



UnB
Universidade
de Brasília



UFPB
UNIVERSIDADE FEDERAL
DA PARAÍBA



UFRN
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE

Programa Multiinstitucional e Inter-Regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis

**PROCESSO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS E CONTROLE SOCIAL
POR MEIO DE PESQUISA PARTICIPANTE: UMA ANÁLISE DO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANÁPOLIS/GO**

RICARDO BORGES DE REZENDE

BRASÍLIA

2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB

Reitor:

Professor Doutor Ivan Marques de Toledo Camargo

Vice-Reitor:

Professor Doutora Sônia Nair Bão

Decano de Pesquisa e Pós-Graduação:

Professor Doutor Jaime Martins de Santana

Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade:

Professor Doutor Roberto de Goes Ellery Junior

Chefe do Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais:

Professor Mestre Wagner Rodrigues dos Santos

**Coordenador Geral do Programa Multi-institucional e Inter-regional de Pós Graduação
em Ciências Contábeis da UnB, UFPB e UFRN**

Professor Doutor César Augusto Tibúrcio Silva



RICARDO BORGES DE REZENDE

**PROCESSO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS E CONTROLE SOCIAL
POR MEIO DE PESQUISA PARTICIPANTE: UMA ANÁLISE DO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANÁPOLIS/GO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis do Programa Multi-institucional e Inter-Regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Universidade de Brasília, da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Linha de Pesquisa: Impactos da Contabilidade na Sociedade

Grupo de Pesquisa: Gestão de Serviços Públicos.

Orientador:
Prof. Dr. Rodrigo de Souza Gonçalves

BRASÍLIA

2013

Rezende, Ricardo Borges de

Processo de Prestação de Contas e Controle Social por meio da Pesquisa Participante: Uma análise do Conselho Municipal de Saúde do Município de Anápolis-Go / Ricardo Borges de Rezende – Brasília, DF, 2013.

152 f.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo de Souza Gonçalves

Dissertação (mestrado) – Universidade de Brasília. Faculdade de Economia, Administração e Ciências Contábeis e Atuariais – FACE. Programa Multi-institucional e Inter-Regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis (UnB/UFPB/UFRN).

1. Qualidade das Prestações de Contas. 2. Conselho Municipal de Saúde. 3. *Accountability* 4. Características Qualitativas da Informação Contábil. 5. Pesquisa-Participante I. GONÇALVES, Rodrigo de Souza. II. Universidade de Brasília. III. Universidade Federal da Paraíba. IV. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

RICARDO BORGES DE REZENDE

**PROCESSO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS E CONTROLE SOCIAL
POR MEIO DE PESQUISA PARTICIPANTE: UMA ANÁLISE DO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ANÁPOLIS/GO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Contábeis do Programa Multi-institucional e Inter-Regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Universidade de Brasília, da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Comissão Avaliadora:

Prof. Dr. Rodrigo de Souza Gonçalves

Programa Multi-institucional e Inter-regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da
UnB/UFPB/ UFRN
(Presidente da Banca)

Prof. Dr. Jorge Katsumi Niyama

Programa Multi-institucional e Inter-regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da
UnB/UFPB/ UFRN
(Membro Examinador Interno)

Prof. Dr. César Augusto Tibúrcio Silva

Programa Multi-institucional e Inter-regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da
UnB/UFPB/ UFRN
(Membro Examinador Suplente)

Brasília, 19 de julho de 2013.

*À minha avó Janete (in memoriam)
que infelizmente, não está mais conosco,
e que com certeza se orgulharia muito desse feito.*

*À minha amada esposa Elisângela,
que sempre esteve ao meu lado, dedicando o
seu amor, compreensão e carinho.*

*Às nossas filhas, Ana Júlia, Mariana e Isabel,
que sempre com belos sorrisos alegraram-me
nessa jornada, possibilitando sua conclusão.*

*E aos meus pais José e Suely que me concederam
o dom da vida e sempre me incentivaram com seu amor.*

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, não posso deixar de agradecer ao principal responsável pelo dom da Vida, pela Fé, pela Esperança, que é o Nosso Deus Pai, que a todo o momento cobriu-me de bênçãos, mostrando-se sempre maior que qualquer obstáculo, que se multiplicaram durante a minha caminhada.

Agradeço imensamente a minha amada Família, o meu Porto Seguro, as minhas mulheres que sempre me auxiliaram com o carinho de um beijo, com um lanche nas madrugadas e principalmente, com a grande paciência de suportar todo esse desafio, sem nunca desistirem! Elisângela, Ana Júlia, Mariana e Isabel saibam que vocês foram essenciais para que eu continuasse. Amo vocês demais!

Aos meus pais, José Borges de Rezende Neto e Suely de Oliveira Rezende, que com o carinho e preocupação paternal sempre estiveram comigo nas orações, passando-me a coragem de continuar na luta, pois, nunca deixaram de acreditar que seria possível. Aos meus sogros João Sebastião Ferreira e Belma Rosa Ferreira de Rezende (*in memoriam*) que me deram a minha amada e grande companheira, e que com muito afeto me apoiaram nesses estudos.

Muito obrigado aos meus padrinhos Mário Lincoln Lopes de Oliveira e Solange Maria de Oliveira, e meu primos Ana Paula Lopes de Oliveira e Mário Lincoln Lopes de Oliveira Júnior que me acolheram em sua casa durante mais de um ano de estudo, suportando, inclusive, os estudos que estendiam por toda a madrugada.

Agradeço a toda à família, minhas irmãs Karine Borges de Rezende Mesquita e Inês Borges de Rezende, que torceram pelo meu sucesso, meus tios, cunhados, sobrinhas, compadres, afilhados, que são muito importantes para nossa vida e sempre dedicaram palavras de incentivo. Ao meu orientador espiritual Pe. Thiago Henrique de Jesus Monteiro, que foi fundamental para me guiar no caminho da Fé e manter-me firme perante todos os desafios.

Ao meu orientador Prof. Dr. Rodrigo de Souza Gonçalves que foi primordial para realização desse trabalho, com suas sábias orientações, toda sua compreensão e paciência, acreditando sempre no sucesso desse estudo. Professor muito obrigado, especialmente, pelo seu caráter, respeito e amizade, que me ensinaram muito mais que conhecimentos científicos, mas, também, foi uma grande lição de vida e exemplo de mestre. E ainda, a Profa. Dra. Andréa de Oliveira Gonçalves pelas suas valiosas contribuições que muito agregaram para a conclusão dessa pesquisa, agradeço especialmente, pela generosa hospitalidade e acolhimento.

Reafirmo minha gratidão a Controladoria Geral do Estado de Goiás, especialmente, ao Dr. José Carlos Siqueira (Secretário-Chefe), Sr. André da Silva Goes (Superintendente), Sr. Danilo Molinari Silva (Gerente de Auditoria) e todos os colegas da CGE, que sempre atenderam minhas demandas, liberando-me prontamente para realizar os estudos e pesquisas. E ao Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA especialmente, a Profa. Viviane Antônio Abrahão, diretora dos Cursos Superiores em Tecnologia de Gestão Financeira, que apoiou os meus estudos e contribuíram com sua conclusão.

Ao amigo e Prof. Orlando Gomes da Silva Júnior que me socorreu substituindo em minhas ausências na graduação por ocasião do Mestrado. E ao Prof. Msc. Ricardo Wobeto que prontamente auxiliou-me nesse trabalho.

Agradeço de forma especial, ao Conselho Municipal de Saúde de Anápolis, ao Conselheiro e ex-presidente Dr. Marcelo Rodrigues Silveira, a Conselheira Eliane Candido

Castilho e ao atual presidente Francisco Jacob de Oliveira Filho, que foram grandes parceiros nessa pesquisa, contribuindo irrestritamente com toda a documentação e meios necessários para sua realização.

Aos professores do Programa Multi-institucional e Inter-Regional e Pós-Graduação em Ciências Contábeis da UnB/UFPB/UFRN, pelos quais conquistei novos conhecimentos e foram fundamentais durante o aprendizado nesse mestrado, Prof. Dr. Jorge Katsumi Niyama, Prof. Dr. Ivan Ricardo Gartner, Profa. Dra. Fátima de Souza Freire, Prof. Dr. Edilson Paulo, Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Lustosa, Prof. Dr. César Augusto Tibúrcio Silva, Prof. Dr. Adilson de Lima Tavares e Prof. Dr. Rodrigo de Souza Gonçalves.

A todos os funcionários do Programa, pela grande solicitude e auxílio durante todo o período de estudos na Universidade de Brasília, Aline Nunes Feitosa, Rodolfo Lauro Alves Santos, Rodolfo Moraes Reis e Inêz Guedes. E aos funcionários do departamento de graduação, Rosemary Borelli de Oliveira, Maria Luisa Marinho Costa, Eugênio Pacelli de Oliveira e Renato Pereira Moço de Oliveira, que também acompanharam grande parte do processo do mestrado.

Ao Prof. Msc. Wagner Rodrigues dos Santos, chefe de Departamento da graduação em Ciências Contábeis da UnB, e a Profa. Msc. Rosane Mario Pio da Silva, coordenadora da graduação, que me auxiliaram no desenvolvimento da docência da disciplina de Custos, durante os créditos do programa.

Agradeço aos amigos de programa, Msc. Eduardo Bona Safe de Matos, Msc. Lucas Oliveira Gomes Ferreira, Msc. Matheus de Mendonça Marques, Msc. Flávia Siqueira de Carvalho, e Msc. Dionísio Adárcio Ramos, que foram grandes companheiros e que desejo que continuem grandes amigos. Também, agradeço aos colegas de mestrado que dividiram as lutas do dia a dia, Msc. Vinícius Cintra Belém, Msc. Lucíola Aor Vasconcelos, Simone de Mesquita T. Chaves, Msc. Luiz Fernando Rodrigues e Vando Vieira Batista dos Santos. E aos veteranos do programa que com conselhos nos mostraram os melhores caminhos, Msc. Isabel Cristina Henrique Sales e ao Msc. Ednilto Pereira Tavares Júnior.

Aos Professores membros da Banca Examinadora desta dissertação, Prof. Dr. Jorge Katsumi Niyama, Prof. Dr. César Augusto Tibúrcio Silva e Prof. Dr. Rodrigo de Souza Gonçalves, agradeço pelas importantes contribuições e considerações sobre o trabalho.

Por fim, agradeço novamente, ao Divino Pai Eterno – Santíssima Trindade que me instruiu em sua Divina Misericórdia. E ao glorioso Exemplo e Intercessão de Nossa Senhora da Rosa Mística, São Judas Tadeu e São Josemaria Escrivá que estiveram comigo durante toda essa jornada de Fé e Oração!

*“Faça-se, cumpra-se, seja louvada e eternamente
glorificada a justíssima e amabilíssima
Vontade de Deus sobre todas as coisas.*

Assim seja - Assim seja.

(Caminho, 691)

RESUMO

O controle social na saúde é uma importante ferramenta de acompanhamento da gestão dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo exercido pelos conselhos de saúde dentre outros meios, por instrumentos de *accountability*, que buscam garantir a transparência das informações geradas pelos gestores públicos. Nesse sentido, nos termos dos arts. 36 e 37 da Lei Complementar n° 141/2012, a referida prestação de contas deverá retratar as tomadas de decisões realizadas para melhoria do SUS, em consonância com os instrumentos de planejamento. Neste contexto, o presente estudo tem por objetivo analisar o processo de prestação de contas e controle social da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Anápolis/GO, por meio de pesquisa participante. Entende-se o processo de prestação de contas como o ciclo que envolve a apresentação e elaboração do relatório de prestação de contas da SMS ao CMS, bem como leitura, análise e manifestação por parte do conselho de saúde. A pesquisa participante dividiu-se nas seguintes fases: fase exploratória, por meio de observações constatou-se as dificuldades dos conselheiros na avaliação das informações no momento da apresentação das contas; fase planejamento, no qual foi elaborado material para capacitação dos conselheiros, bem como, a análise dos relatórios de prestação de contas, através de instrumento de avaliação da qualidade da informação econômico-financeira, desenvolvido por Gonçalves *et al* (2010), os quais serviram de subsídio para o momento da capacitação; e fase de ação, na qual se promoveu um Seminário, treinando os conselheiros acerca da leitura e análise da prestação de contas. Como principais resultados da pesquisa tem-se a proposição de resolução que normatiza o processo de prestação de contas; a elaboração de manual que orienta a leitura e análise dos relatórios de prestação de contas, bem como uma mudança na visão dos conselheiros de saúde perante o processo de análise dos referidos relatórios com ênfase na qualidade e vinculação da informação ao planejamento, de modo que venha a melhorar sua tomada de decisão e exercício do controle social.

Palavras-chaves: Qualidade da Prestação de Contas. Conselho Municipal de Saúde. *Accountability*. Características Qualitativas da Informação Contábil. Pesquisa-Participante.

ABSTRACT

Social control in health is an important tool for monitoring the management of the resources of the Unified Health System (SUS) in Brazil, being exercised by boards of health among other means, as instruments of accountability, seeking to ensure transparency of information generated by public managers. Accordingly, pursuant to article 36 and 37 of Complementary Law number 141/2012, that accountability should portray decision making undertaken to improve the SUS, in line with the planning instruments. In this context, the present study aims to analyze the process of accountability and social control of the Municipal Health Service (SMS) to the Municipal Health Council (CMS) Anápolis / GO through participatory research. Process of accountability is understood as the cycle involving preparation and presentation of the report of accountability from SMS to CMS, as well as reading, analysis and demonstration by the board of health. The research participant was divided into the following phases: exploratory phase, through observations it was perceived the difficulties of directors in evaluating the information at the time of presentation of accounts; planning phase, which has been prepared material for counselors training and the analysis of accountability reports, through instrument for assessing the quality of economic and financial information, developed by Gonçalves et al (2010), which served as input for training time, and action stage, where it was promoted to a seminar, training counselors about the reading and analysis of accountability. The main results of the research is to propose a resolution that regulates the process of accountability, the elaboration of manual that guides about reading and analyzing the reports of accountability, as well as a change in the vision of health advisors before the process of analysis of these reports with emphasis on quality and linking information to the planning, so that will improve decision making and social control.

Keywords: *Quality Accountability. City Council Health. Accountability. Qualitative Characteristics of Accounting Information. Research participant.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO PÚBLICO.....	29
FIGURA 2 - INTEGRAÇÃO ENTRE OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO DO SUS.....	31
FIGURA 3 - REPRESENTAÇÃO EM QUATRO FASES DO CICLO BÁSICO DA INVESTIGAÇÃO-AÇÃO.....	50
FIGURA 4 - VISÃO DO ATUAL E DO FUTURO MODELO.....	51

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – FASES DAS TRAJETÓRIAS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.	28
QUADRO 2 - FASES E TÉCNICAS DA PESQUISA PARTICIPANTE NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.	52
QUADRO 3 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS RELATÓRIOS - INDICADORES E VARIÁVEIS.....	58
QUADRO 4 – INDICADOR DOS DADOS QUANTITATIVOS – MATERIALIDADE.	60
QUADRO 5 – INDICADOR DO GRAU DE ITEMIZAÇÃO DADOS QUANTITATIVOS – MATERIALIDADE.	60
QUADRO 6 – INDICADOR DA RELAÇÃO ENTRE A SMS E O CMS – MATERIALIDADE.	61
QUADRO 7 - INDICADOR DOS PLANOS E EXPECTATIVAS DA ADMINISTRAÇÃO – MATERIALIDADE.	61
QUADRO 8 - INDICADOR DO VALOR PREDITIVO – RELEVÂNCIA	63
QUADRO 9 - INDICADOR DO VALOR CONFIRMATIVO – RELEVÂNCIA.....	64
QUADRO 10 - INDICADOR DA OPORTUNIDADE – RELEVÂNCIA.....	64
QUADRO 11 – PRAZOS PARA ENCAMINHAMENTO DOS RELATÓRIOS PARA O CMS.....	65
QUADRO 12 - INDICADOR DO CONTEÚDO – CONFIABILIDADE.....	66
QUADRO 13 - INDICADOR DO VALOR DESCRITÍVEL E MENSURÁVEL – CONFIABILIDADE	67
QUADRO 14 - INDICADOR DA NEUTRALIDADE – CONFIABILIDADE.....	67
QUADRO 15 - INDICADOR DA PRECISÃO – CONFIABILIDADE	68
QUADRO 16 - INDICADOR DA PRUDÊNCIA – CONFIABILIDADE.....	69
QUADRO 17 – OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS EM 16/10/2012.....	75
QUADRO 18 – RESULTADOS DA DIMENSÃO MATERIALIDADE PARA OS ANOS 2010, 2011 E 2012.....	83
QUADRO 19 – RESULTADOS DA DIMENSÃO RELEVÂNCIA PARA OS ANOS 2010, 2011 E 2012.....	87
QUADRO 20 – RESULTADOS DA DIMENSÃO CONFIABILIDADE PARA OS ANOS 2010, 2011 E 2012.....	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANPCONT	Associação Nacional dos Programas de Pós-graduação em Ciências Contábeis
ASOBAT	A Statement of Basic Accounting Theory
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CF/88	Constituição Federal de 1998
CIB	Comissões intergestores bipartite
CIT	Comissões intergestores tripartite
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CS	Conselho de Saúde
IAAER	<i>International Association for Accounting Education & Research</i>
IASB	<i>International Accounting Standards Board</i>
IFAC	<i>International Federation of Accountants</i>
IPSASB	<i>International Public Sector Accounting Standards Board</i>
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
FASE/IBAM	Instituto Brasileiro de Administração Pública
FEA-RP/USP	Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
FUNED	Fundação Ezequiel Dias
LC	Lei Complementar
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
PAS	Programações Anuais de Saúde ou Plano Anual de Saúde
PDDU	Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano
PES	Planejamento Estratégico em Saúde
PlanejaSUS	Sistema de Planejamento do SUS
PMU	Pesquisa Municipal Unificada
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integral
PS	Plano de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
SFAC	<i>Statement of Financial Accounting Concepts</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UniBrasil	Grupo Educacional – Faculdades Integradas do Brasil

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	11
LISTA DE QUADROS	12
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	13
1. INTRODUÇÃO	17
1.1 Objetivos	19
1.2 Justificativa e Relevância	20
1.3 Delimitação do Estudo	21
1.4 Estrutura do Trabalho	21
2. REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 Accountability no Setor Público	23
2.1.1 <i>Accountability</i>	23
2.1.2 <i>Planejamento na Saúde</i>	26
2.1.3 <i>Controle Social</i>	32
2.1.4 <i>O Conselho de Saúde e a Prestação de Contas</i>	36
2.2 Qualidade da Informação	39
2.2.1 <i>Características qualitativas da informação contábil</i>	39
2.2.2 <i>Relevância</i>	41
2.2.3 <i>Representação Fiel</i>	42
2.2.4 <i>Compreensibilidade</i>	43
2.2.5 <i>Oportunidade</i>	43
2.2.5 <i>Comparabilidade</i>	44
2.2.6 <i>Verificabilidade</i>	45
2.2.7 <i>Materialidade e Custo-Benefício</i>	46
3. METODOLOGIA	48
3.1 Tipologia da Pesquisa	48
3.2 Pesquisa Participante	48
3.3 Elaboração da Pesquisa Participante	52
3.3.1 <i>Fase Exploratória</i>	52
3.3.2 <i>Fase da pesquisa aprofundada ou planejamento</i>	54
3.3.3 <i>Fase da ação</i>	55
3.3.4 <i>Fase da avaliação</i>	56
3.4 Instrumento de Avaliação da Qualidade dos Relatórios	57
3.4.1 <i>Dimensão: Materialidade</i>	59
3.4.1.1 <i>Indicador: Dados Quantitativos</i>	59
3.4.1.2 <i>Indicador: Grau de Itemização dos Dados Quantitativos</i>	60
3.4.1.3 <i>Indicador: Relação entre a SMS e o CMS</i>	60
3.4.1.3 <i>Indicador: Planos e expectativas relevantes da administração</i>	61
3.4.2 <i>Dimensão: Relevância</i>	62
3.4.2.1 – <i>Indicador: Valor Preditivo</i>	62
3.4.2.2 – <i>Indicador: Valor Confirmativo</i>	63
3.4.2.3 – <i>Indicador: Oportunidade</i>	64
3.4.3 <i>Dimensão: Confiabilidade</i>	65
3.4.3.1 <i>Indicador: Conteúdo</i>	65
3.4.3.2 <i>Indicador: Valor Descritível e Mensurável</i>	66
3.4.3.3 <i>Indicador: Neutralidade</i>	67
3.4.3.4 <i>Indicador: Precisão</i>	68
3.4.3.5 <i>Indicador: Prudência</i>	68

3.5 Objeto de Estudo e Critérios de Exclusão	69
3.6 Técnica de Coleta de Dados.....	70
3.7 A Análise e Interpretação dos Dados.....	70
3.8 Limitações Metodológicas do Estudo	71
4. RESULTADOS E ANÁLISES	72
4.1 Análise dos Resultados da Pesquisa Participante.....	72
4.1.1 Fase Exploratória – Diagnóstico Situacional.....	72
4.1.1.1 Histórico do Conselho Municipal de Saúde de Anápolis.....	72
4.1.1.2 Comissão de Prestação de Contas do CMS de Anápolis/Go.....	74
4.1.1.3 Observação Não Participante da Comissão de Prestação de Contas do CMS de Anápolis/Go	74
4.1.2 Fase da Pesquisa Aprofundada ou Planejamento	77
4.1.3 Fase da Ação - Treinamento.....	89
4.1.4 Fase de Avaliação.....	92
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
REFERÊNCIAS	99
ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS RELATÓRIOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS E CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO AVALIADO PELAS VARIÁVEIS – DIMENSÃO MATERIALIDADE	107
ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS RELATÓRIOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS E CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO AVALIADO PELAS VARIÁVEIS – DIMENSÃO RELEVÂNCIA	108
ANEXO C - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS RELATÓRIOS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS E CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO AVALIADO PELAS VARIÁVEIS – DIMENSÃO CONFIABILIDADE	109
ANEXO D: QUESTIONÁRIO.....	110
ANEXO E: RESOLUÇÃO/CMS N° 02/2012.....	112
ANEXO F: OFÍCIO CMS N° 090/2013.....	113
ANEXO G: E-MAIL CONSELHEIRA DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. ..	134
ANEXO H: OFÍCIO N° 22/2011-SEMUSA, DE 19 DE JANEIRO DE 2012.	135
ANEXO I: RELATÓRIO/PARECER: RELATÓRIO DE GESTÃO 2009 E 2010.	136
ANEXO J: E-MAIL DO PRESIDENTE DO CMS DE ANÁPOLIS/GO	138
APÊNDICE A: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO REUNIÃO DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS	139
APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA COLETIVA - SEMINÁRIO.....	140
APÊNDICE C: MINUTA RESOLUÇÃO/CMS – PRESTAÇÃO DE CONTAS	141
APÊNDICE D: MANUAL DE ANÁLISE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO SUS AO CMS	144

1. INTRODUÇÃO

O Controle Social no Brasil tem um histórico de lutas e empenho de seus representantes na sociedade, onde segundo Barros (1998), por diversos anos, os governos direcionaram os objetivos de suas ações aos interesses particulares de alguns grupos dominantes da sociedade, sem qualquer compromisso com a coletividade. Nesse cenário destaca-se a necessidade do controle social sobre a ação estatal na perspectiva da democratização dos processos decisórios com vistas à construção da cidadania. A área da saúde segue o mesmo contexto, demandando uma gestão pública do Sistema Único de Saúde - SUS democrática, devendo ser submetida ao controle da sociedade, estando amparada nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 – CF/88.

Autores como Carvalho (1995), Barros (1998), Raichelis (1998), Cohn (2000) e Bravo (2002), defendem que a evolução do controle social na saúde se fortaleceu após a promulgação da CF/88 e com a instituição das Conferências e Conselhos de Saúde, através da Lei nº 8.142/1990.

Bravo (2002), considera os Conselhos de Saúde - CS como inovações no que concerne a gestão das políticas sociais que estabeleceram novas bases da relação do Estado e a Sociedade, assim, apresentando uma introdução de novos agentes na construção da esfera pública democrática. Esse autor destaca também, que o controle social exercido pelos conselhos configura-se como um espaço de tensão de interesses contraditórios.

Portanto, a criação do SUS delegou aos municípios uma série de atribuições, anteriormente a cargo da União e dos Estados, que perpassa pela autonomia na elaboração da política municipal (SILVA *et al*, 2000), sendo o Conselho Municipal de Saúde – CMS, o espaço de prática da participação social no processo decisório das políticas públicas de saúde e do exercício do controle social (SOUZA e SALIBA, 2003).

Correa (2006), afirma que, a realização desse controle social exercida pelos Conselhos é limitada, pela falta de transparência das informações, pela manipulação de dados, pelo uso de artifícios contábeis no manuseio dos recursos do Fundo de Saúde e pela ingerência política na escolha dos conselheiros. Na ótica do usuário destaca-se a fragilidade política das entidades representadas, o corporativismo dos conselheiros na defesa de interesses exclusivos de seus representados pelo não acesso às informações e ainda, pelo desconhecimento sobre seu papel e sobre a realidade da saúde que participa.

Esse fato é sustentado pelo relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no período de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011, que defende a gestão do SUS sem privatização, através de um sistema único e controle social amplo. Reafirma a incompreensão de alguns gestores para com a participação da comunidade e o papel deliberativo dos conselhos traduzidos na Lei nº 8.142/90, perante a necessidade do fortalecimento dos conselhos de saúde em seu caráter deliberativo, promovendo a efetividade do controle social.

A Diretriz 2 da 14ª Conferência Nacional de Saúde – Gestão participativa e Controle Social sobre o Estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de Governo do SUS – destaca ainda, a necessidade do fortalecimento dos sistemas de informações para promoção do controle social, através da criação de mecanismos que possibilitem o monitoramento, controle e avaliação da gestão pública, corroborando assim com a importância da participação ativa dos conselhos de saúde.

Para a consecução desse controle social é importante que a qualidade da informação seja assegurada através de instrumentos de *accountability*, que no âmbito governamental apoia-se na transparência das atividades dos gestores públicos, visto que as prestações de contas são efetivos instrumentos de acompanhamento e participação da sociedade na verificação da alocação dos recursos destinados às políticas sociais, especialmente, aquelas descentralizadas para os estados e municípios.

O exercício do controle da sociedade sobre a aplicação de recursos públicos para execução dos serviços de saúde destaca-se como um importante instrumento de fiscalização, a obrigatoriedade dos gestores do SUS de cada ente da Federação de encaminhar aos órgãos fiscalizadores, nesses incluídos os CMS, os relatórios de prestação de contas, conforme previsto nos art. 36 e 37 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Ressaltando-se que essa lei complementar regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal e dispõe sobre as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, tratadas anteriormente, através das Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990.

O art. 31, da lei complementar supra, destaca ainda, a obrigatoriedade da transparência e visibilidade dos relatórios do SUS de cada ente federado e a avaliação do CMS, para garantir a consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, assegurando, portanto, a efetividade do controle social, realizada por meio dos conselheiros de saúde. Porém, pontua-se a necessidade que a informação prestada seja compreensível, relevante, confiável e tempestiva, contribuindo para a tomada de decisões no âmbito dos conselhos.

Essa informação útil aos usuários, especialmente ao CMS, demanda de melhorias no que tange a qualidade dessa informação prestada por meio dos relatórios. Segundo Silva *et al* (2007), alguns desafios são postos nesse debate para o exercício do controle social, os quais se destacam: a definição das informações relevantes (o que informar?); o mecanismo de acesso mais adequado às diferentes situações dos Conselhos de Saúde (como informar?); como tratar a informação e a opção tecnológica a ser adotada.

Silva *et al* (2007), afirmam ainda que, pensar na relação controle social e a construção de uma política de informação e comunicação em saúde significa que há necessidade de se avançar no processo de democratização que vem se imprimindo na realidade brasileira. Um dos fatores impeditivos da qualidade dos relatórios vincula-se a complexidade das prestações de contas, que segundo Bicalho (2003) impossibilita uma clara compreensão e avaliação dos mesmos, prejudicando o exercício do controle social.

A destacada complexidade situa-se na apresentação de aspectos financeiros, orçamentários e outros ligados aos recursos necessários à gestão do SUS, não suportados por um instrumento eficaz de avaliação, demandando buscar alternativas que auxiliem os conselheiros de saúde a cumprirem suas atribuições legais na avaliação das prestações de contas e consequente exercício do controle social.

Gonçalves *et al* (2010), destacam que, a prestação de contas, pode ser vista sob dois ângulos diferentes. De um lado, como valor preditivo, ou seja, subsidiando decisões acerca de eventos futuros, tais como o montante e a forma de alocação dos recursos disponíveis. De outro, como valor confirmativo, ou seja, auxiliando na avaliação de eventos ocorridos tais como o montante e a forma de recursos aplicados em determinado programa de saúde e seus resultados respectivos.

Nesse sentido, ressalta-se como questão-problema dessa pesquisa: *de que forma é realizado o processo de prestações de contas da Secretaria de Saúde ao Conselho de Saúde que possibilite o exercício do controle social?*

1.1 Objetivos

Esse estudo tem como objetivo analisar processo de prestação de contas da aplicação dos recursos do SUS, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), do município de Anápolis - Goiás, focando a capacitação técnica dos conselheiros de saúde e a qualidade das informações contábeis dos

relatórios para o exercício do controle social. Para alcançar o objetivo geral, obtém-se os seguintes objetivos específicos:

- i. Avaliar a percepção dos conselheiros de saúde quanto ao processo de prestação de contas, através da pesquisa participante;
- ii. Avaliar os relatórios de prestação de contas do SUS encaminhados pela SMS ao CMS;
- iii. Analisar o ambiente de controle apresentado na relação institucional da SMS e o CMS
- iv. Promover treinamentos/capacitações junto aos conselheiros de saúde acerca da leitura e análise dos relatórios de prestação de contas;
- v. Descrever a mudança no processo de leitura e análise das prestações de contas pelos conselheiros, no exercício de suas atribuições legais, ante o controle social da saúde.

1.2 Justificativa e Relevância

A relevância do tema dessa pesquisa sustenta-se no cenário percebido no SUS, visto por Guizardi e Pinheiro (2006) como, a saúde emerge com questão de cidadania e a participação política como condição de seu exercício, perspectiva esta assegurada no princípio constitucional de participação da comunidade. Fundamenta-se ainda, no fato de que a participação social é o canal que possibilita a sociedade civil a opinar e participar efetivamente na implantação e gestão dos serviços públicos dos quais são beneficiados.

Essa demanda pela participação social pode ser resumida na figura do controle social, um dos fatores para uma adequada aplicação dos recursos públicos e atendimento das demandas sociais.

Outros estudos também podem ser destacados, tais como Gonçalves *et al* (2011), Stralen *et al* (2006), Grissoti *et al* (2010), Araújo (2010) e Saliba *et al* (2009), pois foram realizados explorando a relevância do controle social, no SUS mas, não perseguiram a avaliação pretendida nesse estudo, sustentando assim, a importância da presente pesquisa e contribuindo com a continuidade da discussão do tema.

As conclusões do estudo foram motivadas por Saliba *et al* (2009), que destacam o pouco conhecimento dos conselheiros de saúde e a dificuldade na compreensão de

documentos, o que impossibilita o repasse de informações à sociedade e a discussão sobre os gastos e suas necessidades de aprimoramento. Nesse sentido, o presente estudo busca ainda, avaliar esse cenário, discutindo as possibilidades de acessar informações que permitam analisar a aplicação dos recursos nas demandas da saúde e o conseqüente exercício do controle social.

Por fim, contribuirá como uma reflexão a respeito do exercício dos conselhos municipais de saúde no cumprimento de suas atribuições legais e conseqüente controle social sobre a gestão do SUS. Permitirá ainda, aos conselheiros de saúde uma maior compreensão da informação recebida, nas prestações de contas, com subsídio de monitorar os gestores, na apresentação de informações, que subsidiem sua tomada de decisões, na aplicação dos recursos públicos e atendimento das demandas sociais, em face da técnica de pesquisa utilizada.

1.3 Delimitação do Estudo

Este estudo foi realizado a partir da avaliação do processo de prestação de contas dos Relatórios Anuais de Gestão encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde ao Conselho Municipal de Saúde de Anápolis, em atendimento às prerrogativas legais e execução do pleno exercício do controle social delegado.

Os relatórios analisados referem-se aos exercícios sociais de 2010 a 2012, uma vez confrontados com os instrumentos de planejamento público delimitados a área de saúde, no Plano Plurianual de 2010/2013 (Lei Complementar nº 219, de 28 de dezembro de 2009).

Por fim, utilizou-se os pareceres emitidos pelo Conselho Municipal de Saúde sobre os relatórios anuais de gestão, verificando as sugestões e/ou recomendações direcionadas a Secretaria Municipal de Saúde - SMS.

1.4 Estrutura do Trabalho

Para que se possa desenvolver a pesquisa apresentada nesta introdução, foram utilizadas quatro seções adicionais, além das referências e apêndices. A Seção 2 apresenta o referencial teórico, que visa alicerçar o desenvolvimento deste trabalho, com ênfase no *Accountability* aplicado ao setor público e a avaliação das características qualitativas dessa

informação. A Seção 3 discorre sobre a metodologia de pesquisa, que apresenta as etapas e as técnicas de pesquisa participante. A Seção 4 enfatiza os resultados e as análises para que, em seguida, na Seção 5, sejam apontadas as considerações finais deste estudo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 *Accountability* no Setor Público

2.1.1 *Accountability*

A participação popular representa uma das expressões mais significativas da cidadania, sendo exercida por diversas formas, desde o envolvimento direto no planejamento até o controle social das ações estatais. E para o exercício dessa cidadania em um governo democrático é desejável a transparência dos atos dos agentes públicos, demanda uma mudança institucional e conseqüente o amadurecimento dos instrumentos de *accountability* (OLIVEIRA, 2006).

Em uma abordagem conceitual, Hirano (2007), entende que a *accountability* consiste na relação obrigacional que determina quem recebeu um ‘múnus público’¹ deve prestar esclarecimentos de seus atos, motivando-os, e, se apurada alguma irregularidade estar sujeito à sanção.

Nesse sentido, Hirano (2007) conceitua a *accountability* como, a política que se refere a um mecanismo de controle do poder com a natureza jurídica de uma relação obrigacional, decorrente de lei, que coage os agentes públicos a explicar seus atos discricionários, tornando públicas as suas motivações, quando originados institucionalmente, sob pena de sanções legais.

Campos (1990), associa *accountability* à responsabilização pessoal do agente público pelos atos que pratica e, explicitamente, à exigente prontidão para a prestação de contas. A autora afirma que o termo passou a ser entendido com uma questão de democracia, onde quanto mais avançado o estado democrático, maior o interesse pela *accountability*.

Nessa associação entre a *accountability* e a responsabilização do agente, Keohane (2002), afirma que, a *accountability* não restringe a responsividade (*answerability*) do agente público (governante ou burocrata), mas também recai sobre a capacidade do agente fiscalizador em demandar uma justificação desse gestor por seus atos ou omissões e nos casos previstos em lei aplicar-lhe às devidas sanções.

¹ **Múnus público:** encargo ou ônus, conferido pela lei e imposto pelo Estado aos cidadãos e aos membros de certas classes profissionais, em benefício coletivo ou no interesse da pátria ou da ordem social. (MICHAELIS – Moderno Dicionário, 2009)

Ceneviva (2006) corrobora com a abordagem de Keohane (2002), ressaltando que a ideia de responsabilização em *accountability* transcende o juízo da simples prestação de contas. Portanto, para o autor o conceito não se limita à necessidade da justificação e da legitimação da discricionariedade daqueles que exercem o poder público, mas também deverá incluir a possibilidade de sanção. E nesse ponto, não se pode minorar a notória importância da atuação das organizações da sociedade civil e da imprensa na fiscalização do exercício desse poder pelos governantes e seus burocratas.

Nesse entendimento, Rocha (2011), desenha *accountability* na ótica do setor público como processos de avaliação e responsabilização permanente dos agentes públicos que permitam ao cidadão controlar o exercício do poder concedido aos seus representantes.

Porém, Rocha (2011) ressalva que, se por um lado a *accountability* é basilar para a preservação da democracia, por outro é necessária à participação dos cidadãos para que ela se realize. Nesse sentido, utilizando-se do regime democrático esse “cidadão” deveria utilizar-se de direitos e deveres sociais, sendo respectivamente, para a escolha de seus representantes e para sua participação ativa na vigilância das ações empreendidas.

Especificando o agente de participação social, Oliveira (2006) destaca que o controle público através dos conselhos de saúde pode ser circunscrito por meio da *accountability*. Pode-se explicar essa relação como parte constitutiva do espaço político em que os atores sociais podem cobrar publicamente de outros, comportamentos geradores de transparência e de adequação de seus atos às expectativas de interesse coletivo, de acordo com as normas e funções previstas.

Oliveira (2006) ressalta a existência de um processo que invoca a responsabilidade objetiva e subjetiva das instituições e dos responsáveis por seu funcionamento através da organização da sociedade e da constituição de espaços públicos democráticos. A interação democrática entre uns e outros é o que permitirá o estabelecimento de controvérsias coletivas que tenham relevância pública e promovam o exercício do controle social.

É possível observar nessa discussão, segundo Ceneviva (2006), que para o êxito desse instrumento de *accountability* a transparência e a visibilidade governamental são condições relevantes, visto que sem esses aspectos e a fidedignidade das informações públicas não há como auferir o desempenho dos programas governamentais. Enfatiza ainda, que a formulação e a implementação desse tipo de controle não podem se realizar de forma insulada pela burocracia; ao contrário, devem ser informadas e fiscalizadas pelas demandas da população e pela sinalização de prioridades e comprometimento dos governantes.

Entretanto, para Oliveira (2002), a *accountability* não se restringe a publicar os atos governamentais e prestar contas, demonstrando que a gestão pública tem uma postura proba na aplicação do erário. Mas, deverá promover uma integração entre os meios de controles para que possibilite a exibição de suas contas a qualquer momento por meio de demonstrativos capazes de ampliar a quantidade dos usuários dessa informação. Esse fato denotaria um ato de prestação de contas, não podendo, portanto, simplesmente amesquinhar o princípio constitucional da publicidade, preconizado no art. 37 da CF/88.

Outro fator relevante nessa preocupação da efetividade da *accountability* dispõe que uma combinação satisfatória da participação dos diferentes atores políticos no processo de responsabilização por resultados não significa consenso permanente entre as partes. Porém, de forma antagônica, o controle mútuo entre os agentes envolvidos é importante para o sucesso desse tipo de responsabilização.

No âmbito da distinção e conceituação de diferentes formas de *accountability*, O'Donnell (1998), segrega-o em vertical e horizontal, sendo que a *accountability* vertical refere-se às atividades de fiscalização dos cidadãos e da sociedade civil que procura estabelecer formas de controle ascendente sobre os agentes públicos. Essas atividades recebem o processo eleitoral, considerado pelo autor como a principal faceta dessa modalidade de *accountability*, instrumentos de democracia direta como plebiscitos e consultas públicas, e ações de organizações da sociedade civil e da mídia que busquem expor transgressões e delitos cometidos por agentes públicos no exercício do poder.

