



**Enap**

**Escola Nacional de Administração Pública**

Diretoria de Formação Profissional  
Coordenação-Geral de Especialização

**30**  
**Enap** anos

Etivaldo Rodrigues da Silva Junior

**CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA:  
A RELAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DOS CONSELHOS DE  
SAÚDE E O RESULTADO DA ANÁLISE DO RELATÓRIO ANUAL DE  
GESTÃO**

Brasília – DF  
Agosto/2016

The logo for Enap (Escola Nacional de Administração Pública) consists of the word "Enap" in white, bold, sans-serif font, centered within a solid red rectangular background.

**Escola Nacional de Administração Pública**

Diretoria de Formação Profissional  
*Coordenação-Geral de Especialização*

Etivaldo Rodrigues da Silva Junior

**CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA:  
A RELAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DOS  
CONSELHOS DE SAÚDE E O RESULTADO DA  
ANÁLISE DO RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado  
como parte dos requisitos para obtenção do  
título de especialista em Gestão Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Cambraia N.  
Vaz

Brasília – DF  
Agosto/2016

**CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA:  
A RELAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DOS CONSELHOS DE  
SAÚDE E O RESULTADO DA ANÁLISE DO RELATÓRIO ANUAL DE  
GESTÃO**

Autor: Etivaldo Rodrigues da Silva Junior

Instituição: Controladoria Geral da União

**RESUMO**

Este artigo buscou identificar se existe relação entre as características dos conselhos de saúde e o resultado da análise da prestação de contas da saúde. A fim de atingir o objetivo estabelecido, realizou-se levantamento dos dados de estrutura e funcionamentos dos 4.493 municípios brasileiros cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde, bem como dos Relatórios Anuais de Gestão de 2014. Por meio de regressão logística multinomial, identificou-se que a existência de capacitação, de dotação orçamentária específica e de sede própria implicam em redução da emissão de pareceres com aprovação plena da prestação de contas, o que sugere uma maior independência dos conselhos. Igualmente, verificou-se que conselhos presididos por Usuários do Sistema Único de Saúde e Trabalhadores de Saúde aumentam a chance de ressalvas nos Relatórios de Gestão. A criação do conselho por meio de Portaria reduziu drasticamente as chances de não aprovação dos Relatórios, corroborando as hipóteses levantadas. Por outro lado, a criação do conselho por Lei, contribuiu para o aumento na expectativa de aprovação plena das contas, de forma distinta às hipóteses estabelecidas.

Palavras chave: Participação Social; Sistema Único de Saúde; Avaliação da Gestão.

## 1. INTRODUÇÃO

Os conselhos municipais de saúde são parte integrante do processo de gestão da saúde pública, tanto no aspecto de planejamento quanto na fiscalização da aplicação dos recursos públicos. Entretanto, apesar de existir vasta normatização sobre como deve se dar a estruturação da participação social na área da saúde, conforme se detalhará no decorrer deste artigo, há disparidade entre as características de funcionamento e estrutura ideais das instâncias de controle social da saúde e aquelas detectadas na realidade.

A atuação de órgãos de controle como a Controladoria Geral da União (CGU) e o Tribunal de Contas da União (TCU), ao se deparar com fragilidades no funcionamento e na estrutura dos conselhos, busca exigir do Ministério da Saúde providências no sentido de cumprir sua competência normativa de apoiar o processo de controle social do SUS, por meio do fortalecimento da ação dos conselhos de saúde.

No entanto, ainda não foram desenvolvidas ações pelos órgãos com vistas a identificar a existência de relações estatísticas entre as características de funcionamento e de estrutura dos conselhos e o resultado da análise da prestação de contas apresentada pelo dirigente local do SUS.

No âmbito acadêmico, conforme dispõe Vaz (2011) as pesquisas relacionadas às instâncias de controle social foram desenvolvidas majoritariamente no sentido de identificar as situações que propiciam o aumento da participação popular e os fatores que influenciam o grau de influência na tomada de decisão. Mais recentemente, os acadêmicos buscam avaliar o fator participação social no desempenho das políticas públicas.

Ao discorrer sobre o aspecto da efetividade da participação, Avritzer (2011), identificou corrente acadêmica que se preocupa em pensar como medir o efeito deliberativo das instituições participativas e elencou dois motivos principais pelos quais a questão da efetividade tem atraído a atenção dos pesquisadores:

*“(...) o primeiro deles é uma crescente associação entre participação e políticas públicas, bastante específicas do caso brasileiro. As formas de participação no Brasil democrático foram se disseminando em áreas como saúde, assistência social e políticas urbanas e as formas de deliberação foram sendo crescentemente relacionadas às decisões em relação a estas políticas. Neste sentido, a capacidade destas deliberações de se tornarem efetivas adquiriu centralidade entre os pesquisadores da área de participação. Em segundo lugar, passou a haver uma preocupação de caráter mais teórico em relação ao tema da deliberação. A maior parte da bibliografia internacional sobre o assunto passou a estar preocupada com as características da democracia deliberativa e aí também se disseminou uma preocupação com a efetividade da deliberação (DRYZEK, 2000; FUNG; WRIGHT, 2003). Assim,*

*passou-se a trabalhar cada vez mais no Brasil e no exterior com o tema da efetividade.”.*

Sobre o assunto merece destaque o estudo de Lavallo (2011) que analisa, dentre outros assuntos, o conceito de utilidade da participação. A discussão proposta pelo autor diz respeito à participação ser considerada desejável como um valor em si ou como mecanismo com capacidade de ser útil para a produção de consequências julgadas valiosas.

*“Se aquilo que é apreciado são as consequências, esse “algo” é valorizado pela sua utilidade, ou seja, é um meio para a produção de efeitos. Se, de outro lado, esse algo é desejável em si, é reputado valioso à margem de considerações a respeito da sua utilidade, sejam quais forem suas consequências.”.*

Trazendo como pressuposto que a participação social na área da saúde produz consequências valiosas, conforme será justificado no decorrer deste trabalho, e considerando que o arcabouço jurídico brasileiro delega aos conselhos de saúde importante papel na fiscalização e controle dos recursos públicos aplicados na área, este trabalho, a fim de contribuir com a nova corrente de avaliação, buscou identificar se existe relação entre as características dos conselhos de saúde e o resultado da análise da prestação de contas apresentada pelo dirigente municipal do Sistema Único de Saúde.

Para isso, realizou-se o levantamento dos dados de estrutura e funcionamentos dos 4.493 municípios brasileiros cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), bem como da situação dos pareceres de análise dos Relatórios Anuais de Gestão do exercício de 2014 no Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão – SARGSUS.

A partir daí, realizou-se regressão logística multinomial para identificar se a variável dependente, Situação do Relatório Anual de Gestão, é impactada pelas características dos conselhos.

