

**ANA CRISTINA VIDAL ALLEGRETTI**

**GESTÃO PÚBLICA E TOMADA DE DECISÃO EM  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**DOUTORADO EM  
ODONTOLOGIA  
PUC PR**

**CURITIBA  
2017**



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
MULTIDISCIPLINARIDADES EM SAÚDE –  
ÊNFASE EM SAÚDE COLETIVA**

**ANA CRISTINA VIDAL ALLEGRETTI**

**GESTÃO PÚBLICA E TOMADA DE DECISÃO EM  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Curitiba**

**2017**

**ANA CRISTINA VIDAL ALLEGRETTI**

**GESTÃO PÚBLICA E TOMADA DE DECISÃO EM  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Odontologia, Multidisciplinaridades em Saúde – Ênfase em Saúde Coletiva.**

**Orientador: Prof. Dr. Samuel J. Moysés  
Coorientadores: Prof.<sup>a</sup> Dr. Simone Tetu Moysés e Prof.<sup>a</sup> Dr. Renata Iani Werneck**

**Curitiba  
2017**

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central

422g	Allegretti, Ana Cristina Vidal
017	Gestão pública e tomada de decisão em atenção primária à saúde / Ana Cristina Vidal Allegretti ; orientador, Samuel J. Moysés ; coorientadores, Simone Tetu Moysés, Renata Iani Werneck. – 2017. 172 f. : il. ; 30 cm
	Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2017 Inclui bibliografias Texto em português e inglês
	1. Administração pública. 2. Processo decisório. 3. Atenção primária à saúde. 5. Odontologia. I. Moysés, Samuel J. II. Moysés, Simone Tetu. III. Werneck, Renata Iani. IV. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação Odontologia. V. Título.
	CDD 22. ed. – 617.6



Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Escola Saúde e Biociências  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia


## TERMO DE APROVAÇÃO

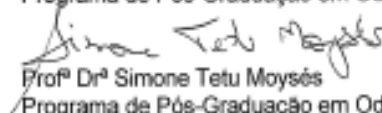
**ANA CRISTINA VIDAL ALLEGRETTI**

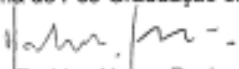
### GESTÃO PÚBLICA E TOMADA DE DECISÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

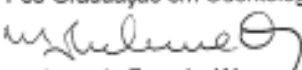
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do Título de **Doutor em Odontologia**, Área de Concentração em **Saúde Coletiva**.

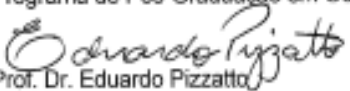
Orientador (a):

  
Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

  
Prof.ª Dr.ª Simone Tetu Moysés  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

  
Prof. Dr. Rodrigo Nunes Rached  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

  
Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFMG

  
Prof. Dr. Eduardo Pizzatto  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia Clínica, UPPR

Curitiba, 30 de Junho de 2017.

## DEDICATÓRIA

*Ao meu filho Rodrigo.  
De longe, a melhor decisão  
da minha vida!*

*Te amo pra sempre...*

## AGRADECIMENTOS

*Trabalhar na saúde pública sempre foi uma escolha pessoal, mediada por argumentos lógicos e apaixonantes! A oportunidade de fazer reflexão da práxis para reconhecê-la em marcos teóricos no doutorado, só foi possível com o apoio de muita gente...*

*Aos colegas de trabalho da Secretaria de Saúde (dentre eles, alguns chefes!) – Stela, Tania, Carol, Cynthia, Priscila, Leda, equipes dos Distritos CIC e Pinheirinho, chefias das unidades de saúde da CIC e PN: obrigada por tantos ensinamentos, por confiar que eu daria conta da “vida dupla”, pelo incentivo e pela amizade!*

*Aos colegas do doutorado – Ana Carla, Carol, Gracinda, Claudio, Pedro, Rafael, Sandra, Willian, Zilá, Dorianana, Tayla, Tony, Maiara, Py: obrigada pelo convívio descontraído e responsável, pela troca constante, pelo Labminds, pela torcida coletiva, pela cumplicidade!*

*A todos os professores do programa, das disciplinas que cursei – em especial aos professores Renata, Simone e Léo Kriger: agradeço muito pelo (re)encontro, pelo exemplo, pela juventude constante e incansável e por me fazerem refletir sempre...*

*Aos funcionários da PUC, em especial à Neide e à Flávia: obrigada pela prestatividade e simpatia!*

*Aos alunos do PIBIC Eduardo e Samara: obrigada pelo interesse na pesquisa e na Saúde Coletiva e literalmente por colocarem a mão na massa!*

*À PUC PR e à Fundação Capes, instituições que me proporcionaram a oportunidade de voltar a estudar, com qualidade e compromisso com a pesquisa.*

*Nilson – obrigada, obrigada, obrigada...*

*Ao meu orientador Samuel: muito obrigada por apostar e confiar em mim, valorizando as minhas ideias, entendendo o contexto da minha trajetória profissional, direcionando e me fazendo pensar, sempre com disponibilidade, empatia, respeito, carinho e paciência!*

*A minha família – Regina, Carla, Luís, Felipe, Sophia, Rodrigo, Manu, Neto, Willian, Yasmin e Guilherme: obrigada por serem vocês, por estarem sempre por perto... com bom humor (!), oportunizando trocas e segurança, por sermos uma família!*

*Filho, a minha “atividade” está acabando... 😊*

*“Um dia me disseram que as nuvens não eram de algodão  
Sem querer eles me deram as chaves que abrem essa prisão  
Quem ocupa o trono tem culpa, quem oculta o crime também  
Quem duvida da vida tem culpa, quem evita a dúvida também tem”*

Engenheiros do Hawaii

*“É difícil tomar uma decisão quando ser justo  
não significa ser bondoso”*

Augusto Branco



## SUMÁRIO

RESUMO .....	1
INTRODUÇÃO.....	4
TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE.....	7
GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE .....	8
ARTIGO UM .....	13
ANÁLISE DE REDES SOCIAIS APLICADA À PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE NO BRASIL .....	13
Resumo.....	14
Abstract .....	15
Resumen.....	16
Introdução .....	17
Método .....	22
Resultados e Discussão .....	25
Considerações finais.....	48
Referências .....	49
ARTIGO DOIS - versão em português.....	53
GOVERNANÇA PÚBLICA NA SAÚDE EM CAPITAL DO HEMISFÉRIO SUL .....	53
Resumo.....	54
Introdução.....	55
Método.....	60
Resultados .....	64
Discussão e Conclusão.....	76
Referências.....	82
ARTIGO DOIS - versão em inglês .....	86
PUBLIC GOVERNANCE IN HEALTH IN A SOUTHERN HEMISPHERE CAPITAL.....	86
Abstract .....	87
Introduction .....	88
Method.....	93
Results .....	98
Discussion and Conclusion .....	108
References.....	114
ARTIGO TRÊS .....	118
TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	118

Resumo.....	119
Abstract .....	120
Introdução.....	121
Método.....	123
Resultados.....	126
Discussão.....	137
Considerações finais.....	144
Referências.....	145
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE.....	149
REFERÊNCIAS .....	152
ANEXOS.....	154

## RESUMO

Tomar decisões faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde. Este processo, que abrange escolhas no âmbito da prática clínica, da saúde coletiva e da gestão, permite resolver problemas e tende a se tornar complexo a partir da perspectiva de uma organização pública. Um marco inicial da discussão a respeito de processos decisórios surge a partir das críticas ao modelo clássico da Administração, por Herbert Simon, em 1947, que reconhece a limitação da informação disponível e interferência de elementos éticos e psicológicos nesses processos. Apesar da informação ser considerada fundamental, decidir não é uma atitude puramente racional, mas fruto de aspectos materiais e não materiais, sob a lógica de sistemas complexos. Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) se apresenta descentralizado, impulsionado pela reforma político-administrativa no campo sanitário no Brasil, conquista da democratização do Estado e do processo constituinte da década de 1980. Cada vez mais, verifica-se a importância de modelos organizacionais orientados por princípios de legalidade, impessoalidade, publicidade, eficiência e transparência, oportunizando maior participação. Se modelos político-administrativos e organizacionais podem influenciar as tomadas de decisão no processo de trabalho em saúde, é fundamental verificar a efetivação das diretrizes constitucionais e respectivos modelos estruturantes do SUS, reconhecendo os saberes acumulados que formam as opiniões dos profissionais. Assim, um dos objetivos da tese foi revisar a produção científica a respeito da administração pública da saúde no Brasil, com respectiva influência de autores e de publicações, realizada por meio de pesquisa bibliométrica e análise de redes sociais de autores. A rede de publicações da administração se mostrou bastante coesa, contendo práticas de democracia deliberativa e participação social. Ao

incluir o termo “saúde” a rede explicitou a proeminência de produções a respeito da Reforma Sanitária Brasileira e descentralização do SUS, com enfoque mais crítico e reflexivo, porém com importante lacuna relativa ao controle social. Um segundo objetivo, foi identificar princípios de governança pública no portal eletrônico de Curitiba, com base no conceito de e-Gov, que propõe o uso de tecnologias de informação, comunicação e automação para promover melhores serviços à sociedade. Foram constatados alguns princípios de governança no portal eletrônico do município, com a ressalva de que a presença de tais indicadores, por si só, não garante governança pública. Um último objetivo, o reconhecimento da tomada de decisão no contexto da Atenção Primária de Saúde (APS) pública em Curitiba, PR, foi alcançado por meio de pesquisa transversal, quantitativa, utilizando instrumento autoaplicável em profissionais médicos, cirurgiões-dentistas e gestores locais, atuantes em 107 unidades de saúde. Com um total de 361 questionários, o estudo revelou expressivo acesso à informação atinente à administração e processo de trabalho (gestores locais 100%, médicos e dentistas 84,8%), obtido principalmente por meio de capacitações, protocolos, reuniões – e, particularmente, o uso de e-mails no caso dos gestores. Verificou-se predominância da lógica racional-cartesiana nas decisões, porém com variações relacionadas ao modelo de atuação da unidade de saúde (com ou sem Estratégia de Saúde da Família), tempo de inserção no serviço e categoria ocupacional dos profissionais. Conclui-se sobre a necessidade de estimular o ambiente institucional para incentivar a reflexão crítica sobre a informação circulante no âmbito institucional, bem como propiciar momentos de compreensão para o tomador de decisão, visando equilibrar as influências multifacetadas que operam no ambiente

de trabalho e variar mais quanto aos recursos formativos/informativos utilizados nas decisões cotidianas.

**Palavras-chave:** tomada de decisão, administração pública, informação, saúde, governança

## INTRODUÇÃO

Tomar decisões faz parte do dia a dia dos profissionais de saúde. Este processo de identificar e fazer escolhas entre diversas opções que se apresentam permite a solução de problemas ou conflitos; o caminho selecionado poderá resolver a questão ou levar à nova etapa de formulação de problema e/ou necessidade de nova decisão.