De forma distinta, a *accountability* horizontal, para O'Donnell (1998), realiza-se através dos meios institucionalizados de controle e fiscalização mútua, na forma de freios e contrapesos (*checks and balances*), entre os poderes, mas também por meio da atuação de outras agências governamentais que tem por finalidade específica o monitoramento e a fiscalização do poder público e de outros órgãos estatais.

Sendo assim, nesse ponto concluem Pinho e Sacramento (2009), em análise a visão bidimensional de *accountability*, proposta por O'Donnell (1998), que a dimensão vertical pressupõe uma ação entre desiguais, cidadãos *versus* representantes; e a dimensão horizontal pressupõe uma relação entre iguais, que seria o '*checks and balances*'² entre os poderes constituídos.

² *Checks and Balances*: essa doutrina tal como apresentada pelos Federalistas, propunha, em linhas gerais, que a administração política fosse dividida em três corpos governamentais distintos, de modo que cada um estaria apto a controlar-se e a controlar o outro. (Hirano, 2007)

Neste contexto, a avaliação de desempenho e *accountability* do setor público, especificamente da área da saúde, conforme Varela *et al* (2009), envolve conhecer seus objetivos, a forma de funcionamento, a sistematização das informações em planos e orçamentos, as medidas de desempenho e os parâmetros da avaliação de desempenho.

Portanto, cabe aos conselhos de saúde a utilização desse instrumento de controle, devendo discutir, decidir e indicar o que é ou não de interesse público, podendo muito bem, cumprir a função de indutores de responsabilidade governamental, fazendo com que os governos estejam à altura da confiança e das expectativas dos cidadãos, tendo em vista a agenda setorial que desenvolvem e a partir do choque e convergências dos grupos de interesse, produzindo um campo de definições do interesse público. (OLIVEIRA, 2002)

Sintetizando a discussões apresentadas nessa seção, observa-se que para a construção da cidadania e, conseqüentemente, da democracia, amparada na *accountability*, duas condições se fazem necessárias: do lado da sociedade, o surgimento de cidadãos conscientes e organizados em torno de reivindicações cuja consecução pelo poder público signifique a melhora das condições de vida de toda a coletividade; e, de parte do Estado, o provimento das informações corretas, claras e relevantes a toda a população, reforçando a legitimidade das políticas públicas e a segurança de seus atos.

2.1.2 Planejamento na Saúde

Para Mintzberg (2004), o planejamento consiste na formalização de um procedimento para a obtenção de um resultado articulado, de forma que as decisões possam estar integradas umas às outras. Nesse sentido, infere-se que há uma relação entre planejamento e decisões, na qual o planejamento constitui-se no mecanismo empregado para auxiliar a tomada de decisão, orientando a sua implementação. Destaca-se ainda, que o planejamento torna-se o instrumento primário para a *accountability* e conseqüente exercício do controle social.

Conforme Vieira (2009, p. 1566), “sem a realização do planejamento, as atividades são executadas por inércia”, ou seja, as ações e serviços da saúde são executados de forma desestruturada e reativa, ficando ainda, subordinada a percepção de cada dirigente sem uma vinculação com a política de saúde determinada pela gestão. Configura-se, nesse sentido, como uma importante ferramenta para gestão, seja ela pública ou privada, pois tem por

objetivo direcionar para as ações, estabelecendo-se como um instrumento de acompanhamento e avaliação dos recursos aplicados.

A demanda pelo planejamento na saúde é reconhecida desde a própria concepção do SUS, fruto do movimento da reforma sanitária, que requeria do Estado à assunção de maiores responsabilidades perante as necessidades da saúde e o direcionamento de suas ações no sentido de atender esses anseios.

Trevisan e Junqueira (2007) asseguram que o planejamento em saúde, desde o início da década de 1990, é discutido sobre a rege de três etapas, a normativa, a estratégica e a da estratégia vinculada ao planejamento. O planejamento normativo, influenciado pelo racionalismo da década de 1960, determina que a decisão técnica seja bem fundamentada, independente do contexto social em que era aplicada, sendo suficiente para promover o desenvolvimento da saúde pública. Na década de 1970, reconheceu-se a existência de conflitos no contexto social, gerando uma perspectiva estratégica para atender as novas características do sistema de saúde. Porém, somente na década de 1990, que no planejamento se distinguiu a importância tanto de métodos e técnicas quanto dos limites da aplicação de certas decisões em contextos sociais específicos.

Para descrever a evolução do planejamento na saúde, Paim e Teixeira (2006), analisando o debate político e a produção científica de conhecimento em Política, Planejamento e Gestão de Saúde, relataram a trajetória das políticas e pesquisas que determinaram o planejamento de saúde no Brasil, em seis fases, conforme Quadro 1.

Nessa evolução temática verifica-se uma preocupação recorrente com a expansão da economia da saúde, sustentado no financiamento e alocação de recursos do SUS, observado na reforma sanitária. Esse panorama reforça a necessidade do desenvolvimento da figura do planejamento estratégico em saúde.

Neste contexto, Rivera e Artmann (1999), destacam que o planejamento estratégico em saúde (PES) trouxe à tona a iminência do diálogo, visto que falar em planejamento comunicativo corresponde a uma compreensão do planejamento estratégico matusiano³ como a possibilidade de uma problematização coletiva, capaz de articular sujeitos sociais, como a possibilidade de incorporação de um raciocínio sobre a governabilidade de situações de compartilhamento e dispersão do poder que enfatiza a negociação política.

³ Carlos Matus na década de 1990, além de intensa atividade docente voltada para a capacitação de altos escalões de funcionários públicos, assessorou vários governos latino-americanos, difundindo a metodologia do planejamento estratégico situacional –PES (FORTIS, 2010).

Primeira Fase (1974-1979)	<p>Caracterizava-se pela investigação sobre determinantes econômicos, políticos e sociais da conformação de sistemas de saúde e formulação de alternativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temas abordados: Estado e política de saúde; Sistema Nacional de Saúde; previdência; diagnóstico das condições sociais e de saúde; programas de saúde.
Segunda Fase (1980-1986)	<p>Envolvia a disseminação de propostas de reforma e aglutinação sociopolítica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temas abordados: extensão de cobertura, história da psiquiatria, prática médica, modelo assistencial – atenção primária da saúde, princípios da reforma, movimentos sociais, planejamento estratégico, diagnóstico dos serviços e programas específicos (criança, mulher e outros).
Terceira Fase (1987-1990)	<p>Caracterizava-se pelo ordenamento jurídico-legal dos princípios e diretrizes do projeto de reforma.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temas abordados: cidadania, padrões epidemiológicos e desigualdades, financiamento, acesso e demanda aos serviços, descentralização, entre outros.
Quarta Fase (1991-1998)	<p>Buscava a definição do papel de cada esfera de governo e a elaboração de instrumentos para esse relacionamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temas abordados: reforma do Estado e ajuste, municipalização, Programa Saúde da Família (PSF), relação público-privado, promoção da saúde, distritalização/sistemas locais de saúde, seguridade social, controle social, modelos assistenciais e outros.
Quinta Fase (1999-2000)	<p>Voltava-se para a regulamentação do financiamento e para a organização dos modelos de gestão e de atenção da rede regionalizada de serviços.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temas abordados: reforma do Estado/ajuste, financiamento, controle social, modelos assistenciais e relação público-privado, economia da saúde, saúde e meio ambiente, sistemas de informação, gestão de recursos humanos, tecnologia em saúde, processo de trabalho e outros.
Sexta Fase (2001-2005)	<p>Busca de estabilidade do financiamento (esforço para o cumprimento da emenda Constituição 29) e o desenvolvimento da atenção básica, com a expansão do PSF.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temas abordados: Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Sanitária se mantiveram, com destaque para recursos humanos, controle social, informações de saúde, descentralização, integralidade e equidade. Destacou-se também a expansão da economia da saúde com a realização de estudos sobre a chamada “saúde suplementar”, financiamento, alocação de recursos e relação público-privado.

Quadro 1 – Fases das trajetórias das políticas de saúde no Brasil.

Fonte: Adaptado Paim e Teixeira (2006, p. 75)

Diante dessa evolução e contexto das demandas da saúde, Trevisan e Junqueira (2007 p. 991), analisam que “o mix do planejamento em saúde com as possibilidades políticas e com os limites da vontade da população-alvo, aceitando as diferenças na visão de mundo de cada um dos atores envolvidos, constitui processo de planejamento participativo”. Mas, reconhecem que o planejamento participativo será um salto de qualidade no processo de

planejamento institucional do SUS, ainda não alcançado. E que esse salto de qualidade no planejamento do sistema poderá ser alcançado por meio do pacto de gestão⁴.

Como suporte para a evolução do planejamento na área de saúde Vieira (2009), observa que, a Constituição Federal de 1988 (CF/88), criou condições legais para o mesmo, determinando os instrumentos básicos do planejamento público, uma vez que todos os órgãos da estrutura administrativa do Estado estariam submetidos, no intuito de programar os recursos necessários à execução das atividades de cada setor, devendo promover ainda, o pleno equilíbrio desses gastos, sendo em despesas correntes ou investimentos, com a arrecadação em cada ente federado.

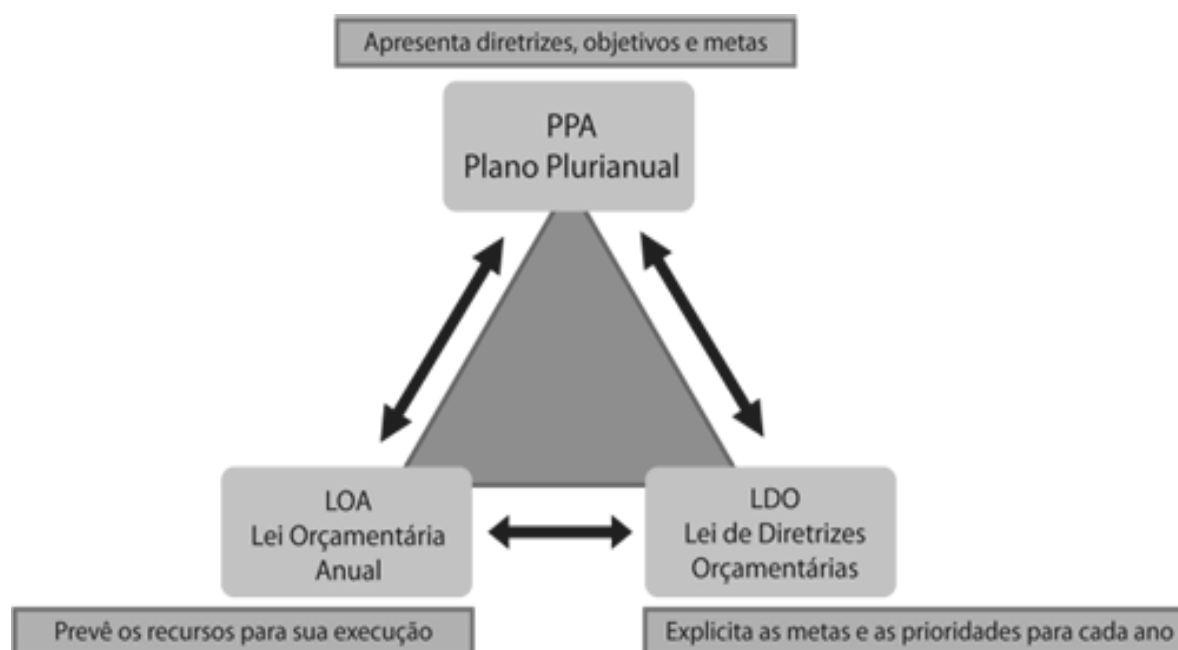


Figura 1 - Instrumentos de Planejamento Público.
Fonte: Adaptado de Vieira (2009).

Os instrumentos de planejamento públicos estabelecidos no art. 165 da CF/88, são o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), que deverão ser executados de forma integrada, conforme demonstrado na Figura 1, a fim de atender os objetivos e metas da administração pública, incluindo a saúde, através do financiamento e gestão do SUS. Nesse sentido, cabe aos órgãos de saúde (ministério ou secretarias estaduais / municipais de saúde), realizar o planejamento de seus

4 Pacto de Gestão: é um pacto que propõe a fixação de metas e mudanças no modelo de atenção à saúde, por meio da organização do SUS em redes de atenção à saúde, que se articula em diferentes espaços territoriais, de forma a garantir o acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Essas redes de atenção à saúde, coerentes com os princípios do SUS, deverão adequar-se à realidade de cada região do país e integrar as ações da promoção da saúde, da atenção básica à saúde, da atenção especializada ambulatorial e hospitalar, da vigilância em saúde e da gestão do trabalho e educação na saúde. (BRASIL, 2005)

gastos, fixando suas despesas de custeio e de capital necessárias para o atendimento das demandas sociais dessa função pública.

Comprova assim que, a relevância de realizar um planejamento criterioso, utilizando-se de instrumentos que captem todos os objetivos e metas estabelecidas no levantamento das necessidades de cada setor da saúde, orientando a alocação dos recursos públicos dedicados, especialmente, ao SUS. Até a publicação da Lei nº 8.080/1990, os instrumentos disponíveis aos gestores de saúde restringiam-se aos oficiais de formulação do orçamento geral, PPA, LDO e LOA, que não permitiam a interiorização da lógica do planejamento ao setor de saúde.

Atendendo ao anseio de promover a ideia do planejamento de forma interiorizada no setor de saúde, Vieira (2009), comenta “à lei supra dispôs sobre essa lógica de ascendência no planejamento e orçamento no SUS, estabelecendo a elaboração dos planos de saúde para todos os entes federados, devendo ser utilizados para a formulação das programações de saúde e suas respectivas destinações de recursos nas propostas orçamentárias”. No entanto, permite ressaltar que esses planos de saúde devem ser submetidos à aprovação de seus respectivos Conselhos de Saúde.

Neste sentido, Paim (2006) explica que, para consecução do planejamento da saúde, além das normas do SUS, têm de atentar para a Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO), Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU), Programação Pactuada Integrada (PPI) e resoluções dos conselhos de saúde e das comissões intergestores tripartite (CIT) e bipartite (CIB). Portanto, ao tentar realizar um planejamento, considerando os problemas identificados, depara-se com a existência de um conjunto de pactos, agendas, políticas, programações e programas especiais, definidos pelo Ministério da Saúde e acordados com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Comasems), mas nem sempre compatíveis com a realidade local.

Nessa evolução do planejamento dedicado à saúde é necessário ressaltar a intervenção do Ministério de Saúde, que a partir de 1992, através de um grupo técnico elaborou uma proposta para esse processo de abrangência nacional, sugerindo a criação do Sistema Nacional de Planejamento. Esse sistema prevê a rearticulação e coordenação das atividades de planejamento em todos os níveis e ainda, a estruturação de práticas de avaliação, controle e acompanhamento. (VIEIRA, 2009)

No aprimoramento dessas ferramentas de gestão do SUS, no Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2004-2007, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS),

evidenciou a necessidade de criar um sistema de planejamento do SUS, abrangendo as três esferas de governo. Após diversos debates, promovidos pelo Ministério da Saúde em 2005/2006, foi criado o Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS, por meio da Portaria GM nº 3.322/2006, que deve ser entendido como uma estratégia relevante para a efetivação do SUS. (BRASIL, 2009)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), evidencia que o PlanejaSUS tem como bases de seu funcionamento a formulação e revisão periódica dos instrumentos de planejamento do SUS, que está estruturado no Plano de Saúde (PS), nas Programações Anuais de Saúde (PAS) e nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG). Esses instrumentos de planejamento da saúde integram-se aos instrumentos de planejamento público, permitindo sua plena implementação e avaliação, conforme demonstrado na Figura 2.

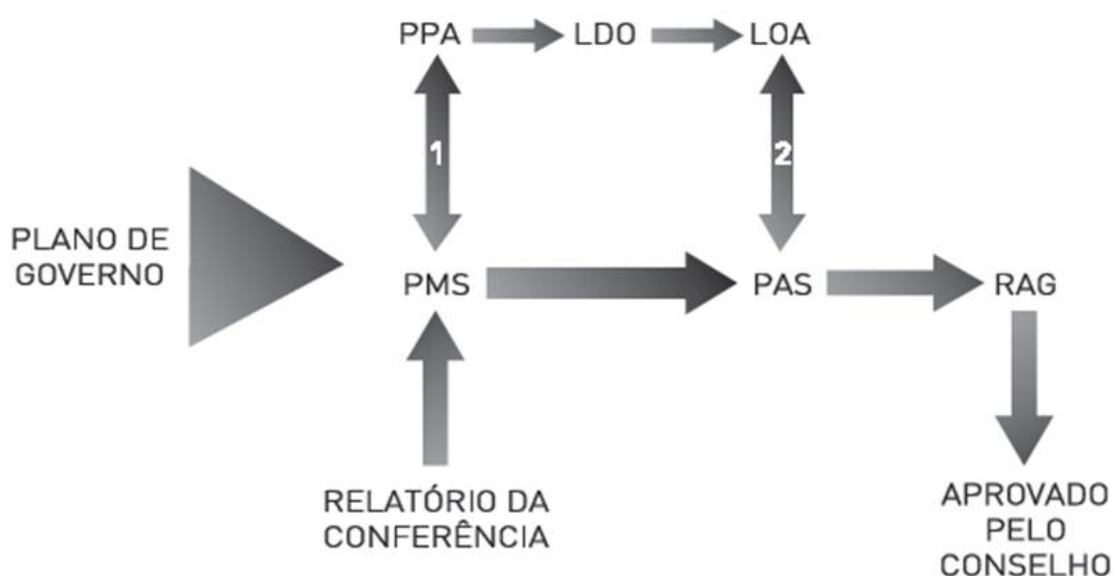


Figura 2 - Integração entre os instrumentos de planejamento do SUS.
Fonte: CONASEMS (2009)

Deste modo, ressaltar que essa integração entre os instrumentos de planejamento do SUS, conforme Figura 2, descreve ainda, o processo de prestação de contas da aplicação dos recursos da saúde como o ciclo que envolve a apresentação e elaboração do RAG da SMS ao CMS, bem como leitura, análise e manifestação por parte do conselho. Verifica-se assim, um alinhamento desse processo com a apresentação das demandas sociais no Relatório da Conferência até sua comprovação de realização na prestação de contas submetida e analisada pelo conselho de saúde.

Nesse sentido, a integração proposta entre os instrumentos de planejamento da saúde concebe inicialmente através da discussão das estratégias da Saúde nas

Conferências de Saúde, que ocorrem nas três esferas de governo, no relatório da conferência referenciará o Plano Municipal de Saúde (PMS). O PMS traçará os objetivos, diretrizes e metas estratégicas para a saúde nos próximos quatro anos, a partir da análise situacional da conferência, que por sua vez influenciará diretamente o PPA em seus planos para a saúde. Anualmente, o PMS descrito dentro do PPA, será realizado através da Programação Anual de Saúde (PAS), também conhecida, como Plano Anual de Saúde. Esse plano anual explicitará as operações e metas a serem cumpridas e expressas na LOA, que se integra ao PPA, através das diretrizes dispostas na LDO.

Ressalta-se que as modificações no PMS deverão ser autorizadas pelo Conselho Municipal de Saúde. E ainda, ao final do ano, esse CMS realizará uma avaliação das metas e o desempenho físico e financeiro do PAS, através do Relatório Anual de Gestão (RAG). Nessa prerrogativa da avaliação do RAG, conforme apresentado na Figura 2, observa-se a expectativa de ‘Aprovação’, porém, essa avaliação poderá ser diversa, cabendo ao CMS apontar as inconformidades na aplicação dos recursos do SUS, sujeitando sua avaliação pela ‘Aprovação com Ressalvas’ ou ‘Reprovação’ do relatório. O ente público responsável pela gestão do SUS deverá apresentar justificativa pertinente ou um plano de correções, a fim de alcançar a regularidade de seus relatórios.

Nesse fluxo de planejamento da saúde, que o Plano de Saúde, assume um papel relevante para a consolidação do SUS, superando completamente sua constituição por uma mera exigência formal. Representa ainda, um meio importante de se efetivar a gestão do SUS em cada esfera de governo, portanto, demandando que em sua construção podem ser percebidas as diversas realidades sanitárias e de gestão do SUS.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), na edição de sua série de cadernos de planejamento, que orienta os gestores sobre os PlanejaSUS, ressalta que o Plano de Saúde com suas respectivas Programações Anuais e Relatórios Anuais de Gestão devem ser claros e precisos, de modo a facilitar a compreensão dos gestores, técnicos da saúde e, principalmente, da sociedade, que em sua concepção são devidamente representados de forma efetiva pelos Conselhos de Saúde. Destaca por fim, que o PlanejaSUS exerce um papel fundamental ofertando modelos básicos desses instrumentos, que conforme relatado anteriormente, serão acrescidos e adaptados às realidades de cada região.

2.1.3 Controle Social

Inicialmente para contextualizar o controle social faz-se necessário uma breve análise da essência da palavra ‘controle’, que etimologicamente significa:

[...]Ato de dirigir qualquer serviço, fiscalizando-o e orientando-o do modo mais conveniente [...]Fiscalização e domínio de alguém ou alguma coisa [...]Fiscalização das finanças [...] Social, Sociol.: processo pelo qual uma sociedade ou grupo procura assegurar a obediência de seus membros por meio dos padrões de comportamento existentes. (MICHAELIS ONLINE)

Nessa concepção etimológica, o controle social busca a observância de padrões preestabelecidos que permitiriam alcançar um objetivo comum. Silva *et al* (2007), ampliam o conceito de controle, com a expressão controle social que pode ser utilizada em duas acepções, para designar o controle do Estado sobre a sociedade e para designar o controle da sociedade sobre as ações do Estado, havendo diferenças, devido ao entendimento da função do Estado e da extensão do seu poder e/ou devido à forma como se concebe a sociedade civil. Assim, nessa segunda percepção, o controle social tomou vulto no Brasil a partir do processo de democratização na década de 1980, merecendo especial destaque, a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição Federal de 1988 e demais disposições legais subordinados.

Corbari (2004) destaca que existe sob o conceito do controle social uma compreensão preconceituosa, cercada de incompreensões, a partir do entendimento desse controle vincula-se a um ato de verificação de falhas e irregularidades. Porém, de fato esse controle exercido pela sociedade possui uma importância muito mais ampla, devendo ser entendido com um instrumento de auxílio na busca da organização governamental, como um instrumento que busca garantir uma boa administração que leve à concretização dos objetivos estabelecidos e demandados por essa sociedade.

Deste modo, para modificar essa mentalidade, que o controle social pratica atos meramente fiscalizatórios, faz-se necessário que o vejam como um importante aspecto da vida da sociedade e do Estado, pois, inversamente, o descontrole resulta na perda das ações socialmente significativas e até da própria interação entre Estado e sociedade. Nessa visão, o controle influenciará o processo decisório, aprimorando-o em favor da comunidade.

Silva (2002) esclarece ao traçar o paralelo, para haver um controle efetivo dos gastos públicos, a responsabilização dos gestores públicos é tão necessária quanto à existência dessa relação democrática que garante a participação social ativa. Promove nesse entendimento a fiel relação entre o controle social e a *accountability*, podendo ser definido como sinônimo de responsabilidade objetiva e, portanto, como um conceito oposto ao de responsabilidade subjetiva.

A relação de dependência entre o controle social e a *accountability* é consolidada, visto que para existência do efetivo exercício de fiscalização por parte da sociedade (cidadão) é imprescindível observar duas condições, onde do lado da sociedade, surge o cidadão consciente e organizado em torno de reivindicações cuja consecução pelo poder público signifique a melhora das condições de vida de toda a coletividade; e da parte do Estado, o provimento de informações completas, claras e relevantes a toda a população. (MAWAD, 2002).

O controle social em seu pleno exercício demanda um grande esforço, configurando com um desafio que requer a ruptura com toda uma postura de submissão aos que tratam a questão dos recursos com uma questão de técnicos e gestores. Almeja-se ainda, o enfrentamento da burocracia que utiliza instrumentos complexos para prestar contas, dificultado a compreensão e a avaliação (BICALHO, 2003).

Na área da saúde, Correia (2006) descreve que o controle social teve suas raízes junto ao surgimento dos movimentos sociais organizados no Brasil, em meados da década de 1970, onde após o período de democratização do país, na metade da década de 1980, fortaleceu-se com uma dimensão de controle de setores organizados da sociedade civil sobre o Estado.

Correia (2006) relata ainda, que o Movimento de Reforma Sanitária com sua proposta do Sistema Único de Saúde – SUS na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, destacou uma ampla participação dos setores organizados na sociedade civil, tendo o controle social da saúde com um dos principais eixos dos debates desta conferência. O controle social do sistema de saúde é apontado como um dos princípios alimentadores da reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e como via necessária para a sua democratização.

Corroborando com esse contexto histórico da evolução do controle social na saúde, consequente a Reforma Sanitária no Brasil, Bastos *et al* (2009) destacam que a necessidade desse controle originou-se nos princípios norteadores do SUS, que descrevem a capacidade que a sociedade tem de interagir com o poder público para o delineamento e atendimento de suas demandas, apoiando essa responsabilidade nos conselhos e nas conferências de saúde.

Na CF/88 a saúde foi garantida com direito de todos e dever do Estado, descrevendo ainda, a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral como prioridade para as atividades preventivas e a universalização do atendimento. Demandou-se assim, uma efetiva participação social na área de saúde, sendo

concebida na perspectiva do controle social, participando através de setores organizados na sociedade civil, desde a formulação dos planos (programas e projetos), o acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade.

Gerschaman (2004) resgata a importância do planejamento na consecução do controle social da saúde. Destacando sua concepção na ótica da fiscalização direta da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública, consistindo na apropriação dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde.

Assim, o controle social é exercido pelos conselhos de saúde por meio das suas funções deliberativa, fiscalizatória e consultiva, amparado em sua constituição tripartite e paritária. A Carta Magna Brasileira institucionalizou os Conselhos, conforme art. 194, inciso VII da CF/88, estabelecendo o caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, representado pelos seus trabalhadores e empresários. (OLIVEIRA, 2004)

Neste contexto, Bastos *et al* (2009), relatam que o controle social apresenta-se como elemento-chave da construção social da saúde, visto que representa um espaço de encontros entre sujeitos sociais com interesses diversos, em que a sociedade vivencia uma relação mais estreita com as estruturas da administração pública e dispõe de um poder direto sobre as decisões governamentais.

A instituição do SUS, apoiada nas Conferências e Conselhos de Saúde, para o exercício constitucional da participação da comunidade assegura o acompanhamento e supervisão sobre as ações e serviços de saúde nas três esferas governamentais. Nesse formato de controle, compete aos conselhos o exame e aprovação das diretrizes da política de saúde, prioritariamente definida nas Conferências. Destacar a necessidade dos conselhos, formular estratégias para a implementação de tais diretrizes ou indicar ações corretivas para o aperfeiçoamento do sistema. Portanto, Morita *et al* (2006, p. 50), certificam que a participação da comunidade, através dos conselhos, “apresentou um grande apelo democrático e foi altamente valorizada, tornando-se uma “palavra de ordem” para diferentes grupos e setores sociais”.

Morita *et al* (2006) continuam afirmando que, a institucionalização do controle social pela CF/88, criou perspectivas para o exercício da democracia no setor de saúde, baseando-se na capacidade da sociedade civil interferir na gestão do SUS, orientando as ações estatais e/ou os referidos gastos voltados ao atendimento dos interesses coletivos.

Deste modo, para Batista *et al* (2010), os conselhos são a instância que assegurará o controle social da política, compreendido como o ato de participar da elaboração e implantação das ações de saúde, assim, como fiscalizar as ações e o destino dos recursos financeiros aplicados nessa área.

2.1.4 O Conselho de Saúde e a Prestação de Contas

Guizardi e Pinheiro (2006) apresentam que, com o SUS a saúde emerge como questão de cidadania e a participação política como condição de seu exercício, perspectiva assegurada no princípio constitucional de “participação da comunidade” e na Lei Federal nº 8.142/1990 que estabelece os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços de representação institucional. Com eles, se pretende que o controle social assuma lugar estratégico na definição e execução das políticas de saúde.

Assim, o Conselho de Saúde – CS constitui-se como um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que em caráter permanente e deliberativo, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde nas esferas federal, estadual e municipal, nos aspectos econômicos e financeiros, tendo por fim, suas decisões homologadas pelo poder executivo, gestor do sistema de saúde.

Labra e Figueiredo (2002) relatam que os conselhos de saúde representam a sociedade civil organizada de forma paritária com autoridades setoriais, prestadores profissionais e institucionais, e trabalhadores do setor. As diretrizes para criação, reformulação, assim como funcionamento dos conselhos de saúde foram definidas pela Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na qual consta que os mesmos devem “atuar na formulação e proposição de estratégia no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros”.

Previamente a sustentação legal obtida pelos conselhos destaca-se suas origens firmadas na formação dos movimentos sociais a partir da década de 1970, justificados perante a presença na cena política de novas formas de associativismos voluntários, com modalidades, inovadoras de vocalização de demandas sociais, exercidas por meio de ação política e dirigida ao reconhecimento dos direitos de cidadania social e seu exercício no controle social do processo de implementação de políticas públicas. (GERSCHAM, 2004)

Gonçalves *et al* (2010) descrevem que juntamente com a criação dos conselhos de saúde e no intuito de dotá-los de mecanismos hábeis para o exercício de suas atribuições, a legislação estabeleceu também que o gestor do SUS, em cada esfera de governo, preste contas da gestão aos conselheiros, a fim de subsidiar o exercício do controle social.

Portanto, segundo Shimizu e Pereira (2009), os conselheiros expressaram as suas representações sobre o controle social em saúde como a participação da população na formulação, no monitoramento e na avaliação das políticas municipais. Essa participação, na visão dos conselheiros, requer o desenvolvimento de um conjunto de atribuições que subsidiem satisfatoriamente a organização das políticas e dos serviços de saúde nos municípios com base nas demandas e necessidades, mas que ainda encontra-se embrionária nos municípios.

Apoiando o exercício do controle social realizado pelos conselhos, Correia (2000) ressalta que as Conferências constituem-se como importantes instrumentos de divulgação das informações pertinentes à saúde, obrigando os gestores a escutar as avaliações e as reclamações feitas pela sociedade sobre os serviços prestados. Nesse sentido, as conferências não exercem uma função deliberativa, mas possibilita a discussão de reivindicações da sociedade, a proposição de medidas que busquem atender essas demandas com o acompanhamento dos meios institucionalizados e a consequente formulação dos planos de saúde, que nortearam a atuação dos gestores do SUS.

Esse fato é confirmado pelas disposições da CF/88 possibilitando a sociedade, através dos conselhos, contribuir para a elaboração de um plano de gestão das políticas setoriais, proporcionando maior transparência às alocações e favorecendo a responsabilidade dos políticos e dos técnicos da administração pública.

Os conselhos podem ser instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos, que segundo Gerscham (2004), rompendo com as tradicionais formas de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços de decisões/ações do poder público, impulsionando a constituição de esferas públicas democráticas e sendo potenciais capacitores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos e de interlocução ético-política com o Estado.

Coelho (2007) informa que, a força dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), deriva em grande parte de uma lei que lhes garante poder de veto em planos e na prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde. Porém, Labra e Figueiredo (2002), comentam que o

exercício do controle social sobre a gestão da ‘*res publica*’⁵ na saúde foi o objetivo primordial que se teve em mente ao idealizar os Conselhos de Saúde. Contudo, essa meta é a mais difícil de alcançar porque implica profundas mudanças na cultura política e cívica do país.

Bicalho (2003) afirma que o exercício do controle social é um desafio, onde espera a ruptura com toda uma postura de submissão aos que tratam a questão dos recursos como uma questão de técnicos e gestores. Requer ainda, o enfrentamento da burocracia que utiliza instrumentos complexos para prestar contas, dificultando a compreensão e a avaliação.

Para esse exercício de controle social, a Lei Federal nº. 8.689/1993 determina que o gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo preste contas ao Conselho de Saúde trimestralmente. A Resolução nº. 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde dispõe sobre o conteúdo da prestação de contas, no qual inclui: andamento da agenda de saúde pactuada; relatório de gestão; montante, fonte e forma de aplicação dos recursos aplicados; auditorias iniciadas e concluídas no período; oferta e produção de serviços na rede assistencial.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, no seu art. 34, define que a prestação de contas prevista no art. 37, conterà demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Portanto, as prestações de contas submetidas aos conselhos exercem, segundo Lima (2003), além do controle das contas publicadas em saúde, o controle social com o estabelecimento de garantias para a atuação da população, no desenvolvimento de ações que levem em conta suas necessidades e dando transparência às suas ações.

Uma discussão realizada por Correia (2000), a mais de uma década e que se mantém atualmente, são as dificuldades de obter a efetividade no controle social, através da atuação dos conselheiros de saúde. Nessa análise, o autor aborda duas percepções, sendo que a primeira apresenta a avaliação dos recursos públicos com uma questão melindrosa e intocável, restrita aos técnicos e gestores governamentais. A segunda percepção é que os instrumentos de prestação de contas são complexos e de difícil compreensão.

Informando com essa constatação, Bicalho (2003) afirma que o exercício do controle social é um desafio, necessitando a ruptura com toda uma postura de submissão aos que tratam a questão dos recursos como uma questão de técnicos e gestores. Requer ainda o

⁵*Res publica* é uma expressão latina que significa literalmente "coisa do povo", "coisa pública". É a origem da palavra república e, conceitualmente, da palavra inglesa *commonwealth*.

enfrentamento da burocracia que utiliza instrumentos complexos para prestar contas, dificultando a compreensão e a avaliação.

Gonçalves *et al* (2011) asseguram também, que embora a legislação estabeleça a obrigatoriedade da prestação de contas do governo perante os conselhos, há obstáculos a serem superados para que esse instrumento se torne uma ferramenta útil aos conselheiros.

No contexto da atuação dos conselhos, especialmente na avaliação das prestações de contas, faz-se necessário a discussão da efetividade dessa atuação e o acesso desse resultado a sociedade. Neste sentido, Cotta *et al* (2010) garantem que democratizar as informações e permitir sua avaliação por parte dos usuários seria colocá-los no processo, numa relação de corresponsabilidade. Porém, esse objetivo somente será alcançado com a existência de canais de participação desobstruídos e fluxo constante de informações, promovendo ainda, processos que favoreçam a participação ativa, representativa, autônoma e corresponsável, que possibilite o crescimento dos agentes ou das organizações coletivas.

2.2. Qualidade da Informação

2.2.1 Características qualitativas da informação contábil

A Contabilidade tem como função precípua, o controle e a mensuração do patrimônio de uma entidade, sendo que o exercício dessa função sustenta-se na comunicação dos eventos ocorridos aos diversos usuários dessa informação. Nesse sentido para que esse objetivo seja alcançado é necessária à divulgação de informações úteis e inteligíveis que cumpram o seu papel social e subsidia a tomada de decisões.

Para Cruz e Ferreira (2008) o objetivo da contabilidade aplicada ao setor público é análogo ao que orienta as atividades contábeis do setor privado, no qual se interpreta a luz da Lei nº 4.320/64, como o meio da evidenciação da situação patrimonial, econômica e financeira, cuja finalidade consiste em fornecer informações de qualidade aos seus usuários.

Antunes *et al* (2008) definem a qualidade da informação contábil no setor público como sendo o grau de funcionalidade da contabilidade como mecanismo de governança, ressaltando que o conservadorismo, a relevância e a oportunidade contábil proporcionaram a eficiência do sistema de proteção dos interesses dos cidadãos e do patrimônio público.

No âmbito da prestação de contas aos conselhos de saúde, Gonçalves *et al* (2010), destacam a importância da qualidade da informação contábil prestada aos conselheiros, no intuito de os auxiliarem no exercício de suas atribuições. Destaca também, que a avaliação das características qualitativas da informação contábil contribuirá com a decisão de divulgar ou não determinada informação em detrimento de sua utilidade e custo de elaboração.

Nesse sentido, segundo o pronunciamento *The Conceptual Framework for General Purpose Financial Reporting by Public Sector Entities* emitido pelo *International Federation of Accountants* (IFAC), através de seu conselho de contabilidade aplicada ao setor público, o *International Public Sector Accounting Standards Board* (IPSASB), descreve que o objetivo dos relatórios das entidades públicas é de fornecer informações que sejam úteis para os usuários para fins de prestação de contas e para fins de tomada de decisão (IPSASB, 2013).

O IPSASB (2013) relata as características qualitativas da informação incluídas nos relatórios contábeis são os atributos que tornam essa informação útil para os usuários. Destaca-se dentre essas características a Relevância, Representação Fiel, a Compreensibilidade, a Tempestividade, Comparabilidade e Verificabilidade.

Outro ponto importante é que essas características qualitativas devem oferecer garantia aos usuários sobre a qualidade da informação incluída nos relatórios. No entanto, o que pode ocorrer é que nem todas as características podem ser totalmente alcançadas, e um equilíbrio ou *trade-off* entre alguns delas, podem ser necessárias.

O IPSASB (2013) ressalta ainda que a materialidade, o custo-benefício e o equilíbrio apropriado entre as características qualitativas são restrições a qualidade da informação contábil contida nas prestações de contas das entidades do setor público.

Esse fato contribui com o que mencionam Hendriksen e Van Breda (1996, p. 96), que “apesar desta aparente simplicidade, é extremamente difícil fazer uma análise custo-benefício de informações contábeis; talvez até impossível”.

Portanto, para o IPSASB (2013), à medida que as características qualitativas podem ser alcançadas podem se diferir, dependendo o grau de incerteza e avaliação subjetiva ou opinião envolvida na compilação da informação financeira e não financeira. A necessidade de orientação adicional sobre a interpretação e aplicação das características qualitativas de informação que alarga o âmbito dos relatórios financeiros além de demonstrações financeiras deverá ser considerada no desenvolvimento de todas as IPSAS e relatórios contábeis.

Nessa prerrogativa da qualidade da informação contábil, observa-se que as prestações de contas encaminhadas aos conselhos de saúde precisam possuir os aspectos que assegurem a qualidade da informação prestada, permitindo aos conselheiros a sua compreensão, subsidiando o exercício de suas atribuições perante o controle e avaliação da gestão dos recursos do SUS.

Neste contexto, é pertinente destacar a garantia de divulgação de uma informação confiável aos conselhos possibilitará a definição de estratégias para a aplicação dos recursos públicos e o cumprimento da função consultiva atribuída aos conselheiros de saúde.

2.2.2 Relevância

Determinar o que é relevante ou não, também está relacionado ao tipo de divulgação da informação, pois “informação que não pode ser colocada em termos quantitativos é mais difícil de avaliar sua significância e relevância, porque recebe pesos variados dos indivíduos que a utilizam para tomadas de decisões” (HENDRISEN; VAN BREDA, 1999, p. 156).

