

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONTABILIDADE**

SERGIO MOACIR FABRIZ

**A INFLUÊNCIA DO CONTROLE SOCIAL PARA A GOVERNANÇA
ELETRÔNICA: UM ESTUDO NOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE
DO ESTADO DO PARANÁ**

**CASCADEL
2017**

SERGIO MOACIR FABRIZ

**A INFLUÊNCIA DO CONTROLE SOCIAL PARA A GOVERNANÇA
ELETRÔNICA: UM ESTUDO NOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE
DO ESTADO DO PARANÁ**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CONTABILIDADE (PPGC) DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE **MESTRE**
EM CONTABILIDADE.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CONTROLADORIA

ORIENTADOR: PROF. DR. GILMAR RIBEIRO DE MELLO

Cascavel
2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Sistema de Bibliotecas – UNIOESTE – Campus Cascavel)

F122i Fabriz, Sérgio Moacir.
A influência do controle social para a governança eletrônica: um estudo nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná / Sérgio Moacir Fabriz. --- Cascavel: UNIOESTE, 2017.
136f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Gilmar Ribeiro de Mello

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, 2017.
Programa de Pós-Graduação em Contabilidade.
Inclui Bibliografia

1. Internet na administração pública. 2. Consórcios – Municípios. 3. Saúde – Paraná. 4. Controladoria. 5. Controle social. I. Mello, Gilmar Ribeiro de. II. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. III. Título.

CDD 20.ed. 657.48



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Cascavel CNPJ 78680337/0002-65
Rua Universitária, 2069 - Jardim Universitário - Cx. P. 000711 - CEP 85819-110
Fone:(45) 3220-3000 - Fax:(45) 3324-4566 - Cascavel - Paraná



PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

SÉRGIO MOACIR FABRIZ

A INFLUÊNCIA DO CONTROLE SOCIAL PARA A GOVERNANÇA ELETRÔNICA: UM ESTUDO NOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Contabilidade em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestre em Contabilidade, área de concentração Controladoria, linha de pesquisa Contabilidade Financeira e Finanças, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a) - Gilmar Ribeiro de Mello

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Francisco Beltrão (UNIOESTE)

Lirane Elize Defante Ferreto de Almeida

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Francisco Beltrão (UNIOESTE)

Maria Alejandra Nicolás

Universidade Federal da Integração Latino-Americana (Unila)

Cascavel, 5 de julho de 2017

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os conselheiros municipais de saúde, que trabalham voluntariamente por um sistema de saúde melhor para toda a nação, e aos consórcios intermunicipais de saúde, que oferecem seus serviços à população brasileira.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me guiou durante toda a minha vida, concedendo sabedoria e força para alcançar meus objetivos.

Agradeço em especial a minha amada esposa, Luciana Aparecida Fabriz, e meu filho, Giovani Fabriz, pelo amor, carinho, apoio e compreensão durante a trajetória deste mestrado e em todos os momentos da minha vida.

Agradeço a meus pais, Alcides Hugo Fabriz (*in memoriam*) e Laura Leonilda Fabriz, que me adotaram como filho legítimo, os quais me ensinaram a importância de uma família e dos estudos.

Agradeço a minha sogra, Lucia Marineis Ranghetti, que me acolheu em sua casa, com todo amor e carinho durante a realização do mestrado.

Agradeço a meu irmão, irmã, cunhados e cunhadas, pela força e compreensão nos momentos de ausência nestes dois anos.

Agradeço a Professora Dra. Renata Camacho Bezerra, pelo incentivo e a liberação para realizar este mestrado, e ao Professor Dr. Fernando José Martins, que me apoiou e contribuiu com sua experiência acadêmica nessa trajetória.

Agradeço a Elisangela Borges de Oliveira, Graziela Boreck Rosa, Juliana Fenner Ruas Lucas, colegas da Secretaria Financeira da Unioeste, que trabalharam muito durante a minha ausência, permitindo a minha liberação para a realização dos estudos.

Agradeço especialmente ao meu Orientador, professor Dr. Gilmar Ribeiro de Mello, pelas orientações, ensinamentos e a relevante contribuição neste trabalho, juntamente com as professoras Dra. Silvana Anita Walter, Dra. Lirane Elize Defante Ferreto de Almeida e Dra. Maria Alejandra Nicolas, que participaram das bancas de qualificação e defesa.

Agradeço a minha amiga, professora Dra. Maridelma Laperuta Martins, pela contribuição na revisão desta dissertação.

Durante os momentos mais difíceis do mestrado, o trabalho em equipe foi fundamental, por isso, não posso deixar de agradecer ao Roberto Francisco de Souza e a Leila Aparecida Scherer Weiss, amigos especiais que sempre me ajudaram nos artigos e trabalhos.

Agradeço aos meus colegas do mestrado pela amizade, convivência, brincadeiras e o aprendizado em equipe, os quais foram importantes para o desenvolvimento do ensino e da aprendizagem.

Por fim, agradeço todos os docentes do Programa de Mestrado em Contabilidade da Unioeste, pelos ensinamentos e dedicação, durante as disciplinas e na elaboração dos artigos aprovados em eventos e revistas científicas.

RESUMO

O Brasil, com intenção de ampliar os atendimentos do Sistema Único de Saúde nas especialidades médicas, descentralizou os atendimentos por meio da instituição dos consórcios intermunicipais de saúde, os quais enfrentam diversas dificuldades como a alta demanda, escassez de recursos públicos, falta de transparência e participação cidadã. Para ampliar a participação popular no acompanhamento dos gastos públicos, o governo criou e implementou as Leis de Transparência e a Lei da Informação, que exigiram a divulgação das demonstrações financeiras e dos atos da administração por meio da internet. O presente trabalho teve como objetivo verificar a participação e influência do controle social na governança eletrônica dos consórcios intermunicipais de saúde do Estado do Paraná, que parte da seguinte questão de pesquisa: qual a influência do controle social para a governança eletrônica dos consórcios intermunicipais de saúde do Paraná? Para responder essa questão, foi identificado o nível de governança eletrônica dos consórcios, por meio do Índice de Governança Eletrônica dos Consórcios Intermunicipais – IGECI – e a percepção dos conselhos municipais de saúde quanto à forma e ao nível de divulgação das informações contidas nos websites das entidades. Quanto aos procedimentos metodológicos, o estudo foi dividido em quatro etapas: primeiro elaborou-se o levantamento bibliográfico sobre a governança eletrônica, tecnologias de informação e comunicação, transparência, evidenciação contábil, consórcios intermunicipais de saúde e o controle social; na segunda etapa, foi realizada a identificação do índice de governança eletrônica a partir web sites dos consórcios; na terceira etapa, foi verificada a influência dos conselhos municipais de saúde na variação das práticas de governança eletrônica implantada pelos consórcios. Constatou-se, no estudo, após a aplicação do IGECI que os consórcios CISAMUSEP, CISMENPAR, CISCOPAR, CISCENOP e CISI obtiveram a melhor pontuação e o controle social foi considerado um órgão democrático, participativo e que necessita de capacitação para seus conselheiros. O resultado da regressão demonstrou que a participação do conselheiro e o acompanhamento e fiscalização dos conselheiros influenciam nos índices de governança eletrônica dos consórcios intermunicipais de saúde. Conclui-se que os consórcios podem evoluir suas práticas de governança eletrônica a partir da influência dos conselhos municipais de saúde.

Palavras-chaves: Governança Eletrônica; Consórcios Intermunicipais de Saúde; Controladoria; Controle Social; Conselhos Municipais de Saúde.

THE INFLUENCE OF SOCIAL CONTROL ON ELECTRONIC GOVERNANCE: A STUDY WITH THE INTERMUNICIPAL HEALTH CONSORTIA OF THE STATE OF PARANÁ

ABSTRACT

Brazil, in an attempt to broaden the coverage of the Unified Health System (SUS) in medical specialties, has decentralized the care through Intermunicipal Consortia of Health, which face several challenges, such as high demand, few public resources, lack of transparency, and citizens' participation. To enhance popular participation in the overseeing of public budget, the government has created and implemented both the Transparency Law and the Information Law, which demand the publicizing of Financial and Administrative Acts through the Internet. The present research had as main goal to verify the participation and the influence of social control on the electronic governance on the Intermunicipal Consortia of Health in the state of Paraná, Brazil, starting from the question: what is the influence of social control on the electronic governance of the intermunicipal consortia of health in the state of Paraná, Brazil? To answer such question, the level of electronic governance in the Consortia was assessed using the Electronic Governance Index for Intermunicipal Consortia (Índice de Governança Eletrônica dos Consórcios Intermunicipais – ICECI), and the perception of Municipal Health Councils regarding the form and the level of information made available on these institutions' webpages. Regarding the methodology, this study has been divided in four steps: firstly, bibliographical data was assessed on electronic governance, information and communication technology, transparency, financial disclosure, Intermunicipal Consortia of Health and social control; secondly, the identification of the Electronic Governance Index was carried out, using the Consortia's webpages; thirdly, the influence of Municipal Health Councils was verified in the variation of electronic governance practices implemented by the Intermunicipal Consortia. It was found, through this study, after the application of the IGECI that the consortia CISAMUSEP, CISMENPAR, CISCOPAR, CISCENOP, and CISI achieved the highest scores, and social control was considered a democratic and participative body, which needs capacitation programs for its counselors. The results of the regression demonstrated that the participation of the counselor and the overseeing of the counselors influence on the electronic governance indexes of the Intermunicipal Consortia of Health. It was understood that the Consortia can evolve their practices of electronic governance through the influence of Municipal Health Councils.

Key words: Electronic Governance; Intermunicipal Consortia of Health; Controllorship; Social Control; Municipal Health Councils.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Estrutura da dissertação	23
Figura 2. Diagrama do Estado e o terceiro setor	25
Figura 3. Áreas ou dimensões da governança eletrônica.....	27
Figura 4. Estrutura das práticas de governança eletrônica dos consórcios.....	38
Figura 5. Trajetória da Teoria da Agência.....	46
Figura 6. Linha do tempo da teoria da escolha pública.	50
Figura 7. Linha do tempo da teoria dos custos de transação.	52
Figura 8. Resumo metodológico.....	58
Figura 9. Localização dos Consórcios.....	59
Figura 10. Natureza jurídica dos consórcios.	60
Figura 11. Categoria de representação dos respondentes	79
Figura 12. Acesso à internet.	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Principais vantagens dos consórcios.....	31
Quadro 2. Principais problemas, desvantagens e dificuldade dos CIS.....	31
Quadro 3. Atributos dos conselhos de saúde.....	34
Quadro 4. Problemas e dificuldades dos conselhos de Saúde.....	34
Quadro 5. Práticas de conteúdo.....	39
Quadro 6. Práticas de serviços.....	40
Quadro 7. Práticas de participação cidadã.....	41
Quadro 8. Práticas de privacidade e segurança.....	43
Quadro 9. Práticas de usabilidade e acessibilidade.....	44
Quadro 10. Principais estudos sobre a governança eletrônica.....	55
Quadro 11. Amostra dos consórcios intermunicipais de saúde do Estado do Paraná.....	61
Quadro 12. Consórcios excluídos da análise.....	62
Quadro 13. Constructo da pesquisa sobre o controle social.....	64
Quadro 14. Escala de referência.....	65
Quadro 15. Resumo das variáveis e respectivas escalas.....	65
Quadro 16. Questionário referente a participação do conselho.....	68
Quadro 17. Questionário referente a participação dos conselheiros.....	69
Quadro 18. Questionário referente a fiscalização e acompanhamento do conselho.....	69
Quadro 19. Questionário referente a fiscalização e acompanhamentos dos conselheiros.....	70
Quadro 20. Variáveis independentes do modelo de regressão.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Atuação dos consórcios	60
Tabela 2. Exclusão dos conselhos.	63
Tabela 3. Número de respondentes	63
Tabela 4. Procedimentos para elaboração do IGECI.....	66
Tabela 5. Análise descritiva dos conselhos municipais de saúde.....	71
Tabela 6. Análise de confiabilidade (Alfa de Cronbach)	72
Tabela 7. Índice de governança eletrônica dos consórcios intermunicipais de saúde.....	75
Tabela 8. Idade e gênero dos conselheiros	78
Tabela 9. Escolaridade e renda dos conselheiros	78
Tabela 10. Estatística descritiva do grupo " <i>Pconselho</i> "	80
Tabela 11. Estatística descritiva do grupo " <i>Pconselheiro</i> ".....	81
Tabela 12. Estatística descritiva do grupo " <i>AFconselho</i> "	82
Tabela 13. Estatística descritiva do grupo " <i>AFconselheiro</i> "	84
Tabela 14. Anova do grupo participação do conselho.....	85
Tabela 15. Coeficientes do grupo participação do conselho	85
Tabela 16. Anova do grupo participação do conselheiro	86
Tabela 17. Coeficientes do grupo participação do conselheiro	86
Tabela 18. Poder explicativo do modelo de regressão do grupo participação do conselheiro .	87
Tabela 19. Anova das variáveis ajustadas grupo participação do conselheiro.....	87
Tabela 20. Coeficientes ajustados do grupo participação do conselheiro	88
Tabela 21. Pressupostos da Regressão <i>Pconselheiro</i>	89
Tabela 22. Anova do grupo acompanhamento e fiscalização do conselho	90
Tabela 23. Coeficientes do grupo acompanhamento e fiscalização do conselho.....	90
Tabela 24. Anova do grupo acompanhamento e fiscalização do conselheiro	91
Tabela 25. Coeficientes do grupo acompanhamento e fiscalização do conselheiro.....	91
Tabela 26. Resumo do modelo de regressão do grupo acompanhamento e fiscalização do conselheiro.....	92
Tabela 27. Anova do grupo acompanhamento e fiscalização do conselheiro	92
Tabela 28. Coeficientes ajustado grupo acompanhamento e fiscalização dos conselheiros	92
Tabela 29. Pressupostos da regressão acompanhamento e fiscalização dos conselheiros	93
Tabela 30. Anova da média dos grupos.....	94

Tabela 31. Coeficientes da média dos grupos	95
Tabela 32. Resumo do modelo ajustado das médias dos grupos.....	95
Tabela 33. Resumo da Anova ajustado das médias dos grupos	95
Tabela 34. Coeficientes das variáveis ajustadas da média dos grupos.....	96
Tabela 35. Pressupostos da regressão da média dos grupos.....	97

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA.....	17
1.1.1	Questão de Pesquisa	19
1.2	OBJETIVOS	19
1.2.1	Geral	19
1.2.2	Específicos	20
1.3	DELIMITAÇÃO PARA O ESTUDO.....	20
1.4	JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO	20
1.5	ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	22
2	BASE TEÓRICA	24
2.1	GOVERNANÇA PÚBLICA.....	24
2.2	GOVERNANÇA ELETRÔNICA.....	26
2.3	CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL	29
2.3.1	Os Consórcios intermunicipais de saúde	29
2.3.2	O controle social	32
2.4	CONTROLADORIA	37
2.5	PRÁTICAS GOVERNANÇA ELETRÔNICA	38
2.5.1	Práticas de conteúdo	38
2.5.2	Práticas de serviços.....	39
2.5.3	Práticas de participação cidadã.....	41
2.5.4	Práticas de privacidade e segurança	42
2.5.5	Práticas de usabilidade e acessibilidade	43
2.6	TEORIA DE BASE	45
2.6.1	Antecedentes da teoria da agência.....	45
2.6.2	Teoria da agência.....	46
2.6.3	Antecedentes da teoria da escolha pública	49

2.6.4	Teoria da Escolha Pública	50
2.6.5	Antecedentes da teoria dos custos de transação	51
2.6.6	Teoria dos custos de transação	52
2.7	MODELO TÉORICO E FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES ORIENTADORAS	54
3	MÉTODO E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....	57
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	57
3.2	UNIDADE DE ANÁLISE, POPULAÇÃO E AMOSTRA	59
3.2.1	População e amostra dos consórcios.....	59
3.2.2	População e amostra dos conselhos	62
3.3	CONSTRUCTO DA PESQUISA	63
3.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	64
3.4.1	Coleta de dados dos consórcios	64
3.4.2	Coleta de dados dos conselhos municipais de saúde	67
3.4.3	Controle social	73
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	74
4.1	PRÁTICAS DE GOVERNANÇA DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE.....	74
4.2	ANÁLISE DO IGECI	74
4.3	ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DOS CONSELHOS NA GOVERNANÇA ELETRÔNICA.....	77
4.3.1	Perfil dos conselheiros	78
4.3.2	Participação dos conselhos	80
4.3.3	Participação dos conselheiros	81
4.3.4	Acompanhamento e fiscalização dos conselhos	82
4.3.5	Acompanhamento e fiscalização dos conselheiros.....	83
4.3.6	Regressão do grupo participação do conselho.....	85
4.3.7	Regressão do grupo participação do conselheiro.....	86
4.3.8	Regressão do grupo acompanhamento e fiscalização do conselho.....	89

4.3.9	Regressão do grupo participação do acompanhamento e fiscalização do conselheiro	90
4.3.10	Regressão pela média dos grupos	94
5	CONCLUSÃO	98
	REFERÊNCIAS	102
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA DO CONTROLE SOCIAL	111
	APÊNDICE B – PRÁTICAS DE GOVERNANÇA ELETRÔNICA DOS CIS	114
	APÊNDICE C – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS CONSELHOS	129
	APÊNDICE D – ANÁLISE DE CONFIABILIDADE DOS CONSELHOS	130
	APÊNDICE F - ANÁLISE DE CONFIABILIDADE POR CONSELHO	135
	APÊNDICE G – DADOS COLETADOS DOS SITES DOS CIS	136

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal, a Lei Orgânica nº 8080/90 e a Lei nº 8.142/90, que têm como objetivo garantir a obrigatoriedade de oferecer saúde ao cidadão, a participação da comunidade na gestão da saúde e a regulamentação das transferências financeiras governamentais, foram fundamentais para a implementação do sistema único de saúde (Lei n. 8.142, 1990).

Apesar do avanço dessas leis que asseguram e orientam como promover a saúde e quais as formas de participação da comunidade pelo Sistema Único de Saúde – SUS, Sant’ana & Constantino (2009) descrevem a fragilidade nos mecanismos de atendimentos das instituições, a escassez de recursos, a necessidade de definição das responsabilidades que prejudicam os serviços. Entretanto, com a consciência desse direito, a população começou a exigir do governo essa garantia constitucional e isso tem gerado diversas discussões sobre o tema buscando a gestão e a inovação do sistema.

Nesse sentido, surgem os primeiros consórcios intermunicipais de saúde, que foram criados a partir de 1986, contribuindo para a elaboração da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe, dentre outros, sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde; e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Com isso, normatizou-se o funcionamento dos consórcios (J. M. Ribeiro & Costa, 2000, Lei n. 8.142, 1990)

Após a regulamentação, os consórcios intermunicipais de saúde foram amplamente difundidos no Brasil, com a finalidade de oferecer serviços médicos especializados de maior complexidade aos usuários do SUS, por meio de parcerias entre os municípios. Os consórcios intermunicipais de saúde, na sua maioria, são de caráter privado e gerenciam os recursos públicos através de quotas específicas de cada município (J. M. Ribeiro & Costa, 2000).

Para melhor acompanhar e gerir os recursos, a contabilidade possui a área de controladoria, como um instrumento de governança para reduzir a assimetria informacional e os conflitos de agência, por meio de informações que avaliem a entidade, tendo como pilar a transparência e a *accountability* (Cavalcante & Luca, 2013).

Na década de 80, o governo e a sociedade buscaram uma nova forma de comunicação, um espaço para analisar, discutir e gerir as políticas de saúde, conseguindo a implantação dos conselhos municipais de saúde no âmbito federal, estadual e municipal como uma forma de controle social. Essas mudanças ocasionaram uma vinculação maior entre o Estado e a

sociedade, democratizando o acesso, aumentando a transparência e participação cidadã, diminuindo as formas autoritárias e tradicionais de governar (Silva, Cruz, & Melo, 2007).

O governo brasileiro também aprovou algumas legislações sobre a transparência e controle das instituições públicas. Nesse sentido, a Lei complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, implementou as normas de finanças públicas voltadas à gestão fiscal e, no seu artigo 48, estabeleceu os instrumentos de transparência na gestão fiscal, com a ampla divulgação inclusive por meios eletrônicos. Em 2009, por meio da Lei nº 131 de 27 de maio, acrescentou alguns dispositivos à Lei complementar nº 101/2000, no que tange à liberação ampla de informações à sociedade, em tempo real, em meios eletrônicos. No de ano 2011, surgiu a Lei de informação nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, a qual regulamentou o acesso da informação e os procedimentos a serem observados pelos órgãos da União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

A evolução da internet, a globalização e as tecnologias de informação e comunicação contribuíram para uma gestão pública mais eficiente e democrática, oportunizando um papel fundamental para os novos estilos de governança eletrônica, com acessos rápidos e fáceis (Guimarães & Medeiros, 2005).

O estudo de governança eletrônica no Brasil iniciou-se a partir dos anos 2000, fundamentalmente com o avanço da internet, que, além de permitir o acesso aos serviços, permite a que sociedade participe das decisões e efetue o controle das ações do governo (Mello & Slomski, 2010).

Nesse sentido, Mello (2009) elaborou uma plataforma teórica para identificar as práticas de governança eletrônica, apresentando índices de mensuração e monitoramento do desenvolvimento de governança eletrônica dos Estados Brasileiros e do Distrito Federal, o qual será adaptado para aplicação nos consórcios intermunicipais de saúde do Estado do Paraná.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A formulação do problema precisa ser uma das primeiras atividades do pesquisador, o qual recebe influência do seu meio cultural, social e econômico, que, por sua vez, precisa conduzir a uma investigação e busca por respostas (Gil, 2012). O problema de pesquisa é uma tarefa difícil de ser identificado, mas pode originar-se de várias fontes como: experiência do

pesquisador, debates de literatura, debates políticos e, geralmente, os pesquisadores anunciam o problema e justificam a necessidade de estudá-lo (Creswell, 2010).

O principal problema dos consórcios é a alta demanda pelo atendimento das especialidades médicas e exames, associado à escassez de recursos financeiros, principalmente nos pequenos municípios e, ainda, o baixo nível de transparência, dificultando a participação cidadã (Ribeiro & Costa, 2000; Nicoletto, Cordoni Jr., & Costa, 2005; Constantino & Sant'ana, 2009). Segundo Freitas e Oliveira (2015), os consórcios possuem problemas quanto aos conflitos entre associados e mau gerenciamento.

Para diminuir os problemas com a transparência e a participação cidadã, surge a internet como forma de aproximar o governo e a sociedade. Segundo o Comitê Gestor da Internet no Brasil, é crescente a procura pelos serviços eletrônicos do Governo, tais como: saúde, educação, impostos, documentos etc. O órgão registrou que 59% dos usuários de internet buscaram informações ou realizaram algum tipo de serviço (Comitê Gestor da Internet no Brasil [CGI], 2016).

Mesmo com o avanço e o desenvolvimento da internet, a participação cidadã e do governo está nos estágios iniciais, abaixo do esperado. Esse resultado pode ser atribuído à falta de suporte e ferramentas para essa prática (Holzer & Kim, 2005). Esse problema também é identificado nos consórcios nos estudos de Silva et al. (2007); Cotta, Cazal e Rodrigues (2009); Belini e Moysés (2010); e Zanbon e Ogata (2013).

O estudo de Sant'ana e Constantino (2009) constatou que os consórcios intermunicipais de saúde são um instrumento de descentralização do SUS, com a finalidade de executar a política de promoção e a recuperação da saúde. Porém, não é capaz de resolver todos os problemas. Segundo Gerigk e Pessali (2014), fica evidente que há problemas de agência entre os consórcios, os interesses do SUS e dos municípios consorciados.

Para Silva et al. (2007), a construção de uma política de informação e comunicação na área da saúde caracteriza um avanço no processo de democratização no Brasil, implicando na redistribuição efetiva do poder e do saber. No Brasil, ainda há muita dificuldade de acesso à informação, como a ausência de mecanismos diferenciados de divulgação e o autoritarismo praticado pelos gestores, o que foi identificado por Gerigk e Pessali (2014), Freitas e Oliveira (2015), Ribeiro e Costa (2000) e Sant'ana e Constantino (2009). Isso acaba coibindo e desestimulando o efetivo exercício do controle social.

Nesse sentido, a governança eletrônica tem a função de aproximar o governo e a sociedade por meio da internet que contribui para as práticas de boa governança, diminuindo a

assimetria informacional e proporcionando uma melhor interação entre o governo e a sociedade.

O estudo de Mello (2009) identificou poucos trabalhos sobre a governança eletrônica no setor público, sugerindo estudos em outras áreas e a implantação de novas práticas de governança eletrônica após busca realizada na base de dados brasileira (SPELL, Portal CAPES), com os termos governança eletrônica e consórcios intermunicipais de saúde, constatou-se que não há trabalhos sobre o tema proposto neste estudo, caracterizando uma lacuna para a pesquisa.

Com base nos estudos sobre governança eletrônica, consórcios intermunicipais de saúde e do controle social, formulou-se a seguinte hipótese orientadora: o controle social influencia na governança eletrônica? O que se espera, com a hipótese orientadora confirmada, é que os resultados sejam similares aos estudos de Laia (2009), Mello (2009) e A. B. Silva (2005), os quais indicam que a participação cidadã está relacionada às práticas de boa governança, como a democracia, transparência, informações de via dupla, melhorando os índices de governança eletrônica. E caso a hipótese seja rejeitada, será demonstrado que a atuação do controle social não contribui para o nível de governança eletrônica.

1.1.1 Questão de Pesquisa

Considerando as exposições anteriores e a apresentação do problema, é necessário direcionar o estudo estabelecendo a seguinte questão de pesquisa: qual a influência do controle social para atender a governança eletrônica dos consórcios intermunicipais de saúde do Paraná?

1.2 OBJETIVOS

Para que o propósito deste estudo seja cumprido, é necessário recorrer aos seguintes objetivos:

1.2.1 Geral

Este estudo tem objetivo de verificar a participação e influência do controle social na governança eletrônica dos consórcios intermunicipais de saúde do Estado do Paraná.

1.2.2 Específicos

Adaptar as práticas de governança eletrônica para mensurar o IGECI dos consórcios intermunicipais de saúde.

Elaborar IGECI com base nos *websites* das entidades.

Verificar a influência do controle social quanto à divulgação das informações contidas no *website* das entidades.

1.3 DELIMITAÇÃO PARA O ESTUDO

Nesta seção, será informada a delimitação do estudo quanto a área, assunto, entidade, sujeitos da pesquisa, e o período da coleta dos dados.

A área do estudo conforme apresentado no referencial se limita as áreas de controladoria e governança e o assunto refere-se a: formas de controladoria, governança pública, governança eletrônica, tecnologias de informação e comunicação, *accountability*, transparência, participação cidadã.

As entidades selecionadas foram os 25 consórcios intermunicipais de saúde do Estado do Paraná. Optou-se por avaliar apenas um Estado em virtude do grande número de consórcios instituídos no Brasil, o que inviabilizaria a coleta dos dados.

Quanto aos sujeitos da pesquisa, selecionamos os usuários do Sistema Único de Saúde que participam dos conselhos municipais de saúde e que estão vinculados a uma regional de saúde e, conseqüentemente, ao consórcio intermunicipal de saúde.

O período de coleta de dados foi dividido em três fases: o levantamento bibliográfico, que ocorreu entre agosto e novembro de 2016, a coleta os dados nos *websites* dos consórcios intermunicipais de saúde, que ocorreu no período de janeiro a março de 2017, e, ainda, a aplicação dos questionários junto aos conselheiros municipais de saúde, entre fevereiro e abril de 2017.

1.4 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO

O acesso à internet vem crescendo no Brasil e no Mundo, principalmente pelo uso do *smartphone*. Segundo pesquisa realizada pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil, em 2015, aproximadamente 58% da população brasileira tinha acesso à internet e desse percentual, 89%

acessavam pelo telefone celular e 65% utilizam o computador, demonstrando que, pela primeira vez o acesso, pelo telefone superou o computador (CGI, 2016).

Em face desse avanço da internet, o estudo de Sampaio, Pinho, Santos e Sampaio Filho (2014), apresentou que o Brasil teve diversas iniciativas para ampliar e melhorar o governo eletrônico, com muita tecnologia implantada, mas que ainda existe um grande distanciamento entre o governo e a população, principalmente em relação a interação, sendo necessário a aproximação entre o governo e sociedade. O estudo de Cruz, Silva e Santos (2009), realizado nos maiores municípios do Rio de Janeiro, tratou da transparência fiscal e também apontou para um distanciamento da interação entre o governo e cidadão, dificultando o exercício da cidadania e a *accountability*.

Nesse sentido, a governança eletrônica tem um papel fundamental para aproximar o governo e o cidadão, sendo que Mello (2009) descreveu, no seu estudo, que as práticas de governança eletrônica melhoram a eficiência da prestação de serviços públicos, incrementam informações, aprimoram o relacionamento entre o governo e o cidadão, minimizando os conflitos e, ainda, envolvem os cidadãos no processo de planejamento e controle.

A boa governança no setor público está alinhada à eficiência, eficácia, efetividade e à capacidade da gestão em atender às demandas e carências da população, de forma efetiva e tempestiva, legitimando as ações políticas e gerando as mudanças sociais na busca de resultados para satisfazer a sociedade (Matias-Pereira, 2010).

Uma forma de promover a boa governança é uso das tecnologias de informação e comunicação, com o envolvimento dos cidadãos mais capacitados e qualificados para avaliar e fiscalizar as ações governamentais. Isso provoca uma transformação na forma do governo agir, oportunizando um elemento para a boa governança entre governo e sociedade (Mello, 2009).

Os consórcios intermunicipais de saúde estão submetidos aos princípios básicos da administração pública, ou seja, precisam realizar concursos públicos, licitações, prestação de contas de forma transparente (Lima, 2000). E ainda precisam dar ampla divulgação dos seus atos, para que a população seja informada de forma acessível e permanente, utilizando seus veículos oficiais e meios de comunicações diversificados (Brasil, 1997). Uma das formas de atender essas necessidades é a governança eletrônica dos consórcios, que por meio dos seus *websites*, permite que a população acompanhe e fiscalize permanentemente os atos dos gestores.

Esse acompanhamento e fiscalização precisa ser efetuado pelos conselheiros municipais de saúde, os quais necessitam de cursos de capacitação para aprimorar os seus

conhecimentos visando a um melhor acompanhamento, fiscalização e proposição de políticas públicas de saúde (Silva et al., 2007; Zambon & Ogata, 2013).

O estudo pretende contribuir para o fortalecimento da participação social na gestão, controle e acompanhamento dos gastos públicos dos consórcios intermunicipais de saúde e ampliar os estudos sobre o tema de governança eletrônica, definindo constructos teóricos como base de estudos futuros. Como forma de aprimorar o conhecimento dos conselheiros, este trabalho poderá ser apresentado aos conselhos municipais de saúde, visando a atender esta demanda.

E ainda, a partir dos índices de governança eletrônica, os consórcios poderão melhorar a sua website, visando a um melhor nível de governança, diminuindo a assimetria informacional, os custos de transação e a melhoria dos serviços públicos ofertados à população.

1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A estrutura da dissertação é importante para direcionar o leitor e facilitar o entendimento. Desse modo, este estudo foi dividido em 6 capítulos:

Capítulo 1 – Introdução: Aborda a relevância do tema, a contextualização do problema, a pergunta de pesquisa e os objetivos geral e específicos.

Capítulo 2 – Base teórica: serão abordadas as teorias de base do estudo sobre a teoria da agência, teoria da firma, teoria da escolha pública; a base bibliográfica será sobre os temas: controladoria, governança pública, governança eletrônica, tecnologias de informação e comunicação, evidenciação contábil (transparência), leis e normas aplicáveis ao setor público, controle social, consórcios intermunicipais de saúde.

Capítulo 3 - Método e procedimentos da pesquisa: será apresentada a forma como ocorreu o processo desta pesquisa.

Capítulo 4 - Contexto do estudo ou da situação-problema: nesse capítulo, serão expostos os consórcios intermunicipais de saúde e sua importância para a sociedade, bem como os possíveis problemas.

Capítulo 5 – Análise e discussão dos resultados: será apresentada a proposta de práticas de governança eletrônica; o indicador das práticas de governança eletrônica dos consórcios intermunicipais de saúde e a regressão linear múltipla entre o IGECI e o controle social para verificar a influência do controle social na governança eletrônica.

Capítulo 6 – Conclusão: a conclusão retorna aos objetivos propostos nesta dissertação, trazendo as discussões que foram feitas para se chegar a cada um deles.

A Figura 1 apresenta a estrutura da dissertação com os autores levantados nas bases de dados.

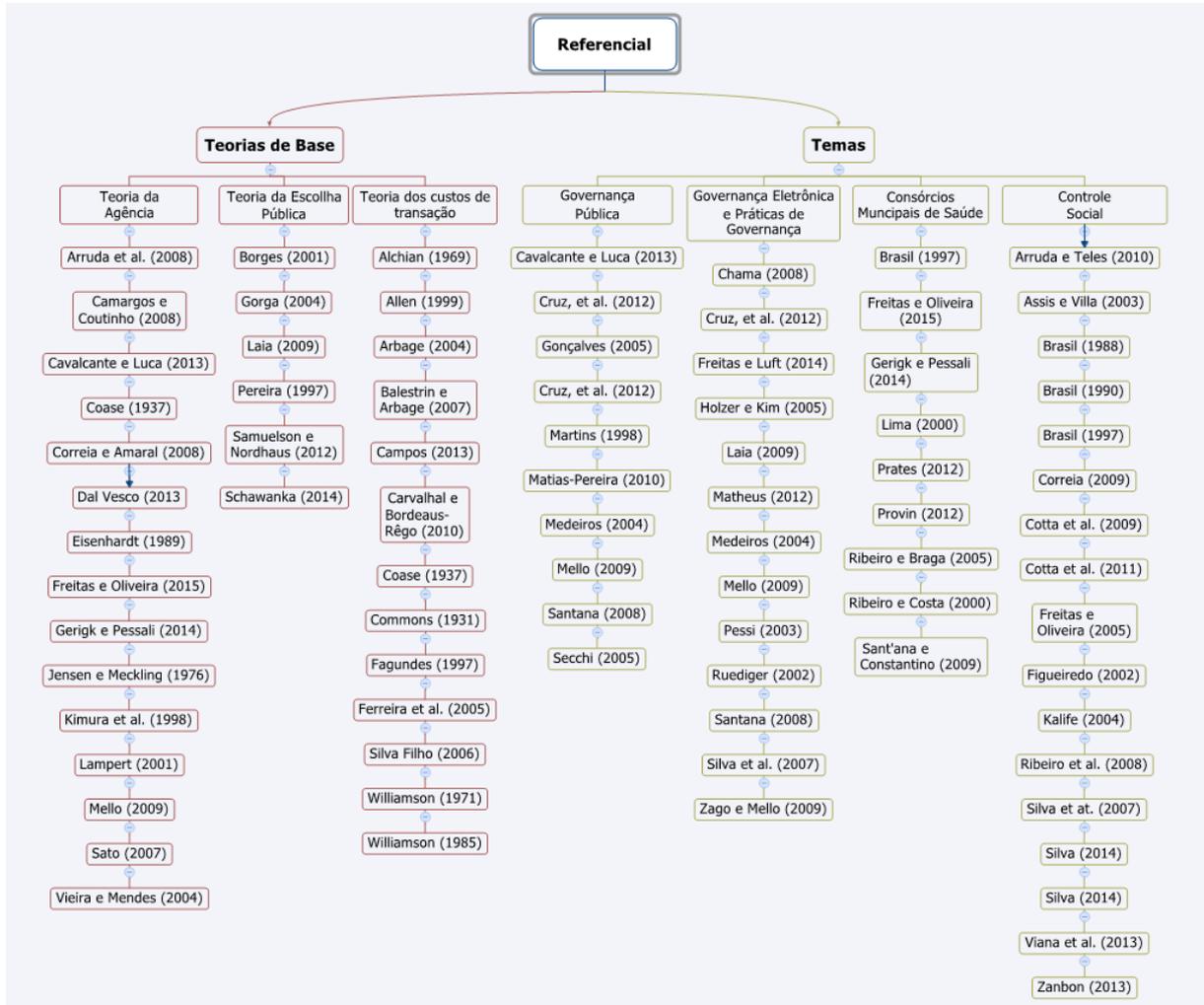


Figura 1. Estrutura da dissertação

2 BASE TEÓRICA

2.1 GOVERNANÇA PÚBLICA

De maneira geral, a governança foi apresentada pelo Banco Mundial em 1992, descrevendo que se trata de o exercício de autoridade, controle e administração e poder do governo, ou seja, a maneira de como o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos (Gonçalves, 2005). De acordo com a teoria do desenvolvimento, a governança é um conjunto de práticas democráticas e de gestão que têm o objetivo de melhorar as condições econômicas e sociais dos países (Secchi, 2009).

A governança no âmbito da administração pública está associada à gestão das políticas governamentais, no exercício de poder e o controle na sua aplicação (Fontes Filho, 2003). Para Mello (2009), a governança pública está relacionada à habilidade e capacidade do governo em gerir os recursos e a política de forma responsável, transparente e democrática. Um dos princípios da governança pública é a transparência e o incentivo a esta prática é considerado como boa prática de governança (Cruz, Ferreira, Silva, & Macedo, 2012).

A boa governança tem relação com o desenvolvimento econômico e social, sendo inclusive comparada com sistemas de diversos países, devido a sua padronização. Mello (2009) ressalta a importância de se avaliar a boa governança, para que os gestores possam determinar novos projetos e futuros investimentos (Mello, 2009). Segundo Matias-Pereira (2010), a nova forma de promover a boa governança é tornar mais efetiva a participação e a relação dos setores público, privado e do terceiro setor.

O estudo de Martins (1998) explorou diversos elementos em busca de uma base teórica sobre a burocracia pública não estatal e organizações do terceiro setor e propôs um diagrama (Figura 2) para explicar a política e a gestão, de um lado, e os segmentos sociais e agências não governamentais do outro, em que integram-se e dicotomizam-se a medida que competem e cooperam.