Um dos marcos iniciais da discussão a respeito da decisão, sob o ponto de vista dos comportamentos sociais, surge em 1947 com os trabalhos de Herbert Simon, que trata do assunto como um processo e considera a tomada de decisão como ponto chave para a atuação das organizações (SIMON, 1970). Anteriormente a Simon, a questão era influenciada pelo Taylorismo, modelo clássico de Administração, caracterizado pela ênfase nas tarefas, objetivando aumento da eficiência operacional por meio da racionalização do trabalho, que envolve a divisão de funções dos trabalhadores (CHIAVENATO, 2011).

Taylor ponderava sobre o *homo economicus* que, segundo ele, era motivado por recompensas econômicas, salariais e materiais, as quais estimulavam o profissional na melhoria da produção e aprimoramento dos recursos utilizados. Este modelo supostamente revolucionou a indústria da época, porém suscitou diversas críticas: o homem (trabalhador) é transformado em uma máquina, uma engrenagem do sistema produtivo, passivo e desencorajado a tomar iniciativas mais criativas. Os gerentes não ouvem as ideias dos funcionários subalternos, uma vez que esses são considerados desinformados, peças produtivas que não devem tomar decisões. Além disso, o modelo trata os indivíduos como um só grupo, não reconhecendo a variação entre eles, gerando descontentamento por parte dos trabalhadores (PINTO, 2010).

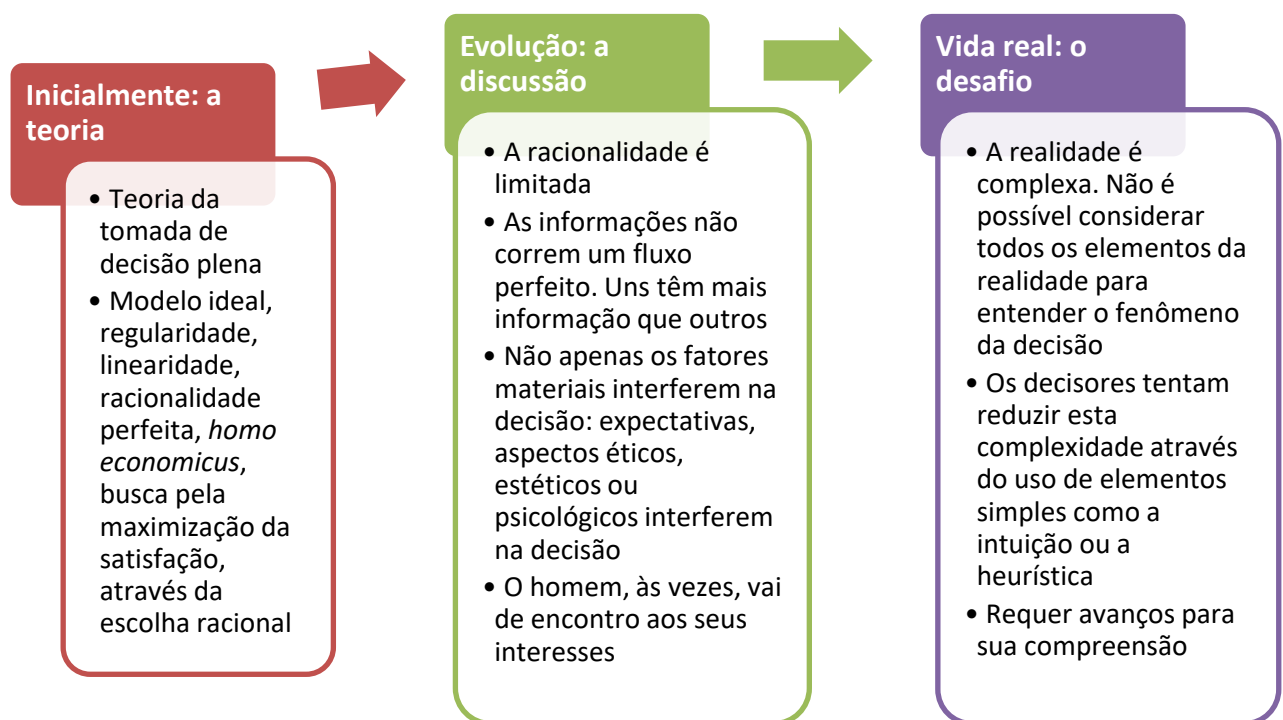
A Escola de Simon – Racionalidade Limitada - propõe o “homem administrativo”, em contraposição ao “homem econômico”, de Taylor, o qual possui limitações em conhecer todas as opções possíveis e em estabelecer critérios para aperfeiçoar suas decisões (no sentido de obter lucros financeiros), o que o faz tomar decisões que atendam a padrões mínimos de satisfação (aproximação satisfatória) e nunca de otimização (SIMON, 1970).

Posteriormente ao pensamento de Simon, a necessidade de revisão crítica surgiu da reflexão do mundo como um sistema complexo. Em 1977 Prigogine, que estudava sistemas instáveis, propôs a noção de instabilidade dinâmica associada ao caos. Ainda que o termo sugira desordem ou imprevisibilidade, seria possível, segundo o pesquisador, incluí-lo nas leis da natureza, sob as óticas de probabilidade e irreversibilidade (PRIGOGINE, *apud* MASSONI, 2008). O não equilíbrio também pode ser coerente, pois possibilita estabelecer estruturas e padrões muito complexos que permitem enxergar e compreender melhor o tipo de estrutura existente no mundo.

Outro autor que traz contribuições para o entendimento da “desordem” em sistemas complexos é Edgar Morin (2006). Descreve princípios para explicar o cérebro: (i) princípio dialógico, relacionado à interação, ao olhar sob diversos ângulos, (ii) princípio recorrente ou autogerativo, relacionando produtos simultaneamente produtores em um mesmo processo (a possibilidade de a causa agir sobre o efeito e de o efeito agir sobre a causa), e (iii) princípio hologramático, onde o todo está na parte, que está no todo. Apesar de racionalmente limitado (legado do modelo de Simon), o homem tem uma infinidade de possibilidades para entender o mundo complexo, sem precisar pensar de forma linear, nem o fragmentar de forma arbitrária, a partir do reconhecimento dos princípios citados.

Desde então, o processo decisório passa a ser entendido envolvendo a seleção consciente e inconsciente de determinadas ações, estabelecidas em ambientes simples e complexos, influenciado por fatores materiais e não materiais. A construção (e desenvolvimento) do conhecimento em torno da tomada de decisão pode ser apresentada na figura 1. A partir de uma visão racional do processo, a imagem evolui pela inclusão de limitações e ofuscamento de informações e influências, chegando a um patamar onde a decisão acontece de forma complexa, exigindo novas abordagens e novas perspectivas (CARVALHO; PEDROZO, 2010).

Figura 1 – Desenvolvimento do processo de tomada de decisão.



Fonte: Carvalho e Pedrozo, 2010

Atualmente, nenhum modelo de tomada de decisão é aceito como ideal ou definitivo, que sirva para qualquer contexto organizacional, para os diferentes



comportamentos do tomador de decisão (e suas limitações cognitivas), para os fatores materiais, condicionantes e valores. Entretanto, alguns autores percebem uma relação entre estratégias ou métodos de decisão e estruturas organizacionais (GONTIJO; MAIA, 2004). É provável que alguns modelos de gestão possam favorecer as características de um tipo específico de tomada de decisão e vice-versa.

## **TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE**

A tomada de decisão em saúde abrange: gestão de pessoas, materiais, questões financeiras, gestão da clínica, entre outros. Envolve a escolha de modelos de atenção à saúde, estrutura física, logística, processos de trabalho, decisões clínicas e a perspectiva da Promoção da Saúde (DUSSALT, 1992). Segundo o autor, também comporta uma dimensão ética e moral: sigilo, direitos do paciente, continuidade do tratamento, intervenções experimentais, além do desafio em equilibrar serviços, tecnologias e recursos que, em geral, são limitados.

A informação é fundamental para a tomada de decisões, independente do modelo de atenção ou forma de financiamento de um sistema de saúde (GÓES; MOYSÉS, 2012). Informações epidemiológicas, financeiras, orçamentárias, legais, normativas, socioeconômicas, demográficas e sobre recursos físicos e humanos são capazes de revelar como estão se desenvolvendo os serviços e ações de saúde, além da situação de saúde da população. A demanda por informações em saúde vem aumentando os desafios inerentes a sua utilização para subsidiar a tomada de decisões (BRASIL, 2004).

Importante esclarecer que a informação é considerada a interpretação ou o significado dos dados brutos referentes a um determinado tema. A partir de um

processo reflexivo para entender a relação entre a informação e as ações da saúde, em particular no âmbito da micropolítica do trabalho, verificou-se que a informação contém valores dos sujeitos (por exemplo, conceito de saúde), que interferem na implementação das políticas do sistema. Os indicadores possuem dimensão técnica, mas também política (FERLA; CECCIM; ALBA, 2012).

A partir do uso das naturezas distintas de tecnologias (MERHY; FRANCO, 2003) utilizadas no cuidado e na gestão, pressupõe-se que somente os saberes técnicos estruturados (tecnologias duras) não são suficientes para determinar o cuidado em saúde de forma integral, sendo imprescindível incluir as tecnologias leves, relacionais, que agregariam a negociação de saberes, de interesses, processos decisórios e a construção intercessora de projetos de trabalho vivos em ato (FERLA, 2009). Ao invés de “geradora” de um conhecimento universal (com pretensão de verdadeiro), a informação pode ser entendida como portadora de capacidade analítica, de reais ou potenciais ruídos na organização do trabalho. Além disso, a tarefa de produzir informação é considerada técnica, pedagógica e política (GÓES; MOYSÉS, 2012). Os autores ressaltam a importância de que este processo (produzir dados e transformá-los em informações) inclua os atores envolvidos em sua produção, para que as escolhas possam ser mais democráticas e sustentáveis.

## **GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE**

Considera-se que os serviços da saúde têm características que geram exigências específicas em relação à organização, à gestão e à tomada de decisão. São estruturas complexas e diversificadas (TANAKA; TAMAKI, 2012), com necessidades diversas, envolvendo variáveis biopsicossociais, serviços definidos

por questões sociais, seja pela determinação ou representatividade da saúde/doença, tipo de problema: agudo/crônico, entre outras (DUSSALT, 1992).

Alcântara (2012) diferencia a administração privada da administração pública, fato que merece uma abordagem distinta. Em uma revisão a respeito de Gestão Pública (CARNEIRO; MENICUCCI, 2011) os autores trazem diversas definições a respeito do tema e, entre elas, a definição de Brugué e Subirats (1996), que distingue a importância da gestão pública em expressar valores instrumentais e também políticos, orientados por valores sociais. Reforça a necessidade de articulação, interdependência e cooperação.

Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) se apresenta cada vez mais descentralizado (PAIM; TEIXEIRA, 2006), impulsionado pelas regras de financiamento do Ministério da Saúde. Este cenário redefine as responsabilidades dos municípios, estados e União. De maneira geral, nos municípios tem ocorrido a ampliação da Atenção Primária com as equipes de Saúde da Família (EDWARD; KORNIS; MAIA, 2011), incorporação de outras categorias profissionais, incremento nas ações da vigilância epidemiológica e sanitária (SIQUEIRA, 2013), que proporcionam novos desafios aos profissionais e gestores, no sentido de organizar e qualificar as ações em saúde. Por um lado, é fundamental ter um bom modelo de gestão para alcançar os objetivos propostos de forma eficiente e eficaz. Por outro, são necessários modelos (formas) de atenção para apoiar os profissionais nas ações em saúde, que por sua vez se tornam gestores da saúde na relação profissional-paciente/comunidade. Para que tudo isso ocorra, se fazem presentes os processos de tomada de decisão.

Em um relato de experiência em Betim, MG, os autores comparam o modelo de atenção em saúde tradicional com a proposta de acolhimento usuário-centrado

e apresentam vantagens em relação ao rendimento profissional e resolubilidade, na qual a tomada de decisão no modelo de acolhimento tende a ser mais participativa e menos solitária (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Por outro lado, em uma revisão das principais abordagens teóricas da administração e suas influências na Enfermagem é relatado que ainda persiste a herança de modelos tayloristas e burocráticos, com valorização de regras e cumprimento de tarefas, além do poder de decisão, centralizados no enfermeiro (MATOS; PIRES, 2006).

Outra possível influência na decisão é apontada na literatura que relaciona o papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde (TANAKA; TAMAKI, 2012). Os autores referem à utilização de indicadores e parâmetros de forma crítica, considerando sua subjetividade, viabilidade e contextos e não apenas valores tidos como “verdade” científica.

Analisando quatro modelos organizacionais (Burocrático, Administração Pública Gerencial, Governo Empreendedor e Governança Pública), Secchi (2009) verifica que a substituição do modelo burocrático vem sendo feita por modelos que compartilham características essenciais a ele, não sendo necessariamente modelos de ruptura. A tomada de decisão assume característica mais técnica e centralizada no modelo burocrático, mais participativa e permeável aos cidadãos no governo empreendedor, e mais política nos modelos que valorizam governança pública.

Inegavelmente, a tomada de decisão faz parte da rotina diária das Unidades de Saúde. Para discorrer sobre um exemplo, somente em 2016 foram realizados mais de 4 milhões de atendimentos na Atenção Primária em Curitiba, entre consultas médicas, de enfermagem e odontológicas e procedimentos clínicos

(CURITIBA, 2016b). Estas ações exigem que os profissionais decidam a respeito de questões clínicas, biológicas, sociais, humanas, ambientais, além dos aspectos de gestão do processo de trabalho, estrutura, logística e pessoas.

Com base na problematização apresentada, a pesquisa buscou conhecer os processos de tomada de decisão em saúde, sob as perspectivas do gestor local e dos profissionais de saúde da Atenção Primária (médico e cirurgião-dentista), dentro do contexto da gestão pública municipal em Curitiba. Além disso, (i) reconhecer o saber acumulado a respeito da Administração Pública em saúde no Brasil por meio de sua produção científica, identificando pessoas, publicações e instituições que fomentam a sua discussão e formação de opiniões; (ii) caracterizar o modelo de gestão da informação da Administração Pública de Curitiba, no contexto de realização do presente trabalho, com base no conceito de e-Gov; (iii) conceituar a prática de tomada de decisão, segundo preceitos da gestão e dos processos de trabalho em saúde; (iv) identificar quais as formas de circulação da informação a respeito dos processos de trabalho na APS e (v) reconhecer quais os tipos de tomada de decisão em saúde na APS e os fatores de influência.

A seguir, serão apresentados três artigos, construídos a partir dos objetivos da tese. O primeiro deles trata de uma revisão no contexto histórico brasileiro da Administração Pública e do SUS, buscando publicações e autores de maior influência, que podem interferir na formação de um “rationale” próprio da área em tela, e na tomada de decisão de profissionais da saúde (objetivo específico i). O segundo artigo explora a percepção de um modelo de gestão no município de Curitiba visando reconhecer o papel do Estado na transparência e governança pública, com base no conceito de e-Gov (objetivo específico ii). Finalmente o terceiro artigo apresenta os resultados da pesquisa de campo, com utilização de

dados empíricos, aprofundando questões relacionadas à tomada de decisão (objetivos específicos iii, iv e v).

## **ARTIGO UM**

**ANÁLISE DE REDES SOCIAIS APLICADA À PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM  
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE NO BRASIL**

**SOCIAL NETWORK ANALYSIS APPLIED TO SCIENTIFIC PRODUCTION IN  
HEALTH PUBLIC ADMINISTRATION IN BRAZIL**

**ANÁLISIS DE REDES SOCIALES APLICADAS A LA PRODUCCIÓN  
CIENTÍFICA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD PÚBLICA EN BRASIL**

## **Resumo**

A reforma administrativa em curso no Brasil, com o restabelecimento da democracia, fomentou políticas públicas descentralizadas, incluindo a municipalização da área da saúde, e maior possibilidade de participação popular. Visando apreender a efetivação destas diretrizes constitucionais o presente artigo analisou a produção científica a respeito da administração pública da saúde no Brasil, com respectiva influência de autores e de publicações, por meio de pesquisa bibliométrica e análise de redes sociais de autores. A rede de publicações da administração se mostrou bastante coesa, contendo práticas de democracia deliberativa e participação social. Ao incluir o termo “saúde” a rede explicitou a proeminência de produções a respeito da Reforma Sanitária Brasileira e descentralização do Sistema Único de Saúde, com enfoque mais crítico e reflexivo, porém com importante lacuna relativa ao controle social.

**Palavras-chave:** administração pública, saúde, análise de redes sociais



## **Abstract**

Ongoing administrative reform in Brazil has established the democracy, and it has promoted decentralized public policies, including the municipalization of health, and greater possibility of popular participation. In order to find the effectiveness of these constitutional policies this article analyzed the scientific literature about the public health administration in Brazil, with its impact of authors and publications through bibliometric research and analysis of social network authors. The network management publications seemed quite cohesive, containing practices of deliberative democracy and social participation. By including the term "health" the network explicit the prominence of publications about Brazilian Health Reform and decentralization of the Unified Health System, into a more critical and reflexive approach, but with important gap concerning social control.

**Keywords:** public administration, health, social network analysis

## **Resumen**

La reforma administrativa en curso en Brasil, al restablecimiento de la democracia, promovió políticas públicas descentralizadas, incluyendo la municipalización de la salud, y una mayor posibilidad de participación popular. Con el fin de encontrar lo ejercicio de estas directrices constitucionales este artículo analizó la literatura científica acerca de la administración de salud pública en Brasil, con su influencia de autores y publicaciones a través de la investigación bibliométrico y el análisis de redes sociales autores. Las publicaciones de administración resultaron muy cohesionado, que contiene prácticas de la democracia deliberativa y la participación social. Al incluir el término "salud", la red explicó la importancia de las producciones, sobre la Reforma de Salud de Brasil y la descentralización del Sistema Único de Salud, con el enfoque más crítico y reflexivo, e una importante laguna del control social.

**Palabras clave:** administración pública, salud, análisis de las redes sociales

## **Introdução**

O campo de interesse do presente artigo se dirige à ciência da administração pública (particularmente em saúde); esta trata, dentre outros temas, do estudo das instituições que deveriam ter como objetivos centrais a gestão responsável e transparente dos interesses públicos e a satisfação das necessidades coletivas de uma comunidade. Tais objetivos são alcançáveis a partir da formulação e implementação de políticas públicas democraticamente consensualizadas e fazendo uso efetivo e eficiente dos recursos disponíveis (CARVALHO, 2013). Com base nesta premissa, que poderia ser cunhada genericamente como “ação de governar”, obviamente a administração pública é encampada como um território multidisciplinar prenhe de interesses, disputas e conflitos. Assim, as forças políticas que poderiam conferir alguma racionalidade e direcionalidade à administração pública teriam seu centro de gravitação nos aparatos de Estado, ou seja, o setor público ou os poderes públicos em sua relação com a sociedade – e não somente seus fundamentos internos, tais como modelos operativos, teorias ou métodos. É, na verdade, um campo de ação humana que possui personalidade múltipla, pois se origina em diferentes lugares e tem destinos diversos (POLLITT, 2010).

Derivando da concepção anterior, administração pública, diferentemente da gestão privada ou da gestão em seu sentido genérico, expressa valores que não são apenas instrumentais, mas políticos. Neste sentido, a administração pública não se limita aos meios para determinados fins (como é, por exemplo, o lucro no setor privado), mas incorpora também os objetivos, sua definição e sua articulação operativa, devendo orientar-se a partir de valores e necessidades sociais e

perseguindo a qualidade na entrega de ações e serviços ao conjunto da cidadania (BRUGUÉ; SUBIRATS, 1996).

Desde pelo menos a década de 1970, importantes transformações no campo temático das políticas públicas têm ocorrido, afetando diretamente a ação de governar em distintas nações, alterando estruturas estatais e o processo governamental em si mesmo, como, por exemplo, a relação entre o Estado e a sociedade civil. As políticas públicas são a tradução dos propósitos e plataformas eleitorais de governos democráticos em programas e ações, devendo oferecer resultados concretos para a vida das pessoas. Buscam, simultaneamente, “colocar o governo em ação” e analisar/propor alterações no curso destas ações, quando necessário (SOUZA, 2006).

As transformações atingiram de forma diferente os países e seus respectivos segmentos sociais, em momentos e formas também distintas, todavia a discussão tem ocorrido mais no contexto do novo “gerencialismo” que penetra a esfera pública (PETERS, 2008). A partir dos anos 1980, vai se tornando perceptível uma mudança de estilo de alguns estudos sobre a administração pública, com uma linguagem “gerencial” perpassando vários textos, refletindo a introdução do racionalismo econômico que passou a caracterizar o desenho organizativo dos serviços públicos (CARNEIRO; MENICUCCI, 2011).