Segundo o IPSASB (2013), as informações financeiras e não financeiras são relevantes se elas são capazes de fazer a diferença na realização dos objetivos do relatório financeiro. Essa diferença é concretizada se a informação tem um valor confirmativo e/ou valor preditivo.

Neste sentido, a informação terá valor confirmativo se ratifica ou altera as últimas expectativas, por exemplo, as informações serão relevantes para fins de prestação de contas e de tomada de decisão se elas confirmarem as expectativas sobre questões como a extensão em que os gestores têm cumprido as suas responsabilidades para o uso eficiente e eficaz dos recursos (IPSASB, 2013).

O valor preditivo se caracteriza pelos efeitos da informação orientada para o futuro que provoca efeitos de prestação de contas e tomada de decisão, por exemplo, a informação que confirma ou refuta expectativas passadas podem reforçar ou alterar as expectativas sobre os resultados financeiros que podem ocorrer no futuro.

Gonçalves *et al* (2010), afirmam que para os conselhos de saúde os atributos da informação relevante são importantes para o exercício das atribuições dos conselheiros, especialmente, quanto ao controle e o acompanhamento dos atos da gestão. Nesse contexto,

os conselhos desempenharão uma avaliação das prestações de contas encaminhados pelo gestor do SUS, deliberando as estratégias a serem adotadas para a regular aplicação dos recursos no atendimento das demandas da saúde.

Portanto, para a realização do controle social na aplicação e gestão dos recursos do SUS, pelos conselhos de saúde, demanda que os relatórios de prestação de contas disponibilizem informações mínimas, de forma tempestiva (oportunidade), para o efetivo acompanhamento e controle das ações planejadas (valor de *feedback*), e ainda, possibilite a prognóstico da disponibilidade futura de recursos financeiros para o atendimento das necessidades na área de saúde (GONÇALVES *et al*, 2010).

2.2.3 Representação Fiel

Para o IASB (1989), a informação será confiável quando representar fielmente as transações e eventos, sendo que haverá dificuldades para alcançar-se isso, devido às dificuldades de identificação, mensuração e evidenciação de transações ou eventos, principalmente com relação à incerteza do dimensionamento dos efeitos financeiros e econômicos.

Hendriksen e Van Breda (1999, p. 99), consideram que a informação publicada deverá representar fidedignamente os fenômenos a que dizem respeito, e ressaltam o fato de que a grande dificuldade de representar o patrimônio de uma empresa é a limitação dos ferramentais da contabilidade em relação à interpretação econômica dos fatos.

O IPSASB (2013), afirma que para a informação ser útil em relatórios financeiros deverá ser uma representação fiel dos fenômenos econômicos e outros que se propõe a representar. A Representação fiel é alcançada quando a descrição de um fenômeno é completa, neutra e livre de erro material.

A Resolução Normativa do Conselho Federal de Contabilidade nº 1374/2011, que trata da Estrutura Conceitual para Elaboração e Divulgação de Relatório Contábil-Financeiro, destaca que um retrato neutro da realidade econômica é desprovido de viés na seleção ou na apresentação da informação contábil-financeira (CFC, 2011).

Nesse sentido, o IPSASB (2013), relata que a informação neutra representa fielmente os fenômenos econômicos e outros que se propõe a representar. No entanto, para exigir informações contidas nos relatórios, que sejam neutras, não significa que não é sem

propósito ou que não vá influenciar o comportamento, visto que uma informação relevante é capaz de influenciar as avaliações e decisões dos usuários.

2.2.4 Compreensibilidade

Os relatórios contábeis de entidades do setor público devem apresentar informações de uma forma que respondam às necessidades e sirvam de bases de conhecimento para os usuários. A compreensibilidade, portanto, é reforçada quando a informação é classificada, caracterizada e apresentada de forma clara e concisa, vinculando-se ainda, com a comparabilidade (IPSASB, 2013).

A Estrutura Conceitual do CFC destaca, neste contexto, que certos fenômenos são inerentemente complexos e não podem ser facilmente compreendidos. A exclusão de informações sobre esses fenômenos dos relatórios contábil-financeiros pode tornar a informação mais facilmente compreendida, porém, esses relatórios seriam considerados incompletos e potencialmente distorcidos (CFC, 2011).

Nesse sentido, Schroeder (1997), destaca que a compreensibilidade é derivada da combinação das características dos usuários e características da informação, servindo de “elo” de ligação entre os tomadores de decisão e a informação contábil.

Segundo Paulo (2002), o *International Accounting Standards Board* (IASB) considera com relação à compreensibilidade, que seja uma qualidade essencial das informações apresentadas nos demonstrativos contábeis, para que as mesmas possam ser devidamente entendidas pelos seus diversos usuários. Presume-se ainda que, o usuário seja possuidor de um conhecimento considerado razoável dos negócios, atividades econômicas e contabilidade.

2.2.5 Oportunidade

Possuir uma informação relevante disponível tempestivamente pode aumentar sua utilidade como entrada para a avaliação de prestação de contas e sua capacidade de informar e influenciar as decisões que precisam ser feitas. Essa característica destacada pelo IPSASB é a oportunidade que determina que a informação deva estar disponível ao usuário antes de perder a sua capacidade de ser útil para a tomada de decisão (IPSASB, 2013).

A NBC TG Estrutura Conceitual relaciona essa característica com a necessidade de apresentação da informação a tempo de influenciar a decisão. Porém, destaca que certa informação pode ter o seu atributo prologando após o encerramento do período contábil, em decorrência de alguns usuários, por exemplo, necessitarem identificar e avaliar tendências (CFC, 2011).

Outro fator importante é que, para que a informação seja oportuna ou tempestiva, deverá ser registrada no momento em que acontece, bem como qualquer variação, desta forma, os registros serão mais completos trazendo mais ferramentas, demonstrações e relatos suficientes para o usuário responsável pela administração e aplicação dessas informações. (IUDICIBUS, 2009).

Neste sentido, o IPSASB (2013), afirma que para fins de prestação de contas e de tomada de decisões, os usuários dos relatórios contábeis podem precisar avaliar as tendências no desempenho de gastos financeiros e de serviços da entidade, e sua conformidade com os orçamentos ao longo de vários períodos.

Portanto, o controle social na aplicação e gestão dos recursos do SUS, realizado pelos conselhos de saúde, demanda que os relatórios de prestação de contas disponibilizem informações de forma tempestiva (oportuna) para o efetivo acompanhamento e controle das ações planejadas (valor de *feedback*). E ainda, a partir de tais informações, que estas possibilitem o prognóstico da disponibilidade futura de recursos financeiros para o atendimento das necessidades na área de saúde (GONÇALVES *et al*, 2010).

2.2.5 Comparabilidade

Para a avaliação dos conselhos de saúde, as prestações de contas devem ser comparáveis, no intuito de facilitar as predições e decisão financeiras da aplicação de recursos do SUS. Destaca-se ainda, que segundo Fuji e Slomski (2003), a comparabilidade depende da uniformidade e consistência dos dados e informações, possibilitando sua caracterização com uma informação relevante e segura para a avaliação dos conselheiros de saúde.

A comparabilidade é a qualidade da informação que permite aos usuários identificar semelhanças e diferenças entre dois conjuntos de fenômenos, assim, representa a qualidade da relação entre dois elementos da informação (IPSASB, 2013).

Ressaltar que a comparabilidade difere da consistência, visto que essa se refere ao uso dos mesmos princípios contábeis ou políticas de preparação, portanto, contribui para alcançar o objetivo da comparabilidade.

Assim, segundo o IPSASB (2013), a aplicação coerente dos princípios contábeis, políticas e base de preparação de informações financeiras e não financeiras prospectivas e os resultados reais podem aumentar a utilidade de qualquer comparação de resultados projetados e reais. Comparabilidade com outras entidades pode ser menos importante para obter explicações sobre a percepção ou opinião dos fatores subjacentes ao desempenho atual da entidade de gestão.

Segundo o CFC (2011), a comparabilidade é a característica qualitativa que permite que os usuários identifiquem e compreendam similaridades dos itens e diferenças entre eles. Diferentemente de outras características qualitativas, a comparabilidade não está relacionada com um único item. A comparação requer no mínimo dois itens.

Para a avaliação dos conselhos de saúde, as prestações de contas devem ser comparáveis, no intuito de facilitar as previsões e decisão financeiras da aplicação de recursos do SUS. Destaca-se ainda, que segundo Fuji e Slomski (2003), a comparabilidade depende da uniformidade e consistência dos dados e informações, possibilitando sua caracterização com uma informação relevante e segura para a avaliação dos conselheiros de saúde.

2.2.6 Verificabilidade

A verificabilidade é a qualidade da informação que ajuda a garantir aos usuários que a informação nos relatórios representa fielmente os fenômenos econômicos e outros que ele pretende representar (IPSASB, 2013). Isso implica que diferentes observadores experientes e independentes poderiam atingir um consenso geral a respeito da informação, embora não necessariamente a concordância seja completa.

Segundo o CFC (2011), corroborando com o IFAC, a verificação pode ser direta ou indireta, sendo possível verificar a informação por meio de observação direta ou checar os dados de entrada de um modelo, fórmula ou outra técnica e recalcular os resultados obtidos por meio da aplicação da mesma metodologia.

Neste contexto, para ajudar os usuários a decidir se desejam usar dita informação, é normalmente necessário divulgar as premissas subjacentes, os métodos de obtenção da informação e outros fatores e circunstâncias que suportam a informação (CFC, 2011).

O IPSASB (2013), afirma também que os relatórios de entidades do setor público podem incluir informações quantitativas, financeira e outras explicações sobre as principais influências sobre o desempenho da entidade durante o período, os efeitos futuros esperados ou os resultados dos programas de prestação de serviços, e a informação financeira e não financeira prospectiva. Podendo não ser possível verificar a exatidão de todas as representações quantitativas e explicações de tais informações até um período futuro.

Portanto, para Hendriksen e Van Breda (1999), essa característica qualitativa da informação permite que diferentes usuários, de forma independente um do outro, cheguem à mesma conclusão, sendo possível inferir que a verificabilidade está contida em auditoria. Nesse sentido, observa-se que a informação que é auditada é mais confiável sob o aspecto da verificabilidade do que a não auditada.

2.2.7 Materialidade e Custo-Benefício

A materialidade e o custo-benefício são características da informação econômico-financeira considerada pelo IPSASB (2013), como restritivas às informações contidas nos relatórios contábeis das entidades do setor público.

Neste sentido, para o desenvolvimento dos pronunciamentos e orientações o IPSASB (2013), irá considerar a materialidade das consequências da aplicação de uma política de contabilidade, base de preparação ou divulgação de um determinado item ou tipo de informação, considerando a relevância de divulgá-la no relatório ou em separado.

Os relatórios financeiros impõem custos em sua elaboração e divulgação, sendo que os benefícios dessa informação devem justificar os seus custos. Porém, o IPSASB (2013), relata que avaliar essa relação custo-benefício, por muitas vezes, é uma questão de juízo, visto que nem sempre é possível identificar e/ou quantificar todos os custos e benefícios da informação contida nos relatórios contábeis.

Ressalta-se ainda, que uma informação será material se a sua omissão ou distorção puder influenciar o desempenho da prestação de contas pela entidade, ou as decisões que os usuários fazem com base nos relatórios divulgados. Portanto, essa característica

depende da natureza e da quantidade do item julgado nas circunstâncias específicas de cada entidade. Assim, segundo CFC (2011), não se pode especificar um limite quantitativo uniforme para materialidade ou predeterminar o que seria julgado material para uma situação particular.

Hendriksen e Van Breda (1999), relatam que a materialidade remete à questão custo versus benefício de informar certo item, sendo que uma das formas de expressar a materialidade diz respeito aos aspectos quantitativos de certos itens, que não podem ser estimados de maneira precisa nos demonstrativos.

Assim, a decisão de apresentar informações financeiras deve considerar a relação entre o seu custo e benefício e ao fazer esta avaliação, segundo o IPSASB (2013), é necessário considerar se uma ou mais características qualitativas podem ser sacrificadas em algum grau reduzindo o custo da informação gerada. Embora esta mensuração seja difícil, a análise das características da informação pode ajudar na decisão de divulgar ou não determinada informação (GONÇALVES *et al*, 2010).

3. METODOLOGIA

3.1. Tipologia da Pesquisa

Com o objetivo de avaliar a qualidade dos relatórios de prestação de contas do SUS e a percepção e análise dos conselheiros de saúde sobre esse instrumento de *accountability*, a presente pesquisa foi realizada utilizando o método de Pesquisa Participante, para avaliar a percepção e análise dos conselheiros de saúde sobre os relatórios de prestação de contas encaminhado pela secretaria municipal de saúde. Na execução da pesquisa participante foi aplicado o instrumento de avaliação da qualidade da informação disponibilizada nos relatórios de prestação de contas do SUS, elaborado por Gonçalves *et al* (2010).

Martins e Theophilo (2007), relatam que as estratégias de pesquisa participativa representam uma reação ao “modelo clássico” de ciência, esse tipo de investigação participante tem como característica peculiar o propósito de ação planejada sobre os problemas detectados. Nesse contexto, os envolvidos participam, junto com os pesquisadores, para chegarem interativamente a elucidar a realidade em que estão inseridos, identificando problemas coletivos, buscando e experimentando soluções em situação real.

Segundo Sá (1984), a pesquisa participante apresenta como um movimento de transformação do conhecimento disponível e dos procedimentos para sua aquisição, implicando transformações desde o sujeito cognoscente ao objeto a ser conhecido.

Raupp e Beuren (2006), destacam que nas ciências sociais, mais precisamente na Contabilidade, também se utiliza a pesquisa participante, especialmente quando há grande envolvimento do pesquisador ou do pesquisado no assunto que se está estudando, independentemente da formalização ou não da pesquisa.

3.2. Pesquisa Participante

Schmidt (2006) destaca que nesse tipo de pesquisa o pesquisador e pesquisado demonstram-se como sujeitos e objetos do conhecimento e a natureza destas complexas relações estiveram centralizadas nas reflexões que modelam e matizam as diferenças teórico-metodológicas.

Sales (1985) entende a pesquisa participativa como forma de obtenção de informações que redunde num processo de discussão, troca de experiência e conhecimentos entre pesquisadores e comunidade, no qual os resultados e condições também sejam debatidos e utilizados pelas partes envolvidas, numa perspectiva de elevação da capacidade crítica e da consciência dos problemas sócio-econômico-culturais existentes.

Nesse sentido, segundo estudos de Brandão (1985) e Minayo (2004), para que a pesquisa participante seja compreendida é necessário reconhecer que o problema a ser conhecido para ser solucionado tem origem na própria comunidade, sendo, portanto, finalidade desta pesquisa a modificação das estruturas promovendo a melhoria de vida dos indivíduos envolvidos. Assim, o pesquisador apresenta-se como o indivíduo de formação especializada, mas, estendendo-se aos indivíduos do grupo que participam da construção do conhecimento, tendo como princípio filosófico a conscientização do grupo de suas habilidades e recursos disponíveis.

Minayo (2004) destaca ainda que, considerando que esse tipo de pesquisa nasce das demandas específicas das comunidades, faz-se necessário iniciá-la por meio de uma investigação desse problema a ser solucionado. Identificado o problema focal delineiam-se os objetivos e constrói as variáveis e o instrumento da pesquisa. Conseqüentemente, define-se o espaço da investigação, estabelecendo uma aproximação dos indivíduos a área selecionada. Este contato realizado pelo pesquisador serve para estabelecer uma situação de troca, que com base no esclarecimento ao grupo da proposta da pesquisa possibilita a construção de um jogo colaborativo.

Para Peruzzo (2003) a discussão sobre o método na pesquisa qualitativa e, especialmente, na pesquisa participante, é muito rica e sem fim previsível.

Outro debate importante acerca dessa metodologia de pesquisa é a relação entre a pesquisa participante e a pesquisa-ação, no qual Demo (1982), não faz distinção entre os dois tipos de pesquisa, visto que ambas têm o compromisso com a prática. Contudo, esse mesmo autor afirma que o movimento da pesquisa participante nasceu da decepção advinda do método tradicional. É como se esse método não fosse capaz de revelar (explicitar) a realidade social.

A pesquisa participante apresenta segundo Demo (1982), três momentos essenciais, a saber:

1 - o autodiagnóstico, que seria a confluência entre conhecimento científico e o saber popular. Este momento conduziria à cidadania e esta, por sua vez, estaria a serviço da autonomia;

2- A estratégia de enfrentamento prático dos problemas encontrados - seria o percurso entre a teoria e a prática.

3- Por fim, o momento da necessidade de organização política - que consistiria na definição da estratégia de enfrentamento do problema propriamente dito.

Tripp (2006), relata que a pesquisa-ação e a pesquisa participante são análogas, consistindo em um dos inúmeros tipos de investigação-ação, que é um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela.

Portanto, conforme a Figura 3, o método abordará quatro fases: planejamento, implementação, descrição e avaliação da mudança para a melhoria de sua prática, aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação.

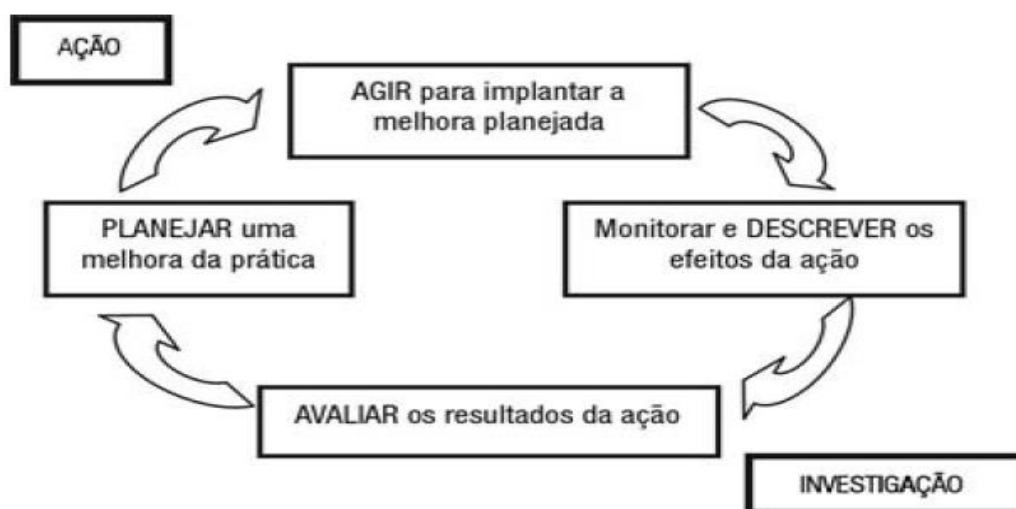


Figura 3 - Representação em quatro fases do ciclo básico da investigação-ação
Fonte:Tripp (2005, p.446)

Lau (1999 *apud* Soares *et al*, 2009, p. 114) sugere:

[...] a necessidade da participação de um pesquisador com conhecimentos específicos para orientar o esforço e para esclarecer detalhes metodológicos, tais como o papel do pesquisador, o processo de diagnóstico de problemas, a natureza da intervenção, o grau de reflexão e aprendizagem pretendido, e perceber se há um conhecimento novo a ser adquirido.

Na abordagem da pesquisa-ação e/ou pesquisa participante como uma pesquisa inserida na ação, Soares *et al* (2009), descreve três aspectos alcançados pelo método:

- a) que a direciona sobre os atores sociais, suas ações, transações, interações, tendo como objetivo a explicação;
- b) que a direciona para dotar de uma prática racional as práticas espontâneas, tendo como objetivo a aplicação; e
- c) o aspecto que a direciona por uma ação, assumida pelos seus próprios autores, tanto em suas concepções como em sua execução e seus acompanhamentos, tendo como objetivo a implicação.

Na Figura 4, Holanda e Riccio (2001) demonstram que na pesquisa participante a partir da constatação da realidade atual, busca-se mudá-la pelo método. Passa-se por um processo de diagnosticacão e posteriormente por um longo processo de experimentacão e conversão do atual modelo.

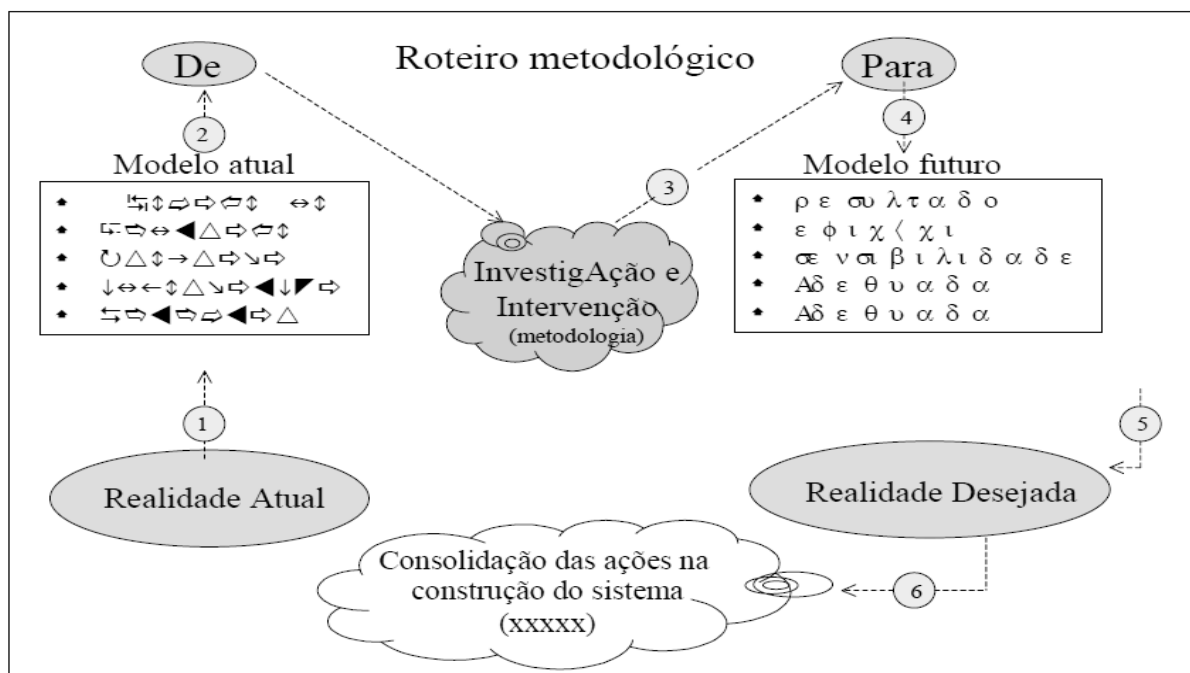


Figura 4 - Visão do Atual e do Futuro Modelo
Fonte: Holanda e Riccio (2001, p.12)

O objeto desse trabalho, a pesquisa participante contribui com a avaliação da prática de análise dos relatórios de prestação de contas do SUS realizada pelo conselho de saúde, e com base no diagnóstico realizado, promover uma mudança na visão dos conselheiros, através de um método de avaliação. Esse método deve ser implementado, por meio da disseminação de uma análise estrutural, com base em um instrumento que avalie a

qualidade da informação prestada e possibilite o cumprimento das prerrogativas delineadas sobre os conselhos e o esperado exercício do controle social na área de saúde.

3.3. Elaboração da Pesquisa Participante

A pesquisa participante, tão como a pesquisa-ação, possui uma construção através de fases cíclicas e reaplicáveis em movimento espiral e que suas quantidades variam conforme concepção de alguns autores, tais como Holanda e Riccio (2001); Lopes *et al* (2006); Soares *et al* (2009), Krafta *et al* (2009).

FASE DO ESTUDO	TÉCNICAS UTILIZADAS
Fase Exploratória: DIAGNÓSTICO da situação atual	- Entrevistas com os Conselheiros - Observação das Reuniões Plenárias do Conselho - Análise dos documentos constitutivos do Conselho
Fase de Planejamento: PROPOSIÇÃO de método de análise da informação	- Coleta e Análise aos relatórios de Prestação de Contas - Entrevista com os conselheiros da Comissão de Prestação de Contas, quanto à percepção de sua análise. - Reuniões com a Comissão de Prestação de Contas
Fase da ação: IMPLEMENTAÇÃO do método de análise	- Seminário de treinamento com os conselheiros de saúde com base nos instrumento de avaliação qualitativa dos relatórios de prestação de contas - Elaboração de minuta de Resolução do CMS para análise e manifestação sobre os relatórios de prestação de contas.
Fase de Avaliação: OBSERVAÇÃO da aplicação para ajustes	- Observação da Reunião da Comissão de PC após intervenção - Reuniões com os conselheiros do CMS para percepção do método de avaliação.

Quadro 2 - Fases e técnicas da pesquisa participante no Conselho Municipal de Saúde.

Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado de Krafta *et al* (2009)

Foram utilizadas as observações de Soares *et al* (2009), sobre a construção da metodologia da pesquisa-ação e/ou pesquisa participante, com abordagem de no mínimo quatro grandes etapas/fases para construção do método, dessa forma as fases elaboradas são as seguintes: Exploratória, de Planejamento, Ação e de Avaliação, pela aplicação da análise dos relatórios de prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Anápolis/GO, conforme apresentado no Quadro 2.

3.3.1 Fase Exploratória

Nessa fase busca-se o suporte para as demais fases, onde segundo Soares *et al* (2009), a exploração tem como objetivo buscar junto ao grupo pesquisado a análise do problema proposto pelo pesquisador que possa ser cientificamente solucionado pela ação do autor e atores envolvidos. Essa fase pode-se iniciar através de uma simples conversação, aplicação de entrevistas individuais, coletivas ou em seminários.

Para Krafta *et al* (2009), a fase exploratória possui grande importância, pois encaminhará as fases subsequentes da pesquisa; possui um aspecto interno, relacionado ao diagnóstico da situação e das necessidades dos atores e à formação de equipes envolvendo pesquisadores e clientes; e um aspecto externo, que visa divulgar essas propostas e obter o comprometimento dos participantes e interessados.

Martins e Theóphilo (2007), descrevem que nessa fase realiza-se a entrevista, sendo estruturada com: a preparação de um roteiro; preparação do entrevistador/pesquisador; aplicação do roteiro; análise e interpretação das respostas; e retorno do relatório aos entrevistados.

A realização do diagnóstico da situação atual da avaliação dos relatórios de prestação de contas encaminhados pela SMS de Anápolis ao CMS utilizou a técnica de Observação Estruturada, através de Roteiro de Observação (Apêndice A), na reunião de apresentação do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao CMS, com a presença da Comissão de Prestação de Contas da CMS de Anápolis/GO.

Essa reunião é realizada por meio de audiência pública, para que a SMS apresente o relatório de prestação de contas anual (RAG) ao CMS e a sociedade, que através da observação buscou identificar a percepção dos conselheiros e o relacionamento entre a SMS e o CMS, para o exercício do controle social, abordando os seguintes pontos:

- a) analisar o comportamento dos conselheiros de saúde durante a exposição do relatório pela Secretaria de Saúde;
- b) verificar as intervenções realizadas pelos conselheiros perante a apresentação da destinação dos recursos financeiros para as diversas ações de saúde, analisando, especialmente, se há uma preocupação com ações pontuais ou se a avaliação dos mesmos realiza-se em toda completude do relatório;
- c) observar o relacionamento existente entre o gestor dos recursos do SUS (prestador de contas) e os conselheiros, diante dos questionamentos apresentados;
- d) observar o nível de conhecimento técnico do prestador de contas sobre as informações apresentadas no relatório;

- e) observar se há a indicação de servidor para esclarecimentos futuros sobre as dúvidas perante os relatórios de prestação de contas (canal de comunicação entre a SMS e o CMS);
- f) observar se todos os conselheiros tem acesso prévio aos relatórios e se os analisaram.

Nessa fase exploratória do estudo, também foi realizada a coleta dos documentos constitutivos do CMS, tais como, Regimento Interno do Conselho, Composição do Conselho e de suas Comissões, Plano Municipal de Saúde 2010–2013, Relatórios de Prestação de Contas dos exercícios de 2008 a 2011, Pareceres do CMS.

A observação e a coleta de documentos são os subsídios necessários para elaborar um diagnóstico prévio da situação e/ou objeto de pesquisa, que segundo Thiollent (1986, p. 48), são feitos nos primeiros contatos entre os pesquisadores e os interessados:

“Nos seus primeiros contatos com os interessados, os pesquisadores tentam identificar as expectativas, os problemas da situação, as características da população e outros aspectos que fazem parte do que é tradicionalmente chamado “diagnóstico”. Paralelamente a esses primeiros contatos, a equipe de pesquisa coleta todas as informações disponíveis (documentação, jornais, etc)”.

Neste sentido, a presente pesquisa realizou um diagnóstico do ambiente de controle do conselho de saúde e o comportamento dos seus conselheiros, por meio da observação das reuniões plenárias e pela coleta de documentos utilizados no exercício da fiscalização das contas apresentadas pela SMS.

3.3.2 Fase da pesquisa aprofundada ou planejamento

Após a elaboração de um diagnóstico prévio realizado na fase anterior, o pesquisador e os envolvidos (participantes) na pesquisa reúnem-se para direcionar a investigação, normalmente realizado em seminários, com auxílio de grupos de estudos de coleta de dados (SOARES *et al*, 2009).

O pesquisador deve colocar-se a serviço, não da comunidade, mas ‘da prática política na comunidade’. Ele coloca suas ferramentas científicas a serviço desta prática, assumindo a dupla postura de observador crítico e de participante ativo. Ele representa a síntese entre o militante de base e o cientista social, entre o observador e o participante, assim destaca Rocha (2004).

Nesse sentido, primeiramente subsidiado pelo diagnóstico prévio realizado na fase exploratória, sobre a situação e percepção dos conselheiros de saúde no exercício de sua atribuição legal de análise e manifestação sobre as prestações de contas da SMS, num segundo momento, após realizado o aprofundamento da pesquisa, por meio da aplicação de um questionário (Apêndice B), a 17 conselheiros do CMS de Anápolis (total de 24 conselheiros efetivos e 24 conselheiros suplentes), sendo que nesse total estavam os 9 (nove) conselheiros representantes da Comissão de Prestação de Contas.

O questionário foi desenvolvido por Gonçalves *et al* (2011), para análise dos resultados de uma pesquisa qualitativa realizada sobre o desempenho do Conselho Municipal de Saúde de Natal, sendo composto de oito perguntas fechadas sobre a importância e o nível de conhecimento acerca do funcionamento do SUS e das necessidades locais ao processo decisório; o grau de compreensão e a qualidade das informações, bem como a tempestividade de sua disponibilização e a necessidade de capacitação os conselheiros à análise dos relatórios. Para cada pergunta foi atribuída notas em um escala de 0 a 10 (ou 0% a 100%), conforme o grau de concordância dos conselheiros respondentes.

Paralelamente, a aplicação dos questionários, foi requisitado, junto ao CMS os relatórios trimestrais (2010 e 2011), quadrimestrais (2012) e anuais (2010 a 2012) de prestação de contas, a fim de analisar as informações de natureza econômico-financeiras.

Ressalta-se que os resultados alcançados pela avaliação da percepção dos conselheiros sobre o cumprimento de suas funções legais, especialmente, quanto à avaliação dos relatórios de prestação de contas, e ainda, a avaliação dos relatórios disponibilizados pelo CMS, foi importante para a elaboração de um diagnóstico circunstanciado da situação do CMS, possibilitando a elaboração das estratégias necessárias para a fase de implementação e integração desta pesquisa, com base no treinamento dos conselheiros sobre o instrumento de avaliação dos relatórios.

3.3.3 Fase da ação

Nessa fase realiza-se a difusão dos resultados, sendo aberta uma ampla discussão entre os membros, a fim de aprimorar e/ou modificar o processo da pesquisa, que segundo Souza *et al* (2009), pode ser concebido de dois modos: centralizado por equipe dotada de autonomia ou descentralizado em função da própria estrutura da organização.

Nesse contexto da pesquisa, Haguette (1985), afirma que em determinados momentos da pesquisa o processo educativo atinge a equipe envolvida e pesquisadores e participantes interagem na dialética do processo ensino/aprendizagem (tornam-se ambos sujeitos do conhecimento) constituindo-se uma mão dupla na busca da práxis.

Para execução dessa fase, subsidiado pelo diagnóstico e as estratégias definidas na fase de planejamento dessa pesquisa, realizou-se um Seminário para discussão dos problemas identificados e treinamento dos conselheiros perante as técnicas de avaliação da qualidade dos relatórios de prestação de contas.

A técnica do Seminário, proposta por Thiollent (1986), tem por objetivo equacionar os problemas para os quais a pesquisa foi solicitada; constituir grupos de discussão elaborando interpretações; buscar soluções e definir as diretrizes de ações; e promover a divulgação dos resultados pelos canais apropriados. Nesse sentido, aplica-se a etapa de treinamento do seminário, no intuito de promover as ações necessárias para a modificação do cenário de avaliação das prestações de contas da saúde.

O Seminário foi segmentado em quatro partes, tendo como base o treinamento dos conselheiros da Comissão de Prestação de Contas do CMS de Anápolis/GO, utilizando o instrumento de avaliação da qualidade da informação dos relatórios, de Gonçalves *et al* (2010), tendo como principal objetivo subsidiá-los com informações que permitam realizar a avaliação das prestações de Contas dos recursos do SUS encaminhados pela SMS, de forma estruturada e compreensível:

- i. Avaliação da percepção dos Conselheiros sobre os Relatórios de Prestação de Contas, através de entrevista/debate;
- ii. Apresentação da relação entre os instrumentos de planejamento da Saúde e as Prestações de Contas;
- iii. Descrição da qualidade da informação nos relatórios, através da apresentação do instrumento de avaliação dos relatórios;
- iv. Análise das Prestações de Contas e exercício do Controle Social, através das recomendações do Conselho.

3.3.4 Fase da avaliação

Para avaliação realiza-se uma profunda revisão das ações realizadas, podendo utilizar-se de seminários com a presença de avaliadores externos, tendo como objeto dessa análise os seguintes pontos de avaliação, segundo Martins e Theóphilo (2007, p. 74):

1) Pontos estratégicos, 2) Capacidade de mobilização, 3) Capacidade de geração de propostas, 4) Continuidade de projeto, 5) Participação, 6) Qualidade do trabalho em equipe, 7) Efetividade das atividades de formação, 8) Conhecimento e informação, 9) Comunicação e 10) Atividades de apoio.

Rocha (2004), destaca que nessa fase da pesquisa participante questiona-se sobre o papel do pesquisador/educador, orientado pela interação dialética sujeito-objeto. Portanto, a autora ressalta que vê como um desafio inerente à proposta da pesquisa participante, despertar, trazer à tona o potencial de conhecimento e ação do grupo com o qual se trabalha. Assim, o intuito desse tipo de pesquisa é aproximar o pesquisador da condição de sujeito do processo de geração e produção do conhecimento.

Nessa fase da pesquisa realizou-se a avaliação do método de avaliação proposto para a análise das prestações de contas, através da observação sem intervenção do pesquisador (observação não participante), acompanhando as reuniões subsequentes a realização do Seminário. O objetivo dessa observação é verificar a percepção e consequente análise dos conselheiros de saúde perante os relatórios de prestação de Contas encaminhados pela SMS.

Nessa fase de revisão ou avaliação da pesquisa a mudança do ambiente organizacional, foi observada influenciada pela intervenção proposta, destacando a verificação dos seguintes pontos: inclusão das novas ações/práticas, consequentes do treinamento; revisão dos processos; a redefinição de funções; modificação no parecer emitido pelo Conselho.

3.4. Instrumento de Avaliação da Qualidade dos Relatórios

O instrumento utilizado nessa pesquisa visa avaliar a qualidade dos relatórios de prestações de contas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Anápolis ao Conselho Municipal de Saúde (CMS), está sustentado a partir das características qualitativas da informação contábil tratados por Hendriksen e Van Breda (1999) e Glautier e Underdown (1994) proposto por Gonçalves *et al* (2010).

A aplicação desse instrumento foi realizada em dois momentos nessa pesquisa, inicialmente, na avaliação da qualidade dos relatórios de prestação de contas encaminhados pela SMS ao CMS na fase exploratória da pesquisa participante, com intuito de elaborar o diagnóstico da situação encontrada no conselho. A importância da análise prévia dos relatórios deve ser aqui ressaltada, visto que permite delinear as estratégias necessárias para a realização do Seminário (treinamento) junto aos conselheiros.

O segundo momento da utilização do instrumento de avaliação da qualidade dos relatórios foi a consecução do referido seminário, sendo o subsídio básico para orientação dos conselheiros sobre os critérios de análise dos relatórios, possibilitando o levantamento das evidências necessárias para sustentar a opinião dos mesmos na emissão de seu parecer.

O presente instrumento é composto por três dimensões qualitativas da informação contábil: Materialidade, Relevância e Confiabilidade, sendo segregado em doze indicadores e suas respectivas variáveis, conforme Quadro 3.

DIMENSÃO: MATERIALIDADE					
INDICADORES					
Dados quantitativos	Grau de itemização dos dados quantitativos	Relações entre a SMS e o Conselho de Saúde	Planos e expectativas relevantes da administração		
VARIÁVEIS					
Evidenciação da aplicação dos recursos financeiros	Especificação da fonte dos recursos financeiros	Participação das decisões do Conselho nas decisões da Secretaria de Saúde	Planos e expectativas relevantes da administração		
DIMENSÃO: RELEVÂNCIA					
INDICADORES					
Valor Preditivo	Valor Confirmativo	Oportunidade			
VARIÁVEIS					
Recursos previstos na proposta/lei orçamentária	Confronto dos resultados obtidos com as metas estabelecidas para a área da saúde	Periodicidade de disponibilização dos relatórios	Disponibilidade do relatório em análise		
DIMENSÃO: CONFIABILIDADE					
INDICADORES					
Conteúdo	Valor descritível e mensurável	Neutralidade	Precisão	Prudência	
VARIÁVEIS					
Prioridade para a destinação dos recursos financeiros	Retificações orçamentárias	Previsão de recursos compreendidos no PPA para a área da saúde	Divulgação dos pontos que necessitam de melhorias	Conteúdo Legal	Reserva de recursos financeiros frente a eventos incertos e eventuais

Quadro 3 – Instrumento de avaliação da qualidade dos relatórios - Indicadores e variáveis.

Fonte – Gonçalves *et al* (2010)

Para avaliação de cada variável do instrumento, segundo Gonçalves *et al* (2010), é utilizada uma escala, do tipo Likert, que busca aferir o nível de evidenciação. Tal escala é denominada como categorias teóricas (BARDIN, 1977), conforme descritos a seguir:

1. Restrita – a informação requerida não é divulgada;
2. Baixa – a informação requerida não é divulgada, contudo, o gestor manifestou intenção em passar a divulgar;
3. Média – o gestor divulga a informação requerida, mas não o faz de forma completa segundo os critérios estabelecidos no instrumento de evidenciação;
4. Ampla – o gestor divulga a informação requerida de forma completa segundo os critérios estabelecidos no instrumento de evidenciação.

