

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ

ANDRÉIA COUTO BORGES

**ANÁLISE DE PRÁTICAS DO MECANISMO DE CONTROLE DA GOVERNANÇA
NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DA SAÚDE: ESTUDO DE CASOS EM
MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

CURITIBA

2024

ANDRÉIA COUTO BORGES

**ANÁLISE DE PRÁTICAS DO MECANISMO DE CONTROLE DA GOVERNANÇA
NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DA SAÚDE: ESTUDO DE CASOS EM
MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

**Analysis of practices of the governance control mechanism in the
implementation of health policies: case study in brazilian municipalities**

Dissertação apresentada como requisito para
obtenção do título de Mestre em Planejamento e
Governança Pública da Universidade Tecnológica
Federal do Paraná (UTFPR).
Orientadora: Profª Dra. Vanessa Ishikawa Rasoto.

CURITIBA

2024



[4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Esta licença permite remixe, adaptação e criação a partir do trabalho, para fins não comerciais, desde que sejam atribuídos créditos ao(s) autor(es) e que licenciem as novas criações sob termos idênticos. Conteúdos elaborados por terceiros, citados e referenciados nesta obra não são cobertos pela licença.



Ministério da Educação
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Campus Curitiba



Andréia Couto Borges

**ANÁLISE DE PRÁTICAS DO MECANISMO DE CONTROLE DA GOVERNANÇA
NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DA SAÚDE: ESTUDO DE CASOS EM
MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

Trabalho de pesquisa de mestrado apresentado como requisito para obtenção do título de Mestre Em Planejamento E Governança Pública da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Área de concentração: Planejamento Público E Desenvolvimento.

Data de aprovação: 08 de Maio de 2024

Dra. Vanessa Ishikawa Rasoto, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Dra. Isaura Alberton De Lima, Doutorado - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Dr. Robson De Faria Silva, Doutorado - Universidade do Contestado (Unc)

Documento gerado pelo Sistema Acadêmico da UTFPR a partir dos dados da Ata de Defesa em 24/07/2024.

Dedico este trabalho à minha família, e a minha amiga Ivanilda
Santos Mendonça (in memória).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela saúde, capacidade e sabedoria e aos meus pais, Arlindo Ferreira Borges e Lindinalva Gonçalves Couto Borges pelo amor incondicional.

Agradeço em especial também a minha irmã Maria Edna Couto Borges, que mesmo à distância, sempre me incentivou e me encorajou a concluir este trabalho.

Agradeço a minha orientadora Prof^a Dr^a Vanessa Ishikawa Rasoto, o apoio, a orientação e a paciência com que me guiou nesta trajetória.

Agradeço também à Prof^a Dr^a Isaura Alberton e ao Prof. Dr. Robson de Faria Silva, as valiosas contribuições realizadas no exame de qualificação.

Aos meus colegas da turma, do PPGPGP 2021, o compartilhamento de conhecimento e aprendizagem.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Planejamento e Governança Pública da UTFPR, o ensino e a dedicação.

Agradeço ao Ministério da Saúde do Governo Federal pelo apoio operacional à realização deste estudo.

RESUMO

A elevada descentralização das ações e serviços referente ao sistema público de saúde no país abrange princípios organizativos de responsabilidade partilhada entre os três níveis de governo, com o objetivo que essas intervenções sejam ofertadas com maior qualidade, e concede aos municípios, uma maior participação como os executores das políticas e recebedores de recursos financeiros federais. É essencial que esses municípios possuam condições técnicas, gerenciais, administrativas e financeiras, intensificando-se ainda a participação popular como grande valor no controle e fiscalização por meio dos Conselhos de Saúde, conforme a Constituição Federal de 1988 (CF/88). No entanto, as transferências de recursos federais aos entes têm apresentado problemas na implementação das políticas públicas, em que decorre da omissão da prestação de contas, contrariando o que preceitua o artigo 70, parágrafo único da CF/88, bem como de prestação de contas inadequadas. Nesse sentido, diante da complexidade no monitoramento, controle e fiscalização das transferências dos recursos federais da saúde, às unidades da Federação, o seguinte questionamento foi proposto: Quais as práticas de governança que mais fazem falta para que se possa evitar a devolução de recursos públicos da saúde? O objetivo geral estabelecido foi analisar práticas do mecanismo de controle da governança pública mais carentes na aplicação de recursos federais de UPA 24h, referente a 15 municípios com população acima de 50 mil habitantes, considerando a Portaria de devolução de recursos GM/MS n ° 4.277 de 06/12/2022. Os objetivos específicos abrangem: verificar a transparência dos municípios na perspectiva do cumprimento de dispositivos da Lei de Acesso à Informação (LAI); e ademais, verificar a cultura de transparência dos municípios referente ao Relatório Anual de Gestão (RAG) e Relatório Detalhado Quadrimestral (RDQ), no período de 2018 ao ano de 2022. Além de identificar fragilidades e limitações no que concerne à promoção da transparência do principal sistema de monitoramento de obras das transferências na modalidade fundo a fundo (SISMOB) e da prestação de contas pelos entes municipais na perspectiva da *accountability* horizontal. Verificar as ações na perspectiva da *accountability* vertical (controle social) durante o processo de habilitação dos municípios e as limitações encontradas para o acompanhamento e monitoramento das obras, considerando os mecanismos disponíveis. E identificar possíveis diretrizes e práticas que contribuem para o monitoramento e boa aplicação dos recursos federais da saúde em âmbito municipal. A metodologia refere-se a uma pesquisa de natureza aplicada, com abordagem qualitativa e, quanto ao procedimento técnico, trata-se de estudo de casos múltiplos em que 15 municípios brasileiros, com população acima de 50 mil habitantes, tiveram de devolver recursos da saúde ao governo federal. O principal resultado aponta para a necessidade de melhor se promover a transparência e assegurar a *accountability* dos recursos federais, com a disponibilidade de informações atualizadas para acompanhamento das obras. As limitações referem-se a falta de disponibilidade dos RAG, via portal SAGE dos anos de habilitação das propostas canceladas. Espera-se o fortalecimento do sistema de monitoramento da aplicação dos recursos, integrado com todas as instâncias de governança do SUS.

Palavras-chave: governança pública; *accountability*; transparência; políticas de saúde; aplicação de recursos.

ABSTRACT

The high decentralization of actions and services relating to the public health system in the country encompasses organizational principles of shared responsibility between the three levels of government, with the aim that these interventions are offered with higher quality, and grants municipalities greater participation as executors of policies and recipients of federal financial resources. It is essential that these municipalities have technical, managerial, administrative and financial conditions, further intensifying popular participation as a great value in control and supervision through the Health Councils, in accordance with the Federal Constitution of 1988 (CF/88). However, transfers of federal resources to entities have presented problems in the implementation of public policies, resulting from the omission of accountability, contrary to the provisions of article 70, sole paragraph of CF/88, as well as accountability inadequate. In this sense, given the complexity in monitoring, controlling and supervising the transfers of federal health resources to the Federation units, the following question was proposed: What governance practices are most needed to avoid the return of public resources? Of health? The general objective established was to analyze practices of the public governance control mechanism most lacking in the application of federal 24h UPA resources, referring to 15 municipalities with a population above 50 thousand inhabitants, considering the Ordinance on the return of resources GM/MS No. 4,277 from 12/06/2022. The specific objectives include: verifying the transparency of municipalities from the perspective of compliance with the provisions of the Access to Information Law (LAI); and furthermore, verify the transparency culture of the municipalities regarding the Annual Management Report (RAG) and Quarterly Detailed Report (RDQ), from 2018 to 2022. In addition to identifying weaknesses and limitations regarding the promotion of transparency in the main system for monitoring works of transfers in the fund-to-fund modality (SISMOB) and accountability by municipal entities from the perspective of horizontal accountability. Verify the actions from the perspective of vertical accountability (social control) during the municipal qualification process and the limitations encountered in monitoring and monitoring the works, considering the available mechanisms. And identify possible guidelines and practices that contribute to the monitoring and good application of federal health resources at the municipal level. The methodology refers to research of an applied nature, with a qualitative approach and, regarding the technical procedure, it is a multiple case study in which 15 Brazilian municipalities, with a population above 50 thousand inhabitants, had to return health resources to the federal government. The main result points to the need to better promote transparency and ensure the accountability of federal resources, with the availability of updated information to monitor works. The limitations refer to the lack of availability of the RAG, via the SAGE portal, for the years in which the canceled proposals were qualified. It is expected to strengthen the system for monitoring the application of resources, integrated with all SUS governance instances.

Keywords: public governance; accountability; transparency; health policies; application of resources.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Sistema de governança das secretarias de saúde.....	29
Figura 2: Práticas relacionadas aos mecanismos de governança.....	60
Figura 3: Síntese da definição da amostra.	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Percentual de SIC físico nos municípios.....	82
Gráfico 2: Percentual SIC eletrônico dos municípios.....	82
Gráfico 3: Percentual dos municípios que exigem requisitos para acesso à informação pelo cidadão.	83
Gráfico 4: Percentual dos municípios que possibilitam o acompanhamento da informação pelo cidadão.	84
Gráfico 5: Situação de análise pelo CS dos RDQ de 2018 - 2022.	90
Gráfico 6: Status aprovação RAG por município – 2018 – 2022.....	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Parâmetro de produção/mês do componente UPA 24h, conforme a Portaria de Consolidação MS/GM nº 3, de 28 de setembro de 2017.	19
Quadro 2: Nº de atendimentos previstos para cada UPA, com obra cancelada.	20
Quadro 3: Dimensões analíticas da Eficiência na saúde	25
Quadro 4: Passos metodológicos e perguntas orientadoras para monitoramento participativo.	37
Quadro 5: Princípios de Governança Pública.....	53
Quadro 6: Síntese das práticas para garantia da Accountability.....	63
Quadro 7: Método TCU de avaliação de governança até o nível de prática.	65
Quadro 8: Prática de governança C3.1, dar transparência às partes interessadas. .	66
Quadro 9: Práticas de governança, C3.2, prestação de contas	67
Quadro 10: Práticas de governança, C3.3, apuração de irregularidades	68
Quadro 11: Valores x municípios com população abaixo de 50mil habitantes.....	74
Quadro 12: Perfil transparência dos municípios com indicação de devolução de recursos acima de 50 mil habitantes	76
Quadro 13: Disponibilidade de dados para monitoramento das obras – EBT 2020. .	77
Quadro 14: Resumo das técnicas para coleta dos dados da pesquisa.	78
Quadro 15: Recomendações quanto a <i>accountability</i> , transparência e controle social.	85
Quadro 16: Práticas de divulgação do RDQ e Nota transparência (EBT-2ª edição). .	88
Quadro 17: Prática de divulgação do RAG – 2018 a 2022.....	88
Quadro 18: Status de divulgação do instrumento RDQ – 2020 a 2022.....	90
Quadro 19: Período de aprovação dos RAG – 2018 a 2019.....	91
Quadro 20: Resoluções de aprovação dos RAG – 2020 a 2021	92
Quadro 21: Resoluções de aprovação dos RAG – 2022.....	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
Bird	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
CF/1988	Constituição Federal de 1988
CFA	Conselho Federal de Administração
CGU	Controladoria-Geral da União
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Covid-19	<i>Coronavirus disease</i> 2019
CS	Conselho de Saúde
D.O.U.	Diário Oficial da União
DGMP	DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento
EBT	Escala Brasil de Transparência
e-SIC	Serviço Eletrônico de Informação ao Cidadão
FAF	Fundo a Fundo [modalidade de transferência de recursos]
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GC	Governança Corporativa
IBCG	Instituto Brasileiro de Governança Corporativa
IEM	Índice de Eficiência Municipal
IGM	Índice de Governança Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LAI	Lei de Acesso à Informação
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NPG	<i>New Public Governance</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde

PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PAS	Programação Anual de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPA-MS	Plano Plurianual do Ministério da Saúde
PRC	Portaria de Consolidação
PS	Plano de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RDQ	Relatório Detalhado Quadrimestral
RDQA	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior
RQPC	Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAMU 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SIC	Serviços de Acesso à Informação
SIPLAM	Sistema de Planejamento e Monitoramento
SISMOB	Sistema de Monitoramento de Obras
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tomada de Contas Especial
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA 24h	Unidades de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	OBJETIVOS	17
1.1.1	Objetivo Geral	17
1.1.2	Objetivos Específicos	17
1.2	JUSTIFICATIVA	18
1.3	ESTRUTURA DO TRABALHO	21
2	FUNDAMENTAÇÃO TÉORICA	22
2.1	GESTÃO EM SAÚDE	22
2.2	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	27
2.3	MONITORAMENTO NA APLICAÇÃO DOS RECURSOS DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS – 24H)	30
2.4	MONITORAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM ÂMBITO LOCAL	35
2.5	DAS TRANSFERÊNCIAS DA SAÚDE E GESTÃO PELO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE	38
2.5.1	controle social exercido nas transferências FAF	44
2.6	GOVERNANÇA CORPORATIVA	47
2.7	GOVERNANÇA PÚBLICA	49
2.7.1	Princípios da Governança Pública	52
2.7.2	Accountability e Transparência	55
2.7.2.1	<i>Dimensões da Accountability: vertical e horizontal</i>	57
2.8	PRÁTICAS DE GOVERNANÇA DO REFERENCIAL BÁSICO DO TCU	58
2.8.1	Prática da Promoção da Transparência	61
2.8.2	Prática para garantir a Accountability	63
2.8.3	Guia de Governança e Gestão da Saúde aplicável a Secretarias e Conselhos de Saúde	64
3	METODOLOGIA	69
3.1	NATUREZA DA PESQUISA E TIPO DE PESQUISA	69
3.2	COLETA DE DADOS	70
3.3	ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS	75
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	80
4.1	PERFIL DA TRANSPARÊNCIA DOS MUNICÍPIOS CONFORME ESCALA - EBT.	

4.2 FATORES CRÍTICOS APONTADOS NA ACCOUNTABILITY HORIZONTAL...	84
4.3 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE TRANSPARÊNCIA E ACCOUNTABILITY NA GOVERNANÇA EM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS	86
4.3.1 Prática de Governança C3.1, dar transparência às partes interessadas .	86
4.3.2 Prática de Governança C3.2 prestar contas da implementação e dos resultados do plano de saúde	89
4.4 MECANISMOS DA GOVERNANÇA EM SAÚDE PARA PROMOÇÃO DA TRANSPARÊNCIA E ACCOUNTABILITY EM ÂMBITO LOCAL	94
5 PROPOSIÇÃO DE <i>FRAMEWORK</i> – ACCOUNTABILITY E TRANSPARÊNCIA .	97
5.1 ESTABELECE UM OBSERVATÓRIO SOCIAL COMO PRÁTICA DE ACCOUNTABILITY	97
5.2 CRIAÇÃO DE UM PLANO DE MONITORAMENTO PARTICIPATIVO	98
5.3 CARTA DE SERVIÇOS AO CIDADÃO	99
5.4 ACOMPANHAMENTO DOS PRINCIPAIS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DA SAÚDE:.....	101
6 CONCLUSÃO E SUGESTÕES.....	105
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICE A - PORTE DA UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) CONFORME 13 PORTARIAS DE HABILITAÇÃO.	120
APÊNDICE B - PERFIL TRANSPARÊNCIA DOS MUNICÍPIOS, CONFORME ESCALA BRASIL DE TRANSPARÊNCIA (EBT) – CGU.....	121
APÊNDICE C - PERFIL TRANSPARÊNCIA RAG – 2018-2022.	122

1 INTRODUÇÃO

A capacidade do Estado em atender de forma equânime e satisfatória às necessidades da população, por meio de suas políticas públicas, traz ao cerne questões emblemáticas que os especialistas vão apontar como a necessidade de o Estado identificar problemas e formular soluções efetivas que visem agregar valor público ao cidadão (Pires; Gomide, 2016; Teixeira, 2012).

Essa capacidade envolve relações complexas, bem como ações coordenadas com a sociedade civil e o setor privado, e estabelece um novo direcionamento de forma imperativa da atividade governamental na atualidade, elevando a governança, na função de promover uma renovação no exercício do poder e da organização do Estado (Rhodes, 1996).

Nesse sentido, o Estado, na contemporaneidade, ao realizar as suas funções mediante o governo e a administração pública, deve estar bem estruturado, seja em nível federal, estadual, municipal; implicando ainda em gerar estímulos para facilitar a incorporação de novas tecnologias e inovações no setor público, visando atuar com eficiência, eficácia e efetividade em benefício da sociedade (Matias-Pereira, 2016).

Em vista disso, ressalta-se que a temática da governança pública orçamentária surge como fundamental na implementação das políticas públicas diante das transferências de recursos federais para o enfrentamento da pandemia da Covid-19.

Segundo o Portal da transparência da Controladoria-Geral da União (CGU) nos três primeiros anos da pandemia foi repassado às unidades da Federação o montante de R\$ 524,02 bilhões, equivalente a 15,32% dos gastos públicos em 2020; em 2021 R\$116,20 bilhões, representando 3,10% dos gastos públicos; e em 2022, R\$ 11,10 bilhões, representando 0,28% dos gastos públicos.

Esse montante bilionário, recebido por estados e municípios, tornou-se alvo de diversas operações de investigação noticiadas pela mídia. Nota-se, em 2020, que a CGU, realizou 20 operações relacionadas ao monitoramento desses recursos, a exemplo da “Operação Virus Infectio” em conjunto com a Polícia Federal, conforme noticiado em seu sítio eletrônico.

A transparência das ações dos entes da Federação, na aplicação dos recursos, reflete-se em sua responsabilização e capacidade de criar valor público, demandando no âmbito dos municípios que os serviços de atendimento à população sejam prestados com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, conforme

art.30, inciso VII da CF/88 e enfatiza-se também o valor da participação cidadã no monitoramento e fiscalização nesse nível.

Em estudos do Tribunal de Contas da União (TCU), em 2016, sobre o perfil nacional de gestão das secretarias municipais de saúde, 46% delas apresentavam capacidade incipiente de gestão, 51% possuíam capacidade intermediária e 3% encontravam-se em capacidade aprimorada da gestão, conforme Acórdão 1.840/2017 – TCU – Plenário (Brasil, 2017).

Logo, a capacidade de gestão em âmbito local deve estar alinhada a elementos-chave a serem considerados no processo de consolidação da governança na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os elementos essenciais são, portanto, traduzidos por uma governança orçamentária que se propõe a que todas as instituições envolvidas nas transações discutam, implementem, monitorem e fiscalizem as ações, pautadas em todo o conjunto de regras estruturadas, com especial atenção para a Lei 4.320/64, bem como a Constituição Federal de 1988, artigos 165 a 169, Lei de Responsabilidade Fiscal, que abrangem o processo do orçamento público (Gonçalves, 2021).

Observa-se ainda a necessidade de ampliação e permanência dos espaços de diálogo da democracia participativa no processo de fortalecimento e imagem do SUS, uma vez que na atualidade houve a extinção, por parte do governo federal, de mais de 600 conselhos e órgãos colegiados que atuavam à semelhança do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2019 (Piggato, 2021).

É sabido que a descentralização da gestão e a decisiva participação social têm sido partes integrantes da construção de um país que requer mais acesso e qualidade dos serviços públicos de saúde, alicerçadas nos princípios da boa governança na saúde destacados nos estudos de Raksa (2015), como a Transparência, a *Accountability*, a Participação, a Integridade/Ética, a Conformidade Legal, a Equidade, a Eficiência, a Eficácia, a Efetividade e, especificamente na área da saúde, a Regulação e a Vigilância.

Conforme apontado, ainda imperam desafios no sistema público de saúde no que se refere à necessidade de uma coordenação mais coesa entre os entes, seja em nível estadual, municipal e federal, com ações articuladas com a sociedade civil, capazes de conjuntamente dar respostas mais céleres tanto na dinâmica interna, quanto na capacidade de adaptação às mudanças externas, como as surpreendidas pela Covid-19 (Gonçalves, 2021).

Dada a complexidade da gestão das transferências de recursos federais, bem como a descentralização das políticas, ganha-se cada vez mais lugar de destaque a transparência ativa e passiva da Administração Pública e a *accountability* dos implementadores das políticas públicas (Bichir, 2020).

Ao fazer um recorte na implementação do componente da rede de urgência e emergência, no que se refere às Unidades de Pronto Atendimento (UPA-24h), no período de 2011 a 2016 houve uma forte indução federal para expansão dessas unidades para todas as regiões do país mediante o financiamento pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), (O'Dwyer *et al.*, 2017).

E com a gestão dessas unidades, predominantemente municipal, os estudos apontaram conflitos entre os entes resultando em unidades de pronto atendimento construídas, mas sem funcionamento, tendo em vista a justificativa dos estados em planejarem suas unidades; porém a negociação direta entre a União e os municípios, acabou sendo impeditivo para o funcionamento (O'Dwyer *et al.*, 2017).

Existiu, assim, um período de variada implantação dessas unidades UPA, no Brasil, em que estados e municípios relataram divergências de “interesses políticos e critérios técnicos; dificuldades financeiras ou operacionais” dos municípios como contratação de médicos, falta de apoio estadual. Sendo ambos os entes da federação unânimes em afirmar a insuficiência de recursos de custeio por parte do governo federal (O'Dwyer *et al.*, 2017).

Promover a qualidade no gasto dos recursos federais públicos requer ainda o fortalecimento das ações dos controles internos das instâncias de governança do SUS, sejam essas internas (alta administração, governos, prefeitos, secretários) e de apoio à governança (auditoria interna, comissões e comitês, ouvidoria do SUS), sejam, das instâncias externas (Poder Legislativo, Tribunal de Contas) responsáveis pelo controle e regulamentação (Brasil, 2018).

Marrara (2019) salienta que os inimigos de um controle interno eficaz, na atualidade brasileira, ainda se manifestam fortemente, em que pesem os avanços gerados pelas novas modalidades de controle interno paralelo e especializado como as ouvidorias e corregedorias internas.

Essas fragilidades caracterizam-se, por vezes, pela falta de especialização do agente responsável pelo controle, uma vez que é imprescindível o conhecimento técnico aprofundado e o conhecimento jurídico sobre aquilo que é controlado. Acrescenta-se, ainda, reduzido distanciamento entre controlador e controlado em que

ocorre forte influência, lícita e ilicitamente, seja de ordem política, econômica e até mesmo pessoais (Marrara, 2019).

Ademais, o autor cita o corporativismo protetivo no que se refere à autoproteção dos interesses de classes profissionais e a imunização recíproca entre os seus membros, fazendo minar instrumentos de controles internos que ameaçam afetá-los. Completam o rol a impunidade ou insuficiência de sanções negativas justas e não aquelas severas imotivadamente; os custos associados do controle, sejam eles financeiros e humanos (Marrara, 2019).

Dessa forma, dada toda a complexidade para o monitoramento, controle e fiscalização dos recursos destinados ao SUS, tendo em vista as várias instâncias de atuação das políticas, surge o seguinte questionamento: Quais as práticas de governança que mais fazem falta para que se possa evitar a devolução de recursos público da saúde?

1.1 OBJETIVOS

Diante da problemática levantada, passou-se a tecer os seguintes objetivos deste trabalho.

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar práticas do mecanismo de controle da governança pública mais carentes na aplicação de recursos federais de UPA 24h, referente a 15 municípios com população acima de 50 mil habitantes, considerando a Portaria de cancelamento GM/MS n ° 4.277 de 06/12/2022.

1.1.2 Objetivos Específicos

a) Verificar a transparência na perspectiva do cumprimento de dispositivos da Lei de Acesso à Informação (LAI), conforme a Escala Brasil de Transparência (EBT), Avaliação 360°, 2ª Edição, dos municípios que tiveram de devolver recursos de investimento ao governo federal, enfatizando-se a disponibilidade de informações para o acompanhamento de obras públicas e dos canais de atendimento ao cidadão.

b) Identificar fragilidades e limitações no que concerne à promoção da transparência do principal Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) das transferências na modalidade fundo a fundo e da prestação de contas pelos 15 entes municipais, na perspectiva da *accountability* horizontal (órgão de controle externo).

c) Verificar as ações na perspectiva da *accountability* vertical (controle social), durante o processo de habilitação dos municípios e as limitações encontradas para o acompanhamento e monitoramento das obras, considerando os mecanismos disponíveis.

d) Verificar como tem sido a cultura de transparência quanto à divulgação e submissão ao Conselho de Saúde (CS) dos principais relatórios de acompanhamento e apresentação dos resultados do SUS, especificamente o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado Quadrimestral (RDQ), no período de 2018 ao ano de 2022 de publicação de cancelamento das obras dos 15 municípios.

e) Identificar possíveis diretrizes e práticas que contribuem para o monitoramento e boa aplicação dos recursos federais da saúde em âmbito municipal.

1.2 JUSTIFICATIVA

A literatura especializada tem demonstrado a influência da governança pública na eficiência da alocação dos recursos da saúde (Santos; Rover, 2019). E apresenta importantes práticas que devem estar voltadas para a promoção da transparência e garantia da *accountability* (Brasil, 2020), visando tanto prestar contas da implementação e dos resultados das políticas e programas, como aumentar a confiabilidade da sociedade diante do desempenho das organizações públicas (Santos, 2019).

Santos e Rover (2019, p. 748) ainda pontuam a relação significativamente positiva entre os princípios da *accountability* e da transparência e afirmam que esses princípios, somados aos “melhores índices de gestão, influenciam de modo positivo a eficiência da aplicação dos recursos públicos em educação e saúde”.

Ademais, é necessária a implementação de uma cultura de *accountability* e transparência, principalmente pelos estados e municípios os quais operacionalizam as políticas de saúde de forma a fortalecer as instâncias de governança do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso porque a governança da saúde visa as melhores práticas

para gestão da saúde, considerando os diferentes atores (Raksa, 2015) e a forma como eles estão organizados, como “interagem e procedem para obter a boa governança nas esferas estadual e municipal” (Brasil, 2018, p. 24).

Nota-se, ainda, a associação da eficiência na saúde com o campo da economia, sendo que o uso ineficiente dos recursos, pode negar tratamento a um maior número de pessoas, tendo em vista o consumo excessivo em determinados tratamentos. É necessário ter a capacidade de medir a eficiência e garantir que as métricas sejam relevantes e úteis para os formuladores de políticas e gestores públicos (Cylus; Papanicolas; Smith, 2016).

Nesse sentido, almeja-se o fortalecimento das relações interfederativas para prestação de contas (*accountability*) adequada dos investimentos em Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), dentro das exigências normativas e jurisprudências, alinhada à transparência das ações dos agentes públicos de forma a não negar tratamento e permitir uma melhor assistência à população.

Cabe ressaltar que, na rede de urgência e emergência do SUS, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) atuam como porta de entrada e prestam serviço resolutivo e qualificado no atendimento dos problemas de saúde da população de abrangência e se constituem como estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar (Frasão; Ribeiro, 2022).

Observa-se que a ineficiência na utilização dos recursos gera demandas reprimidas diante da oferta frustrada para atendimento da população nas UPAs. O impacto com o cancelamento de propostas de Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) mediante a Portaria GM/MS nº 4.277 de 06/12/2022, deixou de gerar 73.125 atendimentos/mês, conforme Quadro 1 de parâmetro de produção e Quadro 2 de previsão de atendimentos, a seguir:

Quadro 1: Parâmetro de produção/mês do componente UPA 24h, conforme a Portaria de Consolidação MS/GM nº 3, de 28 de setembro de 2017.

(continua)

Opção	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da unidade	Nº de atendimentos médicos/mês (01.03.06.010-003.01.06.009-6.01.03.06.002-9)	Nº de atendimentos classificação de riscos/mês (03.01.06.011-8)
I	2	2.250	2.250
II	3	3.375	3.375
III	4	4.500	4.500
IV	5	5.625	5.625
V	6	6.750	6.750

(conclusão)

Opção	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da unidade	Nº de atendimentos médicos/mês (01.03.06.010-003.01.06.009-6.01.03.06.002-9)	Nº de atendimentos classificação de riscos/mês (03.01.06.011-8)
VI	7	7.875	7.875
VII	8	9.000	9.000
VIII	9	10.125	10.125

Fonte: Adaptado de Brasil (2022, p. 239).

A aplicação dos recursos foi monitorada pelo Ministério da Saúde (MS) tendo em vista recursos de investimento transferidos a 29 entes municipais o que ocasionou em obras não concluídas.

Quadro 2: Nº de atendimentos previstos para cada UPA, com obra cancelada.

Definição dos portes aplicáveis às UPA 24H	Número de atendimentos médicos em 24 horas	Média atendimentos mês	Qtd. Unidades construção cancelada	Oferta mês
PORTE I	Média de 150 pacientes	2.250	24	54.000
PORTE II	Média de 250 pacientes	3.375	3	10.125
PORTE III	Média de 350 pacientes	4.500	2	9.000
	Total	10.125	29	73.125

Fonte: Adaptado de Brasil (2022).

Ressalta-se que a inadequada prestação de contas pelo ente receptor dos recursos financeiros gera ainda a obrigatoriedade na devolução de recursos em âmbito administrativo e, quando não devolvidos pelo ente, posteriormente geram Tomada de Contas Especial (TCE) a ser julgada pelos órgãos de controle externo.

Segundo o site da Controladoria-Geral da União (CGU), só em 2022, a CGU certificou 1.703 processos de TCE, no montante de mais de R\$ 5 bilhões, uma vez que os órgãos concedentes de recursos financeiros, em uma ação de cobrança administrativa, não conseguiram reaver de imediato os recursos com gastos irregulares.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho está dividido em 6 capítulos. Sendo que o primeiro apresenta contexto, problema de pesquisa, objetivos e justificativa. O segundo capítulo aborda a fundamentação teórica e a revisão de literatura e refere-se à cinco subseções em que trata da gestão em saúde. Além disso, breve histórico da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), perpassando pelo monitoramento da aplicação dos recursos de UPA, as transferências intergovernamentais e gestão do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Detalha-se ainda sobre a governança corporativa e pública com seus princípios e práticas. Ademais, no capítulo 3 refere-se à metodologia e no capítulo 4 à análise e discussão dos resultados e, por fim, o capítulo 5 com uma proposição de Framework e o capítulo 6 com a conclusão e sugestões.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo abordará a temática da gestão em saúde e seus desafios, desde a sua criação até os dias atuais e os instrumentos de planejamento na gestão do SUS. Ainda, o papel do Fundo Nacional de Saúde (FNS) na gestão e repasse aos entes da Federação buscando compreender aspectos legais do bloco de financiamento das transferências fundo a fundo. Ressaltando também o papel dos Conselhos de Saúde na fiscalização dos recursos e os mecanismos de controle evidenciados na literatura para o aumento do nível de transparências das contas desses entes.

