

GOVERNANÇA PÚBLICA, EVIDENCIAÇÃO E AMPLITUDE DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL  
EM CONSELHOS DE SAÚDE<sup>1</sup>

*PUBLIC GOVERNANCE, QUALITY OF INFORMATION AND SOCIAL PARTICIPATION IN  
HEALTH COUNCILS*

**Rodrigo de Souza Gonçalves**

Doutor em Ciências Contábeis (UnB)  
Universidade de Brasília (UnB)  
[rgoncalves@unb.br](mailto:rgoncalves@unb.br)

**Tiago José Gonzaga Borges**

Mestre em Ciências Contábeis (UnB)  
Associação de Poupança e Empréstimo (POUPEX)  
[tiagoborges32@gmail.com](mailto:tiagoborges32@gmail.com)

**Andrea de Oliveira Gonçalves**

Doutora em Integração da América Latina (USP)  
Universidade de Brasília (UnB)  
[andreagon@unb.br](mailto:andreagon@unb.br)

**RESUMO**

**Objetivo:** Este trabalho aprofunda a compreensão da amplitude de participação social e sua influência na análise de relatórios em processos de prestação de contas de Secretarias Estaduais de Saúde do Centro-Oeste/Brasil.

**Fundamento:** Para tanto, discutem-se as bases teóricas da governança pública sob a ótica da amplitude de participação social, da *accountability* e da evidenciação.

**Método:** Sob o ponto de vista metodológico, trata-se de um estudo qualitativo, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade com conselheiros estaduais de saúde em Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e de documentos. Quanto à qualidade da informação contábil, procedeu-se à análise documental das prestações de contas das Secretarias de Saúde do período de 2011 a 2013.

**Resultados:** Os resultados demonstram que a amplitude de participação social pode incrementar a qualidade dos relatórios, sobretudo quando há um ambiente de melhor controle social e governança atuando em conjunto na busca de melhor monitoramento e aplicação dos recursos públicos.

<sup>1</sup> Artigo recebido em: 19/05/2020. Revisado por pares em: 07/09/2020. Reformulado em: 30/01/2021. Recomendado para publicação: 02/03/2021 por Lidiane Nazaré da Silva Dias (Editora Adjunta). Publicado em: 12/07/2022. Organização responsável pelo periódico: UFPB

**Contribuições:** As evidências dessa pesquisa levam a concluir que o aprofundamento da governança pública pode resultar do esforço de ações articuladas entre governo e sociedade, na busca de uma melhor alocação dos recursos públicos destinados à política pública de saúde.

**Palavras-Chave:** Amplitude de participação social. Conselhos de Saúde. Governança pública. Evidenciação contábil.

### Abstract

**Objective:** This work deepens the understanding of the dimension of social participation and its influence in the analysis of reports in processes of accountability of State Secretaries of Health of the Center-West/Brazil.

**Background:** In this sense, the theoretical foundations of public governance are discussed from the perspective of social participation, extent of participation and accountability (Bovaird e Löffler, 2001; Campos, 1990; O'Donnell, 1998).

**Method:** From a methodological point of view, the evaluation of the trend of social participation was oriented by Silva (1999 and 2005), whose data were collected through interviews with state health councilors in Goiás, Mato Grosso and Mato Grosso do Sul and documental analysis. As for the quality of the accounting information, a documental analysis of the accountability of the Health Departments for the period 2011 to 2013 was carried based on Gonçalves *et al.* (2010).

**Results:** The results show that the extent of social participation can increase the quality of reports, especially when there is an environment of better social control and governance acting together in the search for better monitoring and application of public resources.

**Contributions:** The evidence from this research indicates that the development of better governance through joint actions (government and society) is effective when all entities act in an organized and transparent manner in search of a better allocation of public resources for public health policy.

**Keywords:** Dimension of Social Participation. Health Councils. Public Governance. Disclosure quality.

## 1 Introdução

As discussões acerca do papel exercido pelos Conselhos de Saúde no Brasil apresentam-se pela maior integração e participação da sociedade no estabelecimento das políticas públicas e no atendimento de suas necessidades. Essa ideia nasce a partir da implantação do Estado Democrático de Direito, que exige a presença de elementos como ética, integridade (*compliance*), transparência (*disclosure*) e prestação de contas (*accountability*). Esses conceitos estão associados à governança pública e permitem uma mudança na gestão pública, ancorada em aspectos que culminem na melhoria dos serviços prestados aos cidadãos. Entre as mudanças que podem promover tal melhoria, observa-se uma tendência na participação direta da sociedade no processo de decisão das políticas públicas, estabelecendo-se, aqui, uma nova relação. Essa nova relação é estimulada, entre outros mecanismos, pela implementação de maior transparência entre os *stakeholders* envolvidos, o que, no setor público, pode ocorrer das mais variadas maneiras, inclusive pela divulgação de informações mais fidedignas e compreensíveis, que são aspectos fundamentados nas premissas de governança pública.

No entanto, não há consenso acerca do conceito de governança pública, mas se entende que há diferentes pontos de partida para essa nova estruturação das relações entre o Estado e suas instituições nos níveis federal, estadual, distrital e municipal e os atores da sociedade civil (Correia *et al.*, 2017; Osborne *et al.*, 2012).

Na perspectiva de Kissler e Heidman (2006), os atores locais e regionais desenvolvem ações conjuntas movidas pela expectativa de que consigam avaliar melhor os problemas de sua região do que os atores nacionais ou supraestaduais. Dessa forma, os Conselhos de Saúde – instâncias que visam promover a participação da sociedade na definição e na execução de políticas públicas de saúde (Silva, 1999), muitos dos quais organizados antes da Constituição de 1988 – podem proporcionar um ambiente no qual os atores políticos e a sociedade conciliem a participação social ao processo de elaboração, implementação e posterior monitoramento das políticas públicas. Isso pode dar forma ao controle social, possibilitando, assim, maior desenvolvimento de ações que considerem os anseios da comunidade e que, por fim, possibilitem maior transparência às ações praticadas pelo gestor (Lima, 2003).

Nesse sentido, diversas pesquisas (Oliveira, 2004; Gerschman, 2004; Silva, 2005; Kind *et al.*, 2016) buscam compreender como a participação social realiza-se e como os Conselhos têm-se organizado a fim de atender suas atribuições previstas constitucionalmente. Para Rifkin *et al.* (1989), a participação social supõe atividades organizadas para aumentar, em determinadas situações sociais, o controle sobre os recursos e as instituições de regulamentação por parte de grupos e movimentos que, em princípio, se consideravam excluídos do referido controle. Em face do exposto, a amplitude de participação social (Silva, 1999, 2005; Gonçalves *et al.*, 2008a, 2008b, 2013) adentra o cenário do controle social das ações do Estado, pois o envolvimento da população, via representação de conselheiros nas questões da saúde, pode incentivar a fiscalização e a melhoria dos serviços prestados, haja vista o envolvimento dos atores em cada um dos processos de tomada de decisão, no âmbito da política pública de saúde.