## 2. DESENVOLVIMENTO

### 2.1 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS

As atuais estruturas de controle social denominadas conselhos gestores de políticas públicas tem sua origem na Constituição Federal de 1988 que, após o processo de redemocratização, ampliou a previsão de participação popular na gestão e fiscalização da coisa pública.

Gerschman (2004), ao discorrer sobre os objetivos da inclusão dos conselhos na estrutura constitucional, destacou a expectativa de que eles se tornassem canais efetivos de participação social:

*“Com base nas reivindicações de participação da sociedade na gestão das políticas sociais, foram criados, após a Constituição de 1988 e como resultado da definição constitucional relativa às mesmas, inúmeros Conselhos co-gestores de políticas públicas desde o âmbito municipal até o federal. Os Conselhos foram incorporados à Constituição, na suposição de que se tornariam canais efetivos de participação da sociedade civil e formas inovadoras de gestão pública a permitir o exercício de uma cidadania ativa, incorporando as forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e à implementação de políticas públicas destinadas a solucioná-los. A sociedade, atuando nos Conselhos, teria a possibilidade de contribuir para a definição de um plano de gestão das políticas setoriais, conferindo maior transparência às alocações e favorecendo a responsabilização dos políticos e dos técnicos da administração pública.”*

Na área da saúde, além de a participação social encontrar-se definida como diretriz do Sistema Único de Saúde, há diversas normas infraconstitucionais que, a partir do ano de 1990, definem as competências, características, mecanismos de funcionamento e obrigatoriedade de instauração dos conselhos de saúde.

A Lei Federal n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, ao dispor sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu a instância colegiada denominada Conselho de Saúde, com as seguintes características:

*“O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.”*

Como se vê, o legislador incluiu os conselhos nos processos de formulação de estratégias (construção de agenda) e controle da execução (monitoramento e avaliação) das políticas de saúde. Além disso, a lei vinculou o repasse de recursos federais para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal à existência de Conselho de Saúde com composição paritária.

A construção da agenda, ou seja, a formulação de estratégias da execução da política de saúde pelos conselhos, nos termos da Resolução do Conselho Nacional da Saúde (CNS) n. 453, de 10 de maio de 2012, se dá, sobretudo, na discussão, elaboração e aprovação de propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde, na definição e deliberação das diretrizes para elaboração dos planos de saúde, na revisão periódica dos planos de saúde e na deliberação e aprovação dos projetos de programas de saúde projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo.

Sobre o assunto, destaca-se que a execução das referidas atividades, elencadas no rol de competências dos conselhos, acabam por desembocar na confecção e aprovação do Plano de Saúde que, nos termos da Portaria GM/MS n. 2.135, de 25 de setembro de 2013, é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, de forma a explicitar os compromissos do governo para o setor saúde e refletir as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

Inclusive, nos termos do § 7º do art. 3º da portaria GM/MS n.º 2.135/2013, tem-se a previsão de o Plano de Saúde ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo.

O aspecto de controle da execução (monitoramento e avaliação) das políticas de saúde é realizado pelos Conselhos, também nos termos da Resolução CNS n. 453/2012, com o fortalecimento da participação e o Controle Social no SUS, com o controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e com a deliberação sobre a aprovação ou não do relatório de gestão, documento de prestação de contas elaborado pela Secretaria de Saúde.

O Relatório de Gestão, nos termos da Portaria GM/MS 2.135/2012, é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS) e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. O documento também deve, nos termos da Portaria, ser

enviado ao “respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio do SARGSUS”.

Sobre a utilidade do parecer conclusivo emitido por parte do Conselho de Saúde na fiscalização da aplicação dos recursos públicos, cabe apresentar revisão da estrutura normativa que tem dado à instituição participativa protagonismo no controle da aplicação de recursos federais da área.

De acordo com o art. 3º do Decreto n.º 1.232, de 30/08/1994, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de Controle Interno do Poder Executivo e do Tribunal de Contas da União, os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde serão movimentados, em cada esfera de governo, sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde.

O Decreto n.º 1.651, de 28/09/1995, por sua vez, estabeleceu os seguintes mecanismos de comprovação de recursos públicos federais transferidos a Estados e Municípios:

*“Art. 6º A comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios far-se-á:*

*I - para o Ministério da Saúde, mediante:*

*a) prestação de contas e relatório de gestão, se vinculados a convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congênere, celebrados para a execução de programas e projetos específicos;*

*b) relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, se repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde;”.*

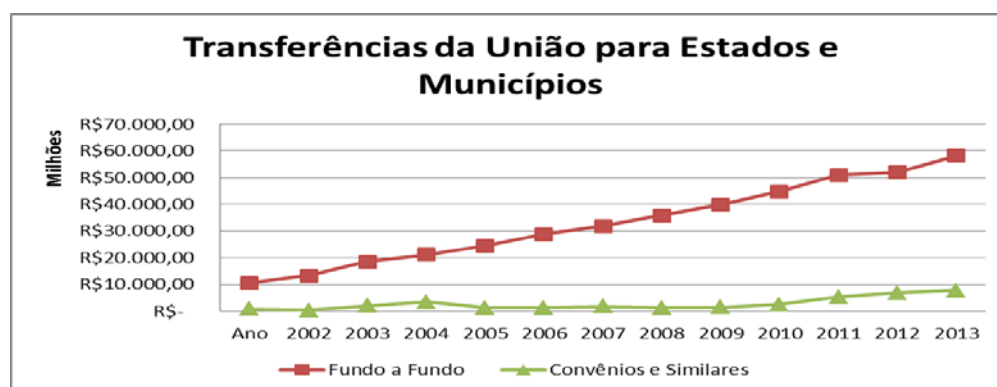
Como se observa, a comprovação da aplicação dos recursos federais repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde, denominadas transferências fundo a fundo, tem mecanismo de prestação de contas distinto daquele utilizado na comprovação da aplicação dos recursos provenientes das transferências realizadas por convênios e instrumentos similares.

No exercício de 2014, dados do Portal Saúde com Mais Transparência do Ministério da Saúde demonstraram repasses federais por transferências fundo a fundo na ordem de R\$ 58 bilhões de reais, enquanto os repasses de convênios e instrumentos similares totalizaram cerca de 511 milhões de reais.

Tal situação reflete nova estratégia adotada pelo Ministério da Saúde na transferência dos recursos que financiam o Sistema Único de Saúde, conforme se observa do gráfico a seguir que apresenta a evolução da transferência de recursos, em valores nominais, no período de 2002 a 2014:



Gráfico 1: Evolução das Transferências do Ministério da Saúde



Fonte: Portal Saúde com Mais Transparência

Ao identificar a crescente utilização da modalidade de transferência fundo a fundo, a Controladoria Geral da União afirmou, por meio do Relatório de Auditoria n. 201504197, que a fiscalização da comprovação da aplicação dos cerca de R\$ 58 bilhões de reais transferidos na modalidade fundo a fundo no ano de 2014 ficou restringida, de forma sistemática, à deliberação dos Conselhos de Saúde locais e dos Tribunais de Contas locais, não havendo atuação de destaque do próprio Ministério da Saúde no acompanhamento da aplicação desses recursos.

