

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES PUBLICIZADAS NA SAÚDE PÚBLICA: PRESTAÇÃO DE CONTAS (*ACCOUNTABILITY*), TRANSPARÊNCIA E FISCALIZAÇÃO

Content Analysis of Information Published in Public Health: Accountability, Transparency and Supervision

Josineide Lins da Silva Martins¹

RESUMO: O objetivo da pesquisa foi averiguar as informações publicizadas na prestação de contas com saúde pública nos estados da federação (governos subnacionais) a partir de checklist elaborado com base na legislação existente e sob a perspectiva da *accountability* e da teoria da agência no setor público. Foi utilizada a Teoria da Agência – AT, para fornecer uma discussão acerca da prestação de contas (*accountability*) e transparência. A metodologia de natureza exploratória, caráter descritivo com abordagem quantitativa, por meio de análise documental. É possível confirmar parcialmente as hipóteses de que os gestores publicam as informações referentes a prestação de contas com saúde pública cumprindo a legislação vigente, quanto a responsabilização (*accountability*) e transparência e de que os gestores para cumprir a legislação, utilizam instrumentos ilusórios. Há relação entre transparência e boa governança na gestão da saúde pública, auxiliando no controle, na transparência, na prestação de contas e na responsabilização dos agentes públicos, devendo ser considerada uma variável essencial para os estudos, minimizando comportamentos oportunistas de alguns agentes.

PALAVRAS-CHAVE: Prestação de Contas (*accountability*); Transparência; Fiscalização.

ABSTRACT: *The objective of the research was to investigate the information published in the rendering of public health accounts in the states of the federation (subnational governments) based on a checklist prepared based on the existing legislation and from the perspective of accountability and agency theory in the public sector. The Agency Theory - AT was used to provide a discussion about accountability and transparency. The methodology is exploratory in nature, descriptive with a quantitative approach, by means of document analysis. It is possible to partially confirm the hypotheses that the managers publish the information related to accountability with public health complying with the legislation in force, as to accountability and transparency and that the managers, in order to comply with the legislation, use illusory instruments. There is a relationship between transparency and good governance in public health management, helping in the control, transparency, accountability and responsibility of public agents, and should be considered an essential variable for the studies, minimizing opportunistic behavior of some agents.*

KEYWORDS: *Rendering of Accounts (accountability); Transparency; Oversight.*

¹ Mestre em Administração, Fucape Business School. Av. Fernando Ferrari, nº. 1358, Boa Vista, Vitória – ES, Brasil – CEP: 29.075-505. josineidelins@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos, a legislação brasileira, seguindo uma tendência mundial, trouxe exigências e avanços com a criação das Leis: (1) Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF); (2) nº.12527 de 18 de novembro de 2011, Lei de Acesso à Informação (LAI); e (3) Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 (instrumento de auxílio dos órgãos de controle interno e externo na gestão da saúde pública); os governos subnacionais (estados e municípios) foram obrigados a ampliar a disponibilização de informações em seus portais de transparência, sendo uma evolução dos marcos legais e do direito ao acesso à informação, propiciados pela tecnologia da informação (TI), que abriu o acesso à internet, modernizando a administração pública (BARBOSA, 2020; OLIVEIRA JÚNIOR et al., 2014). Na saúde pública, entrou em funcionamento o SIOPS (Sistema de Informações e Orçamento Público em Saúde) possibilitando a consulta de informações inerentes a receitas e despesas com saúde pública de todos os entes federativos (BARBOSA, 2020).

Com esse cenário, as discussões em busca de assegurar maior responsabilidade, transparência na prestação de contas, e controle do poder dos gestores, com a finalidade de aperfeiçoar o bem-estar da coletividade passaram a integrar a agenda de implementações, possibilitando e aprimorando as boas práticas de governança no setor público (BARBOSA, 2020; OLIVEIRA JÚNIOR et al., 2014).

Na saúde pública, embora os gestores, estejam obrigados a cumprir a legislação vigente, quanto a controladoria, prestação de contas / responsabilização (*accountability*) e transparência, após mais de 30 anos do Sistema Único de Saúde- SUS, não se registra um sistema institucional para avaliação de resultados e desempenho, mesmo movimentando um elevado volume de recursos financeiros (MOITA et al., 2020).

Tendo este contexto como base, o objetivo desta pesquisa foi através de um *checklist*, analisar o conteúdo das informações disponibilizadas pelos órgãos federais e estaduais referentes a prestação de contas com saúde pública nos estados da federação (governos subnacionais) definidas na Lei nº. 141/2012 no período compreendido entre 2015 a 2018. Assim, levanta-se as seguintes perguntas: **Quais os procedimentos definidos no *checklist* tiveram maior cumprimento? Qual a classificação dos estados quanto ao cumprimento?** A resposta para tal problema, se dá analisando as hipóteses relativamente determinantes para o tema. **H1** - A hipótese é de que os gestores publicam as informações referentes a prestação de contas com saúde pública cumprindo a legislação vigente, quanto a responsabilização (*accountability*) e transparência.

H2 - A hipótese é de que os gestores para cumprir a legislação, utilizam instrumentos ilusórios.

Diante do contexto exposto, elaborou-se o referencial teórico de prestação de contas (*accountability*), transparência e fiscalização, dentre diversas teorias da governança pública, definiu-se o embasamento pela teoria da agência. Em seguida, tendo como referência a LC 141/2012 definiu-se os procedimentos que seriam utilizados no *checklist*, determinou-se as notas para cumprimento de cada procedimento, analisou-se a média das categorias, os percentuais alcançados em cada procedimento e qual a classificação dos estados e como os mesmos evoluíram no período estudado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PRESTAÇÃO DE CONTAS (*ACCOUNTABILITY*)

Nesta seção contextualizamos, através da literatura nacional e internacional a Teoria da Agência – AT, para fornecer uma discussão acerca da prestação de contas (*accountability*) e transparência como ferramenta de controle social, fortalecendo a democracia e consolidando o acesso à informação como direito imprescindível, reduzindo a deficiência de informação entre

o Estado e a sociedade, contribuindo na construção de políticas públicas de participação democrática que impactam no aperfeiçoamento da gestão e na oferta de serviços públicos, e eliminando os segredos através da transparência, que serve de subsídio para a fiscalização pelos órgãos de controle (ARRUDA, 2016; BARBOSA, 2020; HATHAWAY; FRANKLIN, 2019) na gestão da saúde pública.

Accountability, pode ser entendida no sentido amplo como controle, transparência, obrigação, responsabilidade e responsabilização de quem ocupa um cargo, em prestar contas, segundo os parâmetros da lei e pode ser classificada em *accountability* vertical, exercício do controle através dos votos e *accountability* horizontal, a fiscalização por meio dos órgãos de controle externo (SILVA, 2018; KIELING et al., 2021).

Para Barbosa (2020) e Silva (2018) a *accountability* apresenta três dimensões: a ênfase nos critérios processuais e econômicos para o fornecimento de bens e serviços; os agentes representantes da *accountability* (governo), responsável pela prestação dos serviços a sociedade; e os meios da *accountability* que são a legislação, as questões parlamentares, as audiências públicas, análise de desempenho, a cultura organizacional ética e a pressão dos atores participantes do processo.