2.1 GESTÃO EM SAÚDE

Desde tempos antigos, quando surgiu a saúde pública, fora constituído também um campo de conhecimento denominado "administração sanitária e de práticas em saúde". Esse campo era distinto da Administração de Empresas, uma vez que procurava articular a gestão com as práticas tidas como eficazes para o enfrentamento dos problemas coletivos de saúde (Campos; Campos, 2009).

Preliminarmente, a gestão em saúde adotou conceitos originários da Ciência política, da Sociologia e da Teoria geral da Administração e ampliou-se com a criação dos Sistemas Nacionais e Públicos de Saúde em alguns países da Europa, América e Oceania, em meados do século XX (Campos; Campos, 2009).

Com a criação dos sistemas públicos de saúde cresce a busca pela compreensão e intervenção dos problemas e desafios impostos pelas "transformações na organização e gestão dos sistemas de saúde nas sociedades contemporâneas" (Teixeira; Sá, 1996, p. 81).

Nesse sentido, a literatura especializada tem apontado abordagens teórico-metodológicas necessárias, assim, questões relacionadas do papel do Estado na saúde, "às políticas e à organização institucional do setor saúde"; às formas de financiamento e gestão dos serviços; à organização da prestação de serviços e aos modelos assistenciais" (Teixeira; Sá, 1996, p. 81).

Lobato e Giovanella (2012, p. 89) ressaltam que a crescente participação do Estado, no controle e desenvolvimento de estratégias de impacto na saúde, deu-se a partir do meado do século XX e foi se consolidando ao fazer uso das estruturas dos sistemas de saúde para garantir "a prevenção de doenças, a oferta diária de serviços,

de cura e reabilitação, incluindo o controle e a definição de regras para a produção de alimentos, medicamentos, equipamentos, proteção do meio ambiente”.

Na visão de Tanaka e Tamaki (2012) a gestão de serviços se caracteriza por uma prática administrativa que visa a otimização do funcionamento das organizações e permite obter o máximo de eficiência, eficácia e efetividade.

Nesse sentido, a gestão da saúde se ocupa do cotidiano, distinguindo-se da governança, a qual possui diretrizes mais amplas, porém, ambas possuindo correlação. Ao exemplificar, no caso da Covid-19, observa-se que a gestão irá se ater na quantidade necessária de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de como esses leitos serão utilizados de forma eficiente com os insumos requeridos. Por outro lado, a governança envolve como informar a população e garantir a logística na entrega dos recursos (Malik, 2021).

Diante disso, em tempos de pandemia, verifica-se que o planejamento e a gestão em saúde se apresentam como essenciais, acrescidos do fator crítico da governança para funcionamento do SUS (Malik, 2021).

Destaca-se que, na relação entre governança e gestão, a governança segue no intuito de verificar os mecanismos necessários para avaliar, direcionar e monitorar a gestão. Por outro lado, a gestão deve responsabilizar-se pelo planejamento conforme diretrizes estabelecidas e seguir executando e controlando no sentido de corrigir o planejamento para o alcance das metas e objetivos da organização (Brasil, 2018).

Verifica-se em todo o processo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) que as práticas de planejamento estão presentes, precipuamente, no cotidiano de dirigentes da área pública, mediante a definição de metas e estabelecimento de objetivos, dando enfoque a diferentes abordagens ao longo dos anos (Brasil, 2016a).

Portanto, os mecanismos utilizados na gestão do SUS vão se estabelecendo associados ao modo consensual de governança no que se refere às relações entre os entes da Federação (Brasil, 2016a).

Conforme Kruger (2020), refletir sobre a determinação do financiamento e o planejamento dos serviços de saúde envolve a totalidade, não apenas de uma área específica, mas, da sociedade como um todo.

De forma abrangente, conforme Oliveira (2022), existem cinco divisões do planejamento as quais correspondem: ao assunto abordado, aos elementos de

propósitos, aos objetivos, às estratégias, às políticas, aos programas, aos orçamentos, às normas e aos procedimentos.

Deve-se considerar também as dimensões de tempo a relevância das unidades organizacionais nas quais o planejamento é elaborado; e, por último, abrange as características relacionadas à complexidade, à qualidade ou à quantidade, o tipo de planejamento, a formalidade ou a informalidade, se econômico ou caro (Oliveira, 2022).

Em tempos de crise, o planejamento torna-se ainda mais necessário. Um tipo que foi fortemente vivenciado pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), no período da pandemia da Covid-19, foi o do Planejamento Estratégico Situacional (PES) considerado no Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde. Esse planejamento fundamentou a elaboração de um fluxograma para o enfrentamento de crises (Caleman *et al.*, 2021).

A crise levou gestores públicos a vivenciarem muitos dilemas que os colocavam diante de escolhas entre o ideal e o possível, crescendo-se um cenário em que eram avaliados, por suas omissões e ações, pelos órgãos de controle e Poder Judiciário (Gebran Neto, 2021).

Diante da complexidade de gestão, ressalta-se o desafio do bom desempenho dos sistemas de saúde, uma vez que a qualidade da oferta aponta para o recebimento de serviços necessários “no momento e no local adequados, em quantidades suficientes e a um custo razoável” (Viacava *et al.*, 2012, p. 922).

Em vista disso, a eficiência apontada para o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) abrange, ainda, como os gestores públicos se apropriam do conceito de eficiência em seu cotidiano.

Em estudos de revisão de literatura de Dermindo, Guerra e Gondinho (2020, p. 8 e 9) apontou-se que o termo eficiência foi apreendido como um “esforço dos gestores em realizar suas atribuições com diligência e busca de resultados positivos para o serviço, no que tange a aplicação dos recursos financeiros, e satisfação na entrega dos serviços necessários à comunidade”.

Houve ainda, em todos os trabalhos selecionados pelos autores, o cuidado em compreender quais fatores incentivam ou restringem a eficiência na gestão dos serviços públicos de saúde. Com grande preocupação, principalmente, de análise das estruturas de gestão de hospitais e de redes municipais de saúde (Dermindo; Guerra; Gondinho, 2020).

Dessa forma, apresentaram dimensões analíticas de ampliação da utilização do conceito da eficiência dos recursos públicos e pontuam, para tanto, as eficiências relativas ao campo da ciência econômica: a econômica (busca do menor custo possível) e a fiscal (priorização dos melhores resultados).

Também as eficiências referentes ao campo da economia da saúde como a técnica (relação entre recursos utilizados e resultados obtidos) e a distributiva (na busca pela obtenção máxima de bem-estar para toda sociedade). Por fim, as eficiências na dimensão dos estudos de Avaliação de Políticas Públicas, a instrumental (relação entre custos econômicos e benefícios) e a política (relação entre os custos sociais ou políticos e os benefícios deles decorrentes), conforme Quadro 3 a seguir.

Quadro 3: Dimensões analíticas da Eficiência na saúde

Eficiência dos recursos públicos						
Área de estudo	Ciência Econômica		Economia da Saúde		Estudos de Avaliação de Políticas Públicas	
	Menor custo possível para o máximo de resultado possível (Ótimo de Pareto)	Priorizar os melhores resultados possíveis das contas dos governos - receitas superiores às despesas	Relação entre recursos utilizados e resultados obtidos, buscando a maximização dos resultados previamente definidos	Relação entre recursos gerais da sociedade e resultados alcançados com a sua utilização na obtenção máxima de bem-estar para todos os indivíduos	Relação entre custos econômicos e benefícios	Relação entre os “custos”, sociais ou políticos, e os benefícios deles decorrentes
Dimensão Analítica	Eficiência Econômica	Eficiência Fiscal	Eficiência Técnica	Eficiência Distributiva	Eficiência Instrumental	Eficiência Política

Fonte: Dermindo; Guerra; Gondinho (2020, p. 11 e 12)

Nota-se, ante o exposto, a relação de interdependência entre gestão da saúde e economia, uma vez que ao ocorrer no sistema de saúde o uso ineficiente e excessivo de recursos em determinados tratamentos, isso pode acabar impedindo que um maior número de pacientes seja atendido; o que não aconteceria se os recursos fossem mais bem utilizados. Primeiramente é necessário ter a capacidade de medir a

eficiência e garantir que as métricas sejam relevantes e úteis para os formuladores de políticas e gestores públicos (Cylus; Papanicolas; Smith, 2016).

Vieira, Piola e Benevides (2019), ao pontuarem sobre a medição da eficiência no SUS, ressaltaram algumas questões relacionadas aos princípios que regem o funcionamento do sistema público. Explicitam que para além da busca pela eficiência na administração pública, quando se trata do caso da saúde, antes de se assegurar eficiência no sistema, é preciso garantir acesso universal, igualitário e integral aos serviços em todo o território.

Os autores estabelecem, portanto, uma relação de subordinação do princípio da eficiência a princípios constitucionais concernentes às garantias e aos direitos fundamentais.

Nesse sentido, a respeito de medidas para se melhorar a eficiência dos sistemas de saúde, os autores citam os estudos de Yip e Hafez (2015 *apud* Vieira; Piola; Benevides, 2019), considerando as particularidades de cada país quanto à forma de ineficiência, também o contexto socioeconômico e político e a diversidade dos instrumentos de política.

Com isso, os estudos desses autores publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) concluem, a partir da experiência de dez países, as seguintes medidas a serem adotadas na melhoria da eficiência: a necessidade de considerar o planejamento das intervenções de forma sistêmica; desenho preliminar do trabalho a ser feito, clarificando a medição e comparação com a ineficiência; compreensão do ambiente político, organizacional e da provisão dos serviços, pesquisando sobre o processo de implementação das ações. (Yip; Hafez, 2015 *apud* Vieira; Piola; Benevides, 2019).

Por fim, promover a melhoria da responsabilização dos gestores e da transparência, obtendo-se dados administrativos sobre custos e rotinas dos serviços, “bem como capacidade de análise e de processamento da informação” (Yip; Hafez, 2015 *apud* Vieira; Piola; Benevides, 2019, p. 39)

Esse último destaque aponta para a promoção da transparência e da necessidade de assegurar a prestação de contas dos gestores diante de suas tomadas de decisão.

2.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Os antecedentes que preparam o caminho para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentam ações inicialmente desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS) com intervenções quase que exclusivamente de promoção da saúde e prevenção de doenças, restritas a campanhas de vacinação e controle de endemias (Brasil, 2003).

Essas intervenções vieram a ter uma abrangência maior, a partir da Constituição Federal de 1988, bem como com a Lei Orgânica 8.080/90 de 19 de setembro de 1990, uma vez que o SUS vai ser definido como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (art. 4º).

Com isso, passa-se de ações que não tinham um caráter universal, uma vez que a assistência médico-hospitalar inicialmente era prestada pela Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, e volta-se para ações e serviços em que se preconiza a universalidade da cobertura do SUS (Brasil, 2003).

Então essa assistência à saúde da população passa a ser prestada mediante uma rede regionalizada e hierarquizada com as seguintes diretrizes: Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; Participação da comunidade (Brasil, 2003).

Observa-se então um movimento democrático marcado com a expressiva participação social de usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e gestores, o que propiciou mudanças no setor saúde consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira, a qual se deu com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2003).

O relatório consolidado na Reforma serviu de base para as discussões na Assembleia Nacional Constituinte e, com a Constituição Federal de 1988 (CF/1988), fez nascer o Sistema Único de Saúde definindo a saúde como sendo “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, de Saúde (SUS) (Brasil, 2003).

Com isso, a Constituição (CF/1988), além da redefinição do conceito de saúde, inova ao colocar o termo como um direito de todos e dever do Estado (art. 196) (Brasil, 2003).

Portanto, as ações descentralizadas desenvolvidas pelo governo federal, no que concerne à saúde, estão estruturadas com diversos órgãos e articulada com estados e municípios, bem como com organizações não estatais para atendimento, dentro do SUS, de demandas complexas que requerem ações planejadas com vista a proporcionar equilíbrio social que reflita em bem-estar à população e desenvolvimento sustentável.

É nesse sentido que são observados os princípios organizativos do SUS, como a Descentralização e Comando Único, na redistribuição de poder e responsabilidade em cada nível de governo. Visando o comando unificado dos serviços existentes, tem-se a Regionalização, bem como a Hierarquização, que consiste na divisão de níveis de atenção e na garantia de formas de acesso a serviços conforme a complexidade requerida, nos limites dos recursos disponíveis em determinada área geográfica (Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), 2021).

Ademais, observa-se o princípio organizativo da Participação Popular, tão essencial na operacionalização do sistema, em que os conselhos e conferências de saúde visam a formulação de estratégias, controle e avaliação da política de saúde (Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), 2021).

Em uma outra dimensão estão os princípios doutrinários, regidos pela universalidade, que garante a todas as pessoas o acesso à saúde independentemente de sexo, raça, ocupação. Além do princípio da integralidade, objetivando a integração das ações de promoção, prevenção e tratamento, além da equidade que visa diminuir as desigualdades em que a carência é maior (Brasil, 2003).

Dessa forma, o SUS engloba níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e assistência à saúde usados para organizar os tratamentos. Nesses níveis, os serviços e tratamentos do SUS são ofertados por meio de parâmetros determinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Frasão; Ribeiro, 2022).

Considerada como a porta de entrada do usuário, no SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) vai prover assistência clínica criando vínculo na comunidade em que os profissionais atuam, ofertando os serviços não apenas nas unidades básicas de saúde, mas nos espaços públicos da comunidade, bem como por meio de visitas domiciliares às famílias (Frasão; Ribeiro, 2022).

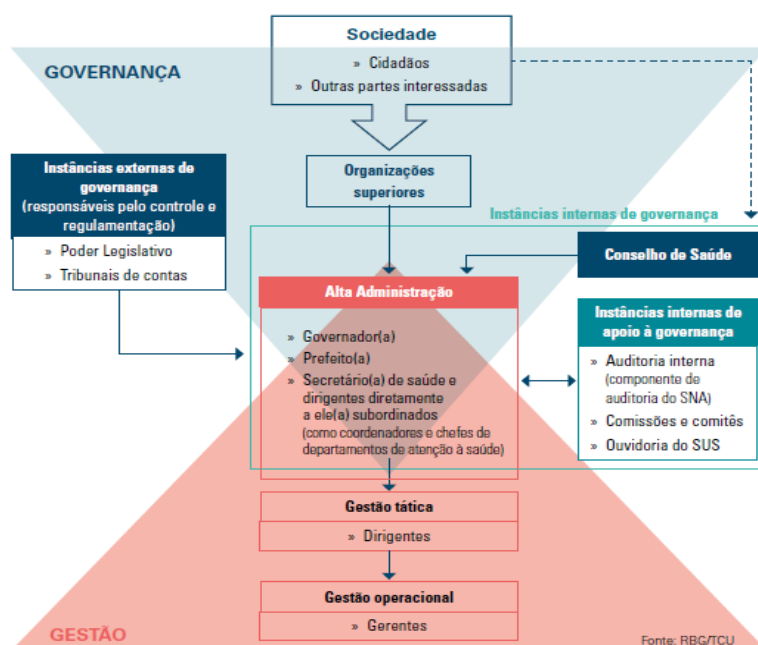
O Ministério da Saúde (MS) aponta ainda que a Atenção Especializada é dividida em secundária e terciária, respectivamente, designadas como a média e alta complexidade. Destaca-se também ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

Ainda conforme divulgado no sítio eletrônico, o MS é o gestor nacional do Sistema Único de Saúde e articula-se com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), acrescentando-se na estrutura a corresponsabilidade das secretarias estaduais e municipais de saúde. Concentrando-se nas secretarias estaduais a formulação de suas políticas, participação na CIB e prestação de apoio aos municípios.

Ademais, informa ainda quanto às secretarias municipais, que essas articulam-se com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovação e implantação do plano municipal de saúde, sendo essenciais as condições técnicas, gerenciais, administrativas e financeiras na operacionalização das políticas.

Observa-se, então, a seguinte estrutura do sistema de governança dessas instâncias, conforme Figura 1 a seguir:

Figura 1: Sistema de governança das secretarias de saúde.



Fonte: Guia de Governança e gestão em saúde do TCU (Brasil, 2018).

Destaca-se que, em âmbito das instâncias internas de governança, os secretários e dirigentes diretamente a eles subordinados atuam juntamente com a alta

administração (prefeitos, governadores) e os Conselhos de Saúde (CS). Essas instâncias definem e avaliam as estratégias e políticas, bem como monitoram a conformidade e o desempenho dessas, além de intervirem quando da existência de desvios ao planejado (Brasil, 2018).

As instâncias de apoio à governança, tais como Auditoria interna (componente de auditoria do Sistema Nacional de Auditoria – SNA), Comissões e comitês e Ouvidorias, atuam na comunicação interna e externa das partes interessadas, inclusive com as secretarias e conselhos de saúde; realizam auditorias internas de avaliação e monitoramento de riscos (Brasil, 2018).

Numa perspectiva de instância externa, responsáveis pelo controle, fiscalização e regulamentação, atuam de forma autônoma e independente na promoção da governança, o Poder Legislativo, o Tribunal de Contas da União (TCU) e os tribunais de contas estaduais e municipais, incluindo-se ainda as assembleias legislativas e as câmaras de vereadores (Brasil, 2018).

2.3 MONITORAMENTO NA APLICAÇÃO DOS RECURSOS DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAS – 24H)

Conforme consta no catálogo da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) que trata de subsídios para o monitoramento e avaliação num universo de políticas, programas e as denominadas intervenções (Brasil, 2022a), verifica-se, a existência de um total de 43 delas até o ano de 2022 no âmbito desta Secretaria (SAES). Observa-se que dessas ações e serviços de saúde em 25 são realizados desembolso financeiro (Brasil, 2022a).

Cabe ressaltar que, dentre os elementos de monitoramento e avaliação no que concerne à existência de indicadores dessas políticas, apenas 12 (27.9%) das intervenções (43) possuem indicadores expressos em seu conjunto normativo, outros 72,09% ainda dependem dessa previsão em seus normativos (Brasil, 2022a).

No que se refere à intervenção denominada Rede de Atenção às Urgências e Emergências, essa [intervenção] está operante e realiza repasse de recursos financeiros, sendo instituída no ano de 2003 pela Portaria MS/GM, nº 1.863, de 29 de setembro. Ademais, em 2011, a política foi reformulada por meio da Portaria MS/GM nº 1.600, de 7 de julho. Sendo que em 2017, a Portaria de Consolidação nº 3, deixa

de fazer referência como o termo política e passa a tratar a Urgência e Emergência como Rede de Atenção (Brasil, 2022a).

Dessa forma, a sua legislação pertinente está fundamentada na Portaria de Consolidação MS/GM nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo III e Portaria de Consolidação MS/GM nº 6, de 28 de setembro de 2017, Título VIII, Capítulo II. E dentre os componentes dessa Rede verifica-se as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) (Brasil, 2022a).

Segundo informações divulgadas no site do Ministério da Saúde (MS), essas unidades de saúde no SUS possuem atendimento de complexidade intermediária e articula-se de forma organizada com a atenção básica, atenção hospitalar e domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), com o objetivo de melhorar o acesso à população, prestando serviço de grande parte das urgências e emergências 24h por dia.

E destaca-se ainda, nesse nível, que os atendimentos de saúde dessas UPA 24h têm a capacidade para atendimento de 150 a 450 pacientes por dia (Frasão; Ribeiro, 2022).

Em estudos de O'Dwyer *et al.* (2017), em que teve por objetivo analisar o processo de implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no Brasil, evidenciaram que essas foram implantadas a partir de 2007, inicialmente na região sudeste, e o seu processo de expansão teve como principal indutor o financiamento federal.

Os autores assinalam, ainda, que a gestão dessas unidades é predominantemente municipal e a maioria das suas unidades foram inicialmente, localizadas fora das capitais e classificadas como porte III, tendo como principal desafio o subfinanciamento e a dificuldade de contratar médicos.

Cabe ressaltar que, as transferências de recursos financeiro, para aplicação nessas unidades, ocorrem pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), até então na modalidade “fundo a fundo”, para execução de obras e requer dos entes da Federação, conforme dispõe no título IX, da Portaria de Consolidação nº 06 de 2017, a partir dos artigos 1104 ao 1120, o cumprimento de critérios no que tange a prazos entre outros.

Inicialmente, deve ocorrer o cadastro da proposta do projeto da obra no Sistema de Monitoramento de Obras Fundo a Fundo (SISMOB), disponível no portal

eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS), em que se dará ainda a análise e monitoramento da execução da obra.

Sublinha-se, ainda, a existência de um plano integrado com o plano de saúde e programação anual de saúde, assim como discutidas e pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Além da avaliação da capacidade técnica de execução, gestão e manutenção, mediante questionário eletrônico respondido pelo ente da Federação no SISMOB, que são submetidos à área técnica relacionada à Secretaria finalística do MS.

Dessa forma, a proposta é avaliada pela área técnica e é aprovada mediante publicação por meio de portaria ministerial habilitando o ente municipal, estadual ou distrital a receber os recursos financeiros. Caso os recursos não sejam executados no objeto aprovado, essa portaria de habilitação deve prever a devolução dos recursos transferidos.

Nesse sentido, verifica-se como se dá o monitoramento dos prazos, estabelecidos no art. 1.110. O prazo de execução estabelecido na etapa de ação preparatória se inicia com habilitação da proposta em portaria específica e finaliza-se com o parecer favorável para transferir os recursos, devendo não ultrapassar 270 dias.

Assim, quando da transferência dos recursos, passa-se para a etapa de início da execução da obra e finaliza-se essa etapa com a informação de execução de 30% da obra e prazo máximo de 180 dias (sendo inicial 90, prorrogados por mais 90 dias).

Na fase de execução e conclusão da obra, inicia-se com a informação de execução de 30% e termina com a execução de 100% da obra. Essa etapa deve ser superada em no máximo 270 dias, sendo prorrogável por mais 270 dias.

Na última etapa, destinada ao funcionamento da obra, inicia-se com a informação de 100% de execução e finaliza-se com a informação sobre a data de início do funcionamento e número do registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Esse funcionamento deve ser superado em 90 dias após finalização da obra, prorrogáveis por mais 90 dias.

No total, desde a etapa de ação preparatória até a entrada em funcionamento da obra, leva em média 1.440 dias como prazo máximo a ser monitorado, podendo chegar a aproximadamente 04 anos.

Visando a transparência das informações e acompanhamento atualizado da situação da obra, além de todos os prazos descritos nas etapas acima citadas, a cada 60 (sessenta) dias, no mínimo, o ente da federação habilitado deve atualizar as

informações no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS). Essa obrigatoriedade só é cessada quando da informação da data do funcionamento da construção ou ampliação ou atestado de conclusão nos casos de reforma.

Cabe aos entes recebedores dos recursos observar os preceitos legais e zelar pela qualidade da obra, cabendo ao MS notificar eletronicamente, via SISMOB, a situação que esteja em desacordo com os prazos e, em casos excepcionais, dada a insuficiência de informações no sistema, realizar verificação no local com vistas ao alcance dos objetivos da política ou do programa e promover o monitoramento amostral, periódico e *in loco*.

Ademais, numa perspectiva de controle interno, o monitoramento e controle dos recursos é realizado pelas Secretarias finalísticas do MS. Quando constatadas irregularidades no uso dos recursos por essas Secretarias, cabem também medidas dentro da competência dos componentes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e dos demais órgãos de controle interno e externo, os quais, sempre que possível, deverão atuar de maneira integrada nos termos do artigo 1.148, §1º, da Portaria de Consolidação nº 06 de 2017.

A integralidade de ações de controle interno no monitoramento da execução de obras visa, em um primeiro momento, que as intervenções sejam resolutivas nas intervenções e detecção de irregularidades, ainda dentro do âmbito administrativo, antes de uma ação externa dos órgãos de controle.

Um monitoramento quando efetivo, cumpre o propósito de servir de aprimoramento das políticas públicas e ou programas, uma vez que permite intervenções tempestivas para o alcance de resultados com ao público-alvo.

Considerado como apoio no monitoramento dos instrumentos de planejamento sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), Plano Nacional de Saúde (PNS) e Plano Plurianual (PPA), atualmente verifica-se o Sistema de Planejamento e Monitoramento (SIPLAM), criado em 2020. Esse sistema “auxilia as áreas técnicas do MS desde a elaboração do planejamento até a avaliação dos resultados alcançados” mediante as metas e indicadores desses instrumentos (Freire, p. 12, 2020).

Dessa forma, os dados desse instrumento servem de subsídio para a elaboração de Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas (RQPC) e do Relatório Anual de Gestão (RAG), além de produzir informações sobre a situação real da execução dos objetivos estratégicos e das metas dos planos citados. Acrescenta-

se que, sob a perspectiva do controle social, são disponibilizados dados abertos que apresentam visualização gráfica de acompanhamento das metas e indicadores (Freire, 2020).

Na definição de Garcia (2001), o monitoramento é caracterizado como “um processo sistemático e contínuo que, produzindo informações sintéticas e em tempo eficaz, permite a rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna que confirma ou corrige as ações monitoradas”.

Para alguns autores, o monitoramento e a avaliação estão em um processo articulados entre si, apresentando um sentido amplo referente à gestão de políticas públicas, conforme define Januzzi:

(...) conjunto de atividades – articuladas, sistemáticas e tecnicamente orientadas – de registro, produção, organização, acompanhamento e análise crítica de informações resultantes da Gestão de Políticas Públicas, para identificação de demandas sociais, desenho, seleção, implementação e avaliação de soluções para essas, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão de técnicos e gestores envolvidos nas diferentes etapas do ciclo de vida ou maturação das Políticas e de seus Programas. (Januzzi, 2013, p. 8)

Dessa forma, um sistema de Monitoramento e Avaliação visa então subsidiar o gestor público de informações, sejam essas resumidas em painéis ou sistemas de indicadores de monitoramento para apresentação dos resultados e prestação de contas à sociedade (Januzzi, 2013).

Com isso, ressalta-se que um bom conjunto de indicadores de monitoramento deve refletir se os recursos financeiros estão sendo alocados adequadamente, bem como se o nível de serviço está sendo satisfatório ao público-alvo desejado e à sociedade em geral (Januzzi, 2013).

O desafio da construção, manutenção e utilização de um sistema de monitoramento é uma constante, tendo em vista não receber a atenção devida em relação aos demais fatores no cotidiano da Administração Pública (Brasil, 2022b). Ademais, é sabido da subutilização dos sistemas de monitoramento para tomada de decisões dos gestores públicos (Brasil, 2022b).

Outro fator, no que se refere ao desafio de um monitoramento mais eficaz, está atrelado à produção da informação, tendo o cuidado de obter informações fáticas e relevantes (Januzzi, 2013).

Na próxima sessão será abordada a importância do monitoramento em âmbito local das políticas públicas, dada a necessidade de acompanhamento dos

instrumentos de planejamento e avaliação do SUS que possibilitam a verificação dos resultados da implementação da política sob a responsabilidade do controle social.

2.4 MONITORAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM ÂMBITO LOCAL

Os efeitos do arranjo federativo brasileiro na implementação e formulação das políticas ecoa na vasta literatura e, nesse sentido, o debate recente tem frisado o espaço de decisão do nível subnacional de estados e municípios. Isso implica dizer que a literatura passa a considerar os estudos, tanto dos arranjos institucionais formais em que permitem a pactuação das estratégias essenciais para a implementação das políticas, “quanto as dimensões formais e informais que caracterizam a governança multinível” (Bichir, 2020, p. 32).

Por conseguinte, a implementação das políticas traz à tona a importância do processo decisório dos agentes implementadores da política, responsáveis pela entrega dos serviços aos cidadãos, uma vez que são eles que interpretam, alteram e decidem sobre as regras a serem seguidas durante esse processo (Cavalcanti; Lotta; Pires, 2018; Lotta *et al.*, 2018).

Essa complexidade do processo decisório é apresentada por Lotta (2019), na fase de implementação da política, mediante dois diferentes modelos desses processos com base nos estudos de Hupe e Hill (2003). O autor detalha, portanto, o modelo *multi-layering* que se caracteriza por processos decisórios de múltiplas camadas, com mandato para decisão dos atores, sem, contudo, ter relação de hierarquia, como por exemplo, nos sistemas federativos que dependem de mandato legal para mudanças.

A mesma autora pontua, ainda, o modelo de processo decisório *multi level*, que consiste no envolvimento de vários níveis hierárquicos na decisão, sendo necessário que os atores, uma vez subordinados, coordenem suas ações para que sejam passíveis de execução (do inglês *enforcement*) e avaliação pelos superiores. (Lotta, 2019).

As relações com os entes da Federação, responsáveis pela operacionalização da grande maioria das políticas com entregas diretamente aos cidadãos, apontam cada vez mais para a necessidade de uma gestão eficiente com capacidade de gerir os recursos e de desenvolver as políticas. Ao passo que cresce também a importância

da *accountability* dos implementadores das políticas ao trazer luz sobre a responsabilização em sua prestação de contas (Cavalcanti; Lotta; Pires, 2018).

Para Silva (2011), a consolidação da estruturação dos institutos democráticos participativos, bem como da federalização, da descentralização político-administrativa e da municipalização das políticas públicas sociais, a partir da Constituição de 1988, coloca o poder local institucionalizado como protagonista na gestão das políticas públicas sociais.

Esse protagonismo, permite aumentar o leque de experiências para além dos processos políticos já instituídos e vinculados às demais esferas federativas, uma vez que a relação com os diferentes sujeitos políticos no âmbito da sociedade civil local permite criar e recrear espaços e experiências políticas (Silva, 2011).

Andrade e Ribeiro (2022), ao abordarem sobre a capacidade do governo local na implementação de políticas públicas, elencam alguns fatores-críticos de sucesso recomendados desde a fase de formulação quando do desenho institucional. E com base nos estudos de Khan (2016), e de Novato, Najberg e Lotta (2020), os autores pontuam: o estabelecimento de metas e objetivos alcançáveis, bem como a não inclusão de ambiguidades nos aspectos legais, culturais e sociais.

Acrescenta-se, a esse desenho institucional, que se deve considerar também as características dos órgãos, as limitações do escopo de execução, a definição dos limites e das estratégias a fim de ajustar a política à realidade local e monitorar os resultados (Dupuis; Knoepfel, 2013; Jense; Johansson; Lofstrom, 2012; Santana; Arsky, 2016 *apud* Andrade; Ribeiro, 2022).

Os estudos de Andrade e Ribeiro (2022) pontuaram ainda seis fatores que influenciam a implementação de políticas públicas ao abranger a capacidade de gestão, tais como: desenho institucional da política, relacionamento intergovernamental, participação social e a capacidade de gestão relacionada aos recursos financeiros, físicos, humanos, burocratas de execução e o contexto local.