Tal fato demonstra a relevância que a instância de controle ganhou nos últimos anos, haja vista que os recursos federais sob o qual ela deve expressamente se manifestar passaram de R\$ 10 bilhões em 2002 para R\$ 58 bilhões em 2014.

## 2.2 CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E DE FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Mostra-se relevante, antes de avaliar a relação entre as características dos conselhos de saúde e o resultado da análise da prestação de contas apresentada pelo dirigente municipal do Sistema Único de Saúde, elencar quais são as principais características estruturais e de funcionamentos dos conselhos de saúde que se encontram disponíveis no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS, bem como as regras de estrutura contidas na normatização do Sistema Único de Saúde.

O SIACS é um Sistema que contempla retrato detalhado dos conselhos de saúde de todo o País, mostrando a composição dos colegiados e o cumprimento de normas legais relacionadas ao Sistema Único de Saúde. Os dados nele contidos são inseridos pelo próprio conselho, de

forma que sempre ao serem analisados deve-se ter em mente eventuais possibilidades de omissões e erros de preenchimento comuns a dados auto declaratórios.

Sua criação deriva do Acórdão nº. 1660/2011 - TCU – 1ª Câmara que determinou ao Ministério da Saúde que, em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde, estabelecesse mecanismos para identificação dos municípios que não cumprem as disposições normativas que tratavam da composição dos Conselhos Municipais de Saúde.

No sistema constam, além de informações de identificação, dados sobre a forma de criação dos conselhos, a recomposição de seus membros, a existência de comissões internas, o quantitativo de conselheiros de cada segmento, a periodicidade e os temas abordados nas reuniões da instância, a existência de eleição, o segmento e a formação acadêmica do presidente do conselho, a existência, ou não, de sede própria, dotação orçamentária e capacitação para os conselheiros, bem como equipamentos que o conselho possui.

Não há no sistema, possibilidade de extração consolidada de todos os dados acima citados, de forma que foi solicitado ao Ministério da Saúde, por meio de requerimento de acesso à informação, a extração da base de dados do Sistema.

O pedido, após a interposição de recurso, foi deferido e o Ministério da Saúde disponibilizou a “massa de dados” do sistema, sem que tenha sido realizado tratamento dos dados pelo órgão.

Considerando as limitações das informações prestadas em campos como a existência de comissões, a periodicidade das informações e os equipamentos que o conselho possui tiveram baixo ou nenhum nível de resposta, bem como a irrelevância de informações como o endereço da instância de controle, foram selecionadas as variáveis para o estudo, conforme Quadro 01.

Quadro 01 – Relação de Variáveis.

<b>Variável</b>
Instrumento de criação do conselho
Tempo de existência do conselho
Periodicidade das reuniões
Tempo desde a última recomposição
Paridade na composição do conselho
Existência de eleição para o presidente
Tempo de mandato do presidente
Segmento de origem do presidente
Existência de capacitação
Existência de dotação orçamentária
Existência de sede própria

Fonte: Sias

Além de definir as variáveis que compõe o estudo, as quais serão explicadas e detalhadas neste item, propomos sua classificação em dimensões, de forma que elas reflitam aspectos específicos da estrutura e do funcionamento dos conselhos e que, quando da análise dos resultados, fosse possível checar os efeitos isolados e cumulativos desses elementos no resultado final. A divisão das variáveis em dimensões, encontra-se detalhada na seção Proposta Metodológica.

Como os dados sobre a periodicidade das reuniões apresentaram baixíssimo nível de resposta nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, optou-se por utilizar os dados constantes da Pesquisa de Informações Básicas Municipais de 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) que contabilizou o número de reuniões dos conselhos municipais de saúde nos últimos 12 (doze) meses antes da realização da pesquisa.

Contextualizados os dados selecionados para compor as variáveis que foram examinadas, passa-se à justificativa de sua utilização e à descrição das regras contidas na normatização do Sistema Único de Saúde que detalham a resposta esperada de cada uma delas.

Quanto ao instrumento de criação dos conselhos de saúde, foram identificados 3 (três) tipos de resposta, conselhos criados por Portarias, Decretos e Lei. A criação dos conselhos encontra-se prevista na Lei nº. 8.142/1990 e o instrumento legal sob o qual deve ser instituído é a Lei, nos termos da Segunda Diretriz da Resolução CNS 453/2012. O status normativo sob o qual o conselho deve ser sustentado tem relação com a sua estabilidade e independência, haja vista a impossibilidade de ele ser extinto ou alterado apenas por decisão do Chefe do Poder Executivo local, no caso de Decreto, ou por decisão do Secretário de Saúde, no caso de Portaria.

O tempo de existência do conselho, variável quantitativa contínua, ou seja, aquela, nos termos de Pinheiro et al (2009), variável em que seus valores possíveis podem ser expressos através de números reais e varrem uma escala contínua de medição, foi medido em anos.

A existência dos conselhos é obrigatória para todos os entes federativos desde a edição da Lei Federal n. 8.142/1990, sendo que considera-se que quanto maior o tempo de existência, maior a maturidade e a estabilidade da instância de controle. Sobre isso, destaca-se o que diz os estudos realizados por Avelino, Barberia e Biderman (2013), com foco em verificações do

nível de corrupção local, identificaram que a cada ano adicional de existência dos conselhos de saúde há redução de práticas indevidas na área:

*“A new institution created following the decentralization launched by the 1988 Constitution, the municipal health council, seems to be significant in reducing corrupt practices in the local management of health services.*

*For each additional year of existence of the health council, the percentage of federal health grants to municipalities that were subject to corrupt practices fell by 2.1% from their baseline value.*

*The analysis suggests that the existence of a council may be responsible for a 21% decrease in corruption practices over 10 years.”.*

O tempo desde a última recomposição é uma variável que demonstra, em anos, o prazo desde a última renovação dos membros do conselho. A sua importância é destacada no Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, que, ao elencar regras para os mandatos dos membros do Conselho Nacional de Saúde definiu como de três anos sua permanência na instância, permitida apenas uma recondução. A rotatividade dos cargos encontra-se vinculada ao próprio exercício da democracia, ampliando sua importância à medida que se busca ampliar a representatividade social nas diversas instituições vinculadas ao setor público.