No contexto brasileiro, a reforma administrativa do Estado teve início com o fim do período militar. Admite-se que a Constituição Federal de 1988 trouxe elementos importantes para a nação: a democratização do Estado, com o fortalecimento do controle externo pelo Ministério Público; a descentralização de várias políticas, incluindo a de saúde, que gerou oportunidades de maior participação de atores do nível locorregional; e iniciativas de profissionalização da

burocracia estatal, consolidada por concurso público, que estaria progressivamente submetida ao princípio da seleção meritocrática e universal em uma perspectiva neweuberiana (ABRÚCIO, 2007). O governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), sob inspiração de reformas administrativas ocorridas também na Europa, optou pela implementação da chamada “nova gestão pública” (*New Public Management*) – um modelo gerencial baseado em quatro aspectos básicos conformados para a pretendida reconstrução do Estado: a) delimitação de sua abrangência institucional e os processos de redução do tamanho do Estado; b) demarcação de seu papel regulador e dos processos de desregulamentação; c) aumento de sua capacidade de governança pública; d) aumento de sua governabilidade (BRESSER PEREIRA, 1997). A proposta da era FHC defendia mudanças institucionais relativas à flexibilização da força de trabalho com vínculo público e criação de espaços públicos não estatais.

A sucessão política representada pelo Partido dos Trabalhadores, a partir de 2003, suscitou uma expectativa pós-eleitoral que supostamente seria contrária às ideias do modelo gerencial precedente. No entanto, é também correto analisar o período do governo encetado por Luiz Inácio Lula da Silva como um caminho marcado por embates e contradições, resultando na adoção (muitas vezes tensionada e difusa) da “gestão por resultados”, ao invés da rejeição pura e simples às ideias do período governamental anterior. A mudança se deu mais de forma incremental e principalmente nos processos, em vez de alterar a lógica organizacional como um todo (ABRÚCIO, 2011). As reformas propostas na era Lula incluíam um conjunto de ações que vocalizavam a retórica de um Estado promotor de inclusão social, em que o Governo Federal acentuaria seu papel de

planejador e orientador, tendo como intermediadores os estados federativos, e como executores locais os municípios. (KLERING; PORSSE; GUADAGNIN, 2010).

A partir do escrutínio dos Planos Plurianuais (PPA), dos governos Lula e Dilma, é possível perceber uma concepção muito particular do conceito de “modernização” do modelo de administração, por meio da revalorização do planejamento e intervenção estatal, como uma estratégia de reabilitar as atividades do Estado e melhorar a prestação de serviços públicos. Desta forma, os canais de participação formal e o planejamento governamental foram valorizados, como meios fundamentais, para viabilizar um projeto alternativo de poder (LIMA; PAPI, 2015). Experiências participativas nos anos 1970 e 1980 como, por exemplo: fóruns temáticos, conselhos gestores de políticas públicas e orçamento participativo promoveram a ideia de gestão mais interativa, dialógica e deliberativa, indicando nova tendência da administração pública, valorizando espaços democráticos e maior sinergia Estado-sociedade (RIBEIRO; PEREIRA; BENEDICTO, 2013).

No campo da saúde, o movimento denominado de Reforma Sanitária Brasileira ganhou ímpeto simultaneamente ao processo de democratização do país, sobretudo ao longo dos anos 1980. A Constituição de 1988 incorporou a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelecendo as bases para um novo modelo de gestão da saúde, correlato à administração pública deliberativa (PAIM et al., 2011). A lei 8080/90, que regulamenta o SUS, comporta dimensões relacionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, as quais sistematizam o desejado modelo de atenção à saúde, que deveria se estruturar sob os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade; e sob as diretrizes organizativas da

descentralização com comando único, regionalização e hierarquização dos serviços, e participação comunitária. Assim, princípios e diretrizes demarcam caminhos quanto à organização e funcionamento das ações e serviços de saúde, relacionados ao modelo de administração propriamente dito (BRASIL, 1990).

Os postulados do SUS colocaram em evidência uma lógica político-organizativa e administrativa contrária às práticas até então vigentes no campo da saúde, que eram centralizadoras e com forte influência dos prestadores privados de serviços. Representaram um grande desafio para mudanças de ordem técnica, administrativa, política e cultural (ALONSO; HEDLER; CASTILHO, 2010), as quais ainda não se completaram, sendo parte de uma ampla agenda social inconclusa. O bom funcionamento (que implica boa gestão) do SUS constitui obrigação legal há mais de vinte e cinco anos; ainda que tenha sua origem no movimento da reforma sanitária, por meio da luta de uma diversificada militância (professores, pesquisadores, estudantes, gestores, profissionais de saúde, movimentos populares e cidadãos em geral), sua implementação vem sendo marcada por constantes obstáculos. Há problemas relacionados ao subfinanciamento federal, agravado por renúncias fiscais e por subsídios federais ao mercado de planos privados de saúde; resistência à reforma da estrutura administrativa estatal na prestação de serviços; e parcerias público-privadas ainda imersas em disputas de interesses pouco republicanos (SANTOS, 2013).

Por outro lado, há avanços consideráveis na conceituação internacional de saúde, considerada pessoal e coletivamente um bem imaterial indispensável para a vida das pessoas e um recurso imprescindível para a reprodução social. Os serviços de saúde, por sua vez, têm características que geram exigências específicas em relação à organização e à gestão. São estruturas complexas e

diversificadas (TANAKA; TAMAKI, 2012), com diferentes aportes e necessidades, envolvendo variáveis biopsicossociais, serviços definidos por questões sociais, seja pela determinação ou representatividade da saúde/doença, pelo tipo de problema (agudo/crônico), dentre outros (DUSSALT, 1992).

Desse modo, para mais bem compreender o contexto da efetivação das diretrizes constitucionais do sistema público de saúde no Brasil este artigo analisou a produção científica a respeito da administração pública da saúde no Brasil, com o objetivo de reconhecer saberes acumulados, identificando pessoas, publicações e instituições que fomentam sua discussão e formação de opiniões, por meio de um estudo de natureza bibliométrica com foco na análise da eventual constituição de redes sociais de autores. O presente estudo não busca dar respostas definitivas, mas problematizar o conhecimento da administração pública em saúde, em termos de concepções elencadas e ações concretamente adotadas.

## **Método**

A análise de redes sociais em bibliometria é uma ferramenta metodológica que permite formalizar graficamente e de forma quantitativa conceitos abstraídos a partir de propriedades e processos característicos da realidade social (SOUZA; QUANDT, 2008). Isso torna possível identificar agrupamentos de autores, suas relações e conexões, padrões e alterações ocorridas em um determinado período de tempo. A colaboração científica pode ser medida a partir dos vínculos entre pesquisadores, instituições ou países que compartilham autoria em trabalhos acadêmicos.

Considera-se uma rede social um grupo de contatos sociais ou laços entre indivíduos em que há interação entre eles. O estudo de redes sociais tem como base a sociologia e a teoria das organizações. Permite o entendimento de como



os laços são estabelecidos entre indivíduos em um contexto dado, definindo padrões de relação e dinâmica de interação e visualizando as relações sociais circunscritas entre organizações. Os atores em uma rede possuem conexões interdependentes, com influências diretas e indiretas, gerando oportunidades ou restrições em termos de protagonismo de ação (ULLRICH; OLIVEIRA; SCHEFFER, 2012). Sendo assim, a análise de redes sociais apresenta vantagens em comparação a metodologias tradicionais que avaliam apenas atributos individuais de autores (SCOTT, 2000).

Para esta pesquisa foram realizadas as seguintes etapas:

1. Pesquisa na *Web of Science*, com busca realizada no período de 20 a 25 de junho de 2015. No primeiro campo foram inseridos os termos *administration, managment, governance, decentralization*, acrescidos das expressões *public, new public management, public policy*. A pesquisa então foi delimitada pelos termos “brazil\*” e “health\*”, os quais geraram dois conjuntos de publicações: o primeiro associado à administração pública no Brasil (PUBLICAÇÕES\_ADMINISTRAÇÃO\_BRASIL → PAB) e um subgrupo deste relacionado à saúde (PUBLICAÇÕES\_ADMINISTRAÇÃO\_SAÚDE\_BRASIL → PASB);
  - a. Descritores - foram selecionados a partir de consulta ao DeCS - Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/>), utilizando as expressões booleanas “AND” e “OR” e campo de busca “Tópico”.
  - b. Tempo estipulado: Todos os anos.
  - c. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH (as cinco coleções do Web of Science).

2. Obtenção das tabelas da base de dados *Web of Science* para análise descritiva/ bibliométrica;
3. Limpeza e procedimentos de consistência dos dados bibliográficos, utilizando o *software* BibExcel (<http://homepage.univie.ac.at/juan.gorraiz/bibexcel/>), até a geração de uma sociomatriz para análise (PERSSON; DANELL; SCHNEIDER, 2009). O *software* possibilita isolar uma variável, no caso as referências, ou combinação destas a partir da delimitação dos campos dos registros bibliográficos (RUAS; PEREIRA, 2014);
4. Geração dos gráficos de rede dos sistemas sociais relacionais para evidenciar os padrões de relacionamento entre os atores (nós), com o auxílio do *software* Ucinet (<https://sites.google.com/site/ucinetsoftware/home>) (BORGATTI; EVERETT; FREEMAN, 2002);
5. Análise das características e propriedades das rede, segundo o quadro 1 (SCOTT, 2000; SOARES, 2012);
6. Verificação dos autores mais relevantes, a partir das características das redes, e análise dos temas abordados nessas publicações.

Quadro 1 – Características das Redes.

<b>Característica da Rede</b>	<b>Descrição</b>
<b>NÓ</b>	É o ator social (autores, publicações)
<b>LAÇO</b>	São as ligações, relações entre os nós
<b>CONNECTIVIDADE</b>	Rede conectada quando todos os nós são alcançáveis <i>Cut point</i> – único responsável pela comunicação de determinados nós
<b>K CORE</b>	Nº de ligações mínimas que “seguram” o nó na rede

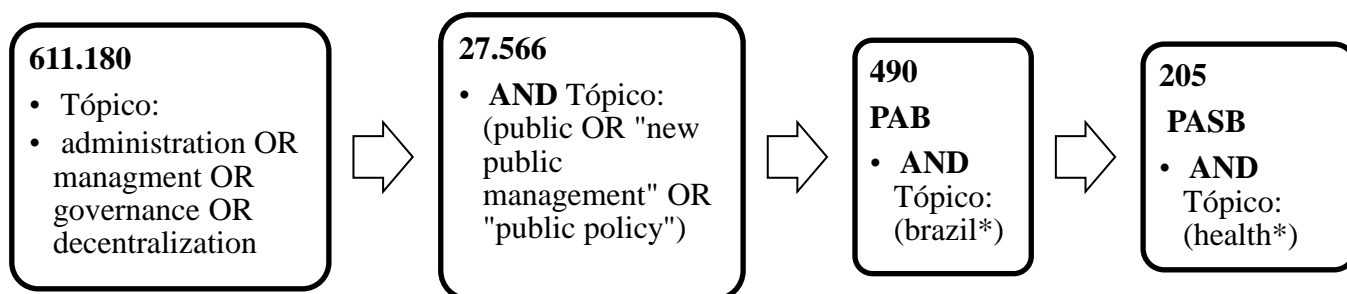
<b>DENSIDADE</b>	Proporção de linhas presentes em relação ao total de linhas possíveis, considerando-se o número total de nós
<b>CENTRALIDADE DE PROXIMIDADE</b>	Posição mais “visível” medida a partir do ator mais central; será zero quando todos os nós tiverem a mesma centralidade
<b>GRAU DE VIZINHANÇA</b>	Nº de ligações que partem do nó

Fonte: Adaptado de Scott, 2000.