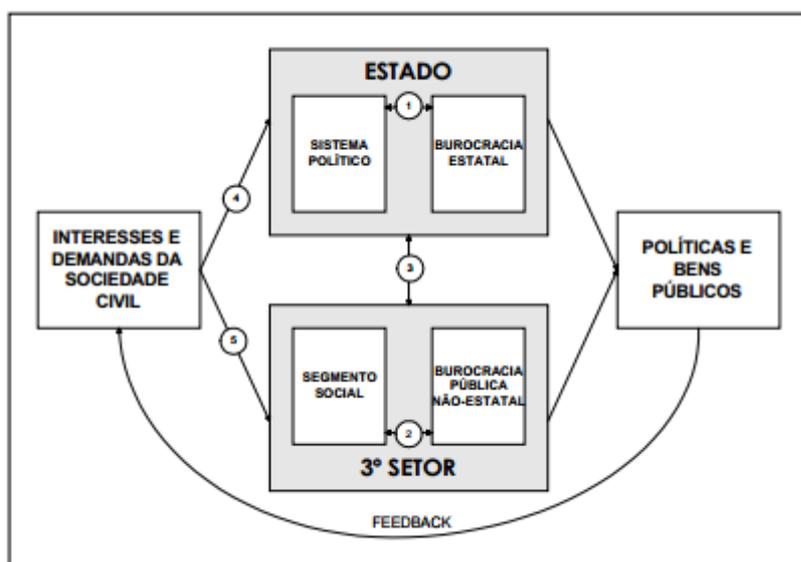


Figura 2. Diagrama do Estado e o terceiro setor

Fonte: Em "Em busca de uma teoria da burocracia pública não-estatal: política e administração no terceiro setor." de H. F. Martins, 1998, *Revista de Administração Contemporânea*, 2(3), p. 122. doi:10.1590/S1415-65551998000300007.

Ficou evidenciado, na Figura 2, a visão sistêmica de governança do Estado e o terceiro setor, visualizando a interação entre política e a administração, em referência à rotação do agente e o principal que é a sociedade (Martins, 1998).

A questão, conforme se apresenta, é, em ambos os casos Estado e terceiro setor estabelecer um padrão de interação entre política e administração que atenda simultaneamente aos requisitos de inserção social e regulação política para o alcance de níveis de autonomia relativa, que são negociados nas relações contratuais de delegação ou representação de interesses entre os principais atores da ação pública. (Martins, 1998, p. 122).

A boa governança no setor público está alinhada à eficiência, eficácia e à capacidade da gestão em atender as necessidades da população, de forma efetiva e tempestiva, legitimando as ações políticas, gerando mudanças sociais na busca de resultados para satisfazer a sociedade (Matias-Pereira, 2010). De acordo com os autores Freitas e Luft (2014, p. 67), “os órgãos públicos têm utilizado cada vez mais a internet para disponibilização de informações, prestação de serviços públicos e promoção da participação cidadã em busca de uma boa governança.”

Uma forma de promover a boa governança é o uso das tecnologias de informação e comunicação, juntamente com o envolvimento dos cidadãos, provocando mudanças na forma de governar, oportunizando elementos para a boa governança entre governo e sociedade (Mello, 2009). Os autores Freitas e Luft (2014) também descreveram que as melhorias nos

processos de TICs pela administração pública e sua utilização no relacionamento com os cidadãos é um grande propulsor da boa governança.

Outra forma central para boa governança é a *accountability*, porque têm o objetivo de tornar as ações dos governos mais responsáveis (Medeiros, 2004). Segundo Cavalcante e Luca (2013), nos últimos anos, foram elaboradas avaliações no setor público e, em diversos países, apresentadas novas definições para o relacionamento político e administrativo, acarretando em uma cobrança da responsabilização dos governos pela *accountability*. E, ainda, Santana (2008) destacou que, nos governos democráticos modernos, a transparência e a *accountability* são essenciais para a boa governança, seja no setor público ou privado.

2.2 GOVERNANÇA ELETRÔNICA

A governança eletrônica trata do relacionamento e a interação entre governo, cidadãos e o setor privado por meios eletrônicos, em uma relação de mão dupla nas dinâmicas democráticas e administrativas, incluindo práticas comunicativas introduzidas pela internet e estabelecendo novos padrões de comunicações (Pessi, 2003).

Segundo Chama (2008), um marco importante para a governança eletrônica no Brasil foi a portaria Interministerial nº 147 em 1995, expedida em conjunto pelos Ministérios das Comunicações e da Ciência e Tecnologia. Essa portaria criou um comitê para gerir o processo de governança, cujas normas e funcionamento foram estabelecidas pelo decreto presidencial no 4829, de 2003. Dentre essas normas, estão: a produção de indicadores de caráter estratégico sobre a Internet brasileira e segurança quanto à sua utilização, confidencialidade, integridade, ética e disponibilidade da informação, contribuindo para estabelecer uma referência de internet no Brasil.

A comunicação está no centro das estratégias políticas, governamentais e sociais, evidenciando um convívio democrático e, nesse sentido, a comunicação surge como elemento estruturador da governança eletrônica, promovendo a transparência administrativa, a eficiência e a participação política (Pessi, 2003).

O estudo de Medeiros (2004) constatou que a governança eletrônica foi uma grande oportunidade de a sociedade que ter acesso à internet e, em participar, das decisões, avaliações e formulação das políticas de gestão pública, exercendo a cidadania e a democracia, não apenas apresentando informações e serviços, mas interagindo com a sociedade.

Os autores Holzer e Kim (2005) pesquisaram sobre a governança digital em grandes municípios do mundo, avaliando as práticas da governança digital por meio dos *sites* em 2005, incluindo o governo digital, que se refere à prestação de serviços e a democracia digital, que representa a participação cidadã. O estudo analisou também as práticas de segurança, usabilidade e conteúdo e ainda os tipos de serviços ofertados *online* e a participação cidadã, constatando que a internet é um mecanismo apropriado para que os cidadãos participem do governo, apesar de ainda ser uma prática que está abaixo do esperado em face do desenvolvimento da internet.

Mello (2009) apresentou uma plataforma teórica para identificar as práticas de governança eletrônica, estabelecendo índices de mensuração e monitoramento do desenvolvimento de governança eletrônica dos Estados Brasileiros e do Distrito Federal. O estudo apresentou uma estrutura teórica com dois grupos: governo eletrônico e democracia eletrônica, conforme Figura 3, corroborando com o estudo de Holzer e Kim (2005).

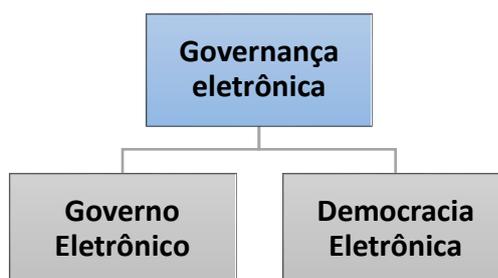


Figura 3. Áreas ou dimensões da governança eletrônica

Fonte: Em "*Estudo das práticas de governança eletrônica: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão dos estados brasileiros*", de G. R. de Mello, 2009, p. 44.

O governo eletrônico engloba as atividades baseadas nas TICs – Tecnologias de Informação e Comunicação que consiste em práticas de conteúdo e de serviços (Mello, 2009). Essa forma de oferecer serviços para a população ocasionou um aumento na adoção dessas práticas pelos órgãos públicos (Freitas & Luft, 2014). E a democracia eletrônica compreende-se pela utilização das TICs, para promover o aumento e a qualidade da participação cidadã no governo (Mello, 2009). Porém o grau de participação cidadã ainda está muito abaixo do esperado (Freitas & Luft, 2014).

Quanto à participação cidadã, pode-se destacar o acompanhamento e fiscalização das ações e políticas dos gestores, com as quais a população pode cobrar seus direitos e exigir dos gestores as suas obrigações, participando de forma efetiva na proposição de políticas, serviços e metas aos órgãos públicos, por meio da internet (Matheus, 2012).

Nesse sentido, a governança eletrônica, através dos mecanismos de divulgação e informação das TICs, melhoram a transparência, acessibilidade, privacidade e segurança dos sites, reduzindo os conflitos de agência (Zago & Mello, 2016).

A evolução propiciada pela Internet, com a utilização de computadores e outros meios de comunicação, definiu um novo modelo de relacionamento entre estado e sociedade, definindo novas estruturas de governança por meio de tecnologias de informação e comunicação (Medeiros, 2004). As TICs, com ajuda da internet, têm objetivo de mudar a forma de diálogo e interação entre os indivíduos e a sociedade como um todo, com novos modos de comunicação mais rápidos e eficazes (Mello, 2009).

As tecnologias de informação e comunicação são aplicadas em várias funções do governo para a sociedade, promovendo, em tempo real e de forma eficiente, boas práticas de governança como eficiência, transparência, desenvolvimento e a democracia da informação e decisão (Ruediger, 2002). Nesse sentido, Santana (2008) descreveu que as novas formas TICs são importantes para a prestação de contas e a interatividade dos gestores públicos para com a sociedade.

O processo governamental pode ser mais aberto e democrático com a utilização das tecnologias de informação e comunicação, oferecendo informações de forma tempestiva e relevante (Cruz *et al.*, 2009). Essas tecnologias podem ser um mecanismo para a diminuição da assimetria informacional entre diversos atores, privilegiando a interlocução entre tomadores de decisão e cidadãos (Laia, 2009).

Com isso, a utilização das TICs pela sociedade têm afetado o governo, que está procurando ampliar a governança entre população e governo com a inserção do acesso a serviços básicos como saúde, educação e assistência social (Matheus, 2012). Em relação ao controle social na área de saúde e à política de informação e comunicação, o estudo de Silva *et al.* (2007) demonstrou a necessidade de avançar no processo de democratização, o que implicaria na redistribuição efetiva do poder e do saber.

As TICs podem auxiliar os consórcios intermunicipais de saúde, ampliando seus níveis de governança eletrônica, promovendo a maior participação da sociedade na gestão e controle das suas atividades.

2.3 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL

Nesta seção, apresenta-se o surgimento dos consórcios intermunicipais de saúde e os conselhos municipais de saúde e, ainda, os seus objetivos para atender a população e as políticas de Estado.

2.3.1 Os Consórcios intermunicipais de saúde

A prática de consórcios entre os municípios teve início com a Constituição de 1937, a qual estabeleceu a possibilidade de agrupamentos dos municípios para administrar serviços públicos (Brasil, 1997).

O governo brasileiro tem obrigatoriedade constitucional de oferecer saúde ao cidadão, e a população começou a exigir esta garantia, gerando diversas discussões sobre o tema com o objetivo de melhorar a gestão e buscar a inovação do sistema. (Sant'ana & Constantino, 2009).

A descentralização e a oferta dos serviços de saúde pelos municípios ocorreram pela forte influência da Constituição Federal de 1988 (Prates, 2012). Essa implantação do SUS ocorreu de maneira desigual no Brasil, principalmente nos municípios do interior, que não tinham participação nas ações de saúde, obrigando-os a buscarem alternativas para a implantação do SUS (Lima, 2000).

Nesse sentido, a partir de 1986, surgem os primeiros consórcios intermunicipais de saúde, que contribuíram para a elaboração do SUS, por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Ribeiro & Costa, 2000).

Diante das carências de estrutura física, tecnológica, material e humana, associadas à escassez de recursos financeiros dos municípios de pequeno porte, na década de 90, aumentaram a necessidade de parcerias para a gestão e a organização da saúde, impulsionando o governo brasileiro a instituir diversos programas e normas para operacionalizar o Sistema Único de Saúde (Lima, 2000).

Após a regulamentação, os consórcios intermunicipais de saúde foram amplamente difundidos no Brasil, com a finalidade de oferecer serviços médicos especializados de maior

complexidade aos usuários do SUS, por meio de parcerias entre os municípios (Ribeiro & Costa, 2000).

Em 1996, com a publicação da Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde, os consórcios tiveram um novo contexto, participando da regionalização e hierarquização da rede de atendimento do sistema único de saúde, provocando a articulação entre os municípios de acordo com as características geográficas e tipos de serviços que poderiam ser ofertados.

Com isso, no ano de 1997, o Ministério da Saúde publicou no documento “1997 – O ano da saúde no Brasil”, o qual descrevia a necessidade da criação dos consórcios intermunicipais de saúde (Lima, 2000). Nesse ano, os consórcios foram considerados importantes para o governo na busca da gestão plena do sistema de saúde municipal (Provin, 2012).

Conforme Sant’ana e Constantino (2009), o Ministério da Saúde, em 1997, elaborou um documento denominado “O ano da saúde no Brasil”, o qual recomendou que os consórcios assumissem uma personalidade jurídica sem fins lucrativos, visto que a entidade é mantida com recursos públicos e ainda indicou a necessidade de contratar um administrador para as instituições.

A Lei 11.107, de 06 de abril 2005, que dispõem sobre as normas gerais de contratação de consórcios públicos permitiu que os consórcios sejam constituídos por associação pública ou de pessoa jurídica de direito privado, criando um novo modelo de constituição para os consórcios: as associações públicas (Lei n. 11.707, 2005). Atualmente, no Estado do Paraná, existem 25 consórcios, sendo 20 de consórcios de natureza pública de direito público, 03 consórcios com a natureza de associação privado e 02 consórcios públicos de direito privado.

Quanto aos objetivos, os consórcios são de interesse e benefício público, com um papel importante na promoção, proteção e recuperação da saúde da população, permitindo maior eficiência e eficácia das ações e serviços de acordo com os princípios do SUS (Brasil, 1997; Sant’ana & Constantino, 2009; Freitas & Oliveira, 2015).

A finalidade dos consórcios intermunicipais é alcançar metas comuns com a união de esforços físicos, financeiros, tecnológicos e humanos para solucionar os problemas de saúde (Ribeiro & Braga, 2005). Os autores Gerigk e Pessali (2014) identificaram, na sua pesquisa, outras finalidades para os consórcios, tais como: suprir as demandas por atendimentos específicos na área da saúde, programar e executar ações conjuntas entre os municípios e, ainda, suprir as lacunas existentes no sistema único de saúde.

Depois das identificações dos objetivos e finalidade dos consórcios, foram levantadas, nos estudos sobre o tema, as principais vantagens conforme demonstrado no Quadro 1. Observa-se que houve um destaque em relação ao modo de cooperação, ganhos de escalas e salários competitivos.

Quadro 1. Principais vantagens dos consórcios

Vantagens	Autores
Agilidade nas marcações exames e consultas.	(B. R. Freitas & Oliveira, 2015).
Ampliação do acesso aos serviços de saúde.	(Provin, 2012).
Cooperação.	(Chaebo, Guerra, Pinto, & Alfinito, 2012; Gerigk & Pessali, 2014; Ribeiro & Braga, 2005; Sant'ana & Constantino, 2009).
Baixo custo.	(B. R. Freitas & Oliveira, 2015).
Desburocratização nas contratações.	(Provin, 2012).
Economia.	(Prates, 2012); (Provin, 2012).
Ganho de escalas.	(Chaebo, Guerra, Pinto, & Alfinito, 2012; B. R. Freitas & Oliveira, 2015; Prates, 2012).
Maior flexibilização administrativa.	(Teixeira et al., 2003).
Redução da interferência política.	(Provin, 2012).
Salários competitivos e incentivos para atrair profissionais ao SUS.	(Ribeiro & Costa, 2000; Teixeira, Mac Dowell, & Bugarin, 2003).
Sistemas de referência nas especialidades médicas.	(Prates, 2012).
Suporte nas ações especializadas.	(Freitas & Oliveira, 2015).

Quanto aos possíveis problemas, desvantagens e dificuldades dos consórcios demonstrados no Quadro 2, foram identificados 21 atributos, sendo os mais citados os conflitos entre os associados, espaço físico insuficiente, falta de especialidades médicas, prestação de contas sem clareza e vínculos trabalhistas precários.

Quadro 2. Principais problemas, desvantagens e dificuldade dos CIS

Problemas, desvantagens e dificuldades	Autores
Autonomia e bônus somente município sede.	(Prates, 2012).
Comportamento carona.	(Gerigk & Pessali, 2014).
Espaço físico insuficiente.	(Freitas & Oliveira, 2015; Prates, 2012; Ribeiro & Costa, 2000; Sant'ana & Constantino, 2009).
Exploração de quem sempre coopera.	(B. R. Freitas & Oliveira, 2015).
Falta de especialidades médicas.	(B. R. Freitas & Oliveira, 2015; Ribeiro & Costa, 2000).
Falta de profissionais.	(B. R. Freitas & Oliveira, 2015).
Financiamento insuficiente.	(B. R. Freitas & Oliveira, 2015).
Lentidão nas questões burocráticas.	(B. R. Freitas & Oliveira, 2015).
Prestação de contas sem clareza.	((B. R. Freitas & Oliveira, 2015 e Ribeiro & Costa, 2000).
Rateio alto entre os municípios.	(B. R. Freitas & Oliveira, 2015).
Vínculos trabalhistas precários.	(B. R. Freitas & Oliveira, 2015, Ribeiro & Costa, 2000).
Dificuldades na gestão dos serviços médicos.	(B. R. Freitas & Oliveira, 2015).
Valor baixo das consultas médicas.	(B. R. Freitas & Oliveira, 2015).
Mau gerenciamento.	(Freitas & Oliveira, 2015).
Conflitos de interesse entre associados.	(Gerigk & Pessali, 2014; B. R. Freitas & Oliveira, 2015; Ribeiro & Costa, 2000; Sant'ana & Constantino, 2009).

Continua

Continuação

Quadro 2. Principais problemas, desvantagens e dificuldade dos CIS

Problemas, desvantagens e dificuldades	Autores
Ofertas de consultas insuficientes.	(Nicoletto et al., 2005).
Interesses pessoais.	(Sant'ana & Constantino, 2009).
Serviços ineficientes e ineficazes em algumas situações.	(Sant'ana & Constantino, 2009).
Pouca flexibilidade nas compras e contratações.	(Ribeiro & Costa, 2000).
Ausência de autonomia financeira.	(Ribeiro & Costa, 2000).

Tendo em vista que os consórcios possuem seus objetivos, finalidades, vantagens e problemas, faz-se necessário o acompanhamento e fiscalização das ações dos gestores. Nesse sentido, a fiscalização dos consórcios será efetuada pelo conselho fiscal, desde que não autorizem repasses ou se utilizam de recursos e os conselhos de saúde (Brasil, 1997).

Nos Estados do Paraná e Santa Catarina, os secretários de saúde participam da fiscalização dos recursos, contrariando a recomendação do Ministério da Saúde (Lima, 2000). Além dos conselhos fiscais e os conselhos de saúde, a Lei 11.707 de 06 de abril 2005, estabelece que os consórcios deverão obedecer às normas de direito aplicadas ao setor público. Com isso, estão sujeitos à fiscalização pelo Tribunal de Contas (Lei n. 11.707, 2005) e as propostas, reivindicações, acompanhamento e avaliação dos consórcios são exercidas pela comunidade, por meio dos Conselhos de Saúde dos municípios integrantes aos consórcios (Sant'ana & Constantino, 2009).

2.3.2 O controle social

Os mecanismos de participação dos usuários na administração pública tiveram início em 1988, com a implementação da Constituição Federal, definindo, no seu artigo 70, a fiscalização contábil, financeira e orçamentária das entidades da administração direta e indireta mediante o controle externo e interno (Brasil, 1988). E ainda, descreveu no parágrafo único quem deverá prestar contas:

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

O termo *controle social* teve origem na Sociologia, com o intuito de estabelecer a ordem social, disciplinando a sociedade (Correia, 2009). E ainda representa uma forma de

controle do Estado para com a sociedade e o controle da sociedade sobre as ações do Estado (Silva *et al.*, 2007).

Para Assis e Villa (2003), o controle social é uma forma de atuação da sociedade civil organizada, para controlar as ações do governo e garantir as demandas e interesses da coletividade. Essa organização social surgiu a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, emergindo para uma democracia representativa e participativa para as administrações públicas (Arruda & Teles, 2010). Segundo Labra e Figueiredo (2002), a democratização e descentralização da política contribuíram para a participação popular no Brasil, sobretudo na área de saúde, destacando que foram criados mais de 5.500 conselhos de saúde com a finalidade de representar a sociedade de forma paritária.

No início da década de 90, surgiram novas legislações que aprimoraram as atribuições do controle social. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentou o Sistema Único de Saúde - SUS, definindo no artigo 15º que as entidades da União, Estados e Municípios deverão definir instâncias e mecanismos de controle e fiscalização das ações de saúde (Lei n. 8.080, 1990). Além de determinar a participação da sociedade, as principais tendências dessa lei foram a descentralização das ações e serviços e a cooperação entre União, Estados e Municípios (Freitas & Oliveira, 2015).

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabeleceu a forma sobre a participação da comunidade instituindo as conferências e os conselhos de saúde, descrevendo a atribuição do conselho no artigo 1º:

§ 2º 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 (Lei n. 8.142, 1990).

Em 1997, o Ministério da Saúde definiu que os consórcios contariam com diversos elementos, como objeto social, duração, sede e foro, obrigações, atribuições, alocações de recursos, prestações de contas, observância das normas do SUS e, ainda, o controle social, o qual tem objetivo de representar a comunidade (Brasil, 1997). Segundo Assis e Villa (2003), a efetivação do controle social perante o Sistema Único de Saúde ocorreu pelos seus conselhos e conferências de saúde, os quais protagonizam a participação da comunidade na gestão com visões realistas e distintas, nem sempre harmônicas.

As propostas e reivindicações da comunidade devem ser exercidas pelos conselhos de saúde dos municípios integrantes do consórcio (Sant'ana & Constantino, 2009) e, quanto à

fiscalização dos consórcios, o Ministério da Saúde descreveu: “Em relação ao consórcio, os Conselhos de Saúde cumprirão o seu papel de agente fiscalizador da execução das ações e serviços de saúde contidos no Plano Municipal de Saúde, inclusive os realizados mediante consórcio” (Brasil, 1997).

A evolução da participação popular por meio dos conselhos de saúde precisa ser de responsabilidade dos gestores, proporcionando infraestrutura adequada para o seu funcionamento. Esse espaço político oferece ganhos e amadurecimentos para o processo de gestão (Zanbon & Ogata, 2013). A institucionalização e a existência dos conselhos não caracterizam a sua legitimação, mas sim a qualificação dos conselheiros para que possam cumprir seu papel, que muitas vezes é silenciado pela falta de informações (Soares & Trincaus, 2006).

No Quadro 3, apresentam-se os principais atributos encontrados no estudo sobre o conselho de saúde. Foram identificados sete atributos, com ênfase na proposição de políticas e controle e fiscalização das ações de governo, tendo como responsabilidade representar o conjunto da população brasileira.

Quadro 3. Atributos dos conselhos de saúde

Atributos dos conselhos	Autores
Possibilitar um espaço democrático.	(Cotta et al., 2011).
Compreender a realidade do município.	(Cotta et al., 2011).
Propor estratégias para gestão e deliberar sobre a melhoria da saúde.	(Cotta et al., 2009; Cotta et al., 2011).
Controlar as execuções políticas.	(Cotta et al., 2009; Cotta et al., 2011).
Fiscalizar as ações aprovadas do conselho.	(Cotta et al., 2009).
Permitir à sociedade a participação na gestão de políticas de saúde.	(Wendhausen & Caponi, 2002).
Avaliar a execução dos serviços públicos.	(Zanbon & Ogata, 2013).

O controle social é um instrumento que permite valer-se dos direitos dos cidadãos, porém os estudos de Silva et al. (2007); Cotta et al. (2009); Cotta et al. (2011); Zanbon e Ogata (2013) demonstraram que esses espaços são apenas institucionalizados e não são respeitados, dificultando a democracia, a comunicação e a efetiva participação da sociedade nas decisões gerenciais e políticas. O Quadro 4 apresenta os problemas e dificuldades levantados na revisão bibliográfica.

Quadro 4. Problemas e dificuldades dos conselhos de Saúde

Problemas e dificuldades	Autores
Omissão dos conselheiros	(Cotta et al., 2011)
Baixa frequência nas reuniões	(Cotta et al., 2011)
Legitimação das decisões já tomadas	(Cotta et al., 2011)
Figurantes no processo de construção da avaliação das políticas de saúde	(Cotta et al., 2009; Cotta et al., 2011)

Continua

Continuação

Quadro 4. Problemas e dificuldades dos conselhos de Saúde

Problemas e dificuldades	Autores
Espaço burocratizado	(Cotta et al., 2011; Zanbon & Ogata, 2013)
Conselheiros com medo de se prejudicar	(Cotta et al., 2011)
Desinteresse e desinformação da população	(Cotta et al., 2011; Silva et al., 2007; Zanbon & Ogata, 2013)
Compartilhamento do poder executivo com outros segmentos da sociedade	(Cotta et al., 2011)
Composição dos conselhos	(Cotta et al., 2011)
Representatividade (conselheiros despreparados)	(Gerschman, 2004; Cotta et al., 2011; Zanbon & Ogata, 2013)
Ingerência e manipulação na escolha de conselheiros	(Cotta et al., 2009; Cotta et al., 2011; Zanbon & Ogata, 2013)
Decisões do conselho não implementadas	(Silva et al., 2007)
Falta de clareza das informações pelo gestor	(Coutinho, 2004; Labra & Figueiredo, 2002; Soares & Trincaus, 2006; A X da Silva et al., 2007)
Ausência de canais alternativos e acessíveis para a população	(Silva et al., 2007).
Desconhecimento dos Conselheiros sobre as informações	(M. V. C. Correia, 2009; Cotta et al., 2009).
Capacitação dos conselheiros	(Belini & Moysés, 2010; Cotta et al., 2009; Zanbon & Ogata, 2013).
Instituições estatais e gestores autoritários e centralizadores	(Zanbon & Ogata, 2013).
Dificuldade ao acesso à informação	(Silva et al., 2007; Zanbon & Ogata, 2013).
Desrespeito aos conselheiros	(Zanbon & Ogata, 2013).

No Quadro 4, ficaram evidentes alguns problemas enfrentados e os desafios que os conselhos precisam superar. Nesse sentido, o conselheiro precisa conhecer a sua função e a finalidade dos conselhos. As suas dificuldades ou deficiências técnicas não podem ser superiores à sua prática legal de participação e controle social (Soares & Trincaus, 2006).

O Poder Judiciário e a Promotoria também possui um papel fundamental para fortalecer e ampliar esse processo de diálogo entre a sociedade e os gestores, por meio de ações e recomendações judiciais, porém não agem de forma preventiva (Zanbon & Ogata, 2013). Já a prática do controle social age de forma preventiva e, com cidadãos preparados e capacitados, podem estimular a efetividade dos controles externos e internos (Ribeiro, Lopes, Pederneiras, & Ferreira, 2008).

A Lei complementar 101 estabeleceu normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e foi criada com o intuito de controlar os gastos dos governos (Lei complementar n. 131, 2000). O seu objetivo foi manter o equilíbrio os gastos públicos em função da receita arrecadada e ainda pressupõe a transparência dos atos praticados pelo administrador (Silva, 2014).

Essa lei procurou aumentar a transparência de todos os atos da administração pública criando mecanismos e instrumentos eficazes e democráticos para exercer o controle social,

tais como a internet e audiências públicas, além de prever a punição para o mau gestor (Kalife, 2004). Nesse sentido, a divulgação das informações da gestão devem ser feitas de forma ampla, inclusive por meios eletrônicos (Viana, Tamer, & Souza, 2013).

As informações têm dimensões políticas e estratégicas, portanto, precisam ser democráticas e superar as barreiras existentes pelos sujeitos políticos, para fortalecer o controle social (Silva et al., 2007). Quanto maior for nível de transparência e a qualidade das informações, mais efetivo será o controle (Kalife, 2004). Mesmo com a Lei de responsabilidade fiscal, os governos apresentam baixo nível de transparência eletrônica (Cruz, Silva, & Santos, 2009; Mello, 2009).

A Lei de responsabilidade fiscal também contribuiu para o avanço da *accountability*, que tem o objetivo de prestação de contas, com o reconhecimento do exercício e a cidadania no relacionamento entre o Estado e o cidadão (Sacramento & Pinho, 2007).

Visando à eficiência da transparência, o governo publicou em 2009 a Lei Complementar 131 da informação em tempo real. Por meio dessa lei, acrescentou dispositivos à Lei Complementar n. 101 (Lei complementar n. 131, 2009). Essa legislação determinou que o governo federal, estados e municípios deveriam implantar seus portais de transparência em até quatro anos dependendo do tamanho da população (Matheus, 2012). Segundo Sales e Martins (2014), a lei reforçou a transparência mediante a oportunidade oferecida ao cidadão e a liberação das informações em tempo real e, por meios eletrônicos, permitindo que qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato possa denunciar o descumprimento da legislação em órgãos competentes como os tribunais de contas e ministério público.

A Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011, regulou o acesso da informação previsto na Constituição Federal (Lei n. 12.527, 2011). Estabeleceu que as entidades públicas devem incentivar a cultura de transparência, o controle social e a utilização da tecnologia da informação, tornando obrigatória a divulgação em sítios oficiais (Machado, Marques, & Macagnan, 2013).

Segundo Viana et al. (2013), a lei explicitou a necessidade das informações públicas serem divulgadas sem a necessidade de esperar por solicitações formais da sociedade, evidenciando a importância dos portais de transparência para atender as exigências legais, tais como: o acompanhamento e fiscalização das finanças, bens, remunerações, obrigações entre outros.

Em resumo, o Brasil criou diversas Leis entre 2000 e 2011 com o intuito de ampliar a divulgação das informações e as prestações de contas, visando ao acompanhamento, a fiscalização e a participação popular. Porém, mesmo com os avanços, ainda muitos órgãos

possuem um baixo nível de evidenciação conforme os estudos de Beuren, Moura e Kloeppel (2013); Machado et al. (2013); Viana et al. (2013); Freitas e Luft (2014); e Sales e Martins (2014).

A transparência é fundamental para o desenvolvimento do controle social, tendo o foco na qualidade e quantidade das informações disponibilizadas aos usuários (Machado et al., 2013). Portanto, a transparência é um princípio da gestão fiscal com a finalidade de cumprir os princípios constitucionais, impondo a *accountability* aos gestores públicos (Arruda & Teles, 2010). Nesse sentido, a participação do controle social afere a transparência ao bem público (Cotta et al., 2009).

2.4 CONTROLADORIA

O Estado e a sociedade lutam pelas informações contábeis, atos da gestão e prestações de contas, por meio do qual o estado informa e a população não compreende, existindo uma enorme assimetria informacional (Slomski, 2011). Segundo Arruda et al. (2008), a controladoria tem um papel importante para a tomada de decisão e redução dessa assimetria informacional decorrente dos problemas de agência.

A controladoria é responsável pelas divulgações das informações e, com o avanço tecnológico e alta competitividade, ela estimulou o aumento da utilização dos sistemas de informação, contribuindo para que as informações sejam divulgadas pelas organizações (Arruda, Madruga, & Freitas Jr., 2008).

Para Slomski (2011), a condução da coisa pública é necessária atender aos pressupostos da transparência, equidade, prestação de contas e a responsabilidade corporativa. Assim, os órgãos deveriam estimular a criação de conselhos municipais de administração para que a sociedade participe das decisões. A controladoria também está alinhada a dois pilares da governança corporativa, a transparência e a *accountability* (Cavalcante & Luca, 2013).

Com base na revisão da literatura, é possível verificar que há uma interdependência entre a teoria da agência, governança corporativa e a controladoria (Arruda et al., 2008). Segundo os autores Cavalcante e Luca (2013), há um forte relacionamento entre controladoria e os princípios da prática de boa governança. E ainda a governança eletrônica pode ser um instrumento para a controladoria governamental (Mello, 2009).

2.5 PRÁTICAS GOVERNANÇA ELETRÔNICA

A boa governança esta interligada com as práticas de governança eletrônica que, em virtude do avanço tecnológico e da internet, proporcionou um avanço na relação entre os governos e cidadãos (Mello, 2009).

Holzer e Kim (2005) efetuaram uma pesquisa sobre as práticas de governança eletrônica nos maiores municípios do mundo, propondo um modelo para as práticas dividido em: o conteúdo, serviços, privacidade e segurança, usabilidade, e participação cidadã. Mello (2009) propôs no seu estudo uma estrutura para a governança eletrônica a partir do modelo Holzer e Kim (2005), acrescentando a acessibilidade na prática de usabilidade.

Para este estudo, foi utilizado o modelo de Mello (2009), com a adaptação de algumas variáveis, formando assim o Índice de Governança Eletrônica dos Consórcios Intermunicipais – IGECI, conforme Figura 4.



Figura 4. Estrutura das práticas de governança eletrônica dos consórcios

Fonte: Adaptado de “Estudo das práticas de governança eletrônica: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão dos estados brasileiros”, de G. R. de Mello, 2009.

2.5.1 Práticas de conteúdo

As práticas de conteúdos têm a finalidade apresentar as informações de contato, documentos públicos, informações sensíveis e materiais de multimídia. Porém, nem sempre os conteúdos são atuais e corretos (Mello, 2009).

No caso dos consórcios, são necessários: a divulgação dos planos municipais de saúde, quantidade de atendimentos médicos e exames executados; os recursos financeiros recebidos; os convênios firmados; os gastos com pessoal, material, equipamentos e serviços (Freitas & Oliveira, 2015).

Após análise das demandas dos consórcios, as práticas de conteúdos foram adaptadas do modelo proposto por Mello (2009), definidas pela sigla PCon, totalizando 13 variáveis de acordo com o Quadro 5.

Quadro 5. Práticas de conteúdo

Variáveis	Práticas	Fontes
PCon1	Disponibilizar uma lista de <i>links</i> de órgãos internos e externos, a localização dos escritórios, agências, setores etc., contato com horário de funcionamento, endereço, nomes etc.	Holzer e Kim, 2005; Schuele, 2005).
PCon2	Disponibilizar a agenda do gestor e das políticas da instituição.	(Eisenberg, 2004).
PCon3	Disponibilizar os códigos e regulamentos do consórcio.	(Brasil, 1997; Holzer & Kim, 2005).
PCon4	Disponibilizar as informações do orçamento, relatórios contábeis, anexos da LRF, informações das licitações em andamento, editais etc.	(Braga, 2007; Eisenberg, 2004; Rose, 2004; Holzer & Kim, 2005; Knight & Fernandes, 2006; OECD, 2001).
PCon5	Disponibilizar as informações sobre os cargos, competências e salários dos colaboradores.	(Braga, 2007; Chahin et al., 2004; Fernandes, 2004; Holzer & Kim 2005).
PCon6	Disponibilizar as informações sobre concursos públicos, editais, gabaritos de provas etc.	(Braga, 2007; Torres et al., 2006; Tripathi 2007).
PCon7	Permitir a cópia de documentos públicos, por meio de impressão, <i>download</i> etc.	(Holliday, 2002; Holzer & Kim, 2005).
PCon8	Disponibilizar as informações sobre os critérios de rateios das consultas e exames, e as quantidades executadas de acordo com as pactuações.	(B. R. Freitas & Oliveira, 2015).
PCon9	Disponibilizar informações sobre a gestão de emergências, utilizando o <i>site</i> como um mecanismo de alerta para problemas de saúde (H1N1, Dengue, Zica Vírus, etc.).	(Holzer & Kim, 2005; Tripathi, 2007).
PCon10	Publicar as ofertas de empregos, de treinamento e recursos de encaminhamento de currículo pelo interessado.	(Holzer & Kim, 2005; Tripathi, 2007).
PCon11	Disponibilizar um calendário de eventos da comunidade, um quadro de anúncios/informativos etc.	(Holzer & Kim, 2005; Navarro et al., 2007; Tripathi, 2007).
PCon12	Disponibilizar informações com atribuição de responsabilidade formal pelo conteúdo e pela atualização das páginas.	(Chahin et al., 2004).
PCon13	Disponibilizar em seu <i>site</i> os arquivos de áudio e vídeo de eventos públicos, palestras, encontros etc.	(Holzer & Kim, 2005).

Fonte: Adaptado de “*Estudo das práticas de governança eletrônica: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão dos estados brasileiros*”, de G. R. de Mello, 2009.

2.5.2 Práticas de serviços

As práticas de serviços procuram aproximar o cidadão e o governo, disponibilizando alguns serviços à população pela internet, permitindo o acesso em qualquer lugar, tornando o processo mais ágil e com menor custo (Mello, 2009). Essas práticas oportunizam uma interação com o usuário e a entidade, permitindo os registros de eventos e serviços (Holzer & Kim, 2005). O avanço da tecnologia e a pressão da sociedade têm contribuído para que o Estado ofereça seus serviços com maior qualidade e transparência, diminuindo os seus custos (Medeiros & Guimarães, 2005).

Os serviços prestados pelos consórcios são referentes a especialidades médicas e exames laboratoriais, de imagens e diagnósticos clínicos de acordo com as pactuações dos gestores Federal, Estaduais e Municipais (Cordoni & Costa, 2005; B. R. Freitas & Oliveira, 2015; Nicoletto, Constantino & Sant’ana, 2009; Ribeiro & Costa, 2000).

Após análise das demandas dos consórcios, as práticas de serviços foram adaptadas no modelo proposto por Mello (2009), definidas pela sigla Pser, totalizando 14 variáveis de acordo com o Quadro 6.

Quadro 6. Práticas de serviços

Variáveis	Práticas	Fontes
PSer1	Disponibilizar <i>e-mails</i> , telefones e endereços para solicitar informações.	(Eisenberg, 2004; Holzer e Kim, 2005).
PSer2	A página principal deve ser personalizada para facilitar o acesso do cidadão aos serviços.	(Holzer & Kim, 2005).
PSer3	Permitir o acesso a informações privadas utilizando senhas, como em atendimentos, exames, médicos, cadastro civil etc.	Silva Filho e Perez (2004); Holzer e Kim (2005).
PSer4	Permitir o acesso a informações relacionadas à saúde, indicadores assistenciais, instituições de saúde, etc.	(Tripathi, 2007).
PSer5	Identificar o responsável ou gerenciador do <i>site</i> para possível contato ou responsabilização.	(Holzer & Kim, 2005).
PSer6	Disponibilizar um mecanismo para submissão, monitoramento e eliminação de queixas/denúncias públicas.	(Tripathi, 2007).
PSer7	Disponibilizar as notícias e informações sobre políticas públicas.	(Parreiras et al., 2004).
PSer8	Permitir o agendamento de consultas, verificar as agendas já efetuadas.	(B. R. Freitas & Oliveira, 2015).
PSer9	Permitir a consulta a dados cadastrais, dos pacientes, acesso à legislação e a programas de saúde.	(Silva Filho & Perez, 2004; Torres et al., 2006; Tripathi, 2007).
PSer10	Permitir a obtenção eletrônica de documentos da saúde, como: fichas e formulários.	(Chahin et al., 2004; Torres et al., 2006).
PSer11	Permitir o registro do cidadão e/ou empresa para serviços <i>online</i> .	(Holzer & Kim, 2005).
PSer12	Conceder registros ou permissões, como laudos e atestados.	(Holzer & Kim, 2005; Torres et al., 2006).
PSer13	Possuir um mecanismo de compras eletrônicas mediante a realização de leilões <i>on-line</i> – pregão eletrônico - que consiste em um pregão via internet para negociações, automáticas e abertas, entre os consórcios, os compradores e os fornecedores do setor privado.	(Chahin et al., 2004; Fernandes, 2004); Knight & Fernandes, 2006; Parreiras et al.; 2004; Sanchez; 2005).
PSer14	Publicar os editais de abertura de licitações e seus respectivos resultados.	(Knight & Fernandes, 2006).