Usando a teoria do agente principal, existem incentivos e sanções para os diferentes atores, baseados no desempenho e usados para estimular a prestação de contas e assimetria de informação e diferença de poder entre os diferentes grupos. Os usuários de saúde são normalmente considerados 'diretores', enquanto o estado e os prestadores de serviços de saúde são 'agentes' que prestam serviços de saúde aos usuários e responsabilizados diretamente (BRINKERHOFF; BOSSERT, 2014; SAUERBRONN, 2017; PYONE et al., 2017).

No setor público, o conflito de interesse pode ser considerado como a situação gerada pelo confronto entre interesses públicos e privados, que possa comprometer o interesse coletivo ou influenciar, de maneira imprópria, o desempenho da função pública (art. 3º, I, da Lei 12.813/2013). A competência constitucional de aprovar ou não a prestação de contas é do poder executivo e legislativo com o auxílio do Tribunal de Contas e do Conselho de Saúde estabelecido no art. 36, da LC 141/2012 (ALVES, 2019).

2.2 TRANSPARÊNCIA

Para que a transparência seja efetivada, se faz necessário que sejam identificadas as variáveis que a impactam (ARRUDA, 2016) e pode ser resumida como a divulgação dos dados fiscais significativos e necessários para a melhoria da governança pública e suas consequências (TEKENG; SHARAF, 2015).

A transparência é conceituada como a precisão, a relevância e a qualidade das informações e as comparações entre os governos subnacionais podem ser mais importantes que entre países, se tornando um tópico onipresente no campo da gestão financeira pública e a população terá mais interesse em participar dos processos orçamentários, onde podem ver o desenvolvimento e avaliar os serviços e as possíveis mudanças e necessidades futuras (EL-BERRY, 2020; STÁNIC, 2018; CELLA; ZANOLLA, 2018).

As informações fornecidas são salientes e acessíveis a pelo menos um grupo de usuários de informações. Para a saúde e outros serviços públicos nos países em desenvolvimento, por exemplo, o conjunto mais óbvio de usuários compreende os cidadãos que se beneficiam com esses serviços. Mas podem incluir outros usuários da informação, tais como: prestadores de serviços, seus gerentes, formuladores de políticas e grupos da sociedade civil (KOSACK; FUNG, 2014).

Ademais as informações fazem com que os usuários alterem suas decisões e ações. No caso dos serviços de saúde, os cidadãos podem utilizar as informações para escolher um provedor ou terapia diferente. Eles podem usar as informações para advogar por uma alocação diferente de recursos de saúde. Ou eles podem usar as informações para pressionar os

fornecedores a envidar mais esforços ou adotar outros métodos ou tecnologias de fornecimento. Observe que as decisões e ações alteradas não precisam ser de beneficiários; novas informações também podem mudar as decisões e estratégias dos formuladores de políticas ou defensores da sociedade civil (KOSACK; FUNG, 2014; PYONE et al., 2017).

Para ocorrer uma maior transparência e controle social, o planejamento e o orçamento governamental precisam estar integrado com os instrumentos definidos na Constituição Federal de 1988, como: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA), acrescentadas das regras e limites da LRF. Para atendimento aos princípios da LRF, os órgãos devem divulgar as informações orçamentárias e contábeis através de meio eletrônico e em forma de relatórios de forma clara e concisa e receberão sanções em caso de descumprimento (FREIRE, 2004). Embora a introdução das leis não tenha erradicado o sigilo (SOL, 2013).

A tecnologia da informação (TI) contribuiu para a disseminação da transparência na gestão pública fornecendo informações relevantes e em formato acessível. Os sites e portais de dados públicos têm papel fundamental para promover a transparência porque impõem cumprimento da responsabilidade fiscal aos gestores-(ALCARAZ-QUILES et al., 2018; DA CRUZ et al., 2016).

Se fazer transparente é garantir a divulgação da informação em tempo real e acessível ao cidadão que a requeira, e que o cidadão seja capaz de compreender o impacto dos gastos públicos na sociedade, nos aspectos de melhoria de qualidade de vida e disponibilidade de melhores e maiores bens públicos, através de um sistema de indicadores de avaliação de desempenho (BAUTISTA; REYES, 2017; COSTA, 2015; EL-BERRY, 2020; FIGUEIREDO; SANTOS, 2013; HARRISON; SAYOGO, 2014; KOSACK; FUNG, 2014; SOL, 2013).

No caso específico da saúde, a participação e controle social no SUS se dá fundamentalmente no papel dos Conselhos de Saúde. É através dele que a comunidade participa da fiscalização nas políticas de saúde conforme determina as legislações que norteiam o SUS nas três esferas de governo. Devendo incentivar a participação popular e realizar audiências públicas, explicitamente determinada na LC 141/2012 (ALVES, 2019; BORGES; NETO, 2020; MIWA et al., 2017).

A transparência aplicada à prestação de serviços, expressos por meio de políticas, planos e as metas com as quais o desempenho do governo deve ser medido pode ajudar os cidadãos e os órgãos fiscalizadores a saber onde o desempenho está aquém e pedir aos agentes do governo que respondam pelos déficits de desempenho. E a falta de transparência e responsabilidade comprometem a gestão da saúde, limitando o acesso equitativo aos serviços de saúde e também influenciam outros determinantes da saúde, como acesso a água potável, saneamento, alimentos e moradia (PYONE et al., 2017; VIAN, 2020).

Tanto os planos como as metas na gestão da saúde são definidos através dos Plano Estadual de Saúde (PES), Plano Anual de Saúde (PAS), Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG). É importante considerar como compartilhar informações e com quem, para facilitar a prestação de contas, garantir a conformidade com procedimentos e normas e melhorar o desempenho (PYONE et al., 2017; VIAN, 2020).

Fazendo referência à teoria Conflito de Agência onde no setor público não há um proprietário formal, os habitantes são considerados os proprietários que escolhem através dos seus votos, quem será o administrador dos recursos e bens públicos por um determinado período (teoria do agente principal), surgindo assim a necessidade de avaliar o gestor público por meio das ações executadas, sendo necessário a divulgação das informações que assegurem uma prestação de contas, aproximando o cidadão do Estado (EL-BERRY, 2020; FIGUEIREDO;

SANTOS, 2013; NAVARRO-GALERA et al., 2018; RIBEIRO et al., 2017; SUN; ANDREWS, 2020; WRIGHT, 2013).

2.3 FISCALIZAÇÃO

Barbosa, Tardivo, e Barbosa (2016) afirma que o termo controle é a forma como a fiscalização é exercida na administração pública com o propósito de evitar os desvios das normas pré-estabelecidas e tem como objetivo verificar se as atividades administrativas estão em conformidade com as referidas normas, evitando a divergência das ações diante dos princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, além de evitar o abuso de poder pelos gestores mediante fiscalização corretiva e até punitiva. Apesar da existência de diversos instrumentos fiscalizadores, as irregularidades sempre irão existir e devem ser investigadas e punidas (GRASSI; GOMES, 2015).

Com relação ao controle interno, cabe ressaltar que as Secretarias de Saúde (SES) possuem estrutura interna capaz de avaliar e fiscalizar as ações executadas. Embora, apesar de inserido na estrutura da instituição, deva ser realizado por órgão ou serviço dotado de independência técnica (FELIZARDO, 2020).