Sobre isso, Conh (2003), afirmou:

*“A primeira delas diz respeito à evidência da baixa rotatividade dos seus membros, traduzindo provavelmente uma insuficiência do exercício democrático no âmbito da própria sociedade civil, que assim permite que se cristalizem determinados sujeitos sociais como representantes dos distintos interesses econômicos e de demandas a partir de carências aí presentes.”*

A variável de existência de eleição para o presidente do conselho de saúde deriva da determinação constante da Terceira Diretriz da Resolução CNS n. 453/2012 que prevê a realização de eleições para a escolha do presidente, haja vista que as competências a ele atribuídas definem o andamento dos trabalhos, de forma que a definição democrática contribui para a isenção do conselho e reflete exercício democrático.

Por sua vez, a variável tempo de mandato do presidente reflete o cumprimento das disposições contidas no Decreto nº. 5.839/2006 e Resolução CNS nº. 407/2008, que tratam do mandato dos membros do Conselho Nacional de Saúde e preveem como de 3 (três) anos o prazo máximo de permanência de um membro como presidente. Além disso, se aplica plenamente a essa variável, as reflexões sobre a rotatividade dos cargos presentes na variável tempo desde a última recomposição.

Antes de apresentar as justificativas relativas à variável segmento de origem do presidente, destaca-se que a Resolução CNS nº. 407/2008 prevê, para o âmbito federal, que compete ao presidente do Conselho Nacional de Saúde o seguinte:

- “I - convocar e coordenar as Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do CNS;*
- II - representar o CNS em suas relações internas e externas;*
- III - estabelecer interlocução com órgãos do Ministério da Saúde e demais órgãos do governo e com instituições públicas ou entidades privadas, com vistas ao cumprimento das deliberações do CNS;*
- IV - representar o CNS junto ao Ministério Público, quando as atribuições e deliberações do CNS ou assuntos relativos ao direito à saúde forem desrespeitados ou ocorrer ameaça de grave lesão à saúde pública, desde que aprovado por, no mínimo, a maioria qualificada dos seus membros;*
- V - assinar as Resoluções aprovadas pelo Plenário; VI - decidir, ad referendum, acerca de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Plenário em reunião subsequente;*
- VII - expedir atos decorrentes de deliberações do CNS;*
- VIII - convocar e coordenar as reuniões da Mesa Diretora;*
- X - promover o pleno acesso às informações relevantes para o SUS para fins de deliberação do Plenário;”*

Da leitura do normativo, verifica-se que o presidente do Conselho possui, de forma natural, maior autonomia e competências superiores àquelas atribuídas individualmente aos outros conselheiros. Assim, considerando que, nos termos do art. 9 da Lei nº. 8.080/1990, compete ao Secretário de Saúde a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) na respectiva esfera de governo e que, em consequência dessa responsabilidade, a ele são imputados os atos de gestão avaliados pelo Conselho de Saúde se considerados incompatíveis a função de Secretário de Saúde e de Presidente do Conselho.

Tal afirmação, encontra fundamento no princípio da segregação de funções que decorre do princípio da moralidade (art. 37, da Constituição Federal de 1988), e consiste na necessidade de a Administração repartir funções entre os agentes públicos cuidando para que esses indivíduos não exerçam atividades incompatíveis umas com as outras, especialmente aquelas que envolvam a prática de atos e, posteriormente, a fiscalização desses mesmos atos.

As variáveis existência de sede própria, existência de dotação orçamentária e existência de capacitação decorrem da Resolução CNS nº. 453/2013 que, em sua Quarta Diretriz, prevê

que as três esferas de Governo, União, Estados e Municípios, garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico.

Os fundamentos da Resolução refletem a expectativa de que o governo local forneça insumos para que o Conselho exerça suas atividades em uma organização relativamente independente da política e do governo em exercício.

A paridade na composição do conselho é uma variável decorrente de previsão da Lei nº 8.142/1990 e, atualmente, encontra-se regulamentada na Terceira Diretriz da Resolução CNS nº. 453/2013 que prevê o seguinte:

*“Mantendo o que propôs as Resoluções nos 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10a e 11a Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma: a)50% de entidades e movimentos representativos de usuários; b)25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde; c)25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.”*

A questão da representatividade e da paridade dos conselhos está ancorada, conforme afirma Lüchmann (2008), na legitimidade dos conselhos gestores de políticas públicas de promover, nas mais variadas formas, a defesa das “causas” sociais e de demandas de grupos e setores sociais historicamente excluídos dos processos de decisão política.

Por fim, a variável periodicidade das reuniões deriva do mandamento da quarta Diretriz da Resolução nº. CNS 453/2013 que prevê que “O Plenário do Conselho de Saúde se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário.”. A variável fundamenta-se na expectativa de permanente deliberação da instância sobre os diversos assuntos que encontram-se relacionados às suas competências.

## 2.3 PROPOSTA METODOLÓGICA

O principal objetivo do trabalho é identificar se existe relação entre as características dos conselhos de saúde e o resultado da análise da prestação de contas apresentada pelo dirigente municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). Como forma de responder às questões levantadas, esta seção descreve os procedimentos a serem adotados, especialmente no que tange a dimensão de classificação das variáveis e a justificativa da metodologia adotada. A escolha e justificativa das variáveis, por sua vez, encontram-se detalhadas na seção 2.2 Seleção das Variáveis e Características Estruturais e de Funcionamento dos Conselhos de Saúde.

O resultado da análise da prestação de contas apresentada pelo gestor do SUS foi obtido junto ao Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS) do Ministério da Saúde, cuja utilização é obrigatória nos termos da Portaria GM/MS n.º 2.135/2013. O parâmetro da análise reflete o Relatório de Gestão do exercício de 2014, cuja apresentação ao Conselho deveria, nos termos da Portaria, ter como prazo máximo o dia 30/03/2015.

A extração do SARGSUS identificou que, dos 4.493 municípios brasileiros objeto de análise neste trabalho, 66,30% foram aprovados de forma plena, enquanto 4,45% foram reprovados e 11,28% não apresentavam informação, o que sugere o não envio dos relatórios aos conselhos pelo referido sistema.

**Tabela 01 – Situação de Análise dos Relatórios de Gestão**

<i>Situação do Relatório de Gestão</i>	<i>Quantidade</i>
Aprovado	2.979
Aprovado com ressalvas	200
Não aprovado	11
Em apreciação	667
Solicitado ajuste	129
Sem informação	507
<b>Total</b>	<b>4.493</b>

Fonte: Sargus

Vaz (2013), ao efetuar uma análise da propensão à inserção em instituições participativas, a partir de características socioeconômicas e políticas, operacionalizou o tratamento das variáveis em dimensões que refletiam as características daquele conjunto de variáveis. De maneira similar, considerando os aspectos relativos aos conselhos de saúde, realizamos a classificação das variáveis elencadas na seção anterior, em três dimensões: Organização e Funcionamento, Direção e Composição e Apoio Institucional.