Nota. Fonte: Adaptado de “*Estudo das práticas de governança eletrônica: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão dos estados brasileiros*”, de G. R. de Mello, 2009.

2.5.3 Práticas de participação cidadã

As práticas de participação cidadã referem-se à participação dos usuários em contatar com os gestores para discutir os problemas, planejamentos, recebendo o retorno dos gestores e assessores, propondo sugestões e críticas. (Mello, 2009). Segundo (Freitas & Luft, 2014), os órgãos públicos têm adotado cada vez mais a internet para disponibilizar as informações e serviços, promovendo a participação cidadã, na busca da boa governança.

Nesse sentido, Medeiros (2004) descreve que as implementações das políticas públicas ganhariam maior importância à medida que governo eletrônico e sociedade da informação passassem a fazer parte de uma ampla agenda política de discussões. Espera-se que os cidadãos tenham o direito de conhecer os atos da gestão pública e efetuar um debate, de modo que tenham a compreensão dos atos realizados, tendo em vista que os gestores representam o povo pelo poder a eles confiado (Cruz et al., 2009). Ruediger (2002) apontou para a possibilidade de estender o acesso ao governo de forma universalizada, aumentando de forma qualitativa a interação, proporcionando a *accountability* e interlocução entre decisores e cidadãos.

As práticas de participação cidadã foram adaptadas do modelo proposto por Mello (2009), definidas pela sigla PPC, totalizando 10 variáveis de acordo com o Quadro 7.

Quadro 7. Práticas de participação cidadã

Variáveis	Práticas	Fontes
PPC1	Possuir um boletim informativo <i>on-line</i> .	(Holzer & Kim, 2005).
PPC2	Disponibilizar informações de governança.	(Holzer & Kim, 2005).
PPC3	Disponibilizar um <i>e-mail</i> para contato, com a descrição da política adotada de resposta, começando com o tempo e a data de recepção, o prazo estimado para a resposta, o que fazer se a resposta não for recebida e uma cópia da sua mensagem original.	(Clift, 2003; Holzer & Kim, 2005; Navarro et al., 2007).
PPC4	Disponibilizar um quadro de anúncios, bate-papo, fórum de discussão, grupos de discussão, <i>chats</i> etc., para discutir questões políticas, econômicas e sociais, com os gestores eleitos, órgãos específicos, especialistas etc., facilitando o diálogo entre governo e cidadãos, com verdadeira possibilidade de participação.	(Braga, 2007; Bertot & Jaeger, 2008; Chahin et al., 2004; Clift, 2003; Eisenberg, 2004; Holzer & Kim, 2005; Knight & Fernandes, 2006; Navarro et al., 2007; Panzardi et al., 2002; Parreiras et al. 2004; Rose, 2004).
PPC5	Disponibilizar a agenda de reuniões ou calendário das discussões públicas, incluindo o tempo, lugar, agenda e informações sobre os depoimentos dos cidadãos, participação, observação ou opções.	(Clift, 2003; Holzer & Kim, 2005; Navarro et al., 2007).

Continua

Continuação

Quadro 7. Práticas de participação cidadã

Variáveis	Práticas	Fontes
PPC6	Fazer pesquisas ou sondagens, breves ou mais detalhadas, de satisfação, opinião, manifestação de preferências e sugestões, para verificar a percepção do cidadão quanto aos serviços prestados e à própria estrutura de governança eletrônica.	(Bertot & Jaeger, 2008; Clift, 2003; Holzer & Kim, 2005).
PPC7	Disponibilizar um canal específico para encaminhamento de denúncias.	(Knight & Fernandes, 2006).
PPC8	Disponibilizar informações biográficas, <i>e-mail</i> , telefone, fotografia, endereço para contato com os gestores eleitos e membros do consórcio.	(Torres et al., 2006).
PPC9	Disponibilizar a estrutura e as funções do consórcio.	(Torres et al., 2006).
PPC10	Disponibilizar um <i>link</i> específico para “democracia” ou “participação cidadã” na página principal do seu <i>site</i> , que o leva a uma seção especial, detalhando a finalidade e missão das unidades públicas, os decisores de alto nível, permitindo ligações com a legislação, orçamento e outros detalhes de informação de <i>accountability</i> .	(Clift, 2003).

Nota. Fonte: Adaptado de “*Estudo das práticas de governança eletrônica: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão dos estados brasileiros*”, de G. R. de Mello, 2009.

2.5.4 Práticas de privacidade e segurança

As práticas de privacidade correspondem às políticas de revelação, confidência e privacidade e, também, o direito do acesso a determinados arquivos e documentos, com definição dos papéis e responsabilidades (Laia, 2009). No estudo de Holzer e Kim (2005), foi identificado que, além do governo municipal, as políticas de privacidade e segurança foram identificadas em agencias e organizações do terceiro setor, nas quais os usuários tinham condições de analisar seus registros e contestar as informações.

Mello (2009) propôs no seu estudo dois grupos para essas práticas: o primeiro refere-se às políticas de privacidade, que devem oferecer condições para os usuários reverem dados pessoais e contestar registros incompletos ou errados e ainda fornecer formas de limitar o acesso de dados, fazer denúncias, etc.; o segundo grupo refere-se à autenticação dos usuários em áreas restritas, podendo ser efetuadas por meio de senhas e ou assinaturas digitais, nos casos de acesso às informações não públicas.

A certificação digital precisa ser adotada pelos governos na implementação do governo eletrônico, garantindo assim a segurança, privacidade e o sigilo aos cidadãos conforme determina a legislação brasileira e ainda tem o caráter de legitimar a relação entre instituição e cidadão (Medeiros, 2004).

As práticas de privacidade e segurança foram adaptadas do modelo proposto por Mello (2009), definidas pela sigla PPS, totalizando 08 variáveis de acordo com o Quadro 8.

Quadro 8. Práticas de privacidade e segurança

Variáveis	Práticas	Fontes
PPS1	Declarar a política de privacidade no <i>site</i> , descrevendo os tipos de informações recolhidas e as políticas de utilização e partilha das informações pessoais, identificando os coletores das informações, disponível em todas as páginas que aceitam os dados e com a data em que a política de privacidade foi revisada.	(Bonett, 2004; Holzer & Kim, 2005; Parreiras et al., 2004; Schuele, 2005).
PPS2	Permitir diminuir a divulgação de informações pessoais, dispondo da possibilidade de entrar e sair do fornecimento das informações.	(Holzer & Kim, 2005; Schuele, 2005).
PPS3	Permitir que o usuário revise os dados pessoais e conteste os registros de informações incompletas ou erradas.	(Holzer & Kim, 2005; Schuele, 2005).
PPS4	Informar as práticas antes de qualquer informação pessoal ser coletada, evidenciando a entidade que está obtendo a informação, o propósito do recolhimento, potenciais recebedores, natureza da informação, meios de coleta, se as informações são voluntárias ou obrigatórias e consequência do não fornecimento.	(Schuele, 2005).
PPS5	Limitar o acesso de dados e garantir que não será utilizado para fins não autorizados, utilizando senhas e criptografia de dados sensíveis e procedimentos de auditoria.	(Holzer & Kim, 2005; Manber et al., 2000).
PPS6	Disponibilizar um endereço de contato, telefone e/ou <i>e-mail</i> , específicos para denúncias, críticas etc., sobre a política de privacidade e segurança.	(Holzer & Kim, 2005).
PPS7	Permitir o acesso a informações públicas por meio de uma área restrita que exija senha e/ou registro, como o uso de assinatura digital para identificar os usuários.	(Chahin et al., 2004; Hayat et al., 2005; Holzer & Kim 2005).
PPS8	Permitir o acesso a informações não públicas para os servidores mediante uma área restrita que exija senha e/ou registro.	(Holzer & Kim, 2005).

Nota. Fonte: Adaptado de “*Estudo das práticas de governança eletrônica: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão dos estados brasileiros*”, de G. R. de Mello, 2009.

2.5.5 Práticas de usabilidade e acessibilidade

As práticas de usabilidade e acessibilidade envolvem as formas de acesso das *websites* como as formas de apresentação e ferramentas de pesquisas, contendo rótulos em campos alinhados, permitindo os acessos por teclas “tab” e condução do cursor ao primeiro campo (Holzer & Kim, 2005). Segundo Zago e Mello (2016) as páginas da web precisam de alternativas para o acesso de pessoas com necessidades especiais, determinação de um público alvo e mecanismos de busca e pesquisa.

As práticas de usabilidade e acessibilidade foram adaptadas do modelo proposto por Mello (2009), definidas pela sigla PUA, totalizando 19 variáveis de acordo com o Quadro 9.

Quadro 9. Práticas de usabilidade e acessibilidade

Variáveis	Práticas	Fontes
PUA1	O tamanho da <i>homepage</i> (página inicial do <i>site</i>) deve ter no máximo dois comprimentos da tela.	(Holzer & Kim, 2005).
PUA2	Determinar o público-alvo do <i>site</i> , com canais personalizados para grupos específicos, como cidadãos, empresas ou outros órgãos públicos.	(Holzer & Kim, 2005).
PUA3	A barra de navegação deve ter os itens agrupados na área de navegação, termos claros utilizados para definir as opções de navegação de categorias, ícones de navegação de reconhecimento imediato da classe de itens, <i>links</i> identificados etc.	(Holzer & Kim, 2005; Parreiras et al., 2004).
PUA4	Fornecer <i>links clicáveis</i> para a página inicial em todas as páginas, para os departamentos do consórcio e para <i>sites</i> relacionados fora do consórcio.	(Holliday, 2002; Holzer & Kim, 2005; Navarro et al., 2007).
PUA5	Disponibilizar, na página principal, um mapa do <i>site</i> ou esboço de todos os <i>sites</i> .	(Braga, 2007; Holzer & Kim 2005; Parreiras et al., 2004; Torres et al., 2006).
PUA6	As páginas devem ser constituídas com cores padrão e consistentes, com a adequação de estilos de fonte, formatação de texto, visibilidade dos elementos, critério para uso de logotipos etc.	(Holzer & Kim, 2005; Parreiras et al., 2004).
PUA7	Os textos devem estar sublinhados indicando os <i>links</i> .	(Holzer & Kim, 2005).
PUA8	Disponibilizar a data da última atualização das páginas.	Vilella (2003); Holzer e Kim (2005).
PUA9	Fornecer um <i>link</i> para informações sobre o consórcio, com a possibilidade de contato, com endereço, telefone, fax ou <i>e-mail</i> .	Holliday (2002); Braga (2007).
PUA10	Disponibilizar versões alternativas de documentos longos, como arquivos em pdf, doc ou xls.	(Holzer & Kim, 2005).
PUA11	Permitir que os campos dos formulários sejam acessíveis por meio das teclas ou do cursor; identificando, claramente, aqueles com preenchimentos obrigatórios; fazendo com que a ordem das guias dos campos seja lógica, ou seja, com o toque na tecla “tab” passa para o próximo campo.	(Holzer & Kim, 2005).
PUA12	Disponibilizar informações de como identificar e corrigir erros submetidos.	(Holzer & Kim, 2005; Torres et al., 2006).
PUA13	Dispor de um <i>site</i> de busca ou um <i>link</i> no próprio <i>site</i> do consórcio.	(Torres et al., 2006).
PUA14	Dispor de seu próprio mecanismo de pesquisa, permitindo que as pesquisas sejam feitas de forma específica, por secretaria, em todo o <i>site</i> etc.; com recursos de pesquisas avançados, como a utilização de palavras, frases exatas, combinação etc.; com capacidade para classificar os resultados da pesquisa por relevância ou outros critérios.	(Braga, 2007; Holliday, 2002; Holzer & Kim, 2005; Navarro et al., 2007; Parreiras et al., 2004; Shi, 2007).
PUA15	Disponibilizar um mecanismo de acesso aos portadores de necessidades especiais.	(Holzer & Kim, 2005).
PUA16	Disponibilizar os conteúdos do <i>site</i> em mais de um idioma.	Vilella (2003); Holzer e Kim (2005).
PUA17	Apresentar os textos escritos com fontes e cores adequadas.	(Shi, 2007).
PUA18	Disponibilizar os conteúdos de áudio com transcrições escritas e/ou legendas.	(Shi, 2007).
PUA19	Permitir o acesso ao <i>site</i> e seus conteúdos por meio do teclado do computador.	(Shi, 2007).

Nota. Fonte: Adaptado de “*Estudo das práticas de governança eletrônica: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão dos estados brasileiros*”, de G. R. de Mello, 2009.

2.6 TEORIA DE BASE

Este estudo buscou avaliar as *Websites* dos consórcios intermunicipais de saúde e verificar o nível de governança eletrônica, bem como a participação cidadã dos usuários do SUS. A governança eletrônica está relacionada às teorias de base como: a teoria de agência, teoria da escolha pública, teoria dos custos de transação (Mello, 2009).

2.6.1 Antecedentes da teoria da agência

A teoria da agência teve origem no século XVII, conforme Figura 3, com a obra *The Wealth of Nations*, do filósofo economista Adam Smith em 1776, que pensava sobre a ordem social, com brilhantes explicações sobre fenômenos coletivos. Segundo Jensen & Meckling (1976), o autor demonstrou os custos referentes à separação entre posse e controle, contribuindo para a teoria da agência.

Em 1924, o economista e sociólogo Thorstein Bunde Veblen, considerado um dos pioneiros da economia institucional, foi importante para os estudos subjacentes à firma pela teoria econômica, proporcionando a suplantação do ambiente competitivo, por meio de técnicas e processos, nos quais a corporação busca a riqueza para o proprietário ausente (Camargos & Coutinho, 2008).

A separação entre propriedade e o controle também foi objeto de análise de Berle em 1932, discutindo sobre os conselhos de administração e sua capacidade de gerir as organizações (Rossoni & Silva, 2010).

O estudo de Coase (1937) foi o pioneiro sobre os direitos de propriedade, sendo ampliado por Alchian (1965), Alchian e Demsetz (1972) entre outros, abordando as especificações dos direitos individuais, definindo custos e recompensas a serem distribuídas (Jensen & Meckling, 1976).

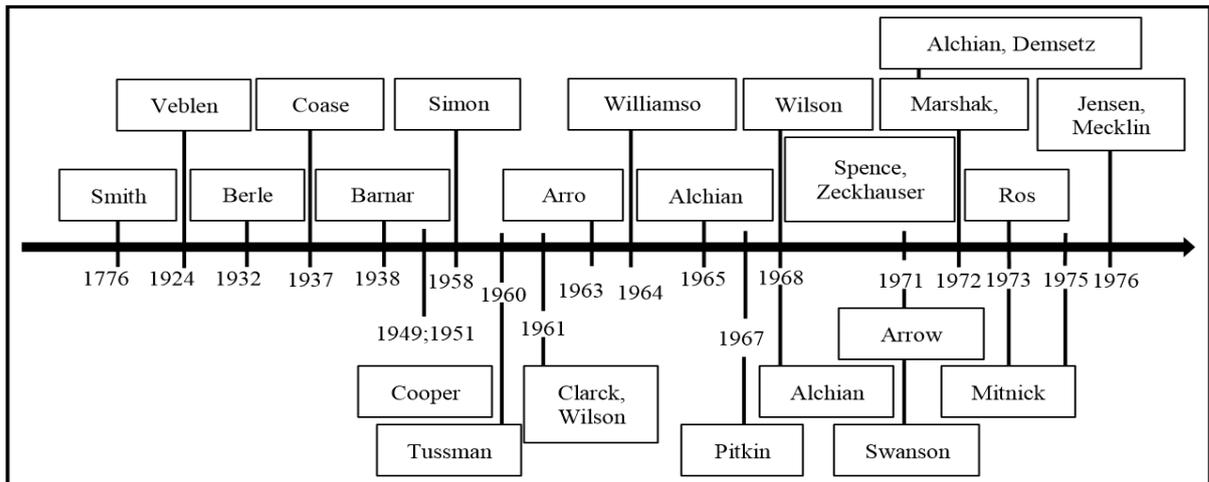


Figura 5. Trajetória da Teoria da Agência

Fonte: De “*Relação da estrutura de propriedade e da composição de Board of Directors com o desempenho de empresas brasileiras*”, de D. G. Dal Vesco, 2013, p. 43.

2.6.2 Teoria da agência

A teoria da agência busca analisar as relações entre os participantes de um sistema, no qual o controle e a gestão são designados a pessoas distintas e, com isso, pode haver conflitos entres esses indivíduos (Arruda et al., 2008). Segundo Eisenhardt (1989), a teoria da agência procura explicar dois problemas em decorrência da relação agência: o primeiro surge dos interesses do principal e do agente, tendo custos para monitorar as ações; o segundo problema está relacionado às atitudes diferentes entre o principal e o agente nos momentos de risco.

A relação de agência está entre o principal e o agente, sendo que o principal contrata uma pessoa para gerenciar uma entidade e o agente têm diferentes interesses do principal, resultando em conflitos, ocasionando custos de monitoramento para as entidades, denominados como custo de agência (Jensen & Meckling, 1976).

2.6.2.1 Conflitos de agência

O tamanho das empresas, o aumento da diversidade de atividades e a necessidade de ampliar os investimentos contribuíram para a abertura do capital. Com isso, o direito de propriedade foi distribuído em vários sócios, surgindo os conflitos de agência (Camargos & Coutinho, 2008).

Segundo Lampert (2001), existem algumas razões para os conflitos, como a aversão ao agente, desvios de recursos para o privado pelo agente para satisfazer seus consumos e o horizonte temporal, o que significa o agente estar preocupado com suas ações momentâneas e não com ações de longo prazo da entidade (Lampert, 2001). A relação entre colaboradores da empresa pode ser considerado como uma forma conflito de agência e pode prejudicar os objetivos do principal (Kimura, Lintz, & Suen, 1998).

Nos consórcios intermunicipais, o conflito de agência também é evidente, principalmente entre os associados (Freitas & Oliveira, 2015). Conforme Gerigk e Pessali (2014), os consórcios paranaenses são fóruns de decisões coletivas com conflitos de interesse, os quais podem fragilizar o funcionamento. Contudo, esses conflitos são superados no sentido de cooperação. Os conflitos de agência conduzem para a existência de custos para monitoramento do comportamento dos administradores e as perdas residuais (Arruda et al., 2008).

2.6.2.2 Custos de agência

Os custos de agência são oriundos do conflito de agência, definido como o monitoramento por parte do principal, despesas com garantias contratuais, por parte do agente, e custo residual, os quais acontecem inevitavelmente, em qualquer relação contratual (Jensen & Meckling, 1976). Pode-se verificar que os custos de agência sempre vão existir e não podem ser eliminados completamente (Correia & Amaral, 2008).

Os custos de agência também surgem em qualquer situação que envolva esforços cooperativos, entre duas ou mais pessoas, independentemente de haver uma relação entre principal e agente (Jensen & Meckling, 1976). Para entender os problemas de agência, é necessário entender que os contratos precisam suportar os custos (Correia & Amaral, 2008).

Os contratos existem se há concordância em conceder algum fator de produção do mercado, em que há custos de contratação. Nesse sentido, Coase (1937) introduziu os custos de transação, nos quais as firmas surgem para minimizar esses custos para obtenção de bens e serviços diretamente do mercado. Como a firma é um complexo de contratos, precisa considerar a assimetria informacional e os riscos morais.

Com isso, a teoria da agencia busca analisar as relações internas e externas e atua para delimitar um conjunto de ajustes viáveis entre o principal e o agente, buscando minimizar a assimetria informacional (Arruda et al., 2008). As preocupações se concentram nas

modelagens dos contratos e seus efeitos, como as estruturas de preferência, incertezas e informações do ambiente (Correia & Amaral, 2008).

Segundo Mello (2009, p. 126), “os custos de transação podem ser reduzidos e serviços públicos tornarem-se mais acessíveis. Isso tudo pode melhorar a relação entre o principal (cidadão) e o agente (gestor) e, ainda, minimizar os problemas relacionados com as escolhas públicas”.

2.6.2.3 Assimetria informacional

A assimetria informacional é caracterizada quando uma das partes envolvidas com a instituição não possui as informações necessárias para averiguar os contratos (Arruda et al., 2008). Outro problema relacionado à assimetria de informação ocorre entre os proprietários e os gestores, em que os gestores detêm um número maior de informações (Cavalcante & Luca, 2013).

O comportamento individual ou dos administradores depende da natureza dos contratos e o volume dos custos de agência depende da natureza do monitoramento das preferências dos administradores, o que origina as assimetrias informacionais (Jensen & Meckling, 1976).

Para minimizar a assimetria informacional entre a empresa e os diversos agentes envolvidos, surgem as boas práticas de governança nas instituições, como a transparência, a qual aumenta a credibilidade dos dados e tentará reduzir os custos de capital (Vieira & Mendes, 2004). Segundo Mello (2009), a assimetria informacional ocorre entre o gestor público (agente) e o cidadão (principal), porque nem sempre a decisão do gestor será correta.

O complexo sistema de saúde brasileiro é formatado por diversas formas de contratos, para atender aos usuários, caracterizado por conflitos de interesse e poder, podendo ser analisados sob a ótica da teoria da agência (Sato, 2007).

Os consórcios intermunicipais de saúde, que são instituídos por meio de contratos, têm como objetivo oferecer serviços para os usuários do SUS dos diferentes municípios. Ocorre que pode haver distintos interesses dos municípios, o que gera conflitos de agência. Uma solução é observar e analisar esses interesses à luz da teoria da agência

Nesse sentido, a governança tem o papel importante de monitorar as relações existentes e tentar minimizar as discrepâncias, com o auxílio da controladoria que tem o objetivo de avaliar o desempenho da firma (Arruda et al., 2008).

2.6.3 Antecedentes da teoria da escolha pública

A teoria da escolha pública teve origem no século XVIII com o estadista, filósofo e matemático, Marquês de Condorcet, que descobriu paradoxo do voto, o qual foi aprimorado no século XIX pelo escritor e professor de matemática inglês Lewis Carrol (P. T. Pereira, 1997).

O pioneiro da teoria da escolha pública foi Joseph Schumpeter com a obra “*Capitalism, Socialism and democracy*” em 1942. O ganhador do prêmio Nobel Kenneth Arrow aprimorou e trouxe mais rigor a essa teoria em 1951 (Samuelson & Nordhaus, 2012, p. 273).

Em 1957, a teoria da escolha pública começou uma nova escola a parte da economia neoclássica, com o estudo de Anthony Downs, denominado “*An economic theory of democracy*” por meio de ferramentas da microeconomia e da teoria dos jogos (Borges, 2001). Segundo Samuelson & Nordhaus (2012), Downs demonstrou que os políticos desenvolvem suas ações no sentido de serem reeleitos, sugerindo que os partidos se movem para o centro político em virtude da disputa eleitoral.

No ano de 1958, Duncan Black desenvolveu um estudo sobre a análise das preferências da comunidade, defendendo que o indivíduo pode ser representado pela sua preferência com processo democrático e qualificado, em que certos agentes adquirem poder em nome de outros (Schwanka, 2014).

O estudo “*The Calculus of Consent*”, dos autores James Buchanan e Gordon Tullock de 1959, defendeu o controle e o equilíbrio, em que uma decisão aprovada com a unanimidade dos votos não representaria uma ação coercitiva (Samuelson & Nordhaus, 2012).

Em 1962, o estudo de William Riker defendeu que a democracia é não somente um método, mas um ideal. Buscou analisar qual é o método adequado para se alcançar um ideal (P. T. Pereira, 1997).

Para concluir a trajetória sobre a teoria da escolha pública, Mancur, em 1965, propõe uma visão sobre a atuação do indivíduo, defendendo que eles são membros de diferentes grupos e se organizam em detrimento de um bem comum, deixando de atuar de forma isolada, tornando-se um fator preponderante que não pode ser desprezado. Essa contribuição dos indivíduos, porém, é necessária ser vista pelo viés de uma análise de custo-benefício (Schwanka, 2014).

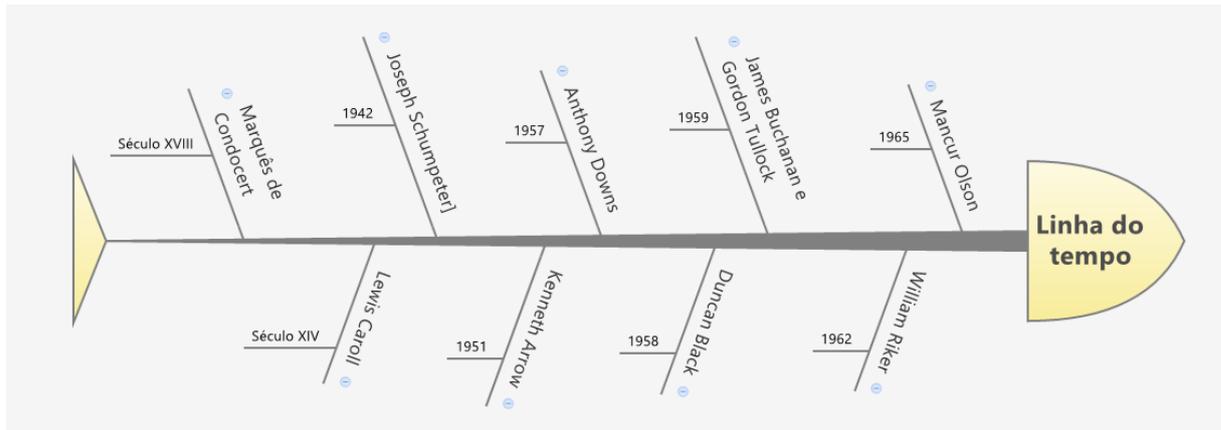


Figura 6. Linha do tempo da teoria da escolha pública

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos estudos de Pereira (1997) e Samuelson e Nordhaus (2012).

2.6.4 Teoria da Escolha Pública

A teoria da escolha pública teve início no século XVIII com estudos do estadista, filósofo e matemático francês, Marquês de Condorcet, com a descoberta do paradoxo do voto, e foi aprimorada no século XIX, pelo escritor e professor, Lewis Carroll. Nas décadas de 50 e 60, os trabalhos de Duncan Black (1958), James Buchanan e Gordon Tullock (1962), Mancur Olson (1965), Kenneth Arrow (1951), Anthony Downs (1957) e William Riker (1962) contribuíram para o aprimoramento dessa teoria (P. T. Pereira, 1997).

Segundo Samuelson & Nordhaus (2012), a teoria da escolha pública é um ramo da economia e da ciência política que visa a estudar a forma como os governos tomam suas decisões, examinando os diferentes tipos de mecanismos de eleição, principalmente nas eleições em que não existe nenhum mecanismo adequado para transformar as preferências individuais em escolhas públicas.

Essa teoria veio para classificar os fracassos do governo e os limites de intervenção do Estado, aproveitada por neoliberais que defendem uma menor intervenção do Estado na economia (P. T. Pereira, 1997).

A teoria da escolha pública é legatária da democracia e das finanças públicas, identificado por economistas na mudança de monarquias absolutistas para monarquias ou repúblicas constitucionais, com a ação de parlamentos que exercem certo controle sobre as ações dos executivos (P. T. Pereira, 1997). Porém essas ações, mesmo que governamentais, existem com o objetivo de garantir os seus objetivos pessoais, ou seja, ganhar as eleições (Borges, 2001).

Estudiosos da teoria da escolha pública descrevem que os grupos de interesse buscam a sua maximização, exercem pressão para influenciar os governantes para tomar decisões e aprovar legislação que os beneficie (Gorga, 2004). Nesse sentido, Borges (2001) descreveu que, no modelo elaborado por Anthony Downs, os políticos agem para obter rendas, poder e prestígio, apoderando-se do Estado por meio de processos eleitorais.

A teoria tem sua abordagem processual, devido às formas de escolhas coletivas nos processos políticos, que resultam nas preferências dos agentes envolvidos nos parlamentos e as regras estabelecidas (P. T. Pereira, 1997).

No momento das escolhas, os representantes são avaliados pelos seus cidadãos de acordo com o seu retrospecto, mas a assimetria informacional é muito grande, fragilizando as eleições e dificultando a responsabilização dos governantes (Laia, 2009). O processo político não é perfeito. Os eleitores podem ser ignorantes, desinteressados e manipuláveis, não emitindo a verdadeira opinião pública e as políticas podem funcionar em favor de segmentos sociais organizados e com renda, para garantir apoios como voto e recursos materiais (Borges, 2001).

2.6.5 Antecedentes da teoria dos custos de transação

A nova Economia institucional – NEI – surgiu para suprir as deficiências da teoria neoclássica, enfatizando a cooperação e o ambiente normativo em que a firma está inserida. Após novos conceitos sobre o realismo e as descrições dos fenômenos econômicos para explicar a evolução institucional, surgiu uma corrente teórica que contribuiu para o desenvolvimento da teoria da firma (Silva Filho, 2006).

Conforme Figura 7, Commons (1931) iniciou a discussão sobre custos de transação no estudo sobre a *Institutional Economics*. Williamson atribuiu a este estudo a utilização da transação como unidade de análise (Ferreira, Gonçalves, Pedrozo, & Takitane, 2005).

A natureza da firma foi tratada por Coase (1937), introduzindo o conceito de custo de transação, porque as firmas surgem para minimizar os custos e obter produtos diretamente no mercado (Silva Filho, 2006). Esse estudo trouxe os modos de mercado e a hierarquia, como alternativas de organização das atividades econômicas, definindo que a firma completa possui curvas diferentes de custos na produção (Balestrin & Arbage, 2007).

O estudo de Alchian (1969), "Information Costs, Pricing and Resource Unemployment," contribuiu para estimular os custos de transação e ainda os estudos de

Alchian e Demsetz (1972) tiveram um caráter seminal na compreensão dos problemas de governança estipulando sistemas de incentivos para minimizar o oportunismos dos agentes (Carvalho & Bordeaux-Rêgo, 2010).

A principal referência dos custos de transação é Williamson (1971, 1975, 1979, 1985, 1991, 1993, 1996), ao comentar o trabalho de Coase (1937), definindo que os custos de transação estão intimamente associados à racionalidade limitada e ao oportunismo, ambos inerentes à organização econômica. (Ferreira et al., 2005).

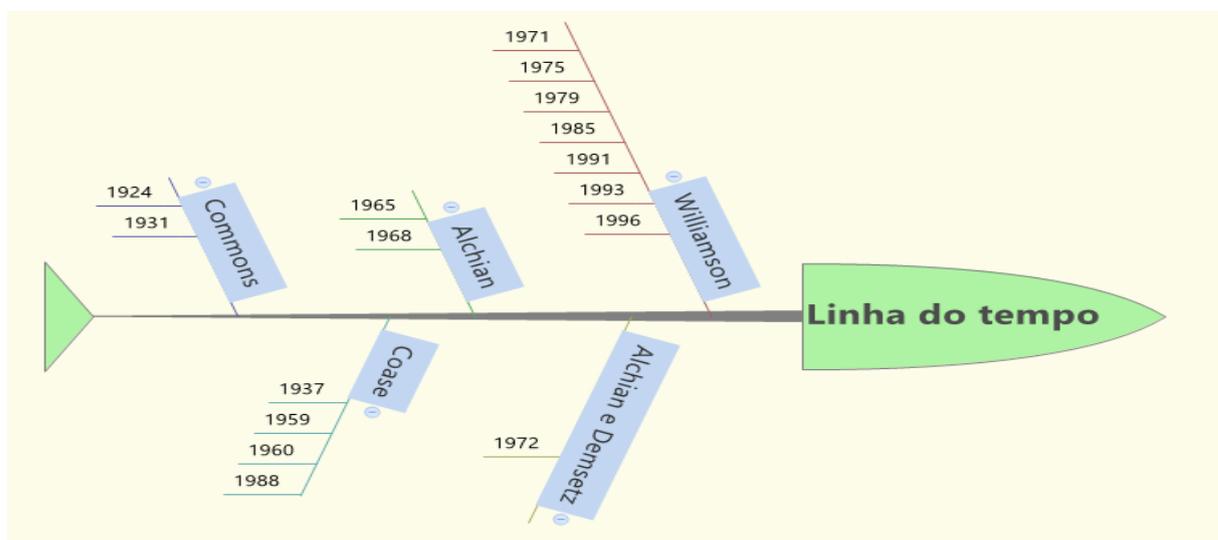


Figura 7. Linha do tempo da teoria dos custos de transação

Nota: Elaborado pelo autor com base em "Relação da estrutura de propriedade e da composição de Board of Directors com o desempenho de empresas brasileiras", de D. G Dal Vesco, 2013, e em "A economia dos custos de transação sob uma análise crítica: perspectivas de aplicação no agronegócio, de G. M. V. Ferreira, W. M. Gonçalves, E. A. Pedrozo, & I. C. Takitane, 2005, *Anais do XLII Congresso da Sober*, p. 1-20.

2.6.6 Teoria dos custos de transação

Conforme Williamson (2010), Ronald Coase foi o primeiro a trazer o conceito de custos de transação para os estudos organizacionais em seu clássico sobre "A Natureza da Firma", em 1937. O autor apresentou uma nova perspectiva para o entendimento das estratégias empresariais ao mostrar que existem custos além dos custos de produção, associados ao funcionamento dos mercados: os custos de transação. No entanto, nas décadas de 70 e 80, Williamson impulsiona a questão dos custos de transação dentro da literatura econômica (Arbage, 2004).

Segundo Williamson (1985), os custos das transações referem-se a todos os custos existentes para que uma empresa transacione um bem ou serviço, além dos custos de produção, aprimorando para o termo “Custos de Transação - CT”, o qual (Coase, 1937) definiu como *marketing-costs*.

Para Campos (2013), o custo de uma transação é a consequência de um emaranhado de eventos institucionais resultantes da operação do sistema econômico, sendo que os ativos das empresas seriam mais ou menos adaptáveis e, quanto menos adaptados, maior seria o custo de transação.

A TCT tem como objetivo controlar os direitos de propriedade por meio do alinhamento de estruturas de governanças e os custos de transação são aqueles incorridos para planejar e monitorar as estruturas de governança (Williamson, 1985). Para (Allen, 1999), as pesquisas envolvendo a TCT possuem abordagem teórica na Nova Economia Institucional, porque fornece um quadro teórico e ênfase da capacidade de teste com as tradições institucionais de Veblen e Commons.

Os custos de transação são divididos em: os *custos ex-ante* e os *custos ex-post*. Os custos *ex-ante* são os custos de elaboração e negociação e os *custos ex-post* são o de manutenção de um acordo (Williamson, 1985).

Para o autor, os *custos ex-ante* procuram preparar, negociar e salvaguardar uma transação, via contrato formal ou informal e são classificados em: custos relacionados com a formalização da transação; custos de localização de clientes e fornecedores; custos relacionados com processo de negociação; custos relacionados ao estabelecimento de salvaguardar necessário a qualquer acordo; e custos para ensinar a produzir o que necessita.

Já os *custos ex-post* de monitoramento são ajustamentos e adaptações que resultam quando a execução de uma transação é afetada por falhas, erros, omissões e alterações inesperadas e são classificados em: custos relacionados à má adaptação das transações ao acordo; custos das negociações em que incorrem quando há esforços para corrigir o estabelecimento; custos associados ao estabelecimento e manutenção das estruturas de governança; e custos de manutenção dos compromissos estabelecidos formal ou informalmente (Williamson, 1985).

Os custos de transação incluem os custos diretos, bem como quaisquer ineficiências na produção ou má alocação (Allen, 1999). Esses custos são originados pelas ineficientes transações de determinada organização com o seu mercado, o que ocorre, principalmente, pelas seguintes razões: primeiro, a racionalidade limitada do tomador de decisões frente à incerteza sobre o futuro e segunda, a possibilidade de um comportamento oportunista por

parte de determinados atores econômicos. Logo, a falta de confiança nas relações da empresa com o seu ambiente e a possibilidade de comportamento oportunista por parte de alguns agentes representam questões centrais na geração dos custos de transação (Balestrin & Arbage, 2007).

Há um conjunto de variáveis na TCT que explicam teoricamente a ocorrência dos custos de transação, que são os custos associados à administração do sistema econômico. Essas variáveis são consideradas como categorias analíticas, são racionalidade limitada, frequência da transação e especificidade de ativos (Mesquita, Borges, Sugano, & Santos, 2013).

Segundo Fagundes (1997), os pressupostos básicos que sustentam a teoria dos custos de transação são: a racionalidade limitada dos agentes econômicos e o oportunismo presente nas ações dos agentes econômicos. Tais pressupostos a respeito da competência cognitiva dos agentes econômicos e das suas motivações implicam o surgimento de custos de transações.

Para o autor, na racionalidade, os agentes econômicos são incapazes de antecipadamente prever e estabelecer medidas corretivas para qualquer evento que possa ocorrer quando da futura realização da transação, de modo que as partes envolvidas devem levar em conta as dificuldades derivadas da compatibilização das suas condutas futuras e de garantir que os compromissos sejam honrados dentro da continuidade da sua interação.

De acordo com Williamson (1985), o oportunismo definido como a busca do interesse próprio com malícia, decorre da presença de assimetrias de informação, dando origem a problemas de risco moral e seleção adversa. A emergência potencial de oportunismo *ex-ante* e *ex-post*, isto é, de ações que, através de uma manipulação ou ocultamento de intenções e/ou informações, buscam auferir lucros que alterem a configuração inicial do contrato pode gerar conflitos no âmbito das relações contratuais que regem as transações entre os agentes econômicos nos mercados (Fagundes, 1997).

2.7 MODELO TÉORICO E FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES ORIENTADORAS

Nos estudos quantitativos, os pesquisadores utilizam hipóteses para moldar o foco no objetivo do estudo. São previsões definidas e esperadas na relação entre as variáveis do estudo, que são testadas por meio de procedimentos estatísticos fazendo inferências sobre uma população ou amostra (Creswell, 2010).

No Quadro 10, são apresentados os estudos similares realizados no Brasil sobre o tema de governança eletrônica, para auxiliar na elaboração das hipóteses do estudo.