Entre os órgãos de controle externo estão:

1) Assembleia Legislativa - que exerce controle sobre a execução do orçamento e dá autorização política para o projeto estadual e convoca os gestores da saúde, quadrimestralmente, através das audiências públicas, para que apresentem a prestação de contas à sociedade, devendo apresentar todas as informações quanto a execução do orçamento público pautado na legalidade, assim como as receitas e despesas realizadas no período e a avaliação das metas planejadas e efetivamente alcançadas no PPA. Ressalta-se que as audiências públicas deverão ser amplamente divulgadas, respeitando o princípio da publicidade, para que todo e qualquer cidadão possa participar (LANGE, 2018). Em caso de detecção de irregularidades quanto à execução do orçamento, serão encaminhados ao Tribunal de Contas do Estado – TCE, até o dia 31 de março do próximo exercício;

2) Tribunal de Contas - que exerce o controle financeiro (contribuindo para a transparência), fiscalizando a legalidade e regularidade das receitas e despesas públicas, observando o cumprimento dos critérios de eficácia, eficiência e economia. Assim como o controle jurisdicional, apurando as responsabilidades sobre quem geriu os recursos financeiros indevidamente, sem ingerência ou influência de outros órgãos. Além dessas funções, o Tribunal de Contas também exerce a função pedagógica, através da emissão de pareceres que serve de guia orientador para as entidades públicas (FELIZARDO, 2020);

3) Ministério da Saúde - responsável pela gestão, direção e fiscalização do SUS e do Sistema de Informações sobre os Orçamentos Públicos de Saúde – SIOPS, que reúne informações sobre o financiamento e o gasto com saúde pública dos municípios, do estado e da União, colaborando para a fiscalização pelos órgãos de controle e para a gestão e avaliação no âmbito do SUS. Através do SIOPS, é possível analisar os indicadores do município ou do estado a partir das informações declaradas da área da saúde, tais como: montante da despesa pública com saúde *per capita*, gasto com medicamentos, com pessoal e percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, contribuindo para a interlocução com os órgãos e as instâncias de controle social para avaliação de políticas sociais implementadas pelo setor público (GROSSI; GOMES, 2015; TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003);

4) Ministério Público – será acionado no caso de ser identificado crimes funcionais ou atos relacionados a improbidade administrativa (GROSSI; GOMES, 2015; LANGE, 2018);

5) Os Conselhos de Saúde que foram incluídos como agentes de controle social no Sistema Único de Saúde – SUS, através da LC nº. 141/2012 e são compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e devem aprovar toda e qualquer prestação de contas realizada pelo gestor da saúde, inclusive antes do envio a Assembleia Legislativa, ao Tribunal de Contas e ao Ministério da Saúde (BARBOSA et al., 2016; BARDAL; TORRES, 2020);

Segundo Alves (2019), Bardal e Torres (2020), Borges e Neto (2020) e Miwa et al. (2017) o Conselho de Saúde – CS, exerce o controle social, atuando na definição de estratégias e norteia a execução da política de saúde e fiscaliza como o governo utiliza os recursos financeiros da saúde e onde os aplica e verifica se as leis estão sendo cumpridas (embora ações realizadas pelos órgãos de controle, apontem que os conselhos não têm exercido esse papel em sua plenitude), porém essas ações não podem ser confundidas com o papel executivo do gestor público.

Essa coalizão de atores, amplamente apelidada de movimento de *accountability*, visa melhorar a qualidade dos serviços públicos, fornecendo informações por exemplo, sobre direitos dos beneficiários desses serviços, alocações de financiamento, desempenho dos trabalhadores de serviços de linha de frente e resultados de prestação de serviços, rumo a uma gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, mais eficiente, eficaz e transparente (BORGES; NETO, 2020; KOSACK; FUNG, 2014; PYONE et al., 2017).

As intervenções de transparência são geralmente projetadas para produzir melhorias particulares e tangíveis nos serviços públicos, como saúde ou educação aprimoradas, que acabam por melhorar a vida de cada cidadão (KOSACK; FUNG, 2014).

2.4 TEORIA DA AGÊNCIA

Segundo Silva (2018) antes de iniciar as discussões sobre a teoria da agência, se faz necessário entender como funciona a governança corporativa que pode ser entendida como se processam as decisões dentro de uma organização com o objetivo de minimizar os problemas de agência. A prestação de Contas com responsabilização (*accountability*) e transparência são pilares básicos da governança pública (CASTRO; SILVA, 2017).

A governança se preocupa com a forma como os diferentes atores do mundo funcionam e operam, e as razões por trás de suas decisões e nenhum mecanismo formal de controle pode ditar o relacionamento entre esses atores e as organizações. A aprovação de uma lei ou decreto de uma autoridade formal não pode, por si só, conseguir o engajamento dos principais atores, e a negociação é essencial para o sucesso da governança nas redes políticas vistas como complicadas, e a responsabilidade é difusa e compartilhada entre muitas partes interessadas (BARDAL; TORRES, 2020; SAUERBRONN, 2017; PYONE et al., 2017).

Na área da saúde, a governança foi introduzida no Relatório Mundial de Saúde em 2000, onde a Organização Mundial da Saúde (OMS) o definiu em termos de 'administração', e apelou a estruturas de políticas estratégicas combinadas com supervisão, regulamentação, incentivos e responsabilidade eficazes. Esta definição é baseada na ideologia política de que o sistema de saúde pode ser influenciado por regras transparentes, governadas por uma supervisão eficaz e uma forte responsabilização. E foi descrita como uma agregação de valores normativos, como equidade e transparência dentro do sistema político no qual um sistema de saúde funciona e utilizada para melhorar o desempenho (SAUERBRONN, 2017; FRYATT, 2017; PYONE et al., 2017).

Para Silva (2018) os conflitos de agência ocorrem na ausência de um agente perfeito e na assimetria de informações existentes entre eles, onde o gestor possui maiores informações que o agente principal (cidadão) ou nas ações ocultas.

Em países que carecem de uma cultura de política de controle social, como no caso do Brasil, a autonomia da esfera executiva-administrativa no serviço público é considerada como base para o estabelecimento da transparência e *accountability* (BARDAL; TORRES, 2020).

Com a transparência, o processo democrático é fortalecido, efetivando o controle social pelos cidadãos e organizações sociais e responsabilização mediante a prestação de contas por parte dos governantes (CASTRO; SILVA, 2017; PEREIRA, 2018), nesse sentido a transparência é considerada como um meio para atingir um fim e não um fim em si. (EL-BERRY, 2020).

A implantação das boas práticas de governança pode ampliar a capacidade de ação dos gestores e a avaliação de desempenho, resultando na melhoria da eficiência e da eficácia na produção de bens e serviços públicos, e na construção de práticas ligadas ao compromisso e confiança dos gestores públicos (SILVA, 2018) e vai além, exigindo dos governantes um compromisso com os princípios de transparência (*disclosure*), equidade (*fairness*), prestação de contas (*accountability*), cumprimento das leis (*compliance*) e ética (BARDAL; TORRES, 2020).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa se propôs a analisar o conteúdo das informações disponibilizadas nos websites institucionais, federais e estaduais relacionadas a prestação de contas, transparência e fiscalização na gestão da saúde pública dos estados da federação (governos subnacionais) definidas na LC 141/2012. O estudo é caracterizado, quanto aos objetivos, como descritivo, pois visa analisar o conteúdo das informações sob a perspectiva da *Accountability* e da Teoria da Agência aplicada ao setor público; quanto à abordagem é de natureza quantitativa; e quanto aos procedimentos, a pesquisa é documental, consistindo na busca de dados que podem constituir em fontes de consulta importantes por reunir informações dispersas que juntas terão novo sentido (SILVA, 2018).

