte (F) ()	Atende menor parte (F) (A)	Atende parte (F) (A)	Atende maior parte (F) (A)
		Atende parte () ()	Atende maior parte () ()	Não Atende - impedimento legal
		Atende parte (F) ()	Atende maior parte (F) ()	Não Atende - custo-benefício

LEGENDA:

() () - Este item não está formalizado e não teve atestada a eficácia

(F) () - Este item está formalizado, mas não teve atestada a eficácia

() (A) - Este item não está formalizado, mas teve atestada a eficácia

(F) (A) - Este item está formalizado e teve atestada a eficácia

Elaboração: autores

Fonte: Adaptado do Acórdão do TCU 1.273/2015²⁷

Notas: Aprimorada: notas maiores ou iguais a 0,7; Intermediária: notas maiores ou iguais a 0,4 e menores que 0,7; Inicial: notas menores que 0,4. O estágio Inicial foi segregado em três subestágios: Iniciando (apesar do nível de adoção mediano do controle, a ausência de ação destinada a atestar sua eficácia impede que haja segurança razoável sobre sua utilidade e contribuição para o alcance dos resultados almejados pela organização); Insuficiente (riscos relevantes, tendo em vista o baixo nível de adoção e a ausência de ação que ateste sua eficácia, com o fito de recomendar melhorias necessárias); Inexistente (declarada a inexistência do controle proposto).

Figura 1. Categorização das respostas

Realizada a categorização das respostas, iniciou-se a análise estatística dos dados, que exigiu a conversão numérica das respostas em uma escala de 0 (zero, nota mínima) a 1 (um, nota máxima), conforme a Figura 2.

Categorias de respostas	Respostas às assertivas condicionadas (itens de controle)		Estágio de capacidade	Valor atribuído
Não atende	Não há	Não há	Inexistente	0
Decidiu adotá-lo	Não há	Não há		0,03
Atende em menor parte	Não está formalizado	A eficácia não foi atestada	Insuficiente	0,07
Atende em menor parte	Está formalizado	A eficácia não foi atestada		0,11
Atende em menor parte	Não está formalizado	A eficácia foi atestada	Iniciando	0,16
Atende em menor parte	Está formalizado	A eficácia foi atestada		0,21
Atende em parte	Não está formalizado	A eficácia não foi atestada		0,27
Atende em parte	Está formalizado	A eficácia não foi atestada		0,33
Atende em parte	Não está formalizado	A eficácia foi atestada	Intermediária	0,4
Atende em parte	Está formalizado	A eficácia foi atestada		0,48
Atende em grande parte ou totalmente	Não está formalizado	A eficácia não foi atestada		0,56
Atende em grande parte ou totalmente	Está formalizado	A eficácia não foi atestada	0,66	
Atende em grande parte ou totalmente	Não está formalizado	A eficácia foi atestada	Aprimorada	0,77
Atende em grande parte ou totalmente	Está formalizado	A eficácia foi atestada		1
Não atende porque há impossibilidade legal de adotá-lo	Não há	Não há		1
Não atende porque o custo-benefício é desfavorável	Não há	Não há		1

Elaboração: autores

Fonte: adaptado do Acórdão do TCU 1.273/2015²⁸

Figura 2. Valores atribuídos às respostas dos questionários

²⁷ TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO – TCU. *Acórdão n. 1.273/2015* – Plenário. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/redireciona/acordao-completo/%22ACORDAO-COMPLETO-1414005%22>. Acesso em: 15 out. 2021.

²⁸ *Id. Ibid.*

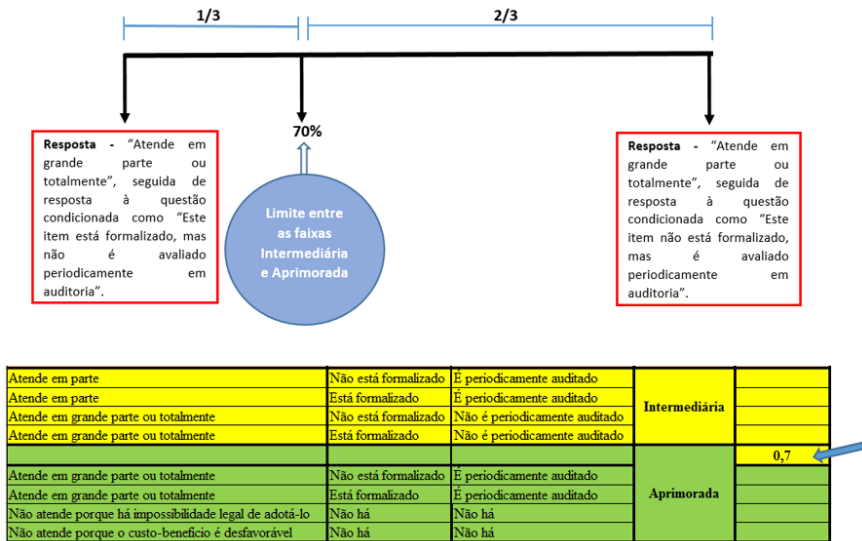
Atribuiu-se valor de 0,4 ao limite inferior da faixa Intermediária (estágio de capacidade), que equivale à resposta “Atende em parte”, seguida de resposta à questão condicionada como “Este item não está formalizado, mas a eficácia deste controle não é atestada”. Deste modo, as repostas com valores inferiores a 40% seriam classificadas no estágio Inicial.

Valor 0 foi atribuído ao limite inferior da faixa Inicial que equivale à resposta “Não atende”; valor 1, ao limite superior da faixa Aprimorada que equivale à resposta “Atende em grande parte ou totalmente”, seguida de resposta à questão condicionada como “Este item está formalizado e a eficácia deste controle é atestada”; e também valor 1 foi atribuído às respostas do tipo “Não atende porque há impossibilidade legal de adotá-lo” e “Não atende porque o custo-benefício é desfavorável”.