## Resultados e Discussão

A busca pelos descritores resultou em dois conjuntos: PAB, com 490 itens e PASB, com 205 itens, apresentadas na figura 1. Com relação à distribuição das publicações no tempo, observou-se um crescimento expressivo de publicações, principalmente a partir de 2007. O aumento do número de pós-graduações no Brasil nos últimos 10 anos pode explicar o volume maior de publicações, uma vez que um dos critérios para a avaliação dos programas institucionalizados é o número dos artigos publicados por ano (FALAVIGNA et al., 2012).

Figura 1 – Descritores e refinamentos da pesquisa, 2015.



De fato, a maior parte das publicações foi em formato de artigos originais (PAB – 83,53% e PASB – 89,75%); as outras modalidades foram: revisões,

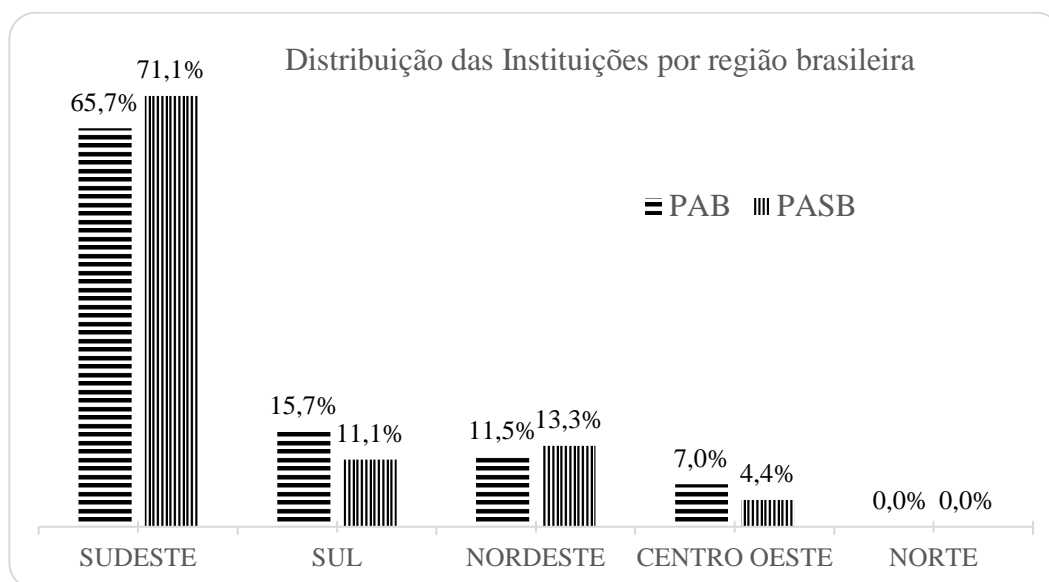
editoriais, livros e anais de congressos. Quanto ao idioma, o inglês foi encontrado em 68,7% das publicações no conjunto PAB, seguido do português (24,4%) e as demais línguas, espanhol e francês que somaram 6,1%. No conjunto PASB a distribuição foi semelhante, com as seguintes frequências: 55,6% inglês, 40,0% português e 4,3% espanhol. A questão de o idioma inglês ter sido predominante tem relação com a dominância desta língua na *Web of Science* e com orientações recentes tais como da SciELO, que tem indicado percentuais mínimos de publicações na língua inglesa às editoras de periódicos científicos nacionais (SCIELO, 2015).

Em relação às instituições, as quais os autores das publicações são filiados, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade de São Paulo foram as que mais geraram publicações nos dois conjuntos PAB (17,9%) e PASB (31,2%). Dentre as 25 primeiras organizações, no conjunto PAB, sete são estrangeiras e 18 brasileiras e no conjunto PASB são cinco organizações estrangeiras e 20 brasileiras. Nos dois grupos, entre as instituições nacionais, há apenas uma instituição privada para cada grupo; as demais são públicas.

Categorizando as vinte e cinco primeiras instituições, de acordo com a localização geográfica e excluindo as estrangeiras, sua distribuição conforme região do Brasil é mostrada na figura 2. A Região Sudeste detém a maior parte das publicações nos dois grupos (mais de dois terços), sendo que a segunda posição é ocupada pela Região Sul (no grupo PAB) e Região Nordeste (no grupo PASB), seguidas da Região Centro-Oeste; nota-se a ausência de publicações da Região Norte. Em outra pesquisa foi identificado que os Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro têm razão de bolsistas CNPq por milhão de habitantes

acima da média nacional (MARTELLI-JUNIOR et al., 2010), o que pode esclarecer estas distribuições.

Figura 2 – Distribuição das instituições nos conjuntos PAB e PASB, conforme região brasileira, 2015.



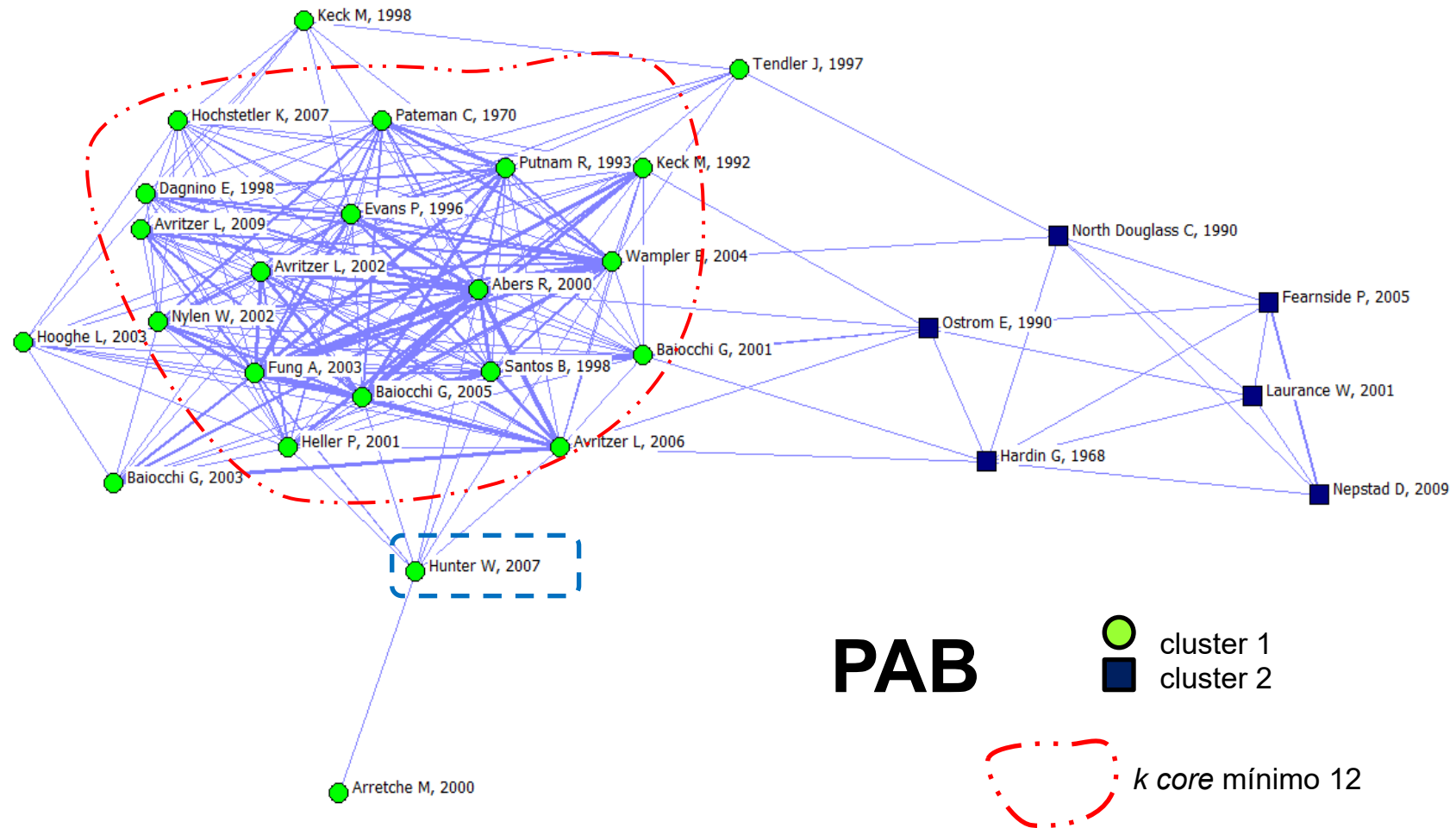
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Após a aplicação da ferramenta descrita em Métodos, descortinaram-se duas redes, PAB e PASB, respectivamente, figuras 3 e 4. A rede PAB, formada por 29 nós e 380 laços, e a rede PASB, com 46 nós e 292 laços, se apresentam conectadas e recíprocas. Observa-se um “cut point” na rede PAB – que é identificado pelo autor Hunter (2007), mas sua presença não representa grande fragilidade para a rede, pois este autor faz a comunicação entre todo o conjunto de nós com apenas outro autor que é Arretche (2000).