A análise documental foi realizada de acordo com a disponibilidade das informações divulgadas pelos gestores dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, nos websites das Secretarias Estaduais de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde, Tribunais de Contas Estaduais, Ministério da Saúde, Assembleias Legislativas Estaduais e Secretarias Estaduais da Fazenda no período de 2015 a 2018, sendo 162 (cento e sessenta e duas) páginas pesquisadas e 2.430 buscas por informações através das mídias eletrônicas referentes ao cumprimento dos procedimentos citados - Figura 1.

A opção pelo recorte territorial (unidades da federação/governos subnacionais) deveu-se ao fato de que grande parte da literatura sobre prestação de contas na saúde pública, estarem voltadas para países e municípios e poucos os trabalhos voltados para os estados.

Segundo Sá-Silva et al. (2009) a pesquisa documental utiliza documentos para extrair informações através de análises, técnicas e procedimentos, e elaboração de sínteses. Aumentando assim a capacidade de análise, observação, seleção e organização para que a investigação se concretize.

O *checklist* é utilizado quando se precisa delinear características de um grupo de elementos de mesma natureza, mas de realidades distintas (regionais, estruturais, temporais, por exemplo) (SCRIVEN, 2000). A coleta dos dados foi realizada por estado, no período compreendido entre junho e novembro de 2020.

Para elaborar o *checklist* e melhor organização dos dados, foram criadas 3 categorias de análise e 15 subcategorias analíticas (procedimentos) a serem investigados. As descrições de cada uma delas são apresentadas na Figura 1 (resumo).

Categorias de análise	Descrição	Subcategorias de análise
TRANSPARÊNCIA	Divulgação de informações de maneira transparente, prestando contas dos atos de forma confiável e de fácil compreensão.	Informações internas; Informações externas;
PRESTAÇÃO DE CONTAS	Prestar contas através de relatórios de acordo com as datas pré-estabelecidas na legislação.	RAG, RREO, RQDA, PAS, PES e SIOPS
FISCALIZAÇÃO	Mecanismos de controle institucionalizados utilizados pelos órgãos de controle que devem fiscalizar o cumprimento da legislação.	Órgãos de controle; Mecanismos de controle;

Figura 1. Resumo das categorias

Elaborado pela autora com base em Silva (2018)

3.1 RESULTADOS DO *CHECKLIST* e ANÁLISE

A partir do modelo apresentado – Figura 1, foi aplicado o *checklist* - Apêndice A, para cada estado. Para mensurar o cumprimento dos procedimentos utilizou-se as seguintes fórmulas:

(%) x **Média de Cumprimento total** = N° anos cumpriu/total anos

(%) **Média de Cumprimento Parcial** = N° anos cumpriu parcialmente/total anos

(%) **Média de Não Cumprimento** = N° anos não cumpriu/total anos

E em resposta a pergunta: Quais os procedimentos definidos no *checklist* tiveram maior cumprimento?

Para a categoria *Transparência* verificou-se que 11 (onze) estados cumpriram 100% do procedimento relacionado a publicação do RAG; enquanto que para a divulgação de audiências públicas 03(três) estados cumpriram 100%; e para divulgação do parecer do CES sobre o RAG, somente 2(dois) estados cumpriram em 100%; sugerindo que os gestores tiveram maior atenção quanto ao cumprimento da publicação das prestações de contas em meio eletrônico, dos Relatórios de Gestão do SUS – RAG's, do que os demais procedimentos – Tabela 1.

TABELA 1: CATEGORIA - TRANSPARÊNCIA

Categoria	Procedimento	Cumprimento					Não Cumpriu
		100%	75%	50%	25%		
TRANSPARÊNCIA	Publicar as prestações de contas em meio eletrônico, dos Relatórios de Gestão do SUS – RAG's	11	13	2	1		
	Divulgar realização de audiências públicas para elaboração do Plano de Saúde	3			1	23	
	Ser dada ampla divulgação ao parecer do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS - o RAG - inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos artigos 56 e 57 da Lei Complementar nº 101/2000, que tratam da prestação de contas dos chefes do Poder Executivo aos Tribunais de Contas, e dos prazos para os pareceres.	6	4	3	1	13	

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

Quanto ao cumprimento da categoria Prestação de Contas, registrar na contabilidade em conta específica as informações referentes a saúde, verificou-se que 24 (vinte e quatro) estados cumpriram 100% do procedimento; 06(seis) estados cumpriram 100% da apresentação do

RDQA ao CES; 23(vinte e três) estados cumpriram 100% do procedimento quanto a publicar o RREO a cada 2 meses; Enviar o RAG até o dia 30/03, 04(quatro) estados cumpriram 100%; 05(cinco) estados cumpriram 100% quanto a aprovação do PAS antes da publicação da LDO; 19(dezenove) estados cumpriram 100% quanto a entrega do SIOPS; e 04(quatro) estados cumpriram 100% ao realizar as audiências públicas e entregar o RREO a Assembleia Legislativa; sugerindo que registrar na contabilidade as informações referentes a saúde em conta específica teve maior cumprimento do que os demais procedimentos – Tabela 2.

TABELA 2: CATEGORIA – PRESTAÇÃO DE CONTAS

Categoria	Procedimento	Cumpriu 100%	Cumpriu 75%	Cumpriu 50%	Cumpriu 25%	Não Cumpriu
PRESTAÇÃO DE CONTAS	Registrar na contabilidade as informações referentes a saúde em conta específica;	24	1			2
	A cada 4 meses os gestores deverão elaborar relatório que indique montante e fonte dos recursos, auditorias realizadas, oferta e produção na rede assistencial e indicadores de saúde – conforme padronização a ser apresentada pelo CNS;	6	3	1	4	13
	A prestação de contas apresentará os dados do RREO – que será publicado a cada 2 meses - e constará dos balanços do poder executivo;	23	1			3
	O Relatório de gestão será enviado ao Conselho de Saúde, até 30.03 de cada ano, para emissão de parecer conclusivo sobre o cumprimento das normas da LC 141/2012	4	6	7	1	9
	A programação anual também deverá ser aprovada pelo Conselho de Saúde antes do encaminhamento da LDO de forma a verificar a “obediência” à priorização indicada no artigo 30 §4º da LC 141/2012;	5	4	5	5	8
	O SIOPS deverá ser obrigatoriamente preenchido a cada ano;	19	4	3	1	
	Nos meses de maio, setembro e fevereiro deverá ser realizada audiência pública em Casa Legislativa (2 meses = RREO); 4 meses RREO + RREO = compõem o Relatório detalhado (CNS)/Audiência Pública; Relatório detalhado x 3 = compõem o Relatório de Gestão)	4	1	2	3	17

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora.