Realizada a delimitação dos extremos e do início da faixa Intermediária, foi estabelecido que o final dessa faixa fosse o ponto médio entre 0,4 e 1, ou seja, 0,70 (70%); deste modo, a faixa Aprimorada ficou entre 70% e 100%. Adotou-se, ainda, que o limite de 70% – limite inferior da faixa Aprimorada – não coincidiria com o valor atribuído à resposta “Atende em grande parte ou totalmente” seguida de resposta à questão condicionada como “Este item não está formalizado, mas a eficácia deste controle é atestada”. Caso essa escolha fosse feita, haveria percepção de que as organizações deveriam ter todos os controles em nível aprimorado para serem aprimoradas, opção que se entendeu não adequada para este momento.

A Figura 3 ilustra a lógica utilizada para estabelecer o limite entre as faixas Intermediária e Aprimorada e mostra que se propôs que o limite de 70% ficasse situado mais próximo do valor do último tipo de resposta da faixa Intermediária (Atende em grande parte ou totalmente, está formalizado e não teve a eficácia atestada) do que da primeira resposta da faixa Aprimorada (Atende em grande parte ou totalmente, não está formalizado e teve a eficácia atestada). Assim, incluiu-se um “degrau” fictício entre essas respostas antes de se proceder ao próximo passo, que foi a utilização da função exponencial. Essa premissa permite que, quando calculado o somatório dos valores de resposta de todas as assertivas do questionário, seja possível classificar na faixa Aprimorada organizações que tenham grande parte das respostas na faixa Intermediária e pequena parte na faixa Aprimorada. Ou seja, impede que sejam classificadas na faixa Aprimorada somente organizações que tenham a eficácia atestada de todos os seus controles internos (o que vai de encontro à relação custo-benefício da auditoria).

Há *accountability* e transparência nos Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil?



Elaboração: autores

Fonte: adaptado do Acórdão do TCU 1.273/2015²⁹

Figura 3. Limite entre as faixas Intermediária e Aprimorada

Definidos os valores 0, 0,4, 0,7 e 1, os valores das demais respostas foram calculados por meio de função exponencial crescente (Gráfico 1). Atribuíram-se valores que representassem o esforço exponencial que a organização supostamente teria que fazer para avançar nos estágios de capacidade. Observa-se que essa premissa alinha-se com a semântica das respostas: não pratica, decidiu praticar, pratica em pequena medida (“pratica pouco”), pratica medianamente e pratica em grande medida (“praticamente sempre ou quase sempre”).

Realizada a escolha dos valores para cada categoria de resposta, os intervalos dos estágios de capacidade ficaram definidos da seguinte forma: Inicial, de 0% a 39,99%; Intermediária, de 40% a 69,99%; e Aprimorada, de 70% a 100%; e, conforme supracitado, o estágio Inicial, que foi subdividido em três níveis, teria as subcategorias Inexistente (de 0% a 6,99%), Insuficiente (de 7% a 15,99%) e Iniciando (de 16% a 39,99%). Assim, tornou-se possível a classificação das organizações respondentes nos estágios de capacidade, de acordo com as respostas dadas a cada item de controle (assertiva) do questionário.

²⁹TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO – TCU. Acórdão n. 1.273/2015 – Plenário, cit.

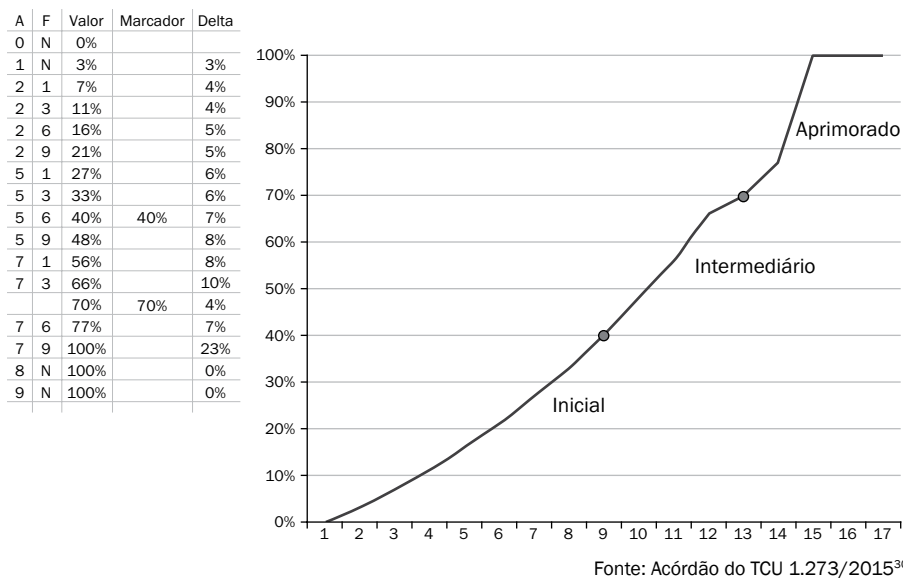


Gráfico 1. Curva exponencial utilizada para cálculo de valores

Objetivando-se apresentar os resultados do levantamento não somente por cada assertiva do questionário, mas também por grupos de assertivas, utilizou-se o método de análise fatorial para construir agregadores de informação, que indicam a capacidade no conjunto de informações agregadas.

Pode-se definir como “agregador” o número que consolida cada conjunto de respostas relativas a um determinado item de controle, prática, componente ou mecanismo que, conforme a metodologia para cálculo estabelecida, permite a classificação das organizações nos estágios de capacidade **Inicial**, **Intermediária** ou **Aprimorada**.

Os questionários foram encaminhados aos CES por meio de ofício contendo um código de acesso e acompanhados dos instrumentos (Quadro 3). A coleta dos dados ocorreu no período de 29/2/2016 a 29/4/2016.

³⁰TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO – TCU. Acórdão n. 1.273/2015 – Plenário, *cit.*

Há *accountability* e transparência nos Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil?