Quadro 10. Principais estudos sobre a governança eletrônica

Autor	Estudo
(Pessi, 2003).	Buscou avaliar como o Estado se relacionava com a população por meio da internet, destacando o relacionamento entre o governo, o cidadão, o setor privado e o terceiro setor.
(Medeiros, 2004).	Estudou a institucionalização do governo eletrônico no Brasil, demonstrando que a internet pode melhorar a forma do Estado governar, com a introdução de aspectos democráticos e a interação entre o governo e o cidadão. Também descreveu que a tomada de decisão depende da informação disponível, com qualidade e tempestiva.
(A. B. Silva, 2005).	Observou que a governança eletrônica assegura o acesso e participação dos cidadãos de forma individual ou coletiva nas redes governamentais, proporcionando uma interface democrática, por meio da informatização, comunicação de duas vias, transação, integração e participação.
(Chama, 2008).	Analisou o comitê gestor de internet e a importância da internet e a tecnologia para a uma nova configuração da sociedade, que geram informações e demandas de forma instantânea, destacando a internet e a sociedade global; a internet e o indivíduo; a internet no mundo e no Brasil.
(Mello, 2009).	Identificou os principais objetivos para construir as tendências teóricas para a governança eletrônica na gestão pública para minimizar os problemas de agência; reduzir assimetria informacional; minimizar problemas relacionados aos comportamentos dos gestores públicos; redução dos custos de transação; maior transparência; <i>accountability</i> , eficiência nos processos internos. O autor também propôs a mensuração das práticas de governança eletrônica dos websites dos Estados brasileiros.
(Laia, 2009).	Teve como análise o governo eletrônico; descreveu que as políticas de governança eletrônica buscam preencher uma lacuna entre o atendimento do cidadão e a melhoria da eficiência e eficácia do serviço público, com movimentos de transparência e <i>accountability</i> .
(Matheus, 2012).	Analisou como a governança eletrônica poderia oferecer uma resposta do Estado para a melhoria da comunicação e articulação entre governo e a sociedade, promovendo um maior controle social e que a governança diminui os custos de transação e assimetria informação, buscando a <i>accountability</i> e a transparência dos governos para criar instituições fortes e respeitadas.
(B. V. Pereira, 2012).	O estudo analisou a percepção dos gestores de negócio e tecnologia de informação e comunicação na implementação de práticas de governança eletrônica. A autora descreveu estudos que indicam que a governança eletrônica engloba as tecnologias de informação nos processos governamentais para a melhoria dos serviços prestados aos cidadãos. E ainda, apresenta aspectos como <i>accountability</i> , foco no cidadão, integração transversal e transparência integrantes da governança.

Para Mello (2009, p. 126), “A utilização da tecnologia da informação pode aumentar a participação dos cidadãos no processo de governança em todos os níveis, prevendo a possibilidade de discussão on-line e por melhorar o desenvolvimento rápido e eficaz da pressão dos grupos. ”

Assim formulou-se a seguinte hipótese orientadora: o controle social influencia na governança eletrônica.

Espera-se, com a hipótese orientadora confirmada, que os resultados sejam similares aos estudos Laia (2009), Mello (2009) e A. B. Silva (2005), os quais indicam que a participação cidadã está relacionada às práticas de boa governança, como a democracia, transparência, informações de via dupla, melhorando os índices de governança eletrônica. E caso a hipótese seja rejeitada, será demonstrando que a atuação do controle social não contribui para o nível de governança eletrônica.

3 MÉTODO E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Este capítulo apresenta os procedimentos metodológicos do estudo como: delineamento da pesquisa, amostra, constructo da pesquisa, procedimentos de coleta dos dados, procedimentos e análise de dados, limitações dos métodos e técnicas de pesquisa.

As pesquisas científicas precisam de esboços para demonstrar e orientar na montagem de questionários, roteiros para entrevistas, escalas, opiniões e ainda dar indicações sobre o tempo e o material a ser utilizado (Marconi & Lakatos, 2010).

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Quanto aos procedimentos metodológicos desta dissertação, utilizamos o método hipotético dedutivo, por meio do qual a pesquisa tem um problema e se procura uma solução. O propósito é explicar o conteúdo das premissas, sendo que, se as premissas são verdadeiras, a conclusão deve ser verdadeira (Marconi & Lakatos, 2010).

Marconi & Lakatos (2010) apresentam um modelo para o processo dedutivo segundo *Pooper*. Esse processo divide-se em três fases: a primeira, na qual o problema surge geralmente de conflitos ante expectativas e teorias existentes; a segunda, em que uma solução é proposta consistindo em uma conjectura (nova teoria) e dedução de consequências na forma de proposições passíveis de teste; e a terceira fase, que apresenta os testes de falseamento, que são tentativas de refutação, por meios de observação e experimentação.

Quanto ao problema do estudo, propusemos uma abordagem quantitativa, pela necessidade de mensuração do índice de governança eletrônica dos consórcios intermunicipais de saúde e da aplicação de um questionário do controle social com escalas de mensuração, bem como, a utilização de regressão linear.

A pesquisa com abordagem quantitativa se caracteriza pelo emprego de estatístico, tanto para a coleta como o tratamento dos dados. Busca classificar associações entre variáveis, causa e fenômenos e, ainda, quantificar respostas de uma população investigada (Beuren, Longaray, et al., 2013).

No que confere, ao encaminhamento metodológico, primeiro foi feito o levantamento bibliográfico, nas bases de dados nacionais e internacionais sobre três teorias de base: Teoria da agência, Teoria dos Custos de Transação, Teoria da Escolha Pública; e os temas sobre: controladoria, governança pública, governança eletrônica, tecnologias de informação e comunicação, evidenciação contábil (transparência), leis e normas aplicáveis ao setor público, controle social, consórcios intermunicipais de saúde. Na sequência foi elaborada a questão de pesquisa, objetivo geral e específicos, e as formas de coleta e análise dos dados da dissertação conforme a Figura 8.

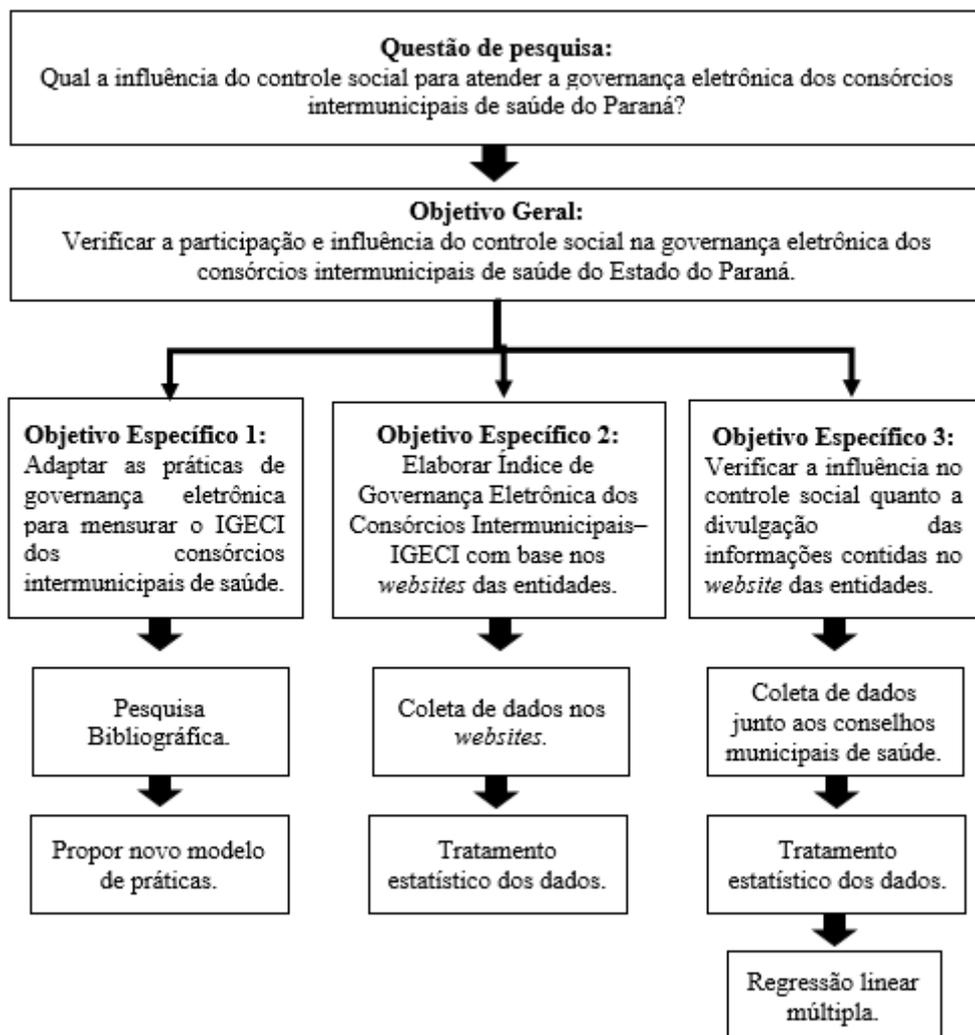


Figura 8. Resumo metodológico

3.2 UNIDADE DE ANÁLISE, POPULAÇÃO E AMOSTRA

As pesquisas sociais abrangem uma população enorme o que faz com que seja praticamente impossível considerá-la na sua totalidade. Portanto é comum trabalhar com uma amostra, ou seja, uma parte dos elementos que compõem o universo (Gil, 2012). O mesmo autor descreve que o pesquisador pode optar entre amostragem probabilística e a não probabilística. A primeira é rigorosa e se baseia em leis e normas; a segunda depende de critérios do pesquisador, não menos importante, porque demanda de critérios para validação dos resultados, porém apresenta algumas vantagens como custo e tempo despendido.

3.2.1 População e amostra dos consórcios

Conforme dados do IBGE (2012), havia 2.228 consórcios intermunicipais de saúde no Brasil em 2011. Dessa forma, é difícil estudar e analisar todos os elementos da amostra. Com isso, a população deste estudo foi delimitada aos 25 consórcios intermunicipais de saúde do Estado do Paraná, por conveniência, devido a sua localidade e dificuldade de obter as informações em outros Estados, principalmente em face de possível deslocamento.

Os consórcios intermunicipais de saúde são responsáveis pelos serviços de especialidades médicas no Estado do Paraná. Conforme Figura 8, é possível verificar a importância desses estabelecimentos uma vez que atingem praticamente toda a população do Estado que necessitam de atendimento médico do SUS – Sistema Único de Saúde (Nicoletto et al., 2005).



Figura 9. Localização dos Consórcios

Fonte: Extraído do *site* da ACISPAR.

A natureza jurídica dos consórcios demonstra como estão constituídos no Estado do Paraná. Pode-se verificar que 80% dos consórcios são consórcios públicos de direito público, 12% são consórcios públicos de direito privado e 8% possuem natureza de associação privada.

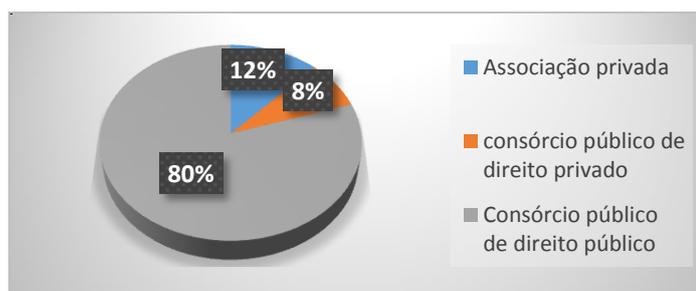


Figura 10. Natureza jurídica dos consórcios

Fonte: Informações obtidas no site da Receita Federal (2016).

A Tabela 1 demonstra abrangência, o número de municípios que compõem os consórcios, a vinculação a regional de saúde e a população assistida.

Tabela 1

Atuação dos consórcios

Sigla	Número de municípios	População assistida	Regional de saúde	Sigla	Número de municípios	População assistida	Regional de saúde
ARSS	27	336.712	8 ^a	CISI	7	114.315	9 ^a
ASSISCOP	6	68.273	5 ^a	CISLIPA	7	Não consta	1 ^a
CIMSAÚDE	17	701.938	3 ^a e 21 ^a	CISMEPAR	21	871.233	17 ^a
CIS 22 ^a R.S.	15	Não consta	22 ^a	CISNOP	21	228.000	18 ^a
CISAMCESPAR	8	104.749	4 ^a	CISNORP	22	277.999	19 ^a
CISAMEIROS	20	154.414	12 ^a	CISOP	25	507.194	10 ^a
CISAMUNPAR	28	260.544	14 ^a	CISVALI	9	165.317	6 ^a
CISAMUSEP	30	712.626	15 ^a	CISVAP	8	67.614	20 ^a
CIS CENTRO OESTE	13	205.454	5 ^a	CISVIR	17	1.323.019	16 ^a
CISCENOP	10	130.000	13 ^a	COMESP	22	1.323.019	2 ^a
CISCOMCAM	25	334.254	11 ^a	CONIMS	13	179.172	7 ^a
CISCOPAR	18	358.677	9 ^a	CIS PARANÁ CENTRO	7	90.000	5 ^a
CISGAP	3	211.534	5 ^a				

Nota. Fonte: Informações obtidas nos websites dos consórcios.

Inicialmente, a população do estudo era de 25 consórcios intermunicipais de saúde. Após análise da atuação e verificação quanto à existência ou não de sites, delimitamos a amostra a 22 consórcios, conforme Quadro 11.

Quadro 11. Amostra dos consórcios intermunicipais de saúde do Estado do Paraná

N	Município	Sigla	Consórcio	Websites
1	Apucarana	CISVIR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região	http://cisvir.com.br
2	Campo Mourão	CISCOMCAM	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão	http://www.ciscomcam.com.br
3	Cascavel	CISOP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná	http://cisop.com.br
4	Cianorte	CISCENOP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Noroeste do Paraná	http://ciscenop.com.br
5	Cornélio Procópio	CISNOP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná	http://www.cisnop.com.br
6	Curitiba	COMESP	Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná	http://www.comespsaude.com.br
7	Francisco Beltrão	ARSS	Associação Regional de Saúde do Sudoeste do Paraná.	http://www.arssparana.com.br
8	Guarapuava	CIS CENTRO OESTE	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Oeste do Paraná	http://www.ciscentrooeste.com.br
9	Irati	CISAMCESPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro Sul do Paraná.	http://www.cisamcespar.org
10	Ivaiporã	CIS 22ª R.S.	Consórcio Intermunicipal 22ª Regional de Saúde.	http://www.cisivaipora.com.br
11	Jacarezinho	CISNORP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro	http://www.cisnorpi.com.br
12	Laranjeiras do Sul	ASSISCOP	Associação Intermunicipal de Saúde do Centro do Paraná.	http://www.assiscop.com.br
13	Londrina	CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranaense	http://www.cismepar.org.br
14	Maringá	CISAMUSEP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense	http://www.cisamusep.org.br
15	Medianeira	CISI	Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu	http://consorciocisi.com.br
16	Paranavaí	CISAMUNPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde	http://www.consorciodesaude.com.br
17	Pato Branco	CONIMS	Consórcio Intermunicipal de Saúde	http://www.conims.com.br
18	Pitanga	CISPARANÁ CENTRO	Consórcio Intermunicipal de Saúde do	http://www.cisparanacentro.com.br

Continua

Continuação

Quadro 11. Amostra dos consórcios intermunicipais de saúde do Estado do Paraná

N	Município	Sigla	Consórcio	Websites
19	Ponta Grossa	CIMSAÚDE	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Campos Gerais.	http://www.cimsaude.org
20	Toledo	CISCOPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná	http://www.ciscopar.com.br
21	Umuarama	CISAMEIROS	Consórcio Intermunicipal de Saúde da 12ª Regional de Saúde	http://www.cisaamerios.com.br
22	União da Vitória	CISVALI	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu	http://www.cisvali.com.br

Fonte: Dados da pesquisa.

Além disso, com a análise preliminar dos consórcios intermunicipais de saúde, houve a necessidade de excluir 03 CIS, conforme Quadro 12:

Quadro 12. Consórcios excluídos da análise

N	Município	Sigla	Consórcio	Websites	Motivo exclusão
1	Colorado	CISVAP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Paranapanema	Não possui <i>site</i> .	Não possui <i>site</i>
2	Paranaguá	CISLIPA	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Litoral do Paraná	http://www.cislipalitoral.com.br	Atendimento somente ao SAMU.
3	Guarapuava	CISGAP	Consórcio Intermunicipal de Saúde Guarapuava/Pinhão	http://cisgap.com.br	Não foi possível identificar no <i>site</i> as atribuições do consórcio.

Fonte: Dados da pesquisa.

O consórcio CISVAP foi excluído porque não possui *site*, inviabilizando a quantificação das práticas de governança eletrônica. O consórcio CISLIPA foi excluído da análise porque foi constituído apenas com a finalidade de atendimento ao SAMU, portanto algumas práticas de governança eletrônica não se aplicam ao mesmo, prejudicando a sua pontuação final. E ainda, o consórcio CIGAP foi excluído porque não foi possível identificar no *site* a sua finalidade e atribuição, com isso, não há como aplicar as práticas de governança eletrônica, prejudicando a sua pontuação final.

3.2.2 População e amostra dos conselhos

O questionário foi aplicado em 22 conselhos municipais de saúde, correspondentes à localização dos consórcios intermunicipais de saúde delimitados no estudo. Após o envio dos

questionários e o pedido da realização da pesquisa, foram excluídos 08 conselhos da análise conforme Tabela 2, totalizando uma amostra de 14 conselhos municipais de saúde avaliados.

Tabela 2
Exclusão dos conselhos

Motivo da exclusão	Quantidade
Não autorizaram a pesquisa	01
Não houve tempo hábil para tramitar a autorização de pesquisa	02
Os conselhos sede não participam dos consórcios	02
Os conselhos não responderam os questionários	02
Número de respondentes insuficientes, não passou pela análise de confiabilidade (Alfa Cronbach)	01
Total das exclusões	08
Total de conselhos avaliados	14

Após a definição da amostra dos conselhos, a Tabela 3 apresenta o número de respondentes de cada município, totalizando 160 respondentes, os quais serão objetos de análise estatística.

Tabela 3
Número de respondentes

Município	Respondentes
Apucarana	12
Campo Mourão	14
Cascavel	18
Cianorte	12
Cornélio Procópio	2
Guarapuava	12
Irati	9
Laranjeiras do Sul	11
Londrina	16
Maringá	16
Medianeira	15
Paranavaí	5
Toledo	15
União da Vitória	3
Total	160

3.3 CONSTRUCTO DA PESQUISA

Este estudo procura verificar a influência do controle social na governança eletrônica dos consórcios intermunicipais de saúde do Estado do Paraná, para contribuir com as práticas de boa governança e o fortalecimento do controle social.

Os constructos para avaliar o controle social são com o intuito de atingir ao terceiro objetivo específico: verificar a influência no controle social quanto à divulgação das

informações contidas no *website* das entidades. Foi realizado a partir da literatura, conforme destacado no Quadro 13.

Quadro 13. Constructo da pesquisa sobre o controle social

Variáveis	Sub variáveis	Referências	Questões
Perfil do Respondente.	Idade; Sexo; Grau de instrução; renda familiar; e acesso à internet, representação.		Etapa 1
Participação dos conselhos.	Espaço democrático; Compreensão da realidade do município; Participação da sociedade; Avaliação e deliberação sobre ações de saúde.	Wendhausen e Caponi (2002); Silva et al. (2007); Cotta et al. (2011).	1 a 10
Participação dos conselheiros.	Participação nas reuniões; Representação da sociedade; Qualificação dos conselheiros.	Cotta et al. (2009); Gerschman (2004); Cotta et al. (2011); Zanbon e Ogata (2013).	11 a 20
Acompanhamento e fiscalização dos conselhos	Proposição de estratégias; Fiscalização dos serviços; Controle das execuções políticas.	Cotta et al. (2009); Cotta et al. (2011); Zanbon & Ogata (2013).	21 a 32
Acompanhamento e fiscalização dos conselheiros	Proposição de estratégias; Fiscalização das ações do conselho; Fiscalização dos serviços; Ausência de canais de comunicação.	Cotta et al. (2009); Gerschman (2004); Cotta et al. (2011); Zanbon e Ogata (2013).	33 a 42

A partir do levantamento dos constructos retirados da literatura, foi elaborado um questionário, de acordo com a escala *Thurstone*, criada para medir atitudes, utilizando intervalos de valores em cada afirmativa de 0 até 10, o qual encontra-se na seção 3.4.2.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Os dados são indispensáveis para a elaboração de uma pesquisa, para isso, há necessidade de coletá-los por meio de instrumentos e métodos adequados. Nesse sentido, os instrumentos de coleta de dados a serem utilizados dependem do objetivo e do universo que o pesquisador deseja alcançar no seu estudo (Beuren, Longaray et al., 2013).

Nesse sentido, esta seção será dividida em dois momentos: primeiro a forma da coleta dos dados dos consórcios; e segundo, a forma de coleta de dados dos conselheiros municipais de saúde.

3.4.1 Coleta de dados dos consórcios

A coleta de dados estatísticos exige que o pesquisador elabore um plano claro e objetivo, identificando os dados a serem obtidos (Gil, 2012). Nesse sentido, os dados dos

consórcios foram obtidos por meio dos *websites*, como fonte primária, de acordo com as práticas de governança eletrônica, sendo registrados e compilados por meio do *Excel* para identificar o nível de governança eletrônica de cada instituição, através do Índice de Governança Eletrônica dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

3.4.1.1 Estrutura das práticas de governança eletrônica

Para quantificar as práticas de governança eletrônica nesta pesquisa, estabeleceu-se uma escala de referência de 0 a 3 conforme Quadro 14, proposta no estudo de Mello (2009).

Quadro 14. Escala de referência

Escala	Descrição
0	Prática não identificada.
1	Existem algumas informações sobre a prática.
2	A prática está implantada, mas de maneira incompleta.
3	A prática está totalmente implantada.

Fonte: Em “*Estudo das práticas de governança eletrônica: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão dos estados brasileiros*”, de G. R. de Mello, 2009.

Para mensurar as práticas de governança eletrônica dos consórcios, foram definidos 5 subgrupos: PCon, Pser, PPC, PPS e PUA, e fixado os escores possíveis para cada variável.

Quadro 15. Resumo das variáveis e respectivas escalas

Variáveis	Escala								
PCon1	0-3	PSer1	0-3	PSer14	0-3	PPS3	0-3	PUA8	0-3
PCon2	0-3	PSer2	0-3	PPC1	0-3	PPS4	0-3	PUA9	0-3
PCon3	0-3	PSer3	0-3	PPC2	0-3	PPS5	0-3	PUA10	0-3
PCon4	0-3	PSer4	0-3	PPC3	0-3	PPS6	0-3	PUA11	0-3
PCon5	0-3	PSer5	0-3	PPC4	0-3	PPS7	0-3	PUA12	0-3
PCon6	0-3	PSer6	0-3	PPC5	0-3	PPS8	0-3	PUA13	0-3
PCon7	0-3	PSer7	0-3	PPC6	0-3	PUA1	0-3	PUA14	0-3
PCon8	0-3	PSer8	0-3	PPC7	0-3	PUA2	0-3	PUA15	0-3
PCon9	0-3	PSer9	0-3	PPC8	0-3	PUA3	0-3	PUA16	0-3
PCon10	0-3	PSer10	0-3	PPC9	0-3	PUA4	0-3	PUA17	0-3
PCon11	0-3	PSer11	0-3	PPC10	0-3	PUA5	0-3	PUA18	0-3
PCon12	0-3	PSer12	0-3	PPS1	0-3	PUA6	0-3	PUA19	0-3
PCon13	0-3	PSer13	0-3	PPS2	0-3	PUA7	0-3	-	-

Fonte: Adaptado de “*Estudo das práticas de governança eletrônica: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão dos estados brasileiros*”, de G. R. de Mello, 2009.

3.4.1.2 Procedimentos para elaboração da IGECI

Após a aplicação da escala de referência será mensurado o IGECI considerando os procedimentos identificados na Tabela 4.

Tabela 4
Procedimentos para elaboração do IGECI

Procedimentos	Práticas					Total
	Conteúdo	Serviços	Participação Cidadã	Privacidade e Segurança	Usabilidade e Acessibilidade	
Peso igual entre os subgrupos (a)	20	20	20	20	20	100
Número de práticas por subgrupo (b)	13	14	10	8	19	64
Pontuação de cada prática dentro do subgrupo (a/b)	1,538	1,428	2,000	2,500	1,053	
Práticas com respostas 0	0	0	0	0	0	
Pontuação para resposta 1	0,513	0,4762	0,667	0,833	0,351	
Pontuação para resposta 2	1,026	0,9524	1,333	1,667	0,702	
Pontuação para resposta 3	1,538	1,428	2,000	2,500	1,053	

Nota. Fonte: Adaptado de “Electronic Governance Index of Brazilian States (2009): within the Executive Branch.”, de G. R. de Mello & V. Slomski, 2010, em *Journal of Information Systems and Technology Management*, 7(2), doi:10.4301/S1807-17752010000200007

Para aplicação do IGECI, foi adaptada a equação proposta no estudo de Mello (2009) representada pela seguinte equação matemática.

$$IGECI = \sum_{j=1}^5 \sum_{i=1}^{Nj} P_i(E) \quad (\text{equação 1})$$

Em que:

C = Consórcios intermunicipais de saúde;

j = subgrupos de práticas;

Nj = número de práticas do tipo j;

1
 $P_i(E) = \text{Peso } P_{Coni} \text{ do Consórcio } E; \quad i = 1 \dots, N1) (N1 = 13)$

2
 $P_i(E) = \text{Peso } P_{Seri} \text{ do Consórcio } E; \quad i = 1 \dots, N2) (N2 = 14)$

3
 $P_i(E) = \text{Peso } P_{PCi} \text{ do Consórcio } E; \quad i = 1 \dots, N3) (N3 = 10)$

4
 $P_i(E) = \text{Peso } P_{PSi} \text{ do Consórcio } E; \quad i = 1 \dots, N4) (N4 = 8)$

5
 $P_i(E) = \text{Peso } P_{UAi} \text{ do Consórcio } E; \quad i = 1 \dots, N5) (N5 = 19)$

Para a elaboração dos indicadores das variáveis do estudo, será utilizada a técnica de análise do conteúdo nos websites que permite classificar a informação, dispersa a partir de critérios elaborados previamente.

Após a elaboração do cálculo do IGECI, é aplicada a estatística descritiva, classificando em ordem decrescente a pontuação para identificar o consórcio com a melhor prática de governança eletrônica.

3.4.2 Coleta de dados dos conselhos municipais de saúde

Para a coleta dos dados dos conselhos municipais de saúde, foi aplicado um questionário junto aos conselheiros municipais de saúde vinculados a cada consórcio intermunicipal de saúde, o qual foi enviado de forma eletrônica. Os *Surveys* eletrônicos são os mais populares e baratos, podendo ser coletados em pouco tempo e produzem dados de alta qualidade, porém, pode haver um baixo nível de respondentes (Hair Jr., Badin, Money, & Samouel, 2005). Para Gil (2012), os questionários garantem o anonimato da pessoa, não expõem os pesquisados a influências das opiniões e do aspecto pessoal.

O questionário é um conjunto de perguntas estruturadas para coletar dados dos respondentes, uma ferramenta muito importante para medir características de pessoas, empresas, eventos entre outros. Para obter respostas de alta qualidade, o pesquisador precisa prestar atenção ao tamanho do questionário e a maneira que as perguntas são estruturadas, ordenadas e codificadas (Hair Jr. et al., 2005).

A mensuração do questionário é possível com a utilização de escalas numéricas, as quais possuem números como opção de respostas verbais, frequentemente utilizadas para mensurar conceitos como satisfeito, insatisfeito (Hair Jr. et al., 2005). As escalas foram elaboradas de acordo com o modelo de *Thurstone*, criada para medir atitudes, utilizando intervalos de valores em cada afirmativa de 0 até 10 (Gil, 2012).

Antes de elaborar a coleta de dados foi realizado um pré-teste para averiguar a validade do questionário, com o intuito de garantir que o instrumento esteja isento de falhas e possíveis erros (Marconi & Lakatos, 2010). O pré-teste foi efetuado nos conselhos municipais de saúde nas cidades de Cascavel e Matelândia.

Após o envio dos questionários por meio eletrônico, a taxa de resposta foi considerada baixa. Nesse sentido, foi necessário efetuar o deslocamento pessoal a diversos conselhos para realizar a entrega e aplicação dos questionários, ampliando o número dos respondentes.

3.4.2.1 Procedimentos para avaliar os conselhos municipais de saúde

Para avaliar os conselhos municipais de saúde, foi elaborado o instrumento de pesquisa, constituído por questões que se utilizam de uma escala *Thurstone*, criada para medir atitudes, utilizando intervalos de valores em cada afirmativa de 0 até 10. As questões foram retiradas de pesquisas realizadas anteriormente, por meio da revisão de literatura sobre o controle social, o qual é constituído por 2 etapas.

A primeira etapa é composta por oito questões sobre o perfil dos respondentes, como a idade, município, sexo, regional de saúde, grau de instrução, renda familiar e se o respondente possui acesso à internet. Essas informações permitem uma caracterização sócio demográfica e profissional da amostra. A caracterização da amostra, leva em consideração que características pessoais podem ter relação com a participação cidadã.

A segunda etapa foi dividida em quatro grupos e diz respeito à participação dos conselhos, com 10 questões; participação dos conselheiros, com 10 questões; acompanhamento e fiscalização dos conselhos, com 12 questões; e acompanhamento e fiscalização dos conselheiros, com 10 questões; as quais permitem avaliar o grau dos diferentes tipos participação e atuação dos conselhos e conselheiros.

O primeiro grupo de questões será denominado *Pconselho*, que será o agrupamento de 10 questões, com o objetivo de avaliar a participação, composição e o desenvolvimento do conselho municipal de saúde conforme Quadro 16.

Quadro 16. Questionário referente a participação do conselho

Grupo 1 - Participação do conselho municipal de saúde. – “ <i>Pconselho</i> ”		Autores
1	O conselho municipal representa um espaço democrático.	(Cotta et al., 2011).
2	As escolhas dos representantes do conselho são independentes e democráticas, não existe interferência e ingerência dos gestores.	(Cotta et al., 2011).
3	O conselho municipal possui reuniões periódicas e suficientes para debater a saúde.	(Cotta et al., 2011).
4	As reuniões e os assuntos em pautas do conselho são divulgados com antecedência adequada para análise dos conteúdos.	(Cotta et al., 2011; Zanbon & Ogata, 2013).
5	As matérias (assuntos) são decididas e aprovadas pelo conselho, não há decisões prontas e decididas antecipadamente pelos gestores ou pela mesa diretora.	(Cotta et al., 2009; Cotta et al., 2011; Zanbon & Ogata, 2013).
6	A composição do conselho é adequada (Usuário, Prestador, Trabalhador e Gestor).	(Cotta et al., 2011).
7	O conselho oferece cursos de capacitação suficientes para atender à necessidade dos conselheiros.	(Belini & Moysés, 2010; Cotta et al., 2009; Zanbon & Ogata, 2013).
8	O conselho é respeitado enquanto entidade pelos gestores.	(Zanbon & Ogata, 2013).
9	O conselho é respeitado enquanto entidade pelos prestadores de serviços do SUS.	(Zanbon & Ogata, 2013).
10	As conferências de saúde são realizadas de forma ampla (descentralizada) e participativa, visando a atender todos os segmentos e bairros.	(Wendhausen & Caponi, 2002).

O segundo grupo de questões será denominado *Pconselheiro*, que será o agrupamento de 10 questões, com o objetivo de avaliar a participação, forma de indicação e a qualificação dos conselheiros, conforme Quadro 17.

Quadro 17. Questionário referente a participação dos conselheiros

Grupo 2 - Participação dos conselheiros. “ <i>Pconselheiro</i> ”		Autores
11	Você participa de forma frequente das reuniões do conselho.	(Cotta et al., 2011).
12	Você está preparado para discutir e aprovar assuntos de serviços e gastos em saúde.	(Gerschman, 2004; Cotta et al., 2011; Zarbon & Ogata, 2013).
13	Você participa de forma ativa dos cursos de capacitação promovidos pelo conselho.	(Belini & Moysés, 2010; Cotta et al., 2009; Zarbon & Ogata, 2013).
14	Você é respeitado pelos gestores e prestadores enquanto conselheiro.	(Zarbon & Ogata, 2013).
15	As informações apresentadas pelos gestores são claras e suficientes.	(Coutinho, 2004; Labra & Figueiredo, 2002; Soares & Trincaus, 2006; A. X. da Silva et al., 2007).
16	As informações das instituições (gestores) são de fácil acesso.	(Coutinho, 2004; Labra & Figueiredo, 2002; Soares & Trincaus, 2006; A. X. da Silva et al., 2007).
17	Você é um conselheiro atuante e não tem medo de se prejudicar.	(Cotta et al., 2011).
18	A população tem interesse nas discussões referentes às políticas de saúde.	(Cotta et al., 2011; Silva et al., 2007; Zarbon & Ogata, 2013).
19	A população participa das discussões referentes às políticas de saúde.	(Cotta et al., 2011; Silva et al., 2007; Zarbon & Ogata, 2013).
20	Você participou de forma ativa das conferências de saúde.	(Cotta et al., 2011).

O terceiro grupo de questões será denominado *AFconselho*, que será o agrupamento de 12 questões, com o objetivo de avaliar a fiscalização, acompanhamento e atuação do conselho municipal de saúde, conforme Quadro 18.

Quadro 18. Questionário referente a fiscalização e acompanhamento do conselho

Grupo 3 - Acompanhamento e fiscalização do conselho. “ <i>AFconselho</i> ”		Autores
21	O conselho propõe políticas de saúde.	(Cotta et al., 2009; Cotta et al., 2011).
22	O conselho analisou e discutiu o Plano Municipal de Saúde.	(Cotta et al., 2009; Cotta et al., 2011).
23	O conselho acompanha e fiscaliza o Plano Municipal de saúde.	(Cotta et al., 2009; Cotta et al., 2011).
24	O conselho analisa as prestações de contas referentes às despesas e receitas aplicadas na área da saúde.	(Cotta et al., 2009; Cotta et al., 2011).
25	O conselho fiscaliza se as suas aprovações estão sendo executadas.	(Cotta et al., 2009; Cotta et al., 2011).
26	O conselho avalia os serviços executados pelos prestadores.	(Cotta et al., 2009; Zarbon & Ogata, 2013).
27	O conselho fiscaliza os serviços que estão sendo executados pelos prestadores.	(Zarbon & Ogata, 2013).
28	O conselho analisa as propostas e metas de atendimento do Consórcio Intermunicipal de Saúde.	(Zarbon & Ogata, 2013).
29	O conselho fiscaliza as propostas e metas de atendimento do Consórcio Intermunicipal de Saúde.	(Zarbon & Ogata, 2013).

Continua

Continuação

Quadro 18. Questionário referente a fiscalização e acompanhamento do conselho

Grupo 3 - Acompanhamento e fiscalização do conselho. “ <i>AFconselho</i> ”		Autores
30	O conselho fiscaliza os serviços prestados pelo consórcio intermunicipal de saúde.	(Zanbon & Ogata, 2013).
31	O consórcio intermunicipal de saúde presta contas para o conselho das suas ações, atendimentos e gastos.	((B. R. Freitas & Oliveira, 2015 e Ribeiro & Costa, 2000).
32	As informações dos consórcios são repassadas para o conselho de forma clara e objetiva.	(Coutinho, 2004; Labra & Figueiredo, 2002; Soares & Trincaus, 2006; A. X. da Silva et al., 2007).

O quarto grupo de questões será denominado *AFconselheiro*, que será o agrupamento de 10 questões, com o objetivo de avaliar a fiscalização, acompanhamento e atuação dos conselheiros, conforme Quadro 19.

Quadro 19. Questionário referente a fiscalização e acompanhamentos dos conselheiros

Grupo 4 - Acompanhamento e fiscalização dos conselheiros. “ <i>AFconselheiro</i> ”		Autores
33	Você propôs alguma ação ou política de saúde durante as plenárias do conselho.	(Cotta et al., 2009; Cotta et al., 2011).
34	Você acompanha e fiscaliza o Plano Municipal de Saúde.	(Cotta et al., 2009).
35	Você analisa as prestações de contas referentes às despesas e receitas aplicadas na área da saúde.	(Cotta et al., 2009).
36	Você fiscaliza se as aprovações do conselho estão sendo executadas.	(Cotta et al., 2009); (Silva et al., 2007).
37	Você avalia e fiscaliza os serviços executados pelos prestadores.	(Zanbon & Ogata, 2013).
38	Você analisa e fiscaliza as propostas e metas de atendimento do Consórcio Intermunicipal de Saúde.	(Zanbon & Ogata, 2013).
39	Você fiscaliza os serviços prestados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde.	(Zanbon & Ogata, 2013).
40	As informações prestadas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde são de forma clara e objetiva.	(Coutinho, 2004; Labra & Figueiredo, 2002; Soares & Trincaus, 2006; A. X. da Silva et al., 2007).
41	Você acessa frequentemente a página na internet (site) do Consórcio Intermunicipal de Saúde para buscar alguma informação.	(Silva et al., 2007).
42	Você encontra as informações que desejava na página da internet (site) do Consórcio Intermunicipal de Saúde.	(Silva et al., 2007; Zanbon & Ogata, 2013).

Para a análise mensuração dos dados foi aplicada a estatística descritiva das questões e depois disso foram agrupadas de acordo com os 4 grupos: *Pconselho*, *Pconselheiros*, *AFconselho* e *AFconselheiros*, com ajuda do software SPSS.

3.4.2.2 Preparação dos dados dos conselhos municipais de saúde

Nesta seção, é analisada a distribuição e a confiabilidade dos dados coletados por meio do questionário aplicado junto aos conselheiros municipais de saúde. Da Tabela 5, consta a análise descritiva das perguntas, identificando o número de respondentes, o desvio padrão das respostas, a assimetria e a curtose.