O instrumento apresentado no Quadro 3, proposto por Gonçalves *et al* (2010), foi adaptado a fim de tornar mais fácil o entendimento de sua aplicação pelos conselheiros de saúde, conforme discutido nos itens 3.4.1, 3.4.2 e 3.4.3.

3.4.1 Dimensão: Materialidade

A dimensão da Materialidade tem o objetivo de identificar se a informação apresentada na prestação de contas possui intrinsecamente características entre a estratégia estabelecida e os meios para alcançá-la. A evidenciação dessa dimensão é realizada na verificação da divulgação dos objetivos, metas e dos recursos que irão suportar as ações necessárias para sua materialização (GONÇALVES *et al*, 2010).

Portanto, nesse ponto de avaliação do instrumento de pesquisa, os conselheiros devem analisar a consistência dos mesmos e o cumprimento dos planos estabelecidos para a aplicação de recursos na área da saúde, com base no planejamento realizado para essas aplicações. Desta forma, utilizam-se quatro indicadores para certificação da materialidade da informação dos relatórios: *dados quantitativos*; *o grau de itemização de dados quantitativos*; *relações entre a SMS e o CMS*; e *os planos e expectativas da administração*, com suas respectivas categorias teóricas, conforme apresentado no Anexo A.

3.4.1.1 Indicador: *Dados Quantitativos*

Esse ponto de análise verifica-se nos relatórios se a destinação dos recursos públicos atende aos muitos objetivos determinados para sua aplicação, conforme definido no Plano Anual de Saúde (PAS) e conseqüentemente na Lei Orçamentária Anual (LOA).

Essa primeira variável do instrumento busca avaliar a ‘*evidenciação dos recursos financeiros especificados por programas e ações de governo*’, conforme Quadro 4. Esse indicador permite ao conselheiro analisar se os programas e ações planejados para a saúde no Plano Municipal de Saúde (PMS) e descritos no Plano Plurianual (PPA) foram cumpridos.

Ressalta-se que essa informação deve ser demanda pelo CMS a SMS nos Relatórios Quadrimestrais e de forma consolidada no Relatório Anual de Gestão (RAG).

Variável	Ponto de Análise
<i>Evidenciação da aplicação dos recursos financeiros</i>	<ul style="list-style-type: none"> Os recursos financeiros foram apresentados em aplicações e serviços de saúde por programas e ações de governo? Relatórios Quadrimestrais e RAG.

Quadro 4 – Indicador dos dados quantitativos – Materialidade.

3.4.1.2 Indicador: Grau de Itemização dos Dados Quantitativos

Esse indicador deve avaliar a evidenciação das fontes de recursos financiadoras do SUS que estão previstas no PPA e na LOA, permitindo avaliar a origem dos recursos aplicados e o efetivo cumprimento da aplicação dos recursos comprometidos para a saúde.

Variável	Ponto de Análise
<i>Especificação da fonte dos recursos financeiros</i>	<ul style="list-style-type: none"> Os recursos financeiros foram apresentados por fonte de recursos disponibilizados para a área da saúde? Relatórios Quadrimestrais e RAG.

Quadro 5 – Indicador do grau de itemização dados quantitativos – Materialidade.

Assim, para este indicador, foi estabelecida a variável *especificação da fonte dos recursos financeiros* cujo objetivo é avaliar a evidenciação das fontes dos recursos financeiros disponibilizados para a área da saúde, conforme Quadro 5.

3.4.1.3 Indicador: Relação entre a SMS e o CMS

O objetivo desse indicador é avaliar a evidenciação de informações quanto à relação da SMS com o CMS, através do exercício do controle social com a indicação de ações a serem empreendidas pelo gestor do SUS.

A variável desse indicador é: *participação do Conselho nas decisões da Secretaria de Saúde*, cujo objetivo é a avaliação da evidenciação nos relatórios de prestação de contas, das ações empreendidas pela gestão do SUS frente às recomendações apresentadas pelo Conselho nos pareceres emitidos no exame de prestações de contas de períodos anteriores, conforme Quadro 6 (GONÇALVES *et al*, 2010).

Variável	Ponto de Análise
<i>Participação do Conselho nas decisões da Secretaria de Saúde</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar nos relatórios as respostas aos pareceres emitidos pelo CMS em prestações de contas anteriores? • Relatórios Quadrimestrais e RAG.

Quadro 6 – Indicador da relação entre a SMS e o CMS – Materialidade.

3.4.1.3 Indicador: Planos e expectativas relevantes da administração

Na avaliação prestação de contas, especialmente através do RAG, os conselheiros precisam analisar o cumprimento do planejamento que foi traçado no Plano Municipal de Saúde (PMS) e delineado no PPA, visto que essa avaliação proporcionará ao Conselho uma melhor percepção das ações implementadas na saúde e suas consequências no futuro.

No §1º do art. 19 da Lei Complementar nº 141/2012, cabe aos CMS a aprovação do PMS, demandando conseqüente o acompanhamento no cumprimento das metas traçadas no ato da análise dos relatórios de prestação de contas.

Segundo Vieira (2009), um dos grandes problemas de governança no SUS reside na desarticulação entre os instrumentos de gestão do sistema e os instrumentos de planejamento e orçamento público. Como geralmente são elaborados de forma independente, ocorrem deficiências no financiamento das ações planejadas.

O quadro 7 demonstra a variável desse instrumento que permite a referida avaliação: '*objetivos e metas para o exercício subsequente*', que busca avaliar a evidenciação do estabelecimento de objetivos e metas da gestão do SUS, a partir das diretrizes traçadas no PPA para o próximo exercício.

Variável	Ponto de Análise
<i>Objetivos e Metas para o exercício subsequente</i>	<ul style="list-style-type: none"> • A SMS apresentou no relatório os objetivos e metas para o exercício subsequente? • Relatórios Quadrimestrais, RAG, PPA, PMS.

Quadro 7 - Indicador dos Planos e expectativas da administração – materialidade.

3.4.2 Dimensão: Relevância

Hendriksen e Van Breda (1999, p. 97), destacam que um conceito de relevância era o padrão básico no ASOBAT - *A Statement of Basic Accounting Theory* – que destaca “a relevância (...) requer que a informação seja pertinente ou esteja associada, de maneira útil, a ações que visem facilitar ou aos resultados desejados”.

Niyama e Silva (2011, p. 104) afirmam que:

[...] as informações são relevantes quando influenciam as decisões econômicas dos usuários (do passado, presente e futuro), confirmando ou corrigindo as avaliações anteriores. A relevância das informações é afetada pela natureza e materialidade. Uma informação é considerada material quando sua omissão ou distorção influencia as decisões econômicas dos usuários.

Portanto, essa dimensão menciona que para a informação ser considerada relevante deverá carregar consigo aspectos de predição, confirmação e oportunidade, ou seja, estar disponível de forma tempestiva para que possa influenciar o processo decisório. (GONÇALVES *et al*, 2010).

Para construção dos indicadores dessa característica qualitativa da informação serão destacados três aspectos: Valor Preditivo, Valor confirmativo e Oportunidade, conforme demonstrado no Anexo B.

3.4.2.1 – Indicador: Valor Preditivo

No SFAC 2, o valor preditivo é conceituado como a qualidade da informação que ajuda os usuários a aumentarem a probabilidade de prever corretamente o resultado de eventos passados ou presentes.

A administração dos recursos públicos, especialmente, os recursos destinados para o financiamento do SUS são realizados na LOA através de dotações orçamentárias específicas, onde através de sua análise é possível verificar a proposta de aplicação de recursos na saúde. O § 4º do art. 30 da LC nº 141/2012 determina que cabe aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para o cumprimento das metas na saúde, portanto, sendo necessário a análise dessas informações nos relatórios de prestação de contas.

Neste contexto, o indicador do Valor Preditivo busca avaliar a evidenciação de informações que permitam a predição acerca da disponibilidade e aplicação de recursos

financeiros a serem destinados à área da saúde no exercício seguinte, conforme o Quadro 8. Utiliza-se a variável ‘*recursos financeiros previstos na proposta/lei orçamentária*’, cujo objetivo será avaliar a evidenciação dos recursos financeiros previstos na proposta/lei orçamentária para o exercício subsequente discriminando-os por programas e por ações de governo, e por fonte de recursos, no trimestre em análise (GONÇALVES *et al*, 2010).

Variável	Ponto de Análise
<i>Recursos financeiros previstos na proposta/lei orçamentária</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Foram demonstradas as aplicações de recursos financeiros previstos na LOA para o exercício seguinte? • Esses recursos foram discriminados por programas e por ações de governo e fonte de recursos? • Relatórios Quadrimestrais, RAG, PAS, LOA.

Quadro 8 - Indicador do Valor Preditivo – relevância

Esta variável está relacionada à proposta e à lei orçamentária simultaneamente porque a lei orçamentária é a consequência da proposta orçamentária. Assim, em determinado período a evidenciação deve recair sobre a proposta orçamentária. Em período posterior, a evidenciação deverá recair sobre a lei de orçamento, uma vez que a proposta foi transformada em lei. Ressalta-se ainda, que cabe ao conselheiro verificar se a proposta/lei orçamentária atende ao planejamento realizado no Plano Anual de Saúde (PAS) do município.

3.4.2.2 – Indicador: Valor Confirmativo

A informação também desempenha um papel em termos de confirmação ou correção de expectativas anteriores, segundo Hendriksen e Van Breda (1999, p. 98), (...) “a informação a respeito do resultado de uma decisão, frequentemente, é um dado crucial para a tomada da decisão seguinte”.

Nesse indicador o conselheiro busca obter informações sobre o efetivo cumprimento das metas físicas estimadas no PMS e PAS, cabendo à SMS prestar informações suficientes para que o Conselho avalie a realização das metas e caso contrário identifique os desvios e suas causas. Essa avaliação permite ao conselheiro propor ações corretivas para que se alcancem os objetivos traçados para a referida demanda da saúde.

A variável estabelecida para a referida avaliação é: ‘*confronto dos resultados obtidos com as metas estabelecidas para a área da saúde*’, cujo objetivo é avaliar a

evidenciação da realização das metas estabelecidas pela administração em períodos anteriores, conforme Quadro 9, (GONÇALVES *et al* 2010).

Variável	Ponto de Análise
<i>Confronto dos resultados obtidos com as metas estabelecidas para a área da saúde</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Há controle comparativo entre os resultados obtidos e as metas estabelecidas para área de saúde? • Nos relatórios do quadrimestre foram apresentados os dados das metas físicas? • Relatórios Quadrimestrais, RAG, PAS.

Quadro 9 - Indicador do Valor Confirmativo – relevância

3.4.2.3 – Indicador: Oportunidade

A informação somente terá relevância se estiver disponível tempestivamente, contribuindo para que o seu usuário tome às decisões pertinentes a mesma. Nesse sentido, Hendriksen e Van Breda (1999), destacam que a informação deverá estar disponível ao indivíduo que deseja tomar uma decisão antes de perder sua capacidade de influenciá-la.

Assim sendo, adotam-se as variáveis ‘*periodicidade de disponibilização dos relatórios*’ e ‘*disponibilização do relatório em análise*’, conforme Quadro 10. A variável ‘*periodicidade de disponibilização dos relatórios*’ tem por objetivo avaliar a evidenciação, em cada relatório de prestação de contas, da data de disponibilização do relatório referente ao próximo trimestre ao Conselho. (GONÇALVES *et al*, 2010).

Variável	Ponto de Análise
<i>Periodicidade de disponibilização dos relatórios</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Os relatórios de prestação de contas foram encaminhados ao CMS dentro do prazo legal? • A SMS obedeceu a periodicidade de envio dos relatórios? • Relatórios Quadrimestrais, RAG.
<i>Disponibilização do relatório em análise</i>	

Quadro 10 - Indicador da Oportunidade – relevância

Fonte – Próprio Autor.

A variável ‘*disponibilização do relatório em análise*’ tem por objetivo analisar a evidenciação do momento em que foi disponibilizado o relatório em análise. Esta variável pode ser vista também sob o prisma do valor confirmativo, todavia, está no indicador Oportunidade por ser esta a característica predominante e por ser complementar a primeira variável – *periodicidade de disponibilização dos relatórios* – componente do indicador Oportunidade. (GONÇALVES *et al*, 2010).

Os conselheiros deverão conhecer os prazos para disponibilização dos relatórios de prestação de contas pela SMS, a fim de verificar seu cumprimento e ainda, para promoverem as diligências necessárias para o seu cumprimento:

Relatório	Dispositivo Legal	Prazos
Relatórios Quadrimestrais	Art. 41 da LC nº141/2012	Maio – Setembro – Fevereiro
Relatório Anual de Gestão	§1º do art. 36 da LC nº 141/2012	Até 30 de março de cada ano.

Quadro 11 – Prazos para encaminhamento dos relatórios para o CMS

Fonte: Lei Complementar nº 141/2012.

Por fim, a avaliação da oportunidade dos relatórios de prestação de contas pressupõe a divulgação do momento em que as informações foram efetivamente disponibilizadas.

3.4.3 Dimensão: Confiabilidade

Niyama e Silva (2011) relatam que a Confiabilidade é alcançada quando a informação encontra-se livre de erros ou vieses relevante. Nesse sentido uma informação poderá ser relevante, porém, não confiável, quando o reconhecimento distorcer as demonstrações contábeis.

Utilizando a construção do instrumento para essa característica qualitativa da informação os aspectos delineados por Glautier e Underdown (1994), conforme demonstrado no Anexo C:

1. Conteúdo;
2. Valor descritível e mensurável;
3. Neutralidade;
4. Precisão; e
5. Prudência.

3.4.3.1 Indicador: Conteúdo

Nesse indicador busca-se identificar as prioridades na destinação de recursos, e como são estabelecidas, sendo útil à medida que possibilita o confronto com as metas e

objetivos estabelecidos, especialmente quanto à conduta da SMS perante a existência das retificações orçamentárias (GONÇALVES *et al*, 2010).

Para essa análise, se a informação encontra-se precisa e congruente com a realidade econômica, utiliza-se a variável ‘*divulgação das prioridades para destinação dos recursos financeiros*’, cujo objetivo é de avaliar a evidenciação das prioridades definidas pela gestão caso a execução orçamentária que demonstre uma insuficiência de recursos financeiros, frente aos objetivos e metas propostos, ao longo do exercício financeiro, conforme Quadro 12.

Variável	Ponto de Análise
<i>Divulgação das prioridades para destinação dos recursos financeiros</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Foram divulgadas nos relatórios as prioridades para destinação dos recursos financeiros?
<i>Evidenciação das retificações orçamentárias</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Houve remanejamento de recursos? • Relatórios Quadrimestrais, RAG; LOA.

Quadro 12 - Indicador do Conteúdo – confiabilidade

Durante a execução dos orçamentos, o gestor poderá ser surpreendido com novas demandas não previstas nos instrumentos de planejamento ou que os recursos destinados apresentam-se insuficientes para sua plena execução. Nessas situações, o gestor pode sob uma prévia autorização do legislativo, alterar o orçamento através de suplementações e/ou retificações orçamentárias, que consiste na realocação de recursos de uma dotação orçamentária para outra que demande mais recursos.

Diante dessa possibilidade, de alteração dos orçamentos, faz-se necessário que os conselheiros tenham condições de visualizar e analisar tais modificações, com suas respectivas justificativas. Assim, demanda-se a evidenciação desses eventos, permitindo uma representação fidedigna dos relatórios.

Nesse contexto, adotou-se a variável ‘*evidenciação das retificações orçamentárias*’, a qual tem por objetivo avaliar a evidenciação das retificações orçamentárias que envolvam o orçamento da área da saúde (GONÇALVES *et al*, 2010).

3.4.3.2 Indicador: Valor Descritível e Mensurável

Essa variável tem o objetivo de identificar o planejamento que a SMS possui quanto ao cumprimento das metas na área de saúde contidas no PPA. Nessa análise, os

conselheiros poderão avaliar a perspectiva financeira para o cumprimento das metas delineadas no PPA (GONÇALVES *et al*, 2010).

Dessa forma, adotou-se a variável ‘*previsão de recursos para os exercícios compreendidos no PPA para a área da saúde*’, cujo objetivo é avaliar a evidenciação de informações relacionadas à previsão de recursos financeiros para cada um dos programas contidos no PPA do município relacionados à área da saúde, conforme Quadro 13.

Variável	Ponto de Análise
<i>Previsão de recursos para os exercícios compreendidos no PPA para a área da saúde</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Foram previstos recursos suficientes para cumprir as metas e ações descritas no PPA? • O PPA é exequível? • Relatórios Quadrimestrais, RAG; PMS, PPA.

Quadro 13 - Indicador do Valor descritível e mensurável – confiabilidade

Faz-se necessário avaliar a integração dessa previsão de recursos entre o PMS e o PPA, cabendo ao conselheiro certificar que as prioridades da saúde previstas no planejamento serão atendidas.

3.4.3.3 Indicador: Neutralidade

Para a confiabilidade da informação dos relatórios de prestação de contas é importante verificar se a mesma encontra-se isenta de um direcionamento do gestor, ou seja, o gestor seleciona apenas as informações que julgar necessária.

O ponto relevante dessa avaliação é a evidenciação pelos gestores do SUS das dificuldades e/ou fragilidades enfrentadas na administração dos recursos e não apenas a divulgação das informações positivas alcançadas pela SMS.

Variável	Ponto de Análise
<i>Divulgação dos pontos que necessitam de melhorias</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Houve a divulgação no relatório dos pontos que necessitam de melhorias? • O relatório apresenta-se imparcial ou as informações foram direcionadas? • Relatórios Quadrimestrais, RAG; PMS, PPA; PAS; LOA.

Quadro 14 - Indicador da Neutralidade – confiabilidade

Assim, adota-se a variável ‘*divulgação dos pontos que necessitam de melhorias*’, cujo objetivo é avaliar a evidenciação da análise, a partir da confrontação dos resultados alcançados com as metas estabelecidas, dos pontos da gestão que necessitam de melhorias.

3.4.3.4 Indicador: Precisão

Para constatar a precisão dos relatórios, os conselheiros deverão verificar a omissão de informações de forma deliberada pelo gestor, prejudicando a qualidade das informações prestadas.

Cabe ao gestor do SUS, cumprir criteriosamente a legislação, na qual se encontra subordinado para a gestão dos recursos a serem aplicados na saúde pública, especialmente, a Lei Complementar nº 141/2012, a Lei Federal nº 8.689/93, e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 333/2003, as quais determinam que os relatórios de prestação de contas contenham: o andamento da agenda de saúde pactuada; a plena integração dos instrumentos de planejamento, inclusive com a manifestação/autorização do CMS; relatório de gestão; montante, fonte e forma de aplicação dos recursos aplicados; auditorias iniciadas e concluídas no período; e oferta e produção de serviços na rede assistencial.

Dessa forma, ao adotar a variável ‘*evidenciação do conteúdo legal*’, cujo objetivo é avaliar se o conteúdo exigido pelas normas que regem a prestação de contas está sendo divulgado, conforme Quadro 15.

Variável	Ponto de Análise
<i>Evidenciação do conteúdo legal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Observou-se toda a legislação pertinente a referida prestação de contas? • Cumriu-se a LC nº 141/2012; Lei nº 8.689/93; Res. CNS nº 333/2003? • Relatórios Quadrimestrais, RAG; PMS, PPA; PAS; LOA.

Quadro 15 - Indicador da Precisão – confiabilidade

3.4.3.5 Indicador: Prudência

A prudência está relacionada à preocupação em estabelecer estimativas quanto à ocorrência de eventos futuros que no momento de sua elaboração são incertos de ocorrerem (Glautier e Underdown, 1994).

Deste modo a LOA deve conter a reserva de contingência, que é uma dotação global com a finalidade de atender os passivos contingentes e outros riscos fiscais imprevistos. A LDO, através de seus anexos de riscos e metas fiscais estabelece o montante e a forma de utilização da reserva de contingência. Essas reservas constituem, portanto, em

provisões que garantem o equilíbrio das contas públicas, especialmente na área de saúde, para situações emergenciais e imprevistas.

Estabeleceu-se, portanto, a variável ‘*reserva de recursos financeiros frente a eventos incertos e eventuais*’, cujo objetivo é avaliar a evidenciação da estimativa e reserva de recursos para enfrentar possíveis eventos que possam vir a ocorrer em períodos futuros (reserva de contingências), tais como surtos ou qualquer outro problema eventual que atinja negativamente a saúde pública, conforme o Quadro 14 (GONÇALVES *et al* 2010).

Variável	Ponto de Análise
<i>Reserva de recursos financeiros frente a eventos incertos e eventuais</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Há a reserva de recursos financeiros frente a eventos incertos e eventuais? • Constitui-se reserva de contingência? • Relatórios Quadrimestrais, RAG; PMS, PPA; PAS; LOA.

Quadro 16 - Indicador da Prudência – confiabilidade

3.5. Objeto de Estudo e Critérios de Exclusão

O objeto de estudo dessa pesquisa é composto pelos Relatórios Anuais de Gestão dos exercícios de 2010 a 2012; dos Relatórios Trimestrais de Prestação de Contas dos exercícios de 2010 e 2011; e dos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas do exercício de 2012 apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis ao Conselho Municipal de Saúde, e ainda as manifestações feitas pelo conselho sobre esses relatórios, tais como pareceres, resoluções, entre outros, que possibilitem avaliar o processo de prestação de contas.

Considerando a utilização de uma amostra não probabilística, visto que a abrangência da pesquisa configura um ciclo de planejamento da saúde, vinculado ao período de vigência do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 e do Plano Plurianual 2010-2013 de Anápolis. Segundo Neves e Domingues (2007), a amostra não probabilística constitui-se de critérios exclusivos do pesquisador, a fim de atender o método de pesquisa.

Ressalta-se que com a promulgação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2013, nos termos do art. 36 alterou a periodicidade de apresentação dos relatórios de prestação de contas de trimestrais para quadrimestrais, fato esse que justifica a existência na amostra de relatórios trimestrais e quadrimestrais.

Com base nos critérios observados, a amostra é constituída por 8 (oito) relatórios trimestrais (2010 e 2011), 4 (quatro) relatórios quadrimestrais (2012) e 3 (três) relatórios anuais de gestão (2010 a 2011), totalizando 15 (quinze) relatórios de prestação de contas.

Optou-se pelo último dentre os quatro trimestres de cada exercício financeiro e três quadrimestrais pelas características intrínsecas ao instrumento de avaliação dos relatórios de prestação de contas no que diz respeito a avaliar questões relacionadas ao exercício em análise, bem como relativas à apresentação de informações relacionadas ao exercício seguinte, tais como previsão orçamentária e estabelecimento de metas.

3.6. Técnica de Coleta de Dados

Segundo Neves e Domingues (2007), um instrumento de coleta de dados deve ser específico para um determinado público-alvo e corretamente dimensionado para o tamanho do estudo. Assim, ao aplicar as diversas técnicas para avaliação do processo de prestação de contas dos relatórios encaminhados pela SMS ao CMS de Anápolis/GO, tais como: análise documental, observação, questionários, entrevista em grupo e seminário, conforme descrito no item 4.1 desta pesquisa.

Para análise documental, foi avaliada a qualidade da informação contábil dos relatórios de prestação de contas do SUS, coletaram dos relatórios do quarto trimestre dos exercícios de 2010 e 2011; do terceiro quadrimestre de 2012; e dos Relatórios Anuais de Gestão dos exercícios de 2010 a 2012, que foram disponibilizados pelo CMS de Anápolis. Contudo, os relatórios do terceiro quadrimestre de 2012 e o Relatório Anual de Gestão do exercício de 2012 não foram disponibilizados pela SMS.

O Conselho disponibilizou ainda o Plano Municipal de Saúde do município do período de 2010-2013 e os respectivos pareceres de análise da prestação de contas encaminhadas ao mesmo.

Na consecução da pesquisa participante foram aplicados o roteiro de observação (Apêndice A), questionário (Anexo D) e entrevista coletiva (Apêndice B), conforme descrito no item 3.3, coletando as informações necessárias para o diagnóstico e planejamento da pesquisa. Os referidos instrumentos de pesquisa foram aplicados no Conselho Municipal de Saúde de Anápolis/GO, com foco específico na Comissão de Prestação de Contas, composta por nove conselheiros.

3.7 A Análise e Interpretação dos Dados

Na análise e interpretação dos dados coletados utilizou-se o instrumento de pesquisa proposto por Gonçalves *et al* (2010), avaliando as características qualitativas da informação contábil dos relatórios de prestação de contas, descritos no item 3.6 desta pesquisa, com o objetivo de subsidiar a avaliação do processo de prestação de contas da SMS ao CMS e fomentar o diagnóstico realizado por meio da pesquisa participante, conforme realizado no item 4.1.

Segundo Neves e Domingues (2007), nas pesquisas qualitativas, a análise dos dados, embora se valha de medidas estatísticas descritivas, normalmente utiliza um discurso subjetivo por meio de análises semânticas ou de conteúdo dos textos e depoimentos coletados, a fim de comporem um caminho coerente e lógico que permita chegar a uma solução para o problema de pesquisa.

3.8 Limitações Metodológicas do Estudo

Quanto às limitações intrínsecas ao trabalho tem-se o fato de que as considerações estão restritas ao CMS de Anápolis, haja vista que não foram analisados outros Conselhos de Saúde. Pode-se colocar também o fato da característica intervencionista da pesquisa participante, gerando uma relação direta entre o sujeito e o objeto da pesquisa, portanto, restringindo os resultados à realidade avaliada no referido Conselho de Saúde.

Outro fator limitante da pesquisa é a heterogeneidade de conhecimentos técnicos dos conselheiros do CMS de Anápolis, e conseqüentemente, a dificuldade de compreensão dos documentos utilizados nos relatórios de prestação de contas, fato comum observado em outras pesquisas, destacam Saliba *et al* (2009), realizada em cinco municípios do Estado de São Paulo.

Ressalta-se ainda, que a utilização do instrumento de avaliação dos relatórios, perante, as características qualitativas da informação contábil, tem o intuito de coletar e avaliar dados quanto à abordagem das variáveis, portanto, não pretende mensurar as dimensões utilizadas no instrumento.

Corroborando com as observações de Gonçalves *et al* (2010), em pesquisa realizada no Conselho de Saúde do Distrito Federal, o conteúdo dos relatórios de prestação de contas não restringe aos aspectos analisados nessa pesquisa, desta forma, existem informações contidas nos relatórios que não foram objeto de discussão.

4. RESULTADOS E ANÁLISES

A coleta de dados foi desenvolvida a partir do instrumento de avaliação dos relatórios apresentado no item 3.4, e tomando-se como períodos os relatórios de prestação de contas do 4º trimestre dos exercícios de 2010 e 2011; do relatório do 3º quadrimestre de 2011; e os relatórios anuais de gestão dos exercícios de 2010, 2011 e 2012.

A avaliação dos relatórios realizou-se através da técnica de análise de conteúdo da informação dos referidos relatórios de prestação de contas dos exercícios de 2010 e 2011. Quanto aos relatórios do exercício de 2012, a metodologia utilizada foi à pesquisa participante, realizada inicialmente um diagnóstico do processo de prestações de contas e avaliação realizada pelos conselheiros.

Posteriormente, realizou-se um Seminário com o treinamento dos conselheiros da Comissão de Prestação de Contas, a fim de instruí-los com o instrumento de avaliação dos relatórios (item 3.4) que permita uma análise criteriosa da qualidade da informação prestada. Por fim, promoveu-se uma avaliação da percepção dos conselheiros em relação aos processos de prestação de contas após a ação intervencionista do pesquisador.

4.1. Análise dos Resultados da Pesquisa Participante

4.1.1 Fase Exploratória – Diagnóstico Situacional

A fase inicial do levantamento de dados sobre o diagnóstico da avaliação dos relatórios de prestação de contas encaminhados pela SMS ao CMS de Anápolis realizou-se a coleta de informações institucionais do conselho e a participação de algumas reuniões plenárias, especialmente, as relacionadas à Comissão de Prestação de Contas.

4.1.1.1 Histórico do Conselho Municipal de Saúde de Anápolis

O Conselho Municipal de Saúde de Anápolis foi criado pela Lei Municipal nº 2.080, de 06 de maio de 1993, alterada pela Lei Municipal nº 3.036, de 09 de dezembro de 2003 e posteriormente, regulamentada pelo Decreto nº 29.836, de 04 de março de 2010, tendo como finalidade o disposto no art. 2º de seu Regimento Interno:

“O Conselho Municipal de Saúde de Anápolis é um órgão colegiado de composição paritária entre o governo e a sociedade civil, parte integrante do Sistema Único de Saúde, de caráter permanente, deliberativo, normativo, fiscalizador, consultivo, corresponsável pela elaboração da política Municipal de Saúde, com a finalidade de exercer o controle social, sobre as ações e serviços de Saúde de qualquer natureza, bem como os aspectos econômicos, financeiros e recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis”.

Atualmente, o CMS de Anápolis conta com 24 (vinte e quatro) conselheiros membros efetivos, e suplentes em igual número, distribuídos em 22 Comissões e Grupos de Trabalho, conforme disposição abaixo:

- 1) Álcool e drogas;
- 2) Alimentação e Nutrição;
- 3) Ciência e Tecnologia;
- 4) Ética do CMS;
- 5) Intersetorial de Saúde Bucal;
- 6) Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia;
- 7) Permanente de Assistência Farmacêutica;
- 8) Comunicação e Informação;
- 9) DST – AIDS;
- 10) Educação Permanente;
- 11) Pessoas com Deficiência;
- 12) Pessoas com Patologias;
- 13) População de Lésbicas, Bissexuais e Travestis;
- 14) População Negra;
- 15) Práticas Integrativas e Complementos do SUS;
- 16) Saneamento e Meio Ambiente;
- 17) Saúde da Criança e do Adolescente;
- 18) Saúde da Mulher;
- 19) Saúde do Idoso;
- 20) Saúde do Trabalhador;
- 21) Saúde Mental;
- 22) Prestação de Contas.

A sede do Conselho encontra-se no prédio da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, contando com estrutura de móveis e equipamentos de informática básicos.

4.1.1.2 Comissão de Prestação de Contas do CMS de Anápolis/Go.

A Comissão de Prestação de Contas do CMS de Anápolis possui 9 (nove) conselheiros, as reuniões acontecem mediante convocação para analisar e deliberar sobre os relatórios de prestações de contas encaminhados pela SMS ao conselho. A comissão após análise dos relatórios emite um parecer que é submetido ao Plenário do Conselho para deliberação e aprovação.

4.1.1.3 Observação Não Participante da Comissão de Prestação de Contas do CMS de Anápolis/Go.

No dia 16 de outubro de 2012, realizou-se no CMS de Anápolis, a reunião da Comissão de Prestação de Contas para avaliar o Relatório de Prestação de Contas do 4º Trimestre de 2011, aplicando a técnica de ‘*Observação Não Participante*’, conforme roteiro de observação estruturado (Apêndice A), cujos aspectos observados são descritos no Quadro 17.

Ponto de Observação	Observação Realizada
1) Verificar qual o tempo disponibilizado à apresentação do relatório	✓ O relatório de Prestação de Contas do 4º Trimestre de 2011 foi apresentado por aproximadamente 25 minutos.
2) Verificar o comportamento dos conselheiros diante da informação que está sendo prestada durante a apresentação do Relatório de Prestação de Contas	✓ Durante a apresentação alguns conselheiros ficaram dispersos; ✓ Os questionamentos foram muito pontuais, referente a especificidades de alguma unidade de saúde ou atendimento médico específico, demonstrando relação direta com o ambiente de trabalho do conselheiro. Ressalta-se que as perguntas demonstravam pouca relação com as informações apresentadas pela SMS ou com o relatório divulgado.
3) Verificar se os conselheiros, quando apresentados as destinações de recursos financeiros, se posicionam da mesma forma que o fazem quando são apresentadas informações sobre outras atividades desenvolvidas pela SMS (ex: combate à dengue, número de crianças vacinadas, etc.).	✓ Com base nos questionamentos realizados por alguns conselheiros, verifica-se pouca compreensão ou importância dada a destinação apresentada, visto que pretendia saber o motivo de não haver aplicação para um procedimento específico. Exemplo: Um conselheiro questionou por que não houve aplicação de recursos em cirurgias eletivas ou por que se aplicou (a SMS) recursos em tratamento odontológico familiar em quantidade excessivamente superiores a capacidade dos profissionais cadastrados pelo SUS

(continua página seguinte)

(continuação página anterior)

<p>4) Observar o comportamento do apresentador do relatório (funcionário da SMS) quando tem que responder aos questionamentos dos conselheiros (sinais de arrogância, busca da intimidação, etc.).</p>	<p>✓ Diante da insistência de alguns conselheiros em discutir repetidamente um assunto pontual, houve um desentendimento entre o apresentador do relatório e o conselheiro;</p> <p>✓ O apresentador por várias vezes não respondeu de forma clara e objetiva as perguntas formuladas, sempre buscando mudar o foco do questionamento.</p>
<p>5) Verificar se o apresentador demonstra conhecimento do conteúdo do relatório que está apresentando e se mostra disposto a aprofundar o debate sobre as questões levanta</p>	<p>✓ Foi verificado que o apresentador não dominava todo o conteúdo do relatório, visto não conseguir esclarecer como o mesmo foi elaborado. Em diversos momentos, respondia aos conselheiros que aquele demonstrativo era padrão e que o sistema disponibilizava daquela forma;</p> <p>✓ Quanto ao aprofundamento das discussões, o apresentador mostrou-se impaciente e afirmava que não tinha informações para tais esclarecimentos.</p>
<p>6) Quando as dúvidas não são sanadas durante a plenária, o apresentador mostra-se disponível à busca da informação e propõe um prazo para saná-la, ou usa de artifícios burocráticos para não ser mais importunado (ex: enviem um ofício para a SMS solicitando esclarecimentos que o setor competente analisará o questionamento e, se for pertinente, atenderá...)? Afinal, ele deixa aberto o canal de comunicação ou dificulta?</p>	<p>✓ Nos pontos polemizados pelos questionamentos dos conselheiros, o apresentador mostrou-se impaciente e afirmou que o CMS deveria fazê-los oficialmente através de ofícios encaminhados ao Secretário de Saúde ou o Prefeito.</p> <p>✓ O apresentador do relatório não respondeu as perguntas pontuais, dizendo que o relatório é alimentado de forma automática, através da execução do Orçamento Público, e sendo assim, não possui informações específicas. Utilizou um tom de intimidação, dizendo que não responderia as perguntas fora do escopo do relatório e que deveriam encaminhá-las por escrito para a SMS.</p> <p>✓ Como os conselheiros persistiram nos questionamentos pontuais, o apresentador alegou que tinha outros compromissos e retirou-se da reunião.</p> <p>✓ Foi possível observar que apenas um conselheiro demonstrava conhecimento do conteúdo do relatório de CMS, onde buscava sempre tirar dúvidas sobre a apresentação. Ressalta-se, porém, que alguns de seus questionamentos não se relacionavam ao conteúdo apresentado.</p>
<p>7) Observar se todos os conselheiros receberam o relatório e se há evidências de que todos o analisaram.</p>	<p>✓ Não foi possível constatar se todos os conselheiros da comissão de prestação de contas receberam previamente a Prestação de Conta, portanto, fica precária qualquer afirmação quanto à análise prévia dos relatórios.</p>

Quadro 17 – Observação Não Participante da Reunião da Comissão de Prestação de Contas em 16/10/2012.

Com base nas informações levantadas na observação realizada, conforme o Quadro 17, fica evidente que os questionamentos e análises dos conselheiros são pontuais e vinculados estritamente ao seu ambiente de atuação profissional, não sendo discutido os aspectos gerais do relatório, o cumprimento das metas definidas no planejamento (Plano de Saúde) e da aplicação dos recursos na saúde. Quanto à apresentação do relatório pela SMS de Anápolis, o despreparo do apresentador que não possuía conhecimentos necessários acerca das informações contidas no relatório, prejudicando os esclarecimentos dos conselheiros, também pode ser observado.

Outro ponto relevante nessa observação é a intempestividade da apresentação do relatório, visto que se refere ao 4º Trimestre de 2011, sendo apresentado no segundo semestre de 2012.

Com base na análise dos documentos disponibilizados pelo CMS de Anápolis, referente às suas manifestações sobre as prestações de contas encaminhadas pela SMS, tais como ofícios e resoluções, nesse cenário, há divergências entre os dois entes, visto que os relatórios de gestão dos exercícios de 2009, 2010 e 2011 não foram aprovados pelo conselho, perante divergências na informação prestada ou ausência de informações demandadas, são as inferências que puderam ser compreendidas.

Contextualizando essa percepção, verifica-se que a SMS solicita informações do CMS sobre a ausência de manifestação sobre os relatórios de gestão dos exercícios de 2009 e 2010, relatando que esse fato impossibilita-a em apresentar as contas do exercício de 2011, conforme Ofício nº 022/2011-SEMUSA, de 19 de janeiro de 2012 (Anexo H):

“A par de cumprimentá-lo, venho através deste, solicitar a vossa senhoria, informações sobre a conclusão da análise das prestações de contas referente aos exercícios de 2009, 2010 e 2011, uma vez que já findamos o exercício de 2011 e ainda não obtivemos a certidão atestando ou não a legalidade das prestações de contas enviadas a este conselho. Esclarecemos que a falta da certidão do exercício de 2009 está impedindo que seja impetrado recurso ao Balancete de dezembro de 2009 junto ao Tribunal de Contas dos municípios, bem como a certidão do exercício de 2010 que necessita urgentemente de ser juntada ao Balancete de dezembro de 2010 que se encontra em análise no Tribunal de Contas dos Municípios. Ademais, a conclusão da análise das prestações de contas do exercício de 2009 e 2010 impedem que a prestação de contas do exercício de 2011 seja analisada, pois ao encaminhar o Balancete de dezembro de 2011 ao Tribunal de Contas dos Municípios, o mesmo deverá conter a Certidão referente ao exercício de 2010, sob pena de ter o Balancete Rejeitado com imputação de Multa. Aproveitamos a oportunidade para solicitar informações acerca dos documentos referentes ao exercício de 2011 os quais já foram encaminhados a este conselho para análise, sendo que estamos somente aguardando esta informação para encaminharmos a documentação restante. E ainda solicitamos cópia da Lei que criou o Conselho Municipal de Saúde do Município e cópia do ato de nomeação dos membros do Conselho Municipal de Saúde, com indicação dos segmentos que representam, sendo estes documentos necessários para preenchimento do SIOPS 1º e 2º semestre de 2011”.

Em resposta ao ofício da SMS o CMS apresentou o Relatório/Parecer: Relatório de Gestão 2009 e 2010 (Anexo I), recebido pela secretaria no dia 13 de janeiro de 2012, apontando diversas irregularidades. Apresentaram também, os Ofícios CMS n° 13, 14, 16 e 17/2012, todos datados no dia 08 de fevereiro de 2012 e encaminhados a SMS, onde solicitava diversos esclarecimentos sobre as prestações de contas de 2009 e 2010.