Quadro 3. Itens de acompanhamento do questionário

Vídeos orientativos	“Entenda o que é e para que serve uma autoavaliação”; “Sequência de atividades para realizar corretamente uma autoavaliação”, e “Entenda como utilizar a escala de autoavaliação”
Eventos orientativos	“Governança e Gestão em saúde: encontro com o controle externo” – Edição Bahia
Material de apoio	“Apresentações realizadas no evento da Bahia” “FAQ (do inglês <i>Frequent Asked Questions</i>) – Respostas para as dúvidas mais frequentes” “Glossário – versão 1.0 (31/3/2016)”
Questionário para impressão	Conselhos Estaduais de Saúde – CES (questionário único)
Questionário eletrônico	Conselhos Estaduais de Saúde – CES

Elaboração: autores

Fonte: adaptado do “Guia de Governança e Gestão em Saúde – Aplicável a Secretarias e Conselhos de Saúde”³¹, 2020.

A pesquisa construiu uma abordagem qualitativa, apresentada a seguir, agregando aos dados quantitativos coletados na auditoria do TCU.

Os dados são de domínio público, não sendo necessário a submissão ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP).

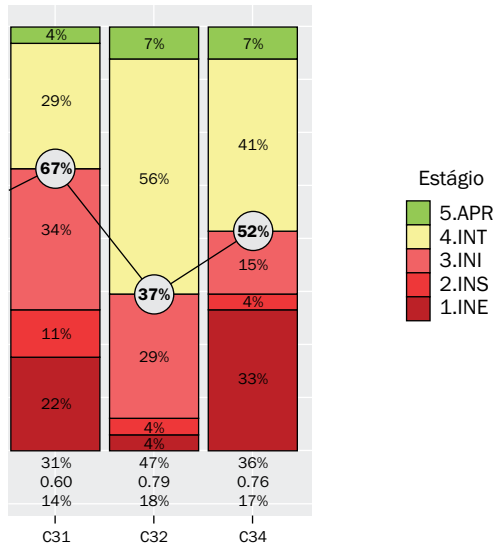
Resultados e discussão

Todos os 27 CES existentes no Brasil responderam ao questionário, representando 100% do universo da pesquisa. Suas respostas foram analisadas e computadas.

O Gráfico 2, extraído da auditoria de governança em saúde do TCU (Acórdão 1.130/2017), representa a consolidação de controle, ofertando os resultados da pesquisa referente ao componente C3 (*accountability* e transparência), práticas C3.1 (dar transparência às partes interessadas, admitindo-se o sigilo como exceção, nos termos da lei); C3.2 (prestar contas da implementação e dos resultados do Plano Estadual de Saúde; e C3.4 (garantir que sejam apurados, de ofício, indícios de irregularidades, promovendo a responsabilização em caso de comprovação, discriminados os itens no Quadro 4, e a seguir tratados de forma individualizada).

³¹TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU. *Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde*, cit.

Consolidação de Controle
(var.explicada=55%; alpha=0.829; kmo=0.736; Bartlett (p value)=0)



Fonte: extraído dos resultados do Acórdão do TCU 1.130/2017³²

Gráfico 2. Accountability e transparência – Consolidação de controle C3.1, C3.2 e C3.4

A prática C3.1- Dar transparência às partes interessadas, admitindo-se o sigilo como exceção, nos termos da lei: a transparência dos CES brasileiros está representada na coluna 1 do Gráfico 1, denominada C31, e revela quantos deles estão em cada estágio: 4% no aprimorado (um CES); 29%, no intermediário (oito); e 67% estão no estágio inicial (18). Os 18 CES em estágio inicial estão divididos nos três subestágios da seguinte forma: 34% no subestágio iniciando (nove); 11%, no insuficiente (três); e 22%, no inexistente (seis).

Os resultados mostram que 18 CES não realizam transparência adequadamente, sendo que seis deles não ofertam nenhum tipo de transparência.

Para Carneiro³³, a eficácia dos conselhos depende das oportunidades de participação e deliberação abertas pelo estado, além da transparência e do compromisso deste com princípios democráticos e participativos. Com isso, nos remete para o exame da intrincada e complexa relação dos conselhos com o Executivo.

³²TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO – TCU. Acórdão n. 1.273/2015 – Plenário, cit.

³³CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira. op. cit.

Na visão de Rebolledo, Medina e Rodríguez-Virgili³⁴, a exigência de transparência é uma reivindicação básica necessária para avançar rumo a formas mais participativas de democracia e para fundamentar o próprio ato de participação, o que favorece o conceito de governo aberto e se distancia do princípio do governo unilateral.

Asseveram os autores³⁵ que as novas tecnologias da sociedade da informação deram origem a uma forma de governo mais aberta, transparente e responsiva aos destinatários da gestão pública, com base em uma sociedade mais democrática e menos hierárquica, que passa a exigir um modo alternativo de gestão das relações e de prestação de contas, passando a requerer mais acesso a dados e fontes de dados.

A prática C3.1 é composta pelos itens discriminados no Quadro 4 e envolve: (i) identificação das exigências normativas (legislação, leis, decretos, portarias etc.) e jurisprudenciais (conjunto de decisões reiteradas pelos tribunais) de publicidade e das demandas por informação pelas partes interessadas (cidadãos, órgãos de controle, profissionais de saúde, prestadores de serviço, mídia etc.); (ii) definição, pela alta administração, de diretrizes para abertura de dados (governo aberto), divulgação de informações relacionadas à área de atuação da organização e comunicação com as diferentes partes interessadas; (iii) definição do catálogo de informações às quais a organização se compromete a dar transparência, tornando-o acessível às partes interessadas, bem como disponibilização das próprias informações às quais a organização se compromete a dar transparência para consulta, de acordo com as exigências normativas e jurisprudenciais; e (iv) como resultado dos itens anteriores, reconhecimento, pelas partes interessadas, de que suas necessidades de informações foram atendidas³⁶.

³⁴REBOLLEDO, Marta; ZAMORA MEDINA, Rocío; RODRÍGUEZ-VIRGILI, Jordi. Transparency, accountability and participation in local governments: a comparative study of Spanish Council Websites. *Media Studies*, v. 7, n. 14, 2016. Disponível em: <https://hrcak.srce.hr/ojs/index.php/medijske-studije/article/view/6182/3259>.