Com referência à proporção de ligações presentes em relação ao total possível, a rede PAB é mais densa do que a rede PASB (82,7% dos nós têm densidade igual ou maior que 0,70), o que pode significar grande coesão entre as publicações na primeira rede, em que há, inclusive, um subconjunto de dezessete

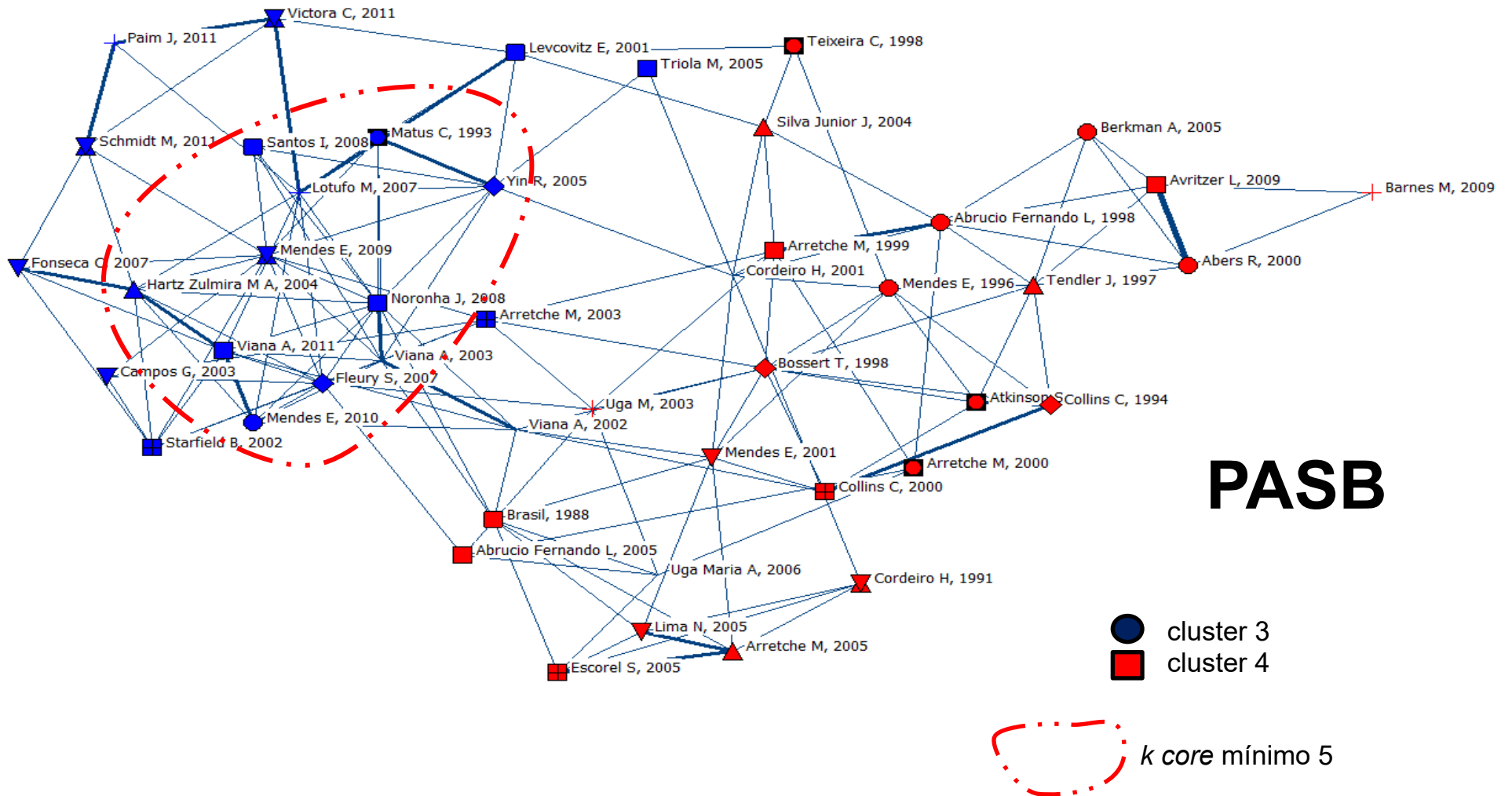
nós com *k core* mínimo de 12, o que denota grande interação entre eles. Por outro lado, alguns autores defendem a concepção de que redes mais abertas, menos coesas, permitem a introdução de novas ideias ou oportunidades aos seus membros, fazendo com que laços mais fracos sejam também vantajosos para a expansão e força da rede (VANZ, 2013).

Figura 3 – Representação gráfica da Rede PAB, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Figura 4 – Representação gráfica da Rede PASB, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa, 2015

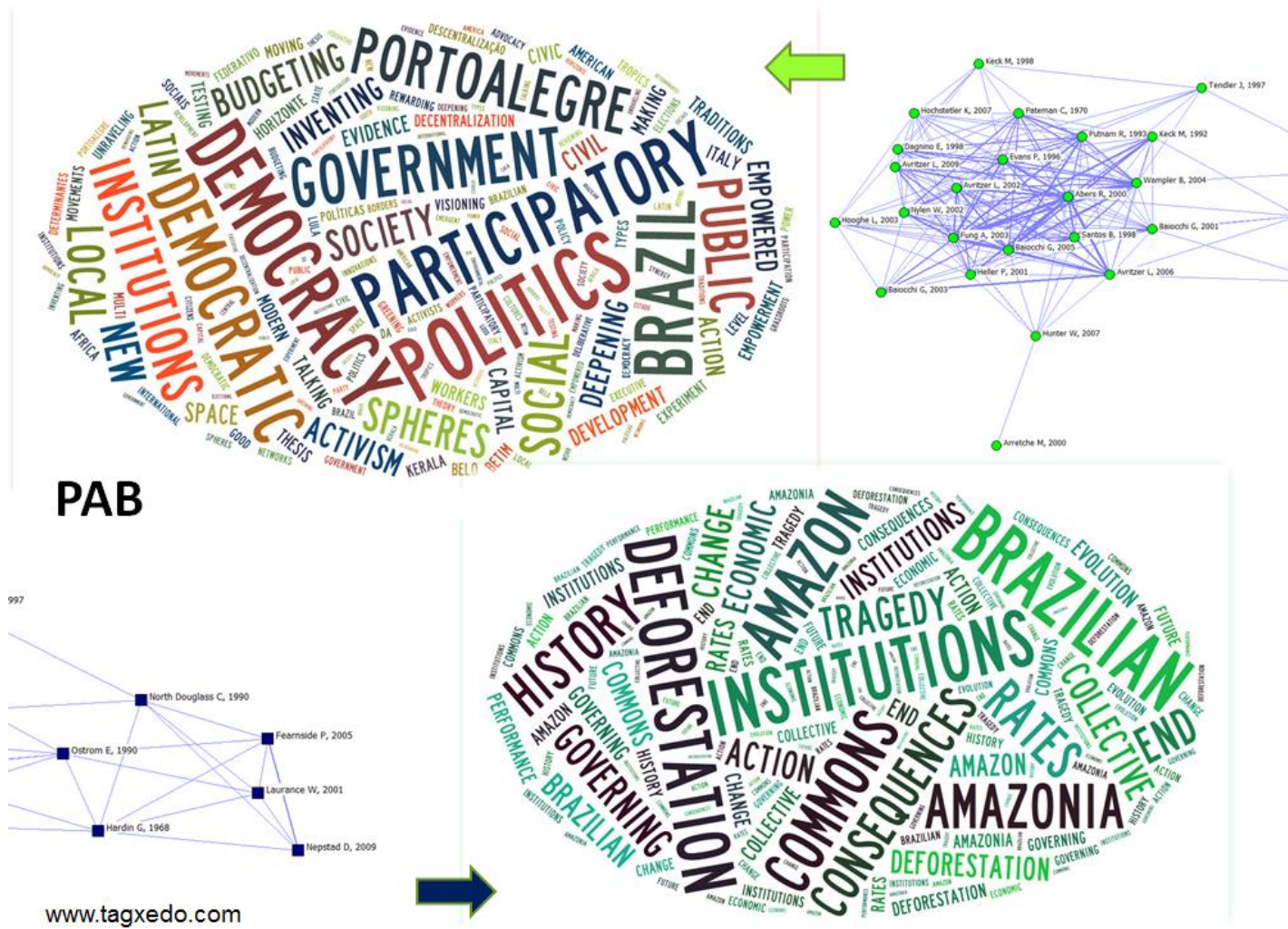


Após a clusterização das redes utilizando o programa Ucinet, com dois agrupamentos, foram observados na rede PAB dois subgrupos com temáticas diferentes (conteúdo das obras publicadas). O cluster 1, com 23 nós, revela publicações majoritariamente relacionadas a estudos sociopolíticos de um programa de orçamento participativo (OP), implantado em Porto Alegre em 1989, que reaparece em outros artigos e livros do mesmo cluster, trazendo exemplos de democracia participativa, democracia deliberativa e governança, sempre dentro da perspectiva brasileira e latino-americana; além disso, há outros trabalhos que incluem temáticas como capital social, o Partido dos Trabalhadores e as eleições presidenciais de 2006.

O cluster 2, com apenas 6 nós, apresenta temas relacionados ao desmatamento da Amazônia, além de duas obras com ideias divergentes: a conhecida teoria de Hardin (“A tragédia dos comuns”), que trata do livre acesso a recursos comuns, gerando inevitavelmente exploração excessiva de tais recursos, e o livro de Ostrom (“*Governing the commons*”), que se opõe a esta teoria, propondo que na maioria das vezes as pessoas fazem uso dos recursos comuns com equilíbrio.

Para ilustrar os conteúdos dominantes nos clusters na rede PAB, os títulos das respectivas publicações foram inseridos em um aplicativo de livre acesso, criador de “nuvem de palavras” ([www.tagxedo.com](http://www.tagxedo.com)) – figura 5.

Figura 5 – Nuvem de palavras com os títulos das publicações dos clusters da rede PAB, 2015.