Portanto a amplitude de participação social pode ser entendida como um instrumento que pode vir a contribuir no processo deliberativo, por meio do auxílio ao estabelecimento das políticas públicas de saúde, no que se refere à formação da peça orçamentária (alocação dos recursos aos programas de saúde), e na busca pela maior transparência e responsabilização na prestação de contas do gestor à sociedade (*accountability*).

No foco desses aspectos, os relatórios de prestações de contas acabam se tornando um canal de comunicação entre governo e sociedade, haja vista que é a partir da avaliação desses que decisões sobre políticas públicas de saúde, entre outros instrumentos, são tomadas, ou deveriam ser, com o objetivo de atender às necessidades da população. Ao estabelecer um canal de comunicação que seja útil e empregado por meio da participação popular, as instituições públicas e suas autoridades podem ser questionadas e cobradas a partir do momento em que o instrumento de *accountability* evidencie os atos governamentais por meio dos relatórios de prestações de contas (Oliveira, 2004).

Dessa forma, este artigo analisa se a amplitude de participação social dos Conselhos Estaduais de Saúde da região Centro-Oeste do Brasil influencia a qualidade da prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde dessa região.

Diversos estudos (Stralen *et al.*, 2006; Saliba *et al.*, 2009; Grisotti *et al.*, 2010; Araújo, 2010) apontam múltiplas fragilidades por parte dos conselheiros de saúde na realização de sua atribuição legal de monitorar as ações do gestor. Também são identificados estudos que apontam deficiências no processo de prestação de contas entre o gestor de saúde e os conselheiros, a exemplo da baixa qualidade informacional dos respectivos relatórios (Gonçalves *et al.*, 2010, 2011; Dias e Vasconcelos, 2015).

Assim, verifica-se que Conselhos de Saúde com maior amplitude de participação social

apresentam canais de comunicação com maior fluidez, sugerindo, por sua vez, a ocorrência de maior diálogo entre as partes envolvidas (conselheiros e secretários de saúde). Sob essa perspectiva, o presente artigo aprofunda a compreensão da influência da amplitude de participação social na análise de relatórios em processos de prestação de contas, uma das premissas da governança no setor público (IFAC, 2001).

Considera-se que os resultados desta análise podem apontar que características da amplitude de participação social podem fazer com que os relatórios de prestação de contas se apresentem com maior qualidade e transparência, contribuindo, por sua vez, para a compreensão das características da participação e do controle social por parte dos conselheiros de saúde, em face das informações de natureza econômico-financeira.

## 2 Governança Pública e Discussão dos Conceitos de Amplitude de Participação Social, *Accountability* e Evidenciação

Segundo Demo (2001), sem o cidadão, considerado como ator principal da conjuntura democrática, não há democracia. É com tal enfoque que este artigo aprofunda a discussão em seu referencial teórico — amplitude de participação social, *accountability* (prestação de contas) e evidenciação, no âmbito das ações dos Conselhos Estaduais de Saúde do Centro-Oeste.

Destaca-se, aqui, que todos esses elementos têm como pano de fundo o movimento de modernização do setor público, em que a governança é o baluarte da atualidade. Esse termo tornou-se, na visão de Löffler (2003), uma questão essencialmente atual para todos, haja vista que a governança assume um cenário de múltiplas partes interessadas, pois os problemas coletivos não podem mais ser resolvidos apenas pelas autoridades públicas, mas por meio da cooperação dos demais participantes.

A partir desse cenário, compreende-se que a governança é resultado de uma nova geração de reformas administrativas e de Estado. Segundo Bovaird e Löffler (2001), a governança deve ter como objeto a ação conjunta, de forma eficaz, transparente e compartilhada, do Estado, das empresas e da sociedade civil na busca de soluções inovadoras para os problemas sociais, criando possibilidades e chances de um desenvolvimento futuro sustentável para todos os participantes.

No contexto de reformas administrativas do Estado tratadas por Bovaird e Löffler (2001), o fenômeno da participação social, mais uma vez, torna-se importante fator, “representando ainda hoje um elemento crucial na tomada de decisões, junto às organizações e ao Estado” (Silva, 2005, p. 59).

A participação social constitui-se em uma relação que envolve a tomada de decisão na qual o indivíduo propõe-se a interagir com o outro, em um convívio que democratiza os espaços comuns (públicos) em qualquer âmbito – familiar, cultural, econômico ou político. Para Silva (1999), a participação social é processo constante de vir-a-ser, em que os grupos podem compartilhar as necessidades por meio do estabelecimento de mecanismos que proporcionem o seu atendimento. Destaque-se, ainda, que esse processo busca nortear o interesse coletivo para que o controle social possa, de fato, ser exercido (Silva, 1999). Verifica-se, portanto, a necessidade de se promover a criação de locais propícios à discussão da participação social como ferramenta para o controle social, como devem ocorrer nos Conselhos de Saúde Estaduais.

Fuks e Perissinotto (2006), no entanto, afirmam que o fato de espaços participativos estarem à disposição dos indivíduos não é suficiente para a ampliação da participação social, ao considerarem que a intenção depreendida da legislação, quando da criação de espaços participativos, tem o objetivo de ampliar a participação social e, por consequência, interferir no processo decisório, até mesmo mudando ou construindo nova agenda pública.

Sob esse enfoque, o controle das ações do governo pode ser interpretado como canal em que

a participação cidadã é incorporada ao sistema político, cuja medida poderá ser, na visão de Silva (2005), caracterizada a partir da “amplitude da participação”, isto é, o quão participativos são os cidadãos e, por conseguinte, os Conselhos de Saúde Estaduais, no cumprimento de suas atribuições legais, na busca pelo controle social (Silva *et al.*, 2007; Alvarez, 2004). Importa saber que a relação entre Estado e sociedade promove a vigilância e o controle sobre os atos governamentais (Carvalho, 1995).

Assim, essa relação suscita a hipótese de que uma participação social mais ampla possibilita um maior controle social, compelindo o gestor a dar maior transparência de suas ações e informações governamentais. Destaca-se, aqui, um dos princípios da governança, que é a *accountability*, conforme consta no Estudo 13 do PSC/IFAC. Na concepção desse estudo, a *accountability* é o processo de responsabilização das entidades e gestores públicos pelas próprias ações, incluindo o manejo dos recursos públicos e todos os aspectos de desempenho. Nesse processo, há o claro conhecimento da responsabilidade das partes interessadas, bem como o minucioso controle das ações (IFAC, 2001, p. 12).