³⁵*Id.* *Ibid.*

³⁶TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU. *Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública e ações indutoras de melhorias*, cit.

Quadro 4. Composição da prática C3.1

<p>C3.1. Dar transparência às partes interessadas, admitindo-se o sigilo como exceção, nos termos da lei</p> <p>C3.1.1. As necessidades de publicidade de informações decorrentes de exigências normativas e jurisprudenciais e de demandas das partes interessadas estão descritas (por exemplo, há uma relação de tudo o que deve ser publicado).</p> <p>C3.1.2. Diretrizes do chefe do Poder Executivo ou do secretário de Saúde para abertura de dados e divulgação de informações relacionadas à saúde estão definidas e incluem a obrigatoriedade de publicação:</p> <ul style="list-style-type: none">(a) dos serviços que são prestados pela Secretaria de Saúde e seus estabelecimentos;(b) pelos estabelecimentos de saúde próprios, conveniados e contratualizados, em local facilmente visível pelos usuários, dos serviços que ofertam, da quantidade de serviços ofertados e da escala de médicos;(c) das listas de espera para procedimentos de média e/ou alta complexidade;(d) dos principais instrumentos de planejamento da secretaria (por exemplo Plano Estadual de Saúde, Programação Anual de Saúde);(e) dos principais relatórios de acompanhamento e avaliação da saúde (por exemplo, RDQA, RAG);(f) do fluxo de encaminhamento e acesso aos serviços de média e alta complexidade;(g) das listas de medicamentos padronizados;(h) dos dados primários em formato aberto. <p>C3.1.3. O catálogo de informações às quais a Secretaria de Saúde se compromete a dar transparência ativa está definido e é acessível às partes interessadas.</p> <p>C3.1.4. As informações às quais a Secretaria de Saúde se compromete a dar transparência ativa estão acessíveis às partes interessadas.</p> <p>C3.1.5. As informações publicadas estão de acordo com as exigências normativas e jurisprudenciais.</p> <p>C3.1.6. A satisfação das partes interessadas com as informações que lhes são fornecidas é avaliada e monitorada.</p>
--

Elaboração: autores

Fonte: adaptado do “Guia de Governança e Gestão em Saúde – Aplicável a Secretarias e Conselhos de Saúde”³⁷, 2020.

Segundo Pacheco³⁸ os conselhos de saúde são espaços máximos deliberativos, dos quais a sociedade participa de forma representativa, podendo ser vistos como espaços de poder, conflito e negociação. Assim, apresentam avanços consideráveis no exercício do controle social e na ampliação da cidadania. No entanto, são insuficientes na dimensão da transparência, o que ratifica a baixa transparência revelada na pesquisa, uma vez que as informações, quando divulgadas, ainda são passadas de forma incompleta e com linguagem não acessível a todos, o que dificulta o acompanhamento e a deliberação de processos.

³⁷TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU. *Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde*, cit.

³⁸PACHECO, Hélder Freire et al. A accountability das Organizações Sociais no SUS: uma análise do papel institucional do Conselho Estadual de Saúde em Pernambuco. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 1, p. e300108, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7txQj4snxQsW43Z7pRRxpK/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300108>.

Rebolledo, Medina e Rodríguez-Virgili³⁹ registram que, na Espanha, as informações sujeitas aos requisitos de transparência devem ser publicadas nos sítios eletrônicos relevantes e páginas da *web* de maneira clara, estruturada e compreensível para todas as partes interessadas. Devem ser estabelecidos mecanismos adequados para facilitar a acessibilidade, a interoperabilidade, a qualidade e a reutilização da informação publicada, bem como sua identificação e localização.

No Brasil, a CGU lançou em agosto de 2020 um manual de transparência dos recursos das organizações sociais de saúde (OSS)⁴⁰, que traz uma relação dos diversos itens obrigatórios previstos em normas federais e em resolução do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE).

Na visão de Rodrigues⁴¹, a informação precisa apresentar clareza no conteúdo e nos elementos que a compõem, bem como deixar claros seu motivo e sua finalidade, a fim de permitir seu controle. A informação deve ser abrangente e atual, e ser divulgada desde sua fonte original e sem alterações. Os resultados dessas práticas concedem legitimidade, validade e eficácia aos diferentes níveis e mecanismos de controle e fiscalização institucional.

Não há uma receita única e certa para que as organizações públicas propiciem as informações desejadas por cada cidadão. Porém, é necessário ter em mente que o controle social não se faz apenas a partir da abundância de informações, mas também do entendimento que o cidadão tem dessas informações.

Atualmente, apesar da tentativa de promoção de maior transparência, há uma reclamação frequente dos conselheiros para que possam discutir os problemas e indicar correções cabíveis à gestão, mesmo quando eles apresentam níveis de desempenho inaceitáveis.

Conforme o *Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo*⁴² (CLAD), quanto mais se envolverem os cidadãos no debate público e se criarem canais de participação social, mais o setor público verá ampliada sua capacidade de ação. Barros *et al.*⁴³ entendem que uma administração transparente permite a

³⁹ REBOLLEDO, Marta; MEDINA, Rocío Zamora; RODRÍGUEZ-VIRGILI, Jordi. *op. cit.*

⁴⁰ CONTROLADORIA lança manual sobre transparência dos recursos das Organizações Sociais de Saúde (OSSs), *Notícias*, Secretaria da Controladoria-Geral do Estado (SCGE), 19 ago. 2020. Disponível em: <https://www.scge.pe.gov.br/controladoria-lanca-manual-sobre-transparencia-dos-recursos-das-organizacoes-sociais-de-saude-oss/>. Acesso em: dez. 2020.

⁴¹ RODRIGUES, João Gaspar. Publicidade, transparência e abertura na Administração Pública. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro v. 266, p. 89-123, maio/ago. 2014. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/32142/30937>. <https://doi.org/10.12660/rda.v266.2014.32142>.

⁴² CLAD. *Uma nova gestão pública para a América Latina*. Caracas: Centro Latino-Americano de Administração para el Desarrollo, 1998.