Outro fator relevante para análise do ambiente de prestação de contas são os encaminhamentos do CMS aos órgãos de controle externo, como o Ministério Público, onde por meio do Ofício CMS n° 018/2012, de 08 de fevereiro de 2012, encaminha cópia dos ofícios enviados a SMS para acompanhamento daquela Promotoria.

Neste contexto, segundo Ramos *et al* (2012, p. 67), é necessário que seja superadas essas dificuldades de interlocução entre a SMS e o CMS de Anápolis:

“Para que os conselhos se concretizem como mecanismos efetivos da democracia e para que se garanta certa autonomia em relação ao poder executivo faz-se necessário, em primeiro lugar, que sejam diminuídas as dificuldades de interlocução entre os representantes da sociedade civil e do poder público. Desta forma, todos devem ser respeitados e considerados pelo simples fato de pertencerem a uma sociedade que garanta que todos são iguais em deveres e obrigações, e não tratados como minorias”.

Essa situação originada no início do exercício de 2012 permanece até o momento de realização dessa pesquisa, visto que o CMS encaminha a diversos órgãos de controle externo, tais como: Ministério Público, Tribunal de Contas da União, Tribunal de Contas dos Municípios, Conselho Nacional de Saúde, o ofício CMS n° 090/2013, de 05 de junho de 2013 (Anexo F), relatando os diversos documentos encaminhados a SMS no intuito de promover a análise das contas apresentadas no relatório de gestão dos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012.

4.1.2 Fase da Pesquisa Aprofundada ou Planejamento

No diagnóstico inicial realizado constatou-se que o Conselho Municipal de Saúde de Anápolis/GO encontra-se estruturado com várias comissões e grupos de trabalho temáticos, conforme descrito no item 4.1.1.1, possuindo uma Comissão de Prestação de Contas com nove conselheiros, possibilitando uma análise mais detalhada dos relatórios de prestação de contas encaminhados pela SMS. Ressalta-se que a existência dessa comissão é um fator diferencial do CMS de Anápolis/GO, visto não ser comum essa estrutura de avaliação das contas na maioria dos conselhos do país.

Foi possível examinar ainda, que conforme observação descrita no item 4.1.1.3, que a percepção dos conselheiros perante a apresentação do relatório de prestação de contas é de uma análise pontual, restringindo à área específica de conhecimento ou de atuação profissional do conselheiro.

Na consecução dessa fase da pesquisa participante foi aplicado um questionário para análise da percepção dos conselheiros e realizada análise dos relatórios coletados conforme item 3.6, com o intuito de verificar a qualidade da informação econômico-financeira disponibilizada ao conselho. As informações coletadas no questionário e na análise de conteúdo dos relatórios foram confrontadas para avaliação do processo de prestação de contas previamente a intervenção da pesquisa, subsidiando ainda, a estruturação do Seminário aplicado no item 4.1.3.

4.1.2.1 Aplicação do Questionário

No intuito de coletar dados quanto à percepção dos conselheiros sobre o processo de prestação de contas do SUS, aplicou-se um questionário (Anexo D) a 17 conselheiros, representando uma amostra de 70,84% do CMS (o conselho possui 24 conselheiros efetivos), que participaram da reunião plenária para votação do parecer da Comissão de Prestação de Contas, referente ao 4º Trimestre de 2011. O questionário é composto de oito perguntas fechadas, que aborda questões sobre o nível de conhecimento, sobre o funcionamento do SUS e das necessidades locais ao processo decisório; sobre o grau de compreensão, qualidade das informações e a tempestividade de sua disponibilização; e a necessidade de capacitação dos conselheiros à análise dos relatórios. Para cada pergunta foram atribuídas notas em uma escala de 0 a 10 ou 0% a 100%, conforme o grau de concordância dos respondentes.

Quanto ao perfil dos respondentes verificou-se que 58,82% eram do gênero masculino; 52,94% possuem curso superior nas mais variadas áreas do conhecimento, tais como enfermagem, economia, contabilidade, filosofia, psicologia, saúde bucal, entre outros, 35,29% possuem curso técnico e 11,76% possuem formação no ensino fundamental. Quanto à representatividade no CMS, 70,59% representam a Sociedade Civil e 29,41% representam o Governo. Segundo Ramos *et al* (2012), essa heterogeneidade dos conselheiros não se configura como um fator de criar forças desiguais no conselho, visto que o conhecimento do ambiente profissional e o acesso à informação são fatores mais determinantes para essa composição de controle.

Em análise as respostas dos conselheiros verificaram-se quanto ao conhecimento sobre o funcionamento do SUS, que 41,18% apontaram notas de 8 a 10; 35,29%, notas de 6 a 7; e 23,53%, notas de 4 a 5. E quanto à importância das necessidades locais para a tomada de decisões nas matérias atinentes ao CMS, apontando as notas de 8 a 10 para 70,59%; de 6 a 7 para 17,65%; e de 4 a 5 para 11,76%, dos respondentes. Esse alto grau de concordância, demonstra que os conselheiros julgam-se sem condições para o exercício de suas atribuições no CMS, porém, faz-se necessário ressaltar que dos 17 respondentes, 9 fazem parte da Comissão de Prestação de Contas, podendo essa característica influenciar a percepção dos mesmos sobre o tema.

Quanto à compreensão das informações econômico-financeiras nos relatórios de prestação de contas verificou-se que 29,41%, atribui nota de 8 a 10; 29,41%, nota de 6 a 7; 35,29%, nota de 4 a 5; e 5,88%, nota de 2 a 3; e quanto à qualidade dessa informação: 29,41%, nota de 8 a 10; 41,18%, nota de 6 a 7; e 29,41%, notas de 4 a 5; fato que demonstra uma concordância pelos respondentes, perante a compreensão da informação, julgando-a de qualidade. Porém, essa condição contradiz com as respostas ofertadas na entrevista em grupo aplicada aos conselheiros da comissão de prestação de contas, previamente ao treinamento, pois informam não possuir entendimento técnico para avaliar as informações, conforme item 4.1.3 deste trabalho.

Com base na análise das respostas dos conselheiros, que afirmam estar em condições para o exercício de suas atribuições, podem ser compreendidas as informações apresentadas pela SMS. Para Silva *et al* (2012), essa condição não corrobora com uma realidade comum para os conselhos, visto que geralmente, os conselheiros são despreparados e não existe uma política de capacitação permanente, por meio da política de educação permanente em saúde. Sendo assim, os resultados obtidos na entrevista em grupo aplicada no item 4.1.3, demonstram que essa autoavaliação não representa plenamente a esta realidade.

Quanto ao grau de conhecimento frente aos problemas de saúde, 50% dos respondentes atribuíram notas de 8 a 10; 25%, notas de 6 a 7; 18,75%, nota de 4 a 5; e 6,25%, nota de 2 a 3. Quanto à disponibilização de informações necessárias ao processo decisório 56,25% dos respondentes, atribuíram nota de 8 a 10; 18,75%, nota de 6 a 7; e 25%, nota de 4 a 5. Nesse contexto, verifica-se que os conselheiros julgam conhecer os problemas de saúde e concordam que as informações necessárias para sua decisão são disponibilizadas. Destaca-se que o alto grau de concordância deve-se ao fato que as análises dos relatórios de prestação de contas são realizadas pela Comissão de Prestação de Contas, proporcionando pela habitualidade de função uma maior afinidade as informações prestadas. Porém, esse fato é

contestado pela análise aos documentos emitidos pelo Conselho, tais como ofícios enviados a SMS, onde cobram reiteradamente que o mesmo apresente informações complementares às prestações de contas, demonstrando a insuficiência da informação.

Quanto à melhoria de que com maiores informações disponíveis para o processo decisório, constatou-se que 93,75% dos respondentes, atribuem nota de 8 a 10; e 6,25%, nota de 4 a 5; comprovando que os conselheiros consideram essa melhor divulgação de grande importância para tomada de decisões.

E quanto ao interesse de participarem de um treinamento voltado para melhoria da análise dos relatórios apurou-se que 88,24% dos respondentes, atribuíram notas de 8 a 10; 5,88%, nota de 6 a 7; e 5,88%, nota de 4 a 5; demonstrando também, um grande interesse em participarem.

Por fim, o questionário (pergunta 9), solicitava aos respondentes que ordenassem quais os assuntos consideram prioritários para o processo decisório, obtendo a “Gestão de Saúde” e as “Políticas de Saúde” como os assuntos de maior prioridade para a tomada de decisões.

Neste contexto, com base nas respostas, verifica-se que algumas contradições nas respostas dos conselheiros do CMS de Anápolis, foram inicialmente considerados aptos ao exercício de suas atribuições no conselho e que as informações apresentadas nos relatórios são suficientes, porém, julgam necessário melhores informações e capacitação para realizarem a análise dos relatórios de prestação de contas. Outro fator, é que na aplicação da entrevista em grupo na fase de ação dessa pesquisa (item 4.1.3), os conselheiros da comissão de prestação de contas destacaram a falta de qualificação técnica e dificuldades na compreensão das informações, não legitimando a percepção inicial.

Porém, um ponto comum ao questionário e a entrevista aplicada é a necessidade de capacitação dos conselheiros para o exercício de suas atribuições, comungando com a proposta de Cotta *et al* (2010), que visa a capacitação dos conselheiros e uma melhor instrumentalização dos conselhos para uma mais adequada participação e controle social da saúde.

4.1.2.2 Análise dos Relatórios de Prestação de Contas

No intuito de subsidiar o planejamento da pesquisa, paralelamente a aplicação dos questionários, conforme descrito no item 4.1.2.1, realizou-se a análise dos relatórios de prestação de contas dos exercícios de 2010, 2011 e 2012, lembrando que devido à ausência dos relatórios do terceiro quadrimestre de 2012 e do Relatório Anual de Gestão de 2012 que não foram disponibilizados pela SMS de Anápolis ao CMS, a análise do exercício de 2012 ficou restrita a análise dos relatórios do primeiro e segundo quadrimestre de 2012.

Essa análise tem como objetivo identificar se as informações disponibilizadas aos conselheiros podem contribuir para o exercício de suas atribuições legais e controle social. O que se propõe nessa discussão é que o exercício do controle social não se faz pela maior quantidade de informações apresentadas pelos agentes públicos, mas pela disponibilidade de informações suficientes e de fácil entendimento para que os seus usuários façam uso (CORBARI, 2004).

Na análise da dimensão da “*materialidade*”, cujo objetivo é identificar se a informação prestada possui as características necessárias para o cumprimento dos planos para a saúde e os recursos necessários para o cumprimento de seus objetivos e metas. Nessa dimensão são abordados quatro indicadores e variáveis: “*dados quantitativos*”, “*itemização dos dados financeiros*”, “*relação entre o SMS e o CMS*”, e “*Planos e expectativas relevantes da administração*”.

No indicador “*dados quantitativos*” por meio de sua variável “*evidenciação da aplicação dos recursos financeiros*” constatou-se a característica “*Média*” para os exercícios de 2010, 2011 e 2012, visto que a evidenciação é incompleta, não havendo um detalhamento dos recursos aplicados. Verificou-se que nos relatórios são apresentadas tabelas sintéticas, tais como Balancete da Receita Orçamentária e Extra Orçamentária; Razão das Contas Correntes Vinculadas, não sendo evidenciadas as aplicações/destinações de recursos por programas e ações governamentais da saúde.

Outro fator que autentica essa análise é a percepção demonstrada pelos conselheiros, no qual, apresentam uma compreensão parcial da informação prestada. Destaca-se ainda que, nas observações, coletas de dados e ainda análise da legislação que regulamenta o processo de prestação de contas, especialmente, nos arts. 34 a 36 da Lei Complementar nº 141/2012, nota-se a inexistência da exigência de detalhamento da informação a ser prestada aos conselhos, restringindo-se aos Demonstrativos das Despesas de Saúde integrantes do Relatório Resumido da Execução Orçamentária; e Relatório emitido pelo gestor do SUS informando: *i) montante e fonte dos recursos aplicados no período; ii) auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; e iii) oferta e*

produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

As confirmações parciais realizadas pela SMS ao CMS, segundo Gonçalves *et al* (2011) implica na impossibilidade dos conselheiros estabelecerem maiores inferências sobre a eficiência na alocação dos recursos, visto que a inexistência de detalhamentos por programa e ação. A consequência desse fato recai sobre o exercício do controle social na saúde, pois, os conselheiros não possuem as informações necessárias para avaliarem o que foi previsto nos instrumentos de planejamento e o que foi realizado.

Essa necessidade de instrumentalizar os conselheiros para acesso e compreensão das informações relacionadas à área da saúde, que segundo Alencar (2012) é descrito como condição necessária para melhoria da interlocução do conselho com a SMS e consequente protagonismo do controle social do SUS. A autora destaca esse ponto como uma demanda expressa pelos conselheiros nos debates do plenário dos conselhos e assunto recorrente nas conferências de saúde, corroborando com as percepções descritas no item 4.1.2.1.

O segundo indicador dessa dimensão refere-se a “*itemização dos dados financeiros*”, tendo como variável a “*especificação das fontes de recursos financeiros*”, consistindo na verificação da origem dos recursos por fonte, possibilitando a comprovação do cumprimento da vinculação constitucional para a saúde e ainda, a dependência do município em relação ao repasse de recursos estaduais e federais.

Constatou-se nesse indicador que nos exercícios de 2010, 2011 e 2012 a característica é “*Baixa*”, pois, a evidenciação por fonte de recursos não se encontra de forma simples e consolidada, ou seja, a informação é apresentada em diversos relatórios de forma segregada, impossibilitando uma visão agregada das fontes de recursos utilizadas na gestão do SUS em Anápolis. A SMS apresenta em um quadro sintético da Receita e Despesa a conta “Repasse Federal”, “Repasse PAB-Estado” e “Tesouro Estadual”, porém, esses dados não são consolidados, visto estarem segregadas em diversas contas correntes bancárias. Essa forma de evidenciação não permite ao conselheiro avaliar o montante de recursos e fazer qualquer comparação com os valores previstos.

No exercício de 2012 a SMS encaminhou diversos documentos integrando as prestações de contas do 1º e 2º quadrimestres (1º quadrimestre: 1.696 páginas; 2º quadrimestre: 1530 páginas), especialmente, os Balancetes Mensais Contábeis do Fundo Municipal de Saúde que são encaminhados ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás, que comparativamente, aos documentos encaminhados nos exercícios de 2010 e 2011 (relatórios com média de 80 páginas), não demonstraram que a maior quantidade de informações

traduziu-se em um relatório de melhor qualidade, corroborando o entendimento de Corbari (2004, p. 103):

“É necessário ter em mente que o controle social não se faz a partir da abundância de informações, mas da disponibilidade de informações suficientes e de entendimento simples para o cidadão médio que dela faz uso.”

O terceiro indicador refere-se a “*Relação entre o SMS e o CMS*”, apresentando a variável “*Participação do Conselho nas decisões da Secretaria de Saúde*”, tem o intuito de identificar os pontos que foram deliberados pelo CMS e que obtiveram alguma manifestação do SMS quanto ao seu atendimento ou justificação, demonstrando a relação entre os mesmos, efetivando a participação da sociedade nas ações em saúde. Na análise aos relatórios dos exercícios de 2010 a 2012 constatou-se a característica “*Restrita*”, considerando que não há qualquer manifestação da SMS nas prestações de contas referenciando deliberações do CMS.

Nesse contexto, para Duarte e Machado (2012) é necessário um amadurecimento no estabelecimento da parceria entre os Conselhos e os gestores do SUS, não no sentido de mascarar suas falhas, mas para legitimar e consolidar sua gestão, tratando-se de uma cooperação ao invés de cooptação, sendo essa uma das estratégias na construção do controle social no Brasil.

O quarto indicador dessa dimensão refere-se aos “*Planos e expectativas relevantes da administração*” e apresenta como variável os “*Objetivos e metas para o exercício subsequente*”, cujo objetivo é identificar o que está sendo proposto pela SMS para a saúde com base no planejamento operacional para o exercício social subsequente, na ótica dos objetivos e metas propostas.

Indicador	Variável	2010	2011	2012
Dados quantitativos	Evidenciação da aplicação dos recursos financeiros	Média	Média	Média
Grau de itemização dos dados quantitativos	Especificação da fonte dos recursos financeiros	Baixa	Baixa	Baixa
Relações entre a SMS e a CMS	Participação do Conselho nas decisões da SMS	Restrita	Restrita	Restrita
Planos e expectativas relevantes da administração	Objetivos e metas para o exercício subsequente	Baixa	Baixa	Baixa

Quadro 18 – Resultados da Dimensão Materialidade para os anos 2010, 2011 e 2012.

Na análise dos relatórios de prestação de contas dos exercícios de 2010 a 2012 constata-se a característica “*Baixa*”, visto que nos Relatórios Anuais de Gestão faz a menção

ao acompanhamento, o levantamento das metas planejadas, porém, não há a evidenciação dessa informação em termos qualitativos dos objetivos e tampouco, em termos quantitativos das metas, que possibilite analisar o seu planejamento para os exercícios seguintes.

Diante dos resultados obtidos nas análises dos relatórios pela dimensão da *Materialidade*, constata-se uma tendência para a característica “*Baixa*”, haja vista que o CMS solicita informações, o gestor manifesta a intenção de divulgá-las, que é caracterizado por informações gerais, sem que a mesma sirva para análise e/ou tomada de decisão dos conselheiros, mas de fato nem sempre o faz, que segundo Ofício CMS n° 090/2013, a SEMUSA (Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis), fica patente essa situação com o CMS, pois apresenta informações insuficientes e não esclarecedoras. Ressalta-se que o RAG do exercício de 2010 foi “*Reprovado*” pelo CMS, através da Resolução/CMS 02/2012, que dentre outras irregularidades apontadas encontra-se o não cumprimento das mudanças sugeridas pelo CMS; a não apresentação da Programação Anual da Saúde do Município de 2009 e 2010 para comparativo com o RAG. Quanto aos RAG’s dos exercícios de 2011 e 2012 encontra-se em diligência pelo CMS, devido à ausência de informações, especialmente a Programação Anual de Saúde para os exercícios de 2011 e 2012, e a apresentação dos relatórios fora do prazo legal. Portanto, os exercícios de 2011 e 2012 encontram-se sem aprovação e sem parecer conclusivo, inclusive, notificando o Ministério Público do Município de Anápolis, através do Ofício CMS n° 090/2013.

[...] Informamos ainda, que não foram aprovadas as prestações de contas de 2009/2010/2011 e ainda estão sob análise as contas de 2012, que se encontram incompletas, uma vez que até a presente data ainda não foi entregue o relatório do terceiro quadrimestre de 2012.

[...]

O Conselho Municipal de Saúde encaminha este relatório e CDs em anexos com os documentos que foram entregues pela SEMUSA (Secretaria Municipal de saúde de Anápolis-GO). Documentos que foram escaneados pelo conselho para encaminhamentos aos órgãos competentes para análise e esclarecimentos, uma vez que esses respectivos órgãos têm melhores condições de apurar os fatos. Além da falta de colaboração por parte da SEMUSA, apresentando informações insuficientes e não esclarecedoras. O Conselho solicitou declarações de conformidades, de técnicos responsáveis como: contadores e engenheiro. Para ter garantias nas aprovações das contas. (Solicitação que como todas as outras não foram atendidas)

A segunda dimensão, a “*Relevância*”, possui três indicadores e quatro variáveis, que tem o objetivo de verificar se a informação é relevante, sob o aspecto de possuir capacidade contributiva para o processo decisório. Nesse sentido, essa dimensão avalia as características da qualidade da informação contábil nos aspectos de seu *valor preditivo, valor confirmativo e oportunidade*.

Corbari (2004) discorre sobre a construção da cidadania está apoiada no provimento pelo Estado de informações corretas, claras e relevantes a toda a população, reforçando a legitimidade das políticas públicas e a segurança de seus atos. Esse contexto possibilitará a sociedade, por meio dos conselhos, exercer o controle social na saúde.

O primeiro indicador dessa dimensão é o “*valor preditivo*” e tem como variável “*recursos previstos na proposta/lei orçamentária*”, cujo objetivo é identificar os recursos dispostos na LOA para o exercício subsequente por ações e programas de saúde. Constatou-se que nos exercícios de 2010, 2011 e 2012, a característica é “*Restrita*”, pois, não foi identificado nos relatórios a prestação de contas ou qualquer menção sobre os recursos previstos para os exercícios subsequentes. Ressalta-se ainda, que nos pareceres e diligências realizados pelo CMS, solicita-se da SMS a apresentação da Programação Anual de Saúde para os respectivos anos, no intuito de serem objetos de comparação com os valores apresentados nos relatórios.

Para Gonçalves *et al* (2011), a ausência desse tipo de informação inviabiliza qualquer tipo de planejamento ou reivindicação realizada pelo CMS, sendo que esses dados são de suma importância para o planejamento de qualquer ação.

O segundo indicador refere-se ao “*Valor Confirmativo*” possuindo como variável “*confronto dos resultados obtidos com as metas estabelecidas para a área da saúde*”, que tem o objetivo de avaliar como foi à atuação operacional e seu confronto com o que fora planejado. Constatou-se a característica “*Média*” para esse indicador, visto que a SMS divulga no RAG as metas estabelecidas e sua realização, porém, as informações não apresentam detalhamentos e/ou justificativas para as ações que não foram completamente realizadas. No parecer do CMS sobre o RAG de 2010 questiona-se que algumas metas possuem informação que foram realizadas, contudo a SMS não encaminhou ao conselho o Plano de Saúde de 2010, impossibilitando as devidas comparações, conforme descrito no Ofício/CMS nº 145, de 11/09/2012:

“O Relatório de Gestão de 2010 encontra-se não aprovado aguardando que a SEMUSA - Anápolis faça as alterações exigidas pelo Conselho. Informamos que não temos conhecimento do Plano Municipal de Saúde de 2010 e não foi possível fazer as devidas comparações. A prestação de contas de 2010 foi encaminhada, pelo CMS, para análise do TCM e aguardamos parecer.”

Quanto ao terceiro indicador “*Oportunidade*”, cuja variável é “*periodicidade de disponibilização dos relatórios e disponibilização do relatório em análise*”, que tem como objetivo verificar se a informação é apresentada ao CMS tempestivamente para ter relevância para influenciar no processo decisório e avaliações das ações empreendidas pela SMS.

Verifica-se a característica “*Restrita*” para essa variável, uma vez que os relatórios não são disponibilizados nos prazos, segundo Ofício CMS nº 143, de 11/09/2012, o CMS solicitava a SMS o envio dos relatórios quadrimestrais do exercício de 2011 e ainda, a Programação Municipal de Saúde de 2011, para subsidiar a análise do RAG 2011. Quanto aos relatórios de 2010, na Resolução/CMS 02/2012, de 18/09/2012, o CMS informa que as prestações de contas dos exercícios de 2009 e 2010 foram enviadas fora do prazo legal. E quanto aos relatórios de 2012, até o final do mês de maio de 2013, a SMS não havia enviado o relatório do 3º quadrimestre de 2012 e nem disponibilizado o RAG de 2012.

Destaca-se também, que mesmo com a criação do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS) a partir de 2011, com o intuito de facilitar a elaboração do RAG e a disponibilização do mesmo pela Internet, verifica-se que as informações dos RAG’s do município de Anápolis/GO não são disponibilizados para acesso público, restringindo, portanto, o acesso da sociedade e o efetivo exercício do controle social. Contribuem esse fato, Fuji e Slomski (2003) e afirmam que, para ser útil a informação precisa estar disponível para o usuário antes de perder sua capacidade de influência.

O SARGSUS foi desenvolvido por meio da Portaria GM/MS nº 3.176/08, cujo objetivo fornecer aos gestores municipais e estaduais uma ferramenta informatizada, para facilitar a elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde, a partir de uma base de dados com as informações que servirão de fonte para análises estratégicas de monitoramento e avaliação da gestão do SUS.

Art. 6º Determinar como conteúdo do RAG os seguintes elementos constitutivos:

I - os objetivos, as diretrizes e as metas do Plano de Saúde (OS);

II - as ações e metas anuais definidas e alcançadas na PAS, inclusive as prioridades indicadas no Temo de Compromisso de Gestão (TCG);

III - os recursos orçamentários previstos e executados;

IV - as observações específicas relativas às ações programadas;

V - a análise da execução das Programações Anuais de Saúde (PAS), a partir das ações e metas, tanto daquelas estabelecidas, quanto das não previstas; e

VI - as recomendações para a PAS do ano seguinte e para eventuais ajustes no PS vigente.

O quadro 19 apresenta um resumo dos resultados verificados na dimensão “*Relevância*” para os exercícios de 2010 a 2012, assim pode-se verificar uma tendência “*Restrita*”, impossibilitando o pleno exercício da fiscalização da Gestão da Saúde, conforme determina os art. 37 e 38 da Lei Complementar nº 141/2012.

O fato de todos os indicadores manterem o seu padrão de desempenho no período de 2010 a 2012, demonstra a não evolução na qualidade da informação gerada nos relatórios de prestação de contas, contribuindo com o ambiente apresentado no conselho de reprovação das contas de 2010 e exercícios de 2011 e 2012 pendentes de análise, aguardando

esclarecimentos da SMS ou manifestação dos órgãos de controle externo, conforme notificado através do Ofício CMS nº 090/2013 (Anexo F).

Indicador	Variável	2010	2011	2012
Valor preditivo	Recursos financeiros previstos na proposta/lei orçamentária	Restrita	Restrita	Restrita
Valor confirmativo	Confronto dos resultados obtidos com as metas estabelecidas para a área da saúde	Média	Média	Média
Oportunidade	Periodicidade de disponibilização dos relatórios	Restrita	Restrita	Restrita
	Disponibilização do relatório em análise	Restrita	Restrita	Restrita

Quadro 19 – Resultados da Dimensão Relevância para os anos 2010, 2011 e 2012.

A terceira dimensão do instrumento proposto por Gonçalves *et al* (2010), é a “*confiabilidade*”, cujo objetivo consiste em verificar se a informação não possui erros e/ou está livre de vieses. Possui como indicadores: “*Conteúdo*”, “*Valor Descritível e Mensurável*”, “*Neutralidade*”, “*Precisão*” e “*Prudência*”.

O primeiro indicador “*Precisão*” tem como variável “*Evidenciação do conteúdo legal*”, que visa identificar se há na prestação de contas os itens mínimos exigidos na legislação, especialmente, nos termos dos arts. 34 a 36 da Lei Complementar nº 141/2012 (e ainda, as leis nº 8.689/1993 e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 333/2003):

Art. 34. A prestação de contas prevista no art. 37 conterà demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar nº. 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 35. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3º do art. 165 da Constituição Federal.

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterà, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Considerando que as informações prestadas possuem uma tendência restrita, conforme descrito na dimensão da “*Materialidade*”, a SMS apresenta nos relatórios quadrimestrais apenas tabelas sintéticas, tais como Balancete da Receita Orçamentária e Extra

Orçamentária; Razão das Contas Correntes Vinculadas, assim, verifica-se a característica “*Média*”, uma vez que o RAG traz mais algumas informações exigidas, porém, sem cumprir integralmente o exigido na legislação, destacando a ausência do detalhamento dos incisos II e III do art. 36 da Lei Complementar nº 131/2012.

O segundo indicador é o “*Valor Descritivo e Mensurável*” que possui a variável “*Previsão de Recursos Compreendidos no PPA para a área da saúde*”, tendo o objetivo de identificar o planejamento que a SMS realiza quanto ao cumprimento das metas na área de saúde contidas no plano plurianual.

Nos exercícios de 2010, 2011 e 2012 observa-se a característica “*Baixa*”, visto que há menção no RAG de recursos orçamentários, porém sem identificação dos valores executados (metas financeiras), somente as metas físicas e nos relatórios quadrimestrais não há qualquer menção dos recursos compreendidos no PPA. Os relatórios não fazem menção ao PPA, ficando o usuário da informação impossibilitado de compreender a origem dos valores apresentados e o cumprimento das metas da saúde no plano.

Destaca-se que conforme descrito nas dimensões anteriores, o CMS solicita de forma reiterada o envio da Programação Anual de Saúde, que permitiria uma comparação entre os valores executados e planejados, fato que justifica a não aprovação dos relatórios:

Informamos ainda, que não foram aprovadas as prestações de contas de 2009/2010/2011 e ainda estão sob análise as contas de 2012, que se encontram incompletas, uma vez que até a presente data ainda não foi entregue o relatório do terceiro quadrimestre de 2012 (Ofício CMS nº 090/2013).

O indicador “*Prudência*” possui como variável “*Reserva de recursos financeiros frente a eventos incertos e eventuais*”, tendo o intuito de evidenciar a preocupação do gestor em destinar recursos que farão frente a possíveis eventos que venham a afetar o orçamento. Nos três exercícios dessa análise é possível averiguar a característica “*Restrita*”, visto que não há qualquer menção nos relatórios das reservas de contingências.

O quarto indicador é o “*Conteúdo*” e suas variáveis são as “*Retificações Orçamentárias*” e a “*Divulgação das prioridades para destinação dos recursos financeiros*”, cujo objetivo consiste em identificar as prioridades na aplicação dos recursos, e ainda, as possíveis retificações orçamentárias.

Os relatórios dos exercícios 2010, 2011 e 2012, demonstram que a SMS possui algumas prioridades para a gestão, porém, não a descrição detalhando essas prioridades para destinação dos recursos financeiros, atribuindo-se a característica “*Média*”, e para as retificações orçamentárias, sendo a característica “*Restrita*” para esse item da avaliação. Reforçando as constatações do indicador do valor descritível e mensurável, verifica-se no

RAG a evidenciação das prioridades, contudo, com uma informação incompleta, com apresentação de algumas metas físicas sem indicação de unidade de medida, notas explicativas que justifique o não atendimento das mesmas e sua vinculação com o Plano Municipal de Saúde e/ou PPA.

O último indicador é a “*Neutralidade*” que possui a variável “*Divulgação dos pontos que necessitam de melhorias*”, tendo como objetivo identificar a imparcialidade do prestador de contas perante a informação que está sendo prestada. O resultado obtido é a característica “*Restrita*” para esse item, pois não há nos relatórios qualquer menção quanto a pontos que necessitam de melhorias.

Indicador	Variável	2010	2011	2012
Precisão	Evidenciação do conteúdo legal	Restrita	Restrita	Restrita
Valor descritivo e mensurável	Previsão de recursos para os exercícios compreendidos no PPA para a área da saúde	Baixa	Baixa	Baixa
Prudência	Reserva de recursos financeiros frente a eventos incertos e eventuais	Restrita	Restrita	Restrita
Conteúdo	Retificações orçamentárias	Restrita	Restrita	Restrita
	Divulgação das prioridades para destinação dos recursos financeiros	Média	Média	Média
Neutralidade	Divulgação dos pontos que necessitam de melhorias	Restrita	Restrita	Restrita

Quadro 20 – Resultados da Dimensão Confiabilidade para os anos 2010, 2011 e 2012.

Corroborando com as dimensões anteriores, a “Confiabilidade” possui uma tendência a “Restrita”, porém, essa característica da dimensão pode tornar-se um agravante, uma vez que, a sua principal função é proporcionar uma visão prospectiva das ações governamentais e sua isenção no instante de disponibilizá-la à sociedade.

4.1.3. Fase da Ação - Treinamento

Com base nas análises e constatações advindas a partir das fases anteriores, constatou-se a necessidade da realização de um Seminário junto aos conselheiros de saúde com intuito de aprimorar a leitura e análise das prestações de contas encaminhadas pelo SMS.

O Seminário, realizado no dia 01 de fevereiro de 2013, foi estruturado em quatro etapas, conforme descrito no item 3.3.3, sendo que previamente ao treinamento aplicou-se uma Entrevista Coletiva (Apêndice B) junto aos conselheiros de saúde integrantes da Comissão de Prestação de Contas do CMS, onde participaram da entrevista seis dos nove conselheiros que integram a comissão, representando 66, 67% do total.

Na entrevista foram abordadas cinco questões junto aos conselheiros, abordando os seguintes questionamentos:

- i. Qual a importância da avaliação pelo CMS das Prestações de Contas da Saúde? Qual o papel do conselheiro nessa avaliação?
- ii. Qual a relação entre o planejamento das ações de saúde, definidas no PPA, LDO e LOA com as prestações de contas da Saúde?
- iii. Na avaliação das prestações de contas é verificado se houve a apresentação das prioridades de aplicação de recursos da saúde?
- iv. Na avaliação dos relatórios, há a preocupação de confrontar as metas previstas com as metas realizadas para as ações da saúde?
- v. Qual a percepção perante as sugestões realizadas pelo CMS para a SMS

Os conselheiros julgam importante a avaliação pelo CMS das prestações de contas e que o papel do conselheiro é de fiscalizar a aplicação dos recursos, os procedimentos licitatórios; analisar os processos de despesas, a princípio é o que fica constatado. Relataram ainda, que os conselheiros não possuem qualificação técnica para analisarem os relatórios que são muito técnicos, conforme fala dos conselheiros na entrevista em grupo aplicada:

“Bom a gente tem a primeira parte que é fiscalizar, olhar o emprego das verbas de acordo com as necessidades de cada programa... A gente tem que analisar para ver se está bem empregado o dinheiro que foi passado pela orçamentação, que foi dada ao ano... acho que esse é o ponto primordial. Ver se na parte de empreiteira passou pela licitação, se foi bem empregado. A primeira visão é isso.” (Conselheiro Municipal 1 – CM1)

“A gente não tem muito entendimento técnico, mas eu acredito que quando é construído o planejamento no sistema, os conselheiros deveriam fazer parte disso, principalmente visando o relatório tirado das conferências de saúde... esse seria o ponto de partida. Outro, são os valores orçamentários, o planejamento anual, e os RAG's mesmo, o que foi realizado e o que não foi. E outra coisa que nós no conselho fazemos, eu falo em minha pessoa, são os processos, onde a gente foca muito numa coisa e deixa outras passar em branco, mas, nós não somos técnicos e nem temos condições de avaliar processo por processo. Temos dificuldade de analisar essa parte mais técnica e não temos assessoria contábil para nos auxiliar, como já foi solicitado em várias reuniões do conselho, a vários anos.” (CM 2)

“Temos uma dificuldade muito grande, pois tudo vem sob rubrica, números, você não sabe o que foi feito, tudo muito técnico. Eu acho que a prestação de contas tinha que ser mais simplificada... para entender tudo isso precisa de um trabalho de auditoria”. (CM3)

“Eu olho mesmo é um processo de amostragem, pois, eles tem quatro meses para fazer o relatório e nós somente uma semana para analisar... Não dá tempo de ver tudo. Aqui ninguém é técnico” (CM4)

Quanto à relação dos instrumentos de planejamento das ações de saúde com as prestações de contas, alguns conselheiros relataram que não fazem qualquer comparação, contudo um conselheiro relatou ser extremamente relevante e necessário para a avaliação das prestações de contas. Nas falas percebe-se a dificuldade dos conselheiros:

“É bem difícil, pois os gestores não passam para gente esse planejamento... e quando a gente cobra esse relatório, já vem atrasado. Esses últimos quatro anos mesmo, foram todos atrasados, porém não tem como comparar” (CM2)

“É diferente o que eles passam para gente e o que a gente vai avaliar, eles dizem uma coisa e fazem outra” (CM5)

Quanto às prioridades na aplicação de recursos, seguem as falas que podem ser destacadas:

“A alta complexidade eles melhoram o que era feito anteriormente, de tanto a gente bater... comprou alguns equipamentos e mandaram para esses locais, mas prioridade em si não”. (CM5)

“Eu acho que prioridade para quem não é técnico, não tem jeito de falar não. A prestação de contas é o que se gastou, então no caso de prestação de contas eu não vejo como ver prioridades” (CM3)

“Não tem e não é esclarecido nos relatórios”. (CM2)

Os conselheiros destacam que perante o comparativo das metas previstas com as realizadas, relatam que há a apresentação da informação no relatório, porém, não é confiável, demandando que realizem visitas locais para verificação da veracidade da mesma:

“Nós temos essa preocupação! A gente vai nos locais e vê o andamento, mas, não bate.” (CM5)

“Nós estamos falando que não somos técnicos, então só pelo relatórios não dá para ver de forma alguma.” (CM4)

“Tem como ver no relatório, mas não dá para confiar na informação, então, nós temos que verificar no local para ver se bate”. (CM6)

“Por exemplo, teve uma licitação para comprar quatrocentas próteses, tem lá a nota fiscal das quatrocentas, aí utilizou as quatrocentas, isso não dá para ver, então tem que ir verificar” (CM3)

Na relação do CMS com a SMS, os conselheiros afirmam existir um atendimento parcial das reivindicações realizadas pelo conselho, porém, não aparece no relatório:

“Algumas reivindicações são atendidas, outras não. Algumas eles tem mais dificuldades. Algumas são proteladas.” (CM1)

“Eu acho que ninguém nunca fez isso (conferir no relatório se as recomendações foram atendidas)” (CM6)

“Eu acho que as recomendações do conselho são ignoradas, pois nos últimos RAGs não foram aprovados, pois o conselho pontuou o que precisa, mas a secretaria não atendeu nada” (CM2)

Posteriormente, foi realizado o treinamento dos conselheiros de saúde da Comissão de Prestação de Contas do CMS com uma explanação sobre a importância dos instrumentos de planejamento para a avaliação das prestações de contas, com ênfase nas mudanças impostas pela Lei Complementar nº 141/2012.

Para apresentação do instrumento de avaliação dos relatórios, conforme item 3.4, utilizou-se como referência o relatório de prestação de contas do 1º quadrimestre de 2012, orientando os conselheiros sobre os indicadores e variáveis do modelo na ótica das dimensões da *Materialidade, Relevância e Confiabilidade*.

Ao final do treinamento encerrando o Seminário proposto, os conselheiros apresentaram suas considerações e percepções acerca do instrumento de análise das prestações de contas e as possíveis recomendações que deverão compor o parecer conclusivo do conselho no ato da análise do Relatório Anual de Gestão (RAG) do exercício de 2012.

“O que foi explicado aqui me dá a impressão que nós estamos aprovando uma coisa que não tem nada a ver... nós não temos critérios” (CM4)

“Essa fala tem que fazer parte da Conferência Municipal de Saúde, sintam-se convidados para participar” (CM5)

Diante das constatações realizadas pelos conselheiros no treinamento, demandou-se como produto do Seminário a realização de uma palestra sobre o processo de prestação de contas na Conferência Municipal de Saúde de Anápolis, no dia 04 de abril de 2013, a proposição de uma minuta de resolução do Conselho para normatizar/padronizar a elaboração dos relatórios quadrimestrais e anuais de prestação de contas, e ainda, a construção de um manual que oriente os conselheiros na leitura e análise dos relatórios da aplicação de recursos do SUS.

4.1.4 Fase de Avaliação

Nessa última etapa da pesquisa foi realizada uma observação sobre os resultados alcançados com a capacitação dos conselheiros de saúde e as mudanças no processo de análise dos relatórios.