Nessa capacidade de gestão para a implementação das políticas Teixeira (1997) aponta as dimensões da participação cidadã e pontua que, nos últimos anos, duas delas têm sido essenciais na revitalização do regime democrático; tais como, a dimensão do controle social do Estado, mediante a *accountability*, e a responsabilização dos agentes políticos e econômicos quanto as suas decisões e atos.

Também a dimensão expressivo-simbólica que possibilita questionamentos e proposições de soluções com a construção de espaços públicos autônomos (Teixeira, 1997). Essas duas dimensões são fundamentais na efetivação do controle social no SUS na perspectiva da governança da saúde.

A participação cidadã ressalta, então, a assunção de responsabilidades políticas e deveres por parte dos diferentes atores sociais, ao atuar na criação e exercício de direitos, e questiona-se como seria possível conceber uma participação política que potencialize a ação comunicativa nos espaços públicos, tendo como primordial a democratização do Estado e da sociedade (Teixeira, 1997).

Outro ponto a ser destacado é de como dispor de mecanismos mais participativos para o monitoramento das políticas visando a sua implementação.

Observa-se diante de experiências exitosas, acerca do monitoramento e avaliação em âmbito municipal, que são apontados quatro pontos essenciais para um monitoramento participativo: a construção de um bom plano participativo, o público que se beneficiará da política e como se dará a implementação e o controle (Joppert; Silva, 2012).

Assim sendo, os passos metodológicos e as perguntas orientadoras para realização de um monitoramento municipal, mediante um plano de ação ou de atividades, são apresentados conforme Guia de Monitoramento e Avaliação Participativa de Ações Municipais (2012), no Quadro 4 a seguir:

Quadro 4: Passos metodológicos e perguntas orientadoras para monitoramento participativo.

Definir o objeto de monitoramento - e o que vai ser monitorado?
Definir o propósito do monitoramento – com que finalidade se irá monitorar?
Definir que perguntas se quer responder – que aspectos da iniciativa precisa conhecer melhor e investigar?
Definir como coletar informações – como vai obter e coletar essas informações;
Definir como analisar as informações – como analisar as informações coletadas;
Definir para quem e como comunicar – para quem e como vamos comunicar os resultados?
Definir maneiras de usar as informações – que decisões serão tomadas com base no que foi descoberto.

Fonte: Adaptado de Joppert e Silva (2012).

Extraí-se, então, as etapas do monitoramento e avaliação no ciclo de uma iniciativa de participação popular: o diagnóstico, o plano de ação, a implantação e o monitoramento de forma concomitante; a seguir a avaliação obtendo-se

aprendizagens e decisões. Cabe ressaltar que, no plano participativo, as ações envolvem seis etapas: (1) reunir os atores interessados competentes para avaliar, (2) pactuar as perguntas da avaliação, (3) pactuar os meios de aferição/indicadores, (4) definir as formas de coleta; (5) as formas de análise; e (6) comunicar e dialogar com os resultados (Joppert; Silva, 2012).

Dada a relevância do monitoramento na aplicação dos recursos, na próxima seção, serão abordadas as transferências da saúde e a gestão realizada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). Buscou-se compreender os tipos de transferências realizadas, seus conceitos e breves comentários das modalidades, bem como a importância da fiscalização dos recursos sob a ótica do controle social.

2.5 DAS TRANSFERÊNCIAS DA SAÚDE E GESTÃO PELO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

Ao realizarmos breves comentários sobre o financiamento na saúde, nota-se que o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme preceitua a Constituição Federal de 1988 (CF/88), em seu art. 198, §1, será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Ademais, no §2, do mesmo art. 198 da CF/88, ocorre a determinação para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarem anualmente recursos mínimos em ações e serviço da saúde. E no §3, inciso II, também do artigo 198, são estabelecidos critérios de rateio dos recursos da União, vinculados à saúde, os quais são destinados às unidades federativas e devem objetivar a progressiva redução das disparidades regionais.

Cabe destacar que Vieira, Piola e Benevides (2019, p. 9) detalham dois tipos de vinculação orçamentária existentes na saúde pública, como forma de seu financiamento. Uma delas, a macrovinculação, referente a definição de “patamares mínimos ou pisos de aplicação” em que a União, estados, Distrito Federal (DF) e municípios, preveem em seus orçamentos parcelas de receitas ou recursos, para financiamento de despesas em saúde.

Por outro lado, os autores pontuam que a microvinculação é referente à “parcela dos recursos previstos no orçamento para à saúde no âmbito” desses entes, vinculada à destinação específicas, como “políticas, programas e serviços de saúde”.

Observa-se ainda, em âmbito federal, que o Fundo Nacional de Saúde (FNS), administra os recursos destinados a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde (MS), nos termos do artigo 3º do Decreto nº 3.964 de 10/10/2001, e esse é considerado como o gestor financeiro do SUS. Sendo que essa gestão deve seguir o Plano Nacional de Saúde (PNS) e estar alinhada com o Plano Plurianual do Ministério da Saúde (PPA-MS) (Rezende, 2017; Brasil, 2023).

Cabe ressaltar que o Fundo de Saúde se caracteriza como modalidade de gestão de recursos, criado por lei, com a finalidade de ser receptor único dos recursos da saúde, em cada esfera de governo, e de realizar as transferências de uma esfera estatal a outra esfera (Carvalho; Santos, 2002 *apud* Brasil, 2015).

Visando a otimização na utilização dos recursos das ações e serviços públicos da saúde, esses fundos de saúde, criados em âmbito municipal, estadual e federal, preconizam o “cumprimento do preceito constitucional para aplicação dos recursos”; “implementação do planejamento orçamentário e financeiro”; aprimoramento da “gestão orçamentária, financeira e contábil realizada pelos entes”; e disponibilização de informações gerenciais (Brasil, 2015, p. 107).

Ademais, esses repasses de recursos aos entes da Federação são realizados de forma descentralizada para operacionalização das ações e serviços de saúde, conforme orientação das políticas e programas gerenciados pelas secretarias finalísticas do Ministério da Saúde (MS); objetivando a melhoria dos indicadores de saúde da população, do sistema e da rede de serviços, de forma a induzir o equilíbrio inter-regional e avaliação da efetividade na aplicação dos recursos (Brasil, 2015; Brasil, 2023).

Em âmbito federal, na gestão dos recursos oriundos de diferentes fontes, tem-se o FNS, instituído pelo Decreto nº 64.867 de 24/07/69, reorganizado pelo Decreto nº 806, de 24/04/1993, reestruturado pelo Decreto nº 3.774, de 15/03/2001, e sendo por último organizado conforme Decreto nº 3.964 de 10/10/2001.

Essas fontes de recursos, geridas pelo FNS, abrangem tanto recurso de origem nacional, que são receitas do Tesouro Nacional e de arrecadação direta do FNS, quanto internacionais para o financiamento de projetos na saúde, como de acordos firmados pelo governo brasileiro com instituições financeiras internacionais, como o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (Bird) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) (Brasil, 2015).

A alocação desses recursos para a oferta de serviços no sistema público de saúde deve observar o disposto no art. 2º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual trata da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Nesse contexto, observa-se as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros da saúde nas categorias de transferências obrigatórias e transferências voluntárias (Rezende, 2017; Brasil, 2022c).

Observa-se, também, que a Lei Complementar (LC), nº 141 de 13/01/2012, regulamenta o §3 do art. 198, da CF/1988, sobre os valores mínimos a serem aplicados e estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo (Brasil, 2012).

Dessa forma, o artigo 17 da citada lei (LC 141/2012), dispõe que esse rateio observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, espaciais e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde e serão repassados aos entes na forma do caput dos arts. 18 e 22, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênios ou outros instrumentos jurídicos, nos termos a seguir:

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no [inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal](#) na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do [inciso X do art. 167 da Constituição Federal](#) e do [art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000](#). (Brasil, 2012).

Cabe salientar que o Art. 3º, detalha os tipos de despesas com ações e serviços públicos de saúde para apuração dos recursos a serem aplicados, conforme a seguir:

Art. 3º Observadas as disposições do [art. 200 da Constituição Federal](#), do [art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
 III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
 IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
 V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
 VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
 VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
 VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
 IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
 X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
 XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde;
 e
 XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde. (Brasil, 2012).

Entende-se, portanto, que essas transferências são tidas como obrigatórias “por força do art. 198, §3º, da CF/88 c/c o art. 17 da Lei Complementar nº 141, de 2012” (Rezende, 2017, p. 630).

Conforme define o manual de Transferências Voluntárias da União (Brasil, 2022c, p. 10), as transferências obrigatórias diferem-se das transferências voluntárias, uma vez que aquelas “são fixadas na Constituição Federal e nas leis como sendo transferências de caráter obrigatório” e sendo muitos desses recursos originários de tributos e outras receitas geradas localmente e arrecadadas pela União e repartidos posteriormente com os demais entes da Federação.

Assinala, ainda, que as transferências da União obrigatórias e vinculadas a uma aplicação específica, do Sistema Único de Saúde (SUS), referem-se às transferências “fundo a fundo” (Brasil, 2022c, p. 11).

Cabe ressaltar que, na visão do Senado Federal, as transferências fundo a fundo caracterizam-se pela descentralização de recursos regidos por leis específicas. Consiste em repasse direto de “recursos, provenientes de fundos da esfera federal para fundos da esfera estadual, municipal e do Distrito Federal, dispensando a celebração de convênios”. Destaca também a operacionalização desses recursos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) (Brasil, 2012, p. 58).

Por outro lado, no que concerne às transferências voluntárias, entende-se que essas, são os recursos financeiros repassados pela União aos entes da Federação, bem como as entidades privadas sem fins lucrativos para, em regime descentralizado e em cooperação, “promover ações de interesse recíproco”, podendo ser utilizado tanto em investimento de obras, como “aquisição de bens e prestação de serviços no âmbito de programas governamentais” (Brasil, 2022c, p. 10).

A Lei Complementar nº 101 de 04/05/2000, a chamada Lei de Responsabilidade Fiscal, que trata das normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal; pontua também, no seu artigo 25, que as transferências voluntárias são tidas como os recursos correntes ou de capital entregues a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, as quais não podem decorrer de determinação constitucional, legal, ou as destinadas ao SUS.

Observa-se as designações para esse tipo de repasse como: convênios, contrato de repasse, termo de parceria, termo de colaboração, termo de fomento, acordo de cooperação (Brasil, 2022c, p. 10).

Nesse interim, existem transferências voluntárias operadas em caráter similar às obrigatórias, tais como as do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), pactuadas por meio de termos de compromisso, e as transferências especiais, decorrentes de emendas parlamentares impositivas (Emenda Constitucional 105, de 2019) (Brasil, 2022c, p. 11).

Nesse sentido, grande discussão tem sido suscitada pelos diferentes atores das instâncias de governança do SUS, de forma a verificar oportunidades de melhorias na operacionalização dos recursos, visando a sua boa aplicação, inclusive no quesito prestação de contas.

Em relatório do grupo de trabalho composto pelo TCU, pela CGU e o então Ministério do Planejamento, resultante de *workshop* realizado em 2016, já se apontava um histórico de questionamento pelo TCU sobre a sistemática de transferências voluntárias de recursos, dentre elas: inexistência de planejamento na alocação de recursos e inexistência de fiscalização. Chama a atenção para o fato do tempo médio de 5,4 anos de processos aguardando análise para conhecimento dos resultados pelo governo, perfazendo um total de R\$12,5 bilhões à época (Brasil, 2016b).

Essa análise das transferências voluntárias, que envolveu também recursos do SUS, aponta que o reflexo desses problemas é o crescente fluxo de Tomadas de

Contas Especiais (TCEs), os quais são encaminhados pelos órgãos transferidores dos recursos via CGU, para julgamento do TCU (Brasil, 2016b). Nesse contraste, observa-se uma preocupação com a perda da função das transferências intergovernamentais para a implementação das políticas públicas para seu público alvo.

Conforme Gomes (2009, p. 83), o objetivo geral das transferências intergovernamentais é “permitir a própria sobrevivência do sistema federativo de estado”. E com isso, a justificativa para a distribuição de competências materiais no estado federado, segundo a visão de Mendes (2004, p. 432), é que “cada bem público deve ser provido pelo nível de governo que represente de forma mais próxima a área geográfica que se beneficia do bem”.

Nesse sentido, percebe-se a ampla participação do Estado na saúde. Vieira, Piola e Benevides (2019, p. 44) asseveram a importância dessa participação, não somente na provisão dos chamados bem públicos, tais como “vigilância sanitária ou epidemiológica ou nas ações de controle de doenças transmissíveis”, mas também em ações direcionadas às camadas mais pobres.

Essa provisão por parte do Estado para essas camadas, conforme os autores, contribui para redução da pobreza, ou pelo menos das suas consequências, uma vez que essa população não tem condições de custear, para si, a atenção necessária à saúde. Ademais, outro fator que reverbera nas ações do Estado é a geração de externalidades positivas, quando das ações de promoção da saúde (Vieira; Piola; Benevides, 2019).

É nesse sentido que a descentralização das ações e serviços se faz necessária e essencial, em nível local, a fim de considerar o contexto da população a ser beneficiada.

Portanto, impõe a intensificação da fiscalização das transferências intergovernamentais, independente do instrumento de repasse, uma vez que qualquer ente, receptor dos recursos financeiros, deve prestar contas do resultado nos termos do parágrafo único artigo 70 da Constituição, conforme a seguir:

Parágrafo único. Prestará contas qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos ou pelos quais a União responda, ou que, em nome desta, assuma obrigações de natureza pecuniária. (Brasil, 1988).

Muitas vezes essa prestação de contas pode ser imprecisa e falseada, por isso se requer evidências por parte daquele ao qual foi delegado o poder, a fim de se avaliar os resultados obtidos dos recursos financeiro descentralizados (Brasil, 2022c).

Nesse sentido, percebe-se que a discussão vai para além do instrumento de repasse utilizado para as transferências intergovernamentais, sendo relevante a fiscalização, monitoramento e prestação de contas desses, tanto pelos órgãos de controle interno e externo quanto pelo controle social, temática na próxima sessão.

2.5.1 Controle Social exercido nas transferências FAF

É interessante notar que o presente estudo reflete sobre as transferências FAF, e, portanto, se faz necessário considerar, preliminarmente, alguns aspectos legais de sua organização.

Nesse sentido, os recursos desse instrumento de repasse (FAF), referem-se a custeio e capital e são transferidos para os respectivos Fundos de Saúde das três esferas de forma automática, dispensada a celebração de convênio ou instrumento jurídico (Brasil, 2023).

E os seus blocos de financiamento são organizados conforme estabelecido pela Portaria de Consolidação MS nº 6, de 28 de setembro de 2017 (PRC), pelo bloco de manutenção das ações e dos serviços públicos de saúde; e pelo bloco de estruturação da rede de serviços públicos de saúde, em que seus recursos são destinados à aquisição de equipamentos e obras, sejam essas de construções novas ou ampliação e até mesmo de reforma (Brasil, 2023).

Cabe ressaltar que, a alocação de recursos de investimento no SUS segue diretrizes e critérios que visam assegurar o acesso, a qualidade, a equidade da atenção à saúde da população, a valorização dos profissionais de saúde e o aprimoramento da gestão da saúde de forma a refletir as necessidades regionais, com priorização das regiões com vazios sanitários e grandes dificuldades no acesso (Brasil, 2023).

Num contexto de recursos de investimentos deve-se considerar aspectos de elegibilidade jurídico-administrativa e técnico-assistencial que consiste na avaliação dos principais aspectos técnicos alinhados aos princípios do SUS e os macros objetivos de investimento no setor (Brasil, 2023).

Dessa forma, os critérios de análise e de aprovação de proposta de investimento perpassam por: ter coerência com as políticas nas três esferas e “com os objetivos e as estratégias das políticas estruturantes do SUS, aprovadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e/ou no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e em consonância com o Plano Nacional de Saúde (PNS)” (Brasil, 2023, p. 13).

Ademais, outros critérios são: a descentralização; impactos sobre a cobertura e a integralidade e sobre a promoção da equidade e sistema de saúde; humanização do ambiente de trabalho; racionalidade do investimento a ser comprovada mediante indicadores de morbidade e mortalidade (Brasil, 2023).

Portanto, cresce a ênfase na fiscalização dos recursos federais da saúde, sendo que existem condicionalidades para ocorrer as transferências da saúde, na modalidade “Fundo a Fundo” (FAF). Uma delas, é a instituição dos Conselhos de Saúde, com composição paritária, conforme o art. 4, I, da Portaria 3.992 de 28/12/2017.

Essa previsão está amparada em legislação que trata do sistema público de saúde, disposta em decretos, portarias e demais legislações.

Nota-se que essa previsão está disposta no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, em seu art. 77, § 3º, e no Decreto 1.232, de 1994, art. 3º, devendo a ação fiscalizatória ocorrer sem prejuízo das ações integradas do sistema de controle interno, que são mantidas por meio dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário e do Tribunal de Contas da União nos termos do art. 74 da Constituição Federal (CF/88).

A CF/88 ao pontuar as ações e serviços de saúde como de relevância pública, incube ao Poder Público no seu artigo 197 na seção II da Saúde, dispor sobre regulamentação, fiscalização e controle a ser feita diretamente ou através de terceiros, bem como por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Ademais no artigo 198, inciso III, preconiza a participação da comunidade como uma das diretrizes das ações e serviços de saúde; além da descentralização, com direção única em cada esfera de governo e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, incisos I e II respectivamente.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8080, ao tratar do tema, no capítulo II da Gestão Financeira, em seu art. 33, dispõe que os recursos financeiros pertencentes ao

Sistema Único de Saúde (SUS), serão movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde de cada esfera de atuação.

Verifica-se que existe uma gestão fiscalizatória compartilhada, dos Conselhos enquanto controle social das transferências de recursos financeiros para o SUS.

Dessa forma, as atribuições dos Conselhos, sejam em âmbito nacional, estadual, distrital e municipal que envolvem os preceitos da Lei Complementar 141/2012, referem-se a receberem do MS, comunicação sobre o descumprimento da referida Lei, e receber informações sobre os recursos previstos para transferência aos entes da Federação com base no Plano Nacional de Saúde (PNS) e no termo de compromisso de gestão firmado entre eles (Brasil, 2013).

A comunicação sobre descumprimento na aplicação dos recursos financeiros é proveniente de constatação de malversação e desvio seja do objeto ou de finalidade, seja da não aplicação dos recursos, conforme pontua o § 4º do art. 33 da Lei 8080/90.

Ademais, outra atribuição dos conselhos de saúde é “avaliar a repercussão da LC 141/2012, sobre as condições de saúde e a qualidade dos serviços de saúde à população” e encaminhamento para adoção de medidas necessárias de correção ao chefe do executivo do respectivo ente (Brasil, 2013, p. 36).

Outro ponto é realizar a gestão do SUS quadrimestralmente, apreciando as contas do gestor, emitindo “parecer conclusivo sobre o cumprimento dos dispositivos da LC 141/2012”, bem como deliberar sobre as diretrizes no estabelecimento de prioridades para ações e serviços do respectivo gestor (Brasil, 2013, p. 36).

Os conselhos de saúde ainda possuem competências quanto ao assessoramento do controle externo, ou seja, poder Legislativo de cada ente, sobre os instrumentos de planejamento da saúde e orçamentários (metas da Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO), transferências fundo a fundo, aplicação dos valores mínimos constitucionalmente preconizados, aplicação de recursos vinculados e a destinação dos recursos provenientes da alienação de ativos vinculados ao SUS (Brasil, 2013).

Destaca-se que, para a transferência dos recursos via Fundo a Fundo (FAF), é necessária a previsão da ação e serviço de saúde nos instrumentos de planejamento do SUS, bem como a submissão ao Conselho de saúde e a elaboração de Relatório Anual de Gestão (RAG), com vistas a avaliação e monitoramento dos resultados da aplicação dos recursos (Raksa, 2015; Lopes, 2022; Brasil, 2023).

É por meio do RAG também, que a prestação de contas desses recursos é feita para o Ministério da Saúde (MS), sem prejuízo de outras formas de controle realizadas pela instituição federal, conforme redação dada no art. 1147 da Portaria de Consolidação nº 6/2017.

Cabe ressaltar, que a veracidade das informações constantes no Relatório de Gestão, deve ser aplicada com ênfase na verificação presencial a ser exercida pelos órgãos do sistema de auditoria controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, Estados, DF e Municípios (art. 42 da LC 141/2012).

Acrescenta-se que esses órgãos devem verificar, mediante amostragem, o cumprimento dos valores mínimos a serem aplicados pelos entes em ações e serviços de saúde, conforme parâmetros estabelecidos na Lei Complementar 141/2012, sem prejuízo de ações de acompanhamento pelos órgãos de controle externo e Ministério Público.

Alinhado a isso, compete ao Conselho de Saúde, quando do conhecimento de irregularidades na aplicação da Lei Complementar 141/2012 ou do Decreto 7.827, de 2012, bem como, quando de irregularidades referentes na aplicação de recursos federais em objeto diverso do originalmente pactuado, atuar com o objetivo de promover a imediata devolução dos recursos ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário (artigo 23, §2º do Decreto 7.827, de 2012).

Cabe destacar que, nesse fluxo de comunicação, existe também a determinação para que as Câmaras Municipais, conforme a Lei nº 9.452 de 1997, sejam obrigatoriamente notificadas quando da liberação de recursos federais para os respectivos Municípios.

Ao serem notificados pelos órgãos e entidades da administração federal repassadores dos recursos financeiros, devem também, em até dois dias úteis da data do recebimento, comunicar aos partidos políticos, aos sindicatos de trabalhadores e às entidades empresariais, com sede no Município.

Observa-se uma série de atores agindo na fiscalização e monitoramento dos recursos federais com o auxílio dos conselhos de saúde.

2.6 GOVERNANÇA CORPORATIVA

A abordagem da governança corporativa surge inicialmente no campo da Administração, na perspectiva das Finanças Corporativas, mediante estudos

relacionados à principal teoria da governança, qual seja, a “separação entre a propriedade e o controle”. Observa-se a grande relevância dada a temática, “por outras áreas, e subáreas de estudo, como a de responsabilidade social, questões éticas, comportamentais, estratégicas, de sustentabilidade” (Galanos; Dultra; Medeiros, 2022).

Conforme o Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC), a Governança Corporativa (GC) é caracterizada como o “sistema pelo qual as empresas e demais organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas”, envolvendo os relacionamentos com todas as partes interessadas, tais como: acionistas majoritários, minoritários, conselho de administração, diretoria, órgãos de fiscalização e controle e demais grupos de influência (Instituto..., 2015, p. 20).

Ressalta-se, ainda, que a GC consiste na adoção de diversas políticas e práticas utilizadas como normas básicas para todas as empresas para seus mecanismos de controle eficazes (Abhilash *et al.*, 2023).

No Brasil, a GC surge em 1990 em meio a um contexto de abertura econômica e lança suas bases em normas, leis, teorias e padrões norte-americanos e ingleses; no entanto, apresentando divergências mercadológicas limitantes em seus estudos e necessitando de mais maturidade em solo brasileiro (Galanos; Dultra; Medeiros, 2022).

Ademais, esse movimento pela governança se intensifica, inclusive, em escala mundial diante de escândalos empresariais e falências corporativas. Ganha destaque também, em países em desenvolvimento devido à tendência de seus mecanismos de governança serem mais fracos, ou incipientes. (Galanos; Dultra; Medeiros, 2022; Abhilash *et al.*, 2023).

Observa-se que na Índia o tema surgiu após práticas fraudulentas como “*Big bull*”. Também o “golpe de Harshad Mehta”, um evento noticiado pela mídia, em 1992 que levou a um acidente no mercado de ações em razão da manipulação dos preços de várias empresas por um corretor chamado Harshad Meta. Da mesma forma, a “Satyam Computers” cujo ex-presidente da quarta maior produtora de *software* da Índia reconheceu fraudes na ordem de US\$ 1 bilhão.

Em vista do recorrente tema da corrupção na governança corporativa, em pesquisa de mapeamento do seu surgimento, Lima e Ribeiro (2024) apresentaram 4 clusters de base teóricas e 6 clusters de fronteiras do conhecimento e identificaram a China com maior quantidade de artigos publicados relacionado ao tema, com 23,68%

da base de pesquisa (418), seguida dos Estados Unidos com 23,44% e Inglaterra com 16,26%.

Os autores identificaram ainda os principais tópicos relacionados nos estudos, que vão desde relatórios de sustentabilidade divulgados, teoria institucional, mecanismos de governança corporativa e desempenho organizacional, conforme descrito a seguir:

Divulgação de relatórios de sustentabilidade; Teorias Institucional; Conexões políticas; Mecanismos de Controle de Governança Corporativa; Cultura nacional; Investimentos estrangeiros; Desempenho organizacional; Papel financeiro; Fatores determinantes de suborno; e papel das agências nacionais e internacionais de regulações (Lima; Ribeiro, 2024, p. 1).

No que se refere ao tópico de desempenho organizacional e mecanismos de governança corporativa, observa-se que cada empresa atua dentro de uma estrutura de propriedade, essa, por sua vez, é considerada mecanismo interno de governança (Santos; Orso, 2016).

Dessa forma, a estrutura da propriedade das empresas considera duas dimensões determinantes: a concentração da propriedade e a identidade do acionista majoritário. Esses fatores podem ser traduzidos pelo percentual de ações restritas a um acionista ou grupo de acionistas, bem como pela identidade do acionista majoritário, verificando-se ainda a categoria que detém o controle acionário: “bancos, família, governo, investidor institucional ou companhia não-financeira” (Campos, 2006).

É nesse ponto que se aumenta o risco do conflito tendo em vista a concentração da propriedade e dos interesses diversos (Santos; Orso, 2016). Essa gestão passa a ser discutida também no setor público, tema a ser abordado na próxima sessão da governança pública.

2.7 GOVERNANÇA PÚBLICA

Conforme já pontuado neste trabalho, a capacidade do Estado em atender de forma equânime e satisfatória às necessidades da população, por meio de suas políticas públicas, traz ao cerne questões emblemáticas que os especialistas vão apontar como a capacidade de identificar problemas e formular soluções efetivas que visem agregar valor público ao cidadão (Pires; Gomide, 2016; Teixeira, 2012).

Essa função principal, a ser exercida pelo Estado-nação no mundo contemporâneo, se dá por meio do governo e da administração pública e inclui, também, o estímulo à incorporação de novas tecnologias e inovações para aumento de produtividade e atendimento dessas demandas (Matias-Pereira, 2016).

Nessa ação de repensar a gestão da administração pública, de seus processos e resultados (Teixeira; Gomes, 2019) é que a governança pública, partindo da mesma origem da governança corporativa, de separação entre a propriedade e o controle, vai traçar o “seu próprio caminho no campo conceitual”, embora apresente similaridades de procedimentos com seu par corporativo (Lopes, 2022, p. 36).

Inicialmente cabe destacar que, conforme Matias-Pereira (2016), a governança em sentido amplo pode ser definida como um processo complexo de tomada de decisão que antecipa e ultrapassa o governo.

O autor pontua que a fonte direta da governança são os próprios agentes públicos ou servidores do Estado, os quais têm o papel de representação diante da sociedade civil e do mercado no setor de prestação de serviços; além de possibilitar a formulação e a implementação adequada das políticas públicas.

A governança pública então, em seus primórdios, associa-se às reformas das décadas de 1980 e 1990 em que se buscou mecanismos como a descentralização, com a finalidade de melhorar a entrega dos serviços públicos, sendo o termo potencializado pela Crise do Estado (década de 1980); dessa forma, obtém-se um movimento em prol de uma nova governança (Bevir, 2010 *apud* Dias, Cairo, 2014).

Para Dias e Cairo (2014, p. 1) esse movimento “emerge com base nos pressupostos da economia e da abordagem substantiva da economia”, visando um papel estratégico do Estado no século XXI que transcenda apenas o econômico.

Os autores, então, ao realizarem ensaio sobre a concepção de governança pública, asseveram as diferentes perspectivas e abordagens dada ao tema. Nesse sentido, utilizando-se dos apontamentos de Schein (2009), Rodhes (2010), Bevir (2010), estes caracterizam o termo como “uma estratégia desenvolvimentista adotada na relação entre o Estado e a sociedade” para a construção do público e tendo o próprio público envolvido nesse processo democrático, de forma a atender os interesses sociais (Dias, Cairo, 2014, p. 93).

Importante sistematização é feita por Teixeira e Gomes (2019) ao apresentarem 36 abordagens conceituais e evidenciaram também uma diversidade

conceitual do termo governança pública, apresentando conceitos desde, Rhodes (1996) a autores mais atuais como os conceitos de Paines, Aguiar e Pinto (2018).

Observa-se, diante dessa sistematização, a estreita relação com valores e modo de gestão na aplicação dos conceitos, pelos autores, como: eficiência, qualidade, transparência e prestação de contas ao cidadão-usuário e bem-estar social de modo a atingir os interesses da sociedade.

Cabe destacar ainda, a adoção do termo pelo Tribunal de Contas da União, conforme o referencial básico de governança organizacional (Brasil, 2020), relacionada às práticas de estratégia, liderança e controle.

A governança pública organizacional, segue então no intuito de avaliar a situação e as demandas sociais; direcionar e monitorar o funcionamento pelos mandatários de uma organização pública e demais partes interessadas (Brasil, 2020).

O debate permeia, também, acerca da governança pública no intuito de dar conta da necessidade de mobilizar as forças que dão origem aos interesses distintos da sociedade, permitindo a ampla participação dos atores sociais e estabelecendo mecanismos inovadores que facilitem o processo democrático e aprimorem a democracia (Dias; Cairo, 2014).

Conforme estudos de Jensen e Meckling (1976), existe uma relação de agência, baseada na relação contratual entre o principal e o agente, em que visa fornecer incentivos (remuneração) apropriados para o agente fazer escolhas que maximizarão o bem-estar do principal. O que por vezes pode gerar conflitos tendo em vista a divergência de interesses entre o agente e o principal.

Assim sendo, Teixeira e Gomes (2019, p. 524) asseveram que, em sentido estrito, a governança “nasce tendo em vista o distanciamento dos proprietários, da gestão dos seus empreendimentos, objetivando alinhar as expectativas tanto dos gestores quanto dos proprietários”.

Nesse contexto, observa-se o processo de exercício da governança, conforme a visão de Vieira e Barreto (2019, p. 17), realizada por uma gama de atores, mediante instituições formais e informais, as quais regulam o “processo de tomada de decisão e implementação”.

Alinha-se ao exercício do governo do Estado, uma vez que esse acontece mediante um processo interativo em que nenhum ator social, seja da parte governamental, seja da sociedade civil, está capacitado para resolver os problemas públicos de forma unilateral (Vieira; Barreto, 2019).