Tabela 5
Análise descritiva dos conselhos municipais de saúde

Variáveis	N	Desvio Padrão	Assimetria		Curtose	
	Estatística	Estatística	Estatística	Erro Padrão	Estatística	Erro Padrão
Pconselho01	160	1,59518	-1,260	,192	1,571	,381
Pconselho02	160	2,11850	-1,067	,192	,647	,381
Pconselho03	160	1,65399	-1,466	,192	1,879	,381
Pconselho04	160	2,21739	-1,240	,192	,733	,381
conselho05	160	1,88189	-1,340	,192	1,689	,381
Pconselho06	160	1,62274	-2,361	,192	6,568	,381
Pconselho07	160	2,54815	-,703	,192	-,408	,381
Pconselho08	160	1,78529	-1,107	,192	1,172	,381
Pconselho09	160	1,85113	-1,058	,192	1,389	,381
Pconselho10	160	1,63487	-1,481	,192	2,869	,381
Pconselheiro01	160	1,79232	-2,263	,192	5,662	,381
Pconselheiro02	160	1,74064	-1,457	,192	2,801	,381
Pconselheiro03	160	2,61520	-1,287	,192	,827	,381
Pconselheiro04	160	1,92222	-1,624	,192	2,948	,381
Pconselheiro05	160	1,99519	-1,080	,192	,781	,381
Pconselheiro06	160	2,12054	-1,146	,192	1,188	,381
Pconselheiro07	160	1,52216	-1,867	,192	4,960	,381
Pconselheiro08	160	2,31870	-,103	,192	-,642	,381
Pconselheiro09	160	2,51404	,096	,192	-,811	,381
Pconselheiro10	160	2,04724	-2,029	,192	4,051	,381
AFconselho01	160	2,01386	-,883	,192	,124	,381
AFconselho02	160	1,91941	-2,119	,192	4,871	,381
AFconselho03	160	2,11314	-1,694	,192	2,816	,381
AFconselho04	160	1,84492	-1,897	,192	4,247	,381
AFconselho05	160	1,95226	-1,415	,192	2,252	,381
AFconselho06	160	2,08874	-1,136	,192	1,118	,381
AFconselho07	160	2,22831	-1,088	,192	,861	,381
AFconselho08	160	2,72912	-,873	,192	-,172	,381
AFconselho09	160	2,78890	-,812	,192	-,442	,381
AFconselho10	160	2,84370	-,789	,192	-,489	,381
AFconselho11	160	3,05479	-,663	,192	-,779	,381
AFconselho12	160	3,03812	-,508	,192	-,924	,381
AFconselheiro01	160	2,54021	-1,168	,192	,635	,381
AFconselheiro02	160	2,32939	-1,189	,192	1,233	,381
AFconselheiro03	160	2,28256	-1,291	,192	1,399	,381
AFconselheiro04	160	2,09386	-1,151	,192	1,054	,381
AFconselheiro05	160	2,50043	-,960	,192	,238	,381
AFconselheiro06	160	3,10239	-,455	,192	-1,097	,381
AFconselheiro07	160	3,09227	-,455	,192	-1,038	,381

Continua

Continuação

Tabela 5
Análise descritiva dos conselhos municipais de saúde

Variáveis	N	Desvio Padrão	Assimetria		Curtose	
	Estatística	Estatística	Estatística	Erro Padrão	Estatística	Erro Padrão
AFconselheiro08	160	2,94946	-,481	,192	-,880	,381
AFconselheiro09	160	3,21308	,441	,192	-1,227	,381
AFconselheiro10	160	3,17592	,298	,192	-1,325	,381

Os dados relativos ao desvio padrão ficaram abaixo de 5,00, indicando que os valores das observações estão próximos da média, não formando *outliers* (Hair Jr. et al., 2005). Ainda, a assimetria e a curtose não podem variar acima de +3 e -3, uma vez que essas representam a distribuição dos elementos da população em torno da média (Schumacher & Lomax, 2004).

Quanto a curtose das variáveis *Pconselho06*, *Pconselheiro01*, *Pconselheiro07*, *Pconselheiro10*, *AFconselho02* e *AFconselho04*, que apresentaram valores acentuados, mas com o valor da assimetria dentro da normalidade, não foram excluídas.

No segundo momento, foi analisado o Alfa de Cronbach, o qual precisa assumir valores entre 0 e 1, porque quanto mais próximo de 1, mais fidedignidade possuem os constructos das dimensões. (Corrar, Paulo, & Dias Filho, 2014). E ainda, os valores do Alfa precisam ser superiores a 0,700 para serem aceitos em pesquisas exploratórias - alguns autores definem como mínimo de 0,600 e outros autores definem o mínimo com 0,800 (Hair Jr., Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009).

A Tabela 6 apresenta o resultado de cinco variáveis com o Alfa de Cronbach, a variável geral, que representa o agrupamento das 42 questões, e as outras quatro variáveis com o agrupamento das questões de acordo com os grupos *Pconselho*, *Pconselheiro*, *AFconselho* e *AFconselheiro*. É possível verificar que todas as variáveis obtiveram valor superior a 0,831, atendendo a fidedignidade das dimensões, demonstrando que a confiabilidade está dentro do esperado.

Tabela 6
Análise de confiabilidade (Alfa de Cronbach)

Variáveis	Alfa de Cronbach	N de itens
Geral (agrupado)	0,958	42
<i>Pconselho</i>	0,870	10
<i>Pconselheiro</i>	0,831	10
<i>AFconselho</i>	0,942	12
<i>AFconselheiro</i>	0,914	10

3.4.3 Controle social

Para avaliar a influência do controle social na governança eletrônica, será elaborada uma regressão linear múltipla, que tem o objetivo de avaliar as relações e as dependências entre uma única variável dependente e diversas variáveis independentes (Hair Jr. et al., 2009).

3.4.3.1 Variáveis do modelo

As variáveis do estudo foram definidas a partir da revisão da literatura do estudo, com a finalidade de compor a equação do modelo de regressão linear múltipla, composta por uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes (Hair Jr. et al., 2009).

A variável dependente do modelo IGECI – Índice de Governança Eletrônica dos Consórcios Intermunicipais corresponde ao indicador a partir da análise dos *websites* dos consórcios.

Já as variáveis independentes procuram identificar quanto cada uma interfere na variável dependente. No estudo, foram definidas 04 variáveis conforme Quadro 20.

Quadro 20. Variáveis independentes do modelo de regressão

Variável	Descrição	Fórmula
<i>Pconselho</i>	Participação do Conselho Municipal de Saúde.	Análise pela média das questões 1 a 10.
<i>Pconselheiro</i>	Participação dos conselheiros de saúde.	Análise pela média das questões 11 a 20.
<i>AFconselho</i>	Fiscalização e acompanhamento das ações dos gestores pelo Conselho Municipal de Saúde.	Análise pela média das questões 21 a 32.
<i>AFconselheiro</i>	Fiscalização e acompanhamento das ações dos gestores pelos conselheiros de saúde.	Análise pela média das questões 33 a 42.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 PRÁTICAS DE GOVERNANÇA DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

Para atender o objetivo de adaptar as práticas de governança eletrônica para mensurar o IGECI dos consórcios intermunicipais de saúde, explica-se que as práticas de governança eletrônica foram baseadas no estudo de (Mello, 2009), conforme apêndice B, as quais foram apresentadas na seção 2.5.

Deve-se destacar que as seguintes práticas foram adaptadas: PCon3, PCon9, PSer3, PSer4, PSer10, PSer11, PSer13, PPC8, PPC9; e as práticas PCon8, PSer8, PSer9; foram incluídas; todas em consonância com a revisão de literatura.

Após a elaboração, foi verificado que a prática PCon10 pode ser excluída dos próximos estudos, porque a grande maioria dos consórcios são de natureza pública e somente efetuam a contratação por meio de concurso público.

E ainda, após a análise das práticas de governança eletrônica nos sites dos consórcios, observou-se que há informações importantes como: informação dos médicos credenciados, orientações para exames e links mais acessados ou rápidos, que não foram previstas como práticas no início da pesquisa.

4.2 ANÁLISE DO IGECI

Para responder o objetivo de elaborar o Índice de Governança Eletrônica dos Consórcios Intermunicipais – IGECI – nesta seção, são apresentados os dados dos índices gerais e cada subgrupo das práticas de governança eletrônica, para identificar a posição de cada consórcio e quais práticas foram mais implantadas.

Considerando a aplicação do modelo de coleta e análise das práticas de governança eletrônica dos consórcios intermunicipais de saúde, na Tabela 7, apresenta-se a classificação do IGECI em ordem decrescente de acordo com os quartis.

Tabela 7
Índice de governança eletrônica dos consórcios intermunicipais de saúde

Consórcios	PCon	PSer	PPC	PPS	PUA	IGECI	Quartis
CISAMUSEP	11,28	5,71	8,00	1,67	9,82	36,49	
CISMEPAR	11,79	7,14	5,33	1,67	9,12	35,06	
CISCOPAR	11,28	5,24	5,33	1,67	8,77	32,29	4° Quartil
CISCENOP	9,23	6,19	5,33	0,00	9,82	30,58	
CISI	9,23	5,71	6,00	1,67	7,37	29,98	
CISAMCESPAR	11,28	4,76	5,33	0,00	8,42	29,80	
CIS 22ª R.S.	8,72	5,24	6,67	0,00	6,67	27,29	
CIS CENTRO OESTE	7,69	4,76	4,67	1,67	8,42	27,21	3° Quartil
ARSS	7,18	4,76	4,00	1,67	9,47	27,08	
CISNORPI	9,74	3,81	2,67	0,83	9,82	26,88	
CISOP	8,72	4,29	4,67	0,00	9,12	26,79	
CISVALI	11,28	2,86	4,00	0,00	8,07	26,21	
CISNOP	7,69	2,86	4,00	1,67	7,72	23,94	
CISAMUNPAR	10,26	2,38	2,67	0,00	8,42	23,73	2° Quartil
CONIMS	8,72	2,86	4,67	1,67	5,26	23,17	
CIMSAÚDE	4,62	3,33	2,67	0,00	9,82	20,44	
CISPARANACENTRO	4,62	3,33	5,33	0,00	7,02	20,30	
COMESP	6,15	4,76	2,67	0,00	5,26	18,85	
ASSISCOP	4,10	3,33	1,33	1,67	8,07	18,51	
CISCOMCAM	4,62	2,86	2,00	0,00	7,37	16,84	1° Quartil
CISAMEIROS	6,15	0,95	2,67	1,67	5,26	16,70	
CISVIR	0,51	0,48	0,00	0,00	1,05	2,04	

O consórcio CISAMUSEP, do município de Maringá, obteve a maior pontuação do IGECI, atingindo o índice de 36,49 de práticas implantadas e o consórcio CISMEPAR de Londrina obteve a segunda colocação com a pontuação de 35,06, muito próximo do primeiro colocado. Porém, o consórcio CISVIR, do município de Apucarana obteve a menor nota 2,04 das práticas de governança eletrônica.

A variação do índice foi acentuada, mas o número de práticas implantadas foi muito baixo, pois o máximo atingiu apenas 36,49%. Isso demonstra a necessidade do envolvimento dos conselhos e conselheiros na busca de ampliar esses indicadores.

Para identificar a composição do índice geral de governança, faz-se necessário identificar a pontuação das práticas por subgrupo: práticas de conteúdo, práticas de serviço, práticas de participação cidadã, práticas de privacidade e segurança e, ainda, as práticas de usabilidade e acessibilidade.

O primeiro subgrupo analisado trata-se das práticas de conteúdo, que têm a finalidade de se ter acesso às informações de contato, documentos públicos, informações sensíveis e materiais de multimídia.

Conforme Tabela 7, houve alterações de posição em relação ao IGECI. Nesse grupo, o consórcio CISMENPAR obteve a maior pontuação, porém, há pouca diferença entre os consórcios com maior pontuação, sendo que CISOPAR, CISVALI, CISAMUSEP e o CISAMCESPAR obtiveram o mesmo indicador de 11,282. Após a pontuação dos primeiros colocados, observa-se que há um escalonamento maior dos índices. Os consórcios ASSISCOP, CISCOMCAM e o CISVIR se mantêm no 1º quartil, como ocorreu no índice geral, porém os consórcios COMESP e CISAMERIOS diminuíram seus índices.

O segundo subgrupo analisado diz respeito às práticas de serviços que têm a finalidade de oferecer serviços aos cidadãos por meio da internet as quais envolvem os usuários e os consórcios, permitindo que os usuários registrem eventos e serviços.

Na Tabela 7, observa-se que houve alteração na posição dos consórcios. Nesse subgrupo, o CISMENPAR também obteve a primeira colocação com 7,14 pontos e os consórcios CISAMEIROS e CISVIR tiveram uma pontuação inferior a 1,000. Considerando que a nota máxima do subgrupo é 20 pontos, é possível verificar que a maioria dos consórcios obteve a pontuação abaixo de 4,76, correspondente a 23,81% das práticas implantadas, ou seja, a maioria dos consórcios não adotou a política de utilizar a internet como um instrumento para oferecer serviços aos seus usuários.

O terceiro subgrupo analisa as práticas de participação cidadã que têm a finalidade de envolver os cidadãos com a gestão via internet. Trata-se da democracia eletrônica, a qual permite o contato dos usuários com os gestores, o acompanhamento, fiscalização e, ainda, a possibilidade de o cidadão propor ações para os consórcios.

Na Tabela 7, observa-se que o consórcio CISAMUSEP obteve a melhor pontuação com 8,000 pontos e a pior pontuação foi do consórcio CISVIR, que não atingiu nenhuma pontuação. Esse subgrupo também não obteve bons indicadores, pois apenas três consórcios atingiram nota superior a 6,000, demonstrando que a maioria dos consórcios não se utilizou da democracia eletrônica.

O quarto subgrupo analisa as práticas de privacidade e segurança, que tem a finalidade de garantir que as informações dos cidadãos sejam protegidas, impedindo o acesso aos dados por outras pessoas, garantindo um ambiente seguro.

Na Tabela 7, observa-se que os resultados apresentados pelos consórcios foram muito próximos e com baixa pontuação, sendo que há dez consórcios empatados com apenas 1,667

pontos. O CISNORPI está com 0,833 pontos e onze consórcios não pontuaram nessa prática. Esse subgrupo foi o que teve o pior desempenho frente ao índice de governança eletrônica. Esse baixo desempenho está interligado ao baixo índice de práticas de serviços e de participação cidadã, tendo em vista que os consórcios praticamente não utilizam a internet como forma de prestar serviços e permitir a participação da sociedade. Com isso, não foram encontrados mecanismos de segurança para garantir a integridade dos dados dos usuários. Caso os consórcios resolvam adotar as políticas de inteiração e democratização com os usuários, certamente estes indicadores devem obter uma melhora significativa.

O quinto subgrupo analisado trata das práticas de usabilidade e acessibilidade, que tem a finalidade de apresentar um ambiente de fácil acesso, apresentando os dados de forma organizada, permitindo acesso a formulários, apresentação de ferramentas de buscas e ainda dispor o acesso a pessoas com deficiência.

Na Tabela 7, observa-se que os indicadores entre os primeiros colocados ficaram muito próximos: quatro consórcios obtiveram a maior nota com 9,825, enquanto os consórcios COMESP, CISAMEIROS, CONINS e CISVIR tiveram os indicadores muito baixos. Esse subgrupo teve a segunda maior pontuação entre os subgrupos analisados.

Ao analisar as práticas de governança eletrônica dos consórcios intermunicipais de saúde do Estado do Paraná por subgrupo e no IGECEI, é possível verificar que os índices foram muito baixos. O melhor consórcio obteve o indicador de 36,49 de um total de 100,00 pontos. Nesse sentido, os consórcios têm grandes chances de evoluírem no processo de governança, sobretudo nos subgrupos de serviços, participação cidadã e de privacidade e segurança.

4.3 ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DOS CONSELHOS NA GOVERNANÇA ELETRÔNICA

Para responder ao terceiro objetivo específico, que é o de verificar a influência do controle social quanto à divulgação das informações contidas no *website* das entidades, esta seção apresenta o perfil dos conselheiros, a estatística descritiva dos grupos, a participação do conselho, participação dos conselheiros, acompanhamento e fiscalização dos conselhos, acompanhamento e fiscalização dos conselheiros e ainda as regressões lineares múltiplas.

4.3.1 Perfil dos conselheiros

O perfil dos conselheiros é importante para compreender como é a composição dos conselhos intermunicipais de saúde. Na Tabela 8, observa-se que os conselhos são formados, em sua maioria, pelo sexo feminino, 53,8%. Quanto à idade dos conselheiros, o maior percentual representa a faixa etária entre 51 e 60 anos: 26,3%. Em segundo lugar, com 24,4%, aparecem os conselheiros com a faixa etária entre 41 e 50 anos. De modo geral, percebe-se que os conselhos são formados por um público mais velho, com pouca participação de jovens.

Tabela 8
Idade e gênero dos conselheiros

Gênero	Idade							Total
	Entre 16 e 20 anos	Entre 21 e 30 anos	Entre 31 e 40 anos	Entre 41 e 50 anos	Entre 51 e 60 anos	Mais de 60 anos	Não declarado	
Masculino	0,0%	4,4%	5,0%	13,8%	10,0%	10,6%	2,5%	46,3%
Feminino	0,0%	3,1%	15,0%	10,6%	16,3%	5,6%	3,1%	53,8%
Total	0,0%	7,5%	20,0%	24,4%	26,3%	16,3%	5,6%	100,0%

Na Tabela 9, observa-se a escolaridade e a renda dos conselheiros, por meio de que fica evidenciado que a maioria dos conselheiros, 34,4%, possuem graduação e apenas 1,9% não terminou o ensino fundamental. Somando a graduação, especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado, chega-se ao percentual de 61,3%. Portanto, os conselhos são formados por pessoas com um grau de instrução mais elevado.

Tabela 9
Escolaridade e renda dos conselheiros

Grau de Escolaridade	Renda Familiar						Total
	Até 01 Salário Mínimo	Mais de 01 até 03 Salários Mínimos	Mais de 03 até 05 Salários Mínimos	Mais de 05 até 10 Salários Mínimos	Mais de 10 Salários Mínimos	Não quero informar	
Ensino Fundamental Incompleto	0,0%	1,3%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%
Ensino fundamental completo	1,3%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,4%
Ensino Médio Completo	1,3%	8,1%	10,0%	3,1%	1,3%	1,9%	25,6%
Graduação Completa	0,6%	5,6%	6,3%	10,0%	3,1%	8,8%	34,4%
Especialização	0,0%	1,9%	9,4%	5,0%	3,8%	1,9%	21,9%
Mestrado	0,0%	0,0%	1,3%	1,3%	1,3%	0,0%	3,8%
Doutorado	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%
Pós-Doutorado	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,6%
Não informado	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,9%	6,9%
Total	3,1%	20,0%	27,5%	20,0%	10,0%	19,4%	100,0%

Quanto à renda dos conselheiros, é possível verificar que a mesma está atrelada a escolaridade e o maior resultado, 27,5%, é de conselheiros que possuem uma renda familiar

com mais de três e até cinco salários mínimos. Também é possível verificar que 57,5% dos conselheiros possuem uma renda superior a três salários mínimos, porém 3,1% recebem apenas um salário mínimo.

Na Figura 11, observa-se a composição dos respondentes, demonstrando que 44% são representantes dos usuários, 25% representam as entidades dos trabalhadores, 12% representam os prestadores de serviços e 11% representam os usuários. Com isso, é possível afirmar que os respondentes representam todas as categorias previstas na Lei 8.142/90, que trata da composição dos conselhos.

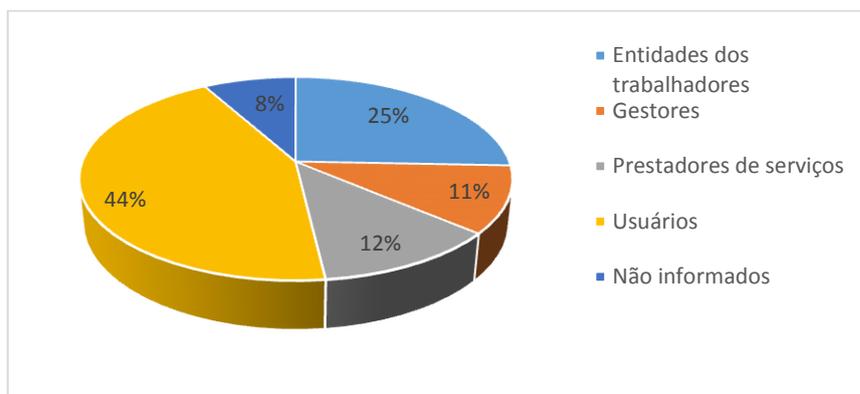


Figura 11. Categoria de representação dos respondentes

Quanto ao acesso à internet, na Figura 12, observa-se que 91,13% dos conselheiros possuem acesso à rede mundial de computadores e apenas 6,88% não possuem. Essa informação é importante, pois demonstra que o acesso à internet tem avançado, mesmo para um público mais velho como o dos conselhos. Com isso, há plenas condições dos consórcios intermunicipais de saúde melhorarem os seus índices de governança eletrônica e investirem nas suas websites para ampliar os canais de comunicação e a interação entre os cidadãos e as instituições.

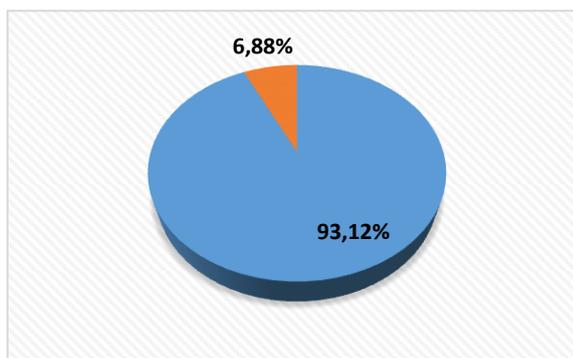


Figura 12. Acesso à internet

4.3.2 Participação dos conselhos

O grupo participação dos conselhos tem a finalidade de avaliar a instituição como um espaço democrático que delibera assuntos sobre a saúde, que compreende a realidade do município e ainda avalia a participação da sociedade.

Tabela 10
Estatística descritiva do grupo "Pconselho"

	Estatísticas descritivas				
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Pconselho01	160	2,00	10,00	8,5937	1,59518
Pconselho02	160	1,00	10,00	8,0500	2,11850
Pconselho03	160	3,00	10,00	8,6375	1,65399
Pconselho04	160	1,00	10,00	8,0375	2,21739
Pconselho05	160	1,00	10,00	8,1750	1,88189
Pconselho06	160	1,00	10,00	9,0438	1,62274
Pconselho07	160	1,00	10,00	7,1500	2,54815
Pconselho08	160	1,00	10,00	8,0875	1,78529
Pconselho09	160	1,00	10,00	8,0312	1,85113
Pconselho10	160	1,00	10,00	8,6375	1,63487

Na Tabela 10, observa-se que os respondentes concordam com todas as perguntas do grupo. A média das variáveis na maioria foi acima de 8,00, em uma escala de 0 até 10. A maior nota foi atribuída para a variável (Pconselho06), que perguntava se a composição do conselho é adequada. Os respondentes também concordam que os conselhos são um espaço democrático (Pconselho01) e as escolhas dos representantes são independentes e democráticas (Pconselho02).

Os conselheiros também concordam que os conselhos possuem um número adequado de reuniões para debater os assuntos da saúde (Pconselho03) e também concordam que as pautas são enviadas com a devida antecedência para análise (Pconselho04), sendo e que os assuntos ou matérias são aprovadas pelo conselho e, ainda, não há decisões prontas e decididas previamente pelos gestores ou pela mesa diretora (Pconselho05).

Há concordância entre os conselheiros sobre o respeito dos gestores (Pconselho08) e dos prestadores de serviços (Pconselho09) em relação à atuação dos conselhos. A última pergunta (Pconselho10) tratava da organização das conferências municipais de saúde e os conselheiros responderam que concordam que as conferências são realizadas de forma ampla e descentralizada, garantindo a participação de todos os segmentos e bairros da cidade.

A nota mais baixa dos respondentes foi para a variável (Pconselho07), a qual questionava se os conselhos ofereciam cursos de capacitação suficientes para atender as necessidades dos conselheiros. Essa informação é importante para os gestores e as mesas diretoras dos conselhos, porque demonstra a necessidade de buscar e ampliar os cursos de capacitação.

4.3.3 Participação dos conselheiros

O grupo participação dos conselheiros tem a finalidade de avaliar a participação em reuniões, a representação junto à sociedade e a sua qualificação para atuar nas diversas áreas e projetos dos conselhos.

Tabela 11
Estatística descritiva do grupo "*Pconselheiro*"

	Estatísticas descritivas				
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Pconselheiro01	160	1,00	10,00	8,9125	1,79232
Pconselheiro02	160	1,00	10,00	8,3812	1,74064
Pconselheiro03	160	1,00	10,00	7,7313	2,61520
Pconselheiro04	160	1,00	10,00	8,4438	1,92222
Pconselheiro05	160	2,00	10,00	8,0187	1,99519
Pconselheiro06	160	1,00	10,00	7,7625	2,12054
Pconselheiro07	160	1,00	10,00	8,8500	1,52216
Pconselheiro08	160	1,00	10,00	5,9687	2,31870
Pconselheiro09	160	1,00	10,00	5,4187	2,51404
Pconselheiro10	160	1,00	10,00	8,6500	2,04724

Após análise da Tabela 11, observa-se que a média das variáveis foi acima de 5,418 em uma escala de 0 até 10. Nesse grupo, há um escalonamento maior das notas, comparado ao grupo participação do conselho.

A partir das respostas, os conselheiros concordam que a suas participações nas reuniões são de forma frequente (Pconselheiro01) e estão preparados para discutir e aprovar matérias dos assuntos ligados à área de saúde (Pconselheiro02), tendo em vista que a maioria participa de forma ativa dos cursos de capacitação (Pconselheiro03) e nas conferências de saúde promovidos pelos conselhos (Pconselheiro10).

Os conselheiros concordam que são respeitados pelos gestores e prestadores de serviços (Pconselheiro04) e consideram-se atuantes, participando de forma ativa, sem medo de se prejudicar (Pconselheiro07).

Quanto às informações repassadas pelos gestores (Pconselheiro05), os conselheiros concordam que são repassadas de forma clara e suficiente. Porém, quanto ao acesso fácil das informações (Pconselheiro06), os conselheiros atribuíram a nota de 7,76 com o desvio padrão 2,12. Portanto, há indicativos que os gestores dificultam o acesso das informações aos conselheiros.

As menores notas do grupo foram atribuídas ao interesse (Pconselheiro08) e à participação da sociedade na discussão das políticas de saúde (Pconselheiro09). Os representantes tentam repassar as informações, mas a população não está muito disposta a ouvir e debater os assuntos relacionados à saúde.

4.3.4 Acompanhamento e fiscalização dos conselhos

O grupo acompanhamento e fiscalização dos conselhos tem a finalidade de avaliar as proposições estratégicas dos conselhos, a sua forma de fiscalizar os serviços e controlar as execuções das políticas de saúde.

Tabela 12
Estatística descritiva do grupo "AFconselho"

	Estatísticas descritivas				
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
AFconselho01	160	2,00	10,00	7,9687	2,01386
AFconselho02	160	,00	10,00	8,6625	1,91941
AFconselho03	160	,00	10,00	8,3062	2,11314
AFconselho04	160	,00	10,00	8,7063	1,84492
AFconselho05	160	,00	10,00	8,2500	1,95226
AFconselho06	160	,00	10,00	7,8563	2,08874
AFconselho07	160	,00	10,00	7,7563	2,22831
AFconselho08	160	,00	10,00	7,1312	2,72912
AFconselho09	160	,00	10,00	6,9563	2,78890
AFconselho10	160	,00	10,00	6,9625	2,84370
AFconselho11	160	,00	10,00	6,6187	3,05479
AFconselho12	160	,00	10,00	6,3000	3,03812

Na Tabela 12, as três primeiras perguntas tratam da proposição de políticas de saúde e os planos municipais de saúde. Os conselheiros respondentes concordam que os conselhos estão propondo ações e políticas de saúde durante as reuniões dos conselhos (AFconselho01) e discutem, aprovam (AFconselho02) e fiscalizam os planos municipais de saúde (AFconselho03).

A pergunta 4 (AFconselho04) se refere às aprovações e fiscalizações das prestações de contas na área da saúde pelos conselhos municipais que, segundo os respondentes, têm analisado e fiscalizado as receitas e despesas executadas no âmbito da saúde.

Outra informação importante confirmada pelos conselheiros trata da fiscalização e o acompanhamento dos atos aprovados pelos conselhos (AFconselho05). Esse exercício contribui para o avanço das práticas de boa governança dos municípios, tendo em vista que as decisões aprovadas nas reuniões não são meramente formais, colaborando com as respostas do primeiro grupo.

As perguntas 6 (AFconselho06) e 7 (AFconselho07) buscaram informações sobre a avaliação e fiscalização dos serviços executados pelos prestadores de serviços e, conforme as notas atribuídas 7,85 e 7,75, e tendo o desvio padrão ficado acima de 2,00, o indicativo é de que, em determinados momentos, não acontece essa avaliação e fiscalização a contento. Portanto os conselhos podem aprimorar e ampliar a sua atuação neste quesito.

As últimas cinco perguntas se referem exclusivamente aos consórcios intermunicipais de saúde e, de acordo com as respostas, é possível verificar que, para essas perguntas, obtiveram uma nota menor que para as outras. Na pergunta 8 (AFconselho08), os respondentes concordam que os conselhos analisam as metas de atendimentos dos consórcios, porém, quanto a fiscalização dos cumprimentos dessas metas e dos serviços prestados, nas perguntas 9 (AFconselho09) e 10 (AFconselho10), os conselheiros atribuíram uma nota 6,95 com um desvio padrão de 2,78 e 2,84, demonstrando que nem todos os conselhos fiscalizam as metas e os serviços dos prestados dos consórcios.

As perguntas 11 (AFconselho11) e 12 (AFconselho12) buscaram verificar o nível de concordância em relação a prestação de contas dos consórcios e se as informações são repassadas de forma clara e objetiva. Essas respostas tiveram as menores notas do grupo com o maior desvio padrão, demonstrando que as prestações de contas dos consórcios não estão atendendo às necessidades dos conselhos.

4.3.5 Acompanhamento e fiscalização dos conselheiros

O grupo acompanhamento e fiscalização dos conselheiros tem a finalidade de avaliar as proposições estratégicas dos conselheiros, a sua forma de fiscalizar os serviços e controlar as execuções das políticas de saúde, bem como, verificar os canais de comunicação.

Após análise da Tabela 13, observou-se que esse grupo obteve a menor nota, principalmente nas variáveis (AFconselheiro09) e (AFconselheiro10). As primeiras perguntas tratavam da proposição de ações (AFconselheiro01) e o acompanhamento do plano municipal de saúde (AFconselheiro02), sendo que os conselheiros responderam que propõem as ações de saúde e executam suas atribuições tanto quanto o acompanhamento e fiscalização dos planos municipais de saúde.

Tabela 13
Estatística descritiva do grupo "AFconselheiro"

Estatísticas descritivas					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
AFconselheiro01	160	,00	10,00	7,3875	2,54021
AFconselheiro02	160	,00	10,00	7,6812	2,32939
AFconselheiro03	160	,00	10,00	7,8500	2,28256
AFconselheiro04	160	,00	10,00	7,8437	2,09386
AFconselheiro05	160	,00	10,00	7,3438	2,50043
AFconselheiro06	160	,00	10,00	6,2813	3,10239
AFconselheiro07	160	,00	10,00	6,3125	3,09227
AFconselheiro08	160	,00	10,00	6,1063	2,94946
AFconselheiro09	160	,00	10,00	4,2437	3,21308
AFconselheiro10	160	,00	10,00	4,3812	3,17592

Também concordam, nas três perguntas seguintes, que analisam as prestações de contas enviadas ao conselho (AFconselheiro03), fiscalizam se as aprovações dos conselhos estão sendo executadas (AFconselheiro04) e fiscalizam os serviços executados pelos prestadores (AFconselheiro05). Com essas ações, há tendência de os gestores melhorarem suas práticas de governança.

Porém, nas perguntas 6 (AFconselheiro06) e 7 (AFconselheiro07), que solicitavam a opinião sobre a fiscalização das metas e serviços prestados dos consórcios intermunicipais de saúde, as notas diminuíram para próximo de 6,00, com um desvio padrão superior a 2,90, demonstrando que a fiscalização dos consórcios não acontece como está previsto nas atribuições dos conselhos e que as informações repassadas pelos consórcios (AFconselheiro08) podem ser mais claras e objetivas.

As piores notas de todo o processo de avaliação dos conselhos se referem às perguntas 9 (AFconselheiro09) e 10 (AFconselheiro10). Essas perguntas tinham o objetivo de verificar se os conselheiros utilizavam a página da internet para buscar informações sobre os consórcios e se as informações foram encontradas. Ficou evidente que os conselheiros discordam nesses aspectos. Portanto, há evidências claras de que os conselheiros não se

utilizam da internet para exercer o seu papel de agente fiscalizador, o que pode ser uma das causas do baixo índice de governança eletrônica dos consórcios apontado nas seções anteriores.

4.3.6 Regressão do grupo participação do conselho

A primeira regressão trata do grupo participação do conselho e foi realizada para verificar se as variáveis desse grupo explicam as práticas de governança eletrônica medidas pelo IGECI. Na Tabela 14, verifica-se o resultado do teste da Anova, que representa o poder explicativo do modelo e que se mostrou estatisticamente não significativo, pois o nível de significância é (sig.) de $0,663 > 0,05$.

Tabela 14
Anova do grupo participação do conselho

ANOVA ^a					
Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	10	,776	,764	,663 ^b
	Resíduo	149	1,015		
	Total	159			

Nota: a. Variável Dependente: Zscore: IGECI

b. Preditores: (Constante), Zscore(Media_Pconselho), Zscore: Pconselho01, Zscore: Pconselho06, Zscore: Pconselho07, Zscore: Pconselho03, Zscore: Pconselho04, Zscore: Pconselho10, Zscore: Pconselho02, Zscore: Pconselho05, Zscore: Pconselho08

Analisando as variáveis individualmente (Tabela 15), verifica-se que o sig. é maior que 5% em todos os casos e, mesmo excluindo aquelas com menor Beta (B), não se chegou a um modelo com significância. Portanto, a regressão com o grupo Pconselho não é estatisticamente significativa para explicar as variações no índice de governança eletrônica dos consórcios intermunicipais de saúde.

Tabela 15
Coeficientes do grupo participação do conselho

Coeficientes ^a					
Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
1	(Constante)	-1,575E-15	,080		1,000
	Zscore: Pconselho01	-,194	,159	-,194	,225
	Zscore: Pconselho02	-,043	,184	-,043	,814
	Zscore: Pconselho03	-,009	,148	-,009	,953
	Zscore: Pconselho04	,011	,186	,011	,953
	Zscore: Pconselho05	-,303	,181	-,303	,097

Continua

Continuação

Tabela 15

Modelo	Coeficientes ^a				
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
Zscore: Pconselho06	-,052	,157	-,052	-,330	,742
Zscore: Pconselho07	-,156	,210	-,156	-,744	,458
Zscore: Pconselho08	-,066	,213	-,066	-,311	,756
Zscore: Pconselho10	-,199	,183	-,199	-1,086	,279
Zscore(Media_Pconselho)	,569	,900	,569	,632	,529

Nota: a. Variável Dependente: Zscore: IGECI

4.3.7 Regressão do grupo participação do conselheiro

A segunda regressão trata do grupo participação do conselheiro e foi realizada para verificar se as variáveis desse grupo explicam as práticas de governança eletrônica medidas pelo IGECI. Na Tabela 16, verifica-se o resultado do teste da Anova, que representa o poder explicativo do modelo e que se mostrou estatisticamente não significativo, pois o nível de significância (sig.) é de $0,255 > 0,05$.

Tabela 16

Anova do grupo participação do conselheiro

ANOVA ^a						
Modelo	Soma dos Quadrados	Df	Quadrado Médio	Z	Sig.	
1	Regressão	12,448	10	1,245	1,266	,255 ^b
	Resíduo	146,552	149	,984		
	Total	159,000	159			

Nota: a. Variável Dependente: Zscore: IGECI

b. Preditores: (Constante), Zscore(Media_Pconselho), Zscore: Pconselho03, Zscore: Pconselho10, Zscore: Pconselho01, Zscore: Pconselho02, Zscore: Pconselho07, Zscore: Pconselho09, Zscore: Pconselho04, Zscore: Pconselho08, Zscore: Pconselho05

Analisando as variáveis individualmente (Tabela 17), verifica-se que o sig. é maior que 5% na maioria dos casos. A partir desses dados, foi adotado o procedimento de exclusão das variáveis com o menor Beta (B), até encontrar um modelo significativo.

Tabela 17

Coeficientes do grupo participação do conselheiro

Modelo	Coeficientes ^a					
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	
	B	Erro Padrão	Beta			
(Constante)	-5,658E-16	,078		,000	1,000	
1	Zscore: Pconselho01	,024	,151	,024	,157	,875
	Zscore: Pconselho02	,287	,150	,287	1,911	,058

Continua

Continuação

Tabela 17

Coeficientes do grupo participação do conselheiro

Modelo	Coeficientes ^a				Sig.
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	
	B	Erro Padrão	Beta		
Zscore: Pconselheiro03	,052	,172	,052	,304	,761
Zscore: Pconselheiro04	,072	,175	,072	,409	,683
Zscore: Pconselheiro05	,033	,230	,033	,143	,886
Zscore: Pconselheiro07	,149	,139	,149	1,066	,288
Zscore: Pconselheiro08	,395	,199	,395	1,990	,048
Zscore: Pconselheiro09	-,075	,216	-,075	-,346	,730
Zscore: Pconselheiro10	,296	,160	,296	1,854	,066
Zscore(Media_Pconselheiro)	-,793	,772	-,793	-1,027	,306

Nota: a. Variável Dependente: Zscore: IGECI

Adotando o procedimento de excluir as variáveis com menor Beta, chegou-se a um modelo com significância, no qual o R quadrado ajustado de 3,8% (Tabela 18), que representa o poder explicativo do modelo de uma regressão múltipla, mostrou-se baixo, mas, isso não é um problema quando não se busca fazer um modelo de previsão (Lattin, Carroll, & Green, 2011).

Tabela 18

Poder explicativo do modelo de regressão do grupo participação do conselheiro

Resumo do modelo				
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,249 ^a	,062	,038	,98092217

Nota: a. Preditores: (Constante), Zscore(Media_Pconselheiro), Zscore: Pconselheiro10, Zscore: Pconselheiro02, Zscore: Pconselheiro08.

Na Tabela 19, o resultado do teste da Anova apresentou o valor de sig. $0,41 < 0,05$, demonstrando que o modelo com as variáveis Pconselheiro02, Pconselheiro08, Pconselheiro10 e a média do grupo participação do conselheiro possuem influência sobre o nível de governança eletrônica.

Tabela 19

Anova das variáveis ajustadas grupo participação do conselheiro

ANOVA ^a						
Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.	
1	Regressão	9,858	4	2,464	2,561	,041 ^b
	Resíduo	149,142	155	,962		
	Total	159,000	159			

Nota: a. Variável Dependente: Zscore: IGECI

b. Preditores: (Constante), Zscore(Media_Pconselheiro), Zscore: Pconselheiro10, Zscore: Pconselheiro02, Zscore: Pconselheiro08

Na Tabela 20, ao avaliar as variáveis Pconselheiro02, Pconselheiro10 e a Média do grupo participação do conselheiro, percebe-se que elas passaram pelo nível de significância de 5% e, para a variável Pconselheiro08 foi necessário utilizar o nível de significância de 7%.