Adicionalmente, para que se possa discutir a questão da *accountability* no setor público, segundo Campos (1990), é preciso que, antes, os cidadãos se organizem de modo a fiscalizar as ações governamentais. Além disso, para que ocorra tal organização, é preciso, ainda, que o cidadão seja consciente de seus direitos e que atue na busca por canais de controle das ações governamentais, fazendo com que a população seja tutora das ações do Estado, e não tutelada (Campos, 1990; O'Donnell, 1998).

Pinho (2008) reitera esse pensamento ao considerar que a *accountability* deve ser visualizada, também, pelo engajamento dos indivíduos governantes no sentido de prestar contas e de se responsabilizarem por seus próprios atos.

Desse modo, a participação social, incluindo os conselhos de saúde como instância e parte interessada, pode promover o controle público por meio da *accountability*, com vistas a incentivar maior transparência, adequação às necessidades de saúde locais/regionais e eficiência na alocação dos recursos públicos (Oliveira, 2004; Pinho e Sacramento, 2009).

Assim, a avaliação das prestações de contas pelos Conselhos de Saúde é crucial para o exercício das atribuições dos conselheiros, em virtude do controle e do acompanhamento das ações praticadas pelo gestor de saúde (Gonçalves *et al.*, 2010; Rezende & Gonçalves, 2016). Entretanto, tornar essa informação clara e inteligível para os cidadãos (no caso desta pesquisa, os conselheiros de saúde estaduais) é um grande desafio (Silva *et al.*, 2007; Bicalho, 2008). Com efeito, o fato de simplesmente se divulgar as informações não atende ao propósito sob a ótica da governança ou da *accountability*, pois é preciso apresentar a informação em linguagem adequada e compreensível, possibilitando-se, assim, que o usuário possa depreender o que está sendo executado por parte do governo (Silva *et al.*, 2007). Por esse motivo, e para que o usuário possa aplicar seu conhecimento em benefício da política pública de saúde, há a necessidade de se avaliar tal informação de modo a identificar suas características qualitativas.

Dantas *et al.* (2008) entendem que a qualidade da evidenciação da informação apresentada nos relatórios contábeis e financeiros é importante para a tomada de decisão, que, por sua vez, ganha uma dimensão ainda maior quando se trata do setor público e do uso dessa informação em benefício das melhorias dos serviços prestados pelo Estado, como os de saúde. Assim, a evidenciação contábil (*disclosure*) aplicada às prestações de contas no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde pode permitir que os conselheiros de saúde profiram suas decisões de forma congruente, tomando como referência informações mais acuradas, inteligíveis e fidedignas.

Na esteira dessa proposição, entende-se que, à medida que houver maior amplitude de participação social (Silva, 2005; Fuks & Perissinotto, 2006) combinada com relatórios de prestação de contas revestidos de maior qualidade, melhor será o processo decisório e o exercício do controle



social (Gonçalves *et al.*, 2010; Dias & Vasconcelos, 2015).

### 3 Percurso Metodológico

A pesquisa permeia duas abordagens distintas, porém relacionáveis. A amplitude de participação social e a prestação de contas, esta de acordo com a perspectiva de evidenciação. Essas duas abordagens tiveram como objeto de estudo os Conselhos Estaduais de Saúde da região Centro-Oeste, excluindo-se o Conselho do Distrito Federal, que acumula funções de Conselho Estadual e de Conselho Municipal, o que poderia causar viés na investigação. Sob essa perspectiva, procura-se analisar se a amplitude de participação social dos Conselhos Estaduais de Saúde da região Centro-Oeste influencia a qualidade da prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde da região. Trata-se, portanto, de uma pesquisa de natureza qualitativa, classificada, quanto ao método, como estudo de casos múltiplos (Yin, 2011).

Para a avaliação da amplitude de participação social, foi adotado o instrumento de pesquisa de Silva (1999, 2005) e foram utilizadas as dimensões histórica e amplitude de participação (Anexo 1). A dimensão histórica é formada pelo construto *implantação e departamentalização*, que verifica questões relacionadas ao processo de como se deu a implantação do Conselho Estadual de Saúde (CES), como esse se organiza em novas estruturas, como integra novos temas de saúde e que mudanças ocorreram desde a implantação. A dimensão amplitude de participação refere-se à interação das pessoas em todo o processo organizacional e nela foi utilizada a subdimensão tradução de demandas, com os construtos *avaliação de necessidades*, *liderança* e *mobilização de recursos*. O primeiro construto da subdimensão tradução de demandas – *avaliação de necessidades* – verifica como as necessidades advindas da saúde são recepcionadas pelo CES, com abordagem de questões ligadas exclusivamente ao campo de saúde.

O construto *liderança* verifica se a liderança existente no CES responde às necessidades da comunidade e, por consequência, se produz melhorias para ela.

O construto *mobilização de recursos* verifica, na percepção dos conselheiros, se os governos federal, estadual e municipal garantem que os recursos previstos no orçamento sejam repassados e se sua distribuição está de acordo com o Plano Estadual de Saúde.

Dentro dessa realidade, destaque-se que a classificação ~~da tendência~~ da amplitude de participação social do CES pode ser *ampla*, *aberta*, *média* e *restrita*.

Os dados foram coletados por meio de entrevista em profundidade semiestruturada, cujas categorias teóricas foram definidas por Silva (1999). Foram entrevistados 27 conselheiros estaduais de saúde dos CES de Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, nos anos 2014 e 2015.

Adicionalmente às entrevistas, procedeu-se à análise documental de 207 atas plenárias das reuniões dos três Conselhos de Saúde, totalizadas em 1.242 páginas. A respeito da análise dos relatórios de prestação de contas, o corte temporal analisado remete-se ao período de 2011 a 2013. O parâmetro de avaliação dos referidos relatórios tomou como base o instrumento de Gonçalves *et al.* (2010), validado por Rezende (2013).

O instrumento possui 13 variáveis (conforme o Quadro 1, adiante) subjacentes às características qualitativas da evidenciação contábil, estruturadas a partir de quatro classificações (Gonçalves *et al.*, 2011, p. 663): (1) *Restrita* – quando a informação requerida não é divulgada; (2) *Baixa* – quando a informação requerida não é divulgada, porém o gestor manifesta intenção de passar a divulgá-la; (3) *Média* – quando o gestor divulga a informação requerida, mas não o faz de forma completa, segundo os critérios estabelecidos no instrumento de evidenciação; (4) *Ampla* – quando o gestor divulga a informação requerida de forma completa, segundo os critérios do instrumento de evidenciação.

No contexto desta pesquisa, optou-se por analisar a evidenciação de informações *obrigatórias e voluntárias* contidas na legislação aplicada à saúde, de acordo com Borges *et al.* (2018), a partir das 13 variáveis mencionadas, não tendo sido realizadas discussões acerca dos aspectos qualitativos da informação contábil dos relatórios de prestação de contas.

A contribuição desta perspectiva para uma análise comparada da qualidade dos relatórios das três Secretarias Estaduais de Saúde está alinhada à medida que os gestores buscam prestar contas à sociedade em conformidade com a Resolução do CNS 453/2012<sup>2</sup> e a Lei Complementar nº 141/2012, além de informações adicionais de forma voluntária. O Quadro 1 apresenta uma síntese das variáveis do instrumento.

Variável	Classificação	Fundamentação
Var(01) Recursos previstos na proposta/lei orçamentária	Obrigatória	Resolução 453/2012, 5ª Diretriz, Inc. XIV
Var(02) Confronto dos resultados com as metas estabelecidas para área de saúde	Obrigatória	LC 141/2012, Art. 36, Inc. III + Resolução 453/2012, Inc. XIV
Var(03) Evidenciação da aplicação dos recursos financeiros	Obrigatória	LC 141/2012, Art. 36, Inc. I
Var(04) Especificação da fonte dos recursos financeiros	Obrigatória	LC 141/2012, Art. 36, Inc. I
Var(05) Participação do Conselho nas decisões da Secretaria Estadual de Saúde	Voluntária	
Var(06) Objetivos e metas para o exercício subsequente	Voluntária	
Var(07) Divulgação das prioridades para a destinação dos recursos financeiros	Voluntária	
Var(08) Evidenciação das retificações orçamentárias	Voluntária	
Var(09) Previsão de recursos para os exercícios compreendidos no PPA/PSP para a área de saúde	Obrigatória	LC 141/2012, Art. 38, Inc. I
Var(10) Divulgação dos pontos que necessitam de melhorias	Voluntária	
Var(11) Evidenciação do conteúdo legal	Obrigatória	Res. 453/2012, 5ª Diretriz, Inc. X
Var(12) Periodicidade de disponibilização dos relatórios	Voluntária	
Var(13) Disponibilização do relatório em análise	Obrigatória	LC 141/2012, Art. 41 + Resolução 453/12, 5ª Diretriz, Inc. XVII

**Quadro 1.** Distribuição das variáveis entre obrigatórias e voluntárias

Fonte: Borges *et al.*, 2018, p. 30-31.

## 4 Resultados e Discussões

### 4.1 Amplitude de participação social

A partir dos resultados das entrevistas *in loco* e da análise das atas de reuniões plenárias, foi possível analisar a amplitude de participação social dos Conselhos Estaduais de Saúde. A estrutura de análise para a obtenção dos resultados deu-se por meio da categorização (Bardin, 2009), que utilizou quatro dimensões para proceder às classificações entre *restrita, média, ampla e aberta* (Silva, 1999; 2005).

Na dimensão histórica, a categoria teórica “implantação e departamentalização” tende a apresentar resultado de amplitude *restrita*, haja vista que os Conselhos de Saúde de Goiás e de Mato Grosso foram criados por lei ou decreto e apresentaram alguma atividade. Os resultados são observados a partir dos resultados das categorias finais:

<sup>2</sup> Brasil, República Federativa Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

“Criado por decreto e, na medida em que foram surgindo novas demandas, foram criadas comissões transitórias e grupos de trabalho. Dessa forma, passou a ter alguma atividade, mas com algumas comissões ainda desmobilizadas. (CES/GO)

O CES foi criado por lei complementar e, na medida em que foram surgindo novas demandas, foram criadas comissões flexíveis. Dessa forma, passou a ter alguma atividade. (CES/MT)

O resultado do CES de Mato Grosso do Sul apresentou uma tendência melhor na amplitude, haja vista que denotou classificação tipificada como *média*, que quer dizer na categoria final:

O CES foi criado por decreto e, na medida em que foram surgindo novas demandas, comissões foram criadas, inclusive com flexibilidade para captar novos assuntos. Além disso, estabeleceu cooperação com outras organizações da comunidade. Dessa forma, passou a ser ativo e com iniciativa. (CES/MS)

O construto *avaliação das necessidades*, tratado na subdimensão tradução de demandas, tende a apresentar um resultado de amplitude de participação *aberta*, haja vista que a questão das necessidades é captada, em grande parte, pelos próprios conselheiros de saúde. Ademais, outros canais são receptivos às demandas da saúde, como os fóruns de discussões das entidades representativas dos conselheiros, as denúncias realizadas pela própria população e mídia e os Planos Anuais de Trabalho da Secretaria Estadual de Saúde, que apresentam demandas da saúde para o CES deliberar, até mesmo em virtude do Plano Estadual de Saúde (PES). Esse conjunto de elementos fundamenta a categoria teórica intermediária “avaliação das necessidades por diferentes meios”, observada na categorização final para os três Conselhos Estaduais de Saúde:

“As necessidades de saúde do estado são trazidas por diferentes meios e posteriormente encaminhadas para comissões apropriadas e, quando necessário, para o pleno. Todavia, existe hierarquia de prioridades por parte da Secretaria Executiva no encaminhamento das discussões a respeito das necessidades de saúde.” (CES/GO)

“As necessidades da saúde da população são trazidas por usuários, reuniões descentralizadas, ouvidoria própria e, posteriormente, encaminhadas para comissões apropriadas” (CES/MT)

“As necessidades da saúde do Estado são trazidas por usuários, fóruns, conselhos locais e, posteriormente, encaminhadas para comissões apropriadas, que, por sua vez, encaminham, quando necessário, para o pleno deliberar. As discussões também integram demandas apresentadas no PES.” (CES/MS)

Os resultados da tendência do construto *liderança* apontaram para a amplitude *média*, dado que deliberações dos conselhos, por vezes, não são homologadas pelo governo. Esse tipo de característica acaba silenciando, de certa forma, os esforços do Conselho, tendo em vista a barreira governamental da não efetividade. As categorias finais apontaram essa tendência:

“O CES funciona sob um gestor estadual de saúde independente, pois não consegue ter vez na SES, haja vista a não homologação das suas deliberações.” (CES/GO, CES/MT, CES/MS)

Ao tratar do construto “*Mobilização de recursos*”, a tendência geral apresenta-se como *média*, já que os estados analisados recebem repasses periódicos, mas a população apenas acompanha a aplicação dos recursos da saúde. Os resultados são observados nas categorias finais dos três conselhos:

“Contribuição periódica de recursos pela União, Estado e Municípios, em que a comunidade não participa do controle dos gastos.” (CES/GO)



“Contribuição periódica (mas fora dos percentuais da EC 29/2000) de recursos pelo Município, Estado e União, em que a comunidade não participa do controle de gastos, apenas acompanha”. (CES/MT)

“Contribuição periódica (mas fora dos percentuais da EC 29/2000) de recursos pelo Estado, em que a comunidade não participa do controle de gastos, apenas acompanha.” (CES/MS)

#### 4.2 Qualidade da evidenciação contábil

Uma vez analisada a amplitude de participação social, apresenta-se o resultado da qualidade da evidenciação dos relatórios de prestação de contas. Para tanto, realizou-se a classificação por meio de quartis, a partir do resultado final observado no período analisado (2011-2013). Como o instrumento de coleta de dados dispõe de 13 variáveis e uma escala de 4 pontos, pode ser obtido um resultado mínimo de 13 pontos (todas as variáveis *restritas*) e de 52 pontos (todas as variáveis *amplas*).

Variável/Pontuação	SES/GO	SES/MT	SES/MS
Obrigatória (pontos/percentual)	17 pontos (60,71%)	17 pontos (60,71%)	19 pontos (67,85%)
Voluntária (pontos/percentual)	0 pontos (0%)	3 pontos (12,50%)	13 pontos (54,16%)
Total (pontos/percentual)	17 pontos (32,69%)	20 pontos (38,46%)	32 pontos (61,53%)
<b>Classificação final</b>	<b>Ruim</b>	<b>Baixo</b>	<b>Alto</b>

**Quadro 2.** Classificação da qualidade da evidenciação dos relatórios de prestação de contas no período de 2011 a 2013.

De início, destaca-se o fato de que o relatório que obteve a maior classificação (alto), da SES/MS, também foi aquele que apresentou o maior nível de divulgação de variáveis consideradas como voluntárias (um total de 54,16%), demonstrando a busca do gestor em valer-se desse instrumento como canal de comunicação com a sociedade, não somente a partir das informações obrigatórias, conforme preconizam a Resolução do CNS nº 453/2012 e a LC nº 141/2012.

Adicionalmente, as variáveis da qualidade da evidenciação podem ser utilizadas como instrumento para qualificar a participação dos conselhos de saúde na avaliação da gestão de saúde, pois é por meio delas que as demandas de saúde da sociedade podem ser analisadas sob a ótica do atendimento das necessidades. Com efeito, a discussão desses elementos como possíveis fios condutores para o incremento da participação dos conselhos de saúde deve ser pautada no hiato existente entre as informações contidas nas prestações de contas e a atuação dos conselheiros de saúde.

A questão imbricada nesse panorama permite considerar que, à medida que o cidadão está mais vigilante às ações do gestor, este se vê obrigado a prestar contas, a exemplo da necessidade de se apresentar maiores informações, como aquelas de natureza voluntária. Pinho e Sacramento (2009) observam que tal obrigação é uma via de mão dupla: por um lado, supõe a responsividade como a obrigação de informar e justificar e, por outro, consiste na noção de responsividade como *answerability*, que significa responsabilização com possibilidade de sanção, em função da violação no cumprimento do dever. Nesse sentido, a prerrogativa dos conselhos possuírem atribuição legal para fiscalizar as ações do gestor dá-se justamente por meio do relatório de prestação de contas.

Diante disso, é importante mencionar as variáveis do instrumento de evidenciação nesse contexto. Inicialmente, argumenta-se que o confronto dos resultados com as metas traçadas permite aos conselheiros verificar se a gestão está cumprindo aquilo que foi preconizado, bem como promover sugestões de melhorias e adequações para o gestor da saúde (Gonçalves *et al.*, 2013).

Nesse cenário, é possível analisar os resultados dos construtos *avaliação de necessidades, liderança e mobilização de recursos*.

#### 4.3 Amplitude de participação social e qualidade da evidenciação contábil

A análise do construto *avaliação de necessidades* da comunidade possibilita, nas prestações de contas, verificar se aquilo que foi levantado como uma necessidade, efetivamente, está recebendo alocação de recursos e se a necessidade está alinhada ao PES. Na SES/GO, a tendência caracterizada foi *média*, pois o “coordenador” representava o ponto de vista da comunidade e avaliava suas necessidades. As categorias intermediárias que fundamentam essa tendência versam que a “Secretaria Executiva estabelece hierarquia de prioridades para o encaminhamento das discussões sobre as necessidades”. Esse é um ponto negativo que pode retirar a autonomia das comissões no ato de encaminhar e acompanhar as demandas apresentadas.

As SES de MT e MS apresentam situação diferente, com tendência *aberta*, na medida em que o conselho representa a comunidade e, também, avalia as suas necessidades. Em MS, não há uma Secretaria Executiva que estabelece prioridades de encaminhamento de discussões, o que reduz a atribuição das comissões. Ainda no âmbito desse construto, ressalta-se a var 09 (previsão de recursos para os exercícios compreendidos no PPA para a área da saúde), que permite verificar se as demandas poderão ser atendidas, visto que a programação orçamentária precisa ter como foco atingi-las.

Na hipótese de o relatório de prestação de contas informar os recursos que devem ser aplicados na vigência do PPA, os conselheiros teriam melhor capacidade de planejar suas atividades no sentido de acompanhar e fiscalizar a aplicação dos recursos, inclusive propondo adequações e melhorias para atender às necessidades da comunidade (Gonçalves *et al.*, 2013). Cunha e Magajewski (2012) afirmam que acompanhar sequencialmente a execução dos recursos previstos nesses planos é fundamental para que haja participação ativa dos conselhos de saúde.

. Em GO, houve evolução, ainda que parcial, na divulgação da previsão orçamentária. Em MT, não foram encontradas previsões orçamentárias, diferentemente de MS, que obteve uma classificação *ampla*, isto é, a SES evidenciou plenamente a informação em seus relatórios de prestação de contas.

Ao analisar os resultados da *liderança*, constatou-se que os gestores da saúde atuam de maneira independente em relação aos CES nas três secretarias, e isso fica mais evidente por haver uma espécie de confiança condescendente, em que, em determinadas situações, os participantes discutem temas e necessidades com os técnicos de saúde, que representam a SES. Nesse ambiente, as demandas são acolhidas para a resolução de problemas (Silva, 2005). No contexto da governança, a *liderança* requer clara compreensão da articulação entre as partes interessadas para que haja a obtenção dos resultados desejados, ou seja, é necessária uma lúcida e transparente comunicação entre os diversos *stakeholders* (Matias-Pereira, 2010). Ainda assim, observa-se que a liderança é, também, um dos elementos importantes para os fins e os meios da boa estratégia de governança pública, porque faz parte do processo de governar, especificamente nas relações entre Estado e sociedade (Cavalcante & Pires, 2018).

Destaque-se, contudo, a existência de iniciativas pontuais de divulgação voluntária por parte do gestor em MS, como é o caso da var10 – divulgação de pontos que necessitam de melhoria (informação voluntária). Embora o gestor atue 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, mas já apresenta evolução, a despeito de GO e MT.

Saliente-se aqui a visão de Bairral *et al.* (2015), segundo a qual é possível, por meio de comunicação tecnológica, melhorar as práticas de evidenciação, pois uma ferramenta dessa natureza guia o relacionamento do Estado com seus usuários, permite atender demandas sociais e, ainda, promove a responsabilização pública.

Já a *mobilização de recursos* indica um cenário novamente visto como contraditório. Ocorre que, embora os recursos sejam apresentados por programas e ações, inclusive com indicação de suas fontes, a fiscalização do CES não se mostra atuante, o que remete a uma tendência *média*, isto é, existe repasse periódico da União, do Estado e dos Municípios, mas a população não participa no controle dos gastos da saúde pública em GO, MT e MS. Esse resultado demonstra a inexistência de boa governança, pois a participação proativa, na visão de Matias-Pereira (2010), sugere que todos os atores da sociedade precisam estar envolvidos de forma responsável.

Isso fica mais claro ao se analisar a ótica da divulgação de remanejamentos realizados pelo gestor, var08 – retificações orçamentárias. Ora, ao remanejar algum recurso, é preciso saber o que será priorizado, ou seja, para onde será destinado, apresentando-se, obviamente, a sua origem. Das prestações de contas analisadas, somente MS apresentou, de forma parcial, a divulgação de remanejamentos. Fatores como esses permitem ao conselheiro realizar, ainda que parcialmente, o acompanhamento dos recursos que serão aplicados, de modo que, quando necessário, possa propor melhorias ou adequações, com foco nas diretrizes do PES (Gonçalves *et al.*, 2011), já que a divulgação de prioridades na destinação de recursos – var07 – é importante para o atendimento das demandas de saúde. Nessa variável, inclusive, novamente, só MS divulgou parcialmente esse tipo de informação, tida como de caráter voluntário.

No caso da periodicidade e disponibilização dos relatórios (var12 e var13), verificou-se o pior cenário, pois os relatórios das três SES, 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 de Saúde perde a capacidade de avaliar as ações da SES (Gonçalves *et al.*, 2011). Em razão disso, tanto a mobilização dos recursos para atender às demandas de saúde, quanto a própria avaliação dessas necessidades, pode ser prejudicada em função dos problemas apresentados no aspecto da tempestividade, o que pode indicar falta de engajamento dos governantes para prestar contas (Pinho, 2008).

De maneira geral, ao se analisar a qualidade da evidenciação – considerando-se o conjunto de variáveis divulgadas de forma obrigatória e voluntária –, verificou-se que os gestores de GO e MT cumpriram praticamente só o que é imposto pela legislação, 32,69% e 38,46% de evidenciação, respectivamente, o que demonstra que a participação dos Conselhos de Saúde não foi qualificada a ponto de compelir o gestor a ser mais transparente em relação aos seus atos e a interferir em melhorias para a população. A ausência da divulgação de informações voluntárias reforça a ideia de que a participação não qualificada pode tender a reduzir a qualidade da evidenciação dos relatórios. À vista disso, o que se esperava como resultado era que, quanto maior fosse a amplitude de participação social, maior seria o nível de evidenciação contábil. Essa hipótese foi corroborada para o caso de MS, sobretudo por conta do maior nível de evidenciação de variáveis voluntárias. Para Watson *et al.* (2002), o *disclosure* (evidenciação) voluntário vai além das informações requeridas por meio de legislação, normas contábeis ou regulação de órgãos normatizadores. À luz desse cenário, os relatórios de prestação de contas devem divulgar informações relevantes, além, evidentemente, das chamadas informações obrigatórias.

Por essa razão, a divulgação de informações voluntárias é relevante por parte das SES, pois não somente amplia o conhecimento do conselheiro para fundamentar seu processo decisório, como pode ser indicativo de que a participação dos Conselhos de Saúde promove maior cobrança do

gestor de saúde, proporcionando uma melhor qualidade da prestação de contas, o que se verifica, por exemplo, no CES/MS. A melhor classificação da amplitude de participação social observada no CES/MS revelou uma característica importante, no intuito de se aumentar a evidenciação dos relatórios, pois o ambiente de maior cooperação entre os atores do controle social fez com que o CES avançasse no cumprimento de suas atribuições, e isso pode justificar o melhor nível de divulgação das informações, com 61,53% de evidenciação das variáveis utilizadas no instrumento, obrigatórias (67,85%) e voluntárias (54,16%). Portanto foram verificados indícios de que uma maior amplitude de participação social pode incrementar o nível da evidenciação dos relatórios, considerando-se, também, um ambiente de controle social que estabeleça relação de cooperação com os CES.

Um ambiente de não cooperação entre os atores sociais pode resultar em fissuras nos principais pilares de sustentação do controle social. Na construção civil, as fissuras podem ser vistas como manifestações patológicas que podem influenciar negativamente os aspectos estruturais de uma obra. No âmbito da saúde, por conseguinte, é possível conceber as referidas manifestações patológicas como elementos que provoquem um ambiente de não cooperação dos atores, resultando, por vezes, em ações que afetem negativamente a estrutura governamental de atendimento às necessidades de saúde.

A não homologação das deliberações do Conselho de Saúde por parte dos governos dos estados analisados – exemplo de manifestações patológicas – exhibe um cenário que padece de cooperação com outras instâncias de poder. Pelo fato de o CES não possuir caráter punitivo, tampouco vinculatório de suas deliberações, o ambiente de controle social da saúde parece não ser favorável à participação social e à possibilidade de se melhorar a evidenciação dos relatórios de prestações de contas. Diante disso, é preciso vislumbrar alternativas para que esse ambiente e a própria transparência das gestões governamentais da saúde possam ser aprimorados, incentivados, fiscalizados e controlados, de modo a atender com maior propriedade as necessidades da saúde.

## Conclusões

Este artigo aprofundou a compreensão da influência da amplitude de participação social na análise de relatórios em processos de prestação de contas de Secretarias Estaduais de Saúde da região Centro-Oeste/Brasil, na perspectiva de governança tratada pelas normas internacionais, como o próprio IFAC recomenda.

As conclusões apresentadas nos estados da região Centro-Oeste sugerem que a participação social dos Conselhos de Saúde pode incrementar a qualidade da evidenciação das prestações de contas das SES. Observa-se, nesse contexto, que a produção e a análise de tais relatórios são condições necessárias ao controle interno no processo de governança aplicada ao setor público.

Para o caso de Goiás, a amplitude de participação social apontou um ambiente de menor participação, se considerados os Conselhos de Saúde de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Além disso, a qualidade da evidenciação da prestação de contas da SES/GO foi considerada *ruim*, inclusive com divulgação apenas de aspectos obrigatórios por legislação. Destaque-se que nenhum aspecto voluntário foi divulgado, ou seja, apresentou ambiente menos participativo e colaborativo entre a SES e o CES. Esse cenário permite considerar que, pelo fato de a participação social do CES não conseguir induzir o gestor a divulgar mais informações, sobretudo as de caráter voluntário, não se consegue incrementar a evidenciação dos relatórios de prestação de contas, possivelmente em razão do estágio em que se encontra a amplitude de participação social naquele estado.

Diante desse quadro, a amplitude de participação social revelou ser condição importante para incrementar a evidenciação contábil. No Mato Grosso do Sul, o ambiente de maior cooperação entre os atores fez com que o CES avançasse no cumprimento de suas atribuições, fato que pode justificar a melhora na qualidade dos relatórios evidenciada, chegando a 61,53% em 2013, com aumento da concentração de variáveis *médias* (30,76%) e *amplas* (38,18%), a despeito da redução de variáveis *restritas*, informações não divulgadas, essas mais evidentes em 2011. Portanto foram verificados indícios de que uma maior amplitude de participação permite verificar incremento na evidenciação dos relatórios, considerando-se, também, um ambiente de controle social que estabeleça relação de cooperação com os CES.

De maneira geral, ao se analisar a qualidade da evidenciação, verificou-se que os gestores de Goiás e Mato Grosso cumpriram praticamente só o que é imposto pela legislação, o que demonstra que a participação dos CES não foi qualificada a ponto de compelir o gestor a ser mais transparente em relação aos seus atos, bem como de interferir em melhorias para a população. A ausência da divulgação de informações voluntárias reforça a ideia de que a participação não qualificada pode tender a diminuir a qualidade dos relatórios.

Dessa forma, a análise dos três estados da região Centro-Oeste permitiu compreender que a amplitude de participação social dos Conselhos Estaduais de Saúde pode incrementar a evidenciação de prestações de contas das Secretarias Estaduais de Saúde, principalmente quando existe ambiente de controle social propício para tal, ou seja, a governança, no sentido de ação conjunta, apresenta-se de forma eficaz, transparente e compartilhada por todos os entes da sociedade em busca da melhor aplicação dos recursos públicos destinados à política pública de saúde. Assim, poderá prover razoável garantia à realização da efetividade e da eficiência das operações, ao cumprimento de metas de desempenho e à proteção de recursos, além de maior confiabilidade dos relatórios financeiros, em conformidade com leis e regulamentos aplicáveis (IFAC, 2001).

## Referências

- Alvarez, M. C. (2004). Controle social: notas em torno de uma noção polêmica. *São Paulo em perspectiva*, 18(1), 168-176. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000100020>
- Araujo, M. A. D. (2010). Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(3), 230-236.
- Bicalho, M. dos S. (2008). Conselheiros de saúde construindo o controle social do SUS. *Psicologia em revista*, 10(14), 149-154.
- Borges, T. J. G., Gonçalves, R. S., & Gonçalves, A. G. (2018, mai-ago). Atribuições de conselheiros de saúde no Brasil e informações dos relatórios de prestação de contas. *Espacios Públicos*, 21(52), 25-43.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (3, rev. e atual.). Lisboa: Edições 70.
- Bovaird, T., & Löffler, E. (2001). Emerging trends in public management and governance. *BBS Teaching and Research Review*, 5, 1-10.
- Campos, A. M. (1990). *Accountability*: quando poderemos traduzi-la para o português?. *Revista de administração pública*, 24(2), 30-50.
- Carvalho, A. I. (1995). *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Fase/IBAM
- Cavalcante, P., & Pires, R. (2018). *Governança pública: construção de capacidades para a efetividade da ação governamental*. Brasília: Ipea (Nota Técnica, n. 24).
- Cunha, P. F., & Magajewski, F. (2012). Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. *Saúde Soc. (supl.1)*, 71-79. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500006>



- Bairral, M. A. C., Silva, A. H. C., & Alves, F. J. S. (2015). Transparência no setor público: uma análise dos relatórios de gestão anuais de entidades públicas federais no ano de 2010. *Revista de Administração Pública*, 49(3), 643-675. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612125158>
- Correia, P. M. A. R., de Oliveira Mendes, I., & de Faria Bilhim, J. A. (2020). As redes de colaboração como fator inovador na implementação de políticas públicas. Um enquadramento teórico com base na nova governação pública. *Lex Humana*, 11(2), 143-162.
- Dantas, J. A., Zendersky, H. C., Santos, S. C., & Niyama, J. K. (2008). A dualidade entre os benefícios do disclosure e a relutância das organizações em aumentar o grau de evidenciação. *Revista Economia & Gestão*, 5(11), 56-76.
- Dias, J. C. R., & Vasconcelos, M. T. C. (2015). As Características Qualitativas da Informação Contábil no Desenvolvimento do Controle Social: uma Análise da Percepção dos Conselheiros Municipais do Recife sobre a Utilidade das Informações Contábeis. *Contabilidade Vista & Revista*, 26(2), 14-40.
- Demo, P. (2001). *Participação é conquista: noções de poder de política social e participativa*. São Paulo: Cortez.
- Fuks, M.; Perissinotto, R. (2006). Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 21(60), p. 67-81. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092006000100004>
- Gerschman, S. (2004). Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1670-1681. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000600026>
- Gonçalves, A. O., Silva, J. F. S., & Pedrosa, J. I. S. (2008a). Contribuições da gestão participativa no espaço público chamado Conselho: o contexto dos Conselhos de Saúde no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, 43, 96-105.
- Gonçalves, A. O., Gonçalves, R. S., & Weffort, E. F. J. (2008b). Tipologias de comunidades participativas na América Latina: o caso dos Conselhos de Saúde de Montevideu (Uruguai) e Porto Alegre (Brasil). *Cadernos PROLAM*, 1(12), 9-39.
- Gonçalves, A. O., Gonçalves, R. D. S., Lustosa, P. R. B., & Celestino, E. C. (2010). Da Secretaria de Saúde ao Conselho: análise de relatórios de prestação de contas com base nas características qualitativas da informação contábil. *Revista de Contabilidade e Organizações*, 4(8), 92-111. <https://doi.org/10.11606/rco.v4i8.34760>
- Gonçalves, A. O., Gonçalves, R. S., & Tavares, A. L. (2011). O olhar dos conselheiros de saúde sobre os relatórios de prestação de contas no município de Natal (Rio Grande do Norte), Brasil. *Saúde e Sociedade*, 20(3), 659-672.
- Gonçalves, R. D. S., Hayakawa, R. I., Gonçalves, A. D. O., & Serrano, A. L. M. (2013). Conselhos de saúde e controle social: um estudo comparativo dos relatórios de prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde. *Saúde e Sociedade*, 22, 1001-1013.
- Grisotti, M., Patrício, Z. M., & Silva, A. D. (2010). A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 831-840.
- IFAC. International Federation of Accountants (2001). Governance in the public sector: a governing body perspective. *PSC, Study 13*. Disponível em: <[www.ifac.org/sites/default/files/publications/files/study-13-governance-in-th.pdf](http://www.ifac.org/sites/default/files/publications/files/study-13-governance-in-th.pdf)>. Acesso em 11 maio 2018.
- Kind, L., Neto, J. L. F., Henriques, M. A., Santos, J. H. S., & Santos, A. C. C. (2016). Participação Social, Relações de Poder e Autonomia em Conselhos Distritais de Saúde. *Saúde & Transformação Social*, 7(1), 49-60.

- Kissler, L., & Heidemann, F. G. (2006). Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade?. *Revista de Administração Pública*, 40(3), 479-499. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122006000300008>
- Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Brasília-DF. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>> em 25 jun. 2014.
- Lima, J. C. de (2003). Descentralização e *accountability* em uma região de saúde. *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, 27(65), 221-233.
- Matias-Pereira, J. (2010). *Governança no setor público*. São Paulo: Atlas.
- OSBORNE, Stephen; RADNOR, Zoe; NASI, Greta (2012) A New Theory for Public Service Management? Toward a (Public) Service-Dominant Approach. *American Review of Public Administration*, 43(2), 135-158
- O'Donnell, G. (1998). Horizontal accountability and new poliarchies. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, 44, 27-54.
- Oliveira, V. de C. (2004). Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde. *Saúde e sociedade*, 13(2), 56-69.
- Oliveira, A. G., & Pisa, B. J. (2015). IGovP: índice de avaliação da governança pública— instrumento de planejamento do Estado e de controle social pelo cidadão. *Revista de Administração Pública*, 49(5), 1263-1290. <https://doi.org/10.1590/0034-7612136179>
- Pinho, J. D. (2008). Investigando portais de governo eletrônico de estados no Brasil: muita tecnologia, pouca democracia. *Revista de Administração Pública*, 42(3), 471-493. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000300003>
- Pinho, J. A. G. de, & Sacramento, A. R. S. (2009). *Accountability*: já podemos traduzi-la para o português?. *Revista de Administração Pública*, 43(6), p. 1343-1368. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122009000600006>
- Rezende, R. B., & Gonçalves, R. S. (2016). Processo de Prestação de Contas e Controle Social por meio de Pesquisa Participante: Uma Análise do Conselho Municipal de Saúde de Anápolis/Go. In: XVI Congresso USP: Controladoria e Contabilidade, 16, São Paulo. Anais... São Paulo: FEA/USP, 2016. Disponível em <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/4695> Acesso em: 10 março 2019.
- Rifkin, S. B., Bichmann, W., & Shrestha, M. (1989). Cómo medir la participación de la comunidad. *Foro Mundial de la Salud (OMS)*, 10(3/4), 482-488.
- Silva, A. O. (1999). *Amplitude da Participação da Comunidade no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS): a visão dos conselheiros*. Dissertação (Mestrado em Administração). Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Silva, A. O. (2005). *Comunidades Participativas e a Deliberação da Política pública de Saúde: Um Estudo Comparativo de Conselhos Locais de Saúde de Porto Alegre (Brasil) e Montevideu (Uruguai)*. São Paulo, 2005 (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Silva, A. X. D.; Cruz, E. A.; Melo, V. (2007). A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3), 683-688.
- Stralen, C. J. V., Lima, A. M. D., Sobrinho, D. F., Saraiva, L. D. E. S., Stralen, T. B. D. S. V., & Belisário, S. A. (2006). Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3), p. 621-632.
- Watson, A.; Shrides, P; Marston, C. (2002). Voluntary disclosure of accounting ratios in the UK. *The British Accounting Review*, 34(4), 289-313. <https://doi.org/10.1006/bare.2002.0213>
- Yin, R. K. (2011). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.

## Anexo 1 – Instrumento de Amplitude de Participação

Dimensão Histórica			
Implantação e Departamentalização (RIFKIN <i>et al</i> , 1989 e DEMO, 1996)			
<i>Ampla</i>	<i>Aberta</i>	<i>Média</i>	<i>Restrita</i>
As organizações comunitárias existentes participaram da criação do CES e participam ativamente das atividades do CES.	CES foi implantado pela legislação, mas coopera ativamente com outras organizações da comunidade, agregando novos atores em comissões existentes.	O CES foi imposto pelos serviços de saúde, mas passou a ser plenamente ativo, criando comissões.	O CES foi imposto pelos serviços de saúde, mas tem alguma atividade.
Dimensão Amplitude de Participação			
Subdimensão Tradução de Demandas			
Avaliação de necessidades (RIFKIN <i>et al</i> , 1989)			
<i>Ampla</i>	<i>Aberta</i>	<i>Média</i>	<i>Restrita</i>
A comunidade intervém na avaliação de necessidades.	O CES representa ativamente o ponto de vista da comunidade e avalia as necessidades.	A coordenação representa o ponto de vista e avalia as necessidades.	A opinião técnica das SES do Centro-Oeste predomina, levando em conta os interesses da comunidade.
Liderança (RIFKIN <i>et al</i> , 1989 e DEMO, 1996)			
<i>Ampla</i>	<i>Aberta</i>	<i>Média</i>	<i>Restrita</i>
O CES representa toda a diversidade de interesses da comunidade e controla as atividades do gestor estadual de saúde.	O CES é ativo com iniciativa.	O CES funciona sob um gestor estadual de saúde independente.	O CES não funciona, mas o gestor municipal de saúde atua independente dos grupos de interesse.
Mobilização de recursos (RIFKIN <i>et al</i> , 1989)			
<i>Ampla</i>	<i>Aberta</i>	<i>Média</i>	<i>Restrita</i>
A política local de saúde obtém considerável volume de recursos de origens diversas; o CES é quem decide a utilização dos recursos do Fundo estadual de Saúde	Ocorre contribuição periódica da União, do Estado e do Município; o CES controla a utilização dos gastos	Ocorre contribuição periódica da União, do Estado e do Município, sem a participação da comunidade no controle dos gastos;	Os recursos são provenientes da prestação de serviços. O CES não controla o pagamento dos honorários.

Fonte: Silva (1999), com adaptações.