⁴³ BARROS, Célio da Costa *et al.* Transparência na gestão pública: um estudo do atendimento dos municípios do Estado do Rio Grande do Norte a Lei Complementar n° 131/2009. *Revista Ambiente Contábil*, v. 9, n. 2, p. 200-221, 11 jul. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/ambiente/article/view/11340/8602>. Acesso em: ago. 2019.

participação do cidadão na gestão e no controle da administração pública e, para que essa expectativa se torne realidade, é essencial que o povo tenha capacidade de conhecer e compreender as informações divulgadas.

Segundo Castro⁴⁴, na esfera federal, a sociedade acostumou-se a ver divulgações de números sem nenhum compromisso com a verdade, o que gerou descrédito das autoridades, que falam o que bem entendem para uma plateia que não acredita no que dizem.

Para Slomski⁴⁵, transparência é a divulgação oportuna de todas as questões relevantes relacionadas com a organização, inclusive situação financeira, desempenho, composição e governança da organização – transparência nas informações, especialmente nas de alta relevância, que impactem os negócios e que envolvam resultados, oportunidades e riscos. A transparência deve situar-se dentro dos limites de exposição que não sejam conflitantes com a salvaguarda de informações⁴⁶.

A prática C3.2 (prestar contas da implementação e dos resultados do Plano Estadual de Saúde) está representada na coluna 2 do Gráfico 1, denominada C32, e revela que os CES estão nos seguintes estágios: aprimorado (7%, dois CES no total); intermediário (56%, 15); e inicial (37%, dez). Os dez CES que estão no estágio inicial apresentam-se nos subestágios: iniciando (29%, oito), insuficiente (4%, um) e inexistente (4%, um).

O resultado reflete que dez CES não prestam contas (*accountability*) da implementação e dos resultados do Plano Estadual de Saúde, precisando ser responsabilizados pelos órgãos de controle.

Carneiro define os conselhos como

espaços públicos (não estatais) que sinalizam a possibilidade de representação de interesses coletivos na cena política e na definição da agenda pública, apresentando um caráter híbrido, uma vez que são, ao mesmo tempo, parte do Estado e da sociedade⁴⁷.

Logo, deveria prevalecer a *accountability*, uma vez que os cidadãos lutam para o avanço do controle social. No entanto, a pesquisa demonstra que apenas dois CES brasileiros prestam contas adequadamente e interpretam o termo “*accountability*” da forma como os países desenvolvidos o usam – como o desejo, a vontade, o prazer de revelar, e até uma inquietação para mostrar, voluntariamente e incessantemente, à sociedade o que foi feito com os tributos arrecadados do povo.

⁴⁴CASTRO, Domingos Poubel de. *op. cit.*

⁴⁵SLOMSKI, V. *Controladoria e governança em gestão pública*. São Paulo: Atlas, 2014.

⁴⁶PEREIRA, José Matias. *Governança no setor público*. São Paulo: Atlas, 2010.

⁴⁷CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira. *op. cit.*

A pesquisa revela, indiretamente, que, na composição dos CES brasileiros, a parte do Estado ainda é dominante na tomada das decisões, ficando a parte da sociedade ainda sem voz, até quando se trata de assuntos em que todos deveriam convergir, como é o caso de *accountability*. Essa realidade distancia o Brasil da tradução⁴⁸ adequada de *accountability* e mostra que os conselhos, apesar de serem espaços de argumentação, de formação de consensos, de transformação de preferências e de construção de identidades sociais, ainda agem com interferência política em sua concepção, revelando que o povo brasileiro ainda não é dono de sua vontade de expressão, o que dificulta o avanço do controle social.

Conforme Staffan⁴⁹, os conselhos assemelham-se a marionetes/fantoches agindo como uma extensão da vontade de outra pessoa, o que não é um objeto legítimo de responsabilidade. Segundo o autor, prestamos contas apenas quando somos solicitados e obrigados por legislações e órgãos de controle, tornando a *accountability* intimamente associada à autoridade, embora não necessariamente autoridade política. É por isso que responsabilidade é diferente de “capacidade de resposta”. Somente atores com algum poder discricionário para tomar decisões autorizadas podem ser objeto de relacionamentos de responsabilidade.

Carneiro⁵⁰ alerta que o caráter constitucional que define os conselhos como “parte” do Estado transporta com ele todos os perigos e dilemas inerentes a esse *status*. O autor assevera que eles devem sinalizar possibilidades de avanço na gestão de políticas públicas, fomentando práticas mais participativas, articulando mecanismos de *accountability* e gerando responsabilidade pública, o que dificultaria a manipulação de opiniões dentro dos CES.

A prática C3.2 é composta pelos itens discriminados no Quadro 5 e consiste em publicar no sistema SargSUS, de acordo com exigências normativas e jurisprudenciais, relatórios organizacionais (RAG e RDQA) com as informações produzidas por instâncias externas de governança acerca da implementação e dos resultados dos sistemas de governança e de gestão, de modo que as partes interessadas reconheçam a prestação de contas como satisfatória.

⁴⁸CAMPOS, Anna Maria. *op. cit.*

⁴⁹LINDBERG, Staffan I. Mapping accountability: core concept and subtypes. *International Review of Administrative Sciences*, v. 79, n. 2, p. 202-226, 2013. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020852313477761>. <https://doi.org/10.1177/0020852313477761>.

⁵⁰CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira. *op. cit.*

Quadro 5. Composição da prática C3.2

C3.2. Prestar contas da implementação e dos resultados do Plano de Saúde.
C3.2.1. Relatório Anual de Gestão (RAG) e relatórios detalhados dos quadrimestres anteriores estão publicados no SargSUS. C3.2.2. Pareceres do conselho de saúde sobre o RAG e RDQA estão publicados no SargSUS. C3.2.3. O Relatório Anual de Gestão (RAG) contém: a) as diretrizes, os objetivos e os indicadores do Plano Estadual de Saúde; b) as metas da Programação Anual de Saúde (PAS) previstas e executadas; c) a análise da execução orçamentária; d) as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano Estadual de Saúde. C3.2.4. A satisfação das partes interessadas com o conteúdo e a qualidade da prestação de contas é avaliada e monitorada.