O CMS realizou no dia 04 de abril de 2013, a Conferência Municipal de Saúde de Anápolis, apresentando como um dos eixos de discussão entre os gestores do SUS,

conselheiros de saúde e a sociedade, o processo de análise das prestações de contas que são encaminhados ao conselho e que são primordiais ao pleno exercício do controle social da saúde.

Nesse sentido, realizou-se uma mesa temática sobre a análise dos relatórios de prestação de contas, que apresenta o instrumento de avaliação utilizado nesse trabalho e as mudanças implementadas pela Lei Complementar nº 141/2012. Verificou-se um importante debate, destacando a necessidade de capacitação dos conselheiros, elaboração de um padrão para os relatórios de prestação de contas e uma maior vinculação desse instrumento de controle com o planejamento da área de saúde, com ênfase nas decisões emanadas na Conferência de Saúde.

O CMS de Anápolis, por meio do seu presidente e da Comissão de Prestação de Contas incumbiu-se de apresentar na próxima reunião plenária a minuta de resolução das prestações de contas quadrimestrais e anuais a serem encaminhadas ao conselho nos termos da lei complementar. Ressaltando, que nessa próxima reunião agendada para se realizar na primeira terça-feira do mês de julho do ano corrente, haverá a composição da nossa mesa diretiva do conselho e a apresentação de novos conselheiros, visto que o mandato da atual gestão do conselho chegou ao fim.

Diante dessa situação de mudança de direção do conselho, realizou-se uma reunião com o novo presidente do conselho, no intuito de apresentar o trabalho realizado, especialmente, quanto à elaboração da minuta de resolução e manual de orientação aos conselheiros. Considerando que o presidente era membro da comissão de prestação de contas do CMS e que participou das fases anteriores da pesquisa, reconheceu o trabalho e recebeu os documentos, comprometendo-se a apresentá-los a mesa diretiva do conselho e submetê-lo a plenária na próxima reunião, conforme informado em e-mail de resposta do presidente (Anexo J).

[...] antes eu fazia parte da Comissão de Contas e vi um pouco do seu trabalho e agora, como Presidente, posso ver esse árduo, penoso, mas compensador trabalho, sendo concretizado e "colher os frutos" do mesmo! Recebo com alegria o Manual e a Resolução, parabéns!

O Conselho agradece e parabeniza, posso dizer isso sem dúvida alguma, em nome de todos. Preciso muito que nos auxilie na capacitação dos nossos novos Conselheiros e pode ter certeza que esse Projeto será muito bem vindo, não só em nosso Conselho, mas a muitos outros que necessitam com urgência dessas orientações.

Agora mesmo, estou encaminhando à Mesa Diretora para conhecimento. Na próxima terça-feira, nos reuniremos e encaminharemos ao Pleno em nossa primeira Reunião ok? (e-mail presidente CMS – Anexo J)

Outro ponto resultado relevante da pesquisa foi o interesse de uma Conselheira do Conselho Estadual de Saúde de Goiás, que encaminhou e-mail (Anexo G) para solicitar

contribuição na elaboração de um manual a ser disponibilizado nos 246 municípios do Estado de Goiás:

“Sou Mariselma, Conselheira Estadual de Saúde e funcionária do Ministério da Saúde em Goiânia...

Trabalho no Conselho com a Comissão de Monitoramento e Educação Permanente aos municípios em nosso estado que são SOMENTE 246...

Persigo o sonho da informação aos Conselheiros municipais, no formato Cartilha ou Manual traduzindo em linguagem acessível aos mesmos a Lei Complementar 141/2012 para na prática, terem instrumento que norteie a prestação de contas dos gestores aos conselhos.

Temos desde o mês de março i no Conselho Estadual contadora, enquanto cargo comissionado - ela está chegando agora ao Controle Social e sei , será lenta a absorção de um trabalho de certa forma TRADUZIDA em linguagem popular aos conselheiros, que sabe o senhor, são voluntários e necessariamente não possuem por obrigação conhecimento específicos do direito, contabilidade.... pelo que Eliana e outros conselheiros me repassaram o Senhor é a pessoa que poderá contribuir/somar e muito conosco.

Gostaria de saber desta viabilidade.”

Nesse contexto, observa-se nessa fase da pesquisa participante que os resultados de sua aplicação proporcionaram uma mudança de visão dos conselheiros de saúde de Anápolis, perante sua percepção do processo de análise dos relatórios, com ênfase na avaliação da qualidade da informação prestada e a importância da vinculação dos instrumentos de planejamento da saúde com a avaliação dos relatórios. Constatou-se ainda, a necessidade de promover de forma continuada a capacitação dos conselheiros de saúde, conforme amplamente discutido nas Conferências de Saúde e determinado no art. 44 da Lei Complementar nº 141/2012.

Fato que comunica com a pesquisa desenvolvida por Alencar (2012, p. 232), no município de Porto Alegre – RS, destacou que: “é desafiadora a formatação de experiências que possam atender estas premissas, socializando conhecimentos “técnicos”, de forma a que sejam “apropriados” por aqueles que voluntariamente se dispõem a atuar no controle social da política de saúde, em especial os usuários do SUS”.

Como produto do Seminário descrito no item 4.1.3, a minuta de resolução do CMS foi elaborada, que dispõe sobre a Fiscalização da Gestão da Saúde por meio dos Relatórios Quadrimestrais e dos Relatórios Anuais de Gestão (Apêndice C). Esse produto da pesquisa tem como intuito criar os critérios necessários para que a Secretaria de Saúde apresente um relatório com qualidade que permita aos conselheiros promoverem uma análise fundamentada, isonômica e imparcial da aplicação dos recursos do SUS, promovendo o exercício no controle social na saúde.

Percebe-se que a padronização do processo de prestação de contas poderá promover um amadurecimento da parceria entre os conselhos e os gestores do SUS,

superando os entraves existentes nessa relação de controle. Nesse sentido, Duarte e Machado (2012, p. 137), afirmam que “o gestor sábio e comprometido será diligente em viabilizar meios de fortalecer o conselho de saúde, para inclusive tê-lo como parceiro, não no sentido de mascarar suas falhas, mas para legitimar e consolidar sua gestão. Trata-se de cooperação ao invés de cooptação”.

Ressalta-se ainda, que os RAG's dos exercícios 2011 e 2012 encontra-se em diligência pelo CMS, visto a ausência de informações que possibilitem os conselheiros analisarem e emitirem parecer conclusivo sobre os mesmos, fato a ser superado com normatização do processo de prestação de contas e a disponibilização de informações qualitativas que permitam que o conselho cumpra suas atribuições legais e conseqüentemente o pleno exercício do controle social na área da saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Conselhos de Saúde são responsáveis por cumprir um importante papel para a sociedade na definição, execução e acompanhamento das políticas públicas para a gestão dos recursos do SUS, representando-a por meio do controle social da saúde. Os relatórios de prestação de contas do gestor do SUS descrevem o instrumento de evidenciação que subsidia a análise dos conselhos e sua consequente avaliação dos gastos empreendidos na área da saúde, voltados ao atendimento das demandas da sociedade.

O efetivo exercício das atribuições dispostas pela Lei Complementar nº 141/2012, não se descreve como uma mera “fiscalização” da sociedade sobre o poder público, mas, insere-se como participação ativa dessa sociedade nas ações empreendidas na área de saúde, buscando sempre a melhor aplicação dos recursos.

Nessa ótica, destaca-se a transparência na aplicação dos recursos como base da *accountability* e que segundo Coelho *et al* (2011, p. 180), descrever o importante pilar da democracia e do fortalecimento do controle social, tendo como base informações compreensíveis e relevantes.

Portanto, esse estudo com base nos relatórios de prestação de contas quadrimestrais e anuais da SMS ao CMS de Anápolis/GO analisou a percepção dos conselheiros de saúde perante o cumprimento de suas atribuições legais e o processo de análise desses relatórios. Verificou-se que as análises realizadas eram pontuais, ou seja, vinculadas estritamente ao ambiente profissional do conselheiro, justificado pela ausência de qualificação técnica dos conselhos em realizarem essas avaliações.

Paralelamente, verificou-se que as informações evidenciadas nos relatórios possuem uma tendência restrita, quando analisadas perante suas dimensões de *Materialidade*, *Relevância e Confiabilidade*, impossibilitando aos conselheiros utilizarem essa informação de forma segura para seu processo decisório e consequente emissão do parecer conclusivo sobre essas prestações. Corrobora-se esse fato, que os Relatórios Anuais de Gestão dos exercícios de 2010, 2011 e 2012, não foram aprovados até a finalização desta pesquisa, sendo que o relatório de 2010 encontra-se reprovado, especialmente, por falta de esclarecimentos da SMS e os relatórios do ano de 2011 e 2012, pois se encontram em diligência junto ao CMS, com encaminhamentos ao Ministério Público e Tribunal de Contas.

Outro fator relevante nessa discussão refere-se à falta de uma rotina de qualificação dos conselheiros, onde mesmo diante, da obrigação legal disposta no art. 44 da

Lei Complementar nº 141/2012 e das diversas pontuações nas Conferências de Saúde, tanto em âmbito nacional quanto municipal, percebe-se a insipiência dessa ação.

Ressalta-se ainda, que apesar das disposições dos arts. 34 a 36 da Lei Complementar nº 141/2012, quanto às informações mínimas a serem evidenciadas nos relatórios de prestação de contas do SUS, constataram-se o descumprimento integral da norma e ainda, uma falta de padronização nos relatórios encaminhados pela SMS.

Esse fato converge com a afirmação de Correia (2000), que o controle social sobre os recursos públicos de saúde é um desafio para os conselheiros, visto as dificuldades de sua realização, demandando uma simplificação dos instrumentos de prestação de contas, possibilitando sua compreensão para fins de avaliação.

Nessa mesma reflexão, Saliba *et al* (2009), destaca que o controle social dos conselheiros sobre as contas dos gestores do SUS tem sido a meta mais difícil de ser alcançada em quase todos os conselhos de saúde do país.

Nesse contexto, como resultado da pesquisa participante, especialmente, na consecução do Seminário, em sua fase de implementação, demandou-se a proposição de uma resolução pelo CMS que normatizasse a apresentação dos relatórios encaminhados pela SMS e que permitisse que os conselheiros obtivessem as informações necessárias para subsidiarem sua tomada de decisão e sucessivamente o seu parecer sobre essas contas.

No processo de análise dos relatórios, com base no estudo realizado, apoiando a legislação vigente, demonstrou-se importante a avaliação dos instrumentos de planejamento da saúde, tais como o Plano Plurianual subsidiado pelo relatório da Conferência de Saúde; o Plano Municipal de Saúde e as Programações Anuais de Saúde, com as informações apresentadas nos relatórios prestações de contas, visto que esses instrumentos deverão ser submetidos previamente aos conselhos para análise e manifestação, contribuindo com o direcionamento dos gastos dos recursos do SUS.

Essa proposta de mudança do processo de prestação de contas busca afastar as discussões ideológicas e partidárias da avaliação dos recursos do SUS no efetivo atendimento das demandas sociais da saúde, proporcionando uma análise imparcial, isonômica e estruturada, contribuindo com o regular exercício do controle social. Corroborar-se, portanto, com o estudo de Cotta *et al* (2010), que descreve esse processo com uma série de obstáculos, que ainda se faz presente, em função de uma história política caracterizada por regimes centralizadores e autoritários, que afastam os trabalhadores dos processos de tomada de decisão.

Todo esse processo de mudança no exercício do controle social, por meio dos instrumentos de *accountability*, demandados pela gestão do SUS e encaminhados pela SMS, requer uma gestão participativa do CMS, que segundo Gonçalves *et al* (2011), possibilita o estabelecimento de normas e regras mais democráticas e transparentes.

Considerando ainda, que, devido à mudança de gestão no CMS de Anápolis, culminando com a não realização de reunião da comissão de prestação de contas após o treinamento, impossibilitou então a realização da observação final do comportamento dos conselheiros, demandando, portanto, de promover essa avaliação para aferir a aderência dos mesmos na utilização do método de leitura e análise dos relatórios. Porém, essa limitação não comprometeu o trabalho, visto os resultados alcançados e os produtos gerados na pesquisa.

É importante, destacar que perante as limitações dessa pesquisa, diante de sua aplicação ao Conselho Municipal de Saúde de Anápolis, que os seus resultados não podem ser generalizados, apresentando-se como sugestão para futuras pesquisas, a replicação das técnicas da pesquisa participante, conjuntamente ao instrumento de avaliação da qualidade da informação contábil evidenciada nos relatórios, para outros conselhos em âmbito municipal, estadual e federal, buscando o aperfeiçoamento do instrumento de avaliação e do processo de prestação de contas, no intuito de obter uma informação relevante e confiável para o pleno exercício do controle social e a consolidação dos gastos do SUS para toda federação.

REFERÊNCIAS

ANÁPOLIS. **Lei nº 2.080, de 06 de maio de 1993**. Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.anapolis.go.gov.br/leis/leis_pdf/209806051993.pdf>

_____. **Lei nº 3.036, de 09 de dezembro de 2003**. Altera lei 2.098/93 que dispõe sobre a instituição do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.anapolis.go.gov.br/leis/leis_pdf/303609122003.pdf>

_____. **Lei Complementar nº 219, de 28 de dezembro de 2009**. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 2010 a 2013. Assinado eletronicamente. Disponível em: <http://www.anapolis.go.gov.br/leis/leis_pdf/21928122009.pdf>

_____. **Decreto nº 29.834, de 04 de março de 2010**. Regulamenta o art. 1º da Lei nº 3.036, de 09 de dezembro de 2003, que alterou o art. 3º da Lei nº 2.098, de 06 de maio de 1993, que institui o Conselho Municipal de Saúde. Disponível em: <http://www.anapolis.go.gov.br/leis/leis_pdf/2983404032010.pdf>

ALENCAR, H. H. R. **Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.21, supl. 1, p. 223-233, 2012.

ANTUNES, G. A.; GALDI, F. C; AZEVEDO, F. B.; MENDONÇA, M. M. **Instrumentos contábeis de proteção aos recursos públicos investidos nas sociedades de economia mista: uma investigação empírica**. In: Congresso USP de Controladoria e Contabilidade, São Paulo: USP, 2008.

ARAÚJO, M. A. D. **Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde**. Revista *Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 27, n. 3, p. 230-236, mar. 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, E. O. **Controle Social e o processo de descentralização dos serviços de Saúde**. In: **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: IEC, 1998.

BASTOS, F. A.; SANTOS, E.; TOVO, M. F. **Capital Social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. São Paulo: Saúde e Sociedade, v.18, n. 2, p. 177-188, 2009.

BATISTA, A. A.; MUNIZ, J. N.; FERREIRA NETO, J. A. **A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do Controle Social no SUS**. São Paulo: Saúde e Sociedade, v.19, n. 4, p. 784-793, 2010.

BICALHO, M. S. **Conselheiros de saúde construindo o controle social do SUS**. Psicologia em Revista. Belo Horizonte, v. 10, 14, p. 149-154, dez-2003.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza; Potyara Amazoneida Pereira (Org.). Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRANDÃO, C. R. **Pesquisa Participante**. (org.) 5. ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1985.

BRASIL. **Lei nº. 4.320, 17 de março de 1964**. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília, 17 mar. 1964. Disponível em <<http://www.presidencia.gov.br>>.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>.

_____. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília-DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>.

_____. **Lei nº. 8.689, de 27 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Brasília-DF, 27 jul. 1993. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>.

_____. **Lei Complementar nº. 101, de 04 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília-DF, 05 mai. 2000. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>.

_____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social**. Brasília-DF, 15 a 19 de dezembro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **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. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Brasília-DF, 27 jul. 1993. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br>>.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, A. M. **Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português?** *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro. 24(2) 30-50. fev./abr. 1990

CARVALHO, A. I. de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE / IBAM, 1995.

CENEVIVA, R. **Accountability: novos fatos e novos argumentos – uma revisão da literatura recente**. São Paulo: Encontro de Administração Pública e Governança – EnAPG/ANPAD, 2006.

COELHO, V. S. P. **A democratização dos conselhos de saúde**. *Novos Estudos*. CEBRAP, 78, pp. 77-92. julho 2007.

COHN, A. **Cidadania e formas de responsabilização do Poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde**. Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CONASEMS. **Participação Social no SUS: o olhar da gestão municipal**. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participacao_social_olhar_gestao_municipal.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE (CFC). **Resolução Normativa nº 1.374, de 8 de dezembro de 2011**. Dá nova redação à NBC TG ESTRUTURA CONCEITUAL – Estrutura Conceitual para Elaboração e Divulgação de Relatório Contábil-Financeiro. NBC TG Estrutura Conceitual – Estrutura Conceitual para Elaboração e Divulgação de Relatório Contábil-Financeiro. Brasília, 2011.

CORBARI, E. C. **Accountability e Controle Social: desafio a construção da cidadania**. Cadernos da Escola de Negócios da UniBrasil. Jan/Jun, 2004.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000.

_____. **Controle Social na Saúde. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Social**. Julho.2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-6.pdf>

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. de M.; MARTINS, P. C. **Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2437-2445, 2010.

CRUZ, C. F.; FERREIRA, A. C. de S. **Transparência na elaboração, execução e prestação de contas do orçamento municipal: um estudo de um município brasileiro**. *Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 1, maio/ago, 2008.

DEMO, Pedro. **Pesquisa Participante: mito e realidade**. Brasília: UnB/INEP, 1982. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me001993.pdf>>

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. F. A. S. **O exercício do controle social no âmbito do conselho municipal de saúde de Canindé, CE**. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 126-137, 2012.

INTERNATIONAL PUBLIC SECTOR ACCOUNTING STANDARDS BOARD (IPSASB). **The Conceptual Framework for General Purpose Financial Reporting by Public Sector Entities**. International Federation of Accountants (IFAC). January, 2013. Disponível em: <<http://www.ifac.org/sites/default/files/publications/files/Public%20Sector%20Conceptual%20Framework%20Ch%20%201-4%20Jan%20%2011%202013%20FINAL.pdf>>.

IUDÍCIBUS, S. **Teoria da Contabilidade**. 9.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

FORTIS, M. F. de A. **Rumo à pós-modernidade em políticas públicas: a epistemologia situacional de Carlos Matus**. RAE-eletrônica, v. 9, n. 2, Art. 13, jul/dez. 2010.

FUJI, A. H.; SLOMSKI, V. **Subjetivismo responsável: necessidade ou ousadia no estudo da contabilidade**. Revista Contabilidade & Finanças - USP, São Paulo, n. 33, p. 33 - 44, setembro/dezembro 2003.

GERSCHMAN, S. **Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (6):1670-1681, nov-dez, 2004.

GLAUTIER, M. W. E.; UNDERDOWN, B. **Accounting theory and practice**. 5th ed. London: Pitman, 1994.

GONÇALVES, A. O; GONÇALVES, R. S.; LUSTOSA, P. R. B.; CELESTINO, E. C. **Da Secretaria de Saúde ao Conselho: análise de relatórios de prestação de contas com base nas características qualitativas da informação contábil**. Ribeirão Preto: RCO - Revista de Contabilidade e Organizações – FEA-RP/USP. v. 4. n. 8. pp. 92-111. jan-abr, 2010.

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

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

GRISOTTI, M.; PATRÍCIO, Z. M.; SILVA, A. da. **A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 831-840, 2010.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. **Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.

HENDRIKSEN, E. S.; BREDAS, M. F.V. **Teoria da Contabilidade**. Trad. Antônio Zoratto Sanvicente. Tradução de: Accounting theory. São Paulo: Atlas, 1999.

HIRANO, A. C. Y. **Accountability no Brasil: os cidadãos e seus meios institucionais de controle dos representantes**. 2007. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-25052007-141025/>>.

HOLANDA, V. B. de.; RICCIO, E. L. **A utilização da pesquisa-ação para perceber e implementar sistemas de informações empresariais.** In: 13th Asian Pacific Conference on International Accounting Issues. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://www.tecsi.fea.usp.br/riccio/tac/pdf/art-pesacao.pdf>>

LABRA, M. E.; St. AUBYN, F. J. **Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LIMA, J. C. **Descentralização e accountability em uma região de saúde.** *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro: v. 27, n. 65, p. 221-233. 2003.

LOPES, J. E. de G.; RIBEIRO FILHO, J. F.; PEDERNEIRAS, M. M. M.; RIBEIRO, I. de B. **Pesquisa-Ação: uma abordagem para a produção do conhecimento científico em Ciências Contábeis.** *Academia Revista de Divulgação em Ciências Contábeis Jurídicas e Contábeis*, v.1, n.1, p. 115-124, 2006.

KEOHANE, R. O. **Global Governance and democratic accountability.** Unpublished paper from the Miliband Lectures, London School of Economics, Spring 2002. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/apcity/unpan034133.pdf>>

KRAFTA, L; FREITAS, H; MARTENS, C. D. P.; ANDRES, R. **O método da pesquisa-ação: um estudo em uma empresa de coleta e análise de dados.** *Quanti & Quali Revista*, 2009. Disponível em: <http://www.faccat.br/download/pdf/posgraduacao/profaberenice/09_pesquisa_acao_2009_3.pdf>

MARTINS, G. de A.; THEÓFILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas.** São Paulo: Atlas, 2007.

MAWAD, A. P. de B. **Sistema de informação e cidadania: um desafio na gestão de recursos públicos.** In: VI Prêmio Tesouro Nacional 2001: Monografias Vencedoras: Finanças Públicas, Brasília, STN, 2002, pp. 511-549.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINTZBERG. H. **Ascensão e queda do planejamento estratégico.** Porto Alegre: Bookman [e-book], 2004.

MORITA, I.; GUIMARÃES, J. F. C.; DI MUZIO, B. P. **A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema?** *São Paulo: Saúde e Sociedade*. v 15, n. 1, p. 49-57, jan-abr, 2006.

NIYAMA, J. K; SILVA, C. A. T. **Teoria da Contabilidade.** 2 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

NEVES, E. B; DOMINGUES, C. A. **Manual de metodologia da pesquisa científica.** Rio de Janeiro: CEP/EsAO, 2007.

O 'DONNELL, Guillermo. **Accountability horizontal e novas poliarquias.** *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*. n.44, pp. 27-54. 1998.

OLIVEIRA, A. da S., **Perspectivas para o controle social e a transparência da administração pública.** In: Prêmio Serzedello Corrêa 2001: Monografias Vencedoras: Perspectivas para o Controle social e a Transparência da Administração Pública, Brasília, TCU, pp. 143-210. 2002.

OLIVEIRA, V. C. **Comunicação, informação e participação popular nos conselhos de saúde**. Saúde e Sociedade v.13, n.2, p.56-69, maio-ago 2004.

_____ **Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde**. Caderno Mídia e Saúde Pública. Adriana Santos (org.) Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED. pp. 83-100, 2006.

PAIM, J. S. **Planejamento em saúde para não especialistas**. In: Campos, G.W.S. *et al* (org.) Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec. Fiocruz, 2006.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Revista Saúde Pública. 40 (N Esp.): 73-8, 2006.

PAULO, E. **Comparação da estrutura conceitual da contabilidade financeira: experiência brasileira, norte-americana e internacional**. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis). João Pessoa: [s.n], 2002.

PERUZZO, C. M. K. **Da observação participante a pesquisa-ação em comunicação: pressupostos epistemológicos e metodológicos**. XXVI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Belo Horizonte, set-2003.

PINHO, J. A. G.; SACRAMENTO, A. R. S. **Accountability: já podemos traduzi-la para o português?** Revista de Administração Pública - RAP. Rio de Janeiro. 43(6): 1343-1368, nov./dez. 2009.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

RAMOS, M. F.; CEZARE, J. P; VENDRAMINI, P. R. J.; COUTINHO, S. M. V.; REIS, T. S. **Conselhos setoriais: perfil dos conselheiros e sua influência na tomada de decisão**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 21. supl.3. p. 61-70, 2012.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. **Metodologia da pesquisa aplicável as Ciências Sociais. In: Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade – teoria e prática**. 3. Ed. São Paulo: Atlas, pp 78-97. 2006.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. Ciência & Saúde Coletiva, 4(2): 355-365, 1999.

ROCHA, E. E. R. B. **A pesquisa participante e seus desdobramentos – experiências em organizações populares**. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo Horizonte, set-2004.

ROCHA, A. C. **Accountability na Administração Pública: modelos teóricos e abordagens**. Contabilidade, Gestão e Governança – Brasília/DF. v. 14. n. 2. p. 82-97. mai/ago, 2011.

SALIBA, N. A; MOIMAZ, S. A. S; FERREIRA, N. F; CUSTÓDIO, L. B. M. **Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde**. Revista de Administração Pública. v. 43, n. 6. pp. 1369-1378. nov-dez, 2009.

SALES, I. da C. **Pesquisa-confronto sobre cultura popular: lições de uma experiência do setor público**. In C. R. Brandão (org.) Repensando a pesquisa participante, pp.199-211. 1984.

SÁ, N. P. **Discutindo a pesquisa participante**. Revista Em aberto - INEP, Brasília, ano 3, n. 20, abr. 1984. Disponível em: <<http://emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/viewFile/2361/1631>>

SCHMIDT, M. L. S. **Pesquisa Participante: alteridade e comunidades interpretativas**. Psicologia USP, 17 (2), 11-41, 2006.

SHIMIZU, H. E; PEREIRA, M. F. **A burocratização das práticas cotidianas dos conselhos de saúde: como superar?** Tempus – Actos de Saúde Coletiva, vol. 3. n. 3. P. 56-66, jul/set 2009.

SCHROEDER, R. G. **Accounting theory**. 6. Ed. New York: John Wiley & Sons, 1997.

SILVA, Z. P.; BARRETO JR., I. F.; SANT'ANA, M. C. **A política municipal de saúde em dados: a experiência da pesquisa municipal unificada — PMU 1992, 1995 e 1997 da Fundação Seade**. Saúde e Sociedade, v. 9, n. 1-2, p. 151-162, 2000.

SILVA, F. C. C. **Controle Social: reformando a Administração para a sociedade**. In: Prêmio Serzedello Corrêa 2001: Monografias Vencedoras: Perspectivas para o Controle social e a Transparência da Administração Pública, Brasília, TCU, pp. 21-74, 2002.

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

SILVA, L. M. S.; SILVA, M. R. F.; LIMA, L. L.; FERNANDES, M. C. OLIVEIRA, N. R. N; TORRES, R. A. M. **Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 117-125, 2012.

SOARES, M.; PATON, C.; SANTOS, A. F. dos; BEZERRA, F. A. **Uma discussão sobre a viabilidade da pesquisa-ação na contabilidade**. RCO – Revista de Contabilidade e Organizações – FEA-RP/USP, v.3, n. 7. P. 109-126. set-dez, 2009.

SOUZA, R. A. A.; SALIBA, O. **A saúde bucal em pauta: análise de registros dos conselhos municipais de saúde de municípios pertencentes a 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, v. 19, n. 5, p. 1381-1388, Rio de Janeiro, 2003.

STRALEN, C. J. van; LIMA, A. M. D; SOBRINHO, D. F; SARAIVA, L. E. S; STRALEN, T. B. S. van; BELISÁRIO, S. A. **Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul**. Ciência & Saúde Coletiva, 11(3): 621-632, 2006.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. **Construindo o “pacto de gestão” do SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede**. Ciência & Saúde Coletiva, 12 (4): 893-902, 2007.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1986.

TRIPP, D. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v.31, n3 p. 443-466. set-dez, 2005.

VARELA, P. S.; MARTINS, G. A; FAVERO, L. P. L. **Desempenho e accountability nos municípios paulistas: uma avaliação da eficiência na atenção básica à saúde.** III Congresso IAAER – ANPCONT. São Paulo, 2009.

VIEIRA, F. S. **Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 14 (Supl. 1): 1565-1577, 2009.

ANEXO A - Instrumento de avaliação dos relatórios de prestação de contas e critérios para avaliação do conteúdo avaliado pelas variáveis – Dimensão Materialidade

DIMENSÃO: MATERIALIDADE					
INDICADOR	VARIÁVEIS PROPOSTAS	RESTRITA	BAIXA	MÉDIA	AMPLA
Dados quantitativos	Evidenciação da aplicação dos recursos financeiros	Não divulga	Não evidencia, mas reconhece a necessidade de passar a evidenciar.	Evidencia os recursos aplicados sem apresentar o detalhamento do montante aplicado no trimestre em análise e/ou não evidencia detalhando por ações e programas de governo.	Evidencia os recursos aplicados detalhando-os por ações e programas de governo e, ainda, o montante aplicado no trimestre em análise.
Itemização dos dados financeiros	Especificação da fonte dos recursos financeiros	Não divulga	Não evidencia, mas reconhece a necessidade de passar a evidenciar.	Evidencia os recursos por fonte, mas não especifica o quantitativo referente ao trimestre em análise, disponibilizando apenas o acumulado do exercício financeiro.	Evidencia as fontes e o quantitativo de cada uma discriminando o total de recursos disponibilizados por trimestre e o acumulado do exercício financeiro.
Relações SMS e o Conselho de Saúde	Participação do Conselho nas decisões da Secretaria de Saúde	Não divulga	Não evidencia, mas reconhece a necessidade de passar a evidenciar.	Evidencia se acatou ou não as recomendações do Conselho, mas não evidencia o porquê.	Evidencia se acatou ou não as recomendações do Conselho e evidencia o porquê
Planos e expectativas relevantes da administração	Objetivos e metas para o exercício subsequente	Não divulga	Não evidencia, mas reconhece a necessidade de passar a evidenciar.	Evidencia os objetivos e as metas, mas não justifica cada objetivo e meta estabelecidos.	Planos e expectativas relevantes da administração

Fonte: Gonçalves *et al* (2010)

ANEXO B - Instrumento de avaliação dos relatórios de prestação de contas e critérios para avaliação do conteúdo avaliado pelas variáveis – Dimensão Relevância

DIMENSÃO: RELEVÂNCIA					
INDICADOR	VARIÁVEIS PROPOSTAS	RESTRITA	BAIXA	MÉDIA	AMPLA
Valor preditivo	Recursos financeiros previstos na proposta/lei orçamentária	Não divulga	Não evidencia, mas reconhece a necessidade de passar a evidenciar.	Comenta a proposta/lei orçamentária, mas não especifica as previsões para os créditos e dotações orçamentárias.	Evidencia especificando o quantitativo previsto para cada ação e programa de governo, para a área da saúde, previstos na proposta/lei orçamentária.
Valor confirmativo	Confronto dos resultados obtidos com as metas estabelecidas para a área da saúde	Não divulga	Não evidencia, mas reconhece a necessidade de passar a evidenciar.	Evidencia os resultados obtidos, mas não justifica aquelas metas que não foram alcançadas.	Evidencia os resultados obtidos e justifica aquelas metas que não foram alcançadas
Oportunidade	Periodicidade de disponibilização dos relatórios	Não divulga	Não evidencia, mas reconhece a necessidade de passar a evidenciar.	Evidencia o mês em que estará evidenciando o relatório ao Conselho, mas não o dia.	Evidencia a data em que disponibilizará o relatório ao Conselho de Saúde afirmando dia e mês.
Oportunidade	Disponibilização do relatório em análise	Não divulga	Não evidencia, mas reconhece a necessidade de passar a evidenciar.	Evidencia o mês em que disponibilizou o relatório, mas não informa o dia.	Evidencia o dia e o mês em que disponibilizou o relatório de prestação de contas

Fonte: Gonçalves *et al* (2010)

ANEXO C - Instrumento de avaliação dos relatórios de prestação de contas e critérios para avaliação do conteúdo avaliado pelas variáveis – Dimensão Confiabilidade

DIMENSÃO: CONFIABILIDADE					
INDICADOR	VARIÁVEIS PROPOSTAS	RESTRITA	BAIXA	MÉDIA	AMPLA
Precisão	Evidenciação do conteúdo legal	Não divulga	Não evidencia, mas reconhece a necessidade de passar a evidenciar.	Divulga, mas deixa de divulgar a um ou mais itens exigidos pela legislação.	Apresenta todo o conteúdo legal de forma a especificar todos os itens.
Valor descritivo e mensurável	Previsão de recursos para os exercícios compreendidos no PPA para a área da saúde	Não divulga	Não evidencia, mas reconhece a necessidade de passar a evidenciar.	Evidencia os programas previstos no PPA, mas não especifica os recursos previstos.	Evidencia os programas previstos no PPA e especifica a previsão de recursos correspondentes.
Prudência	Reserva de recursos financeiros frente a eventos incertos e eventuais	Não divulga	Não evidencia, mas reconhece a necessidade de passar a evidenciar.	Divulga a possibilidade de ocorrência de tais eventos, mas não evidencia se dispõe de reserva de recursos financeiros.	Evidencia quais medidas pretende tomar caso ocorram tais eventos e, ainda, se existe uma reserva de recursos para enfrentar tais problemas.
Conteúdo	Retificações orçamentárias	Não divulga	Não evidencia, mas reconhece a necessidade de passar a evidenciar.	Evidencia os remanejamentos que ocorreram, mas não evidencia o montante de recursos e os respectivos programas e ações de governo envolvidos.	Evidencia e especifica o quantitativo de recursos realocados explicitando as ações e programas de governo envolvidos e o impacto em cada um; ou afirma não existirem, no período, retificações orçamentárias.
Conteúdo	Divulgação das prioridades para destinação dos recursos financeiros	Não divulga	Não evidencia, mas admite a necessidade de passar a evidenciar.	Afirma estabelecer prioridades para a execução orçamentária, mas não evidencia tais prioridades.	Afirma estabelecer prioridades na execução orçamentária e as especifica
Neutralidade	Divulgação dos pontos que necessitam de melhorias	Não divulga	Não evidencia, mas admite a necessidade de passar a evidenciar.	Discorre acerca dos problemas encontrados naqueles resultados que não alcançaram as metas estabelecidas, mas não evidencia quais os impactos na gestão e/ou não diz quais medidas deseja tomar para extinguir o(s) problema(s).	Discorre acerca dos problemas encontrados naqueles resultados que não alcançaram as metas estabelecidas, evidencia os impactos na gestão e quais medidas pretende tomar no sentido de solucionar o(s) problema(s).

Fonte: Gonçalves *et al* (2010)

ANEXO D: Questionário

Este questionário tem por fim subsidiar pesquisa realizada pelos alunos do curso de Mestrado do Programa Multi-institucional e Inter-regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis (UnB/UFPB/UFRN). Desde já agradecemos a sua participação em nosso estudo.

Perfil: **Grau de Escolaridade (responda somente pelo maior nível de escolaridade):**

Gênero: () Feminino () Pós-graduado/Mestrado/Doutorado. Qual curso: _____
 () Masculino () Superior. Qual curso: _____
 () Curso técnico profissionalizante. Qual curso: _____

Representação no CMS: () Ensino médio (2º grau)
 () Representante do Governo () Ensino fundamental (1º grau)
 () Representante da Sociedade Civil () Não sabe/não respondeu

1) Qual o nível de importância que você atribui ao conhecimento que possui, sobre o funcionamento do SUS, para as tomadas de decisões nas matérias atinentes ao CMS?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2) Qual o nível de importância que você atribui às necessidades locais, para as tomadas de decisões nas matérias atinentes ao CMS?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3) Qual o grau de compreensão que você tem em relação às informações econômico-financeiras disponibilizadas nos relatórios de prestação de contas ao CMS?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4) Qual o nível de qualidade das informações econômico-financeiras disponibilizadas para o processo decisório no CMS?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5) Qual o nível de conhecimento dos conselheiros frente aos problemas de saúde em relação aos quais definem e decidem soluções?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6) As informações necessárias ao processo decisório são amplamente disponibilizadas e divulgadas a todos os conselheiros.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7) Com maiores conhecimentos acerca das informações econômico-financeiras atinentes à prestação de contas da SMS e do processo orçamentário, qual o nível de melhoria que você acredita que haveria no processo decisório do CMS?

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

8) Caso houvesse uma capacitação voltada à melhoria da análise do relatório de prestação de contas, qual o nível de seu interesse em participar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9) Ordene dos assuntos abaixo, por grau de prioridade na tomada de decisões. Atribua o número 1 para o assunto de maior prioridade, seguindo a sequência numérica até 5, para o assunto menor prioridade.

- () Políticas de saúde
- () Necessidades locais de saúde
- () Recursos orçamentários
- () Metas propostas no PPA
- () Gestão em Saúde

Outro item considerado mais relevante em relação aos itens acima mencionados

(caso exista): _____

Fonte Adaptado de Gonçalves *et al* (2011)

ANEXO E: Resolução/CMS nº 02/2012.



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO

Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana

Telefone: 3902-2724 · Email: conselhosaude@anapolis.go.gov.br twitter: @CMSns

Resolução/CMS 02/2012

Anápolis, 18 de setembro de 2012.

Dispõe sobre Relatório de Gestão
de 2009 e 2010.

O Conselho Municipal de Saúde de Anápolis discutiu em sua reunião extraordinária sobre os RAG 2009 e 2010.

Considerando que a Comissão de Análise de Relatório de Gestão do Conselho de Saúde recebeu os Relatórios de Gestão de 2009 e 2010 para análise e emissão de parecer fora do prazo de 30 de março do ano subsequente ao exercício.

Considerando que os relatórios foram analisados pela comissão e foram apontadas inconformidades.

Considerando que as mudanças sugeridas para correção das inconformidades em um prazo de sessenta não foram realizadas por parte da gestão.

Considerando que a Gestão não apresentou a Programação Anual da Saúde do Município de Anápolis de 2009 e 2010 para comparativo com os respectivos RAG.

Resolve:

Art. 1º Reprovar os Relatórios de Gestão do ano de 2009 e 2010.

Art. 2º Encaminhar ao Chefe do Poder Executivo para homologação e publicação oficial.

Marcelo Rodrigues Silveira
Presidente CMS – Anápolis

ANEXO F: Ofício CMS nº 090/2013.



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis GO.
Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
Telefone: 39022724. E-mail: conselhosaude@anapolis.go.gov.br twitter: @CMSns

Ofício CMS nº 090/2013

Anápolis, 05 de Junho de 2013

Ao Dr.
Augusto Nardes

Presidente (TCU) Tribunal de Contas da União

Brasília-DF

A par de respeitosamente cumprimentá-lo o Conselho Municipal de Saúde de Anápolis encaminha relatórios/relatórios eletrônicos das prestações de contas de 2010/2011 conforme deliberação do pleno deste conselho, para ciência e providencia.

Sem mais para o momento, renovando nossos votos de apreço e consideração.

Marcelo Rodrigues Silveira

Presidente CMS Anápolis



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
 Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
 Telefone: 39022724 · Email: conselhosaude@anapolis.go.gov.br · twitter: @CMSns

Att:TCU(Tribunal de Contas da União) Presidente:Augustos Nardes.

Assunto: Manifestações do CMS Anápolis nos Relatórios de Prestação de Contas 2010/2011 da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis - GO.

RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS 2010/2011.

O Conselho Municipal de Saúde a par de respeitosamente cumprimentá-lo, vem por intermédio de este informar a quem de direito que este conselho em suas atribuições encaminha após deliberação deste plenário. Relatório/parecer para análise e providencias deste departamento considerando as informações infra citados.