Para o procedimento Fiscalização, onde o TCE afere o cumprimento das LC's verificou-se que 09 (nove) estados cumpriram 100% do procedimento; enquanto que para a fiscalização do PAS pela Assembleia Legislativa, 04(quatro) estados cumpriram 100%; 17(dezessete) estados cumpriram em 100% quanto a fiscalização do SIOPS pelo MS; 06(seis) estados

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES PUBLICIZADAS NA SAÚDE

cumpriram em 100% quanto a fiscalização do RQDA pelo CES; e quanto as auditorias internas, 07(sete) estados cumpriram em 100%; sugerindo que houve maior fiscalização do Ministério da Saúde em fiscalizar a entrega por meio de sistema eletrônico (SIOPS) que tem informações sobre orçamentos, execução e acesso público às informações – Tabela 3.

TABELA 3: CATEGORIA – FISCALIZAÇÃO

Categoria	Procedimento	Cumpriu 100%	Cumpriu 75%	Cumpriu 50%	Cumpriu 25%	Não Cumpriu
FISCALIZAÇÃO	TRIBUNAL DE CONTAS: aferirão o cumprimento da LC 101/00, art.198 da CF e LC 141/12;	9	1	3	5	9
	PODER LEGISLATIVO: fiscalizará: - Plano de Saúde Plurianual; - cumprimento das metas estabelecidas na LDO; - aplicação dos recursos; - transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; - aplicação dos recursos vinculados ao SUS; - destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à Saúde;	4		2	5	16
	MINISTÉRIO DA SAÚDE: por meio de sistema eletrônico (SIOPS) que tenha informações sobre orçamentos, execução e acesso público às informações;	17	6	4		
	CONSELHOS DE SAÚDE: avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução da LC 141/2012;	6	4		1	16
	AUDITORIA: Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento da LC 141/2012;	7	8	7	4	1

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora.

Finalizado o *checklist*, classificou-se os estados de acordo com o cumprimento por categorias e procedimentos. Estipulou-se notas de classificação para cada procedimento, sendo:

- 1) Se o item for totalmente cumprido é atribuído a nota 2;
- 2) Se o item for parcialmente cumprido é atribuído a nota 1;
- 3) Se o item não for cumprido é atribuído a nota 0.

A partir das notas estipuladas, listamos o número de procedimentos para cada categoria - Figura 2 e utilizou-se a seguinte fórmula:

Nº de Procedimentos x Nota por procedimento

Categorias de análise	Nº de Procedimentos	Nota máxima
Transparência	3	6
Prestação de Contas	7	14
Fiscalização	5	10

TOTAL	15	30
-------	----	----

Figura 2. Mensuração das categorias

Fonte: Elaborada pela autora com base em Castro e Silva (2017).

Destacamos a posição de cada estado nas figuras de 3 a 7 em resposta a pergunta: Qual a classificação dos estados quanto ao cumprimento?

A mensuração das categorias possibilitou a classificação dos estados em melhores e piores e sinalizam os pontos que podem ser melhorados. Apesar de alguns estados estarem com notas aquém da desejada, os estados cumpriram total ou parcialmente os procedimentos por categoria.

Para o ano de 2015, o estado de Pernambuco atingiu nota máxima, 30 pontos na soma das categorias, cumprindo assim todas as exigências da LC nº. 141/2012 no que diz respeito as categorias: transparência, prestação de contas e fiscalização. Em contraponto o estado do Amapá e Piauí com uma nota de 8, foram os estados que menos pontuaram, ficando no último lugar na classificação dos 27 estados, quando a média geral foi de 18,3. Ainda para o ano de 2015, realizou-se a média por região e a região Sudeste foi a melhor classificada com uma média de 22 pontos, frente a região Norte com 16,1 (Figura 3 - A e B).

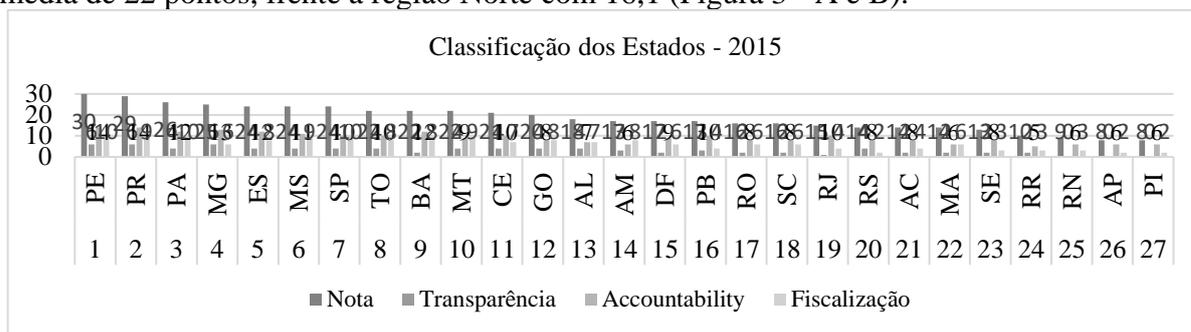


Figura 3A. Classificação dos Estados - 2015

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora.

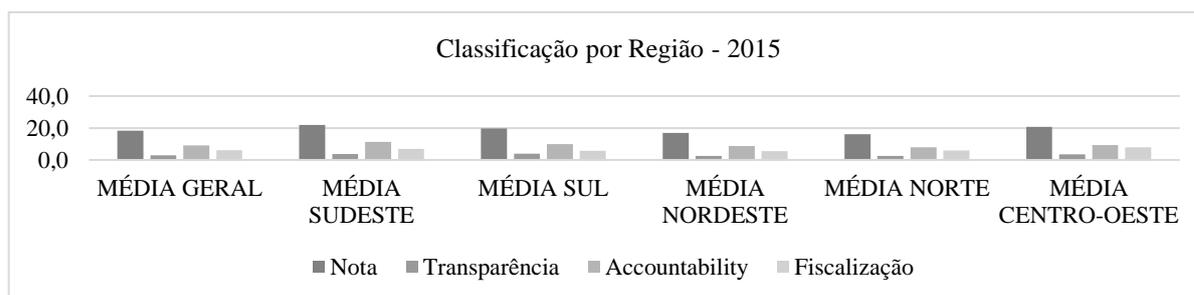
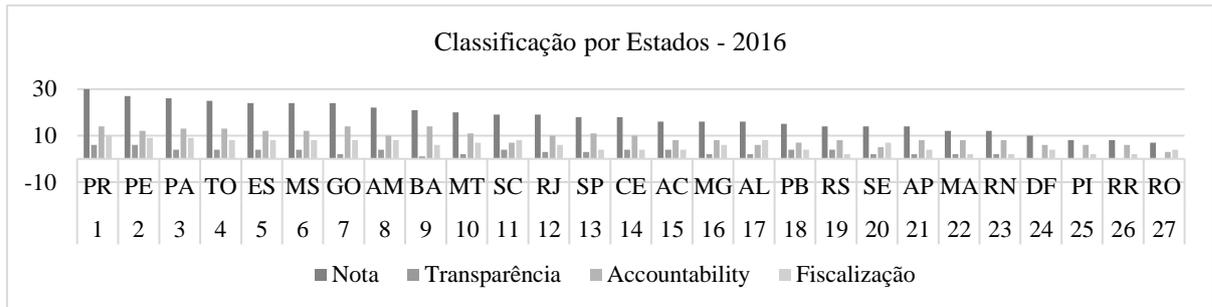


Figura 3B. Classificação por Região - 2015

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora

Seguindo para o ano de 2016, o estado do Paraná que em 2015 ocupou o segundo lugar, alcançou nota máxima, enquanto o estado de Pernambuco desceu para a segunda colocação. O estado de Rondônia que em 2015 ficou na 17ª colocação, foi o pior classificado. Na avaliação das regiões, desta vez a região Sul foi a melhor classificada com a média de 21 pontos e a região Nordeste teve a pior média com 15,9 pontos (Figura 4 – A e B).

