saúde EM DEBATE

ARTIGO ORIGINAL

Lacuna informacional sobre auditoria no Relatório Anual de Gestão e no parecer do Conselho de Saúde (2020-2023)

Information gap regarding audit in the Annual Management Report and in the opinion of the Health Council (2020-2023)

Márcia Andrade de Souza[1,2], Liliane Ocalxuk[1,2], Fabiana Maria Nascimento de Figueiredo[1,2]

DOI: 10.1590/2358-28982026E310959P

RESUMO As informações de auditoria no Relatório Anual de Gestão (RAG) são essenciais para a transparência e o monitoramento dos serviços de saúde. Este estudo avaliou a presença e a clareza desses registros nos RAG das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal e nos pareceres dos respectivos Conselhos de Saúde (2020-2023). Foi conduzida análise documental quantitativa: 108 relatórios foram coletados e, após elegibilidade, 27 com auditorias foram examinados quanto às variáveis Status, Recomendações, Encaminhamentos e Análises e Considerações. Predominou o não preenchimento de Status (74,07%), Recomendações (74,07%) e Encaminhamentos (77,78%). Embora Análises e Considerações apresentassem maior preenchimento (81,48%), grande parte consistia em texto padronizado, sem conteúdo informativo. Além disso, 62,96% dos pareceres dos Conselhos não incluíram considerações sobre auditoria. Tais lacunas reduzem transparência, accountability e controle social, dificultando o rastreamento de ações corretivas e a participação dos Conselhos no planejamento em saúde e na avaliação da efetividade das políticas. Fortalecer o registro e a consistência das informações de auditoria é decisivo para aprimorar a governança do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Planejamento em saúde. Gestão em saúde. Prestação de contas financeiras em saúde. Conselhos de saúde.

ABSTRACT *The audit information in the Annual Management Report (AMR) is vital for transparency and for monitoring public health services. This study assessed its presence and clarity in AMRs of Brazilian State Health Secretariats and in the opinions of their Health Councils for 2020-2023. A quantitative documentary analysis retrieved 108 reports; 27 containing audits were evaluated for Status, Recommendations, Follow-up Actions and Analyses & Considerations. Non-completion predominated in Status (74.07%), Recommendations (74.07%) and Follow-up (77.78%). Although Analyses & Considerations were filled in 81.48% of AMRs, much of the content was a standard template devoid of audit details. In council opinions, 62.96% lacked audit remarks. These gaps weaken transparency, accountability and social oversight, hindering the tracking of corrective actions and limiting Council participation in health planning and in the evaluation of policy effectiveness. Strengthening the recording and consistency of audit information is crucial to improving the governance of the Unified Health System.*

KEYWORDS *Health planning. Health management. Financial accountability in health. Health councils.*

[1] Ministério da Saúde (MS), Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DenaSUS) – Brasília (DF), Brasil. *mas.psi1983@gmail.com*

[2] Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Programa de Pós-Graduação em Gestão e Inovação em Saúde (PPgGIS) – Natal (RN), Brasil.

Artigo publicado sob licença aberta CC-BY, com permissão de acesso gratuito, virtual e sem qualquer restrição.

Introdução

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, o planejamento foi elevado à condição de atividade essencial, transversal a todas as esferas de governo. No Sistema Único de Saúde (SUS), ele se converte em dever legal dos gestores, sustentado por dispositivos constitucionais e pelo arcabouço infraconstitucional específico do setor[1-3]. As Leis Orgânicas da Saúde – nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990 – detalham que esse processo deve obedecer a uma lógica ascendente e articulada: começa na identificação das necessidades locais, integra-se às metas estaduais e federais e ancora-se em ações programáticas acompanhadas de previsão orçamentária[4,5].

O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) consolidou o planejamento ao coordenar, de forma contínua e integrada, a atuação dos três entes federativos e fortaleceu os instrumentos de gestão, os quais passaram a nortear e conduzir o processo de tomada de decisão dos gestores do SUS visando à eficiência, à transparência e à gestão participativa[6,7].

Na esfera das atividades de auditoria, o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) é essencial para avaliar o SUS sob diversas perspectivas, destacando-se como instrumento de governança, promovendo melhorias na qualidade dos serviços e avaliando com independência os processos de controle e gestão de riscos[8-10].

As informações da Auditoria no Relatório Anual de Gestão (RAG) evidenciam sua relevância na transparência e demonstram sua função estratégica nos processos de monitoramento e avaliação da execução das ações e serviços públicos de saúde[11]. Ademais, esse conjunto informacional permite ao Conselho de Saúde (CS) fazer análise crítica dos resultados apresentados, oferecendo evidências objetivas para avaliar a efetividade das políticas implementadas[12-14].

Diferentes estudos têm se dedicado a explorar a importância dos instrumentos de gestão para o planejamento no SUS, com enfoque em sua elaboração e respectivas falhas, na utilização, na dificuldade de integração entre os instrumentos e na participação do controle social[15-20]. Entretanto, apesar da importância desses estudos em contextos específicos, suas metodologias não abrangem a análise do item Auditoria, integrante da estrutura mínima do RAG.

Diante disso, a relevância do presente artigo reside no fato de que não há estudos que se propuseram a analisar o preenchimento das informações sobre Auditoria inseridas no RAG e no parecer do CS, as quais se configuram como aspectos de qualificação da gestão, de transparência pública e de controle social. Com o propósito de superar essa limitação, este artigo tem por objetivo apresentar uma análise e comparação do preenchimento dos campos de informações sobre o item Auditoria no RAG, das Secretarias de Saúde dos 26 estados e do Distrito Federal/DF, bem como no parecer emitido pelo CS.

Planejamento governamental e saúde pública no Brasil: da tradição desenvolvimentista às matrizes estratégicas do SUS

O planejamento governamental brasileiro foi fortemente influenciado pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), que difundiu técnicas de programação de investimentos e defendeu a industrialização como estratégia central[21]. No País, isso se traduziu na intensificação da intervenção estatal em setores estratégicos e na adoção do planejamento como instrumento para acelerar a industrialização e promover o desenvolvimento econômico[22].

As diretrizes cepalinas não permaneceram apenas no campo teórico, mas também se materializaram em planos concretos de ação governamental, inspirando o Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1963-1965), liderado por Celso Furtado. O plano buscava conter a inflação, equilibrar

as contas externas e retomar o crescimento ao mesmo tempo que articulava medidas de estabilização com reformas estruturais voltadas à transformação política, social e ao desenvolvimento nacional[23,24].