Considerando o aspecto legal que o relatório de gestão deverá ser enviado ao Conselho de saúde até o dia 30 de Março do ano seguinte cabendo-o emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estabelecidas na LC nº141/2012 (§1º. ART.36 LC141/2012).

Considerando que os relatórios de quadrimestrais serão analisados pelos Conselhos de Saúde onde avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde e encaminhará ao chefe do executivo, as indicações para que sejam tomadas as medidas corretivas necessárias (art.41 da LC nº141/2012).

Considerando o planejamento x prestação de contas que inclui o INTER-RELACIONAMENTO DOS INSTRUMENTOS como: Relatório de Conferências; Plano Municipal de Saúde; Plano de Governo; PPA; LDO; LOA; PAS; e RAG.

Ressaltamos que os relatórios supracitados foram solicitados reiteradamente, através de diversas solicitações encaminhadas a Secretaria Municipal de Saúde, nos exercícios de 2009, 2010, 2011, 2012, conforme apresentado no Quadro 1, que serão disponibilizados através de arquivo eletrônico.

Quadro 1 – Ofícios emitidos pelo CMS Anápolis



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
 Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
 Telefone: 39022724 · Email: conselhosaude@anapolis.go.gov.br · twitter: @CMSns

DOCUMENTOS CMS 2009:

- ✓ Ofícios GAB.nº 0377, de 16 de Julho de 2009, que solicita aprovação do relatório de gestão 2008.
- ✓ Ofício nº130/2009 D.S.B., de 25 de Novembro de 2009, respondendo sobre novas contratações de profissional de cirurgião dentistas.
- ✓

DOCUMENTOS CMS 2010

- ✓ Ofício CMS/017, de 17 de Junho de 2010, solicitando prestação de contas referentes 2009 e 2010.
- ✓ Ofício CMS/041, de 24 de Setembro de 2010, solicitando documentos referentes a pagamentos de material de consumo.

DOCUMENTOS CMS 2011

- ✓ Ofício/CMS nº 08, de 21 de Janeiro de 2011, comunicado a SEMUSA que o CMS só dará recebido em documento expedido pela o Secretario de Saúde.
- ✓ Ofício/CMS nº 11, de 27 de Janeiro de 2011, solicitando um representante da SEMUSA para auxiliar a comissão de prestação de contas. (foram encaminhadas pessoas que não ajudaram a comissão. Não conseguindo explicar a contabilidade que havia sido encaminhada ao conselho de saúde referente 2009).
- ✓ Ofício/SEMUSA nº 052, de 11 de fevereiro de 2011, respondendo o ofício/CMS afirmando que a solicitação do conselho esta na pagina do relatório de gestão. (Ressaltando novamente, que para o Conselho os referidos procedimentos não foram claros).
- ✓ Resolução nº 03, de 30 de agosto de 2011, dispõe sobre tornar público e de conhecimento dos usuários do SUS informações sobre seus direitos e deveres. Em especial informações sobre escala de trabalho e quais profissionais prestam serviços em cada lotação. A resolução não foi homologada e portanto não foi cumprida.
- ✓ Ofício/CMS nº 162, de 22 de agosto de 2011, solicitando parecer em relação a falta de alvarás emitidos pela Vigilância Sanitária para as unidades de saúde e hospital na rede publica **(Observação não respondida até a presente data)**.
- ✓ Ofício/CMS nº 12, de 27 de janeiro de 2011, conforme decisão do conselho, solicitou-se novamente um profissional na área da contabilidade para ajudar na avaliação das prestações de contas. **(Não atendido)**.
- ✓ Ofício/SEMUSA, de 31 de janeiro de 2011, encaminhando de extrato bancário.
- ✓ Ofício/SEMUSA nº 0402/11, de 12 de agosto de 2011, informando a pauta do conselho que deveria discutir os seguintes assuntos:
 - Fluxo dos processos- apresentado pela a Srª Lucilene; **(Não apresentado)**
 - compras sem dispensáveis de licitação- não foi apresentado;**(Não apresentado)**
 - Programa academia de saúde;
 - Programa rede cegonha;
 - Remédio em casa.
- ✓ Ofício/CMS nº 28 de 04 de março de 2011. O ofício informa que inconformidades foram encontradas na reforma da unidade de saúde de Souzaia e portanto pede explicações para aprovação da prestação de contas referente ao ano de 2009.
- ✓ Ofício/SEMUSA, de 30 de Maio de 2011, encaminhamento do relatório de gestão de 2011.



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
 Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
 Telefone: 39022724 - Email: conselhosau@anapolis.go.gov.br - twitter: @CMSns

Observa que o último prazo conforme lei é 30 de Março de cada ano.

✓ Ofício/nº 248/2011SMS-GAB, de 01 de Junho de 2011, solicitando apreciação do relatório de gestão-2010. Observação: O conselho poderia apreciar o relatório, uma vez que as solicitações foram feitas pelo o mesmo e não foram respondidas. Ademais o prazo para as respostas a muito já havia sido espirado, conforme a Lei.

✓ Ofício/CMS nº 94, de 08 de junho de 2011, informa a SEMUSA que o relatório de gestão estava sobre apreciação da comissão de análise e entraria na pauta assim que a comissão solicitar pauta após esclarecimento do relatório apresentados pela a SEMUSA.

✓ Ofício/CMS nº 116, de 04 de Julho de 2011, solicitando informação dos equipamentos entregues a farmácia referente ao pregão nº 13/2008. Obs: (fomos informados verbalmente que não havia controle de tais referente aos supracitados e formalmente até a presente data não respondida).

✓ Ofício/CMS nº 113, de Junho de 2011, refere-se este há solicitações ao pregão n 13/2008.

✓ Ofício/CMS 227 de 18 de novembro de 2011. O qual pede liberação dos servidores que constitui a comissão do pregão nº 13/2008. Patricia Freitas, Mario Augusto e Jean Pierre.

✓ Ofício/CMS nº131 de 15 Julho de 2011 Solicitando processos para avaliação da comissão de prestação de contas. **Não respondido.**

✓ Ofício/CMS nº 130 de 15 de Julho de 2011 solicitando copia de processos dos pregoes realizados nº o período de 2009 há 2011. Observação respondida refere-se que os demais processos se encontra na SEMUSA a disposição do CMS (Sabemos que esta na SEMUSA e estamos solicitando para ser apreciado pelo o Conselho de Saúde).

✓ Ofício/CMS nº132 de 15 de Julho de 2011. Solicitando lista de todos os medicamentos comprados Através de pregoes e determinação judicial. **Observação não respondida.**

✓ Ofício/CMS nº131 de 15 de Julho de 2011. Solicitando copia de processos referente construção e reforma e também locação de imóveis. **Não respondido.**

✓ Solicitação de comissão de prestação de contas, do dia 28 de janeiro 2011 referente há gasto das contas de nº 0431604-3, nº 5804-3, nº 58042-2. PAB conta nº 58042-2 referente a gasto com medicamentos.

✓ Solicitação da comissão de prestação de contas data 02 de Fevereiro de 2011. Referente a prestação de serviços de media e alta-complexidade.

✓ Ofício/CMS de 04 de Fevereiro de 2011. Solicitando prestação de do PAB mês de Junho há Dezembro de 2010 para apreciação da comissão onde consta que será levado ao pleno do CMS para apreciação em 22/02/2011.

✓ Ofício/CMS nº 125/2011 de 14 de Julho de 2011. Solicitando o Plano de Municipal de Saúde.

✓ Ofício/CMS Nº 69 de 17 de Maio de 2011 referentes a contratação de serviço de protéticos do Centro de Especialidades Odontológicas.(CEO) OBS: Este não foi aprovado pelo o conselho sendo há não justificativa dos serviços a esclarecer, vale apenas ver os ofícios entre SEMUSA e CMS. Hoje se paga conforme relatório apresentado pelo a SEMUSA e de um valor de 577.455.67 pelo serviço total. E conforme o programa do governo federal poderia se pagar um valor de 90.00 (Noventa reais) por próteses porem pagam um valor bem mais auto do valor que se paga no mercado saindo em media um valor de 150(cento e cinquenta reais) cada prótese.

✓ **Reclamações:** Sobre o serviços de odontologia as unidades de saúde faz atendimento básicos porem os demais serviços de especialidades são encaminhados ao CEO (Centro de Especialização Odontológica) Observa-se que há uma fila de espera, poderíamos sugerir auditorias juntos todas as pessoas citadas no relatório de atas do mesmo, e se estas foram atendidas integralmente em seus encaminhamento ou se iniciou e parou. Por qual motivo?



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
Telefone: 39022724 - Email: conselhosaude@anapolis.go.gov.br - twitter: @CMSns

✓ Ofício/CMS nº 132 de 2011 solicitando Informação sobre **medicação** na rede.

✓ Em resposta da SEMUSA sobre ofício nº 0357/2011- GAB. Vale apena se observar a área de medicação pôr ouver compras por TAC (Termo de Ajuste de Conduta) e ouvi varias reclamações de falta de medicação na rede.(OLHAR PROCESSOS DE COMPRAS DE MEDICAÇÃO)durante período de 2009 há 2012.

✓ Ofício/CMS nº 140 de 21 de Julho de 2011 solicitações de esclarecimento de contratação de serviço.

✓ Ofício/CMS nº 126 de 14 de Julho de 2011 solicitando atualização junto ao CNES dos profissionais da SEMUSA. Observou que vário profissional estava prestando serviços em mais de um lugar cedendo ha capacidade de carga horária.

✓ Em resposta a SEMUSA encaminha SAIT do DATASUS para o conselho analisar o qual já tinham verificado a tripulo cadastro de profissionais os quais no nosso entendimento não poderia estar em vários lugares ao mesmo tempo.

✓ Ofício/CMS nº018 de 09 de Fevereiro de 2011. Reiterando ofício/CMS do dia 28 de janeiro/2011 e 02 de Fevereiro/2011. Requesresse aos serviços prestados pelo media e alta-complexidade.

✓ Ofício/CMS 099 de 14 de Junho de 2011 Respondendo ofício da SEMUSA quem compõe a mesa do CMS. (Pode-se caracteriza assedio ao conselheiro por estar solicitando tais informações)

✓ Ofício/SEMUSA nº 0265 de 15 de Junho de 2011. Solicitando ao CMS quem são os conselheiros titulares e suplentes. Respondido entregue em mão e protocolados no caderno do CMS.

✓ Ofício/CMS nº 110 de 01 de Julho de 2011. Informando reclamações de falta de medicações na rede.

✓ Ofício nº 0349/2011- SMS-GAB de 22 de Julho de 2011. RESPONDIENDO o ofício do CMS nº140 de/2011 o qual se refere sobre os processos solicitados para a SEMUSA. Diz que os mesmo se encontram a disposição do CMS na SEMUSA. OBS: (porém solicitamos para a SEMUSA).

✓ Ofício/CMS nº 181 de 19 de Setembro de 2011. Solicitando informações de escala de profissionais médicos do SISREG.

✓ Ofício/CMS nº 183 de 20 de Setembro de 2011. Respondendo ofício de nº160/2011 da SEMUSA sobre capacitação dos conselheiros referente ao SISREG.

DOCUMENTOS CMS 2012

✓ **Relatório/parecer da comissão de prestação de contas, de 06/01/2012, que perde esclarecimento do mesmo e o representante da SEMUSA faz suas considerações reconhecendo que o mesmo não tem coerência. Ver relatório em anexo.(O relatório de gestão na parte da odontologia refere que foi realizado 67000 (Sessenta e Sete Mil Atendimento)domiciliar. Divido deveria ter atendido mais ou menos 84(Oitenta e Quatro) atendimento por dia, tirando sábados,domingos,feriados e ponto facultativos, deveria atender mais ou menos 42(Quarenta e Dois atendimentos por dia. Pergunta este quantitativos de procedimentos realizados que estão relatado são de fato real?**

✓ Ofício/CMS nº 01 de 12 de Janeiro de 2012. Encaminha relatórios com os pontos a serem mudado conforme reunião da comissão com representante da SEMUSA. Autorizado pelo o presidente do CMS.



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
Telefone: 39022724 · Email: conselhosauade@anapolis.go.gov.br · twitter: @CMSns

- ✓ Ofício/CMS nº02 de 13 de Janeiro de 2012. Solicitando relatório de gestão de 2011.
- ✓ Ofício circular nº001/2012 – GAB/SES. De 27 de Janeiro de 2012. Informa sobre repasse do Governo Estadual para o município de Anápolis no valor de **R\$ 1.962.479,00 (um milhão, novecentos e sessenta e dois mil, quatrocentos e setenta e nove reais)**
- ✓ Ofício/SEMUSA nº 22/2011 de 19 de Janeiro de 2012. Solicita informação referente a conclusão do relatório de gestão 2009/2010/2011. **(Ver Ofício)**
- ✓ Ofício/CMS nº14 de 08 de Fevereiro de 2012. Solicita pregão referente a gasto com manutenção de veículos de Janeiro á 2009 á dezembro de 2011.

- ✓ Ofício/D.S.B.(Departamento de saúde bucal)nº 020/2011 de 10 de Fevereiro de 2012. Respondendo ofício supracitado, encaminha o nº dos demais pregões porem referente que este se encontra a disposição do CMS na SEMUSA. Obs: **Não apresentados ao conselho.**
- ✓ Ofício/CMS nº 18 de 08 de Fevereiro de 2012. Encaminha copia de ofício há promotoria de justiça para acompanhamento e ciência referente prestação de contas 2009/2010/2011.

- ✓ Ofício/CMS nº17 de 08 de Fevereiro de 2012. Solicita para apreciação de prestação de contas perceres técnicos de conformidade referente às unidades de saúde da: vigilância sanitária, vistoria por parte do corpo de bombeiro, e os processos de reforma e construção.**(Não respondido).**
- ✓ Ofício/CMS nº16 de 08 de Fevereiro de 2012. Para analises de prestação de contas, solicita valores gastos com EPIs destinados aos agentes de saúde e endemias. **(Não respondido).Porem os trabalhadores questiona que havia quase oito anos faltando equipamento de EPIs.**
- ✓ Ofício/CMS nº25 de 14 de Fevereiro de 2012. Encaminha relatório da comissão de analise do pregão nº 13/2008.

- ✓ Ofício nº 072/2012 SMS-GAB. De 14 de Fevereiro 2012. Encaminha parecer da coordenação da saúde bucal respondendo o ofício nº14/2012 do CMS.
- ✓ **Relatório de 14 de Fevereiro**, da comissão de analise do pregão nº13/2008. (ver relatório).
- ✓ Ofício nº743/2012-SEMUSA de 09 de Abril de 2012. Solicitando composição do conselho de saúde referente ao 1º e 2º semestres. (obs: não se troca composição do conselho por semestres).**Foi respondido pelo CMS.**
- ✓ Ofício CMS nº53 de 10 de Abril de 2012. Encaminha relatório

- ✓ **Relatório do CMS com representantes da SEMUSA de 04 de Abril 2012.** (relatório em anexo).
- ✓ **Relatório da comissão de analise do pregão de nº 13/2008** realizada aos dias 23 de maio de 2012. Chegando a conclusão que: Devido á insuficiência de informação solicita realização de auditoria no mesmo e encaminhamento aos órgãos competentes. (Doc. em anexos).
- ✓ Ofício nº 745/2012- SEMUSA de 12 de Abril de 2012. Solicitando os volumes do processo referente ao pregão de nº 13/2008.
- ✓ Ofício/CMS nº61 de 13 de Abril de 2012. Devolve o segundo volume do pregão 13/2008 que se encontrava no conselho com todas as folhas pertinentes.

- ✓ Ofício/CMS nº 62 de 13 de Abril respondendo ofício/SEMUSA nº 745/2012 sobre o referido pregão 13/2008 (Doc. em anexos).
- ✓ Ofício/CMS nº 60 de 18 de Abril d 2012. Notifica a SEMUSA a apresentar documentos referentes ás prestação de contas dos de 2010 e 2011, no prazo de 30 dias. **(Não respondidos).**
- ✓ Ofício/CMS nº 60 de 13 de Abril de 2012. Refere-se há devolução do processo volume II do pregão nº 13/2008 para a SEMUSA.
- ✓ Ofício/CMS nº 62 de 13 de Abril de 2012. Que informa a SEMUSA que todas as



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
 Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
 Telefone: 39022724 · Email: conselhosau@anapolis.go.gov.br · twitter: @CMSns

documentações referentes ao pregão 13/2008 que estava no conselho foi devolvida para a mesma e que este pregão tem 07 volumes.

✓ Ofício/SEMUSA nº 841 de 07 de Maio de 2012. Em respostas ofício/CMS nº 25/2012. Que solicita informação referente ao pregão nº 13/2008. **O ofício não responde totalmente as solicitações.**

✓ Ofício/CMS nº 74 de 09 de Maio de 2012. Informação para SEMUSA sobre comissões do conselho.

✓ Ofício/CMS nº 75 de 09 de Maio de 2012. Solicitando informação sobre alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária de todas as unidades de saúde. **(Não respondido) Segundo os profissionais da vigilância as instituições não tem os referidos alvará.**

✓ Ofício nº 841/21/012-SEMUSA de 07 de Maio de 2012. Responde solicitação de informação referente o pregão nº 13/2008.

✓ Ofício/CMS nº 80 de 28 de Maio de 2012. Solicita informação junto ao TCM referente as prestações de contas de 2009/2010/2011 da SEMUSA Anápolis.

✓ Ofício/CMS nº 83 de 01 de Junho de 2012. Entrega de relatório final de denúncia SAMU para Procurador da República, informando também que enviou cópia para DENASUS.

✓ Ofício/CMS nº 84 de 01 de Junho de 2012. Solicitação de informação de prestação de contas de 2009/2010, junto ao Auditor/Núcleo de Assessoria Especial do TCM/GO.

✓ Ofício nº 776/2012. Do Tribunal de Contas dos Municípios de 21 de Junho de 2012. Respondendo o ofício/CMS nº 84 autuado sobre o nº 11705/12, o TCM encaminha informação de nº 0285/12. (ver documento em anexo).

✓ Ofício/CMS nº 96 de 22 de Junho de 2012. Livros de atas do SAMU ao Serviço de Auditoria MS/GO.

✓ Ofício/CMS nº 97 de 22 de Junho de 2012. Encaminhando relatório circunstanciado da prestação de contas do ano 2009 deste município referente ao pregão nº 13/2008. Que foi protocolado sobre o nº 13487/12.

✓ Ofício/CMS nº 118 de 01 de Agosto de 2012. Solicitação de prestação de contas referente a saúde mental. De 2009, 2010, 2011, 2012. **Observação não respondida.**

✓ Ofício nº 492/2012-SEMUSA-GAB, de 29 de Agosto de 2012. Refere que a secretaria entregou os relatórios no prazo oportuno feito pelo o SARGSUS. **(OBSERVAÇÃO** o relatório SARGSUS por meio eletrônico foi pactuado em 2011 (ver doc.), e passou ser obrigatório em 2012, e os relatórios de gestão de 2009/2010/2011 foi entregue para o conselho fora dos prazos conforme documento recebido pela secretaria executiva deste conselho após varias cobrança via ofícios emitido pelo o conselho conforme esta sendo citado neste relatório.

✓ **No ofício nº 002224/2012/DPRA/SEMUSA** assinado pelo o Srº Edilson Marçal de Souza refere que o SARGSUS e disponibilizado por meio eletrônico por todo território nacional e diz que o uso do sistema ocorreu após treinamento da equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde por meio da equipe técnica do Estado de Goiás, afirma que o conselho enviou um representante, e que foi criada uma senha para o conselho. **Na verdade ouvi sim o treinamento e conselho encaminhou a conselheiro, e o treinamento ocorreu no DIA 12 de JANEIRO de 2012 na Unievangelica.** Pergunta-se como a SEMUSA encaminhou os relatórios dentro do prazo se estes se dá até o dia 31 de Março de cada ano? Como poderia apreciar os relatórios de 2009/2010/2011 através do SARGSUS sendo que no ofício do srº Edilson Marçal refere que o uso do sistema foi liberado após treinamento este ocorreu no mês de JANEIRO de 2012 e que só passou ser obrigatório em 2012? Ocorre que não há conformidade das informações. (ver ofício).



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
Telefone: 39022724 · Email: conselhosaude@anapolis.go.gov.br · Twitter: @CMSns

✓ Ofício/CMS nº 157 de 20 de SETEMBRO DE 2012. ENTREGA de resolução do CMS- Anápolis para Ministério Público, referente ao relatório de gestão, reprovação.

✓ Ofício/CMS nº 041 de 24 de Setembro de 2010. (Membros da comissão de prestação faz solicitação de documentação referente há prestação de contas do PSF de março e Abril de 2009 apreciação e votação) foram encaminhados relatórios muitos sem assinaturas, e foram pedidos esclarecimentos dos mesmos. (Não esclarecidos).

✓ Ofício/CMS nº 172 de 26 de Setembro de 2012. Encaminhamento de resolução para homologação junto a SEMUSA.

✓ Ofício/CMS nº 143 de 11 de Setembro de 2012. Direcionado ao promotor para ciência e providência referente há prestação de contas.

✓ Ofício/CMS nº 157 de 20 de Setembro de 2012. Encaminha RESOLUÇÃO de reprovação dos relatórios de gestão 2009/2010 apreciados e votados na Reunião Extraordinária do CMS no dia 18/09/2012.

✓ Ofício/CMS nº 172 de 26 de Setembro de 2012. Que encaminha há SEMUSA há RESOLUÇÃO de nº 02, que dispõe sobre a reprovação dos relatórios de Gestão de 2009/2010. (ver documento).

✓ Ofício/CMS nº 212 de 30 de Outubro de 2012. Solicitando documentos referentes há prestações de contas do primeiro e segundo quadrimestre de 2012, entregue pela SEMUSA na data.....de 2013.

✓ Ofício/CMS nº 203 de 08 de Outubro de 2012. Solicitando copia de processos de contratos de prestadores de serviço firmado com a SEMUSA. Para análises de serviço prestado a população.

✓ Ofício nº 595/12 SEMUSA-GAB de 18 de Outubro de 2012, solicitação em consideração ao Decreto de nº 3.036 de 09 de Dezembro de 2003 e ainda o Decreto nº 33.573 de Março de 2012, Que segundo o documento refere sobre a recondução dos 12 membro titulares e 12 membro suplentes, (Observação esta Lei refere em 24 membro titulares)(Ver documento)

✓ Ofício nº 603/2012 SEMUSA-GAB de 19 de Outubro de 2012, (Observação fazendo a mesma solicitação que o ofício/nº595 um dia após o outro).

✓ Ofício nº 610/2012 SEMUSA-GAB de 24 de Outubro de 2012 solicitando a composição do Conselho Municipal de Saúde.

✓ Ofício/CMS nº 207/12 comunicando a respeito da composição do conselho, em respostas aos ofício supracitados.



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
Telefone: 39022724 · Email: conselhosaude@anapolis.go.gov.br · twitter: @CMSns

RELATORIO/GERENCIAL ANUAL

(Baseado nos Extratos Bancários 2009)

Comprova-se pela documentação acostada que a maioria dos relatórios foram entregues fora dos prazos, e alguns até o presente momento, não foram sequer apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde. Além da falta de apresentação dos relatórios, a SMS se recusa a apresentar às devidas justificativas pelo descumprimento do prazo legal.

Considerado que as informações apresentadas são insuficientes para a avaliação dos conselheiros. O relatório emitido por este conselho é feito com base nas informações que foram repassadas, apesar dessas informações não compreendendo toda a situação fática.

Considerando as análises documentais e ainda as visitas *in loco* realizadas por este Conselho, constataram-se as seguintes impropriedades não justificadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis:

01-Saúde Bucal -(atendimento de especialização odontológica).

- Processo licitatório de compra de equipamentos como materiais permanentes e de consumo.(Ver esta informação no relatório de gestão).

02-Atenção Básica.

- Reclamação por parte dos agentes, de falta de equipamento de EPIs como: uniforme, protetor solar, sobrinha, ate lápis ETC. ver (documento 002)

03-Unidades de saúde: Falta de medicação básica. Naquele período houveram reclamações em relação a falta de acesso a internet, falta de computadores, até mesmo de telefones. (em total falta de condições de trabalho). (conforme processos de compras e investimentos todas as unidades deveriam estar informatizadas, além de serem inadmissíveis as reclamações de falta condições de trabalhos em razão da falta de itens básicos.

04- Hospital Municipal: Falta de condições de trabalho, escassez de medicamentos, materiais para imobilização e materiais/equipamentos de laboratório (por exemplo kits para fazer exames da DENGUE).



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
Telefone: 39022724 · Email: conselhosau@anapolis.go.gov.br · Twitter: @CMSns

Existe ainda a informação de que parte dos serviços prestados estava sendo realizado por terceiro não autorizados. (esta denúncia foi apresentada pelos próprios trabalhadores das unidade da época).

Lavanderia do Hospital- Faltavam tecidos para fabricação de rouparia. ver (documento em anexo), para compra de tecidos.

Raio X- Máquina quebrada, estando inclusive amarrado com ataduras em uma espécie de gambiarra. Mesmo que a máquina estivesse funcionando, os exames não poderiam ser realizados pois faltava material para revelação (ver atas).

Centro cirúrgico- Faltando fios cirúrgicos, roupas e outros materiais, além de equipamentos essenciais, como bisturi elétrico, em muitos casos foi necessário a suspensão dos procedimentos.

Vigilância Sanitária: O conselho solicitou à SEMUSA, Alvará de Funcionamento das unidades da administração municipal na área de saúde. (Até o momento não houve resposta) ver ofício supracitado.

Desperdício de medicamentos, muitos remédios tem perecido em razão às péssimas condições de armazenamento e falta de equipamentos. ver nota do Ministério Público.

Programas Federais: O conselho aprovou a implantação de vários programas no município como: PSE programa de saúde na escola, Nasf, SISVAN, ETC. No entanto, apesar do repasse das verbas, os programas não foram efetivados:

Considerando os processos de licitação para equipamento permanente feitos pelo município, além dos programas federais de saúde aprovados. As unidades de saúde deveriam estar bem equipadas e sem problemas de estrutura, o que não se verifica na realidade.

Transporte: Houveram denúncias de assinatura de notas em branco na oficina que presta serviços para a SEMUSA, além do Estado estar arcando com o conserto de carros de terceiros, como se apurou, o chefe dos transporte teve seu carro particular reparado pela oficina, que recebeu o pagamento do erário já contabilizado do município.

Combustível: Denúncia de abastecimentos de carros de terceiros e transferência de combustíveis de um veículo para outro.



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
 Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
 Telefone: 39022724 · Email: conselhosaude@anapolis.go.gov.br · twitter: @CMSns

SAMU: O conselho recebeu uma denúncia em 2010, em que se deliberou em plenário encaminhamento para os órgãos competentes (DENASUS e outros). Ver auditoria DENASUS. nº12379.

Tivemos várias reclamações por falta de médicos, falta de uniformes, equipamentos como pás de desfibrilador, respirador ETC.

Observação: nos balançetes de 2012 do 1º e 2º quadrimestre foram efetuados repasses para a empresa Soares e Figueiredo LTDA, mas pesquisas feitas indicam a empresa é um prestadora de serviço de exames laboratórios. No entanto, não existem justificativas para o serviço contratado, nem mesmo quais procedimentos foram feitos pela empresa. Pergunta-se o porquê desta licitação vencida pelo laboratório LACEMA? É necessário o esclarecimento.

Relatório circunstanciado referente processos de licitação.

O Conselho Municipal de Saúde fez um pequeno relato de alguns departamentos da saúde no município referente aos processos de licitação, e pode constatar as seguintes informações infracitas

C.B.O F: Saúde Bucal

Programa de trabalho de 2013

Processo Nº	Meta Físico	Registro de Preço	Valor	Ano de 2013- Empresa
	Fonte 102 114		805.534.00 1.033.200.00	
000041522/2011 Data 21/11/2011	Objetivo a aquisição de material de consumo e equipamento para odontologia através de Ato de Registro de Preço, para Saúde Bucal, Saúde da Família, DST/AIDS e C.E.Q.	Registro de preço Data 26/10/2012	4.314.822.70	Fonte M/F



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
 Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
 Telefone: 39022724 - Email: conselhosau@anapolis.go.gov.br - twitter: @CMSns

000001199/2011 Data:22/03/2011 Data do último andamento do dia 17/05/2011	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contratação de Laboratório de Prótese dentária. ▪ Providência: Homologado 	Modalidade de licitação PP004/2011	577.455,67	Licitante vencedor Obs: Rogério Ribeiro de Andrade
000011968/2011 19/05/2011 Data do último andamento 10/06/2011	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Construção do Centro de Especialidade Odontológica <u>C.E.O</u> ▪ Providência: PGM análise de minuta. 	Modalidade de licitação TP.	Valor: 376.760,95	?
000026947/2010 Data de entrada 23/08/2010 Data do último andamento 26/01/2011	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SRP-PC- Aquisição de Materiais Odontológicos UBS e C.E.O. ▪ Providência: Homologado 	Modalidade PE:093/2010	Valor Referente 5.131.768,56	Obs: valor de Licitado é de 2.739.930,36 para DCA, Newfox, Gnatus e Martins e RM.
000018996/2010 Data de entrada 18/08/2010. Data do último andamento 02/12/2010	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Construção de Serviço de RX Odontológico ▪ Providência: Homologação 	Modalidade de Licitação CV 070/2010	77.808,00	RIDO



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
 Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
 Telefone: 39022724 - Email: conselhosaude@anapolis.go.gov.br - twitter: @CMSns

000029808/209 Data de entrada 15/02/2010 Data do último andamento 17/03/2010	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aquisição Micro-ônibus com equipamento odontológico ▪ Providência: Homologado 	Modalidade de Licitação PE 019/2010	Valor Inicial: 583.924,00 Valor Final: 409.000,00	Al. Silva Franca
000029945/2010 Data de entrada 01/09/2010 Data do último andamento 17/03/2010	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aquisição de Matérias Odontológicas para CEOs e VSBS. ▪ Providência : Homologado 	Modalidade de Licitação CV 060/2010	79.891,68	DCA com e Representant e Ltda.
Valor: total = 10.967.507,56				
<p>Temos quase quatrocentos mil habitantes todos devem estar com os dentes perfeitos, e com condições de trabalhos perfeito só não entendemos porque ainda faltam materiais, será que todos que procuraram foram atendidos vale apenas fazer uma avaliação deverá o DENASUS encaminhar cartas para os pacientes que estão relatados que foram atendidos no livro de atas da unidade.</p>				

Construções De Unidades

UBS E SB. PSF

Processo Nº	Equipamento e Mto Físico	Registro de Preço ou modalidade	Valor	Empresa



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
 Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
 Telefone: 39022724 · Email: conselhosaude@anapolis.go.gov.br - twitter: @CMSns

		de licitação		
19345/2009 Data 26/08/2009	Reforma aos PSFs. Alvorada, Bandeirás, Jd. América, Munir Calixto, Arco Verde e CEO Maracanã.	Carta Convite Nº 070/2009	Valor Inicial: 147.927,27 Valor Final: 142.023,99	Carmo Construtor a
19347/2009 Data 26/08/2009	Reforma aos PSFs. Bairro de Lourdes e Hospital do Idoso	Carta Convite Nº 071/2009	Valor Inicial: 149.844,66 Valor Final: 149.844,66	JF Construtor a Sancom
19351/2009 Data 26/08/2009	Reforma aos PSFs. Calixtolândia, Calixtopolis, Jd. Petrópolis, Jaiara, Paraíso, São José, Vila Esperança, Vila Formosa	Carta Convite Nº 072/2009	Valor Inicial: 148.940,67 Valor Final: 148.695,87	Morcira Braga Construção
16121/2009 Data 26/08/2009	Reforma do PSF. João dos Antas Observação; recebeu denúncia que esta reforma foi extremamente básica que uma semana depois toda a encanação teve que fazer manutenção.	Carta Convite Nº 073/2009	Valor Inicial: 103.332,96 Valor Final: 101.210,93	JF. Construtor a





Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
 Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
 Telefone: 39022724 - Email: conselhosaude@anapolis.go.gov.br - twitter: @CMSns

19353/2009 Data 31/08/2009	Reforma do PSF. Souzaânia OBS: O Conselho este lá e comunicou a SIEMUSA para dar algumas explicações não teve conformidades	Carta Convite Nº 078/2009	Valor Inicial: 147.418,14 Valor Final: 149.418,14	Excel Construtor a
19346/2009 Data 31/08/2009	Reforma dos PSFs. Boa Vista, Recanto do Sol, Santo Antônio, São Carlos.	Carta Convite Nº 079/2009	Valor Inicial: 148.851,42 Valor Final: 145.279,00	Evolução Engenhari a LTDA.
19348/2009	Reforma do PSF. Jardim Progresso	Carta Convite Nº 080/2009	Valor Inicial: 149.035,97 Valor Final: 149.035,97	Evolução Engenhari a LTDA.
19350/2009 Data 31/08/2009	Reforma dos PSFs. Adriana Parque, Dom Emanuel, Sta Mª de Nazaré, JK, Maracananzinho, Vivian Parque e Fabril.	Carta Convite Nº 081/2009	148.545,42	
Proc.nº19352/2009	Reforma do CEREST	Carta convite	Valor inicial 105.101,56 Valor final 103.282,37	Essa Engenhari a LTDA.
Proc. Nº 19349/09	Reforma Mini-Cais. e Centro de Zoonoses	Carta Convite Nº 124/09	121.681,72	
Proc.nº00001942/2010	Construção Unidade de Saúde da Mulher, bairro	Modalidade licitação	1.440.262,88	Engenhari a e



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
 Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
 Telefone: 39022724 - Email: conselhosaudef@anapolis.go.gov.br - twitter: @CMSns

Data 01/03/10	Maracanã.	TP.		Construção o LTDA
Data último andamento 04/08/10	Providência homologada. Controladoria	013/2010		
Proc.nº000001945/20 10	Reforma UBS- Interlândia, Arco Verde,Guanabara.	Modalidade licença TP	Valor Inicial 1.018.560,77.	WF Engenharia a LTDA
Data 01/03/10	Providência homologada.	007/2010		
Data última andamento 08/06/10	Controladoria.		Valor Final 794.643,13	
Proc.nº000001948/20 10	Reforma UBS – Goiálândia. São Joaquim , e Santa Maria de Nazaré (obs: referência pela 2º vez).	Modalidade Licitação TP	Valor Inicial 714.804,72	WF
Data 01/03/10	Providência homologada.	009/2010	Valor Final 603.720,38	
Data último andamento 29/02/2010	Controladoria.			
Proc.nº000026740/20 09	Reforma e Adequação Unidade de Saúde (09 unidades). Obs:não está especificada quais.).Providência:homologa da.	Modalidade Licitação C.V.	Valor Inicial 148.795,13	DPA Engenharia a P. LTDA
Data 17/03/10	Controladoria.	017/2010	Valor Final 125.986,65	
Data último andamento 07/06/10				
Proc.nº000002465/20 11	Reforma do Centro Zoonoses (obs:pela 2º vez).Providência:homologada	Modalidade Licitação C.V.024/201 1	Valor Inicial 147.706,29	Premdine Engenharia e Construção o LTDA
Data 08/04/2011	Controladoria.		Valor Final 147.673,59	
Data último andamento 18/07/11				
Proc.nº00014758/201 1	Reforma e adequação do ESF -- João Cruz de Oliveira	Modalidade Licitação	94.478,33	



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
 Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
 Telefone: 39022724 - Email: conselhosaudef@anapolis.go.gov.br - twitter: @CMSns

Data 08/06/11 Data último andamento 09/06/11	Enviado e providência: SEMUSA /diligência do CPL.	C.V.		?
	Construção e Reforma da Unidades de Saúde. Total 4.579.782,57. Observação a maioria continua com problemas nos prédios. O que acontece?Porque não se resolve tudo. E partes destas reformas foram feitas através do programa PMAC.			
	Acompanhamento Manutenção SAMU 2009 a 2012			
Proc.nº17567/2009 Data 24/07/09	Movéis SAMU	Modo Licitação nº061/2009	52.280,58	Cita várias empresas.
Proc.nº15825/2009 Data 07/08/09	Empresa Especializada Adequação Ambulância SAMU	Modo Licitação nº065/09	Valor Inicial 23.035,99 Valor Final 21.774,00	Agr veículos especiais.
Proc.nº 18835/2009 Data 10/09/09	Aquisição uniforme SAMU	Carta Convite nº126/09	Valor Inicial 40.352,00 Valor Final 27.284,80	Lanny Luciano Francisco ne
Proc.nº00000580/201	Contrato Empresa Para	Modo	Valor Inicial	Anadiesel



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
 Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
 Telefone: 39022724 - Email: conselho.saude@anapolis.go.gov.br - twitter: @CMSns

0	manutenção de frota das ambulâncias SAMU.	Licitação PE 006/2010	672.000,00 Valor Final 504.000,00	S.A.
Data 19/02/10	Providência: homologada-Contadoria.			
Data último andamento 30/06/10				
Proc.nº000017107/10	Aquisição de pneus 225/70415 para SAMU.	Modo Licitação PE 088/10	Valor Inicial 17.733,55 Valor Final 13.000,00	He Rodas s/a
Data 21/07/10	Providência: homologada - Contadoria. Obs: ver processo para saber a quantidade (unidade)			
Data último andamento 04/11/10				
Proc.nº000035138/2010	Aquisição de sistema de gravação-Central Regional SAMU.	Modo Licitação enviadas para Walkyria preza.	Valor 26.166,66	Não cita empresas
Data 10/05/10	Providência retorno do PGM	Modo de Licitação PE		
Data andamento 04/07/2011				

LACEMA- HOSPITAL MUNICIPAL DE ANAPOLIS.