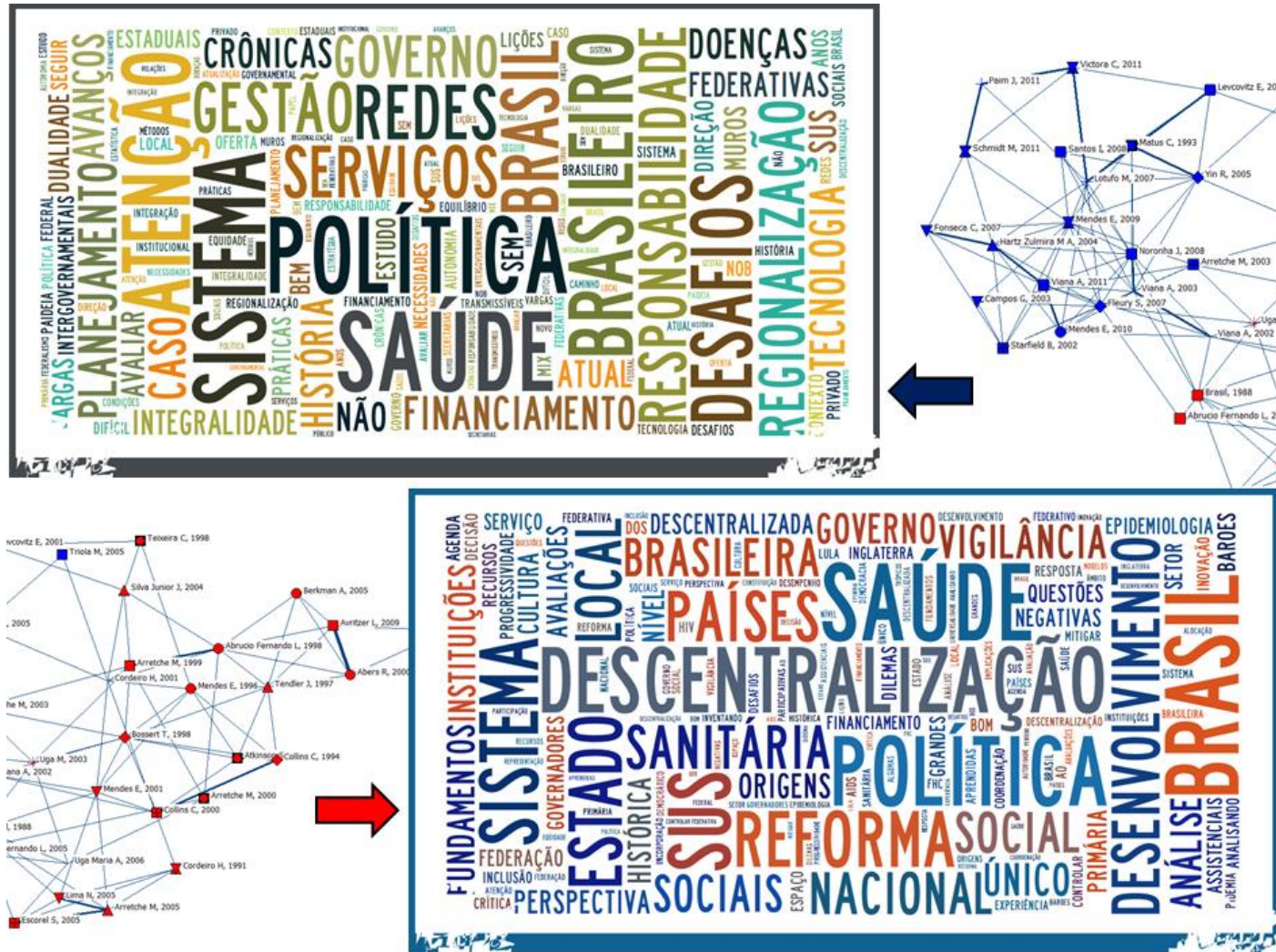


Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Os dois clusters (3 e 4) formados na rede PASB estão representados na figura 4. O cluster 3, com 21 nós, contém textos importantes a respeito de Modelos de Atenção em Saúde, publicações a respeito do SUS (contextualização histórica, avanços, financiamento e práticas de gestão descentralizada); dois documentos relacionados a métodos: Triola – Estatística e Yin – Estudo de Caso; além da clássica abordagem do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, de 1993. Os autores relacionados aos modelos de atenção são: Hartz (integralidade da atenção), Mendes (redes de atenção), Starfield (atenção primária), Campos (Paidea), Schimidt (contexto doenças crônicas não transmissíveis) e Fonseca (modelo de prestação de serviços públicos de saúde da época Vargas). O cluster 4 contém a Constituição Federal de 1988, juntamente com diversas publicações mais relacionadas a modelos de gestão: implantação das reformas sanitárias, impactos da descentralização na administração pública, práticas de gestão e questões de financiamento do SUS (mecanismos de regulação e relação com o setor privado). Permanece a experiência do orçamento participativo de Porto Alegre e os artigos a respeito de democracia participativa. Este cluster revela ainda dois artigos correlatos à modelo de atenção, com o tema de vigilância em saúde.

Os títulos destas publicações (rede PASB) também foram inseridos em um site de livre acesso, criador de “nuvem de palavras” ([www.tagxedo.com](http://www.tagxedo.com)), porém, neste caso, as palavras em inglês foram traduzidas para o português, para que não houvesse perda de força da palavra pelo fato de estarem em idiomas diferentes (figura 6).

Figura 6 – Nuvem de palavras com os títulos das publicações dos clusters da rede PASB, 2015.



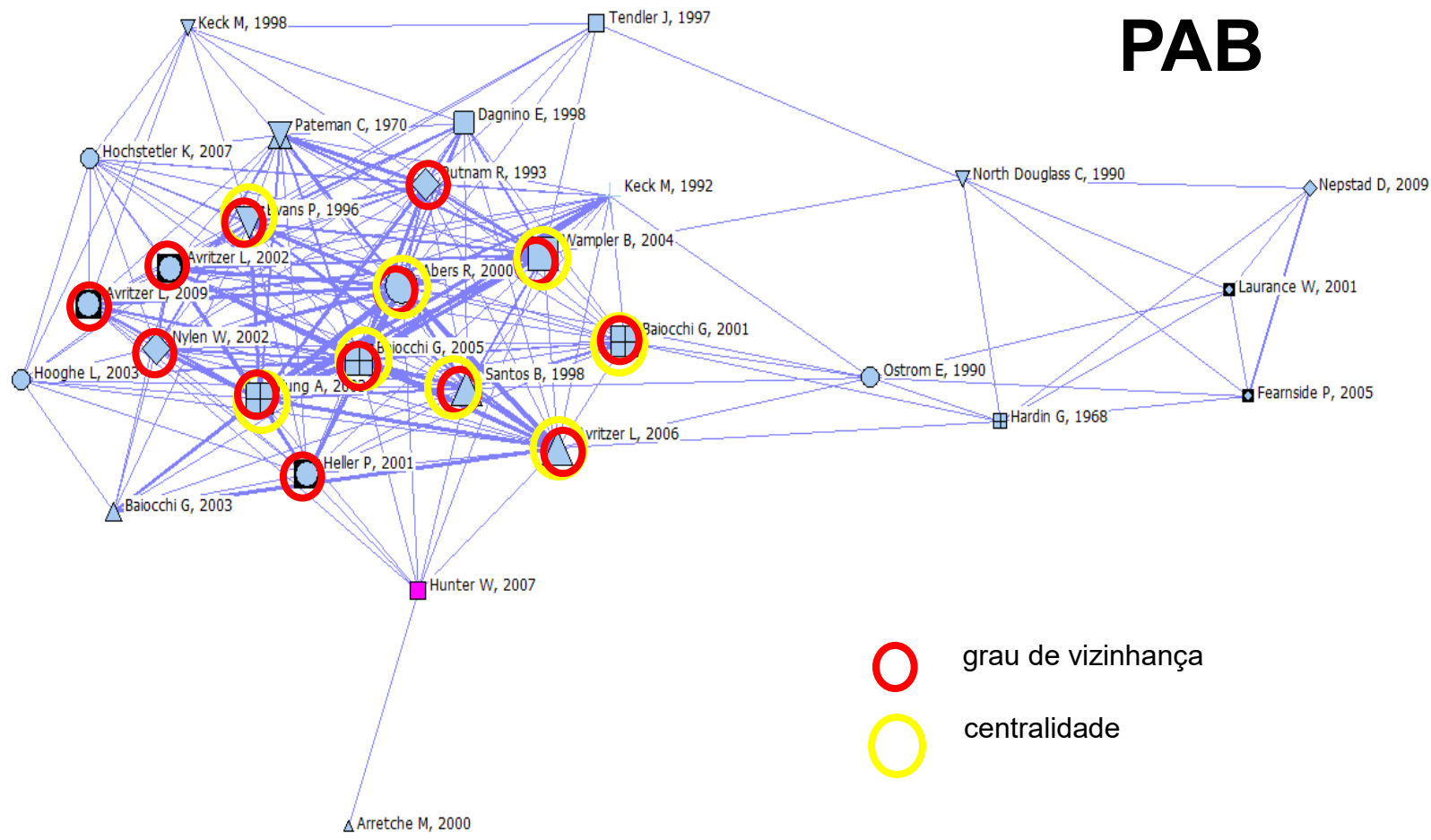
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A partir das características “centralidade de proximidade” e “grau de vizinhança” e utilizando os cinco primeiros níveis de cada atributo, foi possível identificar, nas redes PAB e PASB, as publicações (e autores) de maior influência para cada rede, representados nas figuras 7 e 8 e nas tabelas 1 e 2.

A rede PAB reconfigurada (figura 7 e tabela 1) conta com 10 autores e 13 publicações, sendo 6 em formato de livro e 7 em formato de artigo, no período de 1993 a 2009. Como os nós identificados faziam parte do cluster 1, o conteúdo temático é o já mencionado: experiência de orçamento participativo em Porto Alegre (e outros locais), democracia deliberativa, democracia da América Latina e capital social.



Figura 7 – Rede PAB com identificação dos atributos “centralidade” e “grau de vizinhança” (5 primeiros níveis) – rede PAB reconfigurada, 2015.



Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Tabela 1 – Relação (em ordem alfabética) dos autores e publicações, referentes a rede PAB reconfigurada, 2015.

<b>Autor, ano</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Título</b>	<b>Tema/ objetivo principal</b>
<b>Abers R, 2000</b>	Livro	<i>Inventing Local Democracy: Grassroots Politics in Brazil</i>	Trajectoria sociopolítica e impacto de um programa de 1989 de orçamento participativo em Porto Alegre, Brasil
<b>Avritzer L, 2002</b>	Livro	<i>Democracy and the Public Space in Latin America</i>	Estudo da democracia na América Latina, fazendo distinção à democracia restrita, elitista, europeia.
<b>Avritzer L, 2006</b>	Artigo	<i>New public spheres in Brazil: local democracy and deliberative politics</i>	Expansão do orçamento participativo e reflexo nas características deliberativas e distributivas
<b>Avritzer L, 2009</b>	Livro	<i>Participatory Institutions in Democratic Brazil</i>	Democracia participativa - caso Porto Alegre, São Paulo, Salvador. Análise do orçamento participativo, conselhos de saúde e planos pilotos
<b>Baiocchi G, 2001</b>	Artigo	<i>Participation, activism, and politics: the Porto Alegre experiment and deliberative democratic theory</i>	Experiência de Porto Alegre - análise da participação populacional segundo renda, gênero e educação e relação com a democracia deliberativa
<b>Baiocchi G, 2005</b>	Livro	<i>Militants and Citizens: The Politics of Participatory Democracy in Porto Alegre</i>	Experiência de Porto Alegre – estudo político-cultural da governança e democracia participativa
<b>Evans P, 1996</b>	Artigo	<i>Government action, social capital and development:</i>	Explora formas e recursos de sinergia Estado-sociedade (capital social)

		<i>Reviewing the evidence on synergy</i>	
<b>Fung A, 2003</b>	Livro	<i>Deepening democracy: institutional Innovations empowered participatory Governance</i>	Estudo sobre democracia deliberativa, mostrando exemplos como o caso de Porto Alegre, Chicago, gestão ambiental e Kerala
<b>Heler P, 2001</b>	Artigo	<i>Moving the State: The Politics of Democratic Decentralization in Kerala, South Africa, and Porto Alegre</i>	Estudo da democracia a partir das experiências de Porto Alegre e Kerala
<b>Nylen W, 2002</b>	Artigo	<i>Testing the Empowerment Thesis: The Participatory Budget in Belo Horizonte and Betim, Brazil</i>	Orçamento participativo em Belo Horizonte e Betim como exemplo de empoderamento de cidadãos
<b>Putnam R, 1993</b>	Livro	<i>Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy</i>	Relação do capital social na comunidade cívica e desenvolvimento de instituições de sucesso
<b>Santos B, 1998</b>	Artigo	<i>Participatory budgeting in Porto Alegre: toward a redistributive democracy</i>	Análise do caso Porto Alegre sob a perspectiva das instituições, processos e critérios da distribuição dos recursos
<b>Wampler B, 2004</b>	Artigo	<i>Participatory Publics: Civil Society and New Institutions in Democratic Brazil</i>	Orçamento participativo nos municípios de Porto Alegre, Belo Horizonte, Recife evidenciando como as organizações da sociedade civil e reformadores políticos interagem



A experiência de Porto Alegre em orçamentos participativos foi considerada importante anos atrás, e utilizada para exemplificar a possibilidade de políticas ativas de reforma democrática, por meio de ambiente interativo favorável a fim de fortalecer grupos locais da sociedade civil (FREY, 2007). O Orçamento participativo (OP), assim como os conselhos comunitários, foram exemplos do esforço de implementação de políticas públicas participativas, impulsionadas por propostas de organismos multilaterais, mandamentos constitucionais e compromissos assumidos por alguns partidos políticos, sendo que estas práticas discrepam do modelo do “novo gerencialismo público” (SOUZA, 2006). Ainda assim, Bresser Pereira fez menção ao OP como sendo uma criação interessante, relacionando-a a um espaço público não estatal, dentro da perspectiva de delimitação da área de atuação do Estado (BRESSER PEREIRA, 1997). Em outra revisão, o OP é citado como exemplo de mecanismo da democracia deliberativa, assim como o fortalecimento da comunidade na gestão e planejamento participativo, sob a ótica do modelo de governança participativa (SECCHI, 2009).