Com a redemocratização e a promulgação da Constituição Federal de 1988, o planejamento estatal passou a contar com maior institucionalidade, materializada na criação do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), consolidando o modelo de orçamento-programa, promovendo a integração entre planejamento e execução orçamentária e fortalecendo, ao mesmo tempo, os mecanismos de transparência e controle social[1].

Na década de 1990, sob influência das reformas administrativas associadas ao New Public Management (NPM), o planejamento governamental incorporou práticas de caráter gerencial, orientadas pela busca de eficiência, resultados e *accountability*. No Brasil, a abordagem ganhou destaque com as reformas do Estado propostas por Luiz Carlos Bresser-Pereira, que impulsionaram a modernização administrativa do período[25-27].

O cenário pós-NPM caracteriza-se pela transição de uma lógica estritamente gerencial para uma lógica de governança, na qual o Estado assume o papel de articulador de redes e incentivador da participação social. Paralelamente, a transformação digital vem redefinindo a administração pública, ampliando as possibilidades de eficiência e transparência, bem como impondo novos desafios relacionados à inclusão, à equidade e à proteção de direitos[28].

No setor da saúde, uma das primeiras estratégias de planejamento na América Latina foi o método desenvolvido pelo Centro de Desenvolvimento (Cendes), apoiado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que aplicava os fundamentos da Cepal para otimizar recursos e reduzir custos, estabelecendo prioridades com base na relação custo-benefício[3,29]. O método buscava orientar investimentos em programas de menor custo para salvar vidas, configurando um modelo normativo de planejamento que expressava a racionalidade burocrática das estruturas de saúde baseadas em hierarquia, comando e controle[30].

Em substituição ao Cendes/Opas, difundiram-se no Brasil o Planejamento Estratégico Situacional (PES) e diferentes práticas de programação em saúde. O PES evolui do pensamento crítico dos anos 1960 sobre o planejamento econômico, adotando enfoque estratégico e situacional, integrando múltiplos atores e ferramentas operacionais para agir em contextos complexos[30,31]. Ademais, embora privilegiassem a análise dos atores políticos, as matrizes fundadoras e correntes do PES na América Latina tinham como base a concepção marxista das estruturas de classes sociais[31,32].

A incorporação de novas abordagens de planejamento contribuiu para renovar as práticas de gestão em saúde no Brasil, aproximando-as da realidade concreta dos serviços e da participação de diferentes atores sociais. O movimento abriu caminho para a institucionalização de instrumentos normativos e legais que, posteriormente, seriam consolidados no âmbito do SUS, garantindo maior integração entre planejamento, orçamento e controle social[33].

Atualmente, a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/2017 reúne as normas sobre os direitos dos usuários e o funcionamento do SUS. Entre elas, a Portaria GM/MS nº 2.135/2013 estabelece diretrizes para o planejamento participativo, alinhando-o ao orçamento, e o estrutura em três instrumentos: o Plano de Saúde (PS), as Programações Anuais de Saúde (PAS) e o RAG, que compõem um ciclo integrado e colaborativo de gestão[34,35].

O PS, elaborado para o período de quatro anos, é o principal instrumento de planejamento do SUS, baseado na análise das necessidades locais e das peculiaridades de cada gestão, o que torna explícitos os compromissos assumidos pelo governo. A PAS detalha, a cada ano, as metas e recursos definidos no PS, orientando o monitoramento e a avaliação da gestão[3,34]. O RAG, previsto em leis nacionais,

é elaborado anualmente pelos gestores do SUS e analisado pelo CS, que emite parecer conclusivo[5,36]. Serve para prestar contas dos resultados da PAS, com base no PS, permitindo ajustes nos instrumentos de planejamento quando necessário[3].

Para aprimorar o planejamento e a transparência no SUS, o Ministério da Saúde, em 2012, disponibilizou o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS), como repositório de arquivos relacionados ao PS e ao RAG[37]. Em 2019, ele foi substituído pelo DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP), sistema obrigatório no qual se registram as informações e os documentos relativos ao PS e à PAS, além de permitir a elaboração e o envio ao CS do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do RAG[38].

A elaboração do RDQA e do RAG segue padrões com uma composição mínima de itens em sua estrutura, definidos pela Portaria GM/MS nº 1/2017 e pela Resolução CNS nº 459/2012[34,39]. Ambos devem conter o item Auditoria, com informações sobre as ações realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações, conforme o art. 36 da Lei Complementar nº 141/2012[36]. Como parte integrante do RAG, o parecer do CS também traz informações sobre o item Auditoria.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório, de caráter quantitativo, baseado em pesquisa documental. A pesquisa documental utiliza materiais que ainda não receberam tratamento analítico, com fontes variadas e dispersas, escolhidas conforme o objeto de estudo para compreender um fenômeno[40,41].

O ciclo de planejamento do SUS organiza-se em três instrumentos principais: o PS, responsável por definir diretrizes e metas de médio prazo; a PAS, por detalhar ações para cada exercício; e o RAG, por avaliar os resultados alcançados. Os citados instrumentos articulam-se ao planejamento orçamentário federal (PPA, LDO e LOA) consolidando o orçamento-programa e garantindo que as políticas de saúde estejam vinculadas à alocação de recursos[3,34,35]. O RAG assume um papel fundamental, pois, além de avaliar a execução das ações e verificar o cumprimento das metas, funciona como instrumento de prestação de contas à sociedade e ao CS, fortalecendo a transparência, o controle social e a legitimidade da gestão do SUS[36].

Com base nos ciclos de planejamento estadual, fundamentados a partir da lógica de planejamento do SUS, os últimos dois ciclos definidos foram de 2020 a 2023 e de 2024 a 2027. Considerando o período de busca dos RAG, que ocorreu entre novembro de 2023 e junho de 2024, e tendo em vista o período regulamentar para sua disponibilização no DGMP, optou-se por realizar a análise dos RAG do quadriênio de 2020 a 2023[34-36].

Os RAG foram extraídos do DGMP, sistema eletrônico obrigatório para sua elaboração e disponível em sítio de domínio público e livre acesso[38,42]. Após a extração, foram selecionados aqueles com parecer favorável do CS, com posterior análise do preenchimento do item Auditoria nos RAG e nos pareceres. Além disso, foram considerados exclusivamente os casos que envolveram auditorias realizadas por meio do Sistema de Auditoria do SUS (Sisaud-SUS), cujos órgãos demandantes foram áreas técnicas do MS e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS).