78/09	Aquisição material para laboratório LACEMA	EMV. Controladoria Mod.lic.PE nº 027/2010	Valor ref.847.320,98 Valor lic.415.624,15	Empresa?
03/10				
ata 13/08/10				
7/2011	Aquisição de equipamento e material permanente-LACEMA	Env. Controladoria Prov. homologado	Valor ref. 12.331,67 Valor lic.10.798,99	MS Crystal vanguarda
04/11				



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03, Vila Santana
Telefone: 39022724 - Email: conselhosaude@anapolis.go.gov.br - twitter: @CMSns

Data 27/06/11		Mod. PE 023/2011		
000041324/2010	SRP-PE-aquisição de material diverso	Env. Walkyria preg.	1.831.721.00	
Data 05/06/11		Prov. retorno de diligencia mod. PE.		
Ultima data 12/07/2011				
Material de informática				
Nº processo	Objeto	Modalidade	Valor ref/valor lic.	Empresa.
17.943/2009 data 10 set.	Aquisição de cartucho, tonners e comp.	Mod. Carta convite nº 054/2009	Valor ref. 68.850.63 valor lic. 61.660.00	Empresa EC. Laurentino informatica.
17.943/2009 data 10/set.	Aquisição material de informática.	Mod. Carta convite nº 085/2009	Valor 68.851.120	?
16.026/2009 data 15 /out.	Aquisição de 47 computadores 35 cabos USB.	Mod. carta convite nº 113/2009	Valor ref. 77.797.50 valor lic 69.575.75	Empresa vip. Informatica.
23202/2009 13/Nov.	Sistema de informática para saúde.	Mod. Carta convite nº 123/2009	Valor ref. 79.996.67 valor lic 72.000.00	ICS sistema de gestão.
000030189/2010 data 06/09/2010 ultima data 06/09/010	Aquisição micro-computadores, impressoras e cabos USB Obs: no relatório AC. Lic de 2011 refere-se que foi para eq. Morto aguardando autorização do prefeito.	Env. Walkyria preg. Prov.minuta de edital mod. PE.	Valor 349.993.33	Obs: 2º doc. Na Semds para cumprir diligencia do PGM
000031118/2009 data 25/02/2010 ultima data 25/02/2010	Impl.treimam e customização software caresc 2	Env. Controladoria Prov. homologado Mod. lic. PP002/10	Valor ref. 292.803.02 valor lic 244. 000.00	Opengov. Soluç.em tecnol LTD A
000032890/2009 data 24/02/10	Aquisição equipamento de informática.	Env. Controladoria Ptov. Homologado	Valor ref. 62.173.96 valor lic 51.143.79	Odilon Caixeta/Luiz C.



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
Telefone: 39022724 - Email: conselhosaude@anapolis.go.gov.br - twitter: @CMSns

Última data 19/05/10		mod. Lic. PE 032/10		
0000486/2011 data 01/03/11 Última data 12/17/11	Implantação e manutenção de software de tele-consulta	Env. Gilson CPL prov. homologado mod. Lic. TP 0092011	108.666,33	OBS: prazo recurso julgamento proposta até 01/08/2011
000040699/2010 data 04/01/2011 última data 03/05/2011	Aquisição de 20 computadores completos saúde da família.	Env. PGM prov. análise de minuta mod. PE	26.833,33	Obs. SEMUSA controle interno
	Total: gasto com informática e de: 1.066.723,73 conforme informação acima.			

Relatório- medicação/equipamento permanentes.

Vale salientar o alto valor gasto com medicamentos, conforme detalhado no relatório de acompanhamento de licitação, além de todas as outras compras feitas após o TAC, muitas com dispensa de licitação ou carta carona, documentos que este conselho não teve acesso. O Secretário de Saúde sempre que indagado informava nas reuniões do conselho que estaria tomando providências e que este tipo de compra era necessário. O Secretário pediu na pauta de reunião do conselho a aprovação das compras com dispensa de licitação, mesmo sem a apresentação das notas pela SEMUSA. O conselho, portanto, não apreciou e tampouco aprovou acima do valor de R\$ 8.000,00.

Muitas das reclamações recebidas por este conselho foram feitas pela população e pelos próprios profissionais de saúde que reclamavam da falta de condições de trabalho, em razão da escassez de medicamentos, equipamentos sucateados e falta de itens básicos.

Considerando que a SEMUSA não deu esclarecimentos referentes os supracitados.

No departamento de **Informatização**, houveram contratações de profissionais para prestar serviço de manutenção em equipamento de informática para SEMUSA, houve ainda compra de computadores.



Conselho Municipal de Saúde de Anápolis – GO.
 Rua Professor Roberto Mange, nº 152. Piso 03. Vila Santana
 Telefone: 39022724 - Email: conselhosauade@anapolis.go.gov.br - twitter: @CMSns

Pela lógica todas as unidades de saúde deveriam ser informatizadas, no entanto, o que se observa é vários relatos de dificuldades nesta área, com computadores antigos, dificuldade de acesso a internet e falta de informatização na maioria das unidades. Houveram inclusive, denúncias de desaparecimento de computadores.

Entendemos que houveram inúmeras inconformidades, porém, em razão da dificuldade em apurar detalhadamente todos estes fatos por este conselho, as informações foram encaminhadas para os órgãos competentes para análises e eventuais providências.

Informamos ainda, que não foram aprovadas as prestações de contas de 2009/2010/2011 e ainda estão sob análise as contas de 2012, que se encontram incompletas, uma vez que até a presente data ainda não foi entregue o relatório do terceiro quadrimestre de 2012.

Vale ressaltar que ainda se encontra sob investigação a denúncia em relação ao SAMU. (maiores detalhes consultar auditoria n° 12379 do DENASUS). Relatório complementar.

O Conselho Municipal de Saúde encaminha este relatório e CDs em anexos com os documentos que foram entregues pela SEMUSA (Secretaria Municipal de saúde de Anápolis-GO). Documentos que foram escaneados pelo conselho para encaminhamentos aos órgãos competentes para análise e esclarecimentos, uma vez que esses respectivos órgãos têm melhores condições de apurar os fatos. Além da falta de colaboração por parte da SEMUSA, apresentando informações insuficientes e não esclarecedoras. **O Conselho solicitou declarações de conformidades, de técnicos responsáveis como: contadores e engenheiros. Para ter garantias nas aprovações das contas. (Solicitação que como todas as outras não foram atendidas)**

Atenciosamente

Marcos Rodrigues Silveira.

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Anápolis.

Anápolis, 30 de Maio de 2013.

ANEXO G: E-mail Conselheira do Conselho Estadual de Saúde.

Ricardo Borges de Rezende <rezenderb@globo.com>

FW: Solicitação de CONTRIBUIÇÃO -manual..

4 mensagens

MARISELMA LEMES ROCHA <mariselmalr@hotmail.com>

9 de abril de 2013 15:22

Para: "rezenderb@globo.com" <rezenderb@globo.com>

Professor Ricardo,

Boa Tarde !

Sou Mariselma, Conselheira Estadual de Saúde e funcionária do Ministério da Saúde em Goiânia, há bastante tempo... a gente não diz quanto, prá não revelar a idade, brincadeirinha ,somente para quebrar o gelo deste contato inicial. ...

Quem repassou seu e-mail foi Eliana de Anapolis - Conselho Municipal.

Trabalho no Conselho com a Comissão de Monitoramento e Educação Permanente aos municípios em nosso estado que são SOMENTE 246... tudo muito fácil de lidar.... uma beleza, sem problemas de organização..

Persigo o sonho da informação aos Conselheiros municipais, na formato Cartilha ou Manual traduzindo em linguagem acessível aos mesmos a Lei Complementar 141/2012 para na prática, terem instrumento que norteie a prestação de contas dos gestores aos conselhos.

Temos desde o mes de março i no Conselho Estadual contadora, enquanto cargo comissionado - ela está chegando agora ao Controle Social e sei , será lenta a absorção de um trabalho de certa forma TRADUZIDA em linguagem popular aos conselheiros, que sabe o senhor, são voluntários e necessariamente não tpossuem por obrigação conhecimento específicos do direito, contabilidade.... pelo que Eliana e outros conselheiros me repassaram o Senhor é a pessoa que poderá contribuir/somar e muito conosco. Gostaria de saber desta viabilidade.

Telefones do Conselho Estadual - 3201-4255 /4260/ no período da tarde é que estou por aqui.

Seria interessante ter o retorno do recebimento deste.

Grata,

Mariselma

ANEXO H: Ofício nº 22/2011-SEMUSA, de 19 de janeiro de 2012.



Ofício nº 22/2011-SEMUSA.

Anápolis, 19 de janeiro de 2012

Prezado Senhor,

A par de cumprimentá-lo, venho através deste solicitar a vossa senhoria, informações sobre a conclusão da análise das prestações de contas referente aos exercícios de 2009, 2010 e 2011, uma vez que já findamos o exercício de 2011 e ainda não obtivemos a certidão atestando ou não a legalidade das prestações de contas enviadas a este conselho. Esclarecemos que a falta da certidão do exercício de 2009 está impedindo que seja impetrado recurso ao Balancete de dezembro de 2009 junto ao Tribunal de Contas dos municípios, bem como a certidão do exercício de 2010 que necessita urgentemente de ser juntada ao Balancete de dezembro de 2010 que se encontra em análise no Tribunal de Contas dos Municípios.


Ademais, a conclusão da análise das prestações de contas do exercício de 2009 e 2010 impedem que a prestação de contas do exercício de 2011 seja analisada, pois ao encaminhar o Balancete de dezembro de 2011 ao Tribunal de Contas dos Municípios, o mesmo deverá conter a Certidão referente ao exercício de 2010, sob pena de ter o Balancete Rejeitado com imputação de Multa.

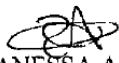
Aproveitamos a oportunidade para solicitar informações acerca dos documentos referentes ao exercício de 2011 os quais já foram encaminhados a este conselho para análise, sendo que estamos somente aguardando esta informação para encaminharmos a documentação restante.

E ainda solicitamos cópia da Lei que criou o Conselho Municipal de Saúde do Município e cópia do ato de nomeação dos membros do Conselho Municipal de Saúde, com indicação dos segmentos que representam, sendo estes documentos necessários para preenchimento do SIOPS 1º e 2º semestre de 2011.


Colho do ensejo, para apresentar-lhe, protestos de nossa estima consideração.

Atenciosamente,


FRANCI RIBEIRO DE MOURA
Secretária Municipal de Saúde
Fundo Municipal de Saúde

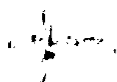

VANESSA A. CUSTÓDIO
CRC 18781-O/GO
CR- Assessoria Contábil Municipal S/S

Senhor,
MARCELO RODRIGUES SILVEIRA
Presidente do Conselho Municipal de Saúde
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE


LUCYLENE RIBEIRO NETO REZENDE
Diretora Administrativa e Financeira
Secretaria Municipal de Saúde

Recib
25
01
2012
as 15:50hs
Aline Magalhães de Souza
Secretaria C.M.S.

ANEXO I: Relatório/Parecer: Relatório de Gestão 2009 e 2010.



Relatório/Parecer: Relatório de Gestão 2009 e 2010

Comissão de Avaliação Relatório Gestão.

RECEBIDO
EM 13/01/2012
[Assinatura]
Edilson Marçal de Souza
Diretor de Planejamento
Regulação e Auditoria
Secretaria Municipal de Saúde

Após os trabalhos da Comissão de Análise dos Relatórios de Gestão 2009 e 2010 e reunião com o Sr. Edilson Marçal – Diretor de Planejamento, Regulação e Auditoria, ficou acordado que os membros da comissão produziram um relatório com pontos que deverão ser revistos e esclarecidos para uma nova avaliação da comissão. Acordou-se também, por solicitação do Sr. Edilson Marçal, que será dado um prazo de sessenta dias para que todas as modificações e esclarecimentos sejam realizados. Os pontos para avaliação e esclarecimentos são:

Relatório 2009:

1º Inserir Controle social no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (Paralelo a Secretaria de Saúde).

2º Demografia (O Gráfico dos relatórios: 2008, 2009, 2010 são idênticos.)

3º Nos estabelecimentos com atendimento ambulatorial observa-se que, houve diferença nos números inseridos, mas o total continua o mesmo.

4º Rede de Assistência Básica: observa-se duplicidade de construção nos USF's (Unidade da Saúde da Família) do Bairro Boa Vista/São Carlos. Na Unidade do Bairro Vila Esperança consta a reforma por dois anos consecutivos.

5º Os Relatórios de Gestão 2009 e 2010 apresentam inconformidades na rede de Assistência de média e alta complexidade, é necessário rever o número de Unidade de Atendimento.

6º Na observação de média e alta complexidade: planejamento, regulação e autorização. Observa-se que o convênio firmado entre a SEMUSA de nº 3563, para estruturação do complexo regulador regional Pirineus no valor 327.150,00 (trezentos e vinte e sete mil, cento e cinquenta reais) que juntamente com o incentivo para implantação dos Complexos Reguladores normatizados, pelas portarias SAS Nº494/2006 e GM nº 1571/2007 no valor de 98.195,00 (noventa e oito mil cento e noventa e cinco reais) sendo que atualmente consta licitados apenas 97% dos equipamentos e móveis

RECEBIDO
EM 13/01/2012
[Assinatura]



necessários. Observa-se ainda que no relatório 2008, 2009 e 2010 as informações estão repetitivas, pedimos esclarecimentos por entendermos que não há inconformidades.

7º Fazer avaliação do quantitativo de serviços prestados. Comparando-se os Relatórios 2008, 2009 e 2010, pode-se perceber uma variação de até 500% nos dados apresentados.

8º Rever o quadro das coberturas dos ESF's/PACS.

9º No Relatório de Gestão 2010 pag. 48 onde cita que o CMS aprovou a construção e implantação do CEO III. Afirmamos que este projeto não foi apresentado ao CMS e, portanto não foi aprovado.

11º No Relatório de Gestão 2010 pag. 53 cita que o CMS foi informado sobre o processo de seleção para laboratórios de próteses odontológicas. Informamos que o CMS não tomou conhecimento desse processo licitatório. Somente em 2011, após o processo de licitação já finalizado e executado o CMS questionou essa terceirização.

12º Atualizar endereços e telefones das Unidades de Saúde nos Relatórios 2009 e 2010.

Membros da Comissão:

Eliane Cândida Castilho.

José Emiliano

Eliane Bento Moreira Lima.

Magda Lopes Penido

ANEXO J: E-mail do Presidente do CMS de Anápolis/GO

Ricardo Borges de Rezende <rezenderb@globo.com>

Resolução e Manual de Prestação de Contas.

2 mensagens

Ricardo Borges de Rezende <rezenderb@globo.com>
 Para: jacobeva4@hotmail.com

5 de julho de 2013 20:43

Prezado Prof. Francisco Jacob - Presidente CMS de Anápolis/GO,


Conforme acordado na reunião realizada no dia 05/07/2013, estou lhe encaminhando a Minuta da Resolução de Prestação de Contas do SUS e o Manual de Análise da Prestação de Contas do SUS ao CMS, para sua avaliação e devidos encaminhamentos.


Coloco-me a disposição para realizarmos novos treinamentos com os conselheiros de saúde ou para quaisquer esclarecimentos sobre os documentos em anexo.

Atenciosamente,

Ricardo Borges de Rezende.
 Mestrando em Ciências Contábeis
 Programa Multi-institucional UnB/UFPB/UFRN

2 anexos

 **Anexo Único Resolucao - Manual de Prestacao de Contas - CMS.docx**
 78K

 **Minuta_Resolucao_CMS_Prestacao_Contas.docx**
 170K

Francisco Jacob de Oliveira Filho <jacobeva4@hotmail.com>
 Para: Ricardo Borges de Rezende <rezenderb@globo.com>

6 de julho de 2013 13:08

Estimado Professor Ricardo,

Primeiro, sinto-me honrado por ter a sua companhia a muito, sem dúvida, um grande professor!

Segundo, pode ter certeza que foi um grande prazer tê-lo nesse período em nosso Conselho, antes eu fazia parte da Comissão de Contas e vi um pouco do seu trabalho e agora, como Presidente, posso ver esse árduo, penoso, mas compensador trabalho, sendo concretizado e "colher os frutos" do mesmo! RECEBO com alegria o Manual e a Resolução, parabéns!

O Conselho agradece e parabeniza, posso dizer isso sem dúvida alguma, em nome de todos. Preciso muito que nos auxilie na capacitação dos nossos novos Conselheiros e pode ter certeza que esse Projeto será muito bem vindo, não só em nosso Conselho, mas a muitos outros que necessitam com urgência dessas orientações.

Agora mesmo, estou encaminhando à Mesa Diretora para conhecimento. Na próxima terça-feira, nos reuniremos e encaminharemos ao Pleno em nossa primeira Reunião ok?

Você está de Parabéns!

E que venha a DEFESA, tudo de bom e boa sorte sempre.

Do amigo,

Francisco Jacob de Oliveira Filho
 Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Anápolis

APÊNDICE A: Roteiro de Observação Reunião de Apresentação do Relatório de Prestação de Contas

- i. Verificar qual o tempo disponibilizado à apresentação do relatório.
- ii. Verificar o comportamento dos conselheiros diante da informação que está sendo prestada durante a apresentação do Relatório de Prestação de Contas.
- iii. Verificar se os conselheiros, quando apresentadas as destinações recursos financeiros, se posicionam da mesma forma que o fazem quando são apresentadas informações sobre outras atividades desenvolvidas pela SMS (ex: combate à dengue, número de crianças vacinadas, etc.).
- iv. Observar o comportamento do apresentador do relatório (funcionário da SMS) quando tem que responder aos questionamentos dos conselheiros (sinais de arrogância, busca da intimidação, etc.).
- v. Verificar se o apresentador demonstra conhecimento do conteúdo do relatório que está apresentando e mostra-se disposto a aprofundar o debate sobre as questões levantadas.
- vi. Quando as dúvidas não são sanadas durante a plenária, o apresentador mostra-se disponível à busca da informação e propõe um prazo para saná-la, ou usa de artifícios burocráticos para não ser mais importunado (ex: enviem um ofício para a SMS solicitando esclarecimentos que o setor competente analisará o questionamento e, se for pertinente, atenderá...)? Afinal, ele deixa aberto o canal de comunicação ou dificulta?
- vii. Observar se todos os conselheiros receberam o relatório e se há evidências de que todos o analisaram.

APÊNDICE B: Roteiro de Entrevista Coletiva - Seminário**Entrevista Coletiva – Seminário - Pré-Treinamento**

O presente questionário tem o intuito orientar uma entrevista com os Conselheiros da Comissão de Prestação de Contas do Conselho Municipal de Saúde de Anápolis, previamente ao treinamento (intervenção) para avaliação dos relatórios de prestação de Contas encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde.

- 1) Qual a importância da avaliação pelo CMS das Prestações de Contas da Saúde? Qual o papel do conselheiro nessa avaliação? (verificar a percepção do conselheiro sobre as prestações de contas)
- 2) Qual a relação entre o planejamento das ações de saúde, definidas no PPA, LDO e LOA com as prestações de contas da Saúde? (analisar a percepção sobre a relevância – valor confirmativo)
- 3) Na avaliação das prestações de contas é verificado se houve a apresentação das prioridades de aplicação de recursos da saúde? (verificar a consistência dos relatórios)
- 4) Na avaliação dos relatórios, há a preocupação de confrontar as metas previstas com as metas realizadas para as ações da saúde? (verificar valor confirmativo)
- 5) Qual a percepção perante as sugestões realizadas pelo CMS para a SMS? (verificar a relação do CMS com a SMS)

APÊNDICE C: Minuta Resolução/CMS – Prestação de Contas

Resolução/CMS /2013

Dispõe sobre a Fiscalização da Gestão da Saúde por meio dos Relatórios Quadrimestrais e dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG).

O Conselho Municipal de Saúde de Anápolis no uso de suas atribuições legais conferidas pela Lei Municipal nº 2.080, de 06 de maio de 1993, modificada pela Lei Municipal nº 3.036, de 09 de dezembro de 2003 e regulamentado pelo Decreto nº 29.834, de 04 de março de 2010.

Considerando os art. 34 a 42 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e Resolução Normativa nº 333, de 04 de novembro de 2003, que dispõe sobre a Prestação de Contas pelo Gestor do SUS em cada ente da Federação e a Fiscalização da Gestão da Saúde através do Conselho de Saúde.

RESOLVE:

Art. 1º. Os Relatórios de Prestação de Contas do Gestor do SUS, no âmbito do município de Anápolis/Go, nos termos dos arts. 34, 35 e 36 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e inciso V do art. 2º da Lei Municipal nº 2.098, de 06 de março de 1993, serão organizados e apresentados ao Conselho Municipal de Saúde de acordo com as disposições desta Resolução.

Art 2º. A Secretaria Municipal de Saúde deverá encaminhar até o dia 30 de março do ano seguinte o Relatório de Gestão (RAG) ao Conselho Municipal de Saúde, em cumprimento ao § 1º do art. 36 da Lei Complementar nº 141/2012.

§ 1º Caberá ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas na Lei Complementar nº 141/2012, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º A Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis deverá encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 3º Anualmente, a Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis deverá atualizar o SARGSUS, indicando a data de aprovação do Relatório de Gestão por este Conselho, nos termos do art. 39 da Lei Complementar nº 141/2012.

§ 4º O Conselho de Saúde, nos termos do art. 41 da Lei Complementar nº 141/2012, avaliará a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira e o relatório do gestor da saúde apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde, encaminhando ao Chefe do Poder Executivo do município as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Art. 3º. O relatório quadrimestral do gestor do SUS deverá ser encaminhado a este Conselho de Saúde até trinta dias do término do respectivo quadrimestre, devidamente assinado pelas autoridades competentes, obedecendo à ordem determinada.

I – Ofício de encaminhamento do relatório, devidamente assinado pelo titular da Secretaria Municipal de Saúde, indicando o mês de referência;

II – Índice (denominação e paginação dos documentos anexados);

III – Relatório Consolidado do Resultado a Execução Orçamentária e Financeira no âmbito da saúde, evidenciando:

a) O montante e fonte dos recursos aplicados no período;

b) Os recursos aplicados e serviços da saúde, especificados por programas e ações de governo;

c) O comparativo entre as metas físicas e financeiras estabelecidas no Plano Plurianual - PPA e na Programação Anual de Saúde – PMS e as metas realizadas;

d) As retificações orçamentárias (suplementações, créditos orçamentários) com suas respectivas justificativas;

e) O montante dos recursos financeiros reservados para suprir a eventos incertos e eventuais (reserva de contingência).

IV – Relatório do Gestor do SUS no período, evidenciando:

a) Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;

b) as respostas e/ou justificativas aos pareceres emitidos pelo Conselho Municipal de Saúde em prestação de contas anteriores;

c) As aplicações de recursos financeiros previstos na Lei Orçamentária – LOA para o exercício subsequente;

d) As prioridades para destinação de recursos financeiros para o exercício financeiro vigente;

e) As fragilidades e as ações que necessitam de melhorias para atendimento das demandas da saúde;

f) oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

V – Relatório comprovando a execução do programa permanente de educação na saúde para qualificar os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde

integrantes do Conselho de Saúde, em sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, nos termos do art. 44 da Lei Complementar nº 141/2012.

Art. 4º. A fiscalização da gestão da saúde a ser exercida pelo Conselho Municipal de Saúde, nos termos do art. 38 e 41 da Lei Complementar nº 141/2012, será realizada por meio de instrumento de leitura e análise das contas, conforme item 4 do Manual de Análise da Prestação de Contas do SUS (Anexo Único desta resolução).

Art. 5º. O descumprimento/infrações das disposições desta resolução serão punidas nos termos do art. 46 da Lei Complementar nº 141/2013.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor nesta data, revogadas as disposições em contrário.

Anápolis, de de 2013.

Francisco Jacob de Oliveira Filho
Presidente do CMS Anápolis

APÊNDICE D: Manual de Análise da Prestação de Contas do SUS ao CMS**1 – INTRODUÇÃO**

Este Manual tem por finalidade oferecer orientações básicas sobre o processo de Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ao Conselho Municipal de Saúde de Anápolis-GO.

As orientações estabelecidas neste Manual foram desenvolvidas tendo por base a Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000; a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e a Resolução Normativa nº 333, de 04 de novembro de 2003, que dispõe sobre a Prestação de Contas.

O presente trabalho tem o propósito de oferecer algumas informações sobre o assunto, sem a pretensão de esgotá-lo, tendo em vista que, diante da diversidade de casos e aspectos em que se insere o tema, muito há que se pesquisar, especialmente na experiência dos Conselhos Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

2 – DEFINIÇÃO

☞ **Conselho de Saúde:** é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde – SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90.

☞ **Papel do Conselheiro:** Não podemos confundir o trabalho do conselho de saúde com o trabalho da Secretaria de Saúde. O conselho, em linhas gerais, propõe o que deve constar na política de saúde e fiscaliza sua execução e a utilização de recursos financeiros. A Secretaria de Saúde executa a política de saúde.

☞ **Planejamento do SUS:** O funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS tem por base a formulação e/ou revisão periódica dos seguintes instrumentos: o *Plano de Saúde*, as respectivas *Programações Anuais de Saúde*; e os *Relatórios Anuais de Gestão*.

☞ **Plano de Saúde:** é o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

- **Observação:** existe certa flexibilidade dada aos gestores para eventuais alterações nos orçamentos, haja vista que o planejamento é um processo contínuo que, muitas vezes, exige revisão das metas. *No entanto, qualquer alteração no planejamento de saúde deve ser autorizada pelo Conselho de Saúde.* Caso ocorra alguma situação de emergência ou calamidade, a aprovação do Conselho pode acontecer em momento posterior, durante a prestação de contas.

📁 **Programação Anual de Saúde:** é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde.

📁 **Relatório Anual de Gestão:** é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde.

📁 **Análise do Relatório de Gestão:** o Relatório de Gestão, para ser aprovado pelo Conselho de Saúde, deve apresentar justificativas, claras e bem fundamentadas, que expliquem todas as situações em que o planejamento original do **Plano de Saúde não foi cumprido**. Assim, o Conselho deve verificar não apenas os recursos financeiros aplicados, mas principalmente se o Plano de Saúde foi observado e realizado.

3 – PRESTAÇÃO DE CONTAS

A Secretaria Municipal de Saúde deverá elaborar e encaminhar quadrimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde, o relatório de Prestação de Contas do SUS e anualmente o Relatório de Gestão (RAG). Os relatórios quadrimestrais deverão ser encaminhados até o último dia útil dos meses de maio, setembro e janeiro. O RAG deverá ser encaminhado até o dia 30 de março de cada ano.

↪ *Caberá ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas na Lei Complementar nº 141/2012, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000;*

↪ *O Conselho de Saúde, nos termos do art. 41 da Lei Complementar nº 141/2012, avaliará a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira e o relatório do gestor da saúde apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde, encaminhando ao Chefe do Poder Executivo do município as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.*

O relatório quadrimestral do gestor do SUS deverá ser encaminhado a este Conselho de Saúde até trinta dias do término do respectivo quadrimestre, devidamente assinado pelas autoridades competentes, obedecendo à ordem determinada.

I – Ofício de encaminhamento do relatório, devidamente assinado pelo titular da Secretaria Municipal de Saúde, indicando o mês de referência;

II – Índice (denominação e paginação dos documentos anexados);

III – Relatório Consolidado do Resultado a Execução Orçamentária e Financeira no âmbito da saúde, evidenciando:

a) O montante e fonte dos recursos aplicados no período;

b) Os recursos aplicados e serviços da saúde, especificados por programas e ações de governo;

c) O comparativo entre as metas físicas e financeiras estabelecidas no Plano Plurianual - PPA e na Programação Anual de Saúde – PMS e as metas realizadas;

- d) As retificações orçamentárias (suplementações, créditos orçamentários) com suas respectivas justificativas;
- e) O montante dos recursos financeiros reservados para suprir a eventos incertos e eventuais (reserva de contingência).

IV – Relatório do Gestor do SUS no período, evidenciando:

- a) Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
- b) as respostas e/ou justificativas aos pareceres emitidos pelo Conselho Municipal de Saúde em prestação de contas anteriores;
- c) As aplicações de recursos financeiros previstos na Lei Orçamentária – LOA para o exercício subsequente;
- d) As prioridades para destinação de recursos financeiros para o exercício financeiro vigente;
- e) As fragilidades e as ações que necessitam de melhorias para atendimento das demandas da saúde;
- f) oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

V – Relatório comprovando a execução do programa permanente de educação na saúde para qualificar os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde integrantes do Conselho de Saúde, em sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, nos termos do art. 44 da Lei Complementar nº 141/2012.

4 – ANÁLISE DAS CONTAS

A análise dos relatórios de prestação de contas do gestor do SUS será realizado com base em um instrumento que visa avaliar a qualidade dos relatórios de prestações de contas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Anápolis ao Conselho Municipal de Saúde (CMS). Esse instrumento foi desenvolvido em pesquisa realizada em parceria com o Programa Multi-institucional e Inter-Regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da UnB/UEPB/UEFRN, com intuito de promover uma avaliação transparente e com critérios claramente definidos, possibilitando uma análise isonômica, imparcial e justa.

A presente análise possibilita ao conselheiro de saúde avaliar os relatórios verificando sua materialidade, relevância e confiabilidade da informação prestada, através de 12 (doze) indicadores/variáveis de qualidade, conforme apresentado abaixo:

4.1 – Indicador – Evidenciação dos Recursos Financeiros especificados por Programas e Ações de Governo:

Esse indicador permite ao conselheiro analisar se os programas e ações planejados para a saúde no Plano Municipal de Saúde (PMS) e descrito no Plano Plurianual (PPA) foram cumpridos.

O conselheiro verificará se consta no processo de prestação de contas o **Relatório Consolidado do Resultado a Execução Orçamentária e Financeira** analisando:

- ☐ Os recursos financeiros foram apresentados em aplicações e serviços de saúde por PROGRAMAS e AÇÕES de governo? (comparar o relatório com o PPA)

4.2 – Indicador – Especificação da fonte dos recursos financeiros:

Esse indicador permite avaliar a evidenciação das fontes dos recursos financeiros disponibilizados para a área da saúde.

O conselheiro verificará se consta no processo de prestação de contas o **Relatório Consolidado do Resultado a Execução Orçamentária e Financeira** analisando:

- ☐ Os recursos financeiros foram apresentados por FONTE de recursos disponibilizados para a área da saúde?

4.3 – Indicador – Participação do Conselho nas Decisões da Secretaria de Saúde:

Esse indicador permite avaliar quais ações foram empreendidas pela gestão do SUS frente às recomendações apresentadas pelo Conselho nos pareceres emitidos no exame de prestação de contas de períodos anteriores.

O conselheiro verificará se consta no processo de prestação de contas o **Relatório do Gestor do SUS** analisando:

- ☐ Verificou-se nos relatórios as respostas aos pareceres emitidos pelo CMS em prestações de contas anteriores?

4.4 – Indicador – Objetivos e metas para o exercício subsequente:

Esse indicador permite avaliar a evidenciação do estabelecimento de objetivos e metas da gestão do SUS, a partir das diretrizes traçadas no PPA para o próximo exercício.

O conselheiro verificará se consta no processo de prestação de contas o **Relatório do Gestor do SUS** analisando:

- ☐ A SMS apresentou no relatório os objetivos e metas para o exercício subsequente?

4.5 – Indicador – Recursos financeiros previstos na proposta /lei orçamentária:

Esse indicador permite avaliar a evidenciação dos recursos financeiros previstos na proposta/lei orçamentária para o exercício subsequente discriminando-os por programas e por ações de governo, e por fonte de recursos, no trimestre em análise.

O conselheiro verificará se consta no processo de prestação de contas o **Relatório do Gestor do SUS** analisando:

- ☐ Foram demonstradas as aplicações de recursos financeiros previstos na LOA para o exercício seguinte?

- ☐ Esses recursos foram discriminados por programas e por ações de governo e fonte de recursos?

4.6 – Indicador – Confronto dos resultados obtidos com as metas estabelecidas para a área da saúde:

Esse indicador permite avaliar a evidenciação da realização das metas estabelecidas pela administração em períodos anteriores.

O conselheiro verificará se consta no processo de prestação de contas o **Relatório do Gestor do SUS** analisando:

- ☐ Há controle comparativo entre os resultados obtidos e as metas estabelecidas para área de saúde?
- ☐ Nos relatórios do quadrimestre foram apresentados os dados das metas físicas?

4.7 – Indicador – Periodicidade de Disponibilização dos Relatórios e Disponibilização do Relatório em Análise:

Esse indicador permite avaliar a evidenciação, em cada relatório de prestação de contas, da data de disponibilização do relatório referente ao próximo quadrimestre ao Conselho; e do momento em que foi disponibilizado o relatório em análise.

O conselheiro verificará se consta no processo de prestação de contas o **Relatório do Gestor do SUS** analisando:

- ☐ Os relatórios de prestação de contas foram encaminhados ao CMS dentro do prazo legal?
- ☐ A SMS obedeceu a periodicidade de envio dos relatórios?

Os conselheiros deverão conhecer os prazos para disponibilização dos relatórios de prestação de contas pela SMS, a fim, de verificar seu cumprimento e ainda, para promoverem as diligências necessárias para o seu cumprimento:

Relatório	Dispositivo Legal	Prazos
Relatórios Quadrimestrais	Art. 41 da LC nº141/2012	Maior – Setembro – Fevereiro
Relatório Anual de Gestão	§1º do art. 36 da LC nº 141/2012	Até 30 de março de cada ano.

Fonte: Lei Complementar nº 141/2012.

4.8 – Indicador – Divulgação das prioridades para destinação dos recursos financeiros e Evidenciação das retificações orçamentárias:

Esse indicador permite avaliar a evidenciação das prioridades definidas pela gestão caso a execução orçamentária demonstre uma insuficiência de recursos financeiros,

frente aos objetivos e metas propostos, ao longo do exercício financeiro e avaliar a evidenciação das retificações orçamentárias que envolvam o orçamento da área da saúde.

O conselheiro verificará se consta no processo de prestação de contas o **Relatório do Gestor do SUS** analisando:

- Foram divulgados nos relatórios as prioridades para destinação dos recursos financeiros?
- Houve remanejamento de recursos?

4.9 – Indicador – Previsão de Recursos para os Exercícios compreendidos no PPA para a área de saúde:

Esse indicador permite avaliar a evidenciação de informações relacionadas à previsão de recursos financeiros para cada um dos programas contidos no PPA do município relacionados à área da saúde.

O conselheiro verificará se consta no processo de prestação de contas o **Relatório do Gestor do SUS** analisando:

- Foram previstos recursos suficientes para cumprir as metas e ações descritas no PPA?
- O PPA é exequível?

4.10 – Indicador – Divulgação dos pontos que necessitam de melhorias:

Esse indicador permite avaliar a evidenciação pelos gestores do SUS das dificuldades e/ou fragilidades enfrentadas na administração dos recursos e não apenas a divulgação das informações positivas alcançadas pela SMS.

O conselheiro verificará se consta no processo de prestação de contas o **Relatório do Gestor do SUS** analisando:

- Houve a divulgação no relatório dos pontos que necessitam de melhorias?
- O relatório apresenta-se imparcial?

4.11 – Indicador – Evidenciação do Conteúdo Legal:

Esse indicador permite avaliar se o conteúdo exigido pelas normas que regem a prestação de contas está sendo divulgado.

O conselheiro verificará se consta no processo de prestação de contas o **Relatório do Gestor do SUS** analisando:

- Observou-se toda a legislação pertinente a referida prestação de contas?
- Cumpriu-se a LC nº 141/2012; Lei nº 8.689/93; Res. CNS nº 333/2003?

Dispositivos Legais	Critérios
Art. 34, LC nº 141/2012	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária
Art. 36, LC nº 141/2012	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações: • I - montante e fonte dos recursos aplicados no período; • II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; • III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.
Art. 38, LC nº 141/2012	<ul style="list-style-type: none"> • O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito: • I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual; • II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias; • III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar; • IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; • V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS; • VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Fonte: Lei Complementar nº 141/2012.

4.12 – Indicador – Reserva de Recursos Financeiros frente a eventos incertos e eventuais:

Esse indicador permite avaliar a evidenciação da estimativa e reserva de recursos para enfrentar possíveis eventos que possam vir a ocorrer em períodos futuros (reserva de contingências), tais como surtos ou qualquer outro problema eventual que atinja negativamente a saúde pública.

O conselheiro verificará se consta no processo de prestação de contas o **Relatório do Gestor do SUS** analisando:

- Há a reserva de recursos financeiros frente a eventos incertos e eventuais?
- Constitui-se reserva de contingência?

5 – EMISSÃO DO PARECER SOBRE A ANÁLISE DAS CONTAS

Concluída a análise dos relatórios de prestação de contas, o Conselho de Saúde deverá emitir parecer prévio sobre as contas quadrimestrais (art. 34 da LC 141/2012) e parecer conclusivo sobre as contas anuais (§ 1º do art. 36 da LC 141/2012).

A conclusão da avaliação, que poderá ser: a) REGULAR; b) REGULAR COM RESSALVA e, c) IRREGULAR.

A gestão dos recursos públicos do SUS será considerada:

a) – **REGULAR**, quando ficar evidenciado que na gestão dos recursos públicos da saúde foram adequadamente observados os princípios da legalidade, legitimidade e

economicidade; onde não foram constatadas impropriedades perante os indicadores de avaliação dos relatórios, conforme item 4 deste manual.

b) – **REGULAR COM RESSALVA**, quando houver evidência de falhas, omissões ou impropriedades de natureza formal no cumprimento das normas e diretrizes governamentais, quanto à legalidade, legitimidade e economicidade e que, por sua irrelevância ou imaterialidade, não tenham caracterizado irregularidade de atuação dos agentes responsáveis;

c) – **IRREGULAR**, quando ficar evidenciada a inobservância da aplicação dos princípios da legalidade, legitimidade e economicidade, em especial:

- a existência de desfalque, alcance, desvio de dinheiros, bens ou valores públicos de que resulte prejuízo quantificável ao SUS;
- infração a norma legal ou regulamentar de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional ou patrimonial que comprometa, substancialmente, as demonstrações orçamentárias e/ou financeiras e a respectiva gestão dos agentes responsáveis, no período ou exercício examinado;
- a prática de ato de gestão ilegal, ilegítimo ou antieconômico, ou dano ao erário decorrente de ato de gestão ilegítimo ou antieconômico.

No caso de contas Irregulares deverão responder pelos prejuízos que causarem ao erário o Ordenador de Despesa (gestor do SUS), o Administrador da Entidade (se for o caso) e o responsável por dinheiros, bens e valores públicos.

O gestor do SUS e demais responsáveis pelos recursos, por ação direta, conivência, negligência ou omissão são responsáveis solidários por prejuízo causado ao erário ou a terceiros, por agente subordinado, em área de sua competência, nos limites da responsabilidade apurada.

Ressalta-se que todas as infrações aos dispositivos da Lei Complementar nº 141/2013 serão punidas nos termos do art. 46 da mesma.

Art. 46. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar serão punidas segundo o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente.

O Parecer emitido pelo Conselho deverá ser encaminhado a Secretaria Municipal de Saúde para conhecimento e contraditório, nos termos da lei. E nos casos de emissão de Parecer com Ressalvas ou Irregular deverá ser encaminhado cópia para órgãos de controle externo competentes, Ministério Público e ao Ministério da Saúde, nos termos da Lei Complementar nº 141/2012, sob pena responsabilidade solidária.

6 – DISPOSIÇÕES FINAIS

O presente manual foi aprovado pela Resolução CMS nº XXX/2013, de xx/xxx/xxx, devendo ser utilizado para avaliação de todos os relatórios de prestação de contas encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis/GO a este Conselho.

A elaboração deste manual foi realizada em parceria com o Programa Multi-institucional e Inter-Regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da UnB/UFPB/UFRRN, cujo objetivo foi analisar o processo de prestação de contas dos recursos

do SUS, sendo desenvolvido pelos pesquisadores Prof. Dr. Rodrigo de Souza Gonçalves e Ricardo Borges de Rezende, discente do Mestrado.

Anápolis, Julho de 2013.