A dimensão Organização e Funcionamento visa refletir o conjunto de variáveis estabelecido nos documentos normativos que criam e organizam os conselhos de saúde e, portanto, incorpora as características dos conselhos advindas do processo de normatização e regulação das instâncias de controle. Além disso, comporta a variável periodicidade das reuniões que reflete a expectativa de permanente deliberação da instância sobre os diversos assuntos que se encontram relacionados às suas competências.

Com relação à variável instrumento de criação do conselho, os dados demonstram que 4.301 (95,73%) foram instituídos por Lei, conforme prevê os normativos anteriormente citados. Por outro lado, 138 foram criados por Decreto do chefe do Poder Executivo local e 54 por Portaria da Secretaria de Saúde.

Os dados da variável tempo de existência dos conselhos, demonstram que 89,83% dos conselhos foram criados há pelo menos 11 anos. A mediana é de 22 anos de existência, enquanto a média é de 19,94 anos.

**Tabela 02 – Distribuição do Tempo de Existência dos Conselhos**

<i>Tempo de Existência</i>	<i>Quantidade</i>
<b>01 a 10 anos</b>	457
<b>11 a 20 anos</b>	1461
<b>21 a 30 anos</b>	2565
<b>31 ou Mais</b>	10
<b>Total</b>	4.493

Fonte: SIACS

Com relação ao tempo desde a última recomposição do conselho, os dados demonstram que 2.245 (49,97%) conselhos tiveram seus membros indicados há no máximo 03 anos, enquanto em 1.936 (43,09%) foram indicados entre 4 e 6 anos. Já 212 (4,72%) conselhos tiveram seus membros indicados entre 7 e 9 anos, enquanto em 100 (2,23%) conselhos a indicação se deu há mais de 10 anos. A mediana é de 4 anos, enquanto a média da recomposição é de 3,80 anos.

No que se refere à periodicidade das reuniões, os dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais de 2014 do IBGE demonstram que 2.284 (63,30%) conselhos se reúnem pelo menos em 12 oportunidades no ano, seguindo as determinações dos normativos vigentes. Já 1.649 (36,70%) dos conselhos se reúnem em menos oportunidades do que a considerada mínima pelas boas práticas.



A dimensão Direção e Composição, por sua vez, reflete o conjunto de variáveis relacionadas aos representantes dos conselhos, do ponto de vista do segmento social que representam e das formas de escolha do presidente dos conselhos, bem como da representatividade dos diferentes segmentos.

Quanto à paridade na representação dos conselhos, ou seja, da composição do órgão de controle social com representação de 50% de membros advindos de entidades e movimentos representativos de usuários, 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos, os dados demonstram que 3.369 (74,98%) municípios tem composição paritária, enquanto 1.124 (25,02%) apresentam distorções de representatividade.

A existência de eleição para a escolha do presidente do conselho, prática prevista na legislação, conforme exposto na seção anterior, é adotada em 3.954 (90,44%) dos conselhos que preencheram a informação no sistema do Ministério da Saúde. Os demais 418 (9,56%) dos conselhos cadastrados no SIACS não possuem mecanismo de escolha dos conselhos sustentada em práticas democráticas. Em 121 conselhos cadastrados os dados não foram informados no sistema.

Por sua vez, a variável segmento social que o presidente do conselho representa, preenchida por 4.239 dos 4.493 conselhos cadastrados no Sistema, apresentou a disposição constante da tabela abaixo:

**Tabela 03 – Distribuição do Segmento Social do Presidente**

<i>Segmento do Presidente</i>	<i>Quantidade de Municípios</i>
Gestor	1.443
Usuário	1.302
Trabalhador de Saúde	1.233
Prestador de Serviço	261
Total	4.239

Fonte: SIACS

O tempo de mandato do presidente, variável com dados cadastrados em 3.927 municípios, tem como média 2,16 anos e mediana igual a 2. A distribuição dos dados pode ser observada na tabela a seguir.

**Tabela 04 – Distribuição do Tempo de Mandato do Presidente**

<i>Tempo de Mandato do Presidente (Em Anos)</i>	<i>Quantidade de Municípios</i>
1	277
2	3.120
3	175
4	346
5	9
Total	3.927

Fonte: SIACS

Já a dimensão Apoio Institucional reflete o apoio do governo local ao funcionamento do conselho de saúde, conjugando a oferta de sede própria, dotação orçamentária e capacitação para as instâncias de controle. A tabela 05 apresenta os resultados, constantes do Sistema SIACS, do apoio fornecido pelo governo local:

**Tabela 05 – Distribuição das Variáveis da Dimensão Apoio Institucional**

<i>Variável</i>	<i>Resposta</i>			
	Sim		Não	
Dotação Orçamentária	1536	35,48%	2793	64,52%
Sede Própria	1300	30,03%	3029	69,97%
Capacitação	2607	60,22%	1722	39,78%

Fonte: SIACS

A metodologia adotada se utilizará da ferramenta de regressão logística multinomial, haja vista que a existência de mais de uma variável explicativa e de elas possuírem, em alguns casos, mas de duas categorias e/ou serem do tipo quantitativa. Para isso, os procedimentos utilizarão o Software Livre R.

Além disso, realizou-se a imputação dos dados faltantes por meio de técnica de imputação múltipla, descrita por Rubin (1996 *apud* NUNES, KLÜCKI e FACHELCK, 2009) como uma técnica para resolver o problema de não-resposta em pesquisas que possibilita a inclusão da incerteza da imputação nos resultados, corrigindo o maior problema associado à imputação única.

*“A IM consiste em três passos:*

- 1. São obtidos m bancos de dados completos por meio de técnicas adequadas de imputação;*
- 2. Separadamente, os m bancos são analisados por um método estatístico tradicional, como se realmente fossem conjuntos completos de dados;*

3. *Os m resultados encontrados no passo 2 são combinados de um jeito simples e apropriado para obter a chamada inferência da imputação repetida.*”. Rubin (1996 apud NUNES, KLÜCKI e FACHELCK, 2009).

As verificações serão realizadas a partir da realização de três modelos de regressão logística multinomial. O modelo 1 considerará apenas as variáveis elencadas na dimensão Organização e Funcionamento, o modelo 2 incorporará ao modelo anterior as variáveis relativas à dimensão Direção e Composição. Já o modelo 3 considerará as variáveis das três dimensões, Organização e Funcionamento, Direção e Composição e Apoio Institucional.

A fim de identificar o melhor modelo, será utilizado o critério de informação de Akaike (Akaike's information criteria – AIC). O AIC é um critério que identifica a parcimônia na avaliação do modelo, levando em conta os parâmetros e é utilizado quando se comparam dois ou mais modelos, sendo que aquele que apresentar o menor AIC é o modelo que possui melhor ajuste (PEREIRA, 2003).