Dos campos do item Auditoria no RAG, adotaram-se, como variáveis para análise, as 'Recomendações', os 'Encaminhamentos', o '*Status*' e as 'Análises e Considerações', cuja responsabilidade pelo preenchimento cabe à gestão das Secretarias de Saúde. No parecer, a variável analisada foi o campo 'Considerações', referente ao item Auditoria.

A escolha dessas variáveis fundamenta-se na exigência legal de inclusão no RAG das auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações[36]. Diante disso, as auditorias

realizadas ou em fase de execução correspondem à variável '*Status*', e suas recomendações e determinações correspondem às variáveis 'Recomendações' e 'Encaminhamentos'.

Esclarece-se que, no contexto da auditoria do SUS, a variável '*Status*' sinaliza o estágio da ação – se a auditoria está em execução ou já foi concluída. Essa distinção corresponde às três fases que estruturam o processo no SNA: analítica, operativa e relatório[12].

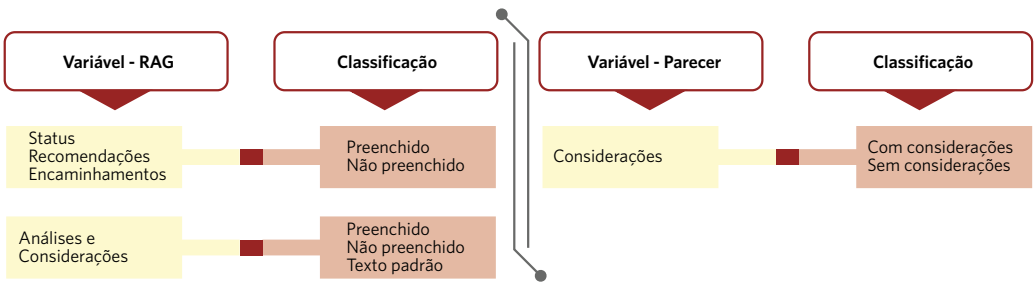
Quando em execução, a auditoria pode estar na fase operativa, período em que são buscadas evidências capazes de embasar a convicção do auditor sobre os fatos observados, podendo haver, ou não, visita à entidade auditada. Alternativamente, a auditoria pode encontrar-se na fase de relatório, iniciando-se com a emissão do Relatório Preliminar, no qual o auditado é notificado a apresentar justificativas em caso de eventuais falhas ou irregularidades. Posteriormente, ainda nessa fase, ocorre a elaboração do Relatório Final, no qual são avaliadas as justificativas apresentadas, são emitidas recomendações e é estabelecida uma conclusão. Nesse estágio, o '*Status*' da ação de auditoria é alterado para realizada[12,13].

No tocante à variável 'Recomendações', refere-se às medidas indicadas ao auditado com o objetivo de promover a conformidade da situação verificada em auditoria aos critérios definidos por leis, normas ou princípios aplicáveis. Trata-se de uma ação propositiva voltada à correção ou mitigação de falhas e irregularidades identificadas. A variável 'Encaminhamentos' diz respeito às ações posteriores ao encerramento da auditoria, incluindo o envio do Relatório Final aos auditados, aos demandantes da ação, ao CS e, quando cabível, aos Ministérios Públicos Federal e Estadual[12,13].

A variável 'Análises e Considerações' corresponde ao registro, pela Secretaria de Saúde, das informações pertinentes a cada item do RAG. Com base nesses registros, cabe aos conselheiros de saúde inserir seus comentários na variável 'Considerações'. Ressalta-se que ambas as variáveis são de preenchimento obrigatório[43,44].

Em uma planilha do Microsoft Excel®, as variáveis relacionadas foram consolidadas e receberam as classificações de 'Preenchido', 'Não preenchido', 'Texto padrão', 'Com considerações' e 'Sem considerações', conforme descrito na *figura 1*. Os resultados das classificações das variáveis foram sistematizados em tabelas em termos de frequência absoluta e relativa.

Figura 1. Variáveis analisadas no RAG e no parecer com suas respectivas classificações



Fonte: elaboração própria.

Resultados

Foram localizados no DGMP os RAG das Secretarias de Saúde dos 26 estados e do DF, bem como os pareceres do CS correspondentes a cada ano do período de 2020 a 2023, totalizando 108 relatórios. Tendo em vista os *status* de apreciação do RAG, verificou-se a existência de 55 RAG (51%) com *status* de Aprovado e Aprovado com ressalvas, e de 53 RAG (49%) com os demais *status* de apreciação.

A *tabela 1* sistematiza o quantitativo de RAG por ano, discriminando-os segundo o *status* de apreciação, a ocorrência de registros de auditoria e a distribuição respectiva entre os estados. Considerando a delimitação analítica estabelecida no estudo, verificou-se que, dos 55 RAG examinados, 27 apresentaram registros de auditoria no quadriênio.

Tabela 1. Distribuição dos RAG a partir do status de apreciação e registro de auditoria

	RAG – *Status* de apreciação						RAG – Registro de Auditoria	
Ano	**AP**	**APR**	**Cons**	**RET**	**Elab**	**NAP**	**Estados**	**Total**
2020	12	8	5	-	-	2	AC, MT, MS, PR, SP, TO e RN	7
2021	10	7	9	-	-	1	AC, PR, SC, SP, ES, TO e PE	7
2022	7	6	12	1	-	1	PR, SP, RJ, ES, TO, PE, RN, CE e MA	9
2023	4	1	21	-	1	-	PR, ES, PB e RN	4
Total	**33**	**22**	**47**	**1**	**1**	**4**		**27**

Fonte: elaboração própria com dados extraídos do DGMP[42].

AP: Aprovado; APR: Aprovado com ressalvas; Cons: Em análise no Conselho de Saúde; RET: Retornado para ajustes; Elab: Em elaboração; NAP: Não aprovado.

Os resultados das análises das variáveis, de acordo com suas respectivas classificações, foram sistematizados em termos de frequência absoluta e relativa, conforme exposto na *tabela 2*. Ademais, realizou-se uma análise contemplando integralmente o período correspondente ao quadriênio (*tabela 3*).