Elaboração: autores

Fonte: adaptado do “Guia de Governança e Gestão em Saúde – Aplicável a Secretarias e Conselhos de Saúde”⁵¹, 2020.

Na visão de Slomski⁵², os agentes da governança corporativa devem prestar contas de sua atuação a quem os elegeram e responder integralmente por todos os atos que praticarem no exercício de seus mandatos. O cumprimento deste princípio na gestão pública é essencial e se dá não só com relatórios (RAG e RDQA) exigidos pela legislação, mas também com instrumentos que facilitem a transparência espontânea dos atos, por meio de relatórios que façam com que o cidadão possa fazer comparações com resultados privados e, assim, sentir-se confortável ao ver que a gestão pública está sendo eficiente no gasto dos recursos públicos no curto prazo – haja vista que a eficácia dos atos da administração pública somente será perceptível no médio e longo prazos.

Slosmski⁵³ defende uma consonância perfeita entre as funções da controladoria na gestão pública e os princípios difundidos pelo “Código das melhores práticas de governança corporativa”, publicado pelo Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC)⁵⁴ e que utiliza como princípios: (i) transparência; (ii) equidade; (iii) *accountability*; e (iv) responsabilidade corporativa.

A prestação de contas não deve se restringir ao desempenho econômico-financeiro, mas contemplar também outros fatores, como resultados que norteiam a ação gerencial e conduzem à criação de valor para a organização. Garante, ainda, que casos comprovados de irregularidade resultem em encaminhamento tempestivo aos órgãos de controle competentes.

⁵¹TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU. *Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde*, cit.

⁵²SLOMSKI, V. *op. cit.*

⁵³*Id. Ibid.*

⁵⁴INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA - IBGC. *Código das melhores práticas de governança corporativa*. 4. ed. São Paulo: IBGC, 2009. Disponível em: <http://www.ibgc.org.br/CodigoMelhoresPraticas.aspx>. Acesso em: nov. 2019.

Há *accountability* e transparência nos Conselhos Estaduais de Saúde do Brasil?

A prática C3.4 (garantir que sejam apurados, de ofício, indícios de irregularidades, promovendo a responsabilização em caso de comprovação) está representada na coluna 3 do Gráfico 1, denominada C34, e revela que os CES estão nos estágios: aprimorado (7%, dois CES); intermediário (41%, 11); e inicial (52%, 14). Os 14 CES no estágio inicial estão posicionados nos seguintes subestágios: iniciando (15%, quatro CES); insuficiente (4%, um); e inexistente (33%, nove). O resultado reflete que 14 CES não vêm apurando as irregularidades praticadas pelas SES nem promovendo a responsabilização.

Segundo Patullo⁵⁵, a democracia sanitária exige a construção de instituições que permitam a efetiva participação popular em todos os níveis e esferas do poder estatal, o que envolve a elaboração de leis que regulamentem matérias relacionadas à saúde, a criação de políticas públicas com o objetivo de dar efetividade ao direito à saúde e, finalmente, decisões judiciais para fazer reparar lesões concretas à saúde perpetradas por agentes públicos ou privados.

A prática C3.4 é composta pelos itens discriminados no Quadro 6 e presuppõe apurar indícios de irregularidade e aplicar sanções nos casos comprovados, sempre em conformidade com diretrizes previamente definidas.

Quadro 6. Composição da prática C3.4

<p>C3.4. Garantir que sejam apurados, de ofício, indícios de irregularidades, promovendo a responsabilização em caso de comprovação.</p> <p>C3.4.1. Diretrizes para a apuração, de ofício, de irregularidades estão definidas. C3.4.2. Indícios de irregularidades são apurados, de ofício, em conformidade com as diretrizes definidas. C3.4.3. Casos comprovados de irregularidade resultam na aplicação de sanções, em conformidade com as diretrizes definidas. C3.4.4. Casos comprovados de irregularidade resultam no encaminhamento tempestivo de informações para os órgãos de controle competentes. C3.4.5. Apuração dos indícios de irregularidade é monitorada pelo conselho de saúde.</p>
--

Elaboração: autores

Fonte: adaptado do “Guia de Governança e Gestão em Saúde – Aplicável a Secretarias e Conselhos de Saúde”⁵⁶, 2020

Angélico⁵⁷ discute que o conceito de *accountability* caminha para se solidificar na ideia de dupla face de “responsividade” (*answerability*) e “responsabilização

⁵⁵ PATULLO, Marcos Paulo Falcone. Direito à saúde e democracia sanitária (Fernando Aith, Quartier Latin, São Paulo, 2017). Resenha. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 19 n. 1, p. 212-218, mar./jun.2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148138/141745>. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p212-218>.

⁵⁶ TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU. *Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde*, cit.

⁵⁷ ANGÉLICO, Fabiano. *Lei de acesso à informação e seus possíveis desdobramentos à accountability democrática no Brasil*. 2012. 139f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.

com possibilidade de sanção” (*enforcement*), sendo que a face da responsividade envolve informação e justificativa. Conclui-se que, no atual estágio de tradução do termo *accountability*, este seria um processo diluído no tempo, que se inicia com a prestação de contas (*answerability*) e se encerra na posterior possibilidade de sanção (*enforcement*).

A devida prestação de contas sobre a execução e os resultados do Plano Estadual de Saúde deve ser responsabilidade do titular da Secretaria Estadual de Saúde, para comprovar que suas ações foram realizadas de acordo com o planejamento da pasta. O Conselho Estadual de Saúde deve garantir que sejam apurados os indícios de irregularidades porventura identificados, promovendo a responsabilização de quem deu causa, em caso de comprovação⁵⁸.

Ainda é comum os órgãos de controle levantarem irregularidades graves em suas auditorias, mas verem em seus monitoramentos que elas não foram corrigidas, até mesmo quando envolvem desvios comprovados de recursos de alta monta, o que corrobora a pesquisa.