## **2.4 RESULTADOS**

Antes de apresentar os resultados, vale informar que a variável resposta, Resultado da Análise do Relatório de Gestão, tem como referência a situação “Sem informação”, de modo que as estimativas a serem apresentadas sempre serão realizadas em comparação com o status do Relatório de Gestão que demonstra o não recebimento, por meio do Sistema SIACS, do Relatório de Gestão do exercício de 2014.

As primeiras três tabelas desta seção apresentam as razões de chance estimadas por regressão logística multinomial para cada uma das dimensões avaliadas e incorporam os três modelos descritos na seção anterior.

Na dimensão Organização e Funcionamento, a variável instrumento de criação que apresenta como resultado “Decreto” e a variável adequação à periodicidade das reuniões com resultado igual a “Não” são as variáveis referenciais, de modo que os resultados das demais respostas dessas variáveis dessem ser interpretadas com referência à situação daquelas.

**Tabela 06 – Razões de Chance estimadas por regressão logística multinomial para a Dimensão Organização e Funcionamento**

Variável	Categoria	Situação do Relatório de Gestão	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Instrumento de Criação	Lei	Aprovado	2,001*	1,947**	1,962**
		Aprovado com ressalvas	1,179	1,162	1,204
		Em apreciação pelo Conselho de Saúde	1,346	1,33	1,358
		Não aprovado	0,503	0,534	0,557
		Solicitado ajuste	2,043	2,026	2,052
	Portaria	Aprovado	1,175	1,203	1,206
		Aprovado com ressalvas	0,001***	0,001***	0,001***
		Em apreciação pelo Conselho de Saúde	1,548	1,572	1,661
		Não aprovado	0,001***	0,001***	0,001***
		Solicitado ajuste	1,995	2,018	2,023
Tempo de Existência	Ano	Aprovado	1,023**	1,024**	1,026**
		Aprovado com ressalvas	1,026.	1,028*	1,026.
		Em apreciação pelo Conselho de Saúde	1,031**	1,032**	1,030**
	Não aprovado	0,997	0,996	0,99	
	Solicitado ajuste	1,026	1,027	1,023	
	Tempo desde a última recomposição	Ano	Aprovado	0,937***	0,940***
Aprovado com ressalvas			0,899**	0,927*	0,930*
Em apreciação pelo Conselho de Saúde			0,973	0,979	0,98
Não aprovado		1,005	1	1,008	
Solicitado ajuste		0,900*	0,913*	0,917.	
Adequação à Periodicidade das reuniões		Sim	Aprovado	1,302**	1,269*
	Aprovado com ressalvas		1,774**	1,573*	1,458*
	Em apreciação pelo Conselho de Saúde		1,084	1,043	0,996
	Não aprovado		2,92	3,334	2,549
		Solicitado ajuste	1,206	1,134	1,085

Sig a 0 ‘\*\*\*’ 0.001 ‘\*\*’ 0.01 ‘\*’ 0.05 ‘.’ 0.1

Fonte: Elaboração Própria.

Na dimensão Direção e Composição, a variável paridade na composição do conselho com resultado “Não”, a variável existência de eleição para o presidente com resultado “Não” e a variável segmento de origem do presidente representado pelo “Gestor” são as variáveis referenciais, de modo que os resultados das demais respostas dessas variáveis devem ser interpretadas com referência à situação daquelas.

**Tabela 07 – Razões de Chance estimadas por regressão logística multinomial para a Dimensão Direção e Composição**

Variável	Categoria	Situação do Relatório de Gestão	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Paridade na composição do conselho	Sim	Aprovado		1,507***	1,533***
		Aprovado com ressalvas		3,269***	2,929***
		Em apreciação pelo Conselho de Saúde		1,508**	1,385*
		Não aprovado		1,348	1,007
		Solicitado ajuste		1,509.	1,338
Existência de eleição para o presidente	Sim	Aprovado		1,130	1,096
		Aprovado com ressalvas		0,964	0,910
		Em apreciação pelo Conselho de Saúde		1,062	1,028
		Não aprovado		0,363	0,310
		Solicitado ajuste		0,841	0,837
Tempo de mandato do presidente	Ano	Aprovado		1,198*	1,184*
		Aprovado com ressalvas		1,170	1,187
		Em apreciação pelo Conselho de Saúde		1,134	1,142
		Não aprovado		2,004.	2,028.
		Solicitado ajuste		0,891	0,920
	Prestador de Serviço	Aprovado		1,473	1,530.
		Aprovado com ressalvas		2,428.	2,375.
		Em apreciação pelo Conselho de Saúde		1,862*	1,818*
		Não aprovado		3,244	3,289
		Solicitado ajuste		1,207	1,119
Segmento de origem do presidente	Usuário	Aprovado		0,831	0,881
		Aprovado com ressalvas		3,115***	2,920***
		Em apreciação pelo Conselho de Saúde		1,233	1,173
		Não aprovado		1,718	1,567
		Solicitado ajuste		1,743*	1,554.
	Trabalhador da Saúde	Aprovado		0,910	0,961
		Aprovado com ressalvas		2,456***	2,339***
		Em apreciação pelo Conselho de Saúde		1,340.	1,290.
		Não aprovado		0,988	0,917)
		Solicitado ajuste		1,632.	1,497

Sig a 0 '\*\*\*' 0.001 '\*\*' 0.01 '\*' 0.05 '.' 0.1

Fonte: Elaboração Própria.

Já na dimensão Apoio Institucional, as variáveis existência de capacitação, de dotação orçamentária e de sede própria com resultado igual a “Não” são as variáveis referenciais, de modo que os resultados das demais respostas dessas variáveis devem ser interpretadas com referência à situação daquelas.

**Tabela 08 – Razões de Chance estimadas por regressão logística multinomial para a Dimensão Apoio Institucional**

Variável	Categoria	Situação do Relatório de Gestão	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Existência de capacitação	Sim	Aprovado			1,267*
		Aprovado com ressalvas			1,408.
		Em apreciação pelo Conselho de Saúde			1,256.
		Não aprovado			6,535.
		Solicitado ajuste			0,873
Existência de dotação orçamentária	Sim	Aprovado			0,743**
		Aprovado com ressalvas			1,385.
		Em apreciação pelo Conselho de Saúde			1,316*
		Não aprovado			1,659
		Solicitado ajuste			2,110***
Existência de sede própria	Sim	Aprovado			0,823.
		Aprovado com ressalvas			1,301
		Em apreciação pelo Conselho de Saúde			1,260.
		Não aprovado			2,342
		Solicitado ajuste			1,293

Sig a 0 '\*\*\*' 0.001 '\*\*' 0.01 '\*' 0.05 '.' 0.1

Fonte: Elaboração Própria.

Nos modelos utilizados, o modelo 3, que contempla variáveis das três dimensões pesquisadas, foi o que se mostrou com o melhor ajuste, haja vista que o AIC (Akaike's information criteria – AIC) foi inferior aos demais. A aplicação do AIC demonstrou que a inclusão das variáveis foi ajustando melhor o modelo a cada etapa realizada, conforme se verifica na tabela abaixo:

**Tabela 09 – Valores de AIC**

Modelo	AIC
1	9752.101
2	9687.112
3	9572.928

Fonte: Elaboração Própria

Dessa forma, considerando, ainda, que os resultados dos demais modelos não apresentam grandes variações, as interpretações a seguir expressas farão referência ao último modelo.

Da análise dos dados, verifica-se que na dimensão Organização e Funcionamento, considerando apenas os resultados com significância superior a 90%, para a variável instrumento de criação do conselho no modelo 3 tem-se que a criação do conselho por intermédio de Lei Municipal aumenta em 96,2% a chance de aprovação do Relatório de Gestão

quando em comparação com conselhos instituídos por Decreto do chefe do Poder Executivo local.

Por sua vez, a instituição do conselho por intermédio de Portaria reduz em 99% a chance de aprovação do Relatório de Gestão e também em 99% a chance de não aprovação da prestação de contas, quando em comparação com conselhos instituídos por Decreto do chefe do Poder Executivo local.

Os resultados da variável resposta para conselhos instituídos por intermédio de Lei não se mostraram compatíveis com a expectativa advinda da maior autonomia e estabilidade de estabelecidos por esse tipo de norma, haja vista a maior propensão à aprovação da prestação de contas. Por outro lado, a criação de conselhos por intermédio de Portaria do Secretário de Saúde, autoridade que tem as contas julgadas, demonstrou uma redução de 99% na chance de ressalvas e de, também, 99% na chance de não aprovação da prestação de contas.

Tal resultado, sugere uma menor independência e estabilidade de conselhos instituídos por normativo de menor hierarquia.

No que se refere à variável tempo de existência dos conselhos, verificou-se, considerando como em todos os demais casos analisados apenas os resultados com significância superior a 90%, um aumento na chance de aprovação do Relatório de Gestão de 2,6% a cada ano adicional de existência do conselho. Há, ainda, um aumento de 3,0% na expectativa de a situação da prestação de contas encontrar-se em apreciação e de 2,6% no caso de aprovação com ressalva.

Quanto à variável tempo desde a última recomposição do conselho, os resultados sugerem que cada ano adicional de manutenção dos conselheiros reduz em 6,1% a chance de aprovação do Relatório de Gestão, em 7% a chance de aprovação com ressalva e em 8,3% a expectativa de o Relatório ter sido devolvido para ajustes.

Com relação à adequabilidade da periodicidade das reuniões, única variável que não foi informada pelos próprios conselheiros, haja vista que se tratam de dados colhidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), verificou-se que a existência de pelo menos 12 reuniões anuais aumenta em 25,8% a chance de aprovação da prestação de contas da saúde e em 45,8% a chance de aprovação com ressalvas quando em comparação com municípios que realizaram menos de 12 reuniões anuais.

Apesar de não apresentar significância superior a 90%, há em conselhos com 12 ou mais reuniões anuais, uma expectativa superior em 154,9% de não aprovação das peças.

Na dimensão Direção e Composição, a variável paridade do conselho, aquela que reflete a composição dos conselhos pelos setores da sociedade refletindo na legitimidade dos conselheiros, apresentou uma chance 53,3% maior de aprovação do Relatório de Gestão frente aos conselhos sem a paridade devidamente estabelecida. Há, ainda, expectativa de aumento de 192,9% na aprovação de ressalva e de 38,5% de os relatórios permanecerem em apreciação em conselhos com composição paritária.

A questão de existir ou não eleição para a escolha do presidente, não apresentou resultados com significância superior à 90%, de forma que não há interpretações a serem realizadas.

Com relação ao tempo de mandato do presidente, cada ano adicional provoca um aumento de 18,4% de chance de aprovação das contas do conselho. Por outro, lado há uma expectativa de aumento de 102,8% na reprovação das contas. A manutenção do presidente do conselho, dessa forma, mostrou uma expectativa de rejeição das contas superior aos demais status.

Com relação à variável segmento social do presidente do conselho, a análise tem por referência conselhos presididos por representantes do governo. Na análise, verificou-se que quando o presidente do conselho é prestador de serviços de instituição privada conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS) há uma expectativa de aumento na aprovação dos relatórios de 53%, de aumento na aprovação com ressalva de 137,5% e de aumento de chance de o relatório permanecer em apreciação de 81,8%.

Quando o presidente do conselho é usuário do SUS há um aumento na expectativa de aprovação com ressalva do relatório 192% e de o relatório ter sido devolvido para ajustes de 55,4%.

Por sua vez, quando o conselho é presidido por trabalhadores da saúde as chances de aprovação com ressalva aumentam em 133,9%, enquanto as chances de o relatório permanecer em apreciação aumentam 29%.

Os resultados das variáveis sugerem que, apenas quando os presidentes são prestadores de serviços de instituição privada conveniada com o SUS há uma propensão maior de aprovação integral, o que sugere ter por origem a maior vinculação desses com o setor público que convenia as instituições em que atuam. Apesar de não significativos em mais de 90%, os demais setores de representação - usuários e trabalhadores em saúde - possuem expectativas de redução da aprovação, o que sugere uma maior independência na análise das contas públicas.



Por fim, a dimensão Apoio Institucional, apresentou os resultados com maior vinculação com a expectativa teórica. Para a variável existência de capacitação, há uma expectativa de aumento de 26,7% nas aprovações, de 40,8% nas aprovações com ressalva e de 25,6% na manutenção do relatório na situação de em apreciação. Por outro lado, há uma expectativa de aumento de 553% nas chances de não aprovação do relatório.

A não aprovação do relatório é realidade em poucos municípios realizados, e possuir capacitação para os conselheiros, mostrou uma grande propensão de eles identificarem nas contas situações com potencialidade de reprovação.

A variável, existência de dotação orçamentária específica para o conselho, gerou resultados que demonstram a redução na chance de aprovação das contas municipais da saúde em 25,7%, enquanto sugerem um aumento na chance de os relatórios serem aprovados com ressalva de 38,5%, de permanecerem em apreciação em 31,6% e de serem devolvidos para ajuste de 110%.

A existência de dotação, considerada como indutora de maior independência, de fato ampliou as chances de o julgamento dos relatórios não serem de concordância geral com o gestor, ou seja, aprovação sem ressalvas.

A existência de sede própria, reduz a chance de aprovação das contas do gestor da saúde em 17,6% e aumenta em 26% a chance de o relatório permanecer em apreciação.

A maior parte dos conselhos avaliados (69,97%), conforme descrito na seção anterior, não possuem sede própria e realizam suas reuniões normalmente em sala da Secretaria de Saúde local. A existência de sede própria demonstrou influenciar a não concordância com a prestação de contas da saúde.

### **3. CONSIDERAÇÕES GERAIS**

Há relação entre as características dos conselhos de saúde e o resultado da análise da prestação de contas apresentada pelo dirigente municipal do Sistema Único de Saúde? Este artigo objetivou mensurar quais as variáveis e, em que aspecto, influenciariam a deliberação dos conselhos de saúde municipais de saúde sobre o Relatório de Gestão da Saúde municipal.

Utilizando-se do universo de 4.493 municípios brasileiros cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) e da situação dos pareceres de análise dos

Relatórios Anuais de Gestão da Saúde referentes ao exercício de 2014, disponíveis no Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão – SARGUSUS, realizou-se regressão logística multinomial composta de nove variáveis independentes, classificadas em três dimensões de referência: Organização e Funcionamento, Direção e Composição e Apoio Institucional.

Das hipóteses levantadas, este trabalho corroborou sobretudo com aquelas relativas à Dimensão Apoio Institucional, nas quais se verificou que o fornecimento de capacitação, de dotação orçamentária específica e de sede própria implicam em redução da emissão de pareceres com aprovação plena da prestação de contas do gestor municipal, o que sugere uma maior independência e capacidade de identificar práticas indevidas. Igualmente, verificou-se, para a Dimensão Direção e Composição, que o exercício da presidência dos conselhos de saúde por Usuários do SUS e por Trabalhadores de Saúde – segmentos sociais com menor vinculação com o gestor público – aumentam a chance de ressalvas nos Relatórios de Gestão e, ainda que com significância inferior à 90%, dificultam a aprovação plena das contas.

Na Dimensão Organização e Funcionamento, a criação do conselho por Portaria do dirigente do SUS, autoridade que tem as contas avaliadas pela instância de controle, reduziu fortemente as chances de parecer de Não Aprovação do Relatório de Gestão, corroborando também com a expectativa de menor estabilidade e independência.

Por outro lado, a criação do conselho por Lei, normativo com maior estabilidade, contribui para o aumento na expectativa de aprovação plena das contas, de forma distinta à expectativa teórica.

A existência de eleição para a escolha do presidente do conselho, por sua vez, não se mostrou significativa para a deliberação dos conselheiros.

Vale ressaltar que, conforme exposto na seção introdutória deste artigo, as interpretações devem levar em consideração que os dados do Sistema SIACS são auto declaratórios e podem conter omissões e erros de preenchimento que afetem as conclusões.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVELINO, George; BARBERIA, Lorena; BIDERMAN, Ciro. **Governance in managing public health resources in Brazilian municipalities.** Health Policy and Planning, February, 2013, p. 1 a 9. Disponível em: <http://cepesp.fgv.br/sites/cepesp.fgv.br/files/Governance%20in%20managing%20public%20health.pdf>. Acesso em 10/05/2016.

AVRITZER, Leonardo. **A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate.** In: Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Vol. 7. Org. Roberto Rocha Pires: Ipea, 2011. p. 124-35.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União de 20/09/1990, Sessão 1.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal n. 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. Diário Oficial da União de 31/12/1990, Sessão 1.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994.** Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 31/08/1994, Sessão 1.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995.** Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União de 02/10/1995, Sessão 1.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.** Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. Diário Oficial da União de 12/07/2006, Sessão 1.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 8.065, de 7 de agosto de 2013.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. Diário Oficial da União de 08/08/2013, Sessão 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2.135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União de 26/09/2013, Sessão 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Base de Dados do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS. Brasília, 2016 [mimeo].

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Base de Dados do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão. Brasília, 2016. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/consultarRelatoriosGerenciaisExternos!selecionarTipoRelatorio.action>. Acesso em 02/02/2016.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução do Conselho Nacional da Saúde (CNS) n. 407/2008**. Aprova o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União de 11/03/2009, Sessão 1.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução do Conselho Nacional da Saúde (CNS) n. 453, de 10 de maio de 2012**. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União de 06/06/2012, Sessão 1.

\_\_\_\_\_. Controladoria Geral da União. **Relatórios de fiscalização de Sorteio Municipal**. Disponíveis em [http://sistemas.cgu.gov.br/relats/relatorios.php?linha\\_atuacao=TODO&ano=&titulo](http://sistemas.cgu.gov.br/relats/relatorios.php?linha_atuacao=TODO&ano=&titulo). Acesso em 10/05/2016.

\_\_\_\_\_. Controladoria Geral da União. **Relatórios n. 201504197**. Avalia a prestação de contas anual apresentada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Disponível em: <http://sistemas.cgu.gov.br/relats/uploads/RA201504197.pdf>. Acesso em 10/05/2016.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Acórdão n. TCU 1660/2011**. Primeira Câmara. Relator: Walton Alencar Rodrigues. Sessão de: 22/03/2011. Disponível em: <https://contas.tcu.gov.br/juris/Web/Juris/ConsultarTextual2/Jurisprudencia.faces?colegiado=PRIMEIRA+CAMARA&numeroAcordao=1660&anoAcordao=2011>. Acesso em 10/05/2016.

COHN, Amélia. **Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde**. Revista Ciência em Saúde Coletiva, 2003; Volume 8, n. 1. Páginas 9 - 18.

GERSCHMAN, Silvia. **Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares**. Cad. Saúde Pública, Vol.20, n.6, Rio de Janeiro Nov./Dec. de 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). **Base de Dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais de 2014**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2014/default.shtm>. Acesso em: 02/02/2016.

LAVALLE, Adrián Gurza. **Participação: Valor, Utilidade, Efeitos e Causa**. In: Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Vol. 7. Org. Roberto Rocha Pires: Ipea, 2011. p. 33-42.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn. **Participação e representação nos conselhos gestores e no orçamento participativo.** Cadernos CRH, vol.21, n.52, Salvador, jan/abr, 2008.

NUNES, Luciana Neves; KLÜCK, Mariza Machado; M, FACHEL, Jandyra Maria Guimarães. **Uso da imputação múltipla de dados faltantes:** uma simulação utilizando dados epidemiológicos. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 25, 2009, p. 268-278.

PINHEIRO, João Ismael, et al. **Estatística básica:** a arte de trabalhar com dados. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2009. 6 p.

PEREIRA, Suziane dos Santos. Modelagem de Equações Estruturais no Software R. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013, p. 28. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/93249/000915169.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10/05/2016.

VAZ, Alexandre Cambraia Nascimento. **Participação Política, efeitos e resultados em políticas públicas: notas crítico-analíticas.** Revista Opinião Pública, Campinas, v.17, n.1, Junho de 2011, p. 163 – 205.

\_\_\_\_\_. **Modelando a participação social:** uma análise da propensão à inserção em Instituições Participativas, a partir de características socioeconômicas e políticas. Revista Brasileira de Ciência Política, Brasília, n. 10, jan./abr. 2013, p. 63 – 106.