Em vista disso, Matias-Pereira (2016) tece oportunos comentários sobre os aspectos do termo governança pública, evidenciados na literatura acadêmica, relacionados à legitimidade do espaço em constituição, de como o poder é partilhado entre os que governam e são governados, de que forma acontece a descentralização da autoridade e das funções ligadas ao ato de governar, e aos processos de negociação entre os atores sociais.

Cabe frisar, que Ribczuk e Nascimento (2015), ao fazerem uma contextualização acerca da governança, governabilidade, *accountability* e gestão pública, colocam esses termos numa relação de interdependência, uma vez que a partir de “uma boa governança, o governo aumenta sua legitimidade, ou seja, a sua governabilidade”. Para alcançar essa governabilidade, necessária se faz uma vinculação a valores de transparência e *accountability* resultando, por fim, em uma gestão pública social.

Tendo em vista a influência positiva dos mecanismos de governança, na próxima seção serão abordados, inicialmente, os princípios da governança pública e sua aplicação na alocação de recursos, e as práticas de governança do mecanismo de controle.

2.7.1 Princípios da Governança Pública

Ao fazer um breve comentário sobre os princípios da governança, observa-se que o Referencial Básico de governança Organizacional, para Organizações Públicas e outros entes Jurisdicionados do TCU (2020) descreve que esses valores funcionam de forma interdependente e servem como direcionamento para a conduta dessas organizações e entes (Brasil, 2020).

Esses alicerces são necessários para a boa governança pública. Nesse sentido, o TCU, com base na literatura internacional e no Decreto 9.203/2017, aponta: Capacidade de resposta, Integridade, Transparência, Equidade e Participação, *Accountability* (prestação de contas e responsabilidade), Confiabilidade e Melhoria regulatória.

Observa-se que esses princípios são aplicados e servem de referência na gestão do SUS. Nos estudos de Raksa (2015) são evidenciados dez princípios da governança pública em saúde expressados pela autora, tais como: Transparência,

Accountability, Participação, Integridade/Ética, Legalidade, Eficiência, Efetividade, Regulação e Vigilância em Saúde.

Quanto à Vigilância em Saúde, a autora pontua que esse foi o único princípio relacionado à atenção à saúde verificado na literatura, sendo proposto por Buss *et al.*, tendo a seguinte definição:

a ação normativa do poder do Estado sobre um conjunto de atividades econômicas e sociais que impactam a saúde humana e o ambiente, é um dos mais poderosos mecanismos para o efetivo exercício da governança nestes setores. (Buss *et al.*, 2012, p. 1.487 *apud* Raksa, 2015).

Verifica-se que Santos e Rover (2019), com base nos princípios descritos por A. G. Oliveira e Pisa (2015), aplicaram os seguintes princípios em sua pesquisa sobre influência da governança pública na eficiência da alocação dos recursos públicos federais (saúde e educação): transparência, *accountability*, participação, integridade/ética, conformidade legal, equidade e efetividade. E apresentaram o Quadro 5 com o resumo a seguir:

Quadro 5: Princípios de Governança Pública.

(continua)

Princípio	Conceito
Transparência	No exercício da governança, “fornecer aos cidadãos mais informações e acesso ao governo e seus processos de tomada de decisão contribui significativamente para uma maior abertura dentro da administração” (<i>Organisation for Economic Co-Operation and Development</i> [OECD], 2001, p. 73).
<i>Accountability</i>	Refere-se à obrigatoriedade do gestor público de prestar contas de suas decisões e ações à sociedade que lhe delegou o poder para tal, o que necessariamente implica reprimenda aos comportamentos que apresentarem desvios de conduta (Pisa, 2014).
Participação	A qualidade, pertinência e eficácia das políticas dependem da ampla participação em toda a cadeia política, desde a concepção até a implementação. O respaldo da participação promove a confiança, tanto no alcance do resultado final como nas instituições que criam as políticas (European Commission, 2001).

(conclusão)

Princípio	Conceito
Integridade/Ética	“Baseia-se na honestidade e na objetividade, além de elevados padrões de propriedade e probidade na administração dos recursos públicos e privados e na gestão dos assuntos de uma entidade. Depende da eficácia do quadro de controle e dos padrões pessoais e do profissionalismo dos indivíduos dentro da entidade. Reflete-se tanto nos procedimentos de tomada de decisão da entidade quanto na qualidade de seus relatórios financeiros e de desempenho (International Federation of Accountants)” [IFAC], 2001, p.12
Conformidade Legal	Diz respeito ao cumprimento das leis e regulamentos prescritos para a administração pública, além de atender ao princípio da legalidade, o gestor deve fazê-lo com eficiência e eficácia, atendendo ao interesse público, ou seja, com efetividade (Pisa, 2014).
Equidade	O conceito de equidade está intimamente ligado ao conceito de justiça e pressupõe o tratamento desigual aos desiguais na busca pela igualdade, em um claro reconhecimento das desigualdades geradas na pólis (Aristóteles, 2002).
Efetividade	Refere-se aos impactos gerados pelos produtos/serviços, processos ou projetos. A efetividade está vinculada ao grau de satisfação ou, ainda, ao valor agregado (Pisa, 2014).

Fonte: Santos e Rover (2019, p. 736).

Os autores buscaram verificar como as práticas de governança pública influenciam na eficiência da aplicação dos recursos públicos em saúde e educação nos municípios brasileiros, considerando a perspectiva da nova governança pública (*New Public Governance* – NPG). Dessa forma, criaram um Índice de Eficiência Municipal (IEM) e em seguida, mediante modelos estatísticos de regressões de Mínimos Quadrados Ordinários, *Tobit bootstrapping* e quantilítica, verificou-se a influência das variáveis tidas como princípios da governança pública, conforme citados no quadro acima.

Importante destacar a ênfase dada, pelos autores, ao evidenciarem a relação significativamente positiva na mensuração da transparência e *accountability* e concluíram que essa influência, acrescida dos melhores índices de gestão, tornam os resultados da aplicação dos recursos públicos em saúde e educação ainda mais significativos.

Essa realidade de aplicação da governança na gestão da saúde ainda carece de mais estímulo e intensificação em suas práticas, especialmente em municípios com população abaixo de 50 mil habitantes.

Observa-se, em estudos de Busato *et al.* (2020) do perfil de governança e gestão em saúde, das administrações públicas municipais, aplicado em 9% desses (municípios) no estado do Paraná, mediante o Índice do Conselho Federal de Administração (CFA) de Governança Municipal – IGM; avaliou-se o impacto dos indicadores da política de saúde no resultado do Índice CFA/IGM.

Os pesquisadores apontaram a necessidade de fortalecimento no Conselho de Saúde (CS), na implantação de Controle Interno, especialmente nos municípios menores, e 47% dos entrevistados afirmaram não possuir missão nem visão construídas. Isso demonstrando deficiência no planejamento das ações no âmbito das administrações públicas municipais.

Verifica-se a importância das práticas de governança na gestão da saúde pública, visando a sua eficiência, eficácia e efetividade na aplicação dos recursos federais.

Ante o exposto, verifica-se como tem sido recorrente a temática da *accountability* e transparência, e tendo em vista o escopo desse trabalho, necessário se faz explorar um pouco mais os citados princípios.

2.7.2 Accountability e Transparência

Os estudos sobre a *accountability* na administração pública apresentam o termo sendo utilizado de forma multidimensional, multidisciplinar, bem como ligado a prestação de contas, transparência e responsabilidade (Duarte; Zouain, 2019; Maurício; Rodrigues; Nunes, 2019) e ainda como elemento característico da implementação do sistema de governança e combate à corrupção (Brasil, 2018).

Alguns autores afirmam que o termo não deveria ser traduzido, tendo em vista a sua origem (do inglês). Outros asseveram que nesse processo de interação entre sociedade e Estado, o princípio da *Accountability*, define-se como a “obrigatoriedade de o gestor público prestar contas de suas decisões”, implicando em reprimenda quanto aos desvios de conduta (Santos; Rover, 2019, p. 736).

Ademais, o termo é colocado para além de uma prestação de contas, enaltecendo a participação cidadã, de forma a instrumentalizar a sociedade de

informações sobre a “atuação do governo e seus resultados”, além da “existência de instituições que permitam contestar as ações do poder público”, sendo participantes na definição e avaliação das políticas públicas. Consideram, ainda, o controle como sendo componente da *accountability* (Pó; Abrucio, 2006, p. 686).

Nesse sentido, Gonçalves (2021) assinala também a necessidade de alinhamento entre a participação da sociedade e a transparência a fim de aumentar a credibilidade dos sistemas de controle.

Conforme já mencionado neste trabalho, a literatura demonstra que o tripé, princípios da *accountability*, transparência, melhores índices de gestão, influenciam sobremaneira na qualidade da aplicação dos recursos públicos da saúde (Santos; Rover, 2019).

Em vista dessa relação positiva entre transparência e *accountability*, Bastos, Gama e Maciel (2022) constataram os efeitos entre mídia (*accountability* social) e corrupção (transparência) nos municípios brasileiros, corroborada pelas visões de Avritzer *et al.* (2008); Mesquita *et al.* (2014); Joshi (2014); e Camaj (2013), uma vez que a forma de prestação de contas dos gestores é um fator que pode inibir atos que venham a desgastar a sua imagem diante dos seus eleitores.

Verifica-se, portanto, no Referencial Básico de Governança Organizacional, para organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU, a promoção da transparência e garantia da *accountability*, tidas como práticas da governança organizacional pública, associadas ao mecanismo de controle (Brasil, 2020).

No que refere à transparência na gestão pública, essa visa instrumentalizar a sociedade com “informações atualizadas sobre operações, estruturas, processos decisórios, resultados e desempenho do setor público” (Brasil, 2020, p. 45).

Para Santos e Rover (2019, p. 736) esse princípio visa “no exercício da governança pública”, fornecer aos cidadãos mais informações e acesso ao governo e seus processos de tomada de decisão.

Conforme pesquisa de Bastos, Gama e Maciel (2022), o número de habitantes residentes num município e o nível de desenvolvimento econômico são fatores que podem influenciar na determinação do grau de transparência dos gestores, uma vez que mais acesso à informação e maior nível de instrução levam a maiores exigências da população acerca das obrigações dos gestores.

Na próxima seção dar-se-á ênfase as dimensões da *accountability* e o papel das instituições e do controle social no monitoramento e fiscalização dos recursos públicos.

2.7.2.1 *Dimensões da Accountability: vertical e horizontal*

Na visão mais corrente, apresentada por O'Donnell (1998, p. 28), a *accountability* vertical consiste em “ações realizadas, individualmente ou por algum tipo de ação organizada e (ou) coletiva, com referência àqueles que ocupam posições em instituições do Estado, eleitos ou não”.

Portanto, a *accountability* vertical segue no intuito de que as iniciativas ocorram a partir dos cidadãos, permitindo-os expressar as suas reivindicações, considerando os direitos da liberdade de expressão, de imprensa e de associação, além da capacidade de denunciar os atos ilícitos dos gestores públicos. O autor pontua, ainda, que as eleições são o principal canal da *accountability* vertical (O'Donnell, 1998).

Nesse sentido, observa-se o controle social como imprescindível em uma democracia que se pretende que seja cada vez mais fortalecida, uma vez que opera ininterruptamente após o momento eleitoral (Arantes, *et al.*, 2010).

Segundo Campos (1990, p. 35), “o desenvolvimento da consciência popular é a primeira pré-condição para uma democracia verdadeiramente participativa e, portanto, para a *accountability* do serviço público”.

No que se refere à *accountability* horizontal, esta é considerada quando da “existência de agências estatais que têm o direito e o poder legal e que estão de fato dispostas e capacitadas para realizar ações, que vão desde a supervisão de rotina a sanções legais até o impeachment”, contrastando-se às condutas tidas como delituosas de outros agentes (O'Donnell, 1998, p. 40).

O mesmo autor aponta que a efetividade da *accountability* horizontal acontece mediante a fiscalização mútua entre os poderes (*checks and balance*) ou por meio de outras agências de governo com a função de monitoramento e fiscalização do poder público (O'Donnell, 1998).

Nota-se que a literatura especializada considera os seguintes mecanismos de *accountability* horizontal: o Ministério Público, os Tribunais de Contas, ou instituições similares de auditoria independente, e o Judiciário, além do próprio Parlamento (Arantes *et al.*, 2010).

Na perspectiva adotada por este estudo de caso, observa-se que o controle exercido pelos tribunais de contas visa a “fiscalização administrativo-financeira das ações governamentais” verificando se as despesas ocorreram conforme “determinado pelo orçamento e pelas normas legais” vigentes, primando-se pela probidade, de forma a não permitir o mau uso dos recursos públicos. (Arantes *et al.*, 2010, p. 129).

Os autores ainda asseveram que o controle do desempenho institucional abarca para além de verificação do gasto, sendo substancial a constatação do resultado esperado das políticas e programas, inclusive atuação concomitante ao desenvolvimento dessas ações, na expectativa de corrigir erros (Arantes *et al.*, 2010).

Santos (2019), ressaltando a importância da confiança pública no desempenho das organizações, aponta a contribuição das instituições de *accountability* horizontal na formação da opinião pública.

Ressalta-se que esse fator de confiança, no desempenho das organizações, está estritamente ligado à capacidade do Estado em atender de forma equânime e satisfatória às necessidades da população por meio de suas políticas públicas, assim como a capacidade para identificar problemas e formular soluções efetivas que visem agregar valor público ao cidadão (Pires; Gomide, 2016; Teixeira, 2012).

Para além da conformidade do gasto público, a *accountability* deve buscar aspectos importantes da atividade pública, salientando os efeitos e impactos dos gastos na perspectiva dos cidadãos.

Daí a essência desse trabalho o qual se propõe a estudar a *accountability* dos implementadores, não apenas olhando a conformidade do gasto, mas sob o aspecto da capacidade de gestão dos subnacionais para receber os recursos e aplica-los, conforme a legislação específica do SUS, de forma a gerar valor público para o cidadão.

2.8 PRÁTICAS DE GOVERNANÇA DO REFERENCIAL BÁSICO DO TCU

O Tribunal de Contas da União (TCU) atua como órgão de controle externo do governo federal e conforme expõe no seu site, tem a missão institucional, “de acompanhar a execução orçamentária e financeira do país e contribuir com o aperfeiçoamento da Administração Pública em benefício da sociedade”.

Em vista disso, ele tem publicado documentos que orientam e incentivam a implementação de boas práticas de governança, e nesse sentido, apresenta o

Referencial Básico de Governança Organizacional para Organizações Públicas e outros entes jurisdicionados pelo TCU, em sua 5ª edição em 2020 (1ª edição em 2013), com conceitos, práticas e perspectivas.

Santos (2019), ao tratar da representatividade que as instituições de controle externo, como os Tribunais de Contas, exercem na implementação das políticas públicas, assevera como essa atuação implica no aumento da confiabilidade pública do desempenho das organizações.

Isso porque, conforme a mesma autora, essas instituições colaboram fiscalizando os órgãos, cobrando a prestação de contas e verificando se de fato os objetivos pré-determinados estão sendo alcançados. Isso observa-se em um processo concomitante à implementação da política.

Essas instituições se constituem como mecanismos da *accountability* horizontal, conforme visão apresentada de O'Donnell (1998), e pontua que o impacto das reivindicações sociais na mídia, no que se refere a denúncias e exigências de punição por condutas ilícitas de autoridades públicas, dependem da atuação dessas agências estatais para investigar e concretizar a punição dos delitos.

O autor afirma ainda que, a omissão de atuação desses órgãos, a intensificação por parte da mídia sobre os fatos e a expressiva reivindicação social, dada a relevância do tema, tendem a criar um clima de insatisfação pública com o governo.

Nesse contexto, pode-se observar que o citado referencial do TCU (Brasil, 2020) apresenta, em sentido amplo, práticas de governança a serem utilizadas por todas as organizações. Essas orientações foram elaboradas com base em normas federais, literatura internacional e nacional e fiscalizações realizadas pelo próprio TCU.

Ao utilizar do conceito de governança pública, especialmente, conforme Decreto nº 9.203/2017, sintetiza conceito afirmando que:

(...) a governança pública organizacional abrange essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade. (Brasil, 2020)

De maneira geral apresenta as práticas relacionadas a cada mecanismo considerado no referido Decreto nº 9.203/2017. Ressalta a liderança as práticas de

estabelecer o modelo de governança, promover a integridade e promover a capacidade da liderança.

Quanto ao mecanismo da estratégia relaciona à: gerir riscos, estabelecer a estratégia, promover a gestão estratégica, monitorar o alcance dos resultados organizacionais e monitorar o desempenho das funções de gestão. O mecanismo do controle com práticas de promover a transparência, garantir a *accountability*, avaliar a satisfação das partes interessadas e avaliar a efetividade da auditoria interna, conforme Figura 2 a seguir:

Figura 2: Práticas relacionadas aos mecanismos de governança.



Fonte: Brasil, 2020, p. 52.

No que se refere ao mecanismo de controle e suas práticas, tendo em vista o problema de pesquisa deste trabalho referente às práticas do mecanismo de controle que mais foram carentes na aplicação de recurso do componente da Rede de Urgência e Emergência, UPA 24h, e buscando atingir os objetivos da pesquisa, enfatizar-se-á as seguintes práticas do mecanismo de controle: promover a transparência e garantir a *accountability*.

É nesse sentido que os cidadãos, por um lado, delegam ao setor público o poder para gerir os recursos públicos, por outro lado, as organizações devem prestar

contas aos cidadãos (Brasil, 2020). Para tanto, deve-se promover a transparência e assegurar a *accountability*.

2.8.1 Prática da promoção da transparência

Verifica-se que na busca pela promoção da transparência é necessário considerar alguns elementos para sua eficácia, conforme pontua o citado Referencial do TCU (Brasil, 2020), devendo assegurar a transparência ativa e passiva às partes interessadas, adotando-se o sigilo como exceção, conforme Lei de Acesso à Informação (LAI, Lei 12.527/2011), que impõe limitações nos termos dos artigos 22, 23 e 31.

A LAI possibilitou a disponibilidade de informações de interesse público, independentemente de solicitação, intensificando a transparência ativa, bem como surgiu com a finalidade de fomentar a cultura da transparência e do controle social. A LAI ainda permitiu a responsabilidade de agentes públicos pelos desvios de condutas e de até pessoa física com vínculo com a administração (art. 33) (Brasil, 2020).

Dessa forma, a LAI alargou as fronteiras para o acesso da informação, a ser exercida por qualquer pessoa, seja jurídica ou física (art. 10); garantiu gratuidade da informação (art. 12); dever de ofertar informações tempestivas diante das solicitações (art. 11); possibilidade de recursos em caso de negativas (art. 11, §4º), além de determinar a instituição dos Serviços de Acesso à Informação (SIC), físicos e eletrônicos (arts. 10 e 11); além de impedir exigências exageradas de identificação e de justificativas para os pedidos dos cidadãos (art. 10, §1º e 2º) (Brasil, 2020).

No entanto, a efetividade de instrumentos como o SIC que permite a transparência passiva¹, bem como a transparência ativa², precisa ser aprimorada.

Em estudos de Santos, Fernandes-Sobrinho e Chaves (2019), diante da verificação da efetividade da transparência passiva por intermédio do uso do Serviço Eletrônico de Informação ao Cidadão (e-SIC), em prefeituras de Goiás, ficou constatado que apenas 7,14%, ou 2 prefeituras, foram considerados transparentes. Os demais 92,86%, ou 26 do total, foram considerados não transparentes na sua

¹Transparência passiva é a disponibilidade de informações públicas em atendimento a demandas específicas, de uma pessoa física ou jurídica (Brasil, 2020).

²Transparência ativa é a divulgação, por iniciativa dos órgãos e entidades, independentemente de requerimentos, de informações de interesse coletivo ou geral, por eles produzidas ou custodiadas, no âmbito de suas competências, em local de fácil acesso ou na internet.

forma passiva, apesar de todas as 28 prefeituras, do total da amostra, terem recebido nota igual ou superior a 90 em avaliação do Tribunal de Contas do município de Goiás em cumprimento de Acesso à Informação.

Em âmbito federal a Controladoria-Geral da União (CGU), órgão de controle interno, desde 2019, conforme Decreto nº 9.903/2019, atua como coordenador da Política de Dados Abertos do Poder Executivo Federal. Oferece apoio aos órgãos em suas fragilidades de transparência passiva e ativa, bem como no papel de fomentar a transparência, a participação social e a disponibilização de informação para o cidadão.

Isso se deve também ao fato de que cada órgão e entidade da administração federal, direta, autárquica e fundacional deve elaborar e executar um plano de Dados abertos, conforme os requisitos do art. 5º do Decreto 8.777/2016 (Política de Dados Abertos do Executivo) (Brasil, 2020).

Desde 2011, o Brasil atua como signatário do *Open Government Partnership*, com o compromisso de aumentar a disponibilidade de informações sobre as atividades governamentais (Brasil, 2020).

No que se refere à transparência na saúde pública, Raksa (2015, p. 75), ao fazer uma aplicação na saúde do termo, assevera que essa (aplicação) se dá mediante o “Portal da transparência disponível nos sites institucionais do Ministério da Saúde (MS) e Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, além da disponibilização, à sociedade do PPA, RAG, LDO [Lei de Diretrizes Orçamentárias], LOA [Lei Orçamentária Anual]”.

O segundo ponto destacado pelo referencial básico de governança (Brasil, 2020), com vista à promoção da transparência, é a disponibilidade de dados de modo aderente aos princípios de dados abertos que facilite o manuseio e a análise das informações. É apontado o artigo 5º da Política de Dados Abertos como fonte de boas práticas para elaboração do plano e pontuam-se as seguintes informações mínimas a serem abordadas:

- I - criação e manutenção de inventários e catálogos corporativos de dados;
- II - mecanismos transparentes de priorização na abertura de bases de dados[...];
- III - cronograma relacionado aos procedimentos de abertura das bases de dados, sua atualização e sua melhoria;

IV - especificação clara sobre os papéis e responsabilidades das unidades do órgão ou entidade da administração pública federal relacionados com a publicação, a atualização, a evolução e a manutenção das bases de dados;

V - criação de processos para o engajamento de cidadãos, com o objetivo de facilitar e priorizar a abertura da dados, esclarecer dúvidas de interpretação na utilização e corrigir problemas nos dados já disponibilizados; e

VI - demais mecanismos para a promoção, o fomento e o uso eficiente e efetivo das bases de dados pela sociedade e pelo Governo. (Brasil, 2020).

Cabe marcar que, no âmbito do MS, o Sistema de Planejamento e Monitoramento (SIPLAM) permite “a elaboração e o monitoramento de planos estratégicos, programas e projetos, que possuam como estrutura mínima: objetivos, metas e indicadores encadeados”, como no caso do PPA (Plano Plurianual) e do PNS (Plano Nacional de Saúde), e trouxe como principal inovação a disponibilização de dados abertos (Freire, 2020, p. 12).

Dessa forma, entende-se a importância de práticas de transparência na saúde, tanto no seu aspecto ativo, por iniciativa das instituições públicas, quanto no aspecto da transparência passiva, disponibilizando mecanismos ao cidadão para o acompanhamento dos resultados das políticas públicas.

2.8.2 Prática para garantir a Accountability

O Referencial básico do TCU sinaliza as seguintes práticas a serem contempladas, conforme Quadro 6 a seguir:

Quadro 6: Síntese das práticas para garantia da Accountability.

(continua)

Ação	Detalhamento
Prestar contas da atuação organizacional de acordo com a legislação vigente e demandas da sociedade.	Informações de interesse geral, para além dos relatórios entregues aos órgãos de controle e dos impostos em norma. Disponibilidade das informações no Portal Brasileiro de Dados Abertos.
Estabelecer canal para recebimento de manifestações das partes interessadas.	Diretrizes que orientem o recebimento, encaminhamento e tratamento das manifestações. Política visando garantir a não retaliação a denunciante de boa fé e sanção aos que produzirem falsas denúncias. Ampla divulgação aos públicos interno e externo Sigilo dos denunciante. Análise da denúncia em processo individualizado Destinar as denúncias de liderança superior destinar à instância superior.

(conclusão)

Ação	Detalhamento
Designar as instâncias responsáveis pela apuração. Tratar desvios éticos e infrações disciplinares cometidas pelos gestores.	Apuração mediante denúncia ou de ofício. Observar os princípios da ampla defesa e do contraditório.
Padronizar procedimento para orientar a apuração e tratamentos de desvios éticos, de ilícitos administrativos e de atos lesivos cometidos por pessoa jurídica contra a organização Encaminhar os resultados das apurações aos órgãos competentes	Sindicância, processos administrativos disciplinares, processos administrativos de responsabilização, tomada de contas especial; Encaminhar as apurações ao: MPF, RFB, CGU e TCU de resultados de sindicâncias patrimoniais (art.10 do Decreto 5.483/2005); Representar às organizações competentes para providências nas esferas civil e penal (arts. 154 e 171 da Lei 8.112/1990; art. 16 da Lei 8.429/1992; art.15 da Lei 12.846/2013); Encaminhar à CGU os resultados da sindicâncias e procedimentos disciplinares (art. 5º do Decreto 5.480/2005); Informar ao TCU e ao MPF acerca de procedimento administrativo instaurado para apurar ato de improbidade (art. 15 da Lei 8.429/92); Comunicar à Comissão de Ética Pública (CEP), situações que possam configurar descumprimento das normas de conduta da Alta Administração (art. 7º do Decreto 6.029/2007)
Capacitar as equipes que compõem as comissões processantes, bem como as de sindicância e de investigação	
Adotar meios de simplificação de apuração e punição de faltas de menor potencial ofensivo	Termos de ajuste de condutas

Fonte: Brasil, 2020.

Destaca-se que a aplicação do princípio da *accountability* na saúde se dá por meio do RAG, sendo esse considerado como instrumento de prestação de contas (Raksa, 2015; Brasil, 2022a). O RAG deve ser submetido ao conselho de saúde, para emissão de parecer conclusivo, “além de ser previsto como condição para recebimento de recursos transferidos pela União para os entes da federação, conforme artigo 4º, inciso IV, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990” (Lopes, 2022, p. 77).

2.8.3 Guia de Governança e Gestão da Saúde aplicável a Secretarias e Conselhos de Saúde

Considerando ainda o foco dado neste trabalho, ao abranger práticas em nível local, observa-se que o Guia de Governança e Gestão em Saúde (2018), aplicável à Secretarias e Conselhos de Saúde, aponta práticas de *Accountability* e Transparência.

Ademais, é detalhado um modelo de governança sugerido pelo TCU, considerando ser aplicável nas secretarias e conselhos de saúde. Assinala que o método foi baseado nos Acórdãos 1.130/2017-TCU-Plenário e 1.840-TCU-Plenário de levantamento nacional de governança e gestão em saúde, devendo-se avaliar a pertinência da aplicabilidade, exceto nos casos que decorrerem de exigências legais (Brasil, 2018).

Em vista disso, conforme os mecanismos de governança, liderança, estratégia e controle, são apresentados 10 componentes resultantes do agrupamento de práticas e itens de controle, os quais resultam em 19 elementos menores em todo o mecanismo de governança, conforme a seguir no Quadro 7:

Quadro 7: Método TCU de avaliação de governança até o nível de prática.

(continua)

Mecanismos	Componentes	Práticas
Liderança	L1 – Pessoas e competências	L1.1 Definir os perfis profissionais da liderança (alta administração e conselho).
		L1.2 Estabelecer e dar transparência ao processo de seleção da liderança.
		L1.3 Assegurar a adequada capacitação da liderança.
	L2– Princípios e comportamentos	L2.1 Adotar código de ética e de conduta que defina padrões de comportamento da liderança.
	L3 – Liderança Organizacional	L3.1 Responsabilizar-se pela avaliação, direcionamento e monitoramento da gestão da secretaria de saúde.
	L4 – Sistema de Governança	L4.1 Estabelecer o Conselho de Saúde.
Estratégia	E1 – Relacionamento com partes interessadas (considera-se como as partes interessadas os cidadãos, os estabelecimentos de saúde, a mídia, etc.).	E1.1 Estabelecer e divulgar canais de comunicação da secretaria de saúde com as diferentes partes interessadas e assegurar sua efetividade, consideradas suas características e possibilidades de acesso.
	E2 – Estratégia Organizacional	E2.1 Estabelecer a estratégia da secretaria de saúde.
		E2.2 Anualizar a estratégia da secretaria de saúde.
		E2.3 Monitorar e avaliar a execução da estratégia da secretaria de saúde.
		E2.4 Estabelecer diretrizes para a atenção à saúde.
	E3–Alinhamento transorganizacional	E3.1 Conhecer as suas necessidades e suas possibilidades para a integração regional.

(conclusão)

Mecanismos	Componentes	Práticas
Estratégia	E3–Alinhamento transorganizacional	E3.2 Estabelecer mecanismos de atuação conjunta, com municípios, estado e união, com vistas a implementação de regiões de saúde e de redes de atenção à saúde.
Controle	C1 – Gestão de riscos e controles internos.	C1.1 Realizar gestão de riscos.
		C1.2 Monitorar a gestão.
	C2 – Auditoria interna	C2.1 Estabelecer a função de auditoria interna.
	C3 – <i>Accountability</i> e transparência	C3.1 Dar transparência às partes interessadas, admitindo-se o sigilo, como exceção, nos termos da lei.
		C3.2 Prestar contas da implementação e dos resultados do Plano de Saúde.
		C3.3 Garantir que sejam apurados, de ofício, indícios de irregularidades, promovendo a responsabilização em caso de comprovação.

Fonte: Adaptado de Brasil (2018, p. 35).

Tendo em vista a responsabilidade do titular da secretaria de saúde e os normativos para a devida prestação de contas dos resultados do Plano de Saúde, bem como da atuação dos conselhos para garantir que sejam apurados indícios de irregularidades, observam-se os itens de controle para as práticas da *accountability* e transparência (C3), conforme o Quadro 8:

Quadro 8: Prática de governança C3.1, dar transparência às partes interessadas.

(continua)

Item de controle	Descrição
C3.1.1	As necessidades de publicidade de informações decorrentes de exigências normativas e jurisprudenciais, e de demandas das partes interessadas, estão descritas (por exemplo, há uma relação de tudo que deve ser publicado).
C3.1.2	Diretrizes do chefe do poder executivo ou do secretário de saúde para abertura de dados e divulgação de informações relacionadas à saúde estão definidas e incluem a obrigatoriedade de publicação:
	Dos serviços que são prestados pela secretaria de saúde e seus estabelecimentos;
	Pelos estabelecimentos de saúde, próprios, conveniados e contratualizados, em local facilmente visível pelos usuários, dos serviços que ofertam, da quantidade de serviços ofertados, da escala de médicos;
	Das listas de espera para procedimentos de média e/ou alta complexidades;
	Dos principais instrumentos de planejamento da secretaria (por exemplo Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde);

(conclusão)

Item de controle	Descrição
C3.1.2	Dos principais relatórios de acompanhamento e avaliação da saúde, por exemplo, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), Relatório Anual de Gestão (RAG);
	Do fluxo de encaminhamento e acesso aos serviços de média e alta complexidade;
	Das listas de medicamentos padronizados;
	Dos dados primários em formato aberto.
C3.1.3	O catálogo de informações às quais a secretaria de saúde se compromete a dar transparência ativa está definido e é acessível às partes interessadas.
C3.1.4	As informações às quais a secretaria de saúde se compromete a dar transparência ativa estão acessíveis às partes interessadas.
C3.1.5	As informações publicadas estão de acordo com as exigências normativas e jurisprudenciais.
C3.1.6	A satisfação das partes interessadas com as informações que lhe são fornecidas é avaliada e monitorada.

Fonte: Brasil (2018, p. 58).

Nesse sentido, considerando as práticas C3.2, prestar contas da implementação e dos resultados do Plano de Saúde, são recomendadas as seguintes práticas conforme Quadro 9 a seguir:

Quadro 9: Práticas de governança, C3.2, prestação de contas

(continua)

Item de controle	Descrição
C3.2.1	Relatório anual de gestão (RAG) e relatórios detalhados dos quadrimestres anteriores estão publicados no SargSUS.
C3.2.2	Pareceres do conselho de saúde sobre o Relatório Anual de Gestão (RAG) e relatórios detalhados dos quadrimestres anteriores estão publicados no SargSUS.
C3.2.3	O Relatório Anual de Gestão (RAG) contém: • As diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; • As metas da Programação Anual de Saúde (PAS) previstas e executadas; • A análise da execução orçamentária; • As recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamento do Plano de Saúde.

(conclusão)

Item de controle	Descrição
C3.2.4	A satisfação das partes interessadas com o conteúdo e a qualidade da prestação de contas é avaliada e monitorada.

Fonte: Adaptado de Brasil (2018, p. 60).

Por último, as recomendações quanto à Prática C3.3: garantir que sejam apurados, de ofício, indícios de irregularidades, promovendo a responsabilização em caso de comprovação. Destacam-se as seguintes, conforme Quadro 10:

Quadro 10: Práticas de governança, C3.3, apuração de irregularidades

Item de controle	Descrição
C3.3.1	Diretrizes para a apuração, de ofício, de irregularidades estão definidas
C3.3.2	Indícios de irregularidades são apurados, de ofício, em conformidade com as diretrizes definidas.
C3.3.3	Casos comprovados de irregularidades resultam na aplicação de sanções, em conformidade com as diretrizes definidas.
C3.3.4	Casos comprovados de irregularidade resultam no encaminhamento tempestivo de informações para os órgãos de controle competentes.
C3.3.5	Apuração dos indícios de irregularidades é monitorada pelo conselho de saúde.

Fonte: Brasil (2018, p. 61).

Nesse sentido, percebe-se a abrangência das práticas em saúde em âmbito local, a qual envolve os instrumentos de planejamento e de avaliação e prestação de contas do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente dos instrumentos: Relatório Anual de Gestão (RAG) e do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA). Atenta-se para o fato que essas práticas estão dispostas em lei específica do SUS.

3 METODOLOGIA

Tendo em vista a apresentação da fundamentação teórica, a partir de então inicia-se a descrição dos procedimentos metodológicos a fim de alcançar os objetivos da pesquisa.

3.1 NATUREZA DA PESQUISA E TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, uma vez que, conforme Prodanov e Freitas (2013, p. 51), essa almeja “gerar conhecimentos para aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos. E essa, envolve verdades e interesses locais”.

E quanto aos seus objetivos, refere-se ainda à pesquisa descritiva, em que consiste no registro e descrição dos fatos observados, sem interferência, e busca descobrir a frequência com a qual o fato ocorre, bem como características, causas e relações com outros fatos observados (Prodanov; Freitas, 2013).

Ademais, quanto à forma de abordagem do problema refere-se a ser qualitativa. Observa-se que os estudos qualitativos visam à compreensão de um fenômeno em seu ambiente natural, no qual estão inseridos, aproveitando-se dos instrumentos disponíveis de constituição e análise de dados da pesquisa documental (Kripka; Scheller; Bonotto, 2015).

Utiliza-se de técnica de estudo de caso que, conforme Gil (2010, p. 37), consiste em um “estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento”.

Dessa forma, o estudo envolve a dimensão empírica de 15 municípios brasileiros que tiveram o cancelamento de propostas com determinação de devolução dos recursos financeiros federais ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), transferidos inicialmente para investimentos na construção de UPA 24h, nova e ampliada, do componente da atualmente chamada Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Brasil, 2022a).

3.2 COLETA DE DADOS

Quanto aos procedimentos técnicos, refere-se à pesquisa bibliográfica, de busca sistemática de material já publicado, tais como artigos publicados em periódicos, dissertações, teses, livros (Prodanov; Freitas, 2013).

Essa difere-se da pesquisa documental, tendo em vista as suas fontes; sendo que a bibliográfica se utiliza de colaborações de inúmeros autores sobre assunto especializado. Já a pesquisa documental baseia-se em material que não recebeu tratamento analítico ou pode ser reelaborado nos termos do objetivo da pesquisa (Prodanov; Freitas, 2013).

Nesse sentido, foram utilizadas as seguintes fontes secundárias bibliográficas: o catálogo das Políticas e Programas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde: subsídios para o monitoramento e a avaliação; o guia que serve como referência de Governança e Gestão em Saúde, aplicável às Secretarias e Conselhos de Saúde do Tribunal de Contas da União (TCU), tendo em vista ser uma pesquisa em âmbito dos municípios em que se buscou identificar as práticas de promoção da transparência e garantia da *accountability* recomendadas em nível local pelo TCU.

Ademais, utilizou-se do Referencial Básico de Governança Organizacional para organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU, que também se refere às práticas recomendadas de forma ampla às organizações públicas, bem como demais Relatórios do TCU sobre identificação de oportunidades de melhoria em transferências de recursos à Saúde.

Quanto à pesquisa documental de fonte secundária, utilizou-se inicialmente a Portaria do Ministério da Saúde (MS), GM/MS nº 4.277 de 06/12/2022, buscando realizar uma análise crítica dos documentos relacionados a ela. Conforme Prodanov e Freitas (2013, p. 56), os critérios a serem utilizados devem envolver: “observação (crítica dos dados na obra); leitura (crítica da garantia, da interpretação e do valor interno da obra); reflexão (crítica do processo e do conteúdo da obra); crítica (juízo fundamentado sobre o valor do material utilizável para o trabalho científico)”.

Nesse mesmo sentido, Bardin (1977) pontua sobre a análise documental, na fase de pré-análise de organização dos dados, em que deve contribuir para fornecer informações sobre o problema levantado, sendo necessário constituir o corpus da pesquisa. “O corpus é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (Bardin, 1977, p. 96).

Considerando o problema da pesquisa que trata das práticas de governança que mais fizeram falta, para que se pudesse evitar a devolução de recursos financeiros federais da Rede de Urgência e Emergência, do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), o corpus da pesquisa inicialmente abrangeu, além da Portaria do MS, GM/MS nº 4.277 de 06/12/2022, mais 13 portarias de habilitação.

A citada portaria (GM/MS nº 4.277) refere-se ao cancelamento de propostas de recursos financeiros de Capital, os quais foram destinados à execução de obras de construção, bem como fazem parte os recursos destinados à aquisição de equipamentos e material permanente de UPA 24h, de 29 municípios brasileiros, em que se determinou a devolução dos recursos.

Em um segundo momento de fase exploratória buscou-se delimitar a amostra da pesquisa, bem como identificar o porte de UPA 24h que seria construído; os proponentes das propostas, se em âmbito das Secretarias Municipais ou Estaduais, e se constavam nos documentos as pactuações das respectivas comissões que atuam como instância de apoio à governança.

A análise, então, restringiu-se às seguintes 13 portarias de habilitação dos recursos, identificadas na Portaria GM/MS nº 4.277 de 06/12/2022, tais como: (1) Portaria nº 1.117, de 12/05/2011; (2) Portaria nº 2.419, de 08/10/2009; (3) Portaria nº 2.018, de 23/08/2011; (4) Portaria nº 1.884, de 19/08/2009; (5) Portaria nº 1.580, de 01/08/2013; (6) Portaria nº 2.872, de 21/09/2010; (7) Portaria nº 1.344 de 29/06/2012; (8) Portaria nº 2.736, de 09/09/2010; (9) Portaria nº 1.116, de 12/05/2011; (10) Portaria nº 3.175 de 24/12/2013; (11) Portaria nº 1.733, de 28/07/2011; (12) Portaria nº 1.899, de 20/08/2009; (13) Portaria nº 488, de 05/03/2010.

Tendo em vista, ainda, o objetivo de buscar identificar fragilidades e limitações dos municípios, no que concerne à promoção da transparência dos principais instrumentos de monitoramento e prestação de contas do SUS, na perspectiva da *accountability* horizontal. Também verificar as ações na perspectiva da *accountability* vertical (controle social), durante o processo de habilitação dos municípios e as limitações impostas para acompanhamento e monitoramento das obras, considerando os mecanismos disponíveis, foram utilizadas como fonte secundária os Acórdãos do TCU 1426/15 e 2077/23, frisando os achados e recomendações referentes à transparência das informações no SISMOB (Sistema de Monitoramento de Obras Fundo a Fundo) e RAG (Relatório Anual de Gestão).

Utilizou-se dos registros administrativos do Mapa Brasil Transparente, referente à Escala Brasil Transparente (EBT), Avaliação 360º, 2ª edição, que abrangeu os anos de agosto de 2019 a janeiro de 2020, representando os municípios acima de 50 mil habitantes. A busca enfatizou, ainda, a disponibilidade de informações para o acompanhamento de obras públicas e transparência passiva dos canais de atendimento ao cidadão no questionário aplicado pela Controladoria Geral da União (CGU).

Frisa-se que a avaliação da escala EBT completa abrange uma metodologia de quesitos com peso de 50% para transparência ativa e 50% para transparência passiva, conforme a seguir:

QUESITOS:

Transparência Passiva – 50% do peso

- Divulgação do SIC físico (atendimento presencial).
- Existência de ferramenta eletrônica para envio de pedidos.
- Inexistência de pontos que dificultem ou inviabilizem o pedido.
- Possibilidade de acompanhamento do pedido.

Foram enviados três pedidos de acesso à informação para cada ente avaliado e os itens abaixo foram analisados de acordo com as respostas recebidas.

- Resposta no prazo legal.
- Resposta em conformidade com o que foi solicitado.
- Indicação da possibilidade de recurso.

Transparência Ativa – 50% do peso

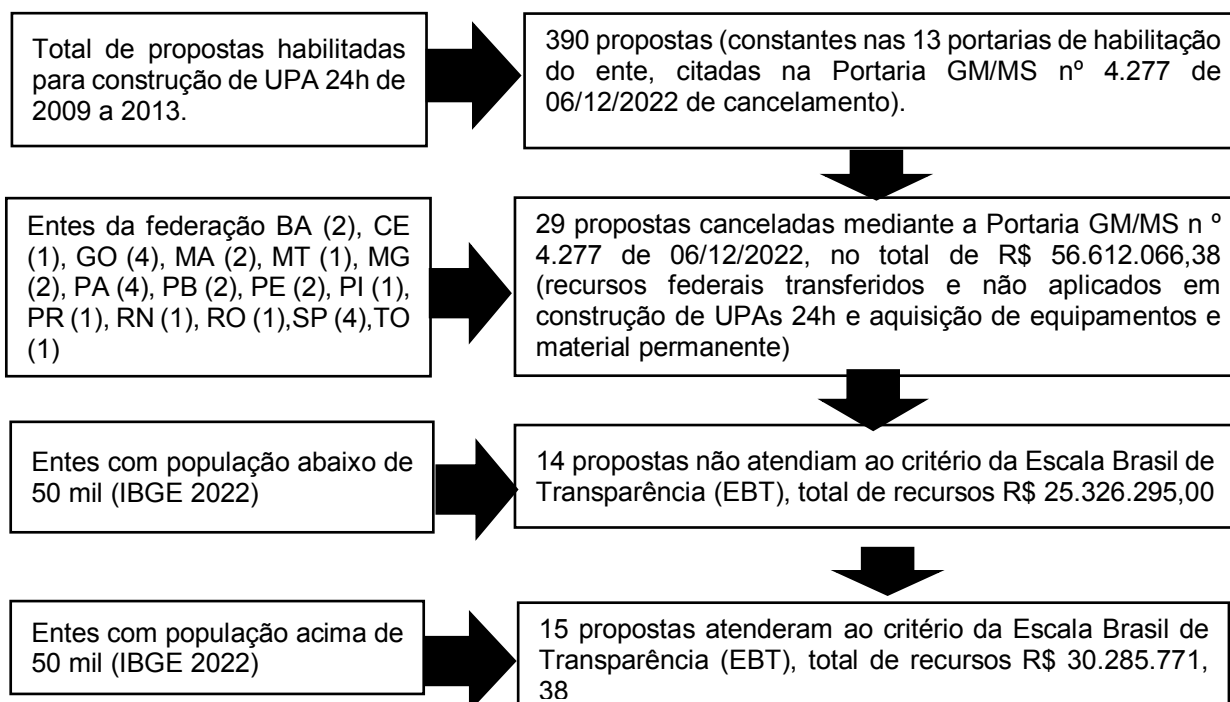
- Existência de site oficial.
- Informações sobre estrutura organizacional e unidades.
- Existência de Portal da Transparência.
- Informações sobre receitas e despesas.
- Informações sobre licitações e contratos.
- Possibilidade de acompanhamento de obras públicas.
- Informações sobre diárias.
- Informações sobre servidores públicos.
- LAI: divulgação da regulamentação e relatório estatístico de atendimento.
- Dados abertos: existência de catálogo ou inventário.

Por fim, a pesquisa utilizou-se dos relatórios e Boletins Informativos da situação dos instrumentos de planejamento do SUS, ao buscar verificar como tem sido a cultura de transparência quanto à divulgação e submissão ao Conselho de Saúde (CS) dos principais relatórios de acompanhamento e apresentação dos resultados do SUS, especificamente o Relatório Anual de Gestão (RAG) e do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), no período de 2018 a 2022, nos 15 municípios brasileiros com população acima de 50 mil habitantes que tiveram as suas propostas canceladas para devolução de recursos.

Justifica-se o período de abrangência inicial de 2018 uma vez que esse foi o ano em que veio a ser disponibilizado os relatórios (RAG, RDQA) no citado painel da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), dados do monitoramento da situação de elaboração, entrega e apreciação dos instrumentos de planejamento. Teve como limite 2022, considerando ser esse o ano da publicação da Portaria de cancelamento das propostas.

Já a população da pesquisa foi identificada considerando 390 propostas aprovadas para o repasse de recursos financeiros federais, para construção e ampliação de UPA 24h (Unidade de Pronto Atendimento), no período de abrangência de 2009 a 2013, levando-se em conta as 13 Portarias de habilitação.

A amostra deteve-se em 15, das 29 propostas canceladas, considerando a população acima de 50.000 habitantes, nos parâmetros da Escala (EBT-2020), conforme síntese na Figura 3. Buscou-se compreender as práticas realizadas pelos municípios referentes à transparência na disponibilização de informações para acompanhamento e monitoramento de obras pelo controle social, mesmo anos antes de ocorrer a liberação de recursos para execução de obras.

Figura 3: Síntese da definição da amostra.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Em síntese, diante dos 29 municípios que tiveram a determinação pelo Ministério da Saúde (MS) de devolver os recursos ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), tendo em vista as suas propostas serem canceladas e, conseqüentemente, as obras de Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) não terem sido construídas, a coleta de dados restringiu-se a apenas 15 municípios com população acima de 50 mil habitantes.

Em que pesem os demais 14 municípios com população abaixo de 50 mil terem sido relacionados na Portaria, para também devolverem os recursos pelo mesmo motivo, eles não foram considerados na pesquisa devido à não abrangência desses municípios pela Escala Brasil de Transparência (EBT), 2ª edição, utilizada como marco inicial da análise de dados desta pesquisa. Observam-se os dados populacionais não considerados na amostra desta pesquisa conforme o Quadro 11:

Quadro 11: Valores x municípios com população abaixo de 50mil habitants.

(continua)

	Estado	Município	População IBGE 2022	Valor total investimento previsto (A)	Valor repassado a ser devolvido (B)
1	BA	Riachão do Jacuípe	33.386	R\$1.400.000,00	R\$1.050.000,00

(conclusão)

	Estado	Município	População IBGE 2022	Valor total investimento previsto (A)	Valor repassado a ser devolvido (B)
2	GO	Porangatu	44.317	R\$1.400.000,00	R\$1.400.000,00
3	GO	Quirinópolis	48.447	R\$ 2.200.000,00	R\$2.200.000,00
4	GO	São Luís de Montes Belos	33.852	R\$1.400.000,00	R\$1.260.000,00
5	MA	Porto Franco	23.903	R\$ 2.200.000,00	R\$1.980.000,00
6	MT	Confresa	35.075	R\$1.400.000,00	R\$1.400.000,00
7	PA	Uruará	43.558	R\$1.400.000,00	R\$1.400.000,00
8	PB	Conde	27.605	R\$ 2.200.000,00	R\$1.980.000,00
9	PB	Serra Branca	13.614	R\$1.400.000,00	*R\$1.922.630,00
10	PE	Bonito	37.474	R\$ 2.200.000,00	R\$2.200.000,00
11	PR	Dois Vizinhos	44.869	R\$ 2.200.000,00	**R\$3.303.665,00
12	RN	Santo Antônio	22.177	R\$ 2.200.000,00	R\$2.200.000,00
13	SP	Vargem Grande do Sul	40.133	R\$1.400.000,00	R\$1.050.000,00
14	TO	Guaraí	24.775	R\$ 2.200,00	R\$1.980.000,00
		Total	473.185	R\$25.200.000,00	R\$25.326.295,00

*Considerou o repasse de valor para aquisição de equipamentos R\$ 522.630,00.

**Considerou o repasse de valor para aquisição de equipamentos R\$ 1.103.665,00.

Fonte: Elaborado pela autora.

A seguir é detalhada a análise e tratamento dos dados para a amostra selecionada referente aos 15 municípios brasileiros, com população acima de 50 mil habitantes, em que apresentaram as suas propostas no ano de 2009 a 2013, conforme as Portarias de habilitação publicadas no Diário Oficial da União (D.O.U) e após o repasse dos recursos e monitoramento do Ministério da Saúde (MS), suas obras encontravam-se iniciadas e/ou paralisadas e foram consequentemente canceladas.

3.3 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Preliminarmente verifica-se que as habilitações das propostas, referiam-se tanto à ampliação de UPAs, quanto à construção de UPAs novas, em que as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Secretarias Estaduais de Saúde (SES) cadastraram suas respectivas propostas no Ministério da Saúde (MS). Em relação aos 15 municípios com população acima de 50 mil habitantes foram habilitadas:

- 03 propostas de UPA Porte II (Valença/BA (2009) - Itabira/MG (2013) e Cacoal/RO (2011)).
- 02 propostas de Porte III (Uberlândia/MG em 2010 e Picos/PI em 2012).

- E as demais cidades, no total de 10 propostas para o Porte I: sendo: Juazeiro do Norte em 2011, Stº Antônio do Descoberto em 2010; Grajaú/MA (2012), Acará/PA em 2011, Dom Eliseu/PA em 2013, Vigia/PA em 2013, Salgueiro/PA em 2013, Matão/SP em 2009, Monte Mor/SP em 2013 e Ubatuba/SP em 2010.

Em síntese foram habilitadas: 02 propostas em 2009; 03 propostas em 2010; 03 propostas em 2011; 02 propostas em 2012; 05 propostas em 2013.

Ademais, verificou-se o nível de transparência dos municípios conforme escala EBT-2020 e, dessa forma, seguiu-se em obter respostas para o objetivo específico 1, ao verificar a transparência na perspectiva do cumprimento de dispositivos da Lei de Acesso à Informação (LAI), dos municípios que tiveram de devolver recursos, os quais são apresentados no Quadro 12, as notas por município, média e ranking geral.

Quadro 12: Perfil transparência dos municípios com indicação de devolução de recursos acima de 50 mil habitantes

(continua)

	Estado	Município	População IBGE 2022	Valor original em Reais a ser devolvido pelo ente	Nota do Município	Média dos Municípios	Nota do Estado	Ranking geral EBT
1	BA	Valença	85.655	R\$ 1.500.000,00	3.05	6.86	8.6	660
2	CE	Juazeiro do Norte	286.120	R\$ 1.400.000,00	6.45	6.86	10	348
3	GO	Stº Antônio do Descoberto	72.127	R\$ 1.899.975,00	5.01	6.86	8.85	558
4	MA	Grajaú	73.872	R\$ 1.800.000,00	5.59	6.86	8.96	494
5	MG	Itabira	113.343	R\$ 2.790.000,00	8.05	6.86	10	210
6	MG	Uberlândia	713.224	R\$ 2.600.000,00	6.36	6.86	10	358
7	PA	Acará	59.023	R\$ 1.996.000,00	6.42	6.86	5.92	352
8	PA	Dom Eliseu	58.484	R\$ 2.200.000,00	9.56	6.86	5.92	47
9	PA	Vigia	50.832	R\$ 1.980.000,00	5.92	6.86	5.92	424
10	PE	Salgueiro	62.372	R\$ 2.200.000,00	6.05	6.86	9.6	395
11	PI	Picos	83.090	R\$ 2.600.000,00	5.45	6.86	7.18	514
12	RO	Cacoal	86.887	R\$ 2.799.596,38	9.47	6.86	9.6	58
13	SP	Matão	79.033	R\$ 1.490.200,00	7.28	6.86	9.6	268
14	SP	Monte Mor	64.662	R\$ 1.980.000,00	3.28	6.86	9.6	654

(conclusão)

	Estado	Município	População IBGE 2022	Valor original em Reais a ser devolvido pelo ente	Nota do Município	Média dos Municípios	Nota do Estado	Ranking geral EBT
15	SP	Ubatuba	92.981	R\$ 1.050.000,00	4.31	6.86	9.6	608
		Total	R\$ 1.981.705	R\$ 30.285.771,38				

Fonte: elaborado pela autora com base no EBT- 2020 e Portaria GM/MS n ° 4.277 de 06/12/2022 (2024).

Observa-se, no Quadro 13, a disponibilidade de informações para acompanhamento de obras dos municípios com indicativo para devolução de recursos e os dados levantados na pesquisa.

Quadro 13: Disponibilidade de dados para monitoramento das obras – EBT 2020.

Município										
Item do questionário sobre obra pública disponível para consulta	SIM					Não localizado				
Objeto	3(GO)	6(MG)	7(PA)	8(PA)	9(PA)					
Valor total		6(MG)	7(PA)	8(PA)	9(PA)					
Empresa contratada		6(MG)	7(PA)	8(PA)	9(PA)					
Data de início	3(GO)	6(MG)	7(PA)	8(PA)	9(PA)					
Data prevista para o término ou prazo de execução		6(MG)	7(PA)	8(PA)	9(PA)					
Valor total já pago ou percentual de execução financeira	3(GO)		7(PA)	8(PA)	9(PA)		6(MG)			
Situação atual da obra	3(GO)	6(MG)						7(PA)	8(PA)	9(PA)

Fonte: Elaborado pela autora, com base na EBT-2020 (2020).

Em um segundo momento, procurou-se identificar os principais achados e recomendações constantes nos Acórdãos 1426/2015-TCU – Plenário e 2077/23-TCU- Plenário, referente ao controle social, transparência das informações no SISMOB e RAG (*accountability*) com vistas a alcançar os objetivos específicos 02 e 03.

Nessa etapa, optou-se ainda por utilizar as principais fases consideradas em propostas e projetos nas transferências voluntárias, citadas no Resumo do Relatório de Grupo de trabalho TCU-CGU-MP (2016), as quais são: atos preparatórios, execução, prestação de contas adaptadas ao objeto deste estudo. Seguiu ainda modelo de análise adaptado de Dall'Olio (2018) de categorização: pontos críticos, possível abordagem de fiscalização e sugestão.

Em um terceiro momento, e de forma interdependente com as demais, buscou-se identificar as práticas de *accountability* e transparência quanto aos relatórios de avaliação e apresentação de resultados do SUS, realizadas pelos 15 entes municipais no período de 2018 a 2022. Em que pesem as propostas referirem-se aos anos de 2009 a 2013, foi no período de 2018 a 2022 que se iniciou a divulgação desses relatórios no Painel de Monitoramento SAGE pelo Ministério da Saúde (MS).

Em síntese, apresenta-se a seguir no Quadro 14, as técnicas utilizadas para a coleta dos dados da pesquisa.

Quadro 14: Resumo das técnicas para coleta dos dados da pesquisa.

(continua)

Objetivos	Fontes dos dados	Tipo de dado coletado	Técnicas e instrumentos de coleta dos dados	Técnica de análise dos dados
Geral				
Analisar práticas do mecanismo de controle da governança pública mais carentes na aplicação de recursos federais de UPA 24h, referente a 15 municípios com população acima de 50 mil habitantes, considerando a Portaria de cancelamento GM/MS nº 4.277 de 06/12/2022	Portaria GM/MS nº 4.277 de 06/12/2022. Guia de Governança e Gestão em Saúde, aplicável as Secretarias e Conselhos de Saúde do Tribunal de Contas da União (TCU). Referencial Básico de Governança Organizacional para organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU	Proponentes; valor total do investimento para cada município, nº (s) das Portarias de habilitação dos recursos; nº da proposta registrada no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB).	Busca no Diário Oficial da União (D.O.U); e Saúde Legis. Site do TCU	Análise documental.
Específico				
Verificar a transparência na perspectiva do cumprimento de dispositivos da Lei de Acesso à Informação (LAI), conforme a Escala Brasil de Transparência (EBT), Avaliação 360º, 2ª Edição, dos municípios que tiveram de devolver recursos de investimento ao governo federal, enfatizando-se a disponibilidade de informações para o acompanhamento de obras públicas e dos canais de atendimento ao cidadão	Escala Brasil Transparente (EBT).	Notas do perfil de transparência dos municípios, dados sobre acompanhamento de obras, SIC – Serviço de Informação ao Cidadão	Busca no site da Controladoria Geral da União (CGU) por município.	Análise documental e de conteúdo.
Identificar fragilidades e limitações no que concerne à promoção da transparência do principal sistema de monitoramento de obras das transferências na modalidade fundo a fundo (SISMOB) e da prestação de contas pelos 15 entes municipais, na perspectiva da <i>accountability</i> horizontal (órgão de controle externo).	Acórdãos do TCU 1426/15 e 2077/23	Itens das recomendações referentes à transparência das informações no SISMOB (Sistema de Monitoramento de Obras Fundo a Fundo) e RAG (Relatório Anual de Gestão).	Verificação dos itens nos Acórdãos do TCU 1426/15 e 2077/23	Análise documental e de conteúdo.

(conclusão)				
Objetivos	Fontes dos dados	Tipo de dado coletado	Técnicas e instrumentos de coleta dos dados	Técnica de análise dos dados
Específico				
Verificar as ações na perspectiva da accountability vertical (controle social), durante o processo de habilitação dos municípios e as limitações encontradas para o acompanhamento e monitoramento das obras, considerando os mecanismos disponíveis	13 Portarias de habilitação dos municípios; Catálogo das Políticas e Programas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Acórdão do TCU 1426/15 – Plenário.	Dados das pactuações na CIB (Comissão Intergestores Bipartite); Instrumentos de Planejamento da Rede de Urgência e Emergência. Recomendações TCU quanto ao controle social. Itens das recomendações ao controle social.	Busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Verificação nas Portarias de habilitação. Verificação dos itens nos Acórdãos do TCU 1426/15 e 2077/23.	Análise documental e de conteúdo.
Verificar como tem sido a cultura de transparência quanto à divulgação e submissão ao Conselho de Saúde (CS) dos principais relatórios de acompanhamento e apresentação dos resultados do SUS, especificamente o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado Quadrimestral (RDQ), no período de 2018 ao ano de 2022 de publicação de cancelamento das obras dos 15 municípios.	Boletim Informativo n.32, dez, 2022: Situação dos instrumentos de planejamento do Departamento de Gestão Interfederativa (DGIP/MS). Painel da situação de monitoramento dos instrumentos de planejamento do SUS.	Status dos RAG (2018-2022), nº de unidades federativas com relatório aprovado, aprovado com ressalvas, não aprovado, em elaboração. E do RDQ, nº de municípios com relatório avaliado, em avaliação ou em elaboração. Prazos da prestação de contas dos instrumentos. Nº das Resoluções que aprovaram os RAG.	Boletim Informativo n.32, dez, 2022. Site: Portal SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica)	Análise documental.
Identificar possíveis diretrizes e práticas que contribuem para o monitoramento e boa aplicação dos recursos federais da saúde em âmbito municipal.	Guia de Governança e Gestão em Saúde, aplicável as Secretarias e Conselhos de Saúde do Tribunal de Contas da União (TCU).	Práticas de accountability e transparência em âmbito municipal	Site TCU.	

Fonte: elaborado pela autora.

Após levantamento de dados para atingimento dos objetivos da pesquisa, o próximo passou à análise e discussão dos resultados conforme Seção 4 a seguir.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção será abordado, inicialmente, o perfil dos municípios quanto a transparência ativa, no que se refere à disponibilidade de informações para o acompanhamento de obras. Quanto à transparência passiva, a disponibilidade de Serviço de Informações ao Cidadão (SIC físico) e SIC eletrônico.

Na sequência, serão verificados os principais achados e recomendações de auditoria e monitoramento de obras de UPA 24h e UBS, pelo Tribunal de Contas da União (TCU), referente à transparência do sistema SISMOB, do Relatório Anual de Gestão (RAG) e do controle social, na perspectiva da *accountability* horizontal.

Sob a perspectiva da *accountability* vertical, serão verificadas as práticas de controle realizadas pelos conselhos de saúde quanto aos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação da Rede de Urgência e Emergência em que o componente de Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) faz parte.

4.1 PERFIL DA TRANSPARÊNCIA DOS MUNICÍPIOS CONFORME ESCALA - EBT.

Numa perspectiva da transparência ativa e passiva, conforme Escala EBT da CGU, 2020, observa-se que 73% dos entes da federação, da amostra da pesquisa, obtiveram nota abaixo da média dos demais municípios em todo território nacional. Sendo os piores resultados para Valença, na Bahia, com nota 3.05 e Monte Mor, em São Paulo, com nota 3.28. 27% dos municípios apresentaram nota acima da média geral, sendo as melhores notas para Dom Eliseu com 9.56 (PA), Cacoal (RO) com 9.47, Itabira (MG) com 8.05 e Matão (SP) com 7.28.

Fazendo um recorte da transparência ativa, conforme Escala (EBT), foi identificado que apenas 33% dos municípios com mais de 50 mil habitantes, disponibilizavam informações para consulta quanto ao acompanhamento das obras, os quais são: Santo Antônio do Descoberto (3-GO), Uberlândia (6-MG), Acará (7-PA), Dom Eliseu (8-PA) e Vigia (9-PA). Desses, o município com maior índice de transparência foi Dom Eliseu com 9.56, porém não disponibiliza informações quanto à situação atual da obra.

Essa fragilidade aponta para uma perda de confiabilidade nas instituições públicas uma vez que, conforme Santos (2019), governos transparentes contribuem para o aumento da confiança da população na Administração Pública.

Observa-se ainda, não obstante todos os municípios do Pará disponibilizarem dados para acompanhamento de obras, as informações não eram atualizadas, sendo esses dados disponibilizados apenas pelos municípios de Sto. Antônio do Descoberto e Uberlândia.

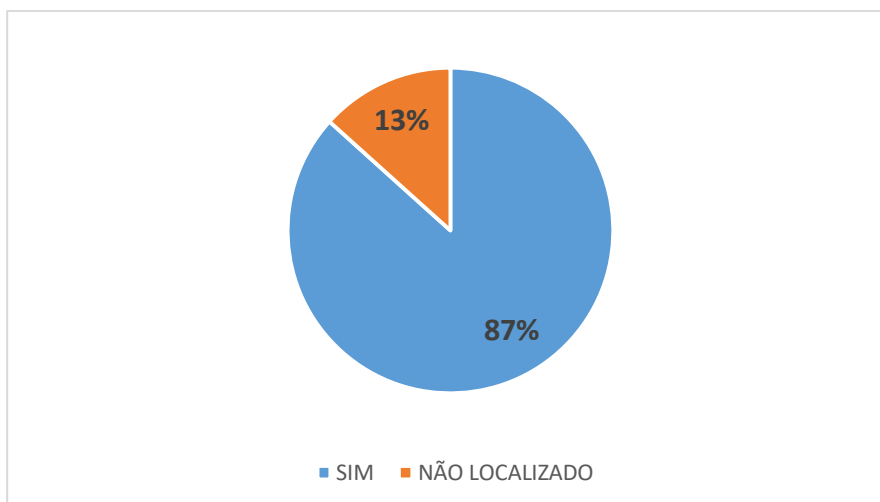
Os dados divulgados referem-se a informações desde o objeto, valor total, empresa contratada, data de início e de término da obra ou prazo de execução; valor total já pago ou percentual de execução financeira, situação atual da obra.

Pelo prisma da transparência passiva, o levantamento da pesquisa, aplicada pela CGU, apontou os seguintes resultados para os 15 municípios da amostra com população acima de 50 mil habitantes:

- Quanto à existência de indicação precisa no site do ente federado de um SIC físico (Serviço de Informação ao Cidadão):

13 (87%) municípios: Valença (BA), Juazeiro do Norte (CE), Sto Antônio do Descoberto (GO), Grajaú (MA), Itabira (MG), Uberlândia (MG), Acará (PA), Dom Eliseu (PA), Vigia (PA), Salgueiro (PE), Cacoal (RO), Matão (SP), Ubatuba (SP), apresentaram disponibilidade de um SIC com informações de endereço, telefone e horário de atendimento, frisa-se que apenas o município de Vigia (PA) não dispunha de telefone no SIC.

No entanto, para os municípios de Monte Mor (SP) e Picos (PI), não foi localizada a existência de indicação no site de possibilidade de entrega de um pedido de informação presencial. Observa-se o percentual de SIC físico no Gráfico 1 a seguir:

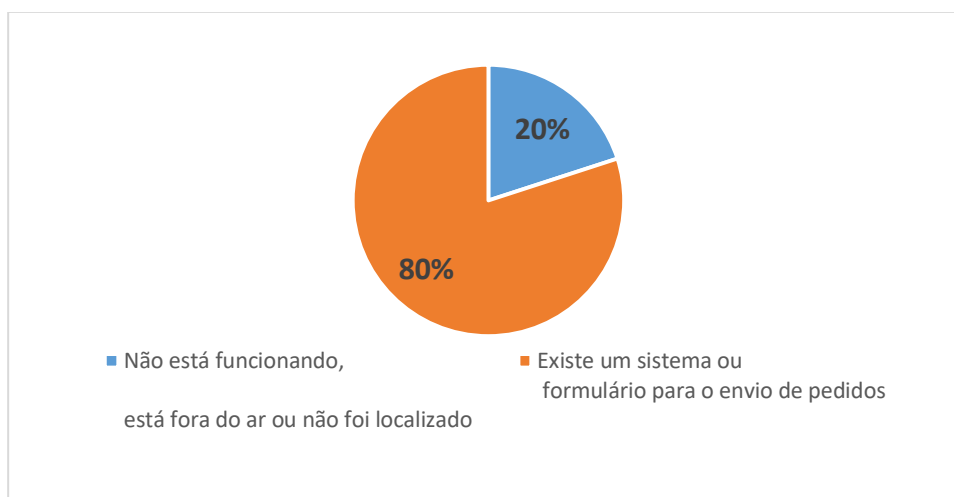
Gráfico 1: Percentual de SIC físico nos municípios.

Fonte: elaborado pela autora, com base no quesito 20- EBT (2024)

- Quanto à existência de alternativa de envio de pedidos de acesso à informação de forma eletrônica:

Em 12 municípios (80%): Juazeiro do Norte (CE), Grajaú (MA), Itabira (MG), Uberlândia (MG), Acará (PA), Dom Eliseu (PA), Vigia (PA), Salgueiro (PE), Cacoal (RO), Matão (SP), Ubatuba (SP) e Picos (PI), verificou-se a existência de um sistema ou formulário para o envio de pedidos.

No entanto, os municípios de Valença (BA), Sto. Antônio do Descoberto (GO) e Monte Mor (SP), o levantamento da CGU apontou que não está funcionando ou está fora do ar, ou não foi localizada alternativa para envio de pedidos pelo cidadão de forma eletrônica (SIC eletrônico). Observam-se percentuais no Gráfico 2 a seguir:

Gráfico 2: Percentual SIC eletrônico dos municípios.

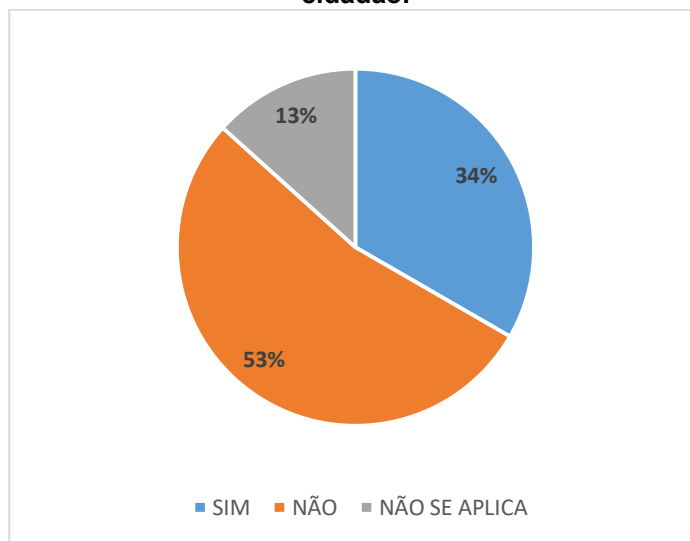
Fonte: Elaborado pela autora com base no quesito 21- EBT (2024).

Quanto às exigências que dificultam ou impossibilitam o acesso à informação, quando da realização do pedido de informação de forma eletrônica:

Em 08 (53%) municípios: Sto. Antônio do Descoberto (GO), Uberlândia (MG), Acará (PA), Dom Eliseu (PA), Salgueiro (PE), Picos (PI), Cacoal (RO) e Matão (SP), verificou-se que possuem alternativa eletrônica para realização de pedidos de forma eletrônica e ao mesmo tempo não são feitas exigências que dificultam ou impossibilitam o acesso à informação.

Para 05 (34%) municípios: Juazeiro do Norte (CE), Grajaú (MA), Itabira (MG), Vigia (PA) e Ubatuba (SP) o levantamento apontou que eles realizam exigências por ocasião dos pedidos de forma eletrônica pelo cidadão, tais como telefone e/ou celular e endereço, considerados como impeditivos para acesso à informação na pesquisa da CGU. Observa-se o Gráfico 3 a seguir:

Gráfico 3: Percentual dos municípios que exigem requisitos para acesso à informação pelo cidadão.



Fonte: Elaborado pela autora com base no quesito 22- EBT (2024)

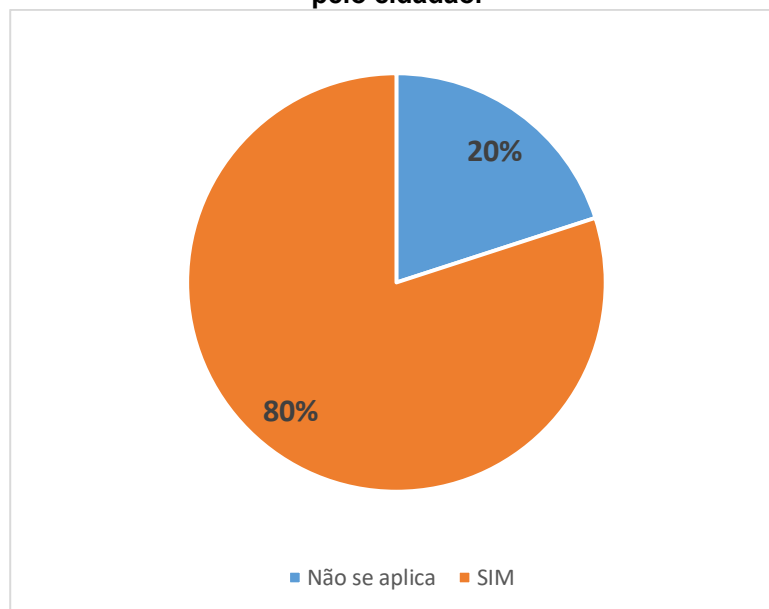
Os demais municípios (13%), não possuíam alternativas para o cidadão de envio de pedidos de forma eletrônica.

- Quanto à possibilidade de acompanhamento dos pedidos de informação pelo cidadão:

O levantamento da CGU apontou que 80% dos municípios: Juazeiro do Norte (CE), Grajaú (MA), Itabira (MG), Uberlândia (MG), Acará (PA), Dom Eliseu (PA), Vigia (PA), Salgueiro (PE), Cacoal (RO), Matão (SP), Ubatuba (SP) e Picos (PI),

possibilitam o acompanhamento eletrônico do pedido de informações pelo cidadão. Observa-se o Gráfico 4 a seguir:

Gráfico 4: Percentual dos municípios que possibilitam o acompanhamento da informação pelo cidadão.



Fonte: Elaborado pela autora com base no quesito 26- EBT (2024)

Os demais não possuem disponibilidade de SIC eletrônico.

4.2 FATORES CRÍTICOS APONTADOS NA *ACCOUNTABILITY* HORIZONTAL

Em 2015 o Tribunal de Contas da União (TCU), mediante o Acórdão 1426/2015, apresentou um levantamento da situação das Obras de Infraestrutura da Saúde, no que se refere à construção, ampliação e reforma de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

Nesse sentido, o relatório de auditoria apontou irregularidades na construção de UPAs e UBS, solicitando providências para retomada de obras paralisadas e, no caso de não haver possibilidade de retomada, que se promovesse a devolução dos recursos e identificação dos responsáveis, em atenção ao disposto na Lei 8.443/1992 (item 9.1.4).

Dessa forma, esse tópico foi segregado em 03 fases a saber: atos preparatórios, execução e prestação de contas, com vista aos principais achados, referente ao controle social, à transparência SISMOB e RAG (*accountability*),

conforme disposto no Acórdão 1426/2015 TCU-Plenário e Acórdão 2077/23 TCU – Plenário. Seguem, resumidamente, os resultados acerca da *accountability* vertical, horizontal, conforme Quadro 15 a seguir:

Quadro 15: Recomendações quanto a *accountability*, transparência e controle social.

Fase de atos preparatórios para habilitação do ente Instrumentos de gestão, monitoramento e avaliação previstos, para a Rede de Urgência e Emergência: Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências; Plano de Ação Municipal da Rede de Atenção às Urgências; Plano Diretor de Regionalização (PDR); Plano de Saúde; Relatório Anual de Gestão (RAG), (Brasil, 2022a, p. 242); Declaração do gestor, de que aplicará os recursos exclusivamente no objeto, conforme Portaria 342 de 2013, art. 14, inciso IX. Ação: Pactuação na CIB e submissão no Conselho de Saúde.
Fase de execução – Instrumento: Acórdão 1426/2015 TCU- Plenário Ação de fiscalização de obras (UPA e UBS), paralisadas, atrasadas, canceladas. Pontos críticos identificados, quanto ao SISMOB (Acórdão 1426/2015 TCU- Plenário, itens 9.1.19.3, 9.1.19.1. e 9.1.19.2): Inconsistências de informações, entre o planejado e o executado. Necessidade de atualização das informações no prazo estabelecido de 6 meses, conforme Portaria de Consolidação nº 6 de 2017. Ausência de campos para inserção de documentos comprobatórios do efetivo acompanhamento da aplicação dos recursos; Pontos críticos identificados quanto ao controle social (Acórdão 1426/2015 TCU- Plenário): Necessidade de ampliar os meios de recebimento de informações ou denúncias tempestivas, especialmente no caso de obras paralisadas ou de baixo ritmo de execução
Fase de prestação de contas – Instrumento: Acórdão 2077/23 TCU; Ação: Acompanhamento e verificação quanto ao prazo das prestações de contas das transferências legais, dos recursos do SUS e das transferências voluntárias. Pontos críticos identificados quanto ao RAG (Acórdão 2077/23 TCU - Plenário, itens 9.1.1, e 9.1.2). Cumprimento de prazos para emissão de pareceres por parte dos Conselhos de Saúde (CS), bem como apresentação dos Relatórios pelos entes ao respectivo CS e extração de dados mais precisos do RAG.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Sob os aspectos da *accountability* horizontal, observa-se uma forte atuação do Tribunal de Contas da União (TCU), correspondente à fiscalização mútua entre os Poderes (*checks and balances*), o que corrobora com a visão de Santos (2019), da contribuição dessas instituições para formação da opinião pública quanto à confiabilidade na implementação das políticas; responsabilização dos governos para enfrentamento da corrupção e trabalho conjunto na formulação de políticas (Arantes *et al.*, 2010).

A perspectiva da *accountability* vertical, observou-se a necessidade de um melhor controle no cumprimento de prazos para apreciação do teor do RAG por parte

dos conselhos, bem como do cumprimento de prazos por parte das secretarias de saúde municipais em apresentá-los para aprovação, conforme recomendação do TCU. Além de como melhor extrair os dados do RAG para melhor comprovação da execução da política (Acórdão TCU, 2077/23) (Brasil, 2020).

Percebe-se então, a necessidade de se criar mecanismos de transparência mais interativos com o cidadão e conselhos de saúde, de forma a receberem mensagem sobre o saldo das contas dos repasses dos recursos, com a finalidade de acompanhar a efetiva execução das liquidações das despesas das obras.

4.3 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE TRANSPARÊNCIA E ACCOUNTABILITY NA GOVERNANÇA EM SAÚDE DOS MUNICÍPIOS

Seguindo o modelo proposto pelo TCU, de práticas de controle estabelecidas visando avaliação, transparência e accountability da governança da saúde em nível municipal das secretarias, passe-se então a enfatizar, inicialmente as práticas de transparência e em seguida as que envolvem a prestação de contas conforme subseções a seguir.

4.3.1 Prática de governança C3.1, dar transparência às partes interessadas

Conforme prevê a Portaria de Consolidação (PRC) nº 1, de 28 de setembro de 2017, art. 95, os instrumentos de planejamento do SUS são: Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS) e os relatórios de gestão. O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o “instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS ao final do exercício e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no PS” (Brasil, 2022d, p. 2).

Quanto ao Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), esse é considerado um instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS, sendo sua obrigatoriedade disposta no art. 36 da Lei Complementar 141/2012, devendo ainda o Conselho de Saúde, após avaliação, encaminhar ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente para conhecimento das providências a serem adotadas (art. 41 da LC 141/2012) (Brasil, 2022d).

Nota-se que, o registro das informações, elaboração e documentos relativos a esses instrumentos são realizados pelos estados, municípios e Distrito Federal no

sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP). Mediante esse sistema os relatórios de gestão são direcionados para análise e manifestação dos conselhos de saúde (Brasil, 2022d).

Em 2022, o Ministério da Saúde (MS), ao divulgar Boletim Informativo da situação dos instrumentos de planejamento do SUS, mostra o bom desempenho dos estados brasileiros, uma vez que de 2018 a 2022 a maioria (24) desses entes encaminhou via sistema os Relatórios de Gestão (RAG). Em 2021 houve uma pequena redução para apenas 23 estados (Brasil, 2022d).

Observa-se ainda que, em 2022, diante de uma tendência de queda, foram realizadas ações conjunta entre o MS e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para incentivar as unidades federativas a encaminharem os seus relatórios (RAG) para apreciação do respectivo Conselho de Saúde (CS) quanto a sua situação (Aprovado + Aprovado com ressalva + Não aprovado + Em análise no CS) (Brasil, 2022d).

Outra realidade, é apresentada pelo MS em relação aos municípios em que o desempenho se mostra mais abaixo do que a realidade dos estados. Verifica-se no cenário apresentado uma média de encaminhamento do RAG para submissão ao CS, de mais de 70% dos municípios, os quais são: 2018 (74,15%), RAG 2019 (76,26%) e o RAG 2020 (73,68%). Para o ano de 2021, a proporção observada foi de 66,14%, até o momento de apuração, uma vez que a monitoramento pelo sistema DGMP ocorre mensalmente (Brasil, 2022d).

Sobre o levantamento realizado dos municípios acima de 50 mil habitantes, que tiveram de devolver os recursos de investimento em UPA 24h, no que se refere à prática do item de controle C3.1.2 ocorrer de dar transparência dos principais relatórios de acompanhamento e avaliação da saúde, por exemplo, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), Relatório Anual de Gestão (RAG), observa-se o seguinte desempenho, conforme Quadro 16 a seguir:

Quadro 16: Práticas de divulgação do RDQ e Nota transparência (EBT-2ª edição).

Estado	Mun.	Nota transparên	RDQ - 2018	RDQ - 2019	RDQ-2020	RDQ-2021	RDQA-2022
BA	Valença	3.05	Em Análise pelo CS	Em elaboração	Em elaboração	Não iniciado	Em Análise pelo CS
PA	Acará	6.42	Não iniciado	Não iniciado	Não iniciado	Avaliado	Não iniciado
PA	Vigia	5.92	Não iniciado	Não iniciado	Não iniciado	Não iniciado	Não iniciado
PI	Picos	5.45	Não iniciado	Não iniciado	Não iniciado	Não iniciado	Em elaboração

Fonte: Elaborado pela autora (2024), com base no Painel (SAGE) e EBT (2020).

Observa-se que os municípios de Valença, Acará, Vigia e Picos, 26% apresentaram um desempenho inferior em relação aos 11 demais municípios analisados nessa pesquisa. Ressalta-se um atraso no início da elaboração dos seus relatórios (RDQ), desde 2018.

Sublinha-se, ainda, a relação do RDQ com o RAG em que o art. 36 da Lei Complementar 141/2012 dispõe que cada ente da Federação deve elaborar relatório detalhado do quadrimestre anterior, devendo essa observância ser feita mediante o RAG, conforme Nota Informativa do Ministério da Saúde de 2021.

Os resultados corroboram com o desempenho inferior dos citados municípios quanto à transparência ativa e passiva, considerando o atendimento aos requisitos da Lei de Acesso à Informação (LAI) do questionário aplicado pela CGU (2020).

Quanto à divulgação do RAG, observa-se o seguinte desempenho dos municípios, conforme Quadro 17 a seguir:

Quadro 17: Prática de divulgação do RAG – 2018 a 2022.

Estado	Município	2018	2019	2020	2021	2022
BA	Valença	Em Análise pelo CS	Em Análise pelo CS	Em elaboração	Não iniciado	Em Análise pelo CS
PA	Acará	Não iniciado	Não iniciado	Não iniciado	Aprovado	Não iniciado
PA	Vigia	Em análise no CS	Em análise no CS	Aprovado com ressalvas (s/resolução)	Não iniciado	Não iniciado
PI	Picos	Não iniciado	Não iniciado	Não iniciado	Não iniciado	Em elaboração

Fonte: Elaborado pela autora (2024), com base no Painel (SAGE)

Verifica-se, em que pesem os encaminhamentos para apreciação do relatório para o CS, por Valença, referente aos anos de 2018, 2019, 2022 e por Vigia em

2018, 2019, esses ainda se encontram em análise. Os municípios de Picos e Acará não iniciaram os seus relatórios por mais de três anos consecutivos.

Os resultados apontam uma cultura incipiente de prestação de contas e transparência desses municípios; revelam a necessidade de cumprimento quanto aos prazos para elaboração pelas secretarias de saúde e encaminhamento para o respectivo conselho avaliar.

E corroboram com os achados do Acórdão 2077/23 TCU - Plenário, itens 9.1.1, e 9.1.2, da necessidade de cumprimento de prazos para emissão de pareceres por parte dos CS, bem como apresentação dos Relatórios pelos entes (secretarias de saúde) ao respectivo CS.

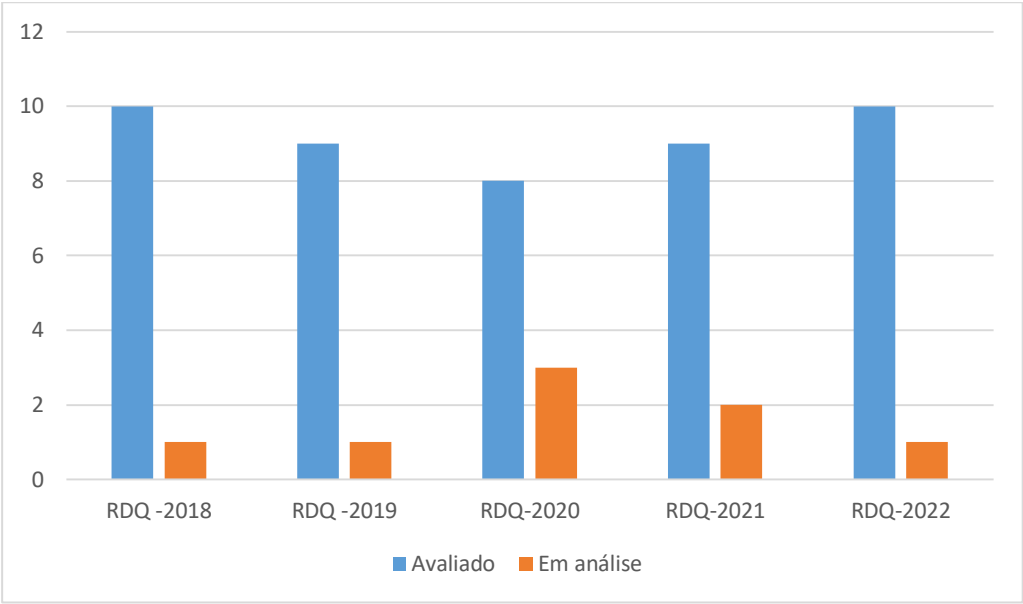
4.3.2 Prática de governança C3.2 Prestar contas da implementação e dos resultados do Plano de Saúde

Prática de governança C3.2.1 – Publicação dos relatórios anteriores no Painel SAGE do Ministério da Saúde: Relatório Anual de Gestão (RAG) e Relatórios Detalhados dos Quadrimestres (RDQ) anteriores estão publicados no Painel SAGE.

No que se refere ao relatório, RDQ dos demais 11 (73%) municípios, os resultados evidenciam que, de 2018 a 2022, a maioria das secretarias de saúde submeteram os seus 3 relatórios quadrimestrais, referentes a cada ano, ao conselho de saúde: 2018 (10), 2019 (9), 2020 (8), 2021 (9) e 2022 (11). Ao passo que a grande maioria dos relatórios também foi avaliado pelo conselho de saúde.

Por outro lado, 6 relatórios encontram-se ainda em análise pelo CS, sendo: 2018 (1), 2019 (1), 2020 (3), 2021 (2), 2022 (1), sendo que Dom Eliseu tem pendência de 2018 a 2020. Observa-se resultado no Gráfico 5 a seguir:

Gráfico 5: Situação de análise pelo CS dos RDQ de 2018 - 2022.



Fonte elaborado pela autora (2024)

Foi observado ainda, conforme Quadro 18, que o município de Matão (SP) não iniciou o RDQ de 2018, sendo que o de 2019 está com o status em elaboração pela secretaria. Para os demais 10 municípios observa-se um alto nível de transparência na divulgação dos seus relatórios quadrimestrais, bem como, avaliação pelo CS.

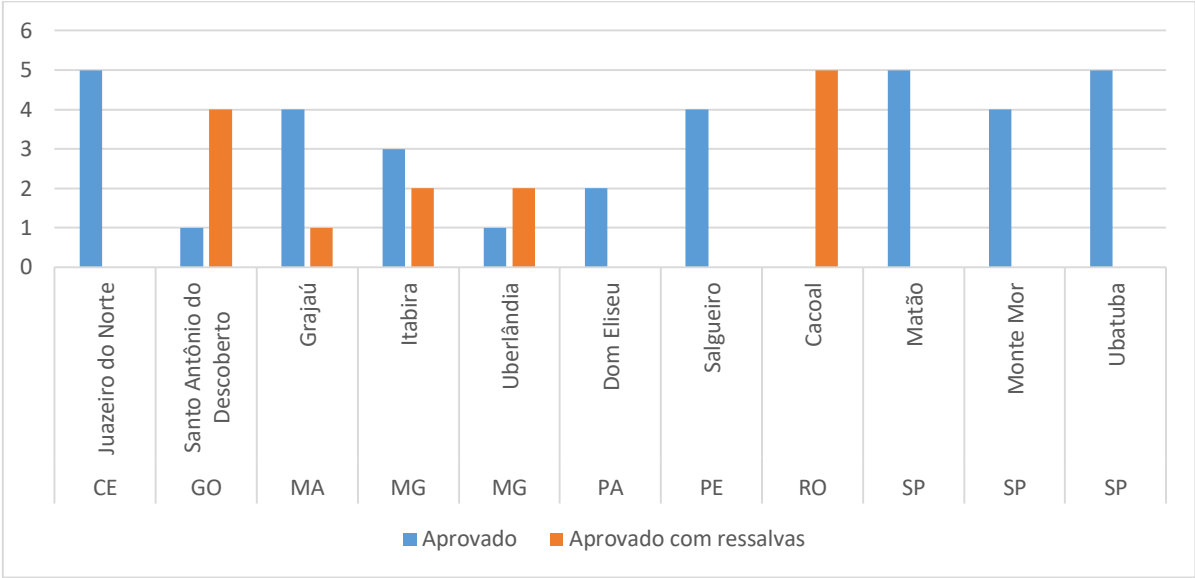
Quadro 18: Status de divulgação do instrumento RDQ – 2020 a 2022.

Estado	Município	RDQ -2018	RDQ -2019	RDQ-2020	RDQ-2021	RDQ-2022
CE	Juazeiro do Norte	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
GO	Stº Antônio do Descoberto	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
MA	Grajaú	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
MG	Itabira	Avaliado	Avaliado	Em análise CS	Avaliado	Avaliado
MG	Uberlândia	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Em análise pelo CS	Em análise CS
PA	Dom Eliseu	Em análise CS	Em análise CS	Em análise CS	Avaliado	Avaliado
PE	Salgueiro	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
RO	Cacoal	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
SP	Matão	Não iniciado	Em elaboração	Em análise CS	Em análise pelo CS	Avaliado
SP	Monte Mor	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado
SP	Ubatuba	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado	Avaliado

Fonte Elaborado pela autora (2024)

Quanto à divulgação do RAG, o levantamento apontou que a maioria dos relatórios foi aprovado, sendo em 2018 (11), 2019 (10), 2020 (10), 2021 (9), 2022 (8). Observa-se que Juazeiro do Norte (CE), Matão (SP) e Ubatuba (SP), ao longo dos anos, tiveram todos os seus relatórios aprovados. E o município de Cacoal (RO), nos últimos 5 anos, teve todos os seus relatórios aprovados com ressalva, conforme Gráfico 6 a seguir:

Gráfico 6: Status aprovação RAG por município – 2018 – 2022.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Nota-se ainda, que alguns municípios tiveram a avaliação do seu relatório pelo conselho de saúde em anos bem posteriores, conforme data da Resolução em que aprova o respectivo relatório. Observa-se no quadro 18, que os relatórios de 2018 de Sto Antônio do Descoberto (GO) e Grajaú (MA), só tiveram suas resoluções publicadas em 2022. E o relatório de 2019 de Sto Antônio do Descoberto só veio a ter sua resolução publicada em 2024, conforme o Quadro 19 a seguir:

Quadro 19: Período de aprovação dos RAG – 2018 a 2019

(continua)

Estado	Município	2018	2019
CE	Juazeiro do Norte	RESOLUÇÃO CMS Nº 10 de 07 de agosto de 2019	RESOLUÇÃO CMS Nº 34 de 11 de agosto de 2020
GO	Santo Antônio do Descoberto	RESOLUÇÃO N° 008, de 29 de março de 2022	RESOLUÇÃO N° 004, de 26 de março de 2024
MA	Grajaú	RESOLUÇÃO CMS Nº 10 de 26 de maio de 2022	RESOLUÇÃO CMS Nº 50 de 12 de dezembro de 2019
MG	Itabira	Convocação audiência pública	Convocação audiência pública

(conclusão)

Estado	Município	2018	2019
MG	Uberlândia	28/08/2018	03/03/2021
PA	Dom Eliseu	RESOLUÇÃO CMS Nº 03 de 30 de março de 2019	Em análise pelo CS
PE	Salgueiro	RESOLUÇÃO CMS Nº 002 de 25 de novembro de 2019	RESOLUÇÃO CMS Nº 014 de 11 de novembro de 2020
RO	Cacoal	RESOLUÇÃO CMS Nº 36 de 31 de julho de 2020	RESOLUÇÃO CMS Nº 37 de 31 de julho de 2020
SP	Matão	Ata - 22/03/2018	Ata -28/03/2019
SP	Monte Mor	RESOLUÇÃO CMS Nº 07 de 08 de dezembro de 2020	RESOLUÇÃO CMS Nº 06 de 07 de dezembro de 2020
SP	Ubatuba	Ata CMS - 27/12/2022	Ata CMS - 27/12/2022

Fonte: Elaborado pela autora com base no Painel SAGE (2024).

No que se refere ao período de 2020 e 2021, observa-se também que os relatórios de Sto. Antônio do Descoberto (GO) de 2020 foi aprovado em 2023, conforme Quadro 20 a seguir:

Quadro 20: Resoluções de aprovação dos RAG – 2020 a 2021

Estado	Município	2020	2021
CE	Juazeiro do Norte	Sem documento anexado no sistema	RESOLUÇÃO CMS Nº 18 de 12 de setembro de 2023
GO	Santo Antônio do Descoberto	RESOLUÇÃO Nº 4, de 28 de fevereiro de 2023	RESOLUÇÃO Nº 046, de 29 de novembro de 2022
MA	Grajaú	RESOLUÇÃO CMS Nº 55 de 26 de fevereiro de 2021	RESOLUÇÃO CMS Nº 12 de 26 de maio de 2022
MG	Itabira	RESOLUÇÃO CMS Nº 09/2021	RESOLUÇÃO CMS Nº 08 de 05 de maio de 2022
MG	Uberlândia	Parecer com ressalva – 25/10/2021	Homologado pelo gestor estadual
PA	Dom Eliseu	Em análise pelo CS	Sem documento anexado
PE	Salgueiro	RESOLUÇÃO CMS Nº 005 de 22 de outubro de 2021	RESOLUÇÃO CMS Nº 006 de 27 de julho de 2022
RO	Cacoal	RESOLUÇÃO CMS Nº 050 de 16 de dezembro de 2021	RESOLUÇÃO CMS Nº 026 de 06 de junho de 2022
SP	Matão	Sem documento anexado	Ata 30/03/2021
SP	Monte Mor	RESOLUÇÃO CMS Nº 05 de 08 de dezembro de 2021	RESOLUÇÃO CMS Nº 03 de 06 de dezembro de 2022
SP	Ubatuba	Ata CMS - 27/12/2022	Ata CMS - 27/12/2022

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do portal SAGE.

Observa-se que para o ano de 2022, a maioria das aprovações dos relatórios (RAG) ocorrem no exercício seguinte, com exceção para Monte Mor (SP) que ocorreu em 2024, conforme Quadro 21 a seguir:

Quadro 21: Resoluções de aprovação dos RAG – 2022.

Estado	Município	2022
CE	Juazeiro do Norte	RESOLUÇÃO CMS Nº 26 de 03 de outubro de 2023
GO	Santo Antônio do Descoberto	RESOLUÇÃO Nº 046, de 29 de novembro de 2022
MA	Grajaú	RESOLUÇÃO CMS Nº 01 de 12 de maio de 2023
MG	Itabira	RESOLUÇÃO CMS Nº 12 de 06 de julho de 2023
MG	Uberlândia	Sem informação ou documento anexado ao sistema
PA	Dom Eliseu	RESOLUÇÃO CMS Nº 005 de 15 de junho de 2023
PE	Salgueiro	Sem informação ou documento anexado ao sistema
RO	Cacoal	RESOLUÇÃO CMS Nº 014 de 21 de março de 2023
SP	Matão	Sem informação ou documento anexado ao sistema
SP	Monte Mor	RESOLUÇÃO CMS Nº 010 de 20 de março de 2024
SP	Ubatuba	RESOLUÇÃO CMS Nº 02 de 28 de março de 2023

Fonte Elaborado pela autora com base no painel SAGE (2024).

Conforme dispõe o §3º, do Art. 99 da PRC Nº 1/2017: “o Relatório de Gestão deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento – DGMP”.

Esse instrumento também deve ser encaminhado pelo município ao respectivo estado para conhecimento da aplicação dos recursos federais transferidos, bem como de seus resultados, em conformidade o art. 6º, §1º do Decreto nº 1.651/1995.

Ante o exposto, revelam-se prementem ações que visem incentivar os gestores a apresentarem seus resultados, de forma transparente e tempestiva, na aplicação dos recursos da saúde em cumprimento a legislação vigente.

Esse resultado corrobora com os estudos de Lotta *et al.*, 2018 sobre a importância da responsabilização e *accountability* dos implementadores das políticas, ou seja, daqueles que estão diretamente na entrega dos serviços; além de ser imprescindível considerar os efeitos do arranjo federativo brasileiro na implementação e formulação das políticas (BICHIR, 2020). Deve-se possibilitar ainda, conforme visão de Bichir 2020, arranjos institucionais formais de pactuação das estratégias essenciais para a implementação das políticas e as dimensões formais e informais que caracterizam a governança multinível (envolvimento de vários níveis hierárquicos na decisão).

4.4 MECANISMOS DA GOVERNANÇA EM SAÚDE PARA PROMOÇÃO DA TRANSPARÊNCIA E ACCOUNTABILITY EM ÂMBITO LOCAL

O diagnóstico apresentado permitiu traçar o perfil de transparência dos municípios com determinação para devolução de recursos de investimentos em UPA 24h, mediante a Portaria GM/MS nº 4.277, de 06/12/2022, além de verificar as ações de controle que vem sendo desenvolvidas sob a perspectiva da *accountability* horizontal, bem como tem sido as práticas de prestação de contas dos instrumentos de planejamento, Relatório Anual de Gestão (RAG) e Relatório Quadrimestral (RQD) dos entes sob a ótica do controle social.

Nesse sentido, passa-se a tecer os seguintes comentários, tendo em vista o propósito de responder à pergunta problema: quais as práticas de governança que mais fazem falta para que se possa evitar a devolução de recursos público da saúde?

Conforme pontuado no referencial teórico, a governança pública é o conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle, colocados em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, portanto, permitir a melhor condução das políticas públicas e dos serviços prestados à sociedade.

Frisa-se que a governança é tida como direito fundamental (Carmo, 2022). Com isso, enfatizando-se o mecanismo de controle, são apresentados componentes resultantes do agrupamento de práticas, tais como, promover a transparência e garantir a *accountability*. Além disso, são pontuados itens de controle que são elementos menores em todo o mecanismo de governança.

O estudo da prática de governança de controle no que se refere à *accountability* e transparência evidenciou que essas práticas precisam ser mais bem asseguradas e promovidas respectivamente, em que pesem os municípios terem a obrigação legal de realizarem as suas prestações de contas.

Destaca-se que as ações e serviços de saúde pública, tem o governo federal como o seu maior financiador e formulador da política nacional, tendo a parceria dos estados e municípios na aplicação tanto dos recursos próprios quanto dos repassados pela União.

Daí observou-se a importância do Estado em fornecer não só bens públicos como também promover ações de intervenção para as camadas mais pobres. Nesse sentido, ressalta-se como é essencial a microvinculação em que parcelas de recursos previstos nos orçamentos dos entes são vinculadas com destinação

específica para programas e políticas; a macrovinculação com patamares mínimos ou pisos de aplicação previsto no orçamento desses entes (Teixeira; Sá, 1996; Mendes, 2004; Vieira; Piola; Benevides, 2019).

A descentralização de ações e serviços de saúde, na sua função de redistribuir as responsabilidades entre os níveis de governo no SUS, preconiza a qualidade na oferta desses serviços, bem como visa assegurar a fiscalização por parte dos cidadãos e em especial dos conselhos de saúde como instância interna de governança.

Nesse sentido, diante da reflexão sobre o monitoramento e aplicação dos recursos transferidos na modalidade “Fundo a Fundo” (FAF), para os 15 municípios acima de 50 mil habitantes, foi constatado que 73% deles possuem, de maneira geral, um índice de transparência baixo, no que se refere a sua transparência ativa e passiva. A exceção ficou para 13% que apresentaram índice de transparência acima da média.

Em vista disso, a determinação para devolução de recursos desses municípios, chama a atenção de como a prática da transparência está sendo promovida por esses entes, uma vez que 87% deles possuem SIC físico e 80% possuem um sistema eletrônico quanto à disponibilidade de canais para instrumentalizar os seus munícipes.

No entanto, verifica-se a necessidade de realizar divulgação de seu normativo de acesso à informação (LAI), por 54% dos municípios, uma vez que não foi localizado pela pesquisa (EBT - 2ª edição). E para 87% dos municípios, não foi localizada base de dados abertos publicados em seus sítios oficiais, no que se refere a catálogo/inventário de dados abertos (EBT - 2ª edição), o que aponta para fragilidades.

E no que se refere ao acompanhamento de obras, apenas 33% (5) dos municípios, disponibilizavam informações para consulta quanto ao acompanhamento das obras; sendo que apenas 2 (40%), desses municípios, informavam a situação atual da obra, representando apenas 13% de todos os entes da pesquisa.

Quanto à divulgação no sentido de dar transparência dos principais relatórios de acompanhamento e avaliação da saúde, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG), inclusive dos anos anteriores, observou-se para o RDQA um desempenho de 85%, ao longo de 2018 a 2022, para os 11 municípios que enviaram os seus relatórios. E para o RAG, 87% apresentaram

os seus relatórios, ou seja, a maioria das secretarias de saúde submeteram o relatório para análise pelo conselho de saúde.

Nesse ponto observa-se um maior desempenho, considerando que esses relatórios estão atrelados a obrigações legais.

Para alguns dos RAG foram apresentados resultados tardios de avaliação como: em 2018, três relatórios foram aprovados em 2022, sendo Sto. Antônio do Descoberto (GO), Grajaú (MA) e Ubatuba (SP) e dois relatórios aprovados em 2022 (Monte Mor (SP) e Cacoal (RO)).

Nos relatórios de 2019, três foram aprovados em anos posteriores, os quais são: Uberlândia em 2021, Ubatuba em 2022 e Sto. Antônio do Descoberto (GO) em 2024. Já em 2020 a aprovação do RAG se deu em 2022 para Ubatuba e 2023 para Sto. Antônio do Descoberto (GO).

Para os relatórios RAG, de 2021 o de Juazeiro (CE) foi aprovado via resolução do CS em 2023. E o relatório de 2022 de Monte Mor (SP, só foi aprovado em 2024 pelo respectivo conselho de saúde. Isso corrobora com o achado do TCU no Acórdão 2077/2023 (item 9.1.1), da fragilidade no cumprimento de prazo para emissão de parecer conclusivo do RAG por parte dos conselhos.

Outro fator apontado sob a perspectiva da *accountability* horizontal foi a da inexistência de informações das unidades federativas e seus respectivos secretários, sobre o porquê de alguns não apresentarem seus resultados desde 2019, caracterizando a situação como omissão do dever de prestar contas, conforme preceitua o art.70, parágrafo único da CF, ensejando a de adoção de medidas administrativas pelo ente repassador dos recursos para elisão do dano, antes da tomada de contas especial (art.3º da IN/TCU nº71/2012).

5 PROPOSIÇÃO DE *FRAMEWORK* – *ACCOUNTABILITY* E TRANSPARÊNCIA

Ante a análise empreendida nesta pesquisa, cabe salientar a reflexão de instrumentos metodológicos para monitoramento e avaliação participativa das ações municipais, a qual revela-se essencial para averiguar a aplicação dos recursos públicos, de forma a contribuir na disponibilidade de mecanismos com vistas a implementação das políticas públicas.

Diante do desafio de realizar o acompanhamento da aplicação dos recursos, foi proposto um *Framework* que ensaia um modelo de práticas para fortalecer uma cultura municipal de *accountability* e transparência, considerando as práticas que já vem sendo adotadas nos estudos da governança e onde está disponível a informação.

5.1 ESTABELECEER UM OBSERVATÓRIO SOCIAL COMO PRÁTICA DE *ACCOUNTABILITY*

O conceito desta proposta é estabelecer um espaço para o exercício da cidadania, que deve ser democrático e apartidário e reunir o maior número possível de entidades representativas da sociedade civil com o objetivo de contribuir para a melhoria da gestão pública. Buscam a transparência e a boa aplicação dos recursos públicos. (Observatório Social do Brasil, 2024). Ex: de Observatório Social apoiado pelo programa de voluntariado da classe contábil, em estudo de caso em municípios baianos (Magalhães, 2023).

A função é que o espaço atue como pessoa jurídica, em forma de associação. Sendo que um Observatório Social do Brasil prima pelo trabalho técnico, fazendo uso de uma metodologia de monitoramento das compras públicas em nível municipal, desde a publicação do edital de licitação até o acompanhamento da entrega do produto ou serviço, de modo a agir preventivamente no controle social dos gastos públicos. Além disso, os Observatórios Sociais do Brasil atuam em outras frentes, como:

- a educação fiscal, demonstrando a importância social e econômica dos tributos e a necessidade do cidadão acompanhara aplicação dos recursos públicos gerados pelos impostos.

- a inserção da micro e pequena empresa nos processos licitatórios, contribuindo para geração de emprego e redução da informalidade, bem como aumentando a concorrência e melhorando qualidade e preço nas compras públicas.
- a construção de Indicadores da Gestão Pública, com base na execução orçamentária e nos indicadores sociais do município, fazendo o comparativo com outras cidades de mesmo porte. E a cada 4 meses realiza a prestação de contas do seu trabalho à sociedade. (OSB, 2024).³

5.2 CRIAÇÃO DE UM PLANO DE MONITORAMENTO PARTICIPATIVO

As etapas do monitoramento e avaliação no ciclo de uma iniciativa popular são as seguintes: o diagnóstico, o plano de ação, a implantação e o monitoramento de forma concomitante e a avaliação, obtendo-se aprendizagens e decisões.

Cabe ressaltar que no plano participativo as ações envolvem seis etapas: (1) reunir os atores interessados competentes para avaliar; (2) pactuar as perguntas da avaliação; (3) pactuar os meios de aferição/indicadores; (4) definir as formas de coleta; (5) as formas de análise; e (6) comunicar e dialogar com os resultados (Joppert; Silva, 2012). Observa-se as principais diretrizes a seguir:

- **Definir o objeto de monitoramento – e o que vai ser monitorado?** Exemplo: política, programa de saúde, processo de operacionalização da política, sejam atos preparatórios, execução e prestação de contas.
- **Definir o propósito do monitoramento – com que finalidade se irá monitorar?** Exemplo: informações sobre o real acompanhamento da política ou programa com necessidade de intervenção; propor soluções e alternativas que visem contribuir para a implementação e fiscalização dos recursos da saúde.
- **Definir que perguntas se quer responder – que aspectos da iniciativa precisa conhecer melhor e investigar?** Exemplo: quais informações financeiras precisam ser clarificadas: instrumentos de transferência dos recursos, saldo das movimentações das contas.

³Maiores informações: <https://osbrasil.org.br/o-que-e-um-observatorio-social-os/> .

- **Definir como coletar informações – como vai obter e coletar essas informações.** Observação: verificar as fontes e os mecanismos de transparência e prestação de contas que permitem acesso à informação atualizadas para o monitoramento do objeto definido. Ex: site da transparência, Painel de Informações do Fundo Nacional de Saúde (FNS), SISMOB Cidadão, entre outros.
- **Definir como analisar as informações – como analisar as informações coletadas.** Exemplo: mediante gráficos, planilhas, indicadores.
- **Definir para quem e como comunicar – para quem e como vamos comunicar os resultados?** Exemplo: órgãos de controle interno externo: TCU, Ministério Público, Câmara de Vereadores, Sistema Nacional de Auditoria do SUS, Ouvidoria do SUS.
- **Definir maneiras de usar as informações – que decisões serão tomadas com base no que foi descoberto.**

5.3 CARTA DE SERVIÇOS AO CIDADÃO

A Carta de Serviços ao Cidadão é uma prática exitosa em organizações públicas de vários países em que o cidadão é visto como o agente principal na melhoria dos serviços públicos oferecidos. Permite o acesso, de maneira fácil, a informações sobre quais são e como obter os serviços prestados (Iphan, 2020).

O objetivo da Carta de Serviços ao Cidadão é estimular a formação de cidadãos, tendo como direcionamento a transparência e a participação da sociedade no processo de qualificação e de legitimação dos resultados da administração pública (Iphan, 2020).

As Práticas de Governança na Saúde – Transparência – consistem em dar transparência às partes interessadas (C3.1) (Brasil, 2018):

- C3.1.1 Verificar as necessidades de publicidade de informações decorrentes de exigências normativas e jurisprudenciais, e de demandas das partes interessadas, estão descritas (por exemplo, há uma relação de tudo que deve ser publicado;

- C3.1.2 Verificar as diretrizes do chefe do poder executivo ou do secretário de saúde para abertura de dados e divulgação de informações relacionadas à saúde estão definidas, e incluem a obrigatoriedade de publicação:
 - Dos serviços que são prestados pela secretaria de saúde e seus estabelecimentos;
 - Pelos estabelecimentos de saúde, próprios, conveniados e contratualizados, em local facilmente visível pelos usuários, dos serviços que ofertam, da quantidade de serviços ofertados, da escala de médicos;
 - Das listas de espera para procedimentos de média e/ou alta complexidades;
 - Dos principais instrumentos de planejamento da secretaria (por exemplo Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde);
 - Dos principais relatórios de acompanhamento e avaliação da saúde, por exemplo, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), Relatório Anual de Gestão (RAG);
 - Do fluxo de encaminhamento e acesso aos serviços de média e alta complexidade;
 - Das listas de medicamentos padronizados;
 - Dos dados primários em formato aberto.
- C3.1.3 - O catálogo de informações às quais a secretaria de saúde se compromete a dar transparência ativa está definido e é acessível às partes interessadas.
- C3.1.4 - As informações às quais a secretaria de saúde se compromete a dar transparência ativa estão acessíveis às partes interessadas.
- C3.1.5 - As informações publicadas estão de acordo com as exigências normativas e jurisprudenciais.
- C3.1.6 - A satisfação das partes interessadas com as informações que lhe são fornecidas é avaliada e monitorada.

5.4 ACOMPANHAMENTO DOS PRINCIPAIS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DA SAÚDE:

As informações dos principais relatórios de acompanhamento e avaliação da saúde RDQA (Relatório detalhado do quadrimestre anterior) e RAG (Relatório Anual de Gestão) são:

- **RAG** – instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS), ao final do exercício e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde (PS), (Brasil, 2022d). O prazo para apresentação é até 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira para a respectiva secretaria do município encaminhar ao conselho de saúde: conforme dispõe o §3º, do Art. 99 da Portaria de Consolidação (PRC) Nº 1/2017: “o Relatório de Gestão deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do sistema DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento – DGMP.
- **RDQA** – instrumento de monitoramento e acompanhamento da execução da PAS, obrigatoriedade disposta no art.36 da Lei Complementar 141/2012. Deve ser submetido ao Conselho de Saúde (CS); e o próprio CS após avaliação, encaminha ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente para conhecimento das providências a serem adotadas (art.41 da LC 141/2012). O prazo deste relatório é quadrimestral.

Em relação às Práticas de *Accountability*, têm-se:

- **Prática C3.2 – Prestar contas da implementação e dos resultados do Plano de Saúde (TCU, 2018):**
 - C3.2.1 – Verificar publicação do Relatório anual de gestão (RAG) e relatórios detalhados dos quadrimestres anteriores (RDQAs) estão publicados (atual DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento – DGMP);
 - C3.2.2 – Verificar publicação dos pareceres do conselho de saúde sobre o Relatório Anual de Gestão (RAG) e relatórios

detalhados dos quadrimestres anteriores estão publicados no Painel de monitoramento dos instrumentos de Planejamento do SUS.

No painel da Situação dos Instrumento de Planejamento publicado pelo Ministério da Saúde na Sala de Apoio à Gestão Estratégica é possível acessar: informações apresentadas mediante gráficos, tabela e mapa, dados disponibilizados por estados (incluído o Distrito Federal) e municípios (Nota Informativa do Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único do SUS – DEMAS/MS).

Os status do instrumento RAG no painel de monitoramento podem ser: Não iniciado; Em elaboração; Retornado para ajustes; Aprovado; Não aprovado; Aprovado com ressalvas; Em análise no Conselho de Saúde.

Os status do instrumento RDQA no painel de monitoramento podem ser: Não iniciado; Em elaboração; Retornado para ajustes; Avaliado; Em análise no Conselho de Saúde.

A seguir apresenta-se a definição de cada status:

- **Aprovado ou aprovada** - *Demonstram o encaminhamento do respectivo instrumento pela gestão ao CS, que se manifestou favorável pela aprovação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão no DGMP. No caso do RDQA, o status similar é o “avaliado”.*
- **Aprovado com ressalvas** - *o CS aprovou o relatório, mas alertou para algum aspecto, que não necessariamente determinaria a devolução ao gestor para ajustes.*
- **Em análise no Conselho de Saúde (CS)** - *Indica que a gestão encaminhou o respectivo instrumento para apreciação no CS, que por sua vez ainda não se manifestou quanto à apreciação, sendo que tais informações foram registradas pela gestão no DGMP.*
- **Em elaboração** - *A gestão acessou o campo do respectivo instrumento no DGMP e já fez algum registro (uma diretriz no caos do PS), atualização de pelo menos uma meta (no caso da PAS) e PAS finalizada (no caso de RDQA e RAG), visto ser essa uma das condições para habilitação dos relatórios.*

- **Não iniciado** - *A gestão acessou o DGMP, mas ainda não estão presentes as condições acima relatadas.*
- **Retornado para ajustes** - *A gestão já encaminhou o instrumento para apreciação no CS, que na apreciação julgou necessário solicitar mais informações ao gestor.*

As Práticas C3.2.3 e C3.4 (*Accountability*) referem-se à prestação de contas (TCU, 2018):

- C3.2.3 – Verificar se o Relatório Anual de Gestão (RAG) contém:
 - As diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;
 - As metas da Programação Anual de Saúde (PAS) previstas e executadas;
 - A análise da execução orçamentária;

Cabe pontuar que no sistema DIG DigiSUS Gestor/Módulo Planejamento (DGMP), é possível verificar os documentos anexados pelo ente (relatórios, planos, resoluções dos conselhos de saúde).

- C3.2.4 - A satisfação das partes interessadas com o conteúdo e a qualidade da prestação de contas é avaliada e monitorada. Verificar a existência de Serviços de Informação ao Cidadão (SIC) físico para solicitação de pedido ente da federação para encaminhamento de solicitações, bem como verificar se permite a possibilidade de acompanhamento do status do pedido.

Referente à Classificação das manifestações recebidas pela Ouvidoria do SUS elas podem ser:

- **DENÚNCIA:** Comunicação verbal ou escrita que indica irregularidade na administração ou no atendimento por entidade pública ou privada de saúde.
- **ELOGIO:** Comunicação verbal ou escrita que demonstra satisfação ou agradecimento por serviço prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

- **INFORMAÇÃO:** Comunicação, orientação ou ensinamento relacionado à saúde.
- **RECLAMAÇÃO:** Comunicação verbal ou escrita que relata insatisfação em relação às ações e serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento.
- **SOLICITAÇÃO:** Comunicação verbal ou escrita que, embora também possa indicar insatisfação, necessariamente contém um requerimento de atendimento ou acesso às ações e serviços de saúde.
- **SUGESTÃO:** Comunicação verbal ou escrita que propõe ação considerada útil à melhoria do SUS.

Esses dados foram obtidos a partir do Guia de orientações básicas para implantação de Ouvidoria do SUS (SGEP/MS, 2013) pedidos de informação de forma presencial; e SIC eletrônico, disponível no sítio.

Ante o exposto e sem o objetivo de esgotar o tema, espera-se que essas sugestões de ações de *accountability* e transparência contribuam significativamente para o desenvolvimento de práticas no âmbito municipal, com planejamento e o monitoramento da aplicação dos recursos federais.

6 CONCLUSÃO E SUGESTÕES

A relação positiva dos princípios da *accountability*, transparência e gestão da saúde é apontada pelos estudiosos como essencial para a boa aplicação dos recursos públicos da saúde.

O resultado do objetivo geral apontou que, diante das ações de monitoramento do Ministério da Saúde (MS), que resultaram na determinação da devolução de recursos ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), as práticas do mecanismo de controle da governança pública, no que se refere à transparência e *accountability*, precisam ser mais bem promovidas e mais bem asseguradas nas prestações de contas dos 15 municípios analisados, visando a boa aplicação de recursos federais de UPA 24h.

Tendo em vista o objetivo específico 1, o levantamento realizado quanto à transparência dos municípios na perspectiva do cumprimento de dispositivos da Lei de Acesso à Informação (LAI), conforme mensuração pela Escala Brasil de Transparência (EBT), apontou ser necessário alargar as fronteiras de uma cultura da transparência pública e *accountability* para os municípios analisados.

Isso porque, 73% desses entes estão abaixo da média de transparência e apenas 33% apresentavam disponibilidade de informações para acompanhamento das obras. Sendo necessário ainda, promover melhores práticas na parte de divulgação da LAI, considerando a disponibilização de Serviços de Acesso à Informação (SIC) ao cidadão, mostrando uma cultura de transparência incipiente dos entes analisados na pesquisa.

Essa fragilidade aponta para uma perda de confiabilidade nas instituições públicas, uma vez que, conforme Santos (2019), governos transparentes contribuem para o aumento da confiança da população na Administração Pública.

Observou-se ainda, no que se refere ao objetivo específico 4, quanto à transparência pelos entes do Relatório Anual de Gestão (RAG) e Relatório Detalhado Quadrimestral (RDQ), que 73% dos 15 municípios realizam a divulgação e submissão ao Conselho de Saúde (CS) desses principais relatórios de acompanhamento e resultados do SUS, no período de 2018 a 2022. No entanto, esse desempenho mostra-se vinculado ao critério de realização desses relatórios ao repasse de recursos aos entes.

A implementação da política pública dos recursos financeiros da Urgência e Emergência, repassados aos estados e municípios, perpassam pela necessidade de

sistemas de monitoramento com dados e informações tempestivas e precisas quanto à execução das obras de Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para subsídio na tomada de decisão.

Foram identificadas fragilidades e limitações, mediante as recomendações e achados do TCU, no que concerne a dados desatualizados no mecanismo de monitoramento de obras, o SISMOB, além de dificuldades na extração de dados do principal instrumento de prestação de contas do SUS, RAG e baixa frequência de submissão desses relatórios ao controle social, em conformidade a aspectos considerados no objetivo específico 2.

Nesse sentido, observou-se uma forte atuação do TCU na fiscalização e monitoramento dessas obras (UPAs), na perspectiva da *accountability* horizontal, sendo que essas ações contribuem para o aumento da confiabilidade das instituições públicas (Santos, 2019).

Outra limitação na perspectiva do controle social, foi quanto ao acompanhamento e monitoramento das obras, considerando os mecanismos disponíveis, da necessidade de ampliar os meios de recebimento de informações ou denúncias tempestivas, especialmente no caso de obras paralisadas ou de baixo ritmo de execução. Foram identificadas ações do controle social na fase de planejamento e habilitação das propostas como as pactuações na Comissão Intergestores Bipartite e submissão aos Conselhos de Saúde. Assim pois, atingiu-se o objetivo específico 3.

Ante o exposto, revela-se premente boas práticas de governança, uma vez que a *accountability* e transparência permite a aplicação dos recursos públicos da saúde de forma a reduzir os riscos de uma não implementação em âmbito local.

Conforme visão de Pugliese (2021), a *accountability* deve trazer um sentimento que permita o gestor público exercer sua liderança com sentimento de responsabilidade e pertencimento a uma organização, típico do conceito de *ownership*, mesmo diante de dilemas vividos como durante a pandemia da Covid-19, com incertezas ou base histórica para tomar a decisão.

Os resultados apontados corroboram, ainda, com os estudos de Lotta *et al.*, (2018) sobre a importância da responsabilização e *accountability* dos implementadores das políticas, ou seja, daqueles que estão diretamente na entrega dos serviços ao cidadão.

Além de ser premente considerar os efeitos do arranjo federativo brasileiro na implementação e formulação das políticas conforme visão de Bichir (2020),

possibilitando arranjos institucionais formais de pactuação das estratégias essenciais para a implementação das políticas e as dimensões formais e informais que caracterizam a governança multinível (envolvimento de vários níveis hierárquicos na decisão).

Ademais, verificou-se também a necessidade de constar na Portaria de habilitação, do recurso financeiro, as condições da prestação de contas dos entes quanto a prazos; responsabilidades em nível municipal, estadual e federal quanto ao monitoramento da aplicação do recurso; responsabilidades do gestor recebedor do recurso e do seu sucessor, haja vista o longo processo que envolve a construção de UPAs.

Nesse sentido, diante do objetivo específico 5 de identificar possíveis diretrizes e práticas que contribuem para o monitoramento e boa aplicação dos recursos federais da saúde em âmbito municipal, sugere-se a criação de um catálogo digital e interativo de prestação de contas em que se permita tanto ao ente, quanto ao controle social, obter informações consolidadas sobre prazos, responsabilidades e práticas de *accountability* e transparência a serem adotadas em âmbito municipal, conforme sugestão no item 4.4 deste trabalho.

Espera-se, com isso, o fortalecimento do sistema de monitoramento da aplicação dos recursos, integrado com todas as instâncias de governança do SUS, com prestação de contas adequadas e monitoramento contínuo na implementação da política de saúde.

Um controle interno da saúde, fortalecido em seus sistemas de prestação de contas e transparência, a fim de agregar valor público ao cidadão.

Sugere-se para pesquisa futuras o aprofundamento do estudo das ações de denúncias encontradas nos SIC (Serviço de Informação), ouvidorias e demais canais de comunicação do cidadão, quanto as citadas obras canceladas, referente a transparência passiva. Nesse sentido, estudos relacionados à 3ª prática do mecanismo de *Accountability* e Transparência, do item de controle C3.3: em que cita-se: Garantir que sejam apurados, de ofício, indícios de irregularidades, promovendo a responsabilização em caso de comprovação estudo das práticas.

Limitações da pesquisa: não foi possível encontrar, em bases oficiais, os relatórios, RAG e RDQA, dos períodos durante e imediatamente após as habilitações das propostas, o qual seria antes de 2018, uma vez que o painel de monitoramento

dos instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde (MS) só disponibilizam dados a partir de 2018.

REFERÊNCIAS

ABHILASH, A.; SHENOY, S. S.; SHETTY, D. K. Overview of corporate governance research in India: a bibliometric analysis. **Cogent Business & Management**, [S./], v. 10, n. 1, p. 1-22, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/23311975.2023.2182361>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23311975.2023.2182361>. Acesso em: 14 jan. 2024.

ANDRADE, J. R. G.; RIBEIRO, E. M. Capacity for local government implementation of public policies: analytical model based on the theory of political management. **Administração Pública e Gestão Social**, Viçosa, MG, v. 14, n. 4, p. 1-16, 2022. DOI: <https://doi.org/10.21118/apgs.v14i4.13722>. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/68967/capacidade-de-implementacao-local-de-politicas-publicas--modelo-analitico-com-base-na-teoria-da-administracao-politica-/i/pt-br>. Acesso em: 14 mar. 2023.

ARANTES, R. B. *et al.* Controles democráticos sobre a administração pública no Brasil: Legislativo, Tribunais de Contas, Judiciário e Ministério Público. In: ABRUCIO, F. L.; LOUREIRO, M. R.; PACHECO, R. S. (org.). **Burocracia e política no Brasil: desafios para o estado democrático no século XXI**. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

BASTOS, S. Q.; GAMA, F.; MACIEL, A. B. Mídia (accountability social) e corrupção (transparência) nos municípios brasileiros. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 7, p. 1-12, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29571>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29571>. Acesso em: 20 nov. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BARDIN L. 1977. Analise de conteudo. Lisboa edicoes 70 225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BARDIN_L_1977_Analise_de_conteudo_Lisboa_edicoes_70_225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf). Acesso em: 08 jun. 2024.

BICHR, R. Para além da “fracassomania”: os estudos brasileiros sobre implementação de políticas públicas. In: MELLO, J. *et al.* (org.). **Implementação de políticas e atuação de gestores públicos: experiências recentes das políticas das desigualdades**. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10176/1/Para%20alem%20fracassomaniaCap01.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 out. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em: 08 jun. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: D.O.U., 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 08 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília, DF: CNS, 2013. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf. Acesso em: 18 jan. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão administrativa e financeira do SUS**. Ed. atual. Brasília, DF: CONASS, 2015. (Coleção Para entender a Gestão do SUS, v. 8). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-gestao-administrativa-e-financeira-no-sus-2/>. Acesso em: 08 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. 1. ed. rev. Brasília, DF: MS, 2016a. (Série articulação interfederativa ; v. 4). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 08 jun. 2024.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Resumo do relatório do grupo de trabalho TCU-CGU-MP para identificar oportunidades de melhoria na gestão das transferências discricionárias**. Brasília, DF: TCU, 2016b. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/contas-e-fiscalizacao/control-e-fiscalizacao/tomada-de-contas-especial/estudos/>. Acesso em: 08 jun. 2024.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **perfil nacional de gestão das Secretarias Municipais de Saúde**. Brasília, DF: TCU, 2017. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/perfil-nacional-de-gestao-das-secretarias-municipais-de-saude.htm>. Acesso em: 18 fev. 2023

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Guia de governança e gestão em saúde: aplicável a secretarias e conselhos de saúde**. Brasília, DF: TCU, 2018. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/guia-de-governanca-e-gestao-em-saude.htm>. Acesso em: 18 mar. 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de governança organizacional: para organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU**. 3. ed. Brasília, DF: TCU, 2020. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/tcu-publica-a-3-edicao-do-referencial-basico-de-governanca-organizacional.htm>. Acesso em: 07 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde.

Políticas e Programas da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde:

subsídios para o monitoramento e avaliação. Brasília, DF: MS, 2022a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicas_programas_saes_monitoramento.pdf. Acesso em: 18 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Monitoramento em foco:** a importância do monitoramento das políticas públicas e de conhecer o fenômeno a ser monitorado.

[Brasília, DF]: MC, 2022b. (De olho na cidadania ; v. 8, pt. 2). Disponível em:

https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/relatorio/relatorio_227.pdf.

Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Transferências Voluntárias da União.** 7. ed.

Brasília, DF: TCU, 2022c. Disponível em: [https://portal.tcu.gov.br/convenios-e-](https://portal.tcu.gov.br/convenios-e-outros-repasses.htm)

[outros-repasses.htm](https://portal.tcu.gov.br/convenios-e-outros-repasses.htm). Acesso em: 18 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação dos instrumentos de planejamento.**

Brasília, DF: MS, 2022d. (Boletim informativo ; n. 32). Disponível em:

<https://digisusgmp.saude.gov.br/informacao/noticia/boletim-informativo-n-32-dez-2022>. Acesso em: 20 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Cartilha para**

apresentação de propostas ao Ministério da Saúde 2023. Brasília, DF: MS, 2023.

Disponível em: [https://portalfns.saude.gov.br/wp-](https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2023/03/CARTILHA_2023_livro-digital.pdf)

[content/uploads/2023/03/CARTILHA_2023_livro-digital.pdf](https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2023/03/CARTILHA_2023_livro-digital.pdf). Acesso em: 18 dez. 2023.

BUSATO, I. M. S. *et al.* Estudo do perfil de governança e gestão em saúde das

administrações públicas Municipais no Estado do Paraná. **Brazilian Journal of**

Development, São José dos Pinhais, PR, v. 6, n. 7, p. 48406–48415, 2020. DOI:

<https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-474>. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/13488>. Acesso

em: 08 jun. 2024.

CALEMAN, G. *et al.* O planejamento estratégico situacional em tempos de crise. *In*:

SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org.). **Planejamento e gestão.** 1. ed. Brasília, DF:

Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 40-50. (Coleção Covid-19 ; v.

2). Disponível em:

<https://www.rets.epsiv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid-19-volume2.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2024.

CAMPOS, A. M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português?

Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 30-50, fev./abr.

1990. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/9049/8182>. Acesso em:

08 jun. 2024.

CAMPOS, T. L. C. Estrutura da propriedade e desempenho econômico: uma avaliação empírica para as empresas de capital aberto no Brasil. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 369-380, out./dez. 2006. DOI: [10.1590/S0080-21072006000400002](https://doi.org/10.1590/S0080-21072006000400002). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rausp/article/view/44412>. Acesso em: 18 jan. 2024.

CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, R. T. O. Gestão em saúde. *In*: DICIONÁRIO da Educação profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, c2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gessau.html>. Acesso em: 18 dez. 2023.

CARMO, R. C. **Direito fundamental à boa governança**: governança e gestão de risco. Brasília, DF: Instituto Rui Barbosa, c2022. Disponível em: <https://irbcontas.org.br/artigo/direito-fundamental-a-boa-governanca/>. Acesso em: 18 mar. 2024.

CAVALCANTI, S.; LOTTA, G. S.; PIRES, R. R. C. Contribuições dos estudos sobre burocracia de nível de rua. *In*: PIRES, R.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. (org.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil**: interseções analíticas. Brasília, DF: Ipea; Enap, 2018. p. 227-246. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3247/1/livro_Burocracia%20e%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas%20no%20Brasil%20-%20interse%C3%A7%C3%B5es%20anal%C3%ADticas.pdf. Acesso em: 08 jun. 2024.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. **O SUS e a efetivação do direito humano à saúde**. 3. ed. Passo Fundo: Saluz, 2021. Disponível em: <https://ceap-rs.org.br/cartilhas/>. Acesso em: 08 jun. 2024.

CYLUS, J.; PAPANICOLAS, I.; SMITH, P. C. (ed.). Health system efficiency: how to make measurement matter for policy and management. *In*: EUROPEAN Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: World Health Organization, 2016. (Health Policy Series, v. 46). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436888/>. Acesso em: 18 fev. 2023.

DERMINDO, M. P.; GUERRA, L. M.; GONDINHO, B. V. C. O conceito eficiência na gestão da saúde pública brasileira: uma revisão integrativa da literatura. **Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, v. 12, p. 1-17, jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.972>. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/972/887>. Acesso em: 08 jun. 2024.

DIAS, T.; CARIO, S. A. F. Governança pública: ensaiando uma concepção. **Contabilidade Gestão e Governança**, Brasília, DF, v. 17, n. 3, p. 89-108, set./dez. 2014. Disponível em: <https://revistacgg.org/index.php/contabil/article/view/621/pdf>. Acesso em: 08 jun. 2024.

DUARTE, A. L. F.; ZOUAIN, D. M. Resgate conceitual de Accountability: proposta de categorização a partir de estudo bibliométrico. **Revista Gestão Organizacional**, Chapecó, v. 12, n. 2, p. 102-127, maio/ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.22277/rgo.v12i2.4720>. Disponível em: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/4720>. Acesso em 18 fev. 2024.

FRASÃO, G.; RIBEIRO, K. **Atenção primária e atenção especializada**: conheça os níveis de assistência do maior Sistema público de saúde do mundo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>. Acesso em: 18 abr. 2023.

FREIRE, N. L. **Análise da contribuição do Sistema de Planejamento e Monitoramento do Ministério da Saúde (SIPLAM) para o fortalecimento do monitoramento e da gestão do Plano Plurianual e do Plano Nacional de Saúde, vigentes para o setor saúde**. 2020. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Orçamento e Políticas Públicas) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/27058>. Acesso em: 08 jun. 2024.

GALANOS, A. K.; DUTRA, V. R.; MEDEIROS, I. B. O. Epistemologia(s) na governança corporativa: existe realmente escolha? **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 1-11, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-759020240207>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/4qwJFfmWqHMvFr3j7MybvTM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 jun. 2024.

GARCIA, R. C. **Subsídio para organizar avaliações da ação governamental**. Brasília, DF: IPEA, 2001. (Texto para discussão, n. 776).

GEBRAN NETO, J. P. Desafios da gestão em tempos de covid-19: escolhas entre o ideal e o possível. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org.). **Planejamento e gestão**. 1. ed. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 314-329. (Coleção Covid-19 ; v. 2). Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid-19-volume2.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2024.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, E. C. S. Fundamentos das transferências intergovernamentais. **Direito Público**, Brasília, DF, v. 6, n. 27, maio/jun. 2009. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/1565>. Acesso em: 18 jan. 2024.

GONÇALVES, A. O. Transferência de recursos financeiros ao nível estadual para enfrentar a pandemia Covid-19. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org.). **Competências e regras**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 208-223. (Coleção Covid-19, v. 3). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-3-competencias-e-regras/>. Acesso em: 08 jun. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Código das melhores práticas de governança corporativa**. 5. ed. Curitiba, IBGC, 2015. Disponível em: <https://conhecimento.ibgc.org.br/Paginas/Publicacao.aspx?PubId=21138#:~:text=A%205%C2%B0%20edi%C3%A7%C3%A3o%20do,demais%20organiza%C3%A7%C3%B5es%20atuantes%20no%20Brasil>. Acesso em: 08 jun. 2024.

JANUZZI, P. M. Sistema de monitoramento e avaliação de programas sociais: revisitando mitos e recolocando premissas para sua maior efetividade na gestão. **Revista Brasileira de Avaliação e Monitoramento**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 4-27, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/rbma201305002>. Disponível em: <https://rbaval.org.br/article/doi/10.4322/rbma201305002>. Acesso em: 08 jun. 2024.

JENSEN, M. C; MECKLING, W. H. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. **Journal of Financial Economics**, [S. l.], v. 3, n.4, p. 305-360, Oct. 1976. DOI: [https://doi.org/10.1016/0304-405X\(76\)90026-X](https://doi.org/10.1016/0304-405X(76)90026-X). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0304405X7690026X>. Acesso em: 08 jun. 2024.

JOPPERT, M. P.; SILVA, R. R. **Guia metodológico para monitoramento e avaliação participativa de ações municipais**. Brasília, DF: CNM/Pnud, 2012. Disponível em: https://indicadores.fecam.org.br/uploads/28/arquivos/4093_CNM_PNUD_Guia_Metodologico_para_Monitoramento_e_Avaliacao_Participativa_de_Acoes_Municipais.pdf. Acesso em: 08 jun. 2024.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de investigaciones UNAD**, Colombia, v. 14, n. 2, p. 55-73, jul./dez. 2015.

KRUGER, T. R. Participação e planejamento no SUS: considerações a partir dos planos nacionais de saúde. **Revista Sociais & Humanas**, Santa Maria, RS, v. 33, n. 3, p. 118-137, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5902/2317175848279>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/48279>. Acesso em: 18 dez. 2023.

LIMA, A. A.; RIBEIRO, T. L. S. Mapeamento do surgimento da temática corrupção na área de governança corporativa: uma revisão bibliométrica da literatura. **Revista de Governança Corporativa**, São Paulo, v. 11, p. 01-16, 2024. DOI: <https://doi.org/10.21434/lberoamericanJCG.v11i00.143>. Disponível em: <https://rgc.org.br/Journals/article/view/143/99>. Acesso em: 18 mar. 2024.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes, dinâmicas. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 89-120. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2024.

LOTTA, G. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. *In*: LOTTA, G. (org.). **Teorias e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília, DF: Enap, 2019. p. 11-38. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf. Acesso em: 08 jun. 2024.

LOTTA, G. S. *et al.* Por uma agenda brasileira de estudos sobre implementação de políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 69, n. 4, p. 779-816, out./dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.21874/rsp.v69i4.2917>. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/2917>. Acesso em: 08 jun. 2024.

LOPES, L. F. P. **Aplicação dos referenciais de governança e de auditoria no Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da União**. 2022. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10438/33118>. Acesso em: 08 jun. 2024.

MALIK, A. M. Planejamento e gestão de saúde em tempos de pandemia: visão sistêmica e Cooperação para enfrentar os efeitos da pandemia. *In*: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org.). **Planejamento e gestão**. 1. ed. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 28-39. (Coleção Covid-19 ; v. 2). Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid-19-volume2.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2024.

MARRARA, T. Controle interno da administração pública: suas facetas e seus inimigos. *In*: MOTTA, F.; GABARDO, E. (coord.). **Limites do controle da administração pública no estado de direito**. Curitiba: Íthala, 2019. Disponível em: https://ibda.com.br/wp-content/uploads/2022/12/Ebook_IBDA_2018_2019_Ithala.pdf. Acesso em: 08 jun. 2024.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de gestão pública contemporânea**. São Paulo: Atlas, 2016.

MAURÍCIO, N. M. M.; RODRIGUES, T. A. N. M.; NUNES, S. G. C. *Accountability: uma revisão sistemática da produção do EnANPAD e EnAPG*. **Cereus**, Gurupi, TO, v. 11, n. 1, p. 96-116, 2019. DOI: [10.18605/2175-7275/cereus.v11n1p96-116](https://doi.org/10.18605/2175-7275/cereus.v11n1p96-116). Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2430/778>. Acesso em: 08 jun. 2024.

MENDES, M. Federalismo fiscal. In: BIDERMAN, C.; ARVATE, P. **Economia do setor público no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, 2005. p. 421-461.

O'DONNELL, Guilherme. Accountability horizontal e novas poliarquias. **Lua Nova**, São Paulo, v. 44, p. 27-54, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000200003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/jbXvTQR88QggqcdWW6vXP8j/?lang=pt>. Acesso em: 08 jun. 2023.

O'DWYER, G. *et.al.* O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 125, p. 1-12, 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000072>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/141558>. Acesso em: 08 jun. 2024.

OLIVEIRA, D. P. R. Sugestões para melhor utilização do planejamento estratégico pelas empresas. In: OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologia e práticas**. 34. ed. São Paulo: Atlas, 2022.

PIGGATO, F. Z. Qual o valor da participação social para a tomada de decisões na esfera pública em tempos de pandemia? In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org.). **Competências e regras**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 122-134. (Coleção Covid-19, v. 3). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-3-competencias-e-regras/>. Acesso em: 08 jun. 2024.

PIRES, R. R. C.; GOMIDE, A. A. Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 24, n. 58, p. 121-143, jun. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rsp/article/view/47224>. Acesso em: 18 fev. 2023.

PÓ, M. V.; ABRUCIO, F. L. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e *accountability* das agências reguladoras brasileiras: semelhanças, e diferenças. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 679-698, ago. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122006000400009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/kbfYjBY7wrTrB6CYF9PrRnK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 jun. 2024.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <https://www.feevale.br/institucional/editora-feevale/metodologia-do-trabalho-cientifico---2-edicao>. Acesso em: 08 jun. 2024.

PUGLIESE, Y. S. *Compliance e accountability* na gestão da saúde pública no contexto da pandemia da Covid-19. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org.). **Planejamento e gestão**. 1. ed. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. p. 282-294. (Coleção Covid-19 ; v. 2). Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid-19-volume2.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2024.

RAKSA, V.P. **A regionalização como instrumento de governança pública em saúde no Estado do Paraná: análise dos vazios assistenciais como subsídio à ação do estado**. 2015. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Governança Pública) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

REZENDE, M. L. Do financiamento e orçamento da saúde: breves comentários. **Cadernos Íbero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, DF, v. 6, supl. pt. 3, p. 626-633, 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1124>. Acesso em: 18 jan. 2024.

RHODES, R. A. W. The new governance: governing without government. **Political Studies**, [S. l.], v. 44, n. 4, p. 652-667, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x#tab-contributors>. Acesso em: 08 jun. 2024.

RIBCZUK, P.; NASCIMENTO, A. R. Governança, governabilidade, accountability e gestão pública: critérios de conceituação e aferição de requisitos de legitimidade. **Revista Direito Mackenzie**, São Paulo, v. 9, n. 2, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/2317-2622/direitomackenzie.v9n210112>. Disponível em: <https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/rmd/article/view/10112>. Acesso em: 08 jun. 2024.

SANTOS, C. J.; FERNANDES-SOBRINHO, M; CHAVES, M. R. O que se pode dizer sobre a efetividade da transparência passiva e do Serviço Eletrônico de Informação ao Cidadão (e-SIC) em prefeituras do Estado de Goiás? *In*: ENCONTRO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 6. **[Anais eletrônico...]**. Salvador, 6 e 7 de junho de 2019. Disponível em: <https://ebap.online/ebap/index.php/ebap/viebp/paper/viewFile/373/123>. Acesso em: 18 mar. 2023.

SANTOS, N. C. L. Mecanismos de *accountability* horizontal e confiança pública no desempenho organizacional. **Boletim Científico ESPMU**, Brasília, DF, v. 18, n. 54, p. 31-55, 2019.

SANTOS, R. C.; ORSO, L. E. Governança corporativa e sustentabilidade dos setores regulados: um panorama teórico dos conflitos de agência nas organizações privatizadas. *In*: ENGEMA: Encontro Internacional sobre Gestão Empresarial e Meio Ambiente, 18. **[Anais eletrônico...]**. 2016. Disponível em: https://engemausp.submissao.com.br/18/anais/resumo.php?cod_trabalho=264. Acesso em: 18 jan. 2024.

SANTOS, R. S.; ROVER, S. Influência da governança pública na eficiência da alocação dos recursos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p. 732-752, jul./ago. 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-761220180084>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/hqNrfWjKs9cRxh434YmKNQh>. Acesso em: 18 jan. 2024.

SILVA, S. C. Sociedade civil e poder local: participação nos conselhos municipais gestores de políticas públicas para a ampliação do debate do desenvolvimento local. *In: CIRCUITO de Debates Acadêmicos*, 1. [Anais...]. Brasília, DF: IPEA, 2011. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo22.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2023.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jPGmmcBncYzk36SvwwC3bzj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 dez. 2023.

TEIXEIRA, A. F.; GOMES, R. C. Governança pública: uma revisão conceitual. **Revista do Servidor Público**, Brasília, DF, v. 70, n. 4, p. 519-550, 2019. DOI: <https://doi.org/10.21874/rsp.v70i4.3089>. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/3089>. Acesso em: 18 jan. 2024.

TEIXEIRA, C. F.; SÁ, M. C. Planejamento & gestão em saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 80-103, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812319961101452014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4GCJXyDMTmHmxRRgKPmkFCC/?lang=pt#>. Acesso em: 08 jun. 2024.

TEIXEIRA, E. C. As dimensões da participação cidadã. **Caderno CRH**, Salvador, v. 10, n. 26, p. 179-210, 1997. DOI: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v10i26.18669>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/18669>. Acesso em: 3 out. 2022.

TEIXEIRA, V. A. **Criando valor público**: gestão estratégica no TCU. Brasília, DF: TCU, c2012. Disponível em: <https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#qsc.tab=0&qsc.q=Criando%20valor%20p%C3%BAblico&qsc.page=1>. Acesso em: 08 jun. 2024.

VIACAVA, F. *et al.* Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, abr. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cTtdkcQgZmQLhhK4j8gD3d/?lang=pt>. Acesso em: 08 jun. 2024.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil**: resultados e argumentos a seu favor. Brasília, DF: IPEA, 2019. (Texto para discussão, 2516). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9428>. Acesso em: 08 jun. 2024.

VIEIRA, J. B.; BARRETO, R. T. S. **Governança, gestão de riscos e integridade.** Brasília, DF: ENAP, 2019. Disponível em:
https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4281/1/5_Livro_Governan%C3%A7a%20Gest%C3%A3o%20de%20Riscos%20e%20Integridade.pdf. Acesso em: 08 jun. 2024.

APÊNDICE A - Porte da Unidades de Pronto Atendimento (UPA) conforme 13 portarias de habilitação.

Total de propostas habilitadas entes da federação - SMS e SES					
Qtd.	Portaria	Porte 1	Porte 2	Porte 3	TOTAL
1	nº 1.117, de 12/05/2011	1			1
2	2.419, de 08/10/2009	1			1
3	nº 2.018, de 23/08/2011	1			1
4	nº 1.884, de 19/08/2009	1			1
5	GM nº 1.580, de 01/08/2013	139	43	51	233
6	nº 2.872, de 21/09/2010	1			1
7	1.344 de 29/06/2012	86	25	16	127
8	2.736, de 09/09/2010	1			1
9	nº 1.116, de 12/05/2011	1			1
10	3.175 de 24/12/2013	15	4	1	20
11	nº 1.733, de 28/07/2011	1			1
12	1.899, de 20/08/2009	1			1
13	nº 488, de 05/03/2010	1			1
	TOTAL	250	72	68	390

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE B - Perfil transparência dos municípios, conforme Escala Brasil de Transparência (EBT) – CGU.

RANKING GERAL	LOCALIDADE	UF	NOTA	TRANSPARÊNCIA ATIVA			TRANSPARÊNCIA PASSIVA					
				ITEM 14 - OBRAS PÚBLICAS: O ente federado disponibiliza consulta para o acompanhamento de Obras Públicas? *	ITEM 17 - REGULAMENTAÇÃO DA LAI: O ente federado divulga seu normativo de acesso à informação em local de fácil acesso? *	ITEM 20 - No site do ente federado existe indicação precisa do funcionamento de um SIC físico, isto é, com a possibilidade de entrega de um pedido de informação de forma presencial? *	SUB ITEM - 20.1. Quais informações sobre o SIC físico são disponibilizadas?	ITEM - 21. Existe alternativa de envio de pedidos de acesso à informação de forma eletrônica?	ITEM - 22. Para fazer o pedido de informação de forma eletrônica são feitas exigências que dificultem ou impossibilitem o acesso à informação? *	SUB ITEM - 22.1. Indique a(s) exigência(s) encontrada(s):	ITEM - 26. É possível realizar o acompanhamento eletrônico do pedido de informação? *	SUB ITEM - 26.1. Indique o(s) recurso(s) disponibilizado(s) para o acompanhamento dos pedidos de informação:
660	Valença	BA	3.05	Não foi localizado	Não foi localizado	Sim	Endereço, telefone, horário de atendimento	Não está funcionando, está fora do ar ou não foi localizado	Não se aplica	-	Não se aplica	-
348	Juazeiro do Norte	CE	6.45	Não foi localizado	Não foi localizado	Sim	Endereço, telefone, horário de atendimento	Sim, há um sistema ou formulário para o envio de pedidos	Sim	Telefone celular	Sim	Data de registro da solicitação; Situação da solicitação
558	Stº Ant. Descoberto	GO	5.01	Sim	Não foi localizado	Sim	Endereço, telefone, horário de atendimento	Não está funcionando, está fora do ar ou não foi localizado	Não	-	Não se aplica	-
494	Grajaú	MA	5.59	Não foi localizado	Não foi localizado	Sim	Endereço, telefone, horário de atendimento	Sim, há um sistema ou formulário para o envio de pedidos	Sim	Telefone, celular	Sim	Data de registro da solicitação; Situação da solicitação
210	Itabira	MG	8.05	Não foi localizado	Sim	Sim	Endereço, telefone, horário de atendimento	Sim, há um sistema ou formulário para o envio de pedidos	Sim	Telefone	Sim	Data de registro da solicitação; Situação da solicitação
358	Uberlândia	MG	6.36	Sim	Sim	Sim	Endereço, telefone, horário de atendimento	Sim, há um sistema ou formulário para o envio de pedidos	Não	-	Sim	Data de registro da solicitação; Situação da solicitação
352	Acará	PA	6.42	Sim	Sim	Sim	Endereço, telefone, horário de atendimento	Sim, há um sistema ou formulário para o envio de pedidos	Não	-	Sim	Data de registro da solicitação; Situação da solicitação
47	Dom Eliseu	PA	9.56	Sim	Sim	Sim	Endereço, telefone, horário de atendimento	Sim, há um sistema ou formulário para o envio de pedidos	Não	-	Sim	Data de registro da solicitação; Situação da solicitação
424	Vigia	PA	5.92	Sim	Sim	Sim	Endereço e horário de atendimento	Sim, há um sistema ou formulário para o envio de pedidos	Sim	Telefone	Sim	Data de registro da solicitação; Situação da solicitação
395	Salgueiro	PE	6.05	Não foi localizado	Não foi localizado	Sim	Endereço, telefone, horário de atendimento	Sim, há um sistema ou formulário para o envio de pedidos	Não	-	Sim	Data de registro da solicitação; Situação da solicitação
514	Picos	PI	5.45	Não foi localizado	Não foi localizado	Não foi localizado	-	Sim, há um sistema ou formulário para o envio de pedidos	Não	-	Sim	Data de registro da solicitação; Situação da solicitação
58	Cacoal	RO	9.47	Não foi localizado	Sim	Sim	Endereço, telefone, horário de atendimento	Sim, há um sistema ou formulário para o envio de pedidos	Não	-	Sim	Data de registro da solicitação; Situação da solicitação
268	Matão	SP	7.28	Não foi localizado	Sim	Sim	Endereço, telefone, horário de atendimento	Sim, há um sistema ou formulário para o envio de pedidos	Não	-	Sim	Data de registro da solicitação
654	Monte Mor	SP	3.28	Não foi localizado	Não foi localizado	Não foi localizado	-	Não está funcionando, está fora do ar ou não foi localizado	Não se aplica	-	Não se aplica	-
608	Ubatuba	SP	4.31	Não foi localizado	Não foi localizado	Sim	Endereço, telefone, horário de atendimento	Sim, há um sistema ou formulário para o envio de pedidos	Sim	Tipo de endereço	Sim	Data de registro da solicitação

Fonte: Elaborado pela autora

APÊNDICE C - Perfil transparência RAG – 2018-2022.

		RAG - 2018 - 2019				
Estado	Município	2018	2019	2020	2021	2022
BA	Valença	Em análise CS	Em análise CS	Em elaboração	Não iniciado	Em análise CS
CE	Juazeiro do Norte	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 10 de 07 de agosto de 2019	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 34 de 11 de agosto de 2020	Aprovado - Falha no carregamento do documento	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 18 de 12 de setembro de 2023	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 26 de 03 de outubro de 2023
GO	Srº Antônio do Descoberto	Aprovado c/ ressalva	Aprovado c/ ressalva - RESOLUÇÃO Nº 004, de 26 de março de 2024	Aprovado c/ ressalva - RESOLUÇÃO Nº 4, de 28 de fevereiro de 2023	Aprovado com ressalvas - RESOLUÇÃO Nº 046, de 29 de novembro de 2022	Aprovado RESOLUÇÃO Nº 046, de 29 de novembro de 2022
MA	Grajaú	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 26 de maio de 2022	Aprovado com ressalvas - RESOLUÇÃO CMS Nº 50 de 12 de dezembro de 2019	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 55 de 26 de fevereiro de 2021	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 12 de 26 de maio de 2022	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 01 de 12 de maio de 2023
MG	Itabira	Homologado pelo gestor estadual - Audiência pública realizada pela prefeitura	Homologado pelo gestor estadual - Audiência pública	Aprovado com ressalvas - RESOLUÇÃO CMS Nº 09/2021	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 08 de 05 de maio de 2022	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 12 de 06 de julho de 2023
MG	Uberlândia	Aprovado com ressalvas - 28/08/2018	Aprovado com ressalvas - 03/03/2021	Aprovado com ressalvas - 28/10/2021	Homologado pelo gestor estadual	Em análise pelo CS para os outros instrumentos
PA	Acará	Não iniciado	Não iniciado	Não iniciado	Aprovado (s/doc.)	Não consta doc.
PA	Dom Eliseu	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 03 de 30 de março de 2019	Em análise no Conselho	Em análise no Conselho	Em análise no Conselho	RESOLUÇÃO CMS Nº 005 de 15 de junho de 2023
PA	Vigia	Em análise no CS	Em análise no CS	Aprovado com ressalvas (s/resolução)	Não iniciado	Não iniciado
PE	Salgueiro	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 002 de 25 de novembro de 2019	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 014 de 11 de novembro de 2020	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 005 de 22 de outubro de 2021	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 006 de 27 de julho de 2022	Em análise no Conselho
PI	Picos	Não iniciado	Não iniciado	Não iniciado	Não iniciado	Em elaboração
RO	Cacoal	Aprovado com ressalvas - RESOLUÇÃO CMS Nº 36 de 31 de julho de 2020	Aprovado com ressalvas - RESOLUÇÃO CMS Nº 37 de 31 de julho de 2020	Aprovado com ressalvas - RESOLUÇÃO CMS Nº 050 de 16 de dezembro de 2021	Aprovado com ressalvas - RESOLUÇÃO CMS Nº 026 de 06 de junho de 2022	Aprovado com ressalvas - RESOLUÇÃO CMS Nº 014 de 21 de março de 2023
SP	Matão	Aprovado - Ata - 22/03/2018	Aprovado - Ata - 28/03/2019	Aprovado - s/doc.	Aprovado - Ata 30/03/2021	Aprovado - s/doc.
SP	Monte Mor	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 07 de 08 de dezembro de 2020	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 06 de 07 de dezembro de 2020	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 05 de 08 de dezembro de 2020	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 03 de 06 de dezembro de 2022	Não aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 010 de 20 de março de 2024
SP	Ubatuba	Aprovado - Ata CMS - 27/12/2022	Aprovado - Ata CMS - 27/12/2022	Aprovado - Ata CMS - 27/12/2022	Aprovado - Ata CMS - 27/12/2022	Aprovado - RESOLUÇÃO CMS Nº 02 de 28 de março de 2023

Fonte: Elaborado pela autora.