Tabela 20

Coeficientes ajustados do grupo participação do conselheiro

Coeficientes ^a					
Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	-5,184E-16	,078		,000	1,000
1 Zscore: Pconselheiro02	,247	,111	,247	2,229	,027
Zscore: Pconselheiro08	,217	,117	,217	1,852	,066
Zscore: Pconselheiro10	,251	,098	,251	2,573	,011
Zscore(Media_Pconselheiro)	-,453	,169	-,453	-2,689	,008

Nota: a. Variável Dependente: Zscore: IGECI

4.3.7.1 Pressupostos da regressão do grupo participação do conselheiro

Nesta seção, foram analisados os pressupostos da regressão do grupo participação do conselheiro, apresentados na Tabela 21, para aferir a integridade dos testes de ajustamento e significância do modelo.

A homoscedasticidade analisa, por meio do teste Pesarán-Pesarán, o comportamento dos resíduos, em que o resultado é apresentado pelas hipóteses: H₀: os resíduos são homoscedásticos e H₁: os resíduos são heterocedásticos. O resultado do teste apresentou o sig. 0,785 > 0,05, portanto não rejeita a H₀ que os resíduos são homoscedásticos. Assim, o pressuposto foi atendido.

Para verificar a ausência de autocorrelação serial, é necessário efetuar o teste de Durbin-Watson, que apresentou o valor de 2,171, ou seja, encontra-se na área de ausência de autocorrelação serial, atendendo o pressuposto.

A multicolinearidade dos dados é verificada pelos resultados do teste de Tolerance e do VIF, em que a Tolerance com valor de até 1 significa que não há multicolinearidade dos dados e o VIF de 1 a 10 define que a multicolinearidade é aceitável. Após análise, é possível verificar que as quatro variáveis atenderam a esse pressuposto.

Para a normalidade dos dados, há necessidade de efetuar o teste K-S. Nesse teste, o resultado foi um Sig. de 0,02 < 0,05, levando a rejeição de que a distribuição dos dados é normal. Portanto, o pressuposto da normalidade não foi atendido. Porém, como os dados passaram pelos outros pressupostos e a amostra possui mais de 30 observações, de acordo

com o teorema do limite central, é possível aceitar que a distribuição tende a ser normal (Dekking, Kraaikamp, Lopuhaä, & Meester, 2007). Portanto, o pressuposto foi atendido.

Tabela 21
Pressupostos da Regressão Pconselheiro

Pressupostos	Teste	Sig.
Normalidade	K-S	1,880 ,002
Homoscedasticidade	Pesarán-Pesarán	0,074 ,785
Auto correlação	Durbin-Watson	2,171
Multicolinearidade	Zscore: Pconselheiro02	Tolerance ,493 VIF 2,028
	Zscore: Pconselheiro08	Tolerance ,441 VIF 2,266
	Zscore: Pconselheiro10	Tolerance ,635 VIF 1,574
	Zscore(Media_Pconselheiro)	Tolerance ,213 VIF 4,693

Após avaliar os indicadores e pressupostos do grupo, foi possível verificar que a formação de um conselheiro (Pconselheiro02), tornando-o capacitado para discutir e aprovar os serviços e gastos em saúde, tem influência positiva na variação no índice de governança eletrônica.

Outra variável que demonstrou influência positiva nos índices de governança foi a população participar nas discussões referente às políticas de saúde (Pconselheiro08). E a participação ativa dos conselheiros nas conferências de saúde (Pconselheiro10) também contribuiu positivamente para a variação dos índices de governança eletrônica.

Por outro lado, a média do grupo participação dos conselheiros teve influência negativa nos índices de governança eletrônica. Essa média negativa foi influenciada para exclusão de algumas variáveis como Pconselheiro03, Pconselheiro05 e Pconselheiro09.

4.3.8 Regressão do grupo acompanhamento e fiscalização do conselho

A terceira regressão trata do grupo acompanhamento e fiscalização do conselho e foi realizada para verificar se as variáveis desse grupo explicam as práticas de governança eletrônica medidas pelo IGEI. Na Tabela 22, verifica-se o resultado do teste da Anova, que representa o poder explicativo do modelo e que se mostrou estatisticamente não significativo, pois o nível de significância (sig.) foi de $0,544 > 0,05$.

Tabela 22**Anova do grupo acompanhamento e fiscalização do conselho**

ANOVA ^a						
Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.	
1	Regressão	10,929	12	,911	,904	,544 ^b
	Resíduo	148,071	147	1,007		
	Total	159,000	159			

Nota: a. Variável Dependente: Zscore: IGECI

b. Preditores: (Constante), Zscore(Média_AFconselho), Zscore: AFconselho01, Zscore: AFconselho04, Zscore: AFconselho03, Zscore: AFconselho07, Zscore: AFconselho02, Zscore: AFconselho05, Zscore: AFconselho12, Zscore: AFconselho11, Zscore: AFconselho06, Zscore: AFconselho10, Zscore: AFconselho08

Analisando as variáveis individualmente (Tabela 23), verifica-se que o sig. é maior que 5% em todos os casos e, mesmo excluindo aquelas com menor Beta (B), não se chegou a um modelo com significância. Portanto, a regressão com o grupo AFconselho não é estatisticamente significativa para explicar as variações no índice de governança eletrônica dos consórcios intermunicipais de saúde.

Tabela 23**Coefficientes do grupo acompanhamento e fiscalização do conselho**

Coefficientes ^a						
Modelo	Coefficientes não padronizados		Coefficientes padronizados	t	Sig.	
	B	Erro Padrão	Beta			
	(Constante)	5,460E-16	,079	,000	1,000	
	Zscore: AFconselho01	,394	,281	,394	1,400	,164
	Zscore: AFconselho02	,388	,264	,388	1,471	,143
	Zscore: AFconselho03	,480	,325	,480	1,475	,142
	Zscore: AFconselho04	,107	,303	,107	,354	,724
	Zscore: AFconselho05	,324	,305	,324	1,062	,290
1	Zscore: AFconselho06	,281	,319	,281	,880	,380
	Zscore: AFconselho07	,480	,347	,480	1,383	,169
	Zscore: AFconselho08	,580	,604	,580	,961	,338
	Zscore: AFconselho10	,518	,486	,518	1,067	,288
	Zscore: AFconselho11	,809	,417	,809	1,941	,054
	Zscore: AFconselho12	,390	,427	,390	,913	,363
	Zscore(Média_AFconselho)	-3,728	2,797	-3,728	-1,333	,185

Nota: a. Variável Dependente: Zscore: IGECI

4.3.9 Regressão do grupo participação do acompanhamento e fiscalização do conselheiro

A quarta regressão trata do grupo acompanhamento e fiscalização do conselho e foi realizada para verificar se as variáveis desse grupo explicam as práticas de governança eletrônica medidas pelo IGECI. Na Tabela 24, verifica-se o resultado do teste da Anova, que

representa o poder explicativo do modelo e que se mostrou estatisticamente não significativo, pois o nível de significância (sig.) foi de $0,259 > 0,05$.

Tabela 24

Anova do grupo acompanhamento e fiscalização do conselheiro

ANOVA ^a						
Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.	
1	Regressão	12,388	10	1,239	1,259	,259 ^b
	Resíduo	146,612	149	,984		
	Total	159,000	159			

Nota: a. Variável Dependente: Zscore: IGECI

b. Preditores: (Constante), Zscore(Média_AFconselheiro), Zscore: AFconselheiro01, Zscore: AFconselheiro03, Zscore: AFconselheiro10, Zscore: AFconselheiro08, Zscore: AFconselheiro09, Zscore: AFconselheiro02, Zscore: AFconselheiro04, Zscore: AFconselheiro05, Zscore: AFconselheiro07.

Analisando as variáveis individualmente (Tabela 25), verifica-se que o sig. é maior que 5% na maioria dos casos. A partir desses dados, foi adotado o procedimento de exclusão das variáveis com o menor Beta (B), até encontrar um modelo significativo.

Tabela 25

Coefficientes do grupo acompanhamento e fiscalização do conselheiro

Coefficientes ^a						
Modelo	Coefficientes não padronizados		Coefficientes padronizados	t	Sig.	
	B	Erro Padrão	Beta			
	(Constante)	3,337E-15	,078		,000	1,000
	Zscore: AFconselheiro01	,353	,192	,353	1,835	,068
	Zscore: AFconselheiro02	,116	,229	,116	,509	,611
	Zscore: AFconselheiro03	,257	,183	,257	1,407	,162
	Zscore: AFconselheiro04	,472	,233	,472	2,024	,045
1	Zscore: AFconselheiro05	,199	,254	,199	,784	,434
	Zscore: AFconselheiro07	,310	,372	,310	,835	,405
	Zscore: AFconselheiro08	,377	,294	,377	1,283	,202
	Zscore: AFconselheiro09	,368	,282	,368	1,304	,194
	Zscore: AFconselheiro10	,535	,272	,535	1,964	,051
	Zscore(Média_AFconselheiro)	-2,112	1,427	-2,112	-1,480	,141

a. Variável Dependente: Zscore: IGECI

Adotando o procedimento de excluir as variáveis com menor Beta, chegou-se a um modelo com significância, onde o R quadrado ajustado de 4,8% (Tabela 26), que representa o poder explicativo do modelo de uma regressão múltipla, mostrou-se baixo, mas, segundo, mais isso não é um problema quando não se busca fazer um modelo de previsão (Lattin et al., 2011).

Tabela 26

Resumo do modelo de regressão do grupo acompanhamento e fiscalização do conselheiro

Resumo do modelo ^b				
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,257 ^a	,066	,048	,97575344

Nota: a. Preditores: (Constante), Zscore: AFconselheiro10, Zscore: AFconselheiro04, Zscore: AFconselheiro06

b. Variável Dependente: Zscore: IGECI

Na Tabela 27, o resultado do teste da Anova apresentou o valor de sig. $0,014 < 0,05$, demonstrando que o modelo com as variáveis AFconselheiro04, AFconselheiro06 e AFconselheiro10, possuem influência sobre o nível de governança eletrônica.

Tabela 27

Anova do grupo acompanhamento e fiscalização do conselheiro

ANOVA ^a					
Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1					
Regressão	10,473	3	3,491	3,667	,014 ^b
Resíduo	148,527	156	,952		
Total	159,000	159			

Nota: a. Variável Dependente: Zscore: IGECI

b. Preditores: (Constante), Zscore: AFconselheiro10, Zscore: AFconselheiro04, Zscore: AFconselheiro06

Ao avaliar as variáveis AFconselheiro06 e AFconselheiro10 percebe-se que elas passaram pelo nível de significância de 5%, e, para a variável AFconselheiro04, foi necessário utilizar o nível de significância de 6%.

Tabela 28

Coeficientes ajustado do grupo acompanhamento e fiscalização dos conselheiros

Coeficientes ^a					
Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	T	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
1					
(Constante)	-8,232E-17	,077		,000	1,000
Zscore: AFconselheiro04	,190	,098	,190	1,931	,055
Zscore: AFconselheiro06	-,306	,116	-,306	-2,645	,009
Zscore: AFconselheiro10	,265	,098	,265	2,701	,008

Nota: a. Variável Dependente: Zscore: IGECI

4.3.9.1 Pressupostos do grupo acompanhamento e fiscalização do conselheiro

Nesta seção, foram analisados os pressupostos da regressão do grupo acompanhamento e fiscalização do conselheiro, apresentados na Tabela 29, para aferir a integridade dos testes de ajustamento e significância do modelo.

A homoscedasticidade analisa, por meio do teste Pesarán-Pesarán, o comportamento dos resíduos, em que o resultado é apresentado pelas hipóteses: H_0 : os resíduos são

homoscedásticos e H_1 : os resíduos são heterocedásticos. O resultado do teste apresentou o sig. $0,054 > 0,05$, portanto não rejeita a H_0 que os resíduos são homoscedásticos. Assim, o pressuposto foi atendido.

Para verificar a ausência de autocorrelação serial é necessário efetuar o teste de Durbin-Watson, que apresentou o valor de 1,942, ou seja, encontra-se na área de ausência de autocorrelação serial, atendendo o pressuposto.

A multicolinearidade dos dados é verificada pelos resultados do teste de Tolerance e do VIF, em que a Tolerance com valor de até 1 significa que não há multicolinearidade dos dados e o VIF de 1 a 10 define que a multicolinearidade é aceitável. Após análise, é possível verificar que as quatro variáveis atenderam a esse pressuposto.

Para a normalidade dos dados, há necessidade de efetuar o teste K-S. Nesse teste, o resultado foi um Sig. de $0,002 < 0,05$, levando à rejeição de que a distribuição dos dados é normal. Portanto, o pressuposto da normalidade não foi atendido. Porém, como os dados passaram pelos outros pressupostos e a amostra possui mais de 30 observações, de acordo com o teorema do limite central, é possível aceitar que a distribuição tende a ser normal (Dekking et al., 2007). Portanto, o pressuposto foi atendido.

Tabela 29

Pressupostos da regressão acompanhamento e fiscalização dos conselheiros

Pressupostos		Teste		Sig.
Normalidade		K-S	2,122	,002
Homoscedasticidade		Pesarán-Pesarán	4,533	,054
Auto correlação		Durbin-Watson	1,942	
Multicolinearidade	Zscore: AFconselheiro04	Tolerance ,622	VIF	1,608
	Zscore: AFconselheiro06	Tolerance ,449	VIF	2,228
	Zscore: Afconselheiro10	Tolerance ,624	VIF	1,603

Após avaliar os indicadores e pressupostos do grupo, foi possível verificar que a fiscalização dos conselheiros e as execuções das aprovações dos conselhos (AFconselheiro04) têm influência positiva na variação do índice de governança eletrônica.

Outra variável que demonstrou influência nos índices de governança são as informações claras e disponíveis nos sites dos consórcios (AFconselheiro10). Quando o usuário encontra as informações que deseja na página da internet (site) do Consórcio Intermunicipal de Saúde, aumentam-se os índices de governança.

Por outro lado, a variável (AFconselheiro06), que trata da análise e fiscalização das propostas e metas de atendimento do Consórcio Intermunicipal de Saúde, demonstrou influência negativa nos índices de governança. Essa variação negativa pode ser devida à prática primordial de prestações de contas, nas quais os consórcios enviam as prestações de contas físicas para os conselhos, que são analisadas e deliberadas. Com isso, diminui o interesse dos conselheiros em buscar as informações nos sites. Porém, para se buscar uma resposta mais efetiva, há necessidade de uma pesquisa qualitativa sobre tema.

4.3.10 Regressão pela média dos grupos

A quinta regressão trata da média dos grupos participação do conselho, participação do conselheiro, acompanhamento e fiscalização dos conselhos e do acompanhamento e fiscalização do conselheiro, que foi realizada para verificar se essas variáveis explicam as práticas de governança eletrônica medidas pelo IGECI. Na Tabela 30, verifica-se o resultado do teste da Anova, que representa o poder explicativo do modelo e que se mostrou estatisticamente não significativo, pois o nível de significância (sig.) foi de $0,123 > 0,05$.

Tabela 30
Anova da média dos grupos

ANOVA ^a						
	Modelo	Soma dos Quadrados	Df	Quadrado Médio	Z	Sig.
	Regressão	7,234	4	1,809	1,847	,123 ^b
1	Resíduo	151,766	155	,979		
	Total	159,000	159			

Nota: a. Variável Dependente: Zscore: IGECI

b. Preditores: (Constante), Zscore(Média_AFconselheiro), Zscore(Media_Pconselho), Zscore(Media_Pconselho), Zscore(Média_AFconselho)

Analisando as variáveis individualmente (Tabela 35), verifica-se que o sig. é maior que 5% na maioria dos casos. A partir desses dados, foi adotado o procedimento de exclusão das variáveis com o menor Beta (B), até encontrar um modelo significativo.

Tabela 31
Coeficientes da média dos grupos

Modelo	Coeficientes ^a				t	Sig.
	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	Beta		
	B	Erro Padrão				
(Constante)	1,565E-15	,078		,000	1,000	
Zscore(Média_Pconselho)	-,308	,139	-,308	-2,211	,028	
1 Zscore(Média_Pconselheiro)	,120	,125	,120	,965	,336	
Zscore(Média_AFconselho)	,052	,129	,052	,403	,688	
Zscore(Média_AFconselheiro)	,136	,111	,136	1,224	,223	

Nota: a. Variável Dependente: Zscore: IGECI

Adotando o procedimento de excluir as variáveis com menor Beta chegou-se a um modelo com significância, no qual o R quadrado ajustado de 2,7% (Tabela 32), que representa o poder explicativo do modelo de uma regressão múltipla, mostrou-se baixo, mas isso não é um problema quando não se busca fazer um modelo de previsão (Lattin et al., 2011).

Tabela 32
Resumo do modelo ajustado das médias dos grupos

Resumo do modelo ^b				
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,198 ^a	,039	,027	,98642085

Nota: a. Preditores: (Constante), Zscore(Média_AFconselheiro), Zscore(Media_Pconselho)

Na Tabela 33, o resultado do teste da Anova apresentou o valor de sig. $0,043 < 0,05$, demonstrando que o modelo com a variáveis Média_Pconselho e a Média_AFconselheiro possuem influência sobre o nível de governança eletrônica.

Tabela 33
Resumo da Anova ajustado das médias dos grupos

ANOVA ^a					
Modelo	Soma dos Quadrados	Df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1					
Regressão	6,235	2	3,117	3,204	,043 ^b
Resíduo	152,765	157	,973		
Total	159,000	159			

Nota: a. Variável Dependente: Zscore: IGECI

b. Preditores: (Constante), Zscore(Média_AFconselheiro), Zscore(Media_Pconselho)

Ao avaliar as variáveis Média_Pconselho e a Média_AFconselheiro, percebe-se que elas passaram pelo nível de significância de 5% (Tabela 34).

Tabela 34
Coeficientes das variáveis ajustadas da média dos grupos

		Coeficientes ^a				
Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
	(Constante)	1,011E-15	,078		,000	1,000
1	Zscore(Media_Pconselho)	-,206	,090	-,206	-2,292	,023
	Zscore(Média_AFconselheiro)	,186	,090	,186	2,066	,040

Nota: a. Variável Dependente: Zscore: IGECI

4.3.10.1 Pressupostos da média dos grupos dos conselhos

Nesta seção, foram analisados os pressupostos da regressão da média dos grupos dos conselhos, apresentados na Tabela 35, para aferir a integridade dos testes de ajustamento e significância do modelo.

A homoscedasticidade analisa, por meio do teste Pesarán-Pesarán, o comportamento dos resíduos, em que o resultado é apresentado pelas hipóteses: H₀: os resíduos são homoscedásticos e H₁: os resíduos são heterocedásticos. O resultado do teste apresentou o sig. 0,910 > 0,05, portanto não rejeita a H₀ cujos resíduos são homoscedásticos. Assim, o pressuposto foi atendido.

Para verificar a ausência de autocorrelação serial, é necessário efetuar o teste de Durbin-Watson, que apresentou o valor de 1,889, ou seja, encontra-se na área de ausência de autocorrelação serial, atendendo ao pressuposto.

A multicolinearidade dos dados é verificada pelos resultados do teste de Tolerance e do VIF, em que, a Tolerance com valor de até 1 significa que não há multicolinearidade dos dados e o VIF de 1 a 10 define que a multicolinearidade é aceitável. Após análise, é possível verificar que as quatro variáveis atenderam a esse pressuposto.

Para a normalidade dos dados, há necessidade de efetuar o teste K-S. Nesse teste, o resultado foi um Sig. de 0,000 < 0,05, levando a rejeição de que a distribuição dos dados é normal. Portanto, o pressuposto da normalidade não foi atendido. Porém, como os dados passaram pelos outros pressupostos e a amostra possui mais de 30 observações, de acordo com o teorema do limite central, é possível aceitar que a distribuição tende a ser normal (Dekking et al., 2007). Portanto, o pressuposto foi atendido.

Tabela 35

Pressupostos da regressão da média dos grupos

Pressupostos	Teste	Sig.
Normalidade	K-S	2,257 ,000
Homoscedasticidade	Pesarán-Pesarán	0,013 ,910
Auto correlação	Durbin-Watson	1,889
Multicolinearidade	Zscore(Media_Pconselho)	Tolerance ,756 VIF 1,322
	Zscore(Média_AFconselheiro)	Tolerance ,756 VIF 1,322

Após avaliar os indicadores e pressupostos do grupo, foi possível verificar que a média do grupo participação do conselho teve influência negativa nos índices de governança eletrônica, ou demonstra que os conselhos não estão preocupados com os consórcios e sua atuação tem influenciando outros órgãos governamentais como, por exemplo, as secretarias de saúde.

A média do grupo acompanhamento e fiscalização dos conselheiros (Zscore(Média_AFconselheiro)) demonstrou influência positiva no índice de governança eletrônica, ou seja, quanto maior for o acompanhamento e a fiscalização dos conselheiros maior será o nível de governança dos consórcios, atendendo aos princípios da teoria da agência e da escolha pública.

5 CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objeto de análise os consórcios intermunicipais de saúde do Estado do Paraná e os conselhos municipais de saúde da sede dos consórcios, com o objetivo de verificar a participação e influência do controle social na governança eletrônica desses consórcios intermunicipais de saúde do Estado do Paraná.

Para atender o objetivo geral, foram definidos três objetivos específicos: adaptar as práticas de governança eletrônica para mensurar o IGECI dos consórcios intermunicipais de saúde; elaborar Índice de Governança Eletrônica dos Consórcios Intermunicipais– IGECI com base nos *websites* das entidades; e verificar a influência do controle social quanto à divulgação das informações contidas no *website* das entidades.

Para atender o primeiro objetivo específico, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica sobre os consórcios intermunicipais de saúde e, com base nas informações coletadas, foram adaptadas 09 práticas de governança eletrônica (PCon3, PCon9, PSer3, PSer4, PSer10, PSer11, PSer13, PPC8, PPC9), propostas no estudo anterior de Mello (2009). Também houve a inclusão de 03 práticas (PCon8, PSer8, PSer9) para atender às necessidades dos consórcios. Após as adequações e exclusões, o estudo ficou delimitado com 64 práticas de governança divididas em cinco subgrupos: conteúdo; serviços; participação cidadã; privacidade e segurança; usabilidade e acessibilidade.

O segundo objetivo específico, tratou de verificar o percentual de práticas implantadas, utilizando o IGECI, por meio do que se pode destacar que os consórcios CISAMUSEP, CISMENPAR, CISCOPAR, CISCENOP e CISI, possuem a maior pontuação no IGECI e os consórcios, COMESP, ASSISCOP, CISCOMCAM, CISAMEIROS e CISVIR possuem os menores índices.

Quando analisados os subgrupos das práticas, foi possível verificar que as práticas de conteúdo e de usabilidade e acessibilidade tiveram as melhores pontuações. Porém, as práticas de serviços, participação cidadã e de privacidade e segurança tiveram notas baixas.

De modo geral, os consórcios tiveram notas baixas. O primeiro colocado, CISAMUSEP, obteve 36,49% das práticas implantadas. O último colocado foi o consórcio CISVIR, com 2,04% das práticas implementadas. Esse resultado evidencia que os consórcios podem evoluir muito quanto à governança eletrônica, para aprimorar os seus serviços e aproximar o cidadão, democratizando a gestão, buscando melhores práticas de boa governança.

No terceiro objetivo específico, tratou de verificar a influência do controle social quanto à divulgação das informações contidas no *website* das entidades, por meio da utilização de regressão linear múltipla, tendo o IGECI dos consórcios como variável dependente e a variável independente o questionário aplicado junto aos conselhos municipais de saúde.

O primeiro grupo analisado foi a participação dos conselhos que obteve as melhores médias, demonstrando que os conselhos municipais são atuantes, independentes e democráticos; que os números de reuniões são suficientes para debater os assuntos relacionados a saúde e as matérias são encaminhadas em tempo hábil para análise, sendo que o conselho toma as decisões e não há decisões prontas e decididas antecipadamente pelos gestores ou mesas diretoras.

Nesse grupo também foi identificado que os conselhos são representados de forma adequada pelos usuários, prestadores de serviços, trabalhadores e gestores, que são respeitados pelos prestadores de serviços e gestores e que os conselhos organizaram as conferências municipais de forma ampla e descentralizada para atender o maior número de segmentos e bairros. Um dos pontos elencados para melhorar o grupo de participação dos conselhos foi a necessidade de ampliar a oferta de cursos de capacitação para atender as necessidades dos conselheiros.

O segundo grupo analisado foi a participação dos conselheiros. Obteve um escalonamento maior nas notas e, como destaque, a suas participações nas reuniões e sua preparação para discutir e aprovar matérias dos assuntos ligados à área de saúde, tendo em vista que a maioria participa de forma ativa dos cursos de capacitação, de acordo com a oferta, e participam das conferências de saúde promovidas pelos conselhos, cumprindo com seu papel de conselheiros.

Esse grupo apontou a necessidade de os conselhos e gestores buscarem estratégias para envolver a comunidade nas discussões das políticas de saúde, porque, segundo os respondentes, a participação popular está aquém da necessidade.

O terceiro grupo analisado foi o acompanhamento e fiscalização dos conselhos, que identificou que os conselhos analisaram e propuseram ações e políticas de saúde, aprovaram e fiscalizam o plano municipal de saúde, sendo que, são avaliados e fiscalizados os serviços executados pelos prestadores de serviços.

Esse grupo também buscou identificar o acompanhamento e fiscalização dos consórcios pelos conselhos. Após análise, verificou-se que há necessidade de evoluir quanto fiscalização das metas e dos serviços prestados dos consórcios e foi identificada a necessidade

de os consórcios aprimorarem as prestações de contas, demonstrando suas ações, metas e gastos de forma clara e objetiva.

O último grupo avaliado desse objetivo específico foi o acompanhamento e fiscalização dos conselheiros, que obteve a menor nota entre os quatro grupos. Foi identificado que os conselheiros propõem ações e acompanham o plano municipal de saúde, analisam as prestações de contas enviadas ao conselho, fiscalizam se as aprovações dos conselhos estão sendo executadas e fiscalizam os serviços executados pelos prestadores. Porém, quando foi perguntado sobre o acompanhamento e fiscalização dos consórcios, os respondentes apontaram que o acompanhamento das metas e serviços dos consórcios carece de uma maior fiscalização e que as informações repassadas poderiam ser mais claras e objetivas. Essas respostas reforçam a existência da assimetria de informação e o conflito de agência.

As piores notas das variáveis sobre o controle social foram atribuídas às perguntas que tinham o objetivo de verificar se os conselheiros utilizavam a página da internet para buscar informações sobre os consórcios e identificar se as informações foram encontradas. Portanto, há evidências claras de que os conselheiros não se utilizam da internet para exercer o seu papel de agente fiscalizador, o que pode ser uma das causas do baixo índice de governança eletrônica dos consórcios apontados no estudo. Uma forma de melhorar esses indicadores é oferecer cursos de capacitação sobre a utilização da internet e como buscar as informações desejadas.

Para completar a análise, os resultados das regressões demonstraram que as variáveis que representaram a participação do conselho e acompanhamento e fiscalização dos conselhos não se mostraram estatisticamente significativas para explicar as variações da governança eletrônica.

O estudo demonstrou que a participação dos conselheiros (representada pelas variáveis: formação de um conselheiro; a população participar nas discussões referente às políticas de saúde; a participação ativa dos conselheiros nas conferências de saúde; e a Média do grupo conselheiro) e acompanhamento e fiscalização dos conselheiros (representados pelas variáveis: fiscaliza se as aprovações do conselho estão sendo executadas; analisa e fiscaliza as propostas e metas de atendimento do Consórcio; e encontra as informações que desejava na página da internet (site) do Consórcio) possuem influência sobre o nível de governança eletrônica.

Quando analisada a média dos 4 grupos: Pconselho, Pconselheiro, AFconselho e AFconselheiro, o estudo demonstrou que a participação do conselho e o acompanhamento e

fiscalização dos conselheiros contribuem na variação dos índices de governança eletrônica dos consórcios intermunicipais de saúde do Estado do Paraná, conforme demonstrado na teoria da escolha pública.

Com a divulgação deste trabalho e com a participação, acompanhamento e fiscalização dos conselhos e conselheiros, espera-se a melhora das práticas de boa governança eletrônica nos consórcios intermunicipais de saúde.

As limitações deste estudo se referem à aplicação do modelo apenas para os consórcios intermunicipais de saúde, para outras instituições há necessidade de se rever e adaptar as práticas de governança eletrônica.

As mensurações das práticas de governança eletrônica foram definidas a partir das websites, no período de janeiro a abril de 2017. Essa mensuração pode sofrer alterações a qualquer tempo, devido às possíveis alterações nos sites dos consórcios. Portanto sugerem-se estudos futuros para verificar a evolução do IGECI.

O estudo apontou que os consórcios enviam as prestações de contas para os conselhos municipais de saúde para análise e deliberação, porém os conselheiros não possuem o hábito de buscar as informações nos sites, por desconhecimento ou dificuldade de fazer análise. Nesse sentido, sugere-se uma pesquisa qualitativa para identificar os motivos dessa escolha.

REFERÊNCIAS

- Allen, D. W. (1999). Transaction Costs. *Encyclopedia of Law and Economics*, 893-926. doi:10.1108/EUM0000000006344
- Arbage, A. P. (2004). *Custos de transação e seu impacto na formação e gestão da cadeia de suprimentos: estudo de caso em estruturas de governança híbridas do sistema agroalimentar no Rio Grande do Sul*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Arruda, Â. M. F., & Teles, J. S. (2010). A importância do controle social na fiscalização dos gastos públicos. *Revista Razão Contábil & Finanças*, 1(1).
- Arruda, G. S. de, Madruga, S. R., & Freitas Jr., N. I. de. (2008). A Governança Corporativa e a Teoria da Agência em Consonância com a Controladoria. *Revista de Administração da UFSM*, 1(1), 71-84. doi:10.5902/19834659570
- Assis, M. M. A., & Villa, T. C. S. (2003, junho). O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 11(3), 376-382. doi:10.1590/S0104-11692003000300017
- Balestrin, A., & Arbage, A. P. (2007, junho). A perspectiva dos custos de transação na formação de redes de cooperação. *RAE eletrônica*, 6(1), 1-23.
- Belini, L. M. P., & Moysés, S. J. (2010, junho). Conselho Municipal de Saúde de Ampére: avaliando o controle social. *Saúde em Debate*, 34(85), 321-327.
- Beuren, I. M., Longaray, A. A., Raupp, F. M., Sousa, M. A. B. de, Colauto, R. D., & Porton, R. A. de B. (2013). *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade – teoria e prática* (3a ed). São Paulo: Atlas.
- Beuren, I. M., Moura, G. D. de, & Kloepfel, N. R. (2013, abril). Práticas de governança eletrônica e eficiência na utilização das receitas: uma análise nos estados brasileiros. *Revista de Administração Pública*, 47(2), 421-441. doi:10.1590/S0034-76122013000200007
- Borges, A. (2001). Democracia vs. eficiência: a teoria da escolha pública. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, 53(53), 159-179. doi:10.1590/S0102-64452001000200008
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Imprensa Nacional. Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm
- Brasil (1997). *O Consórcio e a gestão municipal em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Camargos, M. A. de, & Coutinho, E. S. (2008, agosto). A teoria da firma e a fundamentação teórica para fusões e aquisições: uma análise de suas interfaces. *Revista RAC Eletrônica*, 2(2), 273-295.

- Carvalho, R. L. do., & Bordeaux-Rêgo, R. (2010). Teoria do agente, teoria da firma e os mecanismos de governança corporativa no Brasil. *Relatórios de Pesquisa em Engenharia de Produção*, 10(13), 1-11. Recuperado de http://www.producao.uff.br/conteudo/rpep/volume102010/RelPesq_V10_2010_13.pdf
- Cavalcante, M. C. N. C., & Luca, M. M. M. de. (2013, março). Controladoria como instrumento de governança no setor público. *Revista de Educação e Pesquisa em Contabilidade*, 7(1), 73-90. doi:10.17524/repec.v7i1.138
- Comitê Gestor da Internet no Brasil [CGI] (2016). *Pesquisa TIC Domicílios 2015*. Recuperado em: 1 de novembro de 2016, de <http://www.cgi.br/noticia/releases/celular-torna-se-o-principal-dispositivo-de-acesso-a-internet-aponta-cetic-br/>
- Chaebó, G., Guerra, M., Pinto, D. M., & Alfinito, S. (2012). Constituição de consórcios intermunicipais de saúde: uma aplicação da técnica de agrupamento por clusters. In *ENAPG* (p. 1-16). Salvador, Brasil.
- Chama, D. C. (2008). *O comitê gestor da internet no Brasil: gestão, segurança e comunicação*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Bauru, Brasil.
- Coase, R. H. (1937). The nature of the firm. *Economica*, 4(16), 386-405. doi:10.1111/j.1468-0335.1937.tb00002.x
- Corrar, L. J., Paulo, E., & Dias Filho, J. M. (2014). *Análise Multivariada para os Cursos de Administração, Ciências Contábeis e Economia*. FIPECAFI – Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Finanças. São Paulo: Atlas.
- Correia, L. F., & Amaral, H. F. (2008, setembro). Arcabouço teórico para os estudos de governança corporativa: os pressupostos subjacentes à teoria da agência. *Revista de Gestão USP*, 15(3), 1-10.
- Correia, M. V. C. (2009). Controle social. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, 391-403.
- Cotta, R. M. M., Casal, M. de M., & Rodrigues, J. F. de C. (2009, junho). Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 419-438. doi:10.1590/S0103-73312009000200010
- Cotta, R. M. M., Martins, P. C., Batista, R. S., Franceschini, S. do C. C., Priore, S. E., & Mendes, F. F. (2011, setembro). O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos conselhos de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(3), 1121-1137.
- Coutinho, J. A. (2004). A participação popular na gestão da saúde de São Paulo. *Lutas Sociais*, 2, 125-140.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto* (3ª ed). Porto Alegre: Artmed.

- Cruz, C. F., Ferreira, A. C. D. S., Silva, L. M. Da, & Macedo, M. Á. D. S. (2012, fevereiro). Transparência da gestão pública municipal: um estudo a partir dos portais eletrônicos dos maiores municípios brasileiros. *RAP Revista de Administração Pública*, 46(1), 153-176.
- Cruz, C. F., Silva, L. M. S., & Santos, R. (2009, dezembro). Transparência da gestão fiscal: um estudo a partir dos portais eletrônicos dos maiores municípios do Estado do Rio de Janeiro. *Contabilidade, Gestão e Governança*, 12(3), 102-115. Recuperado de 19843925
- Dal Vesco, D. G. (2013). *Relação da estrutura de propriedade e da composição de board of directors com o desempenho de empresas brasileiras*. (Tese de Doutorado). Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, Brasil.
- Dekking, F. M., Kraaikamp, C., Lopuhaä, H. P., & Meester, L. E. (2007). *A Modern Introduction to Probability and Statistics*. Springer. London: Springer London. doi:10.1007/1-84628-168-7
- Eisenhardt, K. M. (1989). Agency theory: an assessment and review. *Academy of management review*, 14(1), 57-74.
- Fagundes, J. (1997). Economia institucional: custos de transação e impactos sobre política de defesa da concorrência. *Texto para Discussão, Texto 407*, 1-44. Recuperado de http://www.ie.ufrj.br/grc/pdfs/custos_de_transacao_e_impactos_sobre_politica_de_defesa_da_concorrancia.pdf
- Ferreira, G. M. V., Gonçalves, W. M., Pedrozo, E. A., & Takitane, I. C. (2005). A economia dos custos de transação sob uma análise crítica: perspectivas de aplicação no agronegócio. In *Anais do XLII Congresso da Sober* (p. 1-20). Ribeirão Preto, Brasil.
- Fontes Filho, J. R. F. (2003). Governança organizacional aplicada ao setor público. In *VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública-Panamá* (p. 28-31). Panamá. Recuperado de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/clad0047108.pdf>
- Freitas, B. R., & Oliveira, A. R. de. (2015). Avaliação dos consórcios intermunicipais de saúde da zona da mata mineira: uma análise sob a ótica dos gestores de saúde. *Holos*, 3(31), 338-353. doi:10.15628/holos.2015.2701
- Freitas, R. K. V. de, & Luft, M. C. M. S. (2014, abril). Índice de governança eletrônica nos municípios: uma análise do Estado de Sergipe. *Revista Eletrônica de Ciência Administrativa*, 13(1), 56-73. doi:10.5329/RECADM.2014008
- Gerigk, W., & Pessali, H. F. (2014, dezembro). A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. *Revista de Administração Pública*, 48(6), 1525-1543. doi:10.1590/0034-76121779
- Gerschman, S. (2004, dezembro). Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1670-1681. doi:10.1590/S0102-311X2004000600026
- Gil, A. C. (2012). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6a ed). São Paulo: Atlas.

- Gonçalves, A. (2005). O Conceito de Governança. In *XIV Congresso Nacional do CONPEDI* (p. 1-26). Recuperado de http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/conceito_de_governanca.pdf
- Gorga, É. (2004, dezembro). A cultura brasileira como fator determinante na governança corporativa e no desenvolvimento do mercado de capitais. *Revista de Administração da USP*, 39(4), 309-326.
- Guimarães, T. D. A., & Medeiros, P. H. R. (2005, dezembro). A relação entre governo eletrônico e governança eletrônica no governo federal brasileiro. *Cadernos EBAPE.BR*, 3(4), 01-18. doi:10.1590/S1679-39512005000400004
- Hair Jr., J. F., Babin, B., Money, A. H., & Samouel, P. (2005). *Fundamentos de métodos de pesquisa em administração*. Porto Alegre: Bookman.
- Hair Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. (6a ed). Porto Alegre: Bookman.
- Holzer, M., & Kim, S.-T. (2005). Digital governance in municipalities worldwide: a longitudinal assessment of municipal websites throughout the world. *Division for Public Administration and Development Management*. Recuperado de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/aspa/unpan022839.pdf>
- Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística (2012). *Perfil dos municípios brasileiros 2011*. Recuperado de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2011/defaulttabzip_xls.shtml
- Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976, outubro). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3(4), 305-360. doi:10.1016/0304-405X(76)90026-X
- Kalife, M. A. (2004, novembro). Administração pública: Lei de responsabilidade. *Revista Eletrônica de Contabilidade*, 1(1), 266-288.
- Kimura, H., Lintz, A. C., & Suen, A. S. (1998). Uma Contribuição da Teoria de Opções para a Avaliação dos Custos Máximos de Agência. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 1(6), 12.
- Labra, M. E., & Figueiredo, J. S. A. de. (2002). Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3), 537-547. doi:10.1590/S1413-81232002000300011
- Laia, M. M. (2009). *Políticas de governo eletrônico em Estados da Federação Brasileira: uma contribuição para a análise segundo a perspectiva neoinstitucional*. (Tese de doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Lampert, R. A. (2001). Contracting theory and accounting. *Journal of Accounting and Economics*, 32(1-3), 89-96. doi:10.1016/S0165-4101(01)00020-9

Lattin, J., Carroll, J. D., & Green, P. E. (2011). *Análise de dados Multivariados*. São Leopoldo: CENGAGE.