Para Lamounier⁵⁹, *accountability* diz respeito à sensibilidade das autoridades públicas em relação ao pensamento dos cidadãos e à existência de mecanismos institucionais efetivos, que permitam chamá-las à fala quando não cumprem suas responsabilidades básicas. Na visão de Mosher⁶⁰, a inexistência de controle efetivo e de penalidades aplicáveis ao serviço público enfraquece o ideal democrático do governo pelo povo, pois expõe os cidadãos aos potenciais riscos da burocracia.

Já para Pereira⁶¹, *accountability* é um conjunto de mecanismos e procedimentos que leva os decisores governamentais a prestar contas dos resultados de suas ações, garantindo mais transparência e exposição das políticas públicas – promoção da transparência por meio de informações claras e justas⁶². Além disso, *accountability* envolve, além do dever e da responsabilidade de prestar contas, o desejo de fazê-lo de forma voluntária.

Castro⁶³ espera que a filosofia de *accountability* seja implantada no Brasil para reforçar a democracia e valorizar as práticas de controle e de gerência na administração pública, em busca de resultados efetivos e alinhados aos países que adotam essa prática.

⁵⁸TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU. *Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde*, cit.

⁵⁹Lamounier *apud* LIRA, Rodrigo Anido. *Representação, participação e cooptação nos conselhos municipais em Campos dos Goytacazes*. 2012. Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, 2012.

⁶⁰MOSHER, Frederich. *Democracy and the public service*. New York: Oxford University, 1968.

⁶¹PEREIRA, José Matias. *op. cit.*

⁶²INSTITUTE OF INTERNAL AUDITORS - IIA. *Normas internacionais para a prática profissional de auditoria interna*. 2011. Disponível em: <http://www.auditoriaoperacional.com.br/pdf/normas-ippf.pdf>. Acesso em: dez. 2019.

⁶³CASTRO, Domingos Poubel de. *op. cit.*

Rebolledo, Medina e Rodríguez-Virgili⁶⁴ entendem que é graças à informação pública (transparência e *accountability*) que os cidadãos podem participar da vida pública e ter os conhecimentos necessários para influenciar o desenvolvimento de políticas públicas, prevenir e controlar as ineficiências administrativas, corrigir erros, denunciar injustiças e estabelecer relações mais profundas na comunidade local.

Considerações finais

O processo democrático só se tornará estável quando o cidadão sentir confiança nas instituições e quando seus dirigentes procurarem prestar contas àqueles que contribuem para a manutenção do Estado. As boas práticas de governança e gestão em saúde refletem a capacidade de uma organização do setor público ser adequadamente governada e gerida, oferecendo melhores serviços de saúde à sociedade.

Porém, a criação de instituições participativas não basta para a garantia da democracia, já que a própria qualidade da participação depende do interesse e da vontade dos cidadãos de efetivamente influenciar no processo decisório. Resta, nesse sentido, o desafio de aperfeiçoar e consolidar as instituições existentes, ampliar o uso delas pelo Estado, tornar a participação dos cidadãos cada vez mais abrangente e, finalmente, qualificar as instituições (no caso em tela, os CES) e os procedimentos existentes⁶⁵, exigindo que a composição paritária ocorra efetivamente.

Retomando a questão-problema: há *accountability* e transparência nos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) do Brasil? Conclui-se que um único CES brasileiro (4% do total de CES) oferta transparência em estágio aprimorado e e que dois CES (7%) possuem *accountability* aprimorada tanto para prestar contas da implementação e dos resultados do Plano Estadual de Saúde como para garantir a promoção da responsabilização por indícios de irregularidades em caso de comprovação. Essa realidade dificulta o acesso às informações públicas de saúde, favorece a corrupção, não aperfeiçoa a gestão pública nem estimula a participação popular e o controle social, nos distanciando do ODS 3 – “Saúde e Bem-estar: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”.

As práticas de governança – transparência e *accountability* – garantem que as atividades de gestão organizacional e o comportamento da alta administração sejam avaliados, direcionados e monitorados de tal maneira a maximizar a probabilidade de que sejam atendidas as necessidades e expectativas das principais partes interessadas.

A transparência precisa ser exigida como um bem da sociedade e obrigação da autoridade, enquanto a *accountability* deve ser entendida como uma proteção dos cidadãos às práticas da má administração. Ambas devem estar relacionadas com a questão de direitos do cidadão na democracia brasileira.

⁶⁴ REBOLLEDO, Marta; ZAMORA MEDINA, Rocío; RODRÍGUEZ-VIRGILI, Jordi. *op. cit.*

⁶⁵ PATULLO, Marcos Paulo Falcone. *op. cit.*

Espera-se que os agentes de governança prestem contas de sua atuação, assumindo integralmente as consequências de seus atos e omissões. A *accountability*, por meio da transparência, oferta aos cidadãos o que se passa no íntimo da administração pública, resultando em um clima de confiança e demonstrando aos cidadãos que o volume de tributos arrecadados e recursos de outras fontes que lhes oneram agrega valores aos bens e serviços gerados pelo Estado para a sociedade, resultando no avanço das políticas públicas.

Referências

- AITH, Fernando. *Direito à saúde e democracia sanitária*. São Paulo: Quartier Latin, 2017.
- ANGÉLICO, Fabiano. *Lei de acesso à informação e seus possíveis desdobramentos à accountability democrática no Brasil*. 2012. 139f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2012.
- BARROS, Célio da Costa *et al.* Transparência na gestão pública: um estudo do atendimento dos municípios do Estado do Rio Grande do Norte a Lei Complementar nº 131/2009. *Revista Ambiente Contábil*, v. 9, n. 2, p. 200-221, 11 jul. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/ambiente/article/view/11340/8602>. Acesso em: ago. 2019.
- CAMPOS, Anna Maria. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português? *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 30-50, 1990. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/9049/8182>.
- CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira. Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização. *Revista de Administração Pública*, v. 36, n. 2, p. 277-292, 2002. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6439/5023>.
- CASTRO, Domingos Poubel de. *Auditoria, contabilidade e controle interno no setor público: integração das áreas do ciclo de gestão: contabilidade, orçamento e auditoria e organização dos controles internos, como suporte à governança corporativa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2011.
- CLAD. *Uma nova gestão pública para a América Latina*. Caracas: Centro Latino-Americano de Administración para el Desarrollo, 1998.
- CONTROLADORIA lança manual sobre transparência dos recursos das Organizações Sociais de Saúde (OSSs), *Notícias*, Secretaria da Controladoria-Geral do Estado (SCGE), 19 ago. 2020. Disponível em: <https://www.scge.pe.gov.br/controladoria-lanca-manual-sobre-transparencia-dos-recursos-das-organizacoes-sociais-de-saude-oss/>. Acesso em: dez. 2020.
- CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO - CGU. Brasil Transparente. *Guia de implantação de portal da transparência*. 1. ed. Brasília-DF: Controladoria-Geral da União - CGU, 2013. Disponível em: https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/transparencia-publica/brasil-transparente/arquivos/guia_portaltransparencia.pdf.