Tabela 2. Frequência por ano das variáveis no RAG e parecer do Conselho de Saúde

		Frequências – RAG											
		2020 (n = 7)			**2021 (n = 7)**			**2022 (n = 9)**			**2023 (n = 4)**		
Variáveis	**Classificação**	n_i	f_i	f_i **(%)**	n_i	f_i	f_i **(%)**	n_i	f_i	f_i **(%)**	n_i	f_i	f_i **(%)**
Status	Preenchido	2	2/7	28,57	2	2/7	28,57	2	2/9	22,22	1	1/4	25,00
	Não preenchido	5	5/7	71,43	5	5/7	71,43	7	7/9	77,78	3	1/3	75,00
Recomendações	Preenchido	2	2/7	28,57	1	1/7	14,29	3	3/9	33,33	1	1/4	25,00
	Não preenchido	5	5/7	71,43	6	6/7	85,71	6	6/9	66,67	3	1/3	75,00
Encaminhamentos	Preenchido	2	2/7	28,57	1	1/7	14,29	2	2/9	22,22	1	1/4	25,00
	Não preenchido	5	5/7	71,43	6	6/7	85,71	7	7/9	77,78	3	1/3	75,00
Análises e considerações	Preenchido	5	5/7	71,43	5	5/7	71,43	8	8/9	88,89	4	4/4	100
	Não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Texto padrão	2	2/7	28,57	2	2/7	28,57	1	1/9	11,11	-	-	-
Considerações	Com consideração	2	2/7	28,57	3	3/7	42,86	3	3/9	33,33	2	2/4	50,00
	Sem consideração	5	5/7	71,43	4	4/7	57,14	6	6/9	66,67	2	2/4	50,00

Fonte: elaboração própria com dados extraídos do DGMP[42].

n_i: Frequência Absoluta; f_i: Frequência Relativa.

Tabela 3. Frequência do quadriênio das variáveis no RAG e parecer do Conselho de Saúde

RAG – 2020 a 2023 (n = 27)

		Frequências		
Variáveis	**Classificação**	n_i	f_i	f_i **(%)**
Status	Preenchido	7	7/27	25,93
	Não preenchido	20	20/27	74,07
Recomendações	Preenchido	7	7/27	25,93
	Não preenchido	20	20/27	74,07
Encaminhamentos	Preenchido	6	6/27	22,22
	Não preenchido	21	21/27	77,78
Análises e considerações	Preenchido	22	22/27	81,48
	Não preenchido	-	-	-
	Texto padrão	5	5/27	18,52

Parecer do Conselho de Saúde – 2020 a 2023 (n = 27)

		Frequências		
Variáveis	**Classificação**	n_i	f_i	f_i **(%)**
Considerações	Com considerações	10	10/27	37,04
	Sem considerações	17	17/27	62,96

Fonte: elaboração própria com dados extraídos do DGMP[42].

n_i: Frequência Absoluta; f_i: Frequência Relativa.

No que se refere à classificação da variável '*Status*', verificou-se que seu não preenchimento predominou ao longo do quadriênio, atingindo 74,07%, com o maior índice registrado em 2022, correspondendo a 77,78%. A mesma tendência foi observada na variável 'Recomendações', cujo percentual de não preenchimento também se manteve em 74,07%, destacando-se o ano de 2021 com a maior taxa, de 85,71%. Quanto à variável 'Encaminhamentos', constatou-se igualmente a predominância do não preenchimento, alcançando 77,78% no quadriênio, sendo 2021 o ano com o percentual mais alto, de 85,71%.

É pertinente salientar que os dados referentes às auditorias podem ser importados do Sisaud-SUS, além da possibilidade de o gestor adicioná-los manualmente no DGMP, na opção Adicionar Auditoria[44]. Quanto à variável '*Status*', observa-se que, ao importar as informações, esse campo permanece sem preenchimento. Entretanto, quando os dados são inseridos manualmente, o preenchimento torna-se obrigatório, exigindo a seleção de um *status*. Dessa forma, o percentual de 25,93% classificado como 'Preenchido' corresponde exclusivamente às auditorias cujas informações foram registradas manualmente no DGMP.

Com relação à variável 'Análises e Considerações', verificou-se que a classificação 'Preenchido' predominou no quadriênio, atingindo 81,48%, com destaque para o ano de 2023, que registrou 100%. O percentual de 18,52% corresponde à classificação 'Texto padrão', originada nos RAG do estado do Paraná, abrangendo os anos de 2020 a 2022; e nos RAG do estado do Acre, nos anos de 2020 e 2021. Assim, diante da obrigatoriedade de preenchimento pela gestão, observou-se alta frequência de registros classificados como 'Preenchido' e 'Texto padrão'. A utilização deste último, apesar de atender formalmente ao requisito, não traz informações concretas sobre auditorias, conforme disposto na legislação.

Para a variável 'Considerações' no parecer, identificou-se a predominância da classificação 'Sem considerações', atingindo 62,96%, com destaque para o ano de 2020, que apresentou o maior percentual, de 71,43%.

Discussão

Accountability e transparência atuam como instrumentos centrais de controle social, pois estreitam a lacuna informacional entre Estado e sociedade, fortalecem a democracia e consagram o acesso à informação como direito fundamental. Quando a cidadania dispõe de dados claros, contribui para formular políticas públicas participativas, elevando a eficiência da gestão e a qualidade dos serviços[45,46].

Paradoxalmente, os resultados do estudo demonstram significativa falha na transparência das informações sobre 'auditorias realizadas ou em execução'. Esse vazio informacional fragiliza o ciclo de *accountability*, ao dificultar o acompanhamento, por parte da sociedade, das auditorias realizadas, de seus achados e das medidas adotadas pelos gestores.

A legislação vigente e os manuais estabelecem, de forma clara, a obrigatoriedade de que o RAG incorpore informações relativas às Auditorias, seja por meio de importação automática a partir do Sisaud-SUS, seja mediante inserção manual no DGMP[36,44]. O manual direcionado aos conselheiros de saúde reforça a norma ao determinar que o campo 'Considerações', presente no parecer conclusivo, apresente observações sobre cada um dos 11 itens do RAG, incluindo o item de Auditoria[43].

Na prática, no entanto, essa normatização não tem surtido efeito. Entre 2020 e 2023, 74,07% dos RAG deixaram em branco o '*Status*' das auditorias, 74,07% omitiram as 'Recomendações' e 77,78% não registraram os 'Encaminhamentos'. No parecer do CS, o campo 'Considerações' ficou vazio em 62,96% dos casos. Os percentuais apresentados evidenciam que, mesmo com a existência de regras bem definidas, essas não têm se mostrado suficientes para assegurar o registro das informações de auditoria.

A participação social, o controle social e a prestação de contas formam um ecossistema que sustenta a transparência na gestão da saúde e eleva o nível do debate público sobre a melhoria dos serviços. Quando as informações divulgadas são claras e tempestivas, os cidadãos e o poder público podem monitorar a execução das políticas e cobrar maior eficiência e qualidade[47].

Os resultados, porém, expõem uma falha significativa nesse fluxo de informação. O campo 'Recomendações', destinado a registrar as medidas propostas pelas auditorias, permaneceu vazio em 74,07% dos registros analisados, atingindo 85,71% em 2021. Essa ausência de informações compromete a *accountability*, ao impedir o acompanhamento, pela sociedade, da implementação das ações corretivas recomendadas pelas auditorias, enfraquecendo tanto o processo de planejamento quanto os mecanismos de controle social do SUS.

O RAG é uma ferramenta fundamental para acompanhar as ações dos gestores e avaliar decisões voltadas ao aprimoramento do SUS. O acesso às informações das prestações de contas e a qualidade dessas informações, decorrentes da aplicação do conceito de transparência, são mecanismos essenciais para o exercício das atribuições dos conselheiros de saúde[47]. Todavia, os resultados deste estudo evidenciam fragilidades no exercício efetivo do controle social, refletidas na elevada incidência de ausência de preenchimento da variável 'Considerações' no item Auditoria dos pareceres analisados. O ano de 2020 sobressai-se como o mais crítico, com 71,43% dos documentos sem observação registrada.

De acordo com os resultados do estudo, para a variável 'Análises e Considerações' e suas respectivas classificações, predominaram o preenchimento do campo em 81,48% dos RAG (n = 22) e a utilização de um 'Texto padrão' em 18,52% (n = 5). Para a variável 'Considerações', verificou-se que há preenchimento em 37,04% dos pareceres (n = 10).

Embora a presente análise não tivesse por objetivo avaliar a qualidade das informações inseridas nas variáveis, dois aspectos merecem destaque. O primeiro é que, com exceção de 'Análises e Considerações', observou-se um predomínio de não preenchimento nas demais variáveis examinadas. O segundo aspecto refere-se à consistência das informações fornecidas nas variáveis que foram preenchidas, tanto no que diz respeito à sua utilidade para que o CS possa deliberar adequadamente quanto à qualidade dos registros feitos pelos conselheiros, os quais refletem o exercício do seu papel como representantes da sociedade.

A partir do cenário apresentado de sistemático preenchimento incompleto de informações essenciais à gestão e ao controle social, cabe ressaltar que a democracia exige que informações públicas sejam completas, claras e divulgadas em tempo hábil. A transparência fortalece a cidadania, permitindo que a população acompanhe, controle e avalie a administração pública de forma ativa[47]. As informações devem transmitir com clareza seu real significado, evitando ambiguidades para quem as divulga e as interpreta, assim como os modelos de reporte, referentes às estruturas, formatos ou padrões utilizados para apresentar informações, que precisam ser estruturados de forma a não permitir brechas que possam ser exploradas de maneira manipulada[48].

O exercício das atribuições do CS – como o controle e o acompanhamento dos atos da gestão, a discussão e definição de estratégias, e a avaliação das decisões tomadas – fica comprometido, ou até inviável, quando não há acesso a informações relevantes sobre os atos e acontecimentos relacionados à gestão. É necessário que a informação prestada seja compreensível, relevante e confiável, a fim de que possa contribuir para a tomada de decisões por parte dos conselheiros[49].

Destaca-se que os relatórios de auditoria do SNA podem subsidiar o CS na avaliação da qualidade e regularidade dos serviços públicos de saúde ofertados à população. Ao identificar inconformidades, esses documentos fortalecem o exercício das funções deliberativas, consultivas e fiscalizadoras, além contribuir

para a formulação de recomendações, a emissão de pareceres fundamentados e o monitoramento das providências adotadas pela gestão[13,14,50–53]. O fato evidenciado neste estudo, de que as informações sobre auditorias não estão disponíveis no RAG, compromete a atuação do controle social.

Desse modo, com o objetivo de fomentar a participação social, espera-se que o RAG tenha estrutura e linguagem compatíveis com o perfil dos conselheiros de saúde, de modo a facilitar a compreensão das informações e permitir que exerçam plenamente a função de controle que a lei lhes atribui[54]. A falta de detalhamento das informações compromete a capacidade dos conselheiros de negociar e de atuar na cogestão da política de forma efetiva, o que pode transformar essa esfera pública deliberativa em um espaço meramente reivindicativo quando deveria ser um local de parada, reflexão e tomada de decisões[55].

Um estudo que analisou todos os itens que compõem os RAG de 2017 de municípios do estado de Santa Catarina evidenciou significativas inadequações em seu preenchimento. Foram identificadas respostas desconexas em relação aos itens avaliados, o que aponta para uma falta de comprometimento com a qualidade das informações fornecidas, indicando que, em muitos casos, o RAG foi elaborado com o propósito exclusivo de atender a exigências formais, comprometendo sua função estratégica no ciclo de planejamento em saúde, na transparência da gestão e na garantia da participação social[15].

No mesmo escopo de análise, estudo realizado em um município do estado de Goiás, abrangendo o período de 2010 a 2012, identificou fragilidades na qualidade informacional e ausência de padronização nos RAG, comprometendo a efetividade dos processos deliberativos. Os resultados referentes à dimensão de relevância indicaram ausência de progresso na produção de informações capazes de subsidiar o processo decisório do controle social. Na dimensão de confiabilidade, observou-se a presença de lacunas informativas, fator que agrava o contexto analisado, uma vez que essa dimensão tem como propósito assegurar uma visão prospectiva das ações governamentais, com transparência e imparcialidade no momento de sua disponibilização à sociedade[56].

De forma análoga, a análise das informações econômico-financeiras constantes nos RAG, dos exercícios de 2007 e 2008, do município de Natal, evidenciou fragilidades com impactos similares no desempenho do CS, comprometendo a efetividade do controle social exercido por essa instância colegiada[57].

Com características semelhantes, um estudo baseado nos RAG de 2003 a 2006, apresentados ao CS pela gestão do DF, revelou restrições quanto à utilidade das informações divulgadas. Observou-se que os dados disponibilizados não atendem adequadamente aos requisitos mínimos de acompanhamento e avaliação das ações e dos resultados da gestão, afetando o exercício das atribuições legais do CS, especialmente no que tange à formulação de estratégias e ao controle da execução das políticas públicas de saúde[49].

Com relação aos pareceres emitidos pelo CS, estudo realizado com base nos emitidos pelos municípios do estado de Mato Grosso do Sul, relativos ao exercício de 2021, destacou ausência de padronização, de elementos técnicos e normativos que contribuam para o monitoramento e a fiscalização das contas públicas da saúde, e insuficiência de informações relevantes, configurando uma atuação enfraquecida no processo de avaliação das políticas públicas em saúde[58].

Do total de 125 pareceres conclusivos relativos aos RAG de 2021, elaborados por municípios do estado de Pernambuco, constatou-se que 73 documentos apresentaram ausência de informações pertinentes à análise, limitando-se, em grande parte, a expressões genéricas, como ‘Sem considerações’, ‘Sem comentários’, ‘De acordo’

ou 'Aprovado'. Tal padrão de respostas aponta para fragilidades na atuação dos CS, comprometendo seu papel avaliativo e deliberativo[59].

Os achados nos pareceres corroboram evidências já discutidas na literatura, que apontam para o enfraquecimento do controle social perante a ausência de participação qualificada e tecnicamente fundamentada dos conselheiros na análise dos instrumentos de planejamento[55,60]. Como desafio para uma participação qualificada, estudos destacam o desconhecimento das atribuições inerentes à função e a carência de processos formativos consistentes, comprometendo a capacidade deliberativa e fiscalizadora dos CS, dificultando sua atuação em contextos normativos complexos e desafiadores[47,54,56,58,59,61,62].

Uma perspectiva adicional sobre os desafios enfrentados no exercício das atribuições dos conselheiros de saúde revela estreita relação com a baixa qualidade das informações disponibilizadas pela gestão nos RAG. Nesta situação, os conselhos requisitam informações adicionais, que, quando fornecidas, são frequentemente genéricas e pouco úteis para análise crítica e tomada de decisão[56,57]. Ademais, mesmo que se admita a realização do controle social, tal exercício revela-se limitado quanto à sua efetividade, uma vez que não se observa, por parte da gestão, compromisso consistente com a apreciação das questões apontadas nos pareceres emitidos pelos CS[47,49].

Por fim, os resultados obtidos neste estudo quanto ao preenchimento do item Auditoria nos RAG e nos pareceres reafirmam evidências identificadas em outros achados que abordaram a estrutura e a função dos instrumentos de gestão. A ausência ou a insuficiência de informações revela um comprometimento precário da gestão com os dispositivos de participação social. Além disso, fragiliza a efetividade das ações de monitoramento e o processo deliberativo relacionado às políticas públicas de saúde, contrariando os princípios fundamentais da transparência e da corresponsabilidade institucional.

Considerações finais

A transparência nas prestações de contas favorece uma boa governança e demonstra o compromisso da administração pública com a integridade, a ética, a democracia e a confiança da sociedade nas instituições públicas. A ausência de informações estratégicas nas prestações de contas evidencia uma postura de baixa responsividade institucional, sugerindo não apenas a fragilidade no comprometimento da gestão com os mecanismos participativos, mas também um preocupante cenário de invisibilidade da atuação dos conselheiros no processo decisório relacionado à formulação e à implementação das políticas públicas de saúde.

Apesar da obrigatoriedade legal da prestação de contas perante o CS, observa-se a existência de obstáculos que comprometem a efetividade desse instrumento como mecanismo de controle social. A qualidade das informações contidas no RAG e o acesso a elas assumem papel central no fortalecimento da atuação do CS, constituindo-se como mecanismos essenciais para o exercício da participação social e a garantia da democratização do poder decisório, ao lado da universalidade e da equidade no SUS.

Como instância deliberativa, compete ao CS desenvolver suas atribuições a partir de um processo decisório pautado em análise crítica, reflexão colegiada, avaliação de opções e responsabilização institucional. Assim, é imprescindível que os dados contidos no RAG subsidiem adequadamente esse processo, especialmente diante das assimetrias técnico-científicas entre os conselheiros e os agentes executivos responsáveis por sua elaboração.

A dinâmica entre representantes e representados constitui um elemento central no âmbito da participação social. Nesse contexto, o parecer do CS assume um papel essencial ao institucionalizar a mediação representativa, atuando como mecanismo formal de registro, publicização e legitimação das ações desenvolvidas em nome dos representados, fortalecendo os princípios da transparência e da *accountability* no processo participativo.

Ademais, considerando o processo de representação política que orienta a atuação do gestor público, o RAG constitui-se como instrumento estratégico na *accountability* institucional, uma vez que as informações constantes desempenham papel relevante na promoção da transparência da gestão em saúde, contribuem para o monitoramento das ações implementadas e evidenciam o comprometimento da administração com a divulgação de informações confiáveis e consistentes.

À luz dos achados do estudo, torna-se oportuno apontar recomendações institucionais voltadas ao aperfeiçoamento da elaboração do RAG, especialmente no que se refere ao item Auditoria. Destaca-se a necessidade de aprimoramento das normas do Ministério da Saúde, com orientações mais claras quanto ao conteúdo mínimo esperado nos campos obrigatórios, bem como o fortalecimento da qualificação continuada dos quadros técnicos das Secretarias de Saúde e dos CS.

Nessa perspectiva, a incorporação formal, pelo Ministério da Saúde, do modelo das Três Linhas[63] no âmbito dos instrumentos de gestão do SUS pode contribuir para maior clareza na distribuição de responsabilidades e no fortalecimento da governança. À primeira linha, constituída pelas áreas gestoras, caberia assegurar o adequado registro das ações de auditoria e dos controles operacionais no PS, na PAS e no RAG; à segunda linha, responsável pelas funções de gestão de riscos, conformidade e controle interno, competiria o acompanhamento sistemático da consistência, completude e alinhamento dessas informações ao ciclo de planejamento; e à terceira linha, representada pela auditoria, a avaliação independente da efetividade dos controles, da qualidade das informações registradas e da aderência às normas vigentes.

A isso, soma-se a importância de aperfeiçoar os sistemas de informação, com a definição de campos obrigatórios acompanhados de parâmetros mínimos de preenchimento, como quantitativo mínimo de caracteres ou a adoção de perguntas objetivas de resposta obrigatória acerca das auditorias realizadas no período, suas recomendações, encaminhamentos e *status*. Como resultado, busca-se induzir o preenchimento completo e consistente dos dados, reforçar o monitoramento por parte dos órgãos de controle e auditoria e, como estratégia, qualificar a prestação de contas, fortalecer a *accountability* e o exercício do controle social no SUS.

Dentre as limitações do presente estudo, ressalta-se a falta de informações que permitam realizar uma análise comparativa dos RAG elaborados pelos estados, bem como dos pareceres emitidos pelos Conselhos Estaduais de Saúde ao longo de diferentes períodos, para além do recorte analisado neste estudo. Observa-se que os achados disponíveis se concentram predominantemente em estudos conduzidos no âmbito municipal. Ademais, a abordagem adotada não permite estabelecer juízo de valor quanto à qualidade das informações apresentadas nos RAG e nos pareceres. Apesar dessas limitações, o estudo contribui para evidenciar a importância de aprimorar a elaboração dos instrumentos de gestão, reconhecendo-os como componentes fundamentais para a qualificação da gestão pública, o reforço da transparência e o fortalecimento do controle social no SUS.

Contribuições de autoria

Souza MA (0009-0006-4086-7858)*, Ocalxuk L (0009-0002-1182-6396)* e Figueiredo FMN (0009-0006-5527-0034)* contribuíram igualmente para elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Presidência da República (BR). Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1988 out 5. Edição 191; Seção 1:1.

2. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas à responsabilidade na gestão fiscal. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2000 maio 5. Edição 85; Seção 1:1.

3. Ministério da Saúde (BR); Fundação Oswaldo Cruz. Manual de planejamento no SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2025 jun 24]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf

4. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 set 20; Edição 182; Seção 1:18055.

5. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990 dez 31; Edição 249; Seção 1:25694.

6. Ministério da Saúde (BR). Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: orientações gerais para a elaboração de instrumentos de planejamento [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2025 jun 24]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf

7. Vicentine FB, Delatorre T, Feltrin AFS, et al. Aspectos da gestão que influenciam o processo de planejamento municipal e regional do Sistema Único de Saúde. Medicina. 2018;51(1):1-11. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v51i1p1-11

8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Vamos conversar sobre auditoria do SUS? [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2025 jun 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vamos_conversar_sobre_auditoria_sus.pdf

9. Ministério da Saúde (BR), Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde, Coordenação-Geral de Promoção do Sistema Nacional de Auditoria. Auditoria interna do Sistema Único de Saúde: conceitos e pressupostos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2025 jun 20]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/denasus/publicacoes/auditoria-interna-do-sistema-unico-de-saude.pdf

10. Medeiros ADA, Rodrigues AM, Deolindo EMO, et al. Fortalecendo a qualidade na auditoria interna para promover a integridade pública: o papel do programa de gestão e melhoria da qualidade do DenaSUS. Rev CGU. 2024;16(30):169-81. DOI: https://doi.org/10.36428/revistadacgu.v16i30.735

11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2025 jun 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf

12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS no contexto do SNA: qualificação do relatório de auditoria [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2025 jun 21]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/auditoria_sus_contexto_sna.pdf

13. Fundação Oswaldo Cruz (BR), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública. Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS: auditoria SUS [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz/Ensp; 2014 [acesso em 2025 jun 21]. Disponível em: https://redescola.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/curso_nacional_de_qualificacao_de_auditorias_e_ouvidorias_do_sus_-_auditoria.pdf

14. Melo MB, Vaitsman J. Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde. São Paulo Perspect. 2008;22(1):152-64.

15. Fuginami CN, Colussi CF, Ortiga AMB. Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. Saúde Debate. 2020;44(126):857-70. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012620

16. Vieira LA, Carvalho FFB. Planejamento no SUS: a agenda das Práticas Corporais e Atividades Físicas de 2004 a 2023. Saúde Debate. 2024;48(141):1-16. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-289820241418865P

17. Carmo A, Souza L, Santos E, et al. Construção do Plano Municipal de Saúde na perspectiva distrital: experiências e desafios no contexto pandêmico. Saúde Debate. 2023;46(135):1249-58. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202213521

18. Cavalcante AA, Magdalena PC, Moriguchi CS. Instrumentos de gestão na pauta do Conselho de Saúde. Saúde Soc. 2023;32(1):1-14. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210866pt

19. Saliba NA, Garbin CAS, Gonçalves PE, et al. Plano municipal de saúde: análise do instrumento de gestão. Biosci J. 2013;29(1):224–230.

20. Pinafo EG, Carvalho B, Nunes EFPA, et al. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. Espaço Saúde. 2016;17(1):130-7. DOI: https://doi.org/10.5433/1517-7130.2016v17n1p130

21. Rezende F. Planejamento no Brasil: auge, declínio e caminhos para a reconstrução [Internet]. In: Cardoso Jr JC, organizador. A reinvenção do planejamento governamental no Brasil. Brasília, DF: Ipea; 2011 [acesso em 2025 jul 18]. p. 178-239. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/8b0e3f66-56b3-463c-99f4-5481f042b9b9/content

22. Almeida PR. A experiência brasileira em planejamento econômico: uma síntese histórica [Internet]. In: James Giacomoni J, Pagnussat JL, organizadores. Planejamento e orçamento governamental. Brasília, DF: ENAP; 2006 [acesso em 2025 jul 18]. p. 193-228. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/807

23. Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento. Cadernos do Desenvolvimento [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: Centro Internacional Celso Furtado; 2011 [acesso em 2025 jul 21];58-63. Disponível em: https://www.centrocelsofurtado.org.br/arquivos/image/201109221441340.CD8_0.pdf

24. Bastian EF. O PAEG e o plano trienal: uma análise comparativa de suas políticas de estabilização de curto prazo. Estud Econ. 2013;43(1):139-66. DOI: https://doi.org/10.1590/S0101-41612013000100006

25. Bresser-Pereira LC. Estratégia e estrutura para um novo Estado. Rev do Serv Público. 2014;48(1):5-25. DOI: https://doi.org/10.21874/rsp.v48i1.375

26. Ormond D, Löffler E. A nova gerência pública. Rev do Serv Público. 2014;50(2):66-96. DOI: https://doi.org/10.21874/rsp.v50i2.347

27. Brulon V, Ohayon P, Rosenberg G. A reforma gerencial brasileira em questão: contribuições para um projeto em construção. Rev do Serv Público. 2014;63(3):265-284. DOI: https://doi.org/10.21874/rsp.v63i3.99

28. Cavalcante P. Gestão Pública Contemporânea: do movimento gerencialista ao pós-NPM [Internet]. Brasília, DF: Ipea; [data desconhecida] [acesso em 2025 dez 15]. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/1da9e5e9-e85e-4332-9379-21330ea966ab/content

29. Teixeira CF. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde [Internet]. In: Teixeira C, organizadora. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador, BA: EDUFBA; 2010 [acesso em 2025 dez 15]. p. 18-33. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf

30. Giovanella L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. Cad Saúde Pública. 1991;7(1):26-44. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000100004

31. Silva AK, Sousa JP, Rodrigues W, et al. Planejamento Estratégico Situacional – PES: uma análise bibliométrica da produção científica brasileira. Rev do Serv Público. 2017;68(2):365-88. DOI: https://doi.org/10.21874/rsp.v68i2.1269

32. Rocha JSY. Análise crítica dos modelos de planejamento em saúde na américa-latina. Educ Med Salud. 1992;26(2):206-24.