Em um estudo a respeito dos aspectos culturais e sociais do orçamento participativo em Porto Alegre e Belo Horizonte e sua expansão no Brasil, o autor considera fatores específicos de algumas cidades como a tradição em se organizar por associações e a participação comunitária, que favorece a negociação entre associações comunitárias e a administração pública. Refere também a cidades que não têm uma sociedade participante e nestes casos a prática de OP é realizada de forma mais simplificada. Além disso, faz referência desta política ao Partido dos

Trabalhadores (ou a partidos populares de esquerda), quase que essencialmente (AVRITZER, 2005).

De acordo com outro autor, a escolha pela ampliação dos mecanismos participativos é, evidentemente, decorrente da gestão Lula no plano da administração pública; porém, houve dificuldades em se lidar com a ampliação da democracia deliberativa ao invés do jogo tradicional de coalizão para governabilidade, sob o presidencialismo da democracia representativa brasileira, percebida nos modelos de relacionamento com o Congresso Nacional, baseados principalmente na troca de cargos e verbas por apoio (ABRÚCIO, 2011).

A administração deliberativa participativa pretende incorporar ao funcionamento da administração pública, elementos de natureza política como o diálogo, a negociação, o pacto. Modernizá-la deve ter como objetivo, não a eficiência instrumental, como é o caso da nova gestão pública, mas responder às exigências e às demandas de uma nova ordem social; ou seja, as respostas não precisam ser tecnicamente melhores nem mais rápidas, mas devem representar um ponto de equilíbrio, um compromisso entre as diversas visões de um mesmo problema (BRUGUÉ, 2004).

Não se verificam, nas redes, documentos a respeito da “nova gestão pública”. Considerando que este modelo faz parte da história brasileira, é preciso interrogar se não existem estudos a respeito (algo bastante improvável), ou se apenas não são valorizados nas redes analisadas, ou então se isto resulta de alguma limitação metodológica decorrente da base bibliográfica utilizada e ferramentas de análise.

De acordo com um trabalho realizado com editores de periódicos científicos, há relação entre produção e publicação científica. As revistas são responsáveis

pela circulação do debate acadêmico e científico; também são, de certo modo, indutoras da definição editorial de temas, teoria e métodos relevantes para determinada época e público, que podem se tornar hegemônicos para determinar o “espírito de uma época” (VALMORE, 2015).

Dois autores da rede PAB reconfigurada: Putnam (1993) e Evans (1996), remetem ao conceito de capital social, conjunto de normas de reciprocidade, confiança e sentimento de pertencimento, possibilitando maior engajamento cívico e participação comunitária. A geração de capital social, assim como a criação de valores públicos, a coordenação de atores públicos e privados, inclusão social e compartilhamento de responsabilidades devem fazer parte de um rol de ações inovadoras essenciais para o Estado enfrentar as grandes mudanças das últimas décadas (MATIAS-PEREIRA, 2010).

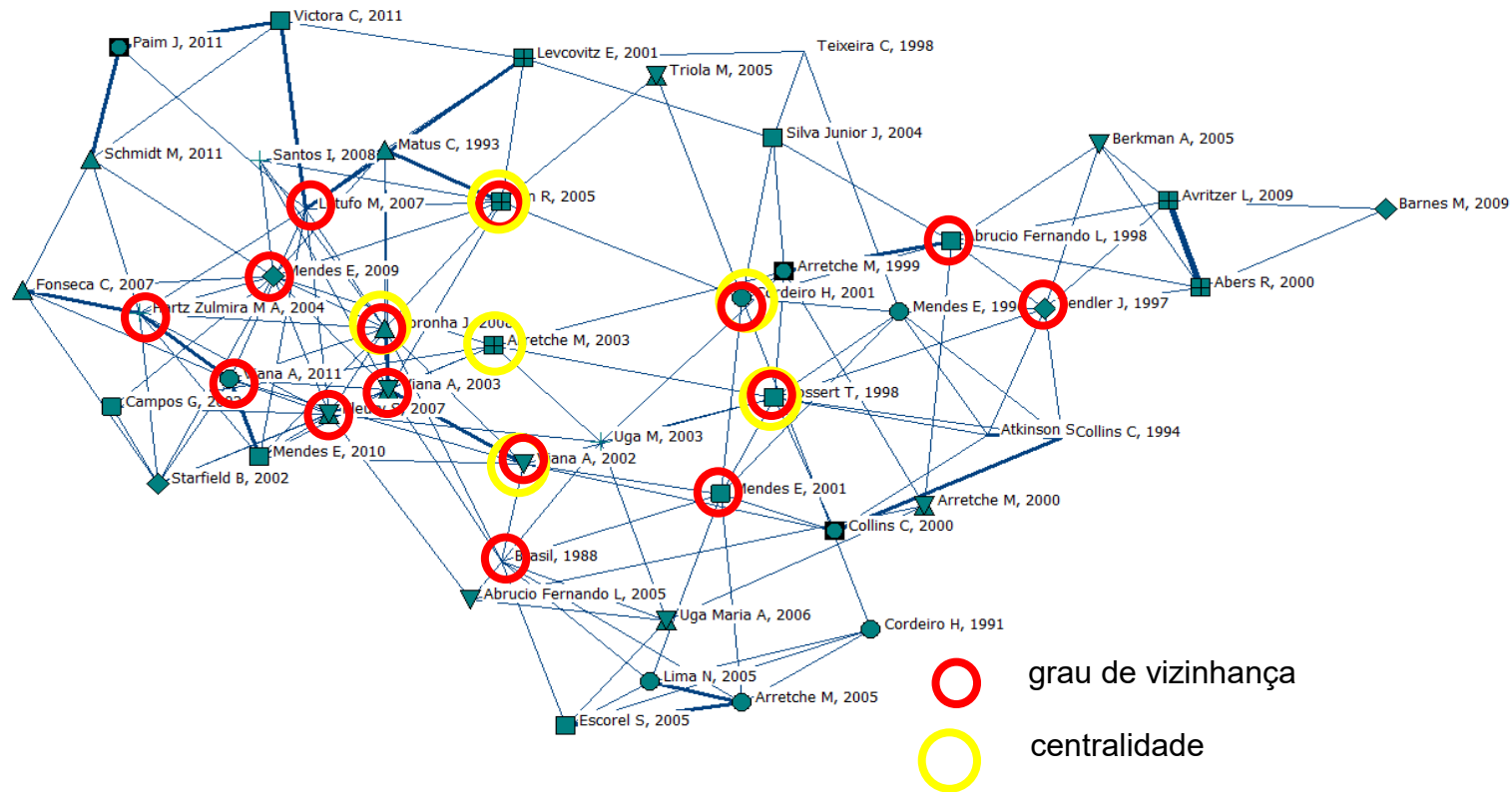
A partir da racionalidade deliberativa é possível olhar para as questões públicas sob diferentes pontos de vista, a fim de lidar com problemas complexos, por meio do diálogo e de forma democrática. Assim, para que uma política pública tenha sucesso, é necessário incluir as opiniões de todas as partes pela política do diálogo, gerando inteligência em seu conteúdo, sem dissociar da forma. Por meio das formas (processos participativos), gera-se sinergia e capital social suficientes para se concretizar políticas, superando os problemas de não concordância de alguns e interesses particulares (TARRAGÓ; BRUGUÉ; CARDOSO-JR, 2015).

A rede PASB reconfigurada (figura 8 e tabela 2) conta com 12 autores e 16 publicações, sendo 8 em formato de livro, 7 em formato de artigo e uma em formato de lei, compreendendo o período de 1988 a 2011.

Figura 8 – Rede PASB com identificação dos atributos “centralidade” e “grau de vizinhança” (5 primeiros níveis) – rede

PASB reconfigurada, 2015

# PASB



Fonte: Dados da pesquisa, 2015

Os nós identificados têm origem nos dois clusters e o conteúdo das publicações inclui principalmente textos relacionados à descentralização do sistema de saúde e também a verificação de práticas de gestão local ou regional, formulação ou avaliação de modelos de atenção, a Constituição Federal e método de pesquisa, de Yin.

Além de ser uma diretriz do Sistema Único de Saúde, a lógica da descentralização remete, em parte, ao intuito de melhorar a efetividade, considerando-se que unidades mais próximas da realidade, poderá haver melhor prestação de serviços. Também encontra justificativa nas bases democráticas, com maiores oportunidades às pessoas de se envolverem nos níveis locais da administração (PETERS, 2008). Antes mesmo da criação do SUS, alguns municípios já tinham papel decisivo em vários Estados como, por exemplo, nas políticas de erradicação da poliomielite (paralisia infantil) e sarampo (SANTOS, 2013). Apesar disso, pode não haver garantia intrínseca na relação entre a autonomia dos governos locais e o compromisso com as necessidades dos cidadãos e nem com a eficiência da administração (ARRETCHE, 2003). Da mesma forma, processos de descentralização podem gerar problemas de coordenação e a necessidade de se centrar nas interações que ocorrem na prestação de serviços (CARNEIRO; MENICUCCI, 2011). Argumenta-se que seus mecanismos de operação estão institucionalizados, porém a diretriz não deve ser um fim em si mesma (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Por um lado, a gestão local é limitada pelo expressivo poder de indução do governo central; por outro, os cidadãos dispõem de instrumentos para controlar e fiscalizar a ação dos governos locais, mas não os exