

**AMPLITUDE DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE E A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO DOS RELATÓRIOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL**

**TIAGO JOSÉ GONZAGA BORGES**

UNB - Universidade de Brasília

tiagoborges32@gmail.com

**RODRIGO DE SOUZA GONÇALVES**

UNB - Universidade de Brasília

rgoncalves@unb.br

**Área Temática:** Administração Pública

## **AMPLITUDE DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE E A QUALIDADE DA INFORMAÇÃO DOS RELATÓRIOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL**

### **RESUMO**

A discussão do controle social das ações do Estado se estende por várias áreas, mas para esta pesquisa se ateu à saúde pública. O controle de gastos da gestão da saúde deve ocorrer por meio da fiscalização e acompanhamento por parte dos Conselhos de Saúde em relação às prestações de contas das Secretarias de Saúde. Para tanto, é necessário que exista participação social. Além disso, deve-se considerar que os relatórios de prestações de contas estejam revestidos de qualidade – aspectos qualitativos da informação contábil. A pesquisa buscou analisar se uma maior participação do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul incrementaria a qualidade da informação dos relatórios da Secretaria de Saúde. Assim, foi utilizado um instrumento construído por Silva (1999) – responsável por avaliar a amplitude de participação do Conselho – para analisar sua participação, via atas das reuniões plenárias e entrevistas. No caso da qualidade da informação utilizou-se o instrumento construído por Gonçalves *et al.* (2010) para avaliar os relatórios do período de 2011 a 2013 a fim de descrever sua qualidade. Os resultados mostraram que uma maior participação do Conselho pode incrementar a qualidade, desde que o ambiente de controle social possua a cooperação de outras instâncias de poder.

**Palavras-chave:** Conselhos de Saúde; Participação Social; Qualidade da Informação.

### **ABSTRACT**

Discussion of social control of state action spans several areas, but for this study adhered to public health. The control of health management costs should occur through supervision and monitoring by the Health Councils for benefits accounts the Departments of Health. Therefore, there must be social participation. Furthermore, it should be considered that the accounts rendered reports are coated quality - qualitative aspects of accounting information. The research sought to examine whether greater participation of Mato Grosso do Sul State Health Council would increase the quality of information from the Health Department reports Thus, we used an instrument built by Silva (1999). - Responsible for assessing the extent of participation Council - to analyze their participation, via minutes of the plenary meetings and interviews. If the quality of information used the instrument built by Gonçalves et al. (2010) to assess the period of 2011 to 2013 reports to describe their quality. The results showed that greater involvement of the Council can improve the quality, since the social control environment has the cooperation of other levels of power.

**Keywords:** Health Councils; Participation; Information Quality.

## **1. CONTEXTUALIZAÇÃO**

A promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 trouxe uma nova concepção para os serviços de Saúde do Brasil, tornando-os universais – possibilitando amparo a todos os cidadãos – e instituindo-os como dever do Estado (SILVA, 1999). Ainda com relação à CF, incisos I e III, do art. 198, cumpre-se destacar que estes implementaram questões como a descentralização e a participação da comunidade, respectivamente. Na esteira dessas evidências, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) veio para dar forma aos preceitos citados e, por consequência, foi balizada nos princípios da universalidade e equidade com o propósito de

prover serviços de saúde (COELHO, 2007). Neste sentido, entende-se que a comunidade deve ser parte das discussões a respeito de políticas públicas de saúde como forma de atender ao dispositivo constitucional – inciso III, art. 198. Os indivíduos participantes desse processo têm o intuito de atingir objetivos que estejam alinhados às suas demandas.

No entanto, salienta-se que para cumprir a finalidade precípua do Estado – prover serviços de qualidade aos cidadãos, por exemplo no âmbito da saúde – é preciso que existam recursos que proporcionem o cumprimento destas atribuições. A alocação de recursos como esses afeta o cotidiano dos indivíduos que precisam ter acesso ao SUS e, por consequência, deveria se tornar alvo de interesse da população. Por este motivo, é possível entender que o controle da alocação destes recursos precisa do envolvimento da sociedade. A partir do referido envolvimento, avalia-se a necessidade de ambientes (espaços públicos) para promover o controle das ações do Estado. Sob este prisma, o desenho de parte da problemática desta pesquisa começa a tomar forma no sentido de avaliar a tendência da amplitude de participação social nos Conselhos Estaduais de Saúde do Centro Oeste. É com esse pano de fundo, que a sociedade, sob a forma de organizações sociais, deve promover o controle das ações do Estado de modo que este possa incorporar as demandas e interesses da população, em matéria de políticas públicas de saúde (CORREIA, 2000). Neste momento, deve existir sinergia entre a amplitude de participação social e controle das ações do governo. De forma complementar, avalia-se que a participação social pode interferir nas ações do gestor da saúde, de modo a promover, dentre outros, maior transparência de suas ações, via relatórios de prestação de contas.

Não por acaso, é possível visualizar um elo entre participação social, controle social, prestação de contas e a gestão da saúde, pois todos estes elementos integram o contexto preceituado na CF/1988, art. 196, “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. A partir daí os relatórios de contas podem ser vistos como um canal que pode instrumentalizar a participação social no intuito de fiscalizar as ações da saúde para auxiliar e cobrar a gestão com respeito à entrega de serviços de qualidade. Ao buscar uma atuação mais vigilante o cidadão pode contribuir para que o gestor da saúde seja mais transparente e preste contas de seus atos. Logo, a alocação desses recursos precisa ser verificada e atestada visando a qualidade do gasto público.

Sendo assim, para que seja possível fiscalizar a atuação do gestor público torna-se necessária a participação social – representada por conselheiros de saúde – claro, precedida do entendimento das informações contidas em relatórios que auxiliem, de fato, as decisões dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES). Para avaliar um relatório dessa natureza é preciso que o mesmo possua a qualidade necessária para esta finalidade – estar revestido dos aspectos qualitativos da informação contábil. Diante das razões expostas, o problema desta pesquisa consubstancia-se no argumento da amplitude da participação Social do CES de Mato Grosso do Sul ser vista como possível fator de incremento da qualidade da prestação de contas da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Dentro dessa ótica, avaliou-se a perspectiva histórica do Conselho – via documentos e entrevistas – para verificar a participação social. No caso da qualidade da informação foram verificadas as prestações de contas e demais documentos pertinentes para descrever a qualidade dos relatórios. Além disso, buscou-se discutir o ambiente de controle social para dar resposta ao problema da pesquisa.

Após análise de estudos anteriores sobre amplitude de participação social (SILVA, 1999; SILVA 2005; GONÇALVES *et al.*, 2008) e qualidade da informação em relatórios de prestações de contas (GONÇALVES *et al.*, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2011; GONÇALVES *et al.*, 2013; REZENDE, 2013), foi possível verificar uma lacuna ainda não trabalhada. Este espaço não preenchido diz respeito a uma possível relação entre a amplitude da participação social e a qualidade informacional dos relatórios de prestações de contas no âmbito dos conselhos de saúde. Sob este enfoque, surge um questionamento quanto ao resultado de uma maior Participação Social dos Conselheiros de Saúde em relação a possibilidade de melhoria da qualidade das prestações de contas.

Por oportuno, destaca-se o caráter de inovação da pesquisa ao trazer um ponto ainda não abordado pela literatura e que pode contribuir para o falseamento de pesquisas futuras em outros conselhos do país de modo a verificar a questão em evidência. Ao considerar a hipótese da amplitude da participação social possibilitar maior qualidade da informação para os relatórios de prestações de contas encaminhadas pelas SES é possível inferir que o controle das ações do Estado pode contribuir para o atendimento mais eficiente das demandas sociais na área de saúde, tendo em vista as melhores condições para acompanhamento e fiscalização dos atos governamentais.

## **2. PLATAFORMA TEÓRICA**

### **2.1 Participação, controle social e conselhos de saúde**

A etimologia da palavra participação, na perspectiva de Avelar e Cintra (2004), remonta ao século XV, momento no qual foi resgatada da língua latina. O termo deriva de *participatio*, *participatum* e *participacionis*. Estes termos significam “tomar parte em”, estabelecer algum tipo associação entre sentimentos, ações e práticas. No entanto, é preciso considerar quem é a figura do participante. Neste sentido, Demo (2001) afirma que sem o cidadão, considerado como ator principal da conjuntura democrática, não há democracia.

Para Morgan (2001) a participação é o direito que a população tem de participar das decisões que afetam a sua vida rotineiramente e que, além disso, promovem um ambiente democrático para o controle social de instituições. Dessa forma, a linha traçada por Demo (2001) cujo homem é o ator principal do cenário democrático é corroborada. Na perspectiva de Silva (2005, p. 59) “o fenômeno da participação continua sendo um importante fator para o funcionamento da democracia, representando ainda hoje um elemento crucial na tomada de decisões junto às organizações e Estado”. Ademais, a participação constitui-se em uma relação que envolve a tomada de decisão na qual o indivíduo propõe-se a interagir com o outro, num convívio que democratiza os espaços comuns (públicos) em qualquer âmbito – familiar, cultural, econômico ou político. A participação está focada em prover maior controle do indivíduo sobre as situações que lhe afetam direta ou indiretamente na sociedade a qual vive (SCOREL; MOREIRA, 2008).

De acordo com Demo (2001) a participação não pode ser considerada como um ato que convoca indivíduos interessados em determinadas causas para discuti-las. Para o autor a participação é uma forma de intervir na realidade que permeia a vida dos próprios indivíduos e que, portanto, deve ser conquistada. Logo, a participação é um exercício democrático e, além disso, um processo o qual tem como desdobramento a construção organizada da emancipação social (DEMO, 2001). Para Silva (1999) a participação é processo constante de vir-a-ser, onde os grupos podem compartilhar das necessidades por meio do estabelecimento de mecanismos que proporcionem o atendimento às necessidades populares. A autora destaca ainda que este processo busca nortear o interesse coletivo para que o controle social possa, de fato, ser exercido. Ainda nesse contexto, é possível explorar algumas formas de exercer o controle social sobre as ações do Estado, considerando como impulso a participação social conquistada pelo cidadão – como cita Demo (2001). Para tanto, verifica-se a necessidade de promover a criação de locais propícios à discussão da participação social enquanto ferramenta para o controle social.

O controle social pode ser conceituado como canal institucional de participação na gestão governamental, contando com a presença de indivíduos que representam o coletivo nos processos decisórios, não se tratando de movimentos sociais que existem de forma autônoma para o Estado (CONSTRUCTION, 2003). Em termos contemporâneos, é possível citar dois canais institucionais de participação social na saúde, responsáveis por discutir controle social, quais sejam: conferências de saúde e conselhos (CORREIA, 2005). Para Correia (2000) as conferências de saúde têm como foco avaliar e propor diretrizes para políticas de saúde

desenvolvidas pelas três esferas do governo. Dessa forma, é possível pautar a proposição de novas políticas públicas alinhadas às necessidades daqueles que se inserem em um canal participativo aberto por meio de espaços públicos. Seguindo essa ótica, o canal para discutir essas questões perpassa a figura do Conselho de Saúde – visto pela autora como instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, composta de forma paritária entre os representantes da sociedade: usuários, gestores públicos, trabalhadores da saúde, filantrópicos e trabalhadores privados. Com efeito, o objetivo principal dessa instituição participativa torna-se a busca pelo controle social (CORREIA, 2000).

Oportunamente e como base na proposta desta pesquisa frisa-se que, além dos conhecimentos necessários para atuação como conselheiro, como cita Silva *et al.* (2007), os responsáveis pelo controle social utilizem este aprendizado no intuito de ampliar a sua participação no controle das ações do gestor público da saúde por meio, também, da análise das prestações de contas encaminhadas pelas SES. Dessa forma, espera-se que uma maior participação, precedida do conhecimento necessário, possibilite maior qualidade nas prestações de contas e, por consequência, na transparência da gestão da saúde pública.

Para tanto é necessário haver um espaço público adequado para participação – um conselho. A etimologia da palavra deriva do latim *consilium* e está alinhada ao conceito de deliberação, opinião, parecer, juízo; assembleia de pessoas que deliberam sobre certos assuntos ou grupo de pessoas que estejam encarregadas de administrar (GONÇALVES *et al.*, 2011). Ademais, segundo Gohn (2001) a expressão conselho deriva de um conceito já utilizado desde a época dos clãs visigodos e se remete à ideia de instrumento que promove a participação popular. A autora ainda faz menção aos conselhos que ganharam notoriedade na história como a Comuna de Paris, Conselhos operários de Turim, Conselhos do Sovieter Russos dentre outros.

Câmara (2003) afirma que o Conselho de Administração, previsto na lei das Organizações Sociais, é considerado como *locus* de controle social para a execução de políticas públicas. A autora considera ainda que o conselho de administração é a instância máxima para deliberação, representando o poder público sob a forma de organizações da sociedade civil, exercendo controle sobre políticas organizacionais e fiscalizando a implementação das políticas públicas.

Após delinear definições e condições necessárias para o ambiente dos conselhos de saúde, insere-se a sua contextualização em solo tupiniquim. O fato de a CF/88 ter definido a saúde como direito de todos e dever do Estado fez com que o Sistema Único de Saúde fosse criado sob o prisma do acesso universal. Com o advento deste organismo foi um pouco mais trabalhada a noção de controle social e participação da população. Neste sentido, a ideia de Conselhos de Saúde floresceu da estrutura legal do SUS e passou a ser pensada como instância que seria responsável por integrar a comunidade no processo de gestão da saúde local (COELHO, 2007).

De acordo com Junior (1998) o SUS foi regulamentado e aperfeiçoado pelas leis 8.080/90, 8.142/90 e, de forma mais enfática, pela NOB 01/93. A lei 8.080/90 estabeleceu critérios para nortear as ações e serviços de saúde com base em princípios como universalidade, igualdade, integralidade, participação popular e descentralização político-administrativa, além de dispor sobre as formas de organização do SUS (JUNIOR, 1998). A lei 8.142/90 reeditou o artigo que versava sobre a participação da comunidade – antes vetado pela lei 8.080/90 – e instituiu a figura dos conselhos municipais, estaduais e federal, bem como a realização de conferências nacionais de saúde. Ademais, promoveu maior autonomia a estas instâncias lhes concedendo o direito de instituir, via regimento interno, suas normas e atribuições (MOREIRA; ESCOREL, 2005). Outro mecanismo normativo aplicado aos conselhos foi a Resolução nº. 333/2003, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde, na sua quarta diretriz, inciso X, responsável por abordar a questão do conteúdo a ser destacado nas prestações de contas, qual seja: andamento da agenda de saúde pactuada; relatório de gestão; montante, fonte e forma de

aplicação dos recursos aplicados; auditorias iniciadas e concluídas no período; oferta e produção de serviços na rede assistencial. Ademais, cumpre-se destacar a alteração de periodicidade de entrega das prestações de contas, agora quadrimestralmente, recepcionada pela resolução do CNS, 453/2012 – quarta diretriz, inciso X.

## 2.2 Prestações de contas e os aspectos qualitativos da informação

De acordo com Campos (1990) para que se possa discutir a questão da accountability no setor público é preciso que antes os cidadãos se organizem de modo a fiscalizar as ações governamentais. Além disso, a autora considera que para ocorrer tal organização é preciso também que o cidadão seja consciente de seus direitos. Portanto, para que haja meios para inserção da accountability – atuação dos cidadãos no sentido de buscar e incentivar canais para controle das ações governamentais –, a população deve ser considerada como tutora das ações do Estado e não tutelada (CAMPOS, 1990).

Ainda na concepção da autora, a tentativa de conceituar claramente o termo accountability é uma tarefa difícil, mas a ideia por ela extraída se remete, na sua visão, à abordagem de Frederick Mosher (1968), e diz respeito à responsabilidade objetiva ou obrigação de responder por algo. Sob esta perspectiva, Campos (1990, p. 3) considera que existe um “elo entre accountability e a necessidade de proteger os cidadãos da má conduta burocrática”. Logo, caso haja este tipo de conduta, a responsabilidade pela sua prática deve ser invocada e punida.

Pinho e Sacramento (2009) após levantamento realizado em dicionários da língua inglesa, buscaram compilar uma síntese do termo. Os autores consideram que a accountability é a obrigação e a respectiva responsabilização dos indivíduos que ocupam cargos e tem o dever de prestar contas – atendendo a leis e normativos. Eles destacam, ainda, a possibilidade de sanções para o não cumprimento dos padrões estabelecidos. Oliveira (2004) afirma que a expressão accountability pode ser entendida como um processo onde a responsabilização objetiva e subjetiva das instituições e de seus respectivos responsáveis pode ocorrer. Adicionalmente, o autor considera que esta responsabilização ocorre em virtude do controle exercido pela organização da sociedade, sob a forma de espaços públicos democráticos.

As características qualitativas da informação são aspectos importantes para que os usuários possam compreender as informações contidas em relatórios, demonstrações e, no caso em questão, as prestações de contas da saúde. Além disso, cabe enfatizar que não basta apenas apresentar informações, é preciso fomentar a geração de informações úteis – de forma a mitigar aquelas que em nada contribuam para a tomada de decisão, pois estas podem, eventualmente, até prejudicá-la. É com esta visão que se considera a necessidade das informações estarem revestidas de qualidade (CAMPELO, 2012).

De acordo com o *Financial Accounting Standards Board* (FASB, 1980), por meio do *Statement of Financial Accounting Concepts* (SFAC) nº 2, *Qualitative Characteristics of Accounting Information*, as características qualitativas representam os insumos que constituem informação contábil útil para seus usuários. No entanto, o mesmo organismo considera que existe uma restrição geral destas características, pois ao avaliar a relação de custo/benefício de algumas delas verifica-se um custo superior à produção de benefícios que podem ser gerados em virtude da sua elaboração.

A definição das características qualitativas, por parte de alguns organismos, não necessariamente segue a mesma ótica ao afirmar quais são as mais importantes. O FASB (1980) – SFAC nº 2 – considera as seguintes características, quais sejam: compreensibilidade, relevância – que depende do valor preditivo, do valor como *feedback* e da oportunidade da informação – confiabilidade e sua respectiva verificabilidade, a fidelidade de representação, a neutralidade da informação e a comparabilidade. Por fim, considera a materialidade da informação contábil como um limite para reconhecê-la.

O *International Accounting Standards Board* (IASB, 1998), por meio do *Framework for the Preparation of Financial Statement*, elencou as seguintes características: compreensibilidade, confiabilidade – revestida pela representação fiel – primazia da essência sobre a forma, neutralidade, prudência e integralidade da informação; relevância – considerando o valor preditivo – o valor como *feedback* e a materialidade da informação contábil, e, por fim, a comparabilidade.

Já o IFAC (2013) mesmo baseado nas características elencadas pelo IASB, anteriormente, considera quatro características como as mais importantes, a saber: compreensibilidade, relevância – incluindo a materialidade com característica intrínseca –, confiabilidade e comparabilidade. O CPC 01 (R1) ao elaborar a estrutura conceitual para divulgação e elaboração dos relatórios contábil-financeiros elenca as características qualitativas de forma diferenciada. Neste sentido, a entidade as separa em dois blocos, a saber:

- i) características qualitativas fundamentais: relevância e representação fidedigna – consideradas as mais críticas;
- ii) características qualitativas de melhoria: comparabilidade, verificabilidade, tempestividade e compreensibilidade – consideradas menos críticas, porém bastante desejadas.

Ainda com relação ao CPC 01 (R1) vale destacar que a característica antes denominada pelos organismos contábeis como confiabilidade passa a ser representação fidedigna. Não obstante, lançou-se mão também da característica qualitativa prudência, ancorada no aspecto de representação fidedigna, sob o argumento de que esta seria inconsistente com a neutralidade. Por outro lado, cumpre salientar o fato da característica qualitativa materialidade, em consonância com IFAC (2013), estar dentro da relevância.

A justificativa para essa questão pode ser dada pelo CPC 01 (R1) (2013, p. 17) quando este afirma que “a materialidade é um aspecto de relevância específico da entidade baseado na natureza ou na magnitude, ou em ambos, dos itens para os quais a informação está relacionada no contexto do relatório contábil-financeiro de uma entidade”. Logo, a omissão das informações contidas nos indicadores e eventuais distorções podem influenciar nas decisões – motivando, assim, a sua como consideração como material.

### 3. DESENHO METODOLÓGICO

A pesquisa permeia duas abordagens distintas, porém, relacionáveis. A amplitude de participação social e a prestação de contas – a última de acordo com a perspectiva dos aspectos qualitativos da informação contábil. Essas duas abordagens tiveram como objeto de estudo o Conselho Estadual de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul. A motivação para a escolha deste Estado se deu em virtude de estudos anteriores tanto na parte da qualidade dos relatórios de prestações de contas (GONÇALVES et al., 2010; GONÇALVES et al., 2011; REZENDE, 2013; GONÇALVES et al., 2014) quanto na de amplitude de participação social (SILVA, 1999; GONÇALVES, GONÇALVES, WEFFORT, 2005) terem abarcado outras regiões.

Para avaliar a possibilidade de a amplitude de participação social incrementar o nível de divulgação das prestações de contas são requeridos aspectos metodológicos diferenciados e complementares. Oportunamente, salienta-se que a pesquisa detém cunho necessariamente qualitativo em ambas. Inicialmente é possível classificar o estudo da amplitude da participação social, quanto ao método, como estudo de casos múltiplos. Este método pode ser considerado como forma de se fazer pesquisa social empírica com o intuito de investigar um fenômeno inserido no seu contexto local e real (YIN, 2011). Nesse sentido, buscou-se avaliar o Conselho Estaduais de Saúde (CES) de Mato Grosso do Sul com foco na dimensão de amplitude de

participação social e na dimensão histórica<sup>1</sup> utilizando, parcialmente, um instrumento de pesquisa desenvolvido por Silva (1999), sustentado teoricamente em Rifkin et al. (1989) e Demo (2001). As duas dimensões citadas possuem quatro indicadores, a saber: *avaliação das necessidades, liderança; mobilização de recursos e implantação de departamentalização*.

As duas frentes – amplitude de participação e dimensão histórica – buscam avaliar tendência da amplitude de participação social dos conselhos. Por conseguinte, os elementos necessários para esta finalidade perpassam a figura dos conselheiros e de documentos que forneçam suporte à proposta deste trabalho. Portanto, foram empregadas para a coleta de dados as técnicas de entrevistas semiestruturadas (GUBER, 2011) – aplicadas aos conselheiros estaduais de saúde – e documental (GIL, 2008) – a partir das atas das reuniões plenárias, respectivamente. A investigação da amplitude da participação da comunidade foi montada de modo a elencar quatro níveis (escalas) de participação social, quais sejam: *ampla, aberta, média e restrita* (SILVA, 1999).

No tocante à qualidade da informação trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva que tem como foco descrever qualidade da informação dos relatórios de prestação de contas da Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul. Para consecução desse objetivo foi utilizado um instrumento de pesquisa, criado por Gonçalves *et al.* (2010), que avalia as características qualitativas informação contábil – ancorado em Hendriksen e Van Breda (1999), e Glautier e Underdown (1994). O instrumento foi atualizado em virtude CPC 00 (R1) e apresentou novamente três dimensões, mas de forma reorganizada, a saber: dimensão da *relevância*, incluindo a subdimensão *materialidade*; dimensão da *representação fidedigna* e a dimensão da *tempestividade*. Destaca-se que demais características qualitativas não presentes no instrumento não puderam ser operacionalizadas de acordo com os aspectos apresentados nos relatórios, portanto, não mencionadas.

Além das dimensões, o instrumento é composto de 13 variáveis, segundo Gonçalves *et al.* (2011, p. 663), classificadas de quatro maneiras, a saber:

- (1) *Restrita* – quando a informação requerida não é divulgada;
- (2) *Baixa* – quando a informação requerida não é divulgada, contudo, o gestor manifesta intenção e passar a divulgar;
- (3) *Média* – quando o gestor divulga a informação requerida, mas não o faz de forma completa, segundo os critérios estabelecidos no instrumento de evidenciação; e, por fim,
- (4) *Ampla* – quando o gestor divulga a informação requerida de forma completa segundo os critérios do instrumento.

Os dados coletados<sup>2</sup> para esta pesquisa compreenderam o período de 2011 a 2013. Como justificativa para a escolha do período buscou-se analisar o último governo (2011-2014) do Estado em questão, no sentido de verificar, via prestação de contas, a aplicação de recursos públicos para área da saúde, considerando ações empregadas pelo gestor com o objetivo de atender às necessidades da sociedade. Nesse sentido, entende-se que o relatório de prestação de contas deve apresentar a forma como está sendo gerida a saúde. Por esta razão, buscou-se analisar a gestão de 2011 a 2014 com o intuito de obter maior de homogeneidade nas ações praticadas pelo governo, dado que, em tese, a forma de conduzir as ações do Estado teria uma linha defina. Ressalta-se, ainda, que nem todos os dados relativos às prestações de contas de 2014 estavam disponíveis para análise desta pesquisa. A razão pela qual não foi possível avaliar o ano de 2014 está imbricada na questão de os relatórios não terem sido disponibilizados

<sup>1</sup> A dimensão histórica está baseada no conceito de sedimentação histórica de Gramsci (1981), ou seja, em toda a trajetória do CES, para que seja possível entender como se deu a sua formação ao longo do tempo.

<sup>2</sup> Exceto para as atas das reuniões plenárias e entrevistas que compreendem um corte longitudinal maior para análise da dimensão histórica.

tempestivamente, bem como não terem sido avaliados para emissão de pareceres, por parte do CES, sobre as contas apresentadas.

#### 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

##### 4.1 Amplitude de participação social do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul

A dimensão histórica por meio do indicador *implantação e departamentalização* objetiva verificar questões relacionadas ao processo de como se deu a implantação do CES, como este se organiza em novas estruturas, como integra novos temas de saúde e que mudanças ocorreram desde a implantação (SILVA, 1999).

A dimensão do estudo de amplitude de participação social compreende indicadores ligados a *avaliação de necessidades, liderança e mobilização de recursos* – todos responsáveis por constituir a subdimensão de tradução de demandas (SILVA, 1999). O primeiro indicador – *avaliação das necessidades* – verifica quais atores fazem parte do diagnóstico das necessidades de saúde, o quanto estes participam e como identificam alguma necessidade (SILVA, 1999). O objetivo é verificar como as necessidades advindas da saúde são recepcionadas pelos CES, bem como se abordam questões ligadas exclusivamente à matéria de saúde. Outro indicador – *liderança* – considera o quanto os conselhos de saúde atendem às demandas da sociedade, os interesses que representam e as eventuais melhorias inseridas no processo deliberativo do CES (SILVA, 1999). Sendo assim, os objetivos desse indicador estão alinhados à ideia de verificar se a liderança existente no CES responde às necessidades da comunidade e, por consequência, produz melhorias para ela.

Por fim, o indicador de *mobilização de recursos* é responsável por analisar qual a medida de apoios obtidos que não estão diretamente vinculados à política de saúde local, quais os interesses responsáveis pela destinação de recursos e, por fim, qual é a contribuição da comunidade na alocação de recursos (SILVA, 1999). Nesse caso, objetiva-se verificar, na percepção dos conselheiros, se os governos federal, estadual e municipal garantem que os recursos previstos no orçamento sejam repassados, bem como se sua distribuição está de acordo com o Plano Estadual de Saúde. O quadro apresenta a tendência dos indicadores mencionados para o CES/MS.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	INDICADORES	TIPOLOGIA DA PARTICIPAÇÃO
Histórica	Histórico (Demo 2001 e Rifkin et al, 1989)	Implantação e Departamentalização	Média
Amplitude de participação	Tradução de demandas (Rifkin et al, 1989 Demo, 2001)	Avaliação de necessidades	Aberta
		Liderança	Média
		Mobilização de Recursos	Média

**Quadro 01** – Resultados da Amplitude de participação.

**Fonte:** elaborado pelos autores.

A tendência *média* para o indicador *implantação e departamentalização* significa dizer que o Conselho foi implantado pelos serviços de saúde, mas passou a ser plenamente ativo. Resultado similar foi encontrado na pesquisa realizada por Silva (2005, p. 114) relativo ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. A autora considera que para o CMS/POA a categorização “tende a ter uma amplitude de participação classificada, segundo as categorias teóricas, como *média*, uma vez que foi criado por lei e à medida que surgem novos assuntos organiza-se uma comissão ou grupo para estudar o tema”. Destaca-se ainda que a população chegou a acompanhar a criação e até participar das discussões, mas sem culminar na criação do mesmo. Logo, o Conselho também acabou sendo implantado por imposição legal. Todavia, em momentos pontuais passou a cooperar com outras organizações da comunidade, a exemplo de

universidades federais, FUNASA, entidades civis que trabalham com movimentos sociais dentre outros. Por fim, em relação ao indicador *implantação e departamentalização*, relembra-se o pensamento levantado por Copatti (2010) – o Conselho deve se estruturar no sentido de construir o esqueleto da sociedade civil organizada. Guerreiro (1992) aponta que “a gestão corresponde analiticamente ao processo de planejar, executar e controlar. Os gestores, portanto, não devem se limitar apenas à execução das atividades sob sua responsabilidade, mas também planejá-las e controlá-las”. No caso da gestão da saúde também não se pode furtar aos preceitos elencados, sob pena de ocorrer um distanciamento desta instância participativa em relação ao que está acontecendo do dia a dia da saúde.

O indicador *avaliação das necessidades* apresentou tendência *aberta* em Mato Grosso do Sul. Uma das principais características motivadoras desta tendência tem como base a questão de os Conselhos possuírem múltiplos canais para avaliar quais são as necessidades da população em seus respectivos Estados. Dentre essas é possível destacar a *avaliação das necessidades* a partir dos conselheiros, comissões de monitoramento, mídia, ouvidoria, conselhos locais, fóruns, conferências regionais, planos de trabalho das secretarias, Planos Estaduais de Saúde dentre outros. Para Silva (2005) o indicador avaliação das necessidades possibilita que se enxergue o fato das pessoas intervirem no planejamento ou diagnóstico da saúde. Tendo como referência a ótica apresentada pela autora é possível perceber que no caso de Mato Grosso do Sul a comunidade pode participar de maneira direta ou indireta no planejamento ou diagnóstico.

Como exemplo da intervenção direta das pessoas cita-se o caso dos conselhos locais de Mato Grosso do Sul que estão inseridos também em hospitais da rede pública. Os relatos das entrevistas mostraram que os pacientes poderiam pautar discussões no CES a partir de reclamações ou sugestões. Com respeito à intervenção indireta se tem, por exemplo, as questões abordadas no Plano Anual de Trabalho da Secretaria de Saúde que são discutidas pelo Conselho como necessidades da comunidade, previamente levantadas pelo governo. Por outro lado, destaca-se a questão dos Conselhos estabelecerem hierarquia de prioridades na avaliação das demandas da saúde – característica encontrada por Silva (1999) no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. A referida hierarquia é importante para os Conselhos pois filtra as demandas de modo a avaliar a sua prioridade e, por consequência, destiná-la às comissões adequadas, quando necessário. A partir dos canais de avaliação das necessidades da comunidade e da maneira como estas são tratadas pelo Conselho, de maneira geral, é possível considerar que os mesmos representam os anseios da comunidade pelo fato de conhecerem as suas necessidades (características da tendência *aberta*).

Em relação ao indicador *liderança* e sua tendência *aberta* parte-se da visão de Likert (1975) sobre o sistema consultivo em que a liderança estabelece uma relação de confiança entre os membros, inclusive indicando apoio dos líderes aos demais nas decisões que são tomadas pelo grupo. Ainda nessa linha, Likert (1979), já em outra obra, argumenta que existe comunicação entre o que ele denomina de escalões mais altos e mais baixos. Para o caso dos Conselhos de Saúde o que poderia ser chamado de escalão mais alto seriam as discussões das plenárias para debater sobre as decisões da instância participativa, no que se refere às necessidades de saúde da população. Em relação ao escalão mais baixo pode-se considerar a figura do conselheiro, de forma individual ou em pequenos grupos, e sua respectiva atuação em conformidade com as perspectivas das entidades as quais representam, bem como as discussões das necessidades da saúde nas comissões e grupos de trabalho. Dentro desse cenário ficou demonstrado no Conselho que existem lideranças, principalmente do segmento usuários e trabalhadores, que orientam tanto as discussões das comissões quanto o processo decisório das reuniões plenárias – a partir de contribuições realizadas.

Demo (2001) considera que existem líderes os quais se apresentam de maneira muito natural, que não fazem esforços para revelar características de comando. Sob essa ótica, foi possível perceber que os Conselhos possuem indivíduos com essa característica, ora com o

presidente do CES, ora com demais. A presença desse tipo de liderança, de acordo com os relatos das entrevistas, contribui para a organização dos trabalhos no Conselho e para o processo decisório, pois os líderes norteiam os demais em determinadas situações. Por outro lado, ainda foram verificados líderes vitalícios, o que apresenta duas facetas. Na primeira delas, Silva (2005, p. 121), considera que “este tipo de liderança possui características negativas, podendo ser uma forma de reinventar o coronel, devido à falta de preparação de um sucessor local”.

Já a segunda apresenta a visão de que a experiência dos conselheiros vitalícios pode contribuir para a tomada de decisão do CES. Likert (1979) considera que no processo decisório o líder utiliza todos os seus conhecimentos disponíveis tanto para orientar o nível de alto escalão quanto o de baixo escalão – já abordados anteriormente no tocante à sua adequação ao ambiente dos CES – na discussão das metas e prioridades estabelecidas. Dessa forma, ao considerar que a experiência pode auxiliar no processo decisório do CES encontra-se, também, uma característica positiva para as lideranças vitalícias. A tendência *aberta* para o indicador liderança confere ao CES/MS, característica de ativos, portanto, com iniciativa.

Por fim, em relação ao indicador *mobilização de recursos* verificou-se uma tendência *aberta*. A motivação para essa tendência se justifica por haver contribuição periódica da União, Estado e Municípios, cuja fiscalização por parte de CES é realizada, ou seja, procura-se acompanhar a utilização de gastos da saúde. O resultado encontrado por Silva (2005) para o CMS/POA foi similar ao encontrado no CES/MS. No Conselho existe fiscalização da aplicação dos recursos e conforme aspectos apresentados nos resultados existem problemas nos percentuais repassados pelos Estados e pelos Municípios. Em relação ao primeiro – repasse do Estado – não foi cumprida a meta de aplicação dentro dos 12% constitucionais. Em Mato Grosso do Sul boa parte dos municípios aplicam entre 20% e 25% das suas receitas com saúde e ainda sim, na fala dos conselheiros, seriam necessários mais recursos para atender às demandas da comunidade. Em relação aos repasses do governo federal, mesmo não havendo percentual específico a ser aplicado, verificou-se que existem repasses periódicos, mas que ainda são insuficientes, segundo os conselheiros, para atender a todas as demandas de saúde nos Estados.

#### 4.2 Análises das dimensões da Relevância, Representação Fidedigna e Tempestividade nas prestações de contas da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul

A avaliação dos aspectos qualitativos da informação contábil, neste primeiro momento, está focada nas variáveis que compõem a dimensão da *relevância*, *representação fidedigna* e *tempestividade*. O quadro 02 apresenta a tendência para as referidas variáveis no Estado de Mato Grosso do Sul. Diante disso, foram destacadas algumas variáveis da qualidade da informação no sentido de descrever este panorama.

Estado	Dimensão	Variável	Tendência das variáveis														
			1º/2011	2º/2011	3º/2011	4º/2011	2011	1º/2012	2º/2012	3º/2012	2012	1º/2013	2º/2013	3º/2013	2013	2011 a 2013	
MATO GROSSO DO SUL	Relevância	Variável (1)	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	
		Variável (2)	Restrita	Média	Média	Média	Média	Média	Ampla	Ampla	Média	Ampla	Média	Média	Média	Média	Média
	Materialidade	Variável (3)	Média	Média	Média	Ampla	Média	Ampla	Ampla								
		Variável (4)	Média	Média	Média	Média	Média	Ampla	Ampla								
		Variável (5)	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Média	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita
		Variável (6)	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Média
	Representação Fidedigna	Variável (7)	Restrita	Média	Média												
		Variável (8)	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Média	Média	Restrita	Média	Média	Média	Média	Média	Média
		Variável (9)	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Ampla	Ampla							
		Variável (10)	Restrita	Restrita	Restrita	Ampla	Restrita	Ampla	Ampla								
	Tempestividade	Variável (11)	Média	Ampla	Ampla												
		Variável (12)	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita	Restrita
		Variável (13)	Média	Média	Média	Média	Média	Média	Restrita	Restrita							

**Quadro 02 – Resultado das tendências da qualidade da informação das prestações de contas.**

Fonte: elaborado pelos autores.

A tendência para a dimensão da relevância no caso da SES/MS foi considerada *média*. Por oportuno, cumpre-se destacar que a Secretaria de Saúde apresentou uma situação

curiosa em seus relatórios, no sentido de que não foram evidenciadas previsões de recursos para o ano seguinte (var01), mas houve comparação posterior com a “previsão orçamentária” realizada anteriormente. Ocorre que apesar não terem sido abordadas metas e objetivos para o ano seguinte, fato que não permite o devido planejamento do CES e dos profissionais da saúde, foram realizados, no exercício corrente, confrontos entre o previsto e executado (var02). Gonçalves *et al.* (2013, p. 32) encontraram resultado semelhante e o atribuíram a uma provável “falta de comprometimento por parte do gestor público, haja vista que os aspectos complementares como as metas e objetivos futuros deixam de ser evidenciados para em um momento posterior apresentá-los a partir dos resultados já obtidos”.

As informações relativas à programação de ações de saúde para o exercício seguinte podem auxiliar o conselheiro de saúde a não só entender como está sendo desenvolvido o planejamento da saúde, mas também propor melhorias a partir de intervenções e diálogo com os responsáveis pela da gestão da saúde pública. Dessa forma, esse tipo de informação se torna importante para a consecução do planejamento e, por consequência, do controle da gestão da saúde. De acordo com Gonçalves *et al.* (2011) a ausência de informações como essas compromete qualquer reivindicação ou planejamento por parte do Conselho, bem como de profissionais ligados a saúde, pois para diminuir ou aumentar determinado montante de recursos a ser aplicado é preciso verificar na prestação de contas a sua previsão. Ademais, o referido panorama não permite que tanto a sociedade quanto os conselheiros possam acompanhar as metas, objetivos e prioridades determinados pela Secretaria Estadual de Saúde em face da programação orçamentária do ano seguinte (GONÇALVES *et al.*, 2013).

A *materialidade* pode ser vista como requisito mínimo necessário para que a informação possa ser útil para o usuário da informação (GLAUTIER; UNDERDOWN, 2001). Logo, caso a informação seja útil pode-se dizer que a mesma passa a ser material (HENDRIKSEN; VAN BREDA, 2012). Para os relatórios de prestação de contas o que se considera em termo de utilidade da informação é se os recursos aplicados foram apresentados de acordo com programas e ações determinados para saúde (var03), bem como discriminados por fonte recursos (var04). Os relatórios da SES/MS apresentaram evolução relativa à evidenciação da aplicação de recursos, inclusive indicando fontes, ao longo do intervalo de 2011 a 2013, chegando, assim, a uma tendência *ampla* em ambas. Diante disso, é possível considerar que os conselheiros de saúde possuem informações materiais para avaliar se ações do gestor da saúde estão alinhadas ao que foi previsto na Programação Anual da Saúde, inclusive em relação ao Plano Estadual de Saúde, bem como para verificar se os percentuais de recursos repassados pelos os entes federativos efetivamente estão sendo cumpridos. As referidas análises permitem que seja exercido controle social da saúde, pois na medida em que os conselheiros e sociedade são mais vigilantes, e as informações consideradas matérias são divulgadas, é possível propor melhorias para a gestão da saúde. Além disso, citam-se, ainda, outras duas características importantes para que as informações sejam materiais nos relatórios de prestação de contas, no caso a participação do conselho no sentido apresentar sugestões de melhoria, em seus pareceres, para que sejam acatadas pelo gestor da saúde (var05) e a apresentação de metas e objetivos que a Secretaria de Saúde tem para conduzir a gestão da saúde no ano seguinte (var06). Para as duas características apresentadas a tendência considerada foi *restrita*.

Para a primeira questão apresentada – sugestões de melhoria à SES – os relatórios de prestação de contas da SES/MS apresentaram tendência *restrita*, o que indica o não atendimento das sugestões de melhoria propostas pelos conselheiros de saúde. Nesse caso, é possível supor que mesmo na hipótese de os conselheiros buscarem o controle social, este não parece ser efetivo, pelo menos para o quesito, ora abordado, pois o gestor não apresenta compromisso em atender e solucionar eventuais problemas elencados nos pareceres dos CES/MS. Além disso, é possível inferir que o panorama apresentado pode caracterizar a participação que a sociedade possui nas ações voltadas para à saúde (GONÇALVES *et al.*,

2011). Vale ressaltar que apesar de algumas metas terem sido apresentadas nas prestações de contas não havia controle comparativo as metas do ano anterior com o exercício corrente.

A avaliação da dimensão da Representação Fidedigna envolve aspectos ligados à confiabilidade que os relatórios de prestação de contas transmitem aos conselheiros de saúde – a partir da conversão das ações praticadas pelo gestor em números e informações presentes nestes relatórios. Portanto, importa saber se foram divulgadas prioridades para utilização dos recursos (var07), se houve remanejamento dos mesmos (var08), pois estas são informações que permitem ao usuário da informação (conselheiros e sociedade) avaliar a utilização dos recursos em virtude das necessidades mais prioritárias da sociedade, sobretudo se houver diminuição das receitas previstas para a saúde. Logo, neste último caso os remanejamentos devem ser realizados de acordo com a necessidade da saúde e não em virtude de uma mera indicação do gestor, pois é preciso que o Conselho aprove. Além disso, para se ter confiabilidade da informação é preciso também que os recursos previstos no PPA (var09) suportem a aplicação de recursos para as necessidades da saúde. Outro ponto é o reconhecimento nas prestações de contas de que determinados aspectos relativos à gestão da saúde precisam ser melhorados (var10). Por fim, para que a informação dos relatórios de prestações de contas seja confiável é preciso que atenda à legislação aplicável em todos seus pontos (var11).

No Estado de Mato Grosso do Sul o resultado apresentou uma tendência *média*. A motivação para esta categorização se deu em virtude das informações contidas nos relatórios de prestações de contas da SES/MS possuem nível de confiabilidade *médio* e, por conta disso, podem contribuir para o exercício do controle social das ações do Estado. Nesse sentido, apresentam-se alguns fatores que motivaram a referida categorização: a) divulgação de pontos de melhoria na gestão da saúde, atendimento de boa parte da evidenciação de informações requeridas na legislação, divulgação parcial de remanejamentos de recursos e a divulgação de montantes alocados na saúde em consonância com a vigência do PPA.

A avaliação da dimensão da tempestividade nos relatórios de prestação de contas está focada em dois aspectos. O primeiro deles diz respeito a menção da data em que será disponibilizado o próximo relatório de prestação de contas. Já o segundo se refere a data de entrega dos relatórios de prestações de contas ao CES, por parte da Secretaria de Saúde. Os dois aspectos permitem identificar se as informações sobre a gestão da saúde são consideradas relevantes, pois caso estejam disponíveis oportunamente, de forma a subsidiar o processo decisório no Conselho, podem ser consideradas de tal maneira.

A tendência para a SES/MS, em relação aos aspectos apresentados, foi considerada *restrita*. Isto indica que a Secretaria de Saúde, pelo menos para o período analisado, com respeito aos aspectos abordados, não tem subsidiado o processo decisório do Conselho de forma adequada. Como justificativa é possível citar dois aspectos: i) não há menção a data em que próximo relatório será disponibilizado; e ii) descumprimento do prazo legal de entrega dos relatórios e a disponibilização das datas de entrega. Em relação ao primeiro aspecto avalia-se, novamente, que existe impossibilidade de se planejar o calendário de atividades citado por Gonçalves *et al.* (2013). Em relação ao segundo aspecto tem-se o fato de que a informação contida nos relatórios pode perder a capacidade de fornecer meios para que os conselheiros de saúde possam intervir ou propor melhorias, de forma tempestiva, para determinados programas ou ações da saúde.

### **4.3 Amplitude da participação social do CES/MS e a Qualidade da Informação das Prestações de Contas da SES/MS**

A partir da análise das entrevistas dos conselheiros, atas, demais documentos e da qualidade dos relatórios de prestações de contas, e seus pareceres, acredita-se ter montado um mosaico para dar resposta ao problema desta pesquisa – relativo à possibilidade da amplitude de participação social incrementar a qualidade da informação dos relatórios.

Diante disso, são destacados alguns elementos para discutir a questão posta. Com respeito à *avaliação das necessidades* da comunidade tem-se nas prestações de contas a oportunidade de verificar se aquilo que foi levantado como uma necessidade, efetivamente está recebendo alocação de recursos para ser atendida, bem como se está alinhada ao Plano Estadual de Saúde. Para o caso da SES/MS é possível afirmar que houve evolução com respeito à divulgação dos montantes alocados na saúde, em consonância com o PPA e PES. Outro fator está ligado a questão da divulgação de remanejamentos realizados pelo gestor, que em alguns períodos foram apresentados e em outros não, mas de forma geral também houve uma evolução. Fatores como esses permitem ao conselheiro realizar acompanhamento dos recursos que serão aplicados, de modo que, quando necessário, possa propor melhorias ou adequações tendo como ponto focal as diretrizes do PES (GONÇALVES et al., 2011). Sob essa ótica, entende-se que existem indícios de que os relatórios, mesmo com as restrições relativas à sua qualidade abrem espaço ou condição um pouco mais favorável para o exercício do controle social praticado pelo CES/MS.

Ainda com relação ao primeiro indicador – *avaliação das necessidades*, com tendência *aberta*, onde o CES representa a comunidade e avalia suas necessidades – se analisado a partir de uma comparação com as variáveis: 09 (previsão de recursos para os exercícios compreendidos no PPA para a área da saúde – divulgação obrigatória), 10 (divulgação dos pontos que necessitam de melhorias – divulgação voluntária) exibem cenário mais propício ao cumprimento das atribuições legais dos conselheiros, dado que existem subsídios melhores para avaliação da gestão da saúde. O que se tem como ganho a partir da divulgação de recursos compreendidos na vigência do PPA é que o planejamento das atividades dos conselheiros, inclusive no sentido propor melhorias e adequações, possui mais informações para ser desenvolvido.

Já o indicador – *mobilização de recursos* – indica um cenário visto como contraditório. Ocorre que apesar dos recursos serem apresentados por programas e ações, inclusive indicando as fontes de recursos, a fiscalização do CES não se mostra atuante, fato que remete a uma tendência *média* para o indicador em epígrafe – existe repasse periódico da União, Estado e Municípios, mas a população não participa de forma a controlar os gastos da saúde pública.

No indicador *liderança* constatou-se que o gestor da saúde atua de maneira independente em relação ao CES, ou seja, de forma autoritária. Isto fica mais claro quando se analisa a categoria teórica intermediária “gestor não homologa as deliberações do CES”. Contudo, há que se destacar iniciativas pontuais de divulgação voluntária por parte do gestor. É o caso da variável 10 – *ampla* – divulgação de pontos que necessitam de melhoria (informação voluntária). Ocorre que apesar do gestor atuar de forma independente, os relatórios de prestação de contas apresentam a divulgação de pontos que necessitam de melhoria. Todavia, a divulgação desses aspectos não garante que as mudanças sejam efetivadas.

Por fim, ressalte-se a questão do gestor divulgar informações além do que foi imposto por legislação. Sendo assim, a divulgação dos aspectos de voluntários enfatiza uma participação social mais qualificada por parte do CES, visto que há incentivos para fazer com que o gestor possa divulgá-los voluntariamente. Na esteira dessas evidências, vale mencionar que no Estado de Mato Grosso do Sul se configura um ambiente de maior cooperação entre as instâncias de poder no sentido de compelir o gestor a ser mais transparente. No entanto, ainda é preciso buscar maior amplitude da participação, pois ainda há elementos para serem desenvolvidos no ambiente de controle social da saúde em Mato Grosso do Sul.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No CES/MS verificou-se que o mesmo foi imposto por legislação, mas passou a ser plenamente ativo e com iniciativa, além de apresentar iniciativas pontuais de cooperação com

outras organizações da comunidade. Por outro lado, constatou-se que o Conselho representa a comunidade e avalia as suas necessidades por múltiplos canais. Em relação à liderança o CES funciona sob um gestor estadual de saúde independente – pois, por vezes, as deliberações não são homologadas; recebe contribuições periódicas dos entes federados, mas a comunidade não participa do controle de gastos. O panorama de amplitude de participação exposto no Conselho, por exibir tendência *média*, apresenta-se como passível de melhorias. Para Amorim (2007, p.366) “a participação da população constitui um pressuposto decisivo para o fortalecimento das instituições políticas e das organizações sociais, uma vez que favorece a competência cívica e a eficácia política, conceitos que se referem à capacidade do indivíduo de influenciar o processo decisório”. Na esteira desse pensamento, verificou-se que ainda há necessidade de evolução em todos os indicadores de amplitude de participação social para alcançar o fortalecimento das instituições políticas, organizações sociais e demais atores do controle social da saúde.

Como forma de destacar principais pontos apresentados no Conselho é possível mencionar, por exemplo, a não participação da população no controle dos gastos com saúde. Por outro lado, destaca-se positivamente a avaliação das necessidades, pois existe a figura de Fóruns específicos para os seguimentos (usuários, gestores, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde), responsáveis por captar, discutir – previamente – e levar as demandas para o CES. Além disso, atuam, de forma complementar, na avaliação e acompanhamento das necessidades de saúde da sociedade.

A qualidade da informação dos relatórios nos aspectos da *relevância e materialidade* da informação apresentaram tendência *média*. Como forma de exemplificar a tendência cita-se o fato de ter apresentado metas e objetivos apenas em alguns momentos. Além disso, houve evidenciação dos recursos aplicados com suas respectivas fontes (tendência *ampla*). A dimensão da *representação fidedigna* da informação apresentou tendência *média*. No caso da dimensão da tempestividade verificou-se o pior cenário, pois os relatórios da Secretaria além de não serem encaminhados, por vezes, dentro do prazo legal, não mencionavam a expectativa de disponibilização do relatório seguinte. Duas observações devem ser realizadas em relação a esse ponto: a) informações que não são apresentadas de maneira oportuna perdem a sua relevância, pois em nada contribuem para o processo decisório do CES; e b) o Conselho perde a capacidade de avaliar as ações da SES (GONÇALVES et al., 2011). De forma geral, a evidenciação das variáveis elencadas no instrumento chegou a um nível de divulgação de 69%, inclusive apresentando aspectos de divulgação voluntária por parte do gestor da saúde. Todavia, em determinados aspectos existe necessidade de melhoria – considerando maior controle social.

Em princípio, como dito anteriormente, é necessário discutir o ambiente de controle social existente no Estado de Mato Grosso Sul, pois a visão deste panorama pode auxiliar na compreensão da amplitude de participação média/aberta possibilitar maior qualidade dos relatórios de prestações de contas. Diante disso, foram verificados os seguintes aspectos relativos ao controle social: a) parceria do CES com outros atores sociais; b) realização de debates e encontros com outros atores sociais; c) busca por fornecimento de estrutura de trabalho dos conselhos saúde; d) formulação de ações para a saúde inserindo outros atores sociais; e) falta de conhecimento da população em geral sobre o que é controle social; f) busca pelo fortalecimento do controle social no estado; g) CES atuante, inclusive reprovando RAGs.

Em razão dos fatos expendidos até então salienta-se a necessidade, justamente, de se discutir sobre meios para que o ambiente de controle social, de fato, possa começar a ser trabalhado com o objetivo de tornar a participação social efetiva e com espaço para que a qualidade da informação dos relatórios possa, em determinado momento, ser incrementada. Assim, são propostas as seguintes contribuições ao cenário encontrado na pesquisa: a) criação de mídias sociais específicas para os órgãos de controle social no sentido de promover aproximação com a sociedade civil; b) Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de controle social envolvendo as instâncias de poder ligadas a essa conjuntura (ex: MPF, MPU,

TCE, TCU, Procuradorias, Ministério da Saúde dentre outras entidades); c) criação de Promotorias da Saúde, constituídas por magistrados, promotores, procuradores e médicos da saúde pública para discutir e racionalizar temas como a judicialização da saúde e suas várias derivações, bem como atuar para evita-la; d) criação de Ouvidoria próprias para avaliação das necessidades da população; e, e) promoção da Accountability Digital. Ainda com relação às propostas, vale ressaltar que cada uma delas pode ser explorada como ponto de partida para pesquisa futuras.

Por fim, entende-se que a amplitude de participação social do CES/MS pode incrementar a qualidade dos relatórios de prestações de contas da SES, sobretudo quando existe ambiente de controle social minimamente propício para tal.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Almerindo Janela. Políticas avaliativas e accountability em educação - subsídios para um debate ibero-americano. **Revista de Ciências da Educação**. N. 9, mai/ago, 2009.

AVELAR, Lúcia; CINTRA, Antônio Octávio. **Sistema político brasileiro: uma introdução**. Unesp, 2004.

BARROS, A.; DUARTE, J.. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. 2 ed. **São Paulo: Atlas**, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Brasília-DF. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>

CÂMARA, Leonor Moreira. Apontamentos teóricos para subsídio à análise das práticas de controle social no âmbito dos Conselhos de Administração das Organizações Sociais. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 4, n. 1, 2008.

CAMPOS, Anna Maria. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português?. **Revista de Administração Pública**, v. 24, n. 2, p. 30 a 50, 1990.

COELHO, Vera Schattan P. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos Estudos-CEBRAP**, n. 78, p. 77-92, 2007.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Que controle social. **Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CORREIA, Maria Valéria Costa. A participação e o controle social na saúde. In: **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Fiocruz, 2005. p. 126-135.

DEMO, P. **Participação é Conquista**. 5ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FINANCIAL ACCOUNTING STANDARDS BOARD. Statements of financial accounting concepts n. 1: Objectives of Financial Reporting by Business 108 Enterprises. Connecticut: FASB, 1978. Disponível em: <<http://www.fasb.org>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. **Statements of financial accounting concepts n. 2**: qualitative characteristics of accounting information. Connecticut: FASB, 1980. Disponível em: <<http://www.fasb.org>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

GLAUTIER, M. W. E.; UNDERDOWN, B. **Accounting theory and practice**. 5th ed. London, 2001.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GOHN, M. da G. *Conselhos gestores e participação sociopolítica*. São Paulo: Cortez, 2001. (Coleção questões da nossa época; v. 84)

GONÇALVES, A. O; GONÇALVES, R. S.; LUSTOSA, P. R. B.; CELESTINO, E. C. Da Secretaria de Saúde ao Conselho: análise de relatórios de prestação de contas com base nas

características qualitativas da informação contábil. Ribeirão Preto: RCO - **Revista de Contabilidade e Organizações** – FEA-RP/USP. v. 4. n. 8. pp. 92-111. jan-abr, 2010.

\_\_\_\_\_. TAVARES, A. L. O Olhar dos Conselheiros de Saúde Sobre os Relatórios de Prestação de Contas no Município de Natal (Rio Grande do Norte), **Brasil. Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.3, p.659-672, 2011.

\_\_\_\_\_. WEFFORT, E. F. J. Limites da participação de cidadãos na política pública de saúde: proposta de uma metodologia de avaliação. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** v.03, n.2, p. 674-691, 2012.

HENDRIKSEN, E. S.; BREDA, M. F.V. **Teoria da Contabilidade.** Trad. Antônio Zoratto Sanvicente. Tradução de: Accounting theory. São Paulo: Atlas, 2012.

HOUAISS, A. **Minidicionário Houaiss.** 3ª ed. Rio de Janeiro. Objetiva, 2008.

INTERNATIONAL ACCOUNTING STANDARDS BOARD. **Framework for the Preparation and Presentation of Financial Statement.** IASB: July, 1998. Disponível em:

<<http://www.ifrs.org>>

INTERNATIONAL FEDERATION OF ACCOUNTANTS. **Handbook of International Public Sector Accounting Pronouncements.** Volume I. IFAC, July, 2013. Disponível em: <<http://www.ifac.org/publications-resources/2013-handbook-international-public-sector-accounting-pronouncements>>

MOREIRA, M. R., ESCOREL, S. **Acompanhamento dos Conselhos de Saúde:** Cadastro dos CMS no Brasil. Rio de Janeiro: Ensp, Fiocruz, 2005.

MORGAN, L. N., 2001 Community participation in health: Perpetual allure, persistent challenge. **Health Policy and Planning**, 16:221-230

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 2, p. 56-69, 2004.

PACHECO, Regina Silvia. **Contratualização de resultados no setor público:** a experiência brasileira e o debate internacional. In: IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Madrid: CLAD. 2004.

PINHO, José Antonio Gomes de. Investigando portais de governo eletrônico de estados no Brasil: muita tecnologia, pouca democracia. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, p. 471-493, 2008.

PINHO, José Antonio Gomes de; SACRAMENTO, Ana Rita Silva. Accountability: já podemos traduzi-la para o português?. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 6, p. 1343 a 1368, 2009.

REZENDE, R. B. Processo de Prestação de Contas e Controle Social por Meio de Pesquisa Participante: Uma Análise do Conselho Municipal de Saúde de Anápolis/GO. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis). Universidade de Brasília. Brasília, 2013.

RUEDIGER, Marco Aurélio. Governo eletrônico ou governança eletrônica-conceitos alternativos no uso das tecnologias de informação para o provimento de acesso cívico aos mecanismos de governo e da reforma do Estado. In: **VII Congresso del CLAD.** 2002.

SCHEDLER, Andreas. Conceptualizing accountability. **The self-restraining state: Power and accountability in new democracies**, p. 13-28, 1999.

SILVA, A. O. A Amplitude da Participação da Comunidade no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS): a visão dos conselheiros. Porto Alegre, 1999. Dissertação (Mestrado em Administração) Escola de Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1999.

SILVA, A.X; CRUZ, E. A; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva.** 12(3): 683-688, 2007.