33. Malta DC, Santos FP. Planejamento estratégico em saúde no Brasil: ascensão e desprestígio. Ver Min Enferm. 2025;29:e-1570. DOI: https://doi.org/10.35699/2316-9389.2024.49473

34. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 out 3; Edição 190; Seção 1:348.

35. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 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, Brasília, DF. 2013 set 26; Edição 187; Seção 1:70.

36. Presidência da República (BR). 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 nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 jan 16; Edição 11; Seção 1:1.

37. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 575, de 29 de março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 mar 30; Edição 62; Seção 1:96.

38. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento – DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 maio 6; Edição 82; Seção 1:88.

39. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 459, de 10 de outubro de 2012. Aprova o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012, na forma do Anexo I desta resolução. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 dez 21; Edição 197; Seção 1:72.

40. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2008.

41. Kripka RML, Scheller M, Bonotto DL. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. Rev Investig UNAD. 2015;14(2):55-73.

42. DigiSUS – Módulo Planejamento [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; [data desconhecida]. Acesso Público – Downloads de documentos; [data desconhecida] [acesso em 2025 dez 15]. Disponível em: https://digisusgmp.saude.gov.br/v1.5/transparencia/downloads

43. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. Manual do usuário para conselheiros de saúde: DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2025 jun 21]. Disponível em: https://digisusgmp.saude.gov.br/informacao/noticia/manual-do-usuario-para-conselheiros

44. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa. DigiSUS gestor: módulo planejamento: manual do usuário [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [acesso em 2025 jun 21]. Disponível em: https://digisusgmp.saude.gov.br/informacao/noticia/manual-do-usuario-2025

45. Martins JLS. Análise de conteúdo das informações publicizadas na saúde pública: prestação de contas (accountability), transparência e fiscalização. RAGC. 2024;14;61-78.

46. Gama JR, Rodrigues GM. Transparência e acesso à informação: um estudo da demanda por informações contábeis nas universidades federais brasileiras. TransInformação. 2016;28(1):47-57. DOI: https://doi.org/10.1590/2318-08892016002800004

47. Borges TJG, Gonçalves RS, Gonçalves AO. Atribuições de conselheiros de saúde no Brasil e informações dos relatórios de prestação de contas. Esp Públ. 2018;21(52):25-43.

48. Renovato FLS, Moura MM, Corrêa AS, et al. Transparência de Gastos Públicos em Saúde: Uma Revisão Sistemática frente à Pandemia da COVID-19. Rev Psic. 2023;17(68):332-50. DOI: https://doi.org/10.14295/idonline.v17i68.3809

49. Andrea OG, Lustosa PRB, Gonçalves RS, et al. Da secretaria de saúde ao conselho: análise de relatórios de prestação de contas com base nas características qualitativas da informação contábil. Rev Contab Organ. 2010;4(8):92-111. DOI: https://doi.org/10.11606/rco.v4i8.34760

50. Ministério da Saúde (BR). Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2025 jun 21]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf

51. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Para entender o controle social na saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2025 jun 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf

52. Azevedo GA, Gonçalves NS, Santos DC. A relação entre a auditoria e o sistema público em saúde. Rev Adm Saúde. 2018;18(70):1-19. DOI: http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.91

53. Nascimento JRRH. Auditoria como principal ferramenta de gestão que assegura a qualidade da assistência em saúde. Braz J Biol Sci. 2025;12(26):1-14. DOI: https://doi.org/10.21472/bjbs.v12n26-015

54. Gonçalves AO, Bilhim JAF, Rezende RB, et al. Prestação de contas e controle social: como o processo funciona. Rev Cont Org. 2021;15:e166382:1-13. DOI: https://doi.org/10.11606/issn.1982-6486.rco.2021.166382

55. Santos CL, Santos PM, Pessali HF, et al. Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. Ciênc saúde coletiva. 2020;25(11):4389-99. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00042019

56. Rezende RB, Gonçalves RS. Processo de prestação de contas e controle social por meio de pesquisa participante: uma análise do Conselho Municipal de Saúde de Anápolis/GO [Internet]. In: 14º Congresso USP de Controladoria e Contabilidade; 2014 jul 21-23; São Paulo. São Paulo: USP; 2014 [acesso em 2025 jun 10]. Disponível em: https://congressousp.fipecafi.org/anais/artigos142014/306.pdf

57. Gonçalves AO, Gonçalves RS, Tavares AL. O Olhar dos Conselheiros de Saúde Sobre os Relatórios de Prestação de Contas no Município de Natal (Rio Grande

do Norte), Brasil. Saúde Soc. 2011;20(3):659-72. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300012

58. Souza HO, Arruda AGS. Controle Social na Saúde: uma proposta de requisitos mínimos para os pareceres dos conselhos municipais de saúde. Perspect Políticas Públ. 2025;18(35):221-43. DOI: https://doi.org/10.36704/ppp.v18i35.8754

59. Amorim GO, Paz AM, Pires CL, et al. Relatório anual de gestão: o que revelam os pareceres de conselhos municipais de saúde pernambucanos? Rev Gest Saúde. 2023;14(2):102-15. DOI: https://doi.org/10.26512/rgs.v14i2.47420

60. Landerdhal MC, Unfer B, Braun K, et al. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? Ciênc saúde coletiva. 2010;15(5):2431-6. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500017

61. Gomes JFF, Orfão NH. Controle social na gestão do SUS: aspectos estruturais, organizativos e estratégicos. Res Soc Develop. 2022;11(3):1-13. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26843

62. Gomes JFF, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saúde Debate. 2021;45(131):1199-213. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118

63. Institute of Internal Auditors. The three lines model: An update of the three lines of defense [Internet]. Altamonte Springs: IIA; 2020 [acesso em 2025 dez 15]. Disponível em: https://www.theiia.org/globalassets/documents/about-us/about-internal-audit/three-lines-odel-updated.pdf

Recebido em 07/08/2025
Aprovado em 14/01/2026
Conflito de interesses: inexistente
Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito
Suporte financeiro: não houve

Editor responsável: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com