Lei 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. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

Lei 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. Recuperado de http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm

Lei complementar 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Recuperado de <https://dre.pt/application/file/67508032>

Lei 11.707, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Recuperado de www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm

Lei complementar 131, de 27 de maio de 2009. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de infor. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp131.htm

Lei 12.527 de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm

Lima, A. P. G. de. (2000). Os consórcios intermunicipais de saúde e o sistema único de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(4), 985-996. doi:10.1590/S0102-311X2000000400017

Machado, V. N., Marques, S. B. da S., & Macagnan, C. B. (2013, setembro). Nível de transparência por meio da evidenciação de informações obrigatórias de municípios do Rio Grande do Sul. *ABCustos*, 8(3), 1-21.

Marconi, M. de A., & Lakatos, E. M. (2010). *Fundamentos de metodologia científica* (7ª ed). São Paulo: Atlas. doi:10.1590/S1517-97022003000100005

Marques, S. B. S. da S. (2014). *Transparência nos pequenos municípios do Rio Grande do Sul: um estudo sobre a divulgação de indicadores da LRF e da LAI*. (Dissertação de Mestrado). UNISINOS - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Brasil.

Martins, H. F. (1998, dezembro). Em busca de uma teoria da burocracia pública não-estatal: política e administração no terceiro setor. *Revista de Administração Contemporânea*,

2(3), 109-128. doi:10.1590/S1415-65551998000300007

- Matheus, R. (2012). *Uso das tecnologias de informação e comunicação para a promoção da participação cidadã: estudo de caso da consulta pública online da lei das lan houses no legislativo*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Matias-Pereira, J. (2010). A governança corporativa aplicada no setor público brasileiro. *Administração Pública e Gestão Social*, 2(1), 109-134. Recuperado de <http://www.apgs.ufv.br/index.php/apgs/article/view/21>
- Medeiros, P. H. R. (2004). *Governo eletrônico no Brasil: aspectos institucionais e reflexos na governança*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Medeiros, P. H. R., & Guimarães, T. de A. (2005, dezembro). Contribuições do governo eletrônico para a reforma administrativa e a governança no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 56(4), 449-464.
- Mello, G. R. de. (2009). *Estudo das práticas de governança eletrônica: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão dos estados brasileiros*. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Mello, G. R. de, & Slomski, V. (2010). Electronic Governance Index of Brazilian States (2009): within the Executive Branch. *JISTEM Journal of Information Systems and Technology Management*, 7(2), 375-408. doi:10.4301/S1807-17752010000200007
- Mesquita, D. L., Borges, A. F., Sugano, J. Y., & Santos, A. C. dos. (2013, março). O desenvolvimento de processos de inovação sob a ótica da teoria dos custos de transação: o caso da tecnologia flex-fue. *Revista de Administração e Inovação*, 10(1), 119-140. doi:10.5773/rai.v10i1.1081
- Nicoletto, S. C. S., Cordoni Jr., L., & Costa, N. do R. (2005). Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 29-38. doi:10.1590/S0102-311X2005000100004
- Pereira, B. V. (2012). *Implementação de práticas de governança eletrônica sob perspectiva institucional: uma análise da governança de TI em uma instituição pública*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS
- Pereira, P. T. (1997). A teoria da escolha pública (public choice): uma abordagem neoliberal? *Análise Social*, 32(141), 419-442.
- Pessi, P. (2003). *e-op Uma nova prática comunicativa do orçamento participativo de porto alegre*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Informação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Prates, A. M. Q. (2012). Consórcios públicos intermunicipais: uma análise dos consórcios intermunicipais de saúde em minas gerais a partir do índice de desempenho do SUS – IDSUS / 2011. In *Anais do Sedres – Seminário de Desenvolvimento Regional, Estado e Sociedade* (p. 16). Rio de Janeiro, Brasil.

- Provin, C. (2012). *Consórcios intermunicipais : uma alternativa para a gestão pública em saúde no rio grande do sul*. (Trabalho de conclusão de curso). Univesridade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Ribeiro, H. A., & Braga, R. Q. (2005, junho). Administração de consórcios intermunicipais de saúde. *Revista Brasileira de Gestão e Engenharia*, 3(7), 105-122.
- Ribeiro, J. M., & Costa, N. do R. (2000). Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no sistema único de saúde (SUS). *Planejamento e Políticas Públicas*, (22), 48.
- Ribeiro Filho, J. F., Lopes, J. E. de G., Pederneiras, M. M. M., & Ferreira, J. O. L. (2008, setembro). Controle interno, controle externo e controle social: análise comparativa da percepção dos profissionais de controle interno de entidades das três esferas da administração pública. *Revista Universo Contábil*, 4(3), 48-63.
- Rossoni, L., & Silva, C. L. M. da. (2010, setembro). Institucionalismo organizacional e práticas de governança corporativa. *Revista de Administração Contemporânea*, (spe), 173-198. doi:10.1590/S1415-65552010000600008
- Ruediger, M. A. (2002). Governo eletrônico ou governança eletrônica – conceitos alternativos no uso das tecnologias de informação para o provimento de acesso cívico aos mecanismos de governo e da reforma do estado. In *Anais do Congresso Del CLAD* (p. 1-34). Caracas. Recuperado de www.cnti.gob.ve/cnti_docmgr/sharedfiles/gobiernoelectronico7.pdf
- Sacramento, A. R. S., & Pinho, J. A. G. (2007). Transparência na administração pública: o que mudou depois da lei de responsabilidade fiscal? Um estudo exploratório em seis municípios da região metropolitana de Salvador. *Revista de Contabilidade da UFBA*, 1(48-61). Recuperado de <http://www.anpad.org.br/enapg/2004/htm/enapg2004-196-resumo.html>
- Sales, T. S., & Martins, A. L. P. (2014, junho). Planejamento, transparência, controle social e responsabilidade na administração pública após o advento da lei de responsabilidade fiscal. *Revista do Programa de Pós Graduação em Direito da UFC*, 34(1), 241-257. Recuperado de <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/nomos/article/view/1212>
- Sampaio, M. Â. da C. L. F., Pinho, J. A. G. de, Santos, E. M. dos, & Sampaio Filho, M. C. (2014). Participação digital e governo eletrônico: abertura para qual cidadania? *Revista Brasileira de Administração Científica*, 5(2), 214. doi:10.6008/SPC2179-684X.2014.002.0016
- Samuelson, P. A., & Nordhaus, W. D. (2012). *Economia* (19a ed). Porto Alegre: AMGH.
- Sant'ana, M. L. S., & Constantino, P. (2009). Os consórcios intermunicipais como um dos caminhos para a descentralização do SUS. *Perspectivas on line*, 3(10), 65-74.
- Santana Jr., J. J. B. de S. (2008). *Transparência apresentados nos sites dos poderes e órgãos dos Estados e do Distrito Federal do Brasil*. (Dissertação de Mestrado). Programa Multiinstitucional e Inter-Regional de Pós- Graduação em Ciências Contábeis,

Universidade de Brasília/UFPB/UFPE/UFRN, Recife.

- Sato, F. R. L. (2007, fevereiro). A teoria da agência no setor da saúde: o caso do relacionamento da agência nacional de saúde a suplementar com as operadoras de planos de assistência supletiva no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 41(1), 49-62. doi:10.1590/S0034-76122007000100004
- Schumacher, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Lawrence Erlbaum Associates (2^o ed). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schwanka, C. (2014). Estado empresário: monopólios, conveniência e tendências disfuncionais. *Revista do Curso de Direito da Faculdade da Serra Gaúcha*, 15, 77-95.
- Secchi, L. (2009). Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*, 43(2), 347-369. doi:10.1590/S0034-76122009000200004
- Silva, A. B. (2005). *Multimídia e conectividade entre os conselhos de saúde: a plenária virtual permanente*. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.
- Silva, A. X. Da, Cruz, E. A., & Melo, V. (2007). A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3), 683-688. doi:10.1590/S1413-81232007000300018
- Silva, M. M. da. (2014). *Lei de responsabilidade fiscal: enfoque jurídico e contábil para os municípios*. São Paulo: Atlas.
- Silva Filho, E. B. da. (2006). A teoria da firma e a abordagem dos custos de transação: elementos para uma crítica institucionalista. *Pesquisa e Debate*, 17(2), 259-277.
- Slomski, V. (2011). *Controladoria e governança na gestão pública*. São Paulo.
- Soares, L. G., & Trincaus, M. R. (2006). Participação e controle social: uma revisão bibliográfica dos avanços e desafios vivenciados pelos conselhos de saúde. *Revista Eletrônica Lato Sensu*, 2(1), 245-264.
- Viana, C. C., Tamer, C. M. V. dos S., & Souza, W. A. da R. de. (2013). Avaliação da aderência aos critérios internacionais de transparência para a divulgação e apresentação das contas públicas municipais. *Revista ambiente contábil*, 5(1), 27.
- Vieira, S. P., & Mendes, A. G. S. T. (2004). Governança corporativa: uma análise de sua evolução e impactos no mercado de capitais brasileiro. *Revista do BNDES*, 11, 103-122. Recuperado de http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&ved=0CGMQFjAH&url=http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/revista/rev2205.pdf&ei=SDTNUungAorJsQT484CIDQ&usg=AFQjCNENBfmytKuD6a
- Wendhausen, Á., & Caponi, S. (2002, dezembro). O diálogo e a participação em um conselho.

Cadernos de Saúde Pública, 18(6), 1621-1628. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13258.pdf>

Williamson, O. E. (1985). The economic institutions of capitalism: Firms, markets, relational contracting. *University of Illinois at Urbana-Champaign's Academy for Entrepreneurial Leadership Historical Entrepreneurship*, 61-75. Recuperado de <http://amr.aom.org/cgi/doi/10.5465/AMR.1987.4308003>

Williamson, O. E. (2010, junho). Transaction cost Economics: The natural progression. *American Economic Review*, 673-690. doi:10.1016/j.jretai.2010.07.005

Zago, C., & Mello, G. R. de. (2016, junho). Governança Corporativa Eletrônica e Desempenho Econômico e Financeiro das Empresas Listadas no Índice Bovespa
Corporate Governance Electronic and Economic and Financial Performance of Listed Companies in Index Bovespa. *Organizações em contexto*, 12(23), 419-453.

Zanbon, V. B., & Ogata, M. N. (2013, dezembro). Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), 921-927. Recuperado de [/scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt](http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt)

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA DO CONTROLE SOCIAL

Pedimos sua colaboração para responder esta pesquisa quanto a atuação do conselho municipal de saúde e sua atuação enquanto conselheiro.

1ª Etapa: Responda sobre seu perfil e onde atua.

Nome:.....(Não é obrigatório se identificar).

Idade: Cidade:..... Regional de Saúde:

Sexo: () Masculino () Feminino

Grau de instrução:

Você tem acesso a internet: () Sim () Não

Representante: () Usuário () Prestador () Gestor
() Trabalhador

Renda Familiar:

2ª Etapa: por favor, responda (marcando apenas um X), o quanto você discorda ou concorda das afirmações em uma escala de 1 (discorda totalmente) até 10 (concorda totalmente).

Grupo 1 - Participação do conselho municipal de saúde. – “Pconselho”		Responda com 1 até 10									
		1 - Discordo totalmente.....10 - Concordo totalmente									
1	O conselho municipal representa um espaço democrático.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	As escolhas dos representantes do conselho são independentes e democráticas, não existe interferência e ingerência dos gestores.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	O conselho municipal possui reuniões periódicas e suficientes para debater a saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	As reuniões e os assuntos em pautas do conselho, são divulgados com antecedência adequada para análise dos conteúdos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5	As matérias (assuntos) são decididas e aprovadas pelo conselho, não há decisões prontas e decididas antecipadamente pelos gestores ou pela mesa diretora.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6	A composição do conselho é adequada (Usuário, Prestador, Trabalhador e Gestor).	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7	O conselho oferece cursos de capacitação suficientes para atender a necessidade dos conselheiros.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8	O conselho é respeitado enquanto entidade pelos gestores.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9	O conselho é respeitado enquanto entidade pelos prestadores de serviços do SUS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10	As conferências de saúde são realizadas de forma ampla (descentralizada) e participativa, visando atender todos os segmentos e bairros.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Grupo 2 - Participação dos conselheiros. “Pconselheiro”		Responda com 1 até 10 1 - Discordo totalmente.....10 - Concordo totalmente									
11	Você participa de forma frequente das reuniões do conselho.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Você está preparado para discutir e aprovar assuntos de serviços e gastos em saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13	Você participa de forma ativa dos cursos de capacitação promovidos pelo conselho.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	Você é respeitado pelos gestores e prestadores enquanto conselheiro.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15	As informações apresentadas pelos gestores são claras e suficientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	As informações das instituições (gestores) são de fácil acesso.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17	Você é um conselheiro atuante e não tem medo de se prejudicar.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	A população tem interesse nas discussões referente as políticas de saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19	A população participa das discussões referente as políticas de saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20	Você participou de forma ativa das conferências de saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Grupo 3 - Acompanhamento e fiscalização do conselho. “AFconselho”		Responda com 1 até 10 1 - Discordo totalmente.....10 - Concordo totalmente									
21	O conselho propõe políticas de saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22	O conselho analisou e discutiu o Plano Municipal de Saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23	O conselho acompanha e fiscaliza o Plano Municipal de saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24	O conselho analisa as prestações de contas referente as despesas e receitas aplicadas na área da saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25	O conselho fiscaliza se as suas aprovações estão sendo executadas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26	O conselho avalia os serviços executados pelos prestadores.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27	O conselho fiscaliza os serviços que estão sendo executados pelos prestadores.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28	O conselho analisa as propostas e metas de atendimento do Consórcio Intermunicipal de Saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29	O conselho fiscaliza as propostas e metas de atendimento do Consórcio Intermunicipal de Saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30	O conselho fiscaliza os serviços prestados pelo consórcio intermunicipal de saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31	O consórcio intermunicipal de saúde presta contas para o conselho das suas ações, atendimentos e gastos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32	As informações dos consórcios são repassadas para o conselho de forma clara e objetiva.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Grupo 4 - Acompanhamento e fiscalização dos conselheiros. "AFconselheiro"		Responda com 1 até 10									
		1 - Discordo totalmente.....10 - Concordo totalmente									
33	Você propôs alguma ação ou política de saúde durante as plenárias do conselho.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34	Você acompanha e fiscaliza o Plano Municipal de Saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35	Você analisa as prestações de contas referente as despesas e receitas aplicadas na área da saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36	Você fiscaliza se as aprovações do conselho estão sendo executadas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37	Você avalia e fiscaliza os serviços executados pelos prestadores.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38	Você analisa e fiscaliza as propostas e metas de atendimento do Consórcio Intermunicipal de Saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39	Você fiscaliza os serviços prestados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40	As informações prestadas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde são de forma clara e objetiva.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41	Você acessa frequentemente a página na internet (site) do Consórcio Intermunicipal de Saúde para buscar alguma informação.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42	Você encontra as informações que desejava na página da internet (site) do Consórcio Intermunicipal de Saúde	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Outras considerações:											

APÊNDICE B – PRÁTICAS DE GOVERNANÇA ELETRÔNICA DOS CIS

Variáveis	Práticas	Práticas de conteúdo	
		Fontes	Escala
PCon1	Disponibiliza uma lista de <i>links</i> de órgãos internos e externos, a localização dos escritórios, agências, setores etc., contato com horário de funcionamento, endereço, nomes etc.	Holzer e Kim (2005); Schuele (2005).	0 - prática não identificada.
			1 - disponibiliza uma lista de <i>links</i> de órgãos internos e externos. 2 - disponibiliza uma lista de <i>links</i> de órgãos internos e externos com a localização dos escritórios, agências, setores etc. 3 - disponibiliza uma lista de <i>links</i> de órgãos internos e externos, a localização dos escritórios, agências, setores etc., contato com horário de funcionamento, endereço, nomes etc.
PCon2	Disponibiliza a agenda do gestor e das políticas da instituição.	Eisenberg (2004).	0 - prática não identificada.
			1 - disponibiliza algumas informações sobre a agenda do presidente ou das políticas da Instituição. 2 - disponibiliza algumas informações sobre a agenda do presidente e das políticas da instituição. 3 - disponibiliza informações sobre a agenda do presidente e das políticas da instituição, com o tipo de atividade a ser desenvolvida, dia, mês e ano.
PCon3	Disponibiliza os códigos e regulamentos do consórcio.	(Brasil, 1997); Holzer e Kim (2005).	0 - prática não identificada.
			1 - disponibiliza algumas informações sobre os códigos e regulamentos do consórcio. 2 - disponibiliza os códigos e regulamentos do Consórcio apenas para visualização na tela. 3 - disponibilizar os códigos e regulamentos do Consórcio, com a possibilidade de impressão e/ou <i>download</i> .
PCon4	Disponibiliza as informações do orçamento, relatórios contábeis, anexos da LRF, informações das licitações em andamento, editais etc.	OECD (2001); Eisenberg (2004); Rose (2004); Holzer e Kim (2005); Knight e Fernandes (2006); Braga (2007).	0 - prática não identificada.
			1 - disponibiliza algumas informações sobre o orçamento, relatórios contábeis e anexos da LRF. 2 - disponibiliza informações sobre o orçamento, relatórios contábeis, anexos da LRF e licitações. 3 - disponibiliza informações sobre o orçamento, relatórios contábeis, anexos da LRF e licitações, com a possibilidade de impressão e/ou <i>download</i> , com quadros e gráficos ilustrativos etc.
PCon5	Disponibiliza as informações sobre os cargos, competências e salários dos colaboradores.	Chahin et al. (2004); Fernandes (2004); Holzer e Kim (2005); Braga (2007).	0 - prática não identificada.
			1 - disponibiliza algumas informações sobre os cargos, competências e salários dos servidores. 2 - disponibiliza algumas informações sobre os cargos, competências e salários dos servidores ativos, inativos e pensionistas, separando-as em abertas ao público e restritas aos servidores. 3 - disponibiliza informações completas sobre os cargos, competências e salários dos servidores ativos, inativos e pensionistas, separando as informações abertas ao público e aquelas restritas aos servidores.

Variáveis	Práticas	Fontes	Escala
PCon6	Disponibiliza as informações sobre concursos públicos, editais, gabaritos de provas etc.	Torres et al. (2006); Braga (2007); Tripathi (2007).	0 – prática não identificada. 1 - disponibiliza algumas informações sobre concursos, editais, resultados etc., de forma dispersa e não organizada. 2 - disponibiliza informações sobre concursos, editais, resultados etc., de forma organizada. 3 - Link na página principal direcionando para informações sobre concursos, editais, resultados etc., de forma organizada.
PCon7	Permite a cópia de documentos públicos, por meio de impressão, <i>download</i> etc.	Holliday (2002); Holzer e Kim (2005).	0 - prática não identificada. 1 - permite apenas a consulta no <i>site</i> . 2 - permite a consulta no <i>site</i> e cópias de apenas alguns documentos (<i>impressão e/ou download</i>) 3 - permite a cópia de todos os documentos, através de impressão, <i>download</i> etc.
PCon8	Disponibiliza as informações sobre os critérios de rateios das consultas e exames, e as quantidades executadas de acordo com as pactuações.	B. R. Freitas e Oliveira (2015).	0 - prática não identificada. 1 - cumpre algumas exigências quanto ao critério de rateio por município. 2 - Disponibiliza o critério de rateio e informa a quantidade de consultas e exames pactuados. 3 - Disponibiliza o critério de rateio e informa a quantidade de consultas e exames pactuados e a quantidade executadas por município.
PCon9	Disponibiliza informações sobre a gestão de emergências, utilizando o <i>site</i> como um mecanismo de alerta para problemas de saúde (H1N1, Dengue, Zica Vírus, baixo estoque de sangue, etc.).	Holzer e Kim (2005); Tripathi (2007).	0 – prática não identificada. 1 - disponibiliza algumas informações sobre a gestão de emergências de forma dispersa e não organizada. 2 - disponibiliza informações sobre a gestão de emergências, como um mecanismo de alerta para problemas de saúde (H1N1, Dengue, Zica Vírus, baixo estoque de sangue etc.). 3 - link na página principal direcionando para informações sobre a gestão de emergências, como um mecanismo de alerta para problemas de saúde (H1N1, Dengue, Zica Vírus, baixo estoque de sangue etc.).
PCon10	Publica as ofertas de empregos, de treinamento e recursos de encaminhamento de currículo pelo interessado.	Holzer e Kim (2005); Tripathi (2007).	0 - prática não identificada. 1 - publica algumas informações. 2 - publica as ofertas de empregos, de treinamento e outras informações. 3 - publica as ofertas de empregos, de treinamento e encaminhamento e outras informações, com recurso de envio de currículo pelo interessado.
PCon11	Disponibiliza um calendário de eventos da comunidade, um quadro de anúncios/informativos etc.	Holzer e Kim (2005); Tripathi (2007); Navarro et al. (2007).	0 - prática não identificada. 1 - disponibiliza algumas informações. 2 - disponibiliza um calendário de eventos da comunidade, um quadro de anúncios/informativos com algumas informações. 3 - disponibiliza um calendário de eventos da comunidade, um quadro de anúncios/informativos com todas as informações necessárias.

Variáveis	Práticas	Fontes	Escala
PCon12	Disponibiliza informações com atribuição de responsabilidade formal pelo conteúdo e pela atualização das páginas.	Chahin et al. (2004).	0 - prática não identificada. 1 - em alguns casos. 2 - em mais de 50% dos casos. 3 - em todos os casos.
PCon13	Disponibiliza em seu <i>site</i> os arquivos de áudio e vídeo de eventos públicos, palestras, encontros etc.	Holzer e Kim (2005).	0 - prática não identificada. 1 - disponibiliza algum arquivo de áudio e vídeo não organizados. 2 - disponibiliza alguns arquivos de áudio e vídeo de eventos públicos, palestras, encontros etc. 3 - link na página principal direcionando para alguns arquivos de áudio e vídeo de eventos públicos, palestras, encontros etc.

Práticas de serviços			
Variáveis	Práticas	Fontes	Escala
PSer1	Disponibiliza telefones e e-mails, endereços para solicitar informações.	Eisenberg (2004); Holzer e Kim (2005).	0 - prática não identificada. 1 - disponibiliza e-mails e/ou telefones para informações de alguns serviços. 2 - disponibiliza e-mails e/ou telefones para informações da maioria dos serviços. 3 - disponibiliza e-mails e/ou telefones para informações de todos os serviços, incluindo endereços para contato pessoal.
PSer2	A página principal é personalizada para facilitar o acesso do cidadão aos serviços.	Holzer e Kim (2005).	0 - prática não identificada. 1 - possui algumas informações sobre os serviços dispersas na página. 2 - possui algumas informações sobre os serviços, organizadas em um espaço específico. 3 - possui um espaço personalizado na página principal com links para todos os serviços.
PSer3	Permite o acesso a informações privadas utilizando senhas, como atendimentos, exames, médicos, cadastro civil etc.	Silva Filho e Perez (2004); Holzer e Kim (2005).	0 - prática não identificada. 1 - permite a solicitação de algumas informações privadas apenas com algum identificador, como CPF, RG, Carteira SUS, Registro do paciente, etc. 2 - permite o acesso a algumas informações privadas apenas com algum identificador, como: CPF, RG, Carteira SUS, Registro do paciente, etc. 3 - permite o acesso a informações privadas utilizando senhas, em serviços relacionados a saúde.
PSer4	Permite o acesso a informações relacionadas à saúde, indicadores assistências, instituições de saúde, etc.	Tripathi (2007).	0 - prática não identificada. 1 - possui acesso a algumas dessas informações. 2 - possui acesso a todas essas informações. 3 - possui um espaço personalizado na página principal com um link para todas essas informações.
PSer5	Identifica o responsável ou gerenciador do site para possível contato ou responsabilização.	Holzer e Kim (2005).	0 - prática não identificada. 1 - possui a identificação apenas na página principal. 2 - possui a identificação na página principal e em algumas outras páginas. 3 - possui a identificação em todas as páginas.
PSer6	Disponibiliza um mecanismo para submissão, monitoramento e eliminação de queixas/denúncias públicas.	Tripathi (2007).	0 - prática não identificada. 1 - possui apenas um e-mail e/ou telefone geral para queixas/denúncias. 2 - possui um e-mail e/ou telefone geral e de alguns órgãos para queixas/denúncias. 3 - possui um órgão específico (ouvidoria) geral ou por secretaria, com e-mail e/ou telefone para queixas/denúncias.

Variáveis	Práticas	Fontes	Escala
PSer7	Disponibiliza as notícias e informações sobre políticas públicas de saúde.	Parreiras et al. (2004).	<p>0 - prática não identificada.</p> <p>1 - disponibiliza algumas informações não organizadas.</p> <p>2 - disponibiliza algumas informações de forma organizadas.</p> <p>3 - disponibiliza informações organizadas das principais políticas de saúde.</p>
PSer8	Permite o agendamento de consultas, verifica as consultas já realizadas e futuras, informa as alterações da agenda.	B. R. Freitas e Oliveira (2015).	<p>0 - prática não identificada.</p> <p>1 - permite que as secretarias de saúde efetuem o agendamento das consultas por meio de acesso restrito.</p> <p>2 - permite que a secretaria de saúde efetue o agendamento dos pacientes por meio de acesso restrito, permitindo que o paciente visualize a agenda.</p> <p>3 - permite efetuar o agendamento das consultas pelas secretarias de saúde por meio restrito, o paciente pode consultar a agenda e recebe informações sobre a confirmação ou alteração da consulta.</p>
PSer9	Permite que o paciente efetue a consulta dos dados cadastrais, acesso à legislação e a programas de saúde.	Silva Filho e Perez (2004); Torres et al. (2006); Tripathi (2007).	<p>0 - prática não identificada.</p> <p>1 - disponibiliza apenas algumas informações.</p> <p>2 - permitir a consulta a dados cadastrais, atendimentos realizados, acesso à legislação e programas de saúde.</p> <p>3 - permitir a consulta a dados cadastrais, atendimentos realizados, acesso à legislação e a programas de saúde e a realização de impressão do prontuário.</p>
PSer10	Permite a obtenção eletrônica de documentos da saúde, como: fichas e formulários.	Chahin et al. (2004); Torres et al. (2006).	<p>0 - prática não identificada.</p> <p>1 - disponibiliza apenas informações.</p> <p>2 - permitir a obtenção eletrônica de documentos referente a ficha cadastral.</p> <p>3 - permitir a obtenção eletrônica de documentos: fichas, formulários, etc.</p>
PSer11	Permitir o registro do cidadão e/ou empresa para serviços online.	Holzer e Kim (2005).	<p>0 - prática não identificada.</p> <p>1 - permitir o registro do cidadão ou da empresa para pelo menos 1 serviço on-line.</p> <p>2 - permitir o registro do cidadão ou da empresa para alguns serviços on-line.</p> <p>3 - permitir o registro do cidadão ou da empresa para todos os serviços on-line.</p>
PSer12	Concede registros ou permissões, como prontuário, laudos e atestados.	Holzer e Kim (2005); Torres et al. (2006).	<p>0 - prática não identificada.</p> <p>1 - disponibiliza apenas informações sobre atendimentos (quantidade, dia, médico).</p> <p>2 - disponibiliza algumas informações sobre prontuário, laudos e atestados.</p> <p>3 - disponibiliza todas as informações sobre prontuário, laudos e atestados.</p>

Variáveis	Práticas	Fontes	Escala
PSer13	Possui um mecanismo de compras eletrônicas mediante a realização de leilões <i>on-line</i> – pregão eletrônico - que consiste em um pregão via internet para negociações, automáticas e abertas, entre os consórcios, os compradores e os fornecedores do setor privado.	Chahin et al. (2004);	<p>0 – prática não identificada.</p> <hr/> <p>1 - disponibiliza algumas informações sobre o pregão eletrônico.</p> <hr/> <p>2 - possui um mecanismo de compras eletrônicas - pregão eletrônico, utilizando-o intensivamente com a divulgação de editais, resultados etc.</p> <hr/> <p>3 - link na página principal direcionando para o pregão eletrônico, utilizando-o intensivamente com a divulgação de editais, resultados etc.</p>
PSer14	Publica os editais de abertura de licitações e seus respectivos resultados.	Knight e Fernandes (2006).	<p>0 - prática não identificada.</p> <hr/> <p>1 - disponibiliza apenas informações sobre as licitações.</p> <hr/> <p>2 - disponibiliza os editais de abertura de licitações e seus respectivos resultados.</p> <hr/> <p>3 - disponibiliza os editais de abertura de licitações, seus respectivos resultados e outras informações em lugar específico e de forma organizada.</p>

Práticas de participação cidadã			
Variáveis	Práticas	Fontes	Escala
PPC1	Possui um boletim informativo.	Holzer e Kim (2005).	0 – prática não identificada.
			1 - disponibiliza algumas informações em forma de boletim.
			2 - possui um boletim informativo on-line organizado com informações de vários setores. 3 - possui um boletim informativo on-line organizado com informações de vários setores disponibilizado direto na página principal ou com um link.
PPC2	Disponibiliza informações de governança.	Holzer e Kim (2005).	0 – prática não identificada.
			1 - disponibiliza algumas informações desorganizadas.
			2 - disponibiliza algumas informações organizadas de governança. 3 - disponibiliza informações organizadas de governança na página principal ou com um link.
PPC3	Disponibiliza um e-mail para contato, com a descrição da política adotada de resposta, começando com o tempo e a data de recepção, o prazo estimado para a resposta, o que fazer se a resposta não for recebida e uma cópia da sua mensagem original.	Clift (2003); Holzer e Kim (2005); Navarro et al. (2007).	0 - prática não identificada.
			1 - disponibiliza apenas um e-mail geral para contato.
			2 - disponibiliza um e-mail para contatar o presidente e diretores. 3 - disponibiliza um e-mail para contatar presidente e os setores, com a descrição da política adotada de resposta, começando com o tempo e a data de recepção, o prazo estimado para a resposta, o que fazer se a resposta não for recebida e uma cópia da sua mensagem original.
PPC4	Disponibiliza um quadro de anúncios, bate-papo, fórum de discussão, grupos de discussão, chats etc., para discutir questões políticas, econômicas e sociais, com os gestores eleitos, órgãos específicos, especialistas etc., facilitando o diálogo entre governo e cidadãos, com verdadeira possibilidade de participação.	Panzardi et al. (2002); Clift (2003); Chahin et al. (2004); Eisenberg (2004); Parreiras et al. (2004); Rose (2004); Holzer e Kim (2005); Knight e Fernandes (2006); Navarro et al. (2007); Braga (2007); Bertot e Jaeger (2008).	0 - prática não identificada.
			1 - disponibiliza apenas um quadro de anúncios.
			2 - disponibiliza um quadro de anúncios e um canal de comunicação direto como: bate-papo, fórum de discussão ou chats etc. 3 - disponibiliza um quadro de anúncios e canais de comunicação diretos como: bate-papo, fórum de discussão e chats etc.
PPC5	Disponibiliza a agenda de reuniões ou calendário das discussões públicas, incluindo o tempo, lugar, agenda e informações sobre os depoimentos dos cidadãos, participação, observação ou opções.	Clift (2003); Holzer e Kim (2005); Navarro et al. (2007).	0 - prática não identificada.
			1 - disponibiliza apenas uma relação dos assuntos que deverão ser discutidos.
			2 - disponibiliza uma agenda de reuniões ou calendário das discussões públicas, com data e local. 3 - disponibiliza uma agenda de reuniões ou calendário das discussões públicas, com data, local e informações sobre os depoimentos dos cidadãos, participação, observação ou opções.

Variáveis	Práticas	Fontes	Escala
PPC6	Elabora pesquisas ou sondagens, breves ou mais detalhadas, de satisfação, opinião, manifestação de preferências e sugestões, para verificar a percepção do cidadão quanto aos serviços prestados e à própria estrutura de governança eletrônica.	Clift (2003); Holzer e Kim (2005); Bertot e Jaeger (2008).	0 - prática não identificada. 1 - elabora algum tipo de pesquisa de satisfação, opinião, manifestação de preferências e sugestões. 2 - elabora pesquisa de satisfação, opinião, manifestação de preferências e sugestões, para verificar a percepção do cidadão quanto aos serviços prestados. 3 - elabora pesquisa de satisfação, opinião, manifestação de preferências e sugestões, para verificar a percepção do cidadão quanto aos serviços prestados e à própria estrutura de governança eletrônica.
PPC7	Disponibiliza um canal específico para encaminhamento de denúncias.	Knight e Fernandes (2006).	0 - prática não identificada. 1 - disponibiliza algumas informações, mas não disponibiliza um canal específico. 2 - disponibiliza um canal específico para encaminhamento de denúncias. 3 - disponibiliza um canal específico para encaminhamento de denúncias direto na página principal ou com um link.
PPC8	Disponibiliza informações biográficas, e-mail, telefone, fotografia, endereço para contato com os gestores eleitos e membros do consórcio.	Torres et al. (2006).	0 - prática não identificada. 1 - disponibiliza algum tipo de informação e algum contato com o presidente e/ou diretores. 2 - disponibiliza informações biográficas, e-mail, telefone, fotografia, endereço para contato apenas do presidente e/ou alguns diretores. 3 - disponibiliza informações biográficas, e-mail, telefone, fotografia, endereço para contato do presidente e todos os diretores.
PPC9	Disponibiliza a estrutura e as funções do consórcio.	Torres et al. (2006).	0 - prática não identificada. 1 - disponibiliza apenas a estrutura do consórcio. 2 - disponibiliza apenas a estrutura do consórcio com as respectivas funções. 3 - disponibiliza a estrutura do consórcio, as funções e outras informações como: principais políticas, metas etc.

Variáveis	Práticas	Fontes	Escala
PPC10	Disponibiliza um link específico para "democracia" ou "participação cidadã" na página principal do seu site, que o leva a uma seção especial, detalhando a finalidade e missão das unidades públicas, os decisores de alto nível, permitindo ligações com a legislação, orçamento e outros detalhes de informação de accountability.	Clift (2003).	0 - prática não identificada.
			1 - disponibiliza um link específico para "democracia" ou "participação cidadã" na página principal do seu site.
			2 - disponibiliza um link específico para "democracia" ou "participação cidadã" na página principal do seu site, que o leva a uma seção especial, detalhando a finalidade e missão das unidades públicas e os decisores de alto nível.
			3 - disponibiliza um link específico para "democracia" ou "participação cidadã" na página principal do seu site, que o leva a uma seção especial, detalhando a finalidade e missão das unidades públicas, os decisores de alto nível, permitindo ligações com a legislação, orçamento e outros detalhes de informação de accountability.

Práticas de privacidade e segurança			
Variáveis	Práticas	Fontes	Escala
PPS1	Declara a política de privacidade no site, descrevendo os tipos de informações recolhidas e as políticas de utilização e partilha das informações pessoais, identificando os coletores das informações, disponível em todas as páginas que aceitam os dados, e com a data em que a política de privacidade foi revisada.	Bonett (2004); Parreiras et al. (2004); Holzer e Kim (2005); Schuele (2005).	0 - prática não identificada. 1 - declara apenas algumas informações sobre a privacidade. 2 - declara a política privacidade no site, descrevendo os tipos de informações recolhidas e as políticas de utilização e partilha de informações pessoais, identificando os coletores das informações, disponível apenas em algumas páginas que aceitam os dados. 3 - declara a política privacidade no site, descrevendo os tipos de informações recolhidas e as políticas de utilização e partilha de informações pessoais, identificando os coletores das informações, disponível em todas as páginas que aceitam os dados, e com a data em que a política de privacidade foi revisada.
PPS2	Permite diminuir a divulgação de informações pessoais, dispondo da possibilidade de entrar e sair do fornecimento das informações.	Holzer e Kim (2005); Schuele (2005).	0 – prática não identificada. 1 - permite apenas a diminuição da divulgação de informações pessoais. 2 - permite a diminuição da divulgação de informações pessoais, dispondo da possibilidade de entrar e sair do fornecimento das informações. 3 - permite a diminuição da divulgação de informações pessoais, dispondo da possibilidade de entrar e sair do fornecimento das informações e declara a não utilização das informações para outros fins.
PPS3	Permite que o usuário revise os dados pessoais e conteste os registros de informações incompletas ou erradas.	Holzer e Kim (2005); Schuele (2005).	0 – prática não identificada. 1 - permite apenas a diminuição da divulgação de informações pessoais. 2 - permite a diminuição da divulgação de informações pessoais, dispondo da possibilidade de entrar e sair do fornecimento das informações. 3 - permite a diminuição da divulgação de informações pessoais, dispondo da possibilidade de entrar e sair do fornecimento das informações e declara a não utilização das informações para outros fins.