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES PUBLICIZADAS NA SAÚDE

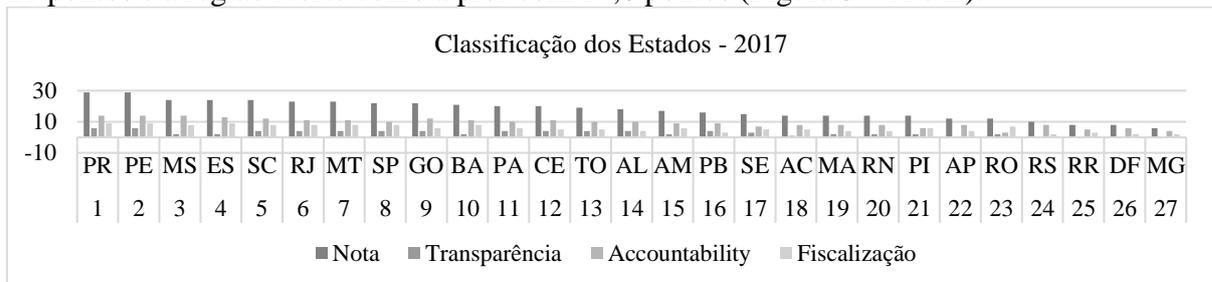
**Figura 4A.** Classificação dos Estados - 2016

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora.

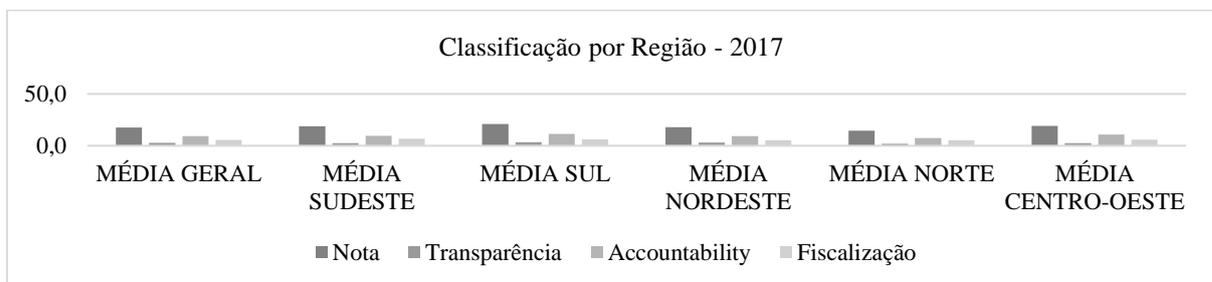
**Figura 4B.** Classificação por Região - 2016

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora.

Em 2017 o estado do Paraná empatou com o estado de Pernambuco com 29 pontos, disputando a primeira colocação. Desta vez o pior colocado foi o estado de Minas Gerais com apenas 6 pontos. Na média das regiões, a região Sul continuou como melhor classificada com 21 pontos e a região Norte como a pior com 14,6 pontos (Figura 5 – A e B).

**Figura 5A.** Classificação dos Estados - 2017

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora.

**Figura 5B.** Classificação por Região - 2017

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora.

O ano de 2018 foi considerado um ano atípico, uma vez que o sistema do governo federal SARGSUS deixou de exigir e disponibilizar as informações e os estados puderam reproduzir as informações sem uma padronização, deixando assim os estados livres na formatação das informações. Mesmo assim, o estado de Pernambuco liderou o ranking cumprindo todas as exigências da LC, e o pior classificado foi o estado do Acre que pontuou

apenas 2 pontos de um total de 30 pontos. Para as regiões, manteve-se a região Sul com a melhor classificação com a média de 21 pontos e a região Norte como a pior com a média de 14,7 pontos. As duas regiões com pontuação praticamente iguais ao ano de 2017 (Figura 6 – A e B).

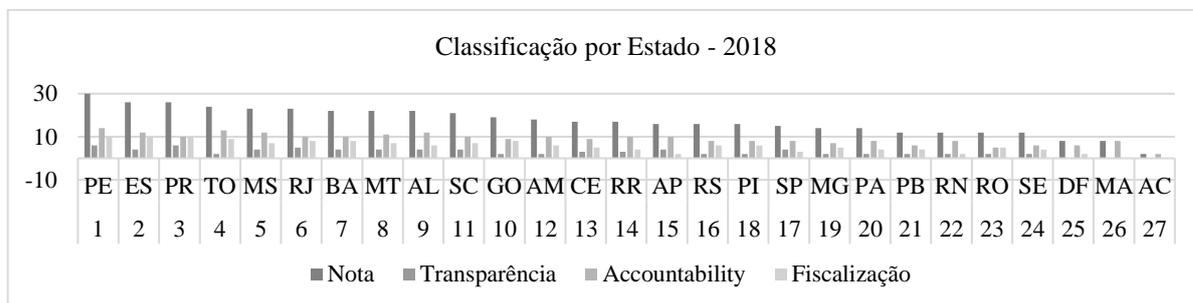


Figura 6A. Classificação dos Estados – 2018
 Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora.

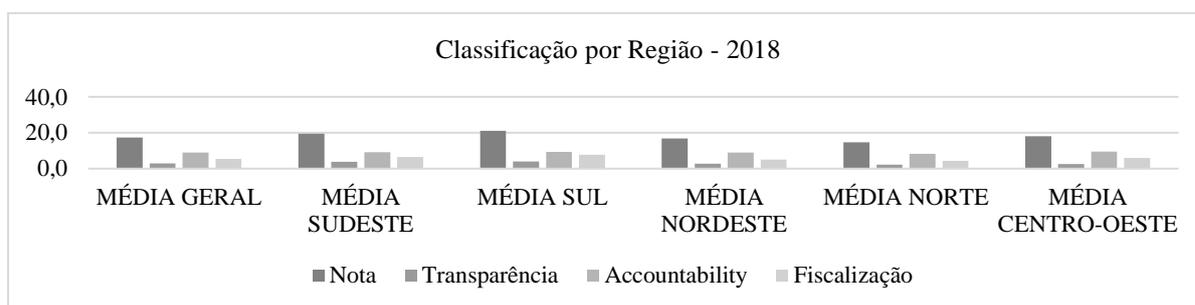


Figura 6B. Classificação por Região – 2018
 Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora.

Na classificação geral dos anos de 2015 a 2018, o estado de Pernambuco foi o melhor classificado com 29 pontos, seguido pelo estado do Paraná com 28,5 e o pior classificado foi o estado do Tocantins com 5,8 pontos. Na classificação por região, a região Centro-oeste surgiu com a melhor média de 20,6 e a região Norte manteve-se com a pior classificação com apenas 16,6 pontos na média (Figura 7 - A e B).

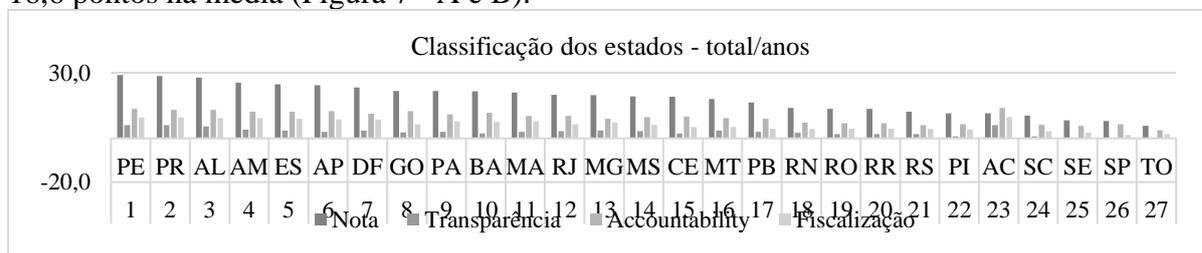


Figura 7A. Classificação dos Estados – 2015 a 2018 (total)
 Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora.

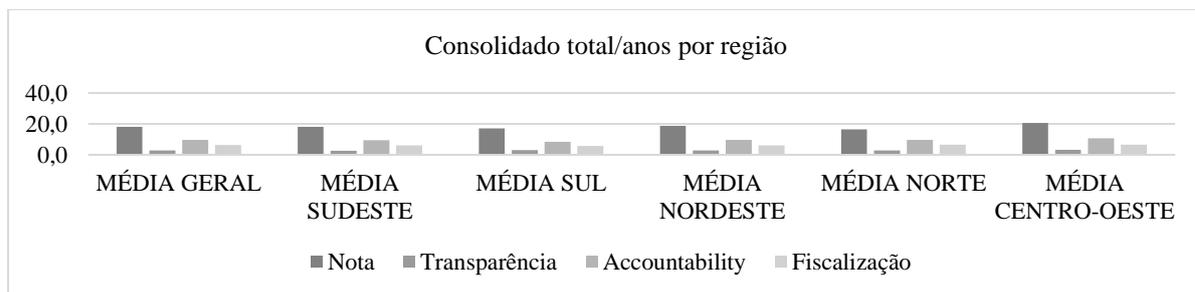


Figura 7B. Classificação dos Estados – 2015 a 2018 (total)

Fonte: Dados da pesquisa elaborada pela autora.

Concluiu-se que a partir dos resultados apresentados no *checklist*, é possível confirmar parcialmente as hipóteses de que os gestores publicam as informações referentes a prestação de contas com saúde pública cumprindo a legislação vigente, quanto a responsabilização (*accountability*) e transparência e de que os gestores para cumprir a legislação, utilizam instrumentos ilusórios.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho teve como objetivo verificar a precisão das informações referentes a transparência, prestação de contas e fiscalização na saúde pública dos governos subnacionais (estados da federação) definidas pela LC 141/2012 e disponibilizadas nos websites das instituições responsáveis pela publicação dos fatos através da pesquisa documental.

A transparência é o princípio orientador da boa governança. De acordo com a LRF e as LC's todos os níveis de governos devem publicar por que, como, o que, e quanto envolve as atividades de Governo, disponibilizados aos cidadãos em meio eletrônico e de fundamental importância para o fortalecimento da governança pública (CASTRO; SILVA, 2017).

A medição da transparência do Governo local ganha importância por que é responsável por fornecer serviços essenciais para a vida dessas pessoas. Sem transparência não é possível avaliar o bom desempenho e nem responsabilizar os agentes públicos. A transparência *on-line* tem sido utilizada para aumentar a legitimidade e a confiança no Governo, melhorar o envolvimento dos cidadãos no controle social, conter a corrupção e a má administração e com a ajuda das ferramentas de TI melhorar a transparência e contribuir para a criação de valor público (DA CRUZ; MARQUES, 2016).

Este trabalho contribui para o conhecimento científico realizando um *checklist* do cumprimento da LC nº 141/2012 na gestão da saúde pública nos 27 estados brasileiros e a partir dos resultados apresentados no *checklist*, é possível confirmar parcialmente a hipótese de que os gestores publicam as informações referentes a prestação de contas com saúde pública cumprindo a legislação vigente, quanto a responsabilização (*accountability*) e transparência e a hipótese de que os gestores para cumprir a legislação, utilizam instrumentos ilusórios.

Os resultados corroboram com as discussões apresentadas no referencial teórico e contribui empiricamente demonstrando que há relação entre transparência e boa governança na gestão da saúde pública, auxiliando no controle, na transparência, na prestação de contas e na responsabilização dos agentes públicos, devendo ser considerada uma variável essencial para estudos voltados ao controle social e ao monitoramento das informações pelos cidadãos, minimizando comportamentos oportunistas de alguns agentes. E podem servir como referência para os gestores de saúde e os órgãos de controle com a finalidade de melhorar a qualidade da informação disponibilizada.

O Federalismo adotado no Brasil, apesar de dar maior autonomia administrativa e financeira aos entes subnacionais, facilita a utilização de instrumentos ilusórios e abre espaço para comportamentos irresponsáveis por parte dos gestores, mesmo com a existência dos órgãos de controle (PANSANI et al., 2020). A atuação dos CES é limitada, embora seja o representante da sociedade na gestão da saúde pública, pouco se manifestam para fazer proposições e influenciar as decisões e a transparência das ações são incipientes (BARDAL; TORRES, 2020) conforme verificado nos resultados apontados na pesquisa.

Uma avaliação abrangente da governança pode permitir que os formuladores de políticas priorizem soluções para os problemas identificados, além de replicar e ampliar exemplos de boas práticas. A governança do sistema de saúde é uma das agendas negligenciadas na pesquisa em sistemas de saúde. Atualmente, faltam evidências sobre como a governança pode e é avaliada nos níveis nacional e subnacional (HATHAWAY; FRANKLIN, 2019).

Este estudo não propõe esgotar a discussão nem apresentar conclusões definitivas sobre *accountability* e teoria da agência na saúde pública, porém pode ampliar e subsidiar reflexões sobre o tema. Quanto à limitação da pesquisa, ressaltamos o déficit de *accountability* e os desafios para implementação dos critérios da LC nº 141/2012 que por dificuldades operacionais, falta de priorização ou vontade política, deixam de ser implementados. Como sugestão para pesquisas futuras, ampliar a discussão sobre o tema, elaborar um índice de transparência específico para a gestão da saúde, assim como realizar uma comparação da classificação dos estados apresentados neste estudo com a classificação apresentada nos índices de transparência pública.

REFERÊNCIAS

ALCARAZ-QUILES, Francisco J. et al. E-government implementation: transparency, accessibility and usability of government websites. **International E-government development: Policy, implementation and best practice**, p. 291-306, 2018. https://scihub.tw/10.1007/978-3-319-63284-1_12

ALVES, Juliane Aparecida. Coletânea Direito à saúde: boas práticas e diálogos institucionais. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 8, n. 3, p. 206-213, 2019. <http://200.130.11.40/ciads2/index.php/cadernos/article/view/560>

ARRUDA, Carlos Eduardo Girão de. **Transparência subnacional: um estudo das variáveis determinantes para o atendimento da Lei de acesso à informação nos municípios brasileiros**. 2016.

BARBOSA, Antonio Pires; TARDIVO, Carla Rubia Florencio; BARBOSA, Estela Capelas. Mecanismos de controle da gestão do SUS à Luz da Lei Complementar Nº 141, de 2012. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 8, n. 1, p. 66-74, 2016. <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/4815>

BARBOSA, Eliedna de Sousa. **Desvinculação de receitas da união e déficit de accountability: um estudo na política pública de saúde no Brasil**. 2020. https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/38961/1/2020_EliednadeSousaBarbosa.pdf

BORGES, Gislaíne; NETO, Luis Moretto. Governança em saúde pública: mecanismos e critérios avaliativos em processos de participação cidadã. **Desenvolve Revista de Gestão do Unilasalle**, v. 9, n. 3, p. 27-44, 2020. <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/desenvolve>
BRASIL. 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**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 16 de janeiro de 2012. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Acórdão 2.888/2015**. Plenário. Relator: Ministro Augusto Nardes. Sessão 11/11/2015. Recuperado em 25 janeiro, 2020, de Pesquisa textual | Tribunal de Contas da União (tcu.gov.br)

RAGC, v. 14, p. 61-78/2024

BRINKERHOFF, Derick W.; BOSSERT, Thomas J. Governança em saúde: vínculos principal-agente e fortalecimento do sistema de saúde. **Health Policy and Planning**, v. 29, n. 6, p. 685-693, 2014. <https://academic.oup.com/heapol/article/29/6/685/571477?login=true>
CASTRO, Carolina Jaber; SILVA, Guido Vaz. Boas práticas de governança aplicadas ao setor público: Uma análise na prestação de contas de cinco universidades públicas federais. *Espacios*, v. 38, n. 17, p. 26-49, 2017. <https://www.revistaespacios.com/a17v38n17/a17v38n17p26.pdf>

CELLA, Ricardo Sartori; ZANOLLA, Ercilio. Benford's Law and transparency: an analysis of municipal expenditure. **BBR. Brazilian Business Review**, v. 15, p. 331-347, 2018. <https://doi.org/10.15728/bbr.2018.15.4.2>

DA CRUZ, Nuno Ferreira et al. Measuring local government transparency. **Public Management Review**, v. 18, n. 6, p. 866-893, 2016.

EL-BERRY, Nada Azmy. Fiscal transparency and government expenditure efficiency: not just about disclosure? 2020. <https://pdfs.semanticscholar.org/76e5/9775bda6f5420b9e9811a6b9e648a7444a56.pdf>

FELIZARDO, Andreia de Oliveira. **A ação de fiscalização prévia do Tribunal de Contas**. 2020. Dissertação de Mestrado. https://eg.uc.pt/bitstream/10316/92713/1/Dissertação_AndreiaFelizardo.pdf

FREIRE, Fátima Souza. Indicadores Financeiros e Índice de Gestão Fiscal dos Estados Brasileiros: Ranking das Melhores Práticas Administrativas. In: *XI CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS*, 11., Porto Seguro, BA. **Anais...** 2004. <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/2275>.

FRYATT, Robert; BENNETT, Sara; SOUCAT, Agnes. Health sector governance: should we be investing more?. **BMJ global health**, v. 2, n. 2, p. e000343, 2017. <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/2/2/e000343.full.pdf>

GROSSI, Anna Paula; GOMES, Camila Paula de Barros. A atuação do ministério público na fiscalização dos recursos da saúde pública: improbidade administrativa do gestor de saúde. 2015. www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/RDAdmCont_n.21.03.PDF

HATHAWAY, Alex; BOURDEAUX, Carolyn; FRANKLIN, Emily Fiscal Transparency and Accountability (No. cslf1912). Andrew Young School of Policy Studies. Georgia State University. 2019. <https://cslf.gsu.edu/files/2019/05/cslf1912.pdf>

KIELING, Ana Paula et al. The bittersweet truth: Corporate social responsibility in online communication between a coffee company and its customers. **BBR. Brazilian Business Review**, v. 18, p. 160-176, 2021. <https://doi.org/10.15728/bbr.2021.18.2.3>

LANGE, Caroline Sallon Rossoni. A função de fiscalização do legislativo sobre a prestação de contas do executivo municipal: uma análise dos instrumentos utilizados para o controle RAGC, v. 14, p. 61-78/2024

externo a partir do estudo de caso em Sinimbu. 2018. <https://depositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/2165>

MIWA, Marcela Jussara; SERAPIONI, Mauro; VENTURA, Carla Aparecida Arena. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 411-423, 2017. <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n2/411-423/pt/>

MOITA, Galba Freire; DOS REIS RAPOSO, Victor Manuel; BARBOSA, Allan Claudius Queiroz. A construção de um modelo de avaliação por profissionais e gestores de saúde: validação e consolidação de dimensões e indicadores de performance em serviços e unidades de saúde do SUS. **Revista Do Serviço Público**, v. 71, n. 3, p. 540-581, 2020. <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/3955>

PANSANI, Daniel Azevedo; SERRANO, André Luiz Marques; FERREIRA, Lucas Oliveira Gomes. Análise de evidências e causas do efeito flypaper e da ilusão fiscal nos Estados e municípios brasileiros. **Administração Pública e Gestão Social**, 2020. <https://doi.org/10.21118/apgs.v12i3.8169>

PEREIRA, José Matias et al. Democracia, transparência e corrupção no Brasil. **GIGAPP Estudos Working Papers**, v. 5, n. 91-97, p. 263-289, 2018. <http://www.gigapp.org/ewp/index.php/GIGAPP-EWP/article/view/106/125>

PYONE, Thidar; SMITH, Helen; VAN DEN BROEK, Nynke. Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. **Health Policy and Planning**, v. 32, n. 5, p. 710-722, 2017. <https://academic.oup.com/heapol/article/32/5/710/3061529>

SÁ-SILVA, Jackson Ronie et al. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SAUERBRONN, Fernanda Filgueiras. Governança pública em saúde pós-reforma gerencial no Brasil: Reconciliando perspectivas para uma análise multinível. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 9, n. 3, p. 148-158, 2017. <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/5154>

SCRIVEN, Michael. **The Logic and Methodology of checklists**. 2000. http://www.wmich.edu/evalctr/checklists/papers/logic&methodology_dec07.pdf.

SILVA, Jéssica Natália. Accountability e Teoria da Agência no setor público: análise dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais. 2018. <https://www.locus.ufv.br/bitstream/123456789/20943/1/texto%20completo.pdf>

SOL, Daniel Albalade del. The institutional, economic and social determinants of local government transparency. **Journal of economic policy reform**, v. 16, n. 1, p. 90-107, 2013. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=a91fff66-ce9d-4965-b9dc-84aeec0dc50%40sessionmgr102>

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 379-391, 2003. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2003.v8n2/379-391/pt>

TEKENG, Yves M. Tehou; SHARAF, Mesbah Fathy. Fiscal transparency, measurement and determinants: evidence from 27 developing countries. **Journal of Economics and Political Economy**, v. 2, n. 1, p. 69-91, 2015.

VIAN, Taryn. Anti-corruption, transparency and accountability in health: concepts, frameworks, and approaches. **Global health action**, v. 13, n. sup1, p. 1694744, 2020.
<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/16549716.2019.1694744?needAccess=true>