LIRA, Rodrigo Anido. *Representação, participação e cooptação nos conselhos municipais em Campos dos Goytacazes*. 2012. Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, 2012.

INSTITUTE OF INTERNAL AUDITORS - IIA. *Normas internacionais para a prática profissional de auditoria interna*. 2011. Disponível em: <http://www.auditoriaoperacional.com.br/pdf/normas-ippf.pdf>. Acesso em: dez. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA - IBGC. *Código das melhores práticas de governança corporativa*. 4. ed. São Paulo: IBGC, 2009. Disponível em: <http://www.ibgc.org.br/CodigoMelhoresPraticas.aspx>. Acesso em: nov. 2019.

LAVALLE, Adrian Gurza; VERA, Ernesto Isunza. A trama da crítica democrática: da participação à representação e à *accountability*. *Lua Nova: revista de cultura e política*, n. 84, p. 95-139, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/JNVrV39NM7DskGzVfMCXTDL/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0102-64452011000300005>.

LINDBERG, Staffan I. Mapping *accountability*: core concept and subtypes. *International Review of Administrative Sciences*, v. 79, n. 2, p. 202-226, 2013. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020852313477761>. <https://doi.org/10.1177/0020852313477761>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. *Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS*. 2.ed. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf.

MOSHER, Frederick. *Democracy and the public service*. New York: Oxford University, 1968.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. *Agenda 2030*. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br>. Acesso em: dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO - OCDE. *OECD Economic Surveys: Brazil 2011*. Avaliação da OCDE sobre o sistema de integridade da administração pública. OECD Publishing. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-brazil-2011_eco_surveys-bra-2011-en. https://doi.org/10.1787/eco_surveys-bra-2011-en, 2011.

ORIENTAÇÕES PARA AVALIAÇÃO DOS ITENS DE CONTROLE – Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde – versão 1.0 – Levantamento de Governança e Gestão em Saúde – Ciclo 2016 – Tribunal de Contas da União (TCU), em 9/3/2016.

PACHECO, Hélder Freire *et al.* A *accountability* das Organizações Sociais no SUS: uma análise do papel institucional do Conselho Estadual de Saúde em Pernambuco. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 1, p. e300108, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jphysis/a/7txQj4snxQsW43Z7prRRxpK/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300108>.

PATULLO, Marcos Paulo Falcone. Direito à saúde e democracia sanitária (Fernando Aith, Quartier Latin, São Paulo, 2017). Resenha. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 19 n. 1, p. 212-218, mar./jun.2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148138/141745>. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v19i1p212-218>.

PEREIRA, José Matias. *Governança no setor público*. São Paulo: Atlas, 2010.

PETERS, Brainard Guy. O que é governança? *Revista do Tribunal de Contas da União*, Brasília-DF, v. 45, n. 127, p. 28-33, maio/ago. 2013. Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/87/85>.

PINHO, José Antonio Gomes de; SACRAMENTO, Ana Rita Silva. Accountability, já podemos traduzi-la para o português? *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1343-1368, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/g3xgtqkwFJS93RSnHFTsPDN/?format=pdf&lang=pt>.

REBOLLEDO, Marta; ZAMORA MEDINA, Rocío; RODRÍGUEZ-VIRGILI, Jordi. Transparency, accountability and participation in local governments: a comparative study of Spanish Council Websites. *Media Studies*, v. 7, n. 14, 2016. Disponível em: <https://hrca.hrce.hr/ojs/index.php/medijske-studije/article/view/6182/3259>.

RODRIGUES, João Gaspar. Publicidade, transparência e abertura na Administração Pública. *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro v. 266, p. 89-123, maio/ago. 2014. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/32142/30937>. <https://doi.org/10.12660/rda.v266.2014.32142>.

SANTOS, Boaventura de Souza; AVRITZER, Leonardo. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, Boaventura de Souza. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 39-82.

SERPA, Selma Maria Hayakawa Cunha. Nota Técnica – Seaud 2/2013 compreendendo os conceitos de governança para controlar. *Revista do Tribunal de Contas da União*, Brasília-DF, v. 45, n. 127, p. 34-47, maio/ago. 2013. Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/88/86>.

SLOMSKI, V. *Controladoria e governança em gestão pública*. São Paulo: Atlas, 2014.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU. *Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde*. Brasília-DF: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/0A/52/94/E4/5F3F561019190A56E18818A8/GUIA%20GOVERNANCA%20EM%20SAUDE_WEB.PDF.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO - TCU. *Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública e ações indutoras de melhorias*. Brasília-DF: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/FA/B6/EA/85/1CD4671023455957E18818A8/Referencial_basico_governanca_2_edicao.PDF.

Gabriel Machado da Costa Barros – Graduação em Ciência e Tecnologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); graduando em Engenharia de Materiais na UFRN; bolsista do Laboratório de Inovação em Saúde da UFRN. Natal/RN, Brasil. *E-mail*: gmachado170@gmail.com

Célio da Costa Barros – Mestrado em Ciências Contábeis pela Universidade de Brasília (UnB); especialização em Governança Pública e especialização em Gestão Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); graduação em Ciências Contábeis pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Auditor Federal do Tribunal de Contas da União (TCU). Natal/RN, Brasil. *E-mail*: celiocb@tcu.gov.br