Variáveis	Práticas	Fontes	Escala
PPS4	<p>Informa as práticas antes de qualquer informação pessoal ser coletada, evidenciando a entidade que está obtendo a informação, o propósito do recolhimento, potenciais recebedores, natureza da informação, meios de coleta, se as informações são voluntárias ou obrigatórias e consequência do não fornecimento.</p>	Schuele (2005).	<p>0 - prática não identificada.</p> <hr/> <p>1 - divulga algumas informações sobre as práticas, antes ou depois das informações serem coletadas.</p> <hr/> <p>2 - informa as práticas antes de qualquer informação pessoal ser coletada, evidenciando a entidade que está obtendo a informação, o propósito do recolhimento, potenciais recebedores, natureza da informação, meios de coleta, se as informações são voluntárias ou obrigatórias e consequência do não fornecimento, pelo menos em algumas páginas que coletam informações.</p> <hr/> <p>3 - informa as práticas antes de qualquer informação pessoal ser coletada, evidenciando a entidade que está obtendo a informação, o propósito do recolhimento, potenciais recebedores, natureza da informação, meios de coleta, se as informações são voluntárias ou obrigatórias e consequência do não fornecimento, em todas as páginas que coletam informações.</p>
PPS5	<p>Limita o acesso de dados e garantir que não será utilizado para fins não autorizados, utilizando senhas e criptografia de dados sensíveis e procedimentos de auditoria.</p>	Manber et al. (2000); Holzer e Kim (2005).	<p>0 - prática não identificada.</p> <hr/> <p>1 - possui algum tipo de informação sobre a limitação de acesso e garantia de não utilização dos dados para fins não autorizados.</p> <hr/> <p>2 - limita o acesso de dados e garante que não será utilizado para fins não autorizados, utilizando senhas ou criptografia de dados sensíveis.</p> <hr/> <p>3 - limita o acesso de dados e garante que não será utilizado para fins não autorizados, utilizando senhas e criptografia de dados sensíveis e procedimentos de auditoria.</p>
PPS6	<p>Disponibiliza um endereço de contato, telefone e/ou e-mail, específicos para denúncias, críticas etc., sobre a política de privacidade e segurança.</p>	Holzer e Kim (2005).	<p>0 - prática não identificada.</p> <hr/> <p>1 - disponibiliza apenas um endereço de contato específico para denúncias, críticas etc., sobre a política de privacidade e segurança.</p> <hr/> <p>2 - disponibiliza apenas um endereço de contato e telefone, específicos para denúncias, críticas etc., sobre a política de privacidade e segurança.</p> <hr/> <p>3 - disponibiliza apenas um endereço de contato, telefone e e-mail, específicos para denúncias, críticas etc., sobre a política de privacidade e segurança.</p>

Variáveis	Práticas	Fontes	Escala
PPS7	Permite o acesso a informações públicas por meio de uma área restrita que exija senha e/ou registro, como o uso de assinatura digital para identificar os usuários.	Knight e Fernandes (2006).	<p>0 - prática não identificada.</p> <hr/> <p>1 - permite o acesso a informações públicas por meio de uma área restrita que exija apenas um registro do usuário.</p> <hr/> <p>2 - permite o acesso a informações públicas por meio de uma área restrita que exija registro e senha do usuário.</p> <hr/> <p>3 - permite o acesso a informações públicas por meio de uma área restrita que exija registro, senha e assinatura digital do usuário.</p>
PPS8	Permite o acesso a informações não públicas para os servidores mediante uma área restrita que exija senha e/ou registro.	Holzer e Kim (2005).	<p>0 - prática não identificada.</p> <hr/> <p>1 - permite o acesso a informações não públicas por meio de uma área restrita que exija apenas um registro do usuário.</p> <hr/> <p>2 - permite o acesso a informações não públicas por meio de uma área restrita que exija apenas um registro e senha do usuário.</p> <hr/> <p>3 - permite o acesso a informações não públicas por meio de uma área restrita que exija apenas um registro, senha e assinatura digital do usuário.</p>

Práticas de usabilidade e acessibilidade.			
Variáveis	Práticas	Fontes	Escala
PUA1	O tamanho da <i>homepage</i> (página inicial do <i>site</i>) deve ter no máximo três comprimentos da tela.	Holzer e Kim (2005).	0 – prática não identificada. 1 - o tamanho da <i>homepage</i> é de até 3 telas. 2 - o tamanho da <i>homepage</i> é de até 2 telas. 3 - o tamanho da <i>homepage</i> é de até 1 tela.
PUA2	Determina o público-alvo do <i>site</i> , com canais personalizados para grupos específicos, como cidadãos, empresas ou outros órgãos públicos.	Holzer e Kim (2005).	0 - prática não identificada. 1 - disponibiliza algumas informações sobre o público-alvo do <i>site</i> , na página principal, com links isolados. 2 - determina o público-alvo do <i>site</i> , na página principal, com canais personalizados para grupos específicos, como cidadãos, empresas ou outros órgãos públicos, de forma não organizada. 3 - determina o público-alvo do <i>site</i> , na página principal, com canais personalizados para grupos específicos, como cidadãos, empresas ou outros órgãos públicos, de forma organizada.
PUA3	A barra de navegação deve ter os itens agrupados na área de navegação, termos claros utilizados para definir as opções de navegação de categorias, ícones de navegação de reconhecimento imediato da classe de itens, <i>links</i> identificados etc.	Parreiras <i>et al.</i> (2004); Holzer e Kim (2005).	0 – prática não identificada. 1 - a barra de navegação tem alguns itens agrupados na área de navegação e termos claros utilizados para definir as opções de navegação de categorias. 2 - a barra de navegação tem os itens agrupados na área de navegação, termos claros utilizados para definir as opções de navegação de categorias e ícones de navegação de reconhecimento imediato da classe de itens. 3 - a barra de navegação tem os itens agrupados na área de navegação, termos claros utilizados para definir as opções de navegação de categorias, ícones de navegação de reconhecimento imediato da classe de itens, <i>links</i> identificados etc.
PUA4	Fornecer links clicáveis para a página inicial em todas as páginas, para os departamentos dos consórcios e para sites relacionados fora do consórcio.	Holliday (2002); Holzer e Kim (2005); Navarro <i>et al.</i> (2007).	0 - prática não identificada. 1 - prática identificada em algumas páginas internas do consórcio. 2 - prática identificada em algumas páginas do consórcio e <i>sites</i> relacionados fora do consórcio. 3 - prática identificada em todas as páginas do consórcio e <i>sites</i> relacionados fora do consórcio.
PUA5	Disponibilizar na página principal um mapa do <i>site</i> ou esboço de todos os <i>sites</i> .	Parreiras <i>et al.</i> (2004); Holzer e Kim (2005); Torres <i>et al.</i> (2006); Braga (2007).	0 – prática não identificada. 1 - disponibiliza apenas algumas informações. 2 - disponibiliza um mapa do <i>site</i> ou esboço de parte do <i>site</i> . 3 - disponibiliza um mapa do <i>site</i> ou esboço completo do <i>site</i> .
PUA6	As páginas foram constituídas com cores padrão e consistentes, com a adequação de estilos de fonte, formatação de texto, visibilidade dos elementos, critério para uso de logotipos etc.	Parreiras <i>et al.</i> (2004); Holzer e Kim (2005).	0 - prática não identificada. 1 - apenas a página principal foi constituída com cores padrão e consistentes, com a adequação de estilos de fonte, formatação de texto, visibilidade dos elementos, critério para uso de logotipos etc. 2 - algumas páginas foram constituídas com cores padrão e consistentes, com a adequação de estilos de fonte, formatação de texto, visibilidade dos elementos, critério para uso de logotipos etc. 3 - todas as páginas foram constituídas com cores padrão e consistentes, com a adequação de estilos de fonte, formatação de texto, visibilidade dos elementos, critério para uso de logotipos etc.

Variáveis	Práticas	Fontes	Escala
PUA7	Os textos foram sublinhados indicando os <i>links</i> .	Holzer e Kim (2005)	0 – prática não identificada. 1- alguns textos estão sublinhados indicando os links. 2 - a maioria dos textos estão sublinhados indicando os links. 3 - todos os textos estão sublinhados indicando os links.
PUA8	Disponibiliza a data da última atualização das páginas.	Vilella (2003); Holzer e Kim (2005).	0 - prática não identificada. 1 - prática identificada apenas na página principal. 2 - prática identificada em algumas páginas. 3 - prática identificada em todas as páginas.
PUA9	Fornecer um <i>link</i> para informações sobre o consórcio, com a possibilidade de contato, com endereço, telefone, fax ou <i>e-mail</i> .	Holliday (2002); Braga (2007).	0 - prática não identificada. 1 - fornece um <i>link</i> na página principal para informações sobre o consórcio. 2 - fornece um <i>link</i> na página principal para informações sobre o consórcio e algum tipo de contato. 3 - fornece um <i>link</i> na página principal para informações sobre o consórcio, com a possibilidade de contato presencial, como endereço, ou telefone, fax e <i>e-mail</i> .
PUA10	Disponibiliza versões alternativas de documentos longos, como arquivos em pdf, doc, ou xls.	Holzer e Kim (2005).	0 – prática não identificada. 1 - alguns documentos longos são disponibilizados em .pdf ou .doc. 2 - a maioria dos documentos longos são disponibilizados em .pdf ou .doc. 3 - todos os documentos longos são disponibilizados em .pdf ou .doc.
PUA11	Permite que os campos dos formulários sejam acessíveis por meio das teclas ou do cursor; identificando, claramente, aqueles com preenchimentos obrigatórios; fazendo com que a ordem das guias dos campos seja lógica, ou seja, com o toque na tecla “tab” passa para o próximo campo.	Holzer e Kim (2005).	0 - prática não identificada. 1 - permite que os campos dos formulários sejam acessíveis por meio das teclas ou do cursor. 2 - permite que os campos dos formulários sejam acessíveis por meio das teclas ou do cursor e que a ordem das guias dos campos seja lógica, ou seja, com o toque na tecla “tab” passa para o próximo campo. 3 - permite que os campos dos formulários sejam acessíveis por meio das teclas ou do cursor, que a ordem das guias dos campos seja lógica, ou seja, com o toque na tecla “tab” passa para o próximo campo e identifica, claramente, aqueles de preenchimento obrigatórios.
PUA12	Disponibiliza informações de como identificar e corrigir erros submetidos.	Holzer e Kim (2005); Torres <i>et al.</i> (2006).	0 – prática não identificada. 1 - disponibiliza algumas informações de como identificar erros. 2 - disponibiliza algumas informações de como identificar e corrigir erros submetidos. 3 - disponibiliza informações completas de como identificar e corrigir erros submetidos.
PUA13	Dispõe de um <i>site</i> de busca ou um <i>link</i> no próprio <i>site</i> do consórcio.	Torres <i>et al.</i> (2006).	0 - prática não identificada. 1 - prática identificada apenas na página principal. 2 - prática identificada na página principal e em outras. 3 - prática identificada em todas as páginas.

Variáveis	Práticas	Fontes	Escala
PUA14	Dispõe seu próprio mecanismo de pesquisa, permitindo que as pesquisas sejam feitas de forma específica, por secretaria, em todo o <i>site</i> etc.; com recursos de pesquisas avançados, como a utilização de palavras, frases exatas, combinação etc.; com capacidade para classificar os resultados da pesquisa por relevância ou outros critérios.	Holliday (2002); Parreiras et al. (2004); Holzer e Kim (2005); Braga (2007); Navarro et al. (2007); Shi (2007).	0 - prática não identificada. 1 - dispõe de seu próprio mecanismo de pesquisa. 2 - dispõe de seu próprio mecanismo de pesquisa, permitindo que as pesquisas sejam feitas de forma específica, por setor em todo o <i>site</i> etc. 3 - dispõe de seu próprio mecanismo de pesquisa, permitindo que as pesquisas sejam feitas de forma específica, por setor, em todo o <i>site</i> etc., com capacidade para classificar os resultados da pesquisa por relevância ou outros critérios.
PUA15	Disponibiliza um mecanismo de acesso aos portadores de necessidades especiais.	Holzer e Kim (2005).	0 - prática não identificada. 1 - dispõe apenas de informações sobre o acesso aos portadores de necessidades especiais. 2 - dispõe de informações sobre o acesso aos portadores de necessidades especiais, com algum tipo de mecanismo de acesso aos portadores de necessidades especiais. 3 - dispõe de mais de um mecanismo de acesso aos portadores de necessidades especiais.
PUA16	Disponibiliza os conteúdos do <i>site</i> em mais de um idioma.	Vilella (2003); Holzer e Kim (2005).	0 - prática não identificada. 1 - disponibiliza os conteúdos de uma página em mais de um idioma. 2 - disponibiliza os conteúdos de algumas páginas em mais de um idioma. 3 - disponibiliza os conteúdos do <i>site</i> em mais de um idioma.
PUA17	Apresenta os textos escritos com fontes e cores adequadas.	Shi (2007).	0 - prática não identificada. 1 - apresenta apenas textos escritos com fontes adequadas. 2 - apresenta parte dos textos escritos com fontes e cores adequadas. 3 - apresenta todos os textos escritos com fontes e cores adequadas.
PUA18	Disponibilizar os conteúdos de áudio com transcrições escritas e/ou legendas.	Shi (2007).	0 - prática não identificada. 1 - disponibiliza alguns conteúdos de áudio com transcrições escritas e/ou legendas. 2 - disponibiliza todos os conteúdos de áudio com transcrições escritas ou legendas. 3 - disponibiliza todos os conteúdos de áudio com transcrições escritas e legendas.
PUA19	Permite o acesso ao <i>site</i> e seus conteúdos por meio do teclado do computador.	Shi (2007).	0 - prática não identificada. 1 - permite o acesso ao <i>site</i> por meio do teclado do computador. 2 - permite o acesso ao <i>site</i> e alguns conteúdos por meio do teclado do computador. 3 - permite o acesso ao <i>site</i> e seus conteúdos por meio do teclado do computador.

APÊNDICE D – ANÁLISE DE CONFIABILIDADE DOS CONSELHOS

Confiabilidade agrupada dos conselhos

Escala: ALL VARIABLES

Resumo de processamento do caso			
		N	%
Casos	Válido	160	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	160	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade			
		Alfa de Cronbach	N de itens
		,958	42

Confiabilidade agrupada do grupo *Pconselho*

Escala: ALL VARIABLES

Resumo de processamento do caso			
		N	%
Casos	Válido	160	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	160	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade	
Alfa de Cronbach	N de itens
,914	10

Confiabilidade agrupada do grupo *Pconselheiro*

Escala: ALL VARIABLES

Resumo de processamento do caso			
		N	%
Casos	Válido	160	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	160	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade	
Alfa de Cronbach	N de itens
,831	10

Confiabilidade agrupada do grupo *AFconselho*

Escala: ALL VARIABLES

Resumo de processamento do caso			
		N	%
Casos	Válido	160	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	160	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade	
Alfa de Cronbach	N de itens
,942	12

Estatísticas de escala			
Média	Variância	Desvio Padrão	N de itens
91,4750	517,018	22,73804	12

Confiabilidade agrupada do grupo *AFconselheiro*

Escala: ALL VARIABLES

Resumo de processamento do caso			
		N	%
Casos	Válido	160	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	160	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade	
Alfa de Cronbach	N de itens
,914	10

Estatísticas de escala			
Média	Variância	Desvio Padrão	N de itens
65,4313	429,316	20,71994	10

APÊNDICE F - ANÁLISE DE CONFIABILIDADE POR CONSELHO**Estatísticas de confiabilidade**

Município	Alfa de Cronbach	N de itens
Apucarana	,958	41
Campo Mourão	,940	41
Cascavel	,931	41
Cianorte	,963	41
Cornélio Procópio	,911	41
Guarapuava	,964	41
Irati	,931	41
Laranjeiras do Sul	,960	41
Londrina	,967	41
Maringá	,910	41
Medianeira	,968	41
Paranavaí	,937	41
Toledo	,978	41
União da Vitória	,988	41

APÊNDICE G – DADOS COLETADOS DOS *SITES* DOS CIS

Consórcios	Práticas de Conteúdo					
	PCon1	PCon2	PCon3	PCon4	PCon5	PCon6
CISVIR	0	0	0	0	0	0
CISCOMCAM	1	0	2	0	0	0
CISOP	1	0	0	3	3	2
CISCENOP	3	0	2	3	2	0
CISVAP	0	0	0	0	0	0
CISNOP	1	0	0	3	0	3
COMESP	2	0	3	0	0	0
ARSS	1	0	2	2	3	3
CIS CENTRO OESTE	0	0	1	3	3	3
CISAMCESPAR	2	0	3	3	3	2
CIS 22ª R.S.	1	0	3	3	3	0
CISNORPI	2	0	3	3	0	3
ASSISCOP	0	0	0	3	3	0
CISMEPAR	2	0	3	3	3	3
CISAMUSEP	2	0	3	3	3	3
CISI	2	0	3	3	3	3
CISLIPA	1	0	3	3	3	1
CISAMUNPAR	1	0	3	3	3	3
CONIMS	1	0	3	3	0	3
CISPARANACENTRO	0	0	3	0	0	0
CIMSAÚDE	1	0	3	0	0	0
CISCOPAR	2	0	3	3	3	3
CISAMEIROS	1	0	1	3	3	1
CISVALI	1	0	3	3	3	3
CISGAP	0	0	0	0	0	1

Consórcios	Práticas de Conteúdo						
	PCon7	PCon8	PCon9	PCon10	PCon11	PCon12	PCon13
CISVIR	0	0	0	0	0	1	0
CISCOMCAM	2	0	0	0	1	3	0
CISOP	3	0	0	1	1	3	0
CISCENOP	2	0	1	0	2	3	0
CISVAP	0	0	0	0	0	0	0
CISNOP	3	0	1	1	0	3	0
COMESP	3	0	0	0	1	3	0
ARSS	1	0	0	1	1	0	0
CIS CENTRO OESTE	3	0	1	1	0	0	0
CISAMCESPAR	3	1	0	1	1	3	0
CIS 22ª R.S.	3	0	0	0	1	3	0
CISNORPI	3	0	0	1	1	3	0
ASSISCOPE	2	0	0	0	0	0	0
CISMEPAR	3	1	0	1	1	3	0
CISAMUSEP	3	0	0	1	1	3	0
CISI	3	0	0	1	0	0	0
CISLIPA	3	1	0	0	1	3	0
CISAMUNPAR	3	1	0	0	0	3	0
CONIMS	3	0	2	1	1	0	0
CISPARANACENTRO	2	0	0	1	0	3	0
CIMSAÚDE	2	0	0	0	0	3	0
CISCOPAR	3	0	0	1	1	3	0
CISAMEIROS	3	0	0	0	0	0	0
CISVALI	3	0	1	1	1	3	0
CISGAP	3	0	1	1	0	0	0

Consórcios	Práticas de serviços						
	PSer1	PSer2	PSer3	PSer4	PSer5	PSer6	PSer7
CISVIR	0	0	0	0	1	0	0
CISCOMCAM	1	1	0	0	1	1	1
CISOP	1	1	0	0	3	1	0
CISCENOP	2	2	0	0	3	3	2
CISVAP	0	0	0	0	0	0	0
CISNOP	0	0	0	0	3	1	1
COMESP	2	2	0	0	1	2	2
ARSS	1	2	0	0	1	3	1
CIS CENTRO OESTE	1	2	0	0	0	1	2
CISAMCESPAR	3	1	0	0	3	1	2
CIS 22ª R.S.	0	1	0	0	3	3	3
CISNORPI	1	0	0	0	3	1	2
ASSISOP	1	2	0	0	0	1	0
CISMEPAR	0	2	0	1	3	2	2
CISAMUSEP	0	2	0	0	3	3	0
CISI	1	1	0	0	0	3	1
CISLIPA	1	0	0	1	3	1	1
CISAMUNPAR	0	0	0	0	3	0	0
CONIMS	0	0	0	0	0	2	0
CISPARANACENTRO	0	0	0	0	3	3	0
CIMSAÚDE	1	1	0	0	3	1	0
CISOPAR	0	2	0	0	0	3	2
CISAMEIROS	0	1	0	0	0	0	0
CISVALI	1	1	0	0	0	1	1
CISGAP	0	0	0	0	0	0	0

Consórcios	Práticas de serviços						
	PSer8	PSer9	PSer10	PSer11	PSer12	PSer13	PSer14
CISVIR	0	0	0	0	0	0	0
CISCOMCAM	0	0	0	0	0	1	0
CISOP	0	0	0	0	0	0	3
CISCENOP	0	0	0	0	0	1	0
CISVAP	0	0	0	0	0	0	0
CISNOP	1	0	0	0	0	0	0
COMESP	0	0	0	0	0	0	1
ARSS	1	0	0	0	0	0	1
CIS CENTRO OESTE	1	0	0	0	0	0	3
CISAMCESPAR	0	0	0	0	0	0	0
CIS 22ª R.S.	0	0	0	0	0	0	1
CISNORPI	0	0	0	0	0	0	1
ASSISCOPE	0	0	0	0	0	0	3
CISMEPAR	0	0	0	0	0	2	3
CISAMUSEP	1	0	0	0	0	0	3
CISI	1	0	0	0	0	2	3
CISLIPA	0	0	0	0	0	0	3
CISAMUNPAR	0	0	0	0	0	2	0
CONIMS	0	0	0	1	0	0	3
CISPARANACENTRO	0	0	0	0	0	0	1
CIMSAÚDE	0	0	0	0	0	0	1
CISOPAR	1	0	0	0	0	2	1
CISAMEIROS	1	0	0	0	0	0	0
CISVALI	0	0	0	0	0	1	1
CISGAP	0	0	0	0	0	0	1

Consórcios	Práticas de participação cidadã									
	PPC1	PPC2	PPC3	PPC4	PPC5	PPC6	PPC7	PPC8	PPC9	PPC10
CISVIR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CISCOMCAM	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
CISOP	1	3	1	1	0	0	1	0	0	0
CISCENOP	0	3	1	1	0	0	3	0	0	0
CISVAP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CISNOP	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0
COMESP	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0
ARSS	1	0	1	1	0	0	3	0	0	0
CIS CENTRO OESTE	0	3	1	1	0	0	1	0	1	0
CISAMCESPAR	1	3	1	1	0	0	1	1	0	0
CIS 22ª R.S.	1	3	1	1	0	0	3	1	0	0
CISNORPI	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0
ASSISCOP	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
CISMEPAR	1	3	1	1	0	0	1	0	1	0
CISAMUSEP	1	3	2	1	0	0	3	1	1	0
CISI	1	3	1	1	0	0	3	0	0	0
CISLIPA	1	3	2	1	0	0	1	0	0	0
CISAMUNPAR	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0
CONIMS	1	3	1	1	0	0	1	0	0	0
CISPARANACENTRO	0	3	1	0	0	0	3	0	1	0
CIMSAÚDE	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0
CISCOPAR	1	3	0	1	0	0	3	0	0	0
CISAMEIROS	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0
CISVALI	1	3	1	0	0	0	1	0	0	0
CISGAP	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0

Consórcios	Práticas de usabilidade e acessibilidade									
	PUA1	PUA2	PUA3	PUA4	PUA5	PUA6	PUA7	PUA8	PUA9	PUA10
CISVIR	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
CISCOMCAM	2	1	3	1	0	2	0	0	2	3
CISOP	0	0	3	1	3	3	0	1	3	3
CISCENOP	0	1	3	2	3	3	3	0	3	1
CISVAP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CISNOP	2	0	3	2	0	3	0	0	2	3
COMESP	0	0	3	1	0	1	1	0	3	1
ARSS	2	0	3	2	0	3	3	0	3	3
CIS CENTRO OESTE	2	1	3	1	0	3	3	0	3	3
CISAMCESPAR	2	0	1	2	2	2	2	0	2	3
CIS 22ª R.S.	2	0	3	1	0	1	0	1	0	3
CISNORPI	0	0	3	2	0	3	2	0	3	3
ASSISCOP	2	0	3	1	0	3	0	0	3	3
CISMEPAR	2	0	3	1	0	3	3	0	3	2
CISAMUSEP	2	0	3	1	0	3	0	0	3	3
CISI	2	1	3	2	0	3	0	0	0	3
CISLIPA	2	0	3	0	0	0	1	0	2	3
CISAMUNPAR	2	0	3	1	3	3	0	0	2	3
CONIMS	0		3	1	0	0	0	0	3	3
CISPARANACENTRO	2		3	1	1	1	0	0	0	3
CIMSAÚDE	1	0	3	1	3	3	1	0	3	3
CISCOPAR	0	0	3	2	2	1	3	0	3	3
CISAMEIROS	2	0	1	1	0	1	3	0	0	3
CISVALI	1	0	3	2	3	3	0	0	2	3
CISGAP	1	0	3	0	0	0	3	0	1	3

Consórcios	Práticas de usabilidade e acessibilidade								
	PUA11	PUA12	PUA13	PUA14	PUA15	PUA16	PUA17	PUA18	PUA19
CISVIR	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CISCOMCAM	2	0	0	0	0	0	2	0	3
CISOP	2	0	0	1	0	0	3	0	3
CISCENOP	2	0	0	1	0	0	3	0	3
CISVAP	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CISNOP	2	0	0	1	0	0	3	0	1
COMESP	0	0	0	1	0	0	1	0	3
ARSS	2	0	0	0	0	0	3	0	3
CIS CENTRO OESTE	2	0	0	0	0	0	3	0	0
CISAMCESPAR	2	0	0	0	0	0	3	0	3
CIS 22ª R.S.	3	0	0	0	0	0	2	0	3
CISNORPI	3	0	2	1	0	0	3	0	3
ASSISCOP	2	0	0	0	0	0	3	0	3
CISMEPAR	3	0	0	0	0	0	3	0	3
CISAMUSEP	3	0	0	1	3	0	3	0	3
CISI	3	0	0	0	1	0	3	0	0
CISLIPA	0	0	0	0	0	0	3	0	3
CISAMUNPAR	2	0	0	0	0	0	3	0	2
CONIMS	2	0	0	0	0	0	3	0	0
CISPARANACENTRO	3	0	0	0	0	0	3	0	3
CIMSAÚDE	3	0	0	1	0	0	3	0	3
CISCOPAR	2	0	0	0	0	0	3	0	3
CISAMEIROS	0	0	0	0	0	0	1	0	3
CISVALI	3	0	0	0	0	0	3	0	0
CISGAP	0	0	0	0	0	0	3	0	2

Consórcios	Práticas de conteúdo						
	PCon1	PCon2	PCon3	PCon4	PCon5	PCon6	PCon7
CISVIR	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CISCOMCAM	0,513	0,000	1,026	0,000	0,000	0,000	1,026
CISOP	0,513	0,000	0,000	1,538	1,538	1,026	1,538
CISCENOP	1,538	0,000	1,026	1,538	1,026	0,000	1,026
CISVAP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CISNOP	0,513	0,000	0,000	1,538	0,000	1,538	1,538
COMESP	1,026	0,000	1,538	0,000	0,000	0,000	1,538
ARSS	0,513	0,000	1,026	1,026	1,538	1,538	0,513
CIS CENTRO OESTE	0,000	0,000	0,513	1,538	1,538	1,538	1,538
CISAMCESPAR	1,026	0,000	1,538	1,538	1,538	1,026	1,538
CIS 22ª R.S.	0,513	0,000	1,538	1,538	1,538	0,000	1,538
CISNORPI	1,026	0,000	1,538	1,538	0,000	1,538	1,538
ASSISOP	0,000	0,000	0,000	1,538	1,538	0,000	1,026
CISMEPAR	1,026	0,000	1,538	1,538	1,538	1,538	1,538
CISAMUSEP	1,026	0,000	1,538	1,538	1,538	1,538	1,538
CISI	1,026	0,000	1,538	1,538	1,538	1,538	1,538
CISLIPA	0,513	0,000	1,538	1,538	1,538	0,513	1,538
CISAMUNPAR	0,513	0,000	1,538	1,538	1,538	1,538	1,538
CONIMS	0,513	0,000	1,538	1,538	0,000	1,538	1,538
CISPARANACENTRO	0,000	0,000	1,538	0,000	0,000	0,000	1,026
CIMSAÚDE	0,513	0,000	1,538	0,000	0,000	0,000	1,026
CISCOPAR	1,026	0,000	1,538	1,538	1,538	1,538	1,538
CISAMEIROS	0,513	0,000	0,513	1,538	1,538	0,513	1,538
CISVALI	0,513	0,000	1,538	1,538	1,538	1,538	1,538
CISGAP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,513	1,538

Consórcios	Práticas de conteúdo						Soma
	PCon8	PCon9	PCon10	PCon11	PCon12	PCon13	PCon
CISVIR	0,000	0,000	0,000	0,000	0,513	0,000	0,513
CISCOMCAM	0,000	0,000	0,000	0,513	1,538	0,000	4,615
CISOP	0,000	0,000	0,513	0,513	1,538	0,000	8,718
CISCENOP	0,000	0,513	0,000	1,026	1,538	0,000	9,231
CISVAP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CISNOP	0,000	0,513	0,513	0,000	1,538	0,000	7,692
COMESP	0,000	0,000	0,000	0,513	1,538	0,000	6,154
ARSS	0,000	0,000	0,513	0,513	0,000	0,000	7,179
CIS CENTRO OESTE	0,000	0,513	0,513	0,000	0,000	0,000	7,692
CISAMCESPAR	0,513	0,000	0,513	0,513	1,538	0,000	11,282
CIS 22ª R.S.	0,000	0,000	0,000	0,513	1,538	0,000	8,718
CISNORPI	0,000	0,000	0,513	0,513	1,538	0,000	9,744
ASSISCOP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	4,103
CISMEPAR	0,513	0,000	0,513	0,513	1,538	0,000	11,795
CISAMUSEP	0,000	0,000	0,513	0,513	1,538	0,000	11,282
CISI	0,000	0,000	0,513	0,000	0,000	0,000	9,231
CISLIPA	0,513	0,000	0,000	0,513	1,538	0,000	9,744
CISAMUNPAR	0,513	0,000	0,000	0,000	1,538	0,000	10,256
CONIMS	0,000	1,026	0,513	0,513	0,000	0,000	8,718
CISPARANACENTRO	0,000	0,000	0,513	0,000	1,538	0,000	4,615
CIMSAÚDE	0,000	0,000	0,000	0,000	1,538	0,000	4,615
CISCOPAR	0,000	0,000	0,513	0,513	1,538	0,000	11,282
CISAMEIROS	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	6,154
CISVALI	0,000	0,513	0,513	0,513	1,538	0,000	11,282
CISGAP	0,000	0,513	0,513	0,000	0,000	0,000	3,077

Consórcios	Práticas de serviços						Soma
	PSer9	PSer10	PSer11	PSer12	PSer13	PSer14	PSer
CISVIR	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,476
CISCOMCAM	0,000	0,000	0,000	0,000	0,476	0,000	2,857
CISOP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,429	4,286
CISCENOP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,476	0,000	6,190
CISVAP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CISNOP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	2,857
COMESP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,476	4,762
ARSS	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,476	4,762
CIS CENTRO OESTE	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,429	4,762
CISAMCESPAR	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	4,762
CIS 22ª R.S.	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,476	5,238
CISNORPI	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,476	3,810
ASSISCOP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,429	3,333
CISMEPAR	0,000	0,000	0,000	0,000	0,952	1,429	7,143
CISAMUSEP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,429	5,714
CISI	0,000	0,000	0,000	0,000	0,952	1,429	5,714
CISLIPA	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,429	4,762
CISAMUNPAR	0,000	0,000	0,000	0,000	0,952	0,000	2,381
CONIMS	0,000	0,000	0,476	0,000	0,000	1,429	2,857
CISPARANACENTRO	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,476	3,333
CIMSAÚDE	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,476	3,333
CISCOPAR	0,000	0,000	0,000	0,000	0,952	0,476	5,238
CISAMEIROS	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,952
CISVALI	0,000	0,000	0,000	0,000	0,476	0,476	2,857
CISGAP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,476	0,476

Consórcios	Práticas de participação cidadã										Soma	
	PPC1	PPC2	PPC3	PPC4	PPC5	PPC6	PPC7	PPC8	PPC9	PPC10		PPC
CISVIR	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CISCOMCAM	0,667	0,000	0,667	0,667	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	2,000
CISOP	0,667	2,000	0,667	0,667	0,000	0,000	0,667	0,000	0,000	0,000	0,000	4,667
CISCENOP	0,000	2,000	0,667	0,667	0,000	0,000	2,000	0,000	0,000	0,000	0,000	5,333
CISVAP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CISNOP	0,667	2,000	0,667	0,667	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	4,000
COMESP	0,667	0,000	0,667	0,667	0,000	0,000	0,667	0,000	0,000	0,000	0,000	2,667
ARSS	0,667	0,000	0,667	0,667	0,000	0,000	2,000	0,000	0,000	0,000	0,000	4,000
CIS CENTRO OESTE	0,000	2,000	0,667	0,667	0,000	0,000	0,667	0,000	0,667	0,000	0,000	4,667
CISAMCESPAR	0,667	2,000	0,667	0,667	0,000	0,000	0,667	0,667	0,000	0,000	0,000	5,333
CIS 22ª R.S.	0,667	2,000	0,667	0,667	0,000	0,000	2,000	0,667	0,000	0,000	0,000	6,667
CISNORPI	0,667	0,000	0,667	0,667	0,000	0,000	0,667	0,000	0,000	0,000	0,000	2,667
ASSISCOP	0,000	0,000	0,667	0,000	0,000	0,000	0,667	0,000	0,000	0,000	0,000	1,333
CISMEPAR	0,667	2,000	0,667	0,667	0,000	0,000	0,667	0,000	0,667	0,000	0,000	5,333
CISAMUSEP	0,667	2,000	1,333	0,667	0,000	0,000	2,000	0,667	0,667	0,000	0,000	8,000
CISI	0,667	2,000	0,667	0,667	0,000	0,000	2,000	0,000	0,000	0,000	0,000	6,000
CISLIPA	0,667	2,000	1,333	0,667	0,000	0,000	0,667	0,000	0,000	0,000	0,000	5,333
CISAMUNPAR	0,000	2,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,667	0,000	0,000	0,000	0,000	2,667
CONIMS	0,667	2,000	0,667	0,667	0,000	0,000	0,667	0,000	0,000	0,000	0,000	4,667
CISPARANACENTRO	0,000	2,000	0,667	0,000	0,000	0,000	2,000	0,000	0,667	0,000	0,000	5,333
CIMSAÚDE	0,000	0,000	0,667	0,000	0,000	0,000	2,000	0,000	0,000	0,000	0,000	2,667
CISCOPAR	0,667	2,000	0,000	0,667	0,000	0,000	2,000	0,000	0,000	0,000	0,000	5,333
CISAMEIROS	0,667	2,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	2,667
CISVALI	0,667	2,000	0,667	0,000	0,000	0,000	0,667	0,000	0,000	0,000	0,000	4,000
CISGAP	0,000	0,667	0,000	0,000	0,000	0,000	0,667	0,000	0,000	0,000	0,000	1,333

Consórcios	Práticas de usabilidade e acessibilidade									
	PUA1	PUA2	PUA3	PUA4	PUA5	PUA6	PUA7	PUA8	PUA9	PUA10
CISVIR	0,351	0,000	0,000	0,351	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CISCOMCAM	0,702	0,351	1,053	0,351	0,000	0,702	0,000	0,000	0,702	1,053
CISOP	0,000	0,000	1,053	0,351	1,053	1,053	0,000	0,351	1,053	1,053
CISCENOP	0,000	0,351	1,053	0,702	1,053	1,053	1,053	0,000	1,053	0,351
CISVAP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CISNOP	0,702	0,000	1,053	0,702	0,000	1,053	0,000	0,000	0,702	1,053
COMESP	0,000	0,000	1,053	0,351	0,000	0,351	0,351	0,000	1,053	0,351
ARSS	0,702	0,000	1,053	0,702	0,000	1,053	1,053	0,000	1,053	1,053
CIS CENTRO OESTE	0,702	0,351	1,053	0,351	0,000	1,053	1,053	0,000	1,053	1,053
CISAMCESPAR	0,702	0,000	0,351	0,702	0,702	0,702	0,702	0,000	0,702	1,053
CIS 22ª R.S.	0,702	0,000	1,053	0,351	0,000	0,351	0,000	0,351	0,000	1,053
CISNORPI	0,000	0,000	1,053	0,702	0,000	1,053	0,702	0,000	1,053	1,053
ASSISCOP	0,702	0,000	1,053	0,351	0,000	1,053	0,000	0,000	1,053	1,053
CISMEPAR	0,702	0,000	1,053	0,351	0,000	1,053	1,053	0,000	1,053	0,702
CISAMUSEP	0,702	0,000	1,053	0,351	0,000	1,053	0,000	0,000	1,053	1,053
CISI	0,702	0,351	1,053	0,702	0,000	1,053	0,000	0,000	0,000	1,053
CISLIPA	0,702	0,000	1,053	0,000	0,000	0,000	0,351	0,000	0,702	1,053
CISAMUNPAR	0,702	0,000	1,053	0,351	1,053	1,053	0,000	0,000	0,702	1,053
CONIMS	0,000	0,000	1,053	0,351	0,000	0,000	0,000	0,000	1,053	1,053
CISPARANACENTRO	0,702	0,000	1,053	0,351	0,351	0,351	0,000	0,000	0,000	1,053
CIMSAÚDE	0,351	0,000	1,053	0,351	1,053	1,053	0,351	0,000	1,053	1,053
CISCOPAR	0,000	0,000	1,053	0,702	0,702	0,351	1,053	0,000	1,053	1,053
CISAMEIROS	0,702	0,000	0,351	0,351	0,000	0,351	1,053	0,000	0,000	1,053
CISVALI	0,351	0,000	1,053	0,702	1,053	1,053	0,000	0,000	0,702	1,053
CISGAP	0,351	0,000	1,053	0,000	0,000	0,000	1,053	0,000	0,351	1,053

Consórcios	Práticas de usabilidade e acessibilidade									
	PUA11	PUA12	PUA13	PUA14	PUA15	PUA16	PUA17	PUA18	PUA19	PUA
CISVIR	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,351	1,053
CISCOMCAM	0,702	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,702	0,000	1,053	7,368
CISOP	0,702	0,000	0,000	0,351	0,000	0,000	1,053	0,000	1,053	9,123
CISCENOP	0,702	0,000	0,000	0,351	0,000	0,000	1,053	0,000	1,053	9,825
CISVAP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
CISNOP	0,702	0,000	0,000	0,351	0,000	0,000	1,053	0,000	0,351	7,719
COMESP	0,000	0,000	0,000	0,351	0,000	0,000	0,351	0,000	1,053	5,263
ARSS	0,702	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,053	0,000	1,053	9,474
CIS CENTRO OESTE	0,702	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,053	0,000	0,000	8,421
CISAMCESPAR	0,702	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,053	0,000	1,053	8,421
CIS 22ª R.S.	1,053	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,702	0,000	1,053	6,667
CISNORPI	1,053	0,000	0,702	0,351	0,000	0,000	1,053	0,000	1,053	9,825
ASSISCOP	0,702	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,053	0,000	1,053	8,070
CISMEPAR	1,053	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,053	0,000	1,053	9,123
CISAMUSEP	1,053	0,000	0,000	0,351	1,053	0,000	1,053	0,000	1,053	9,825
CISI	1,053	0,000	0,000	0,000	0,351	0,000	1,053	0,000	0,000	7,368
CISLIPA	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,053	0,000	1,053	5,965
CISAMUNPAR	0,702	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,053	0,000	0,702	8,421
CONIMS	0,702	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,053	0,000	0,000	5,263
CISPARANA CENTRO	1,053	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,053	0,000	1,053	7,018
CIMSAÚDE	1,053	0,000	0,000	0,351	0,000	0,000	1,053	0,000	1,053	9,825
CISCOPAR	0,702	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,053	0,000	1,053	8,772
CISAMEIROS	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,351	0,000	1,053	5,263
CISVALI	1,053	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,053	0,000	0,000	8,070
CISGAP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1,053	0,000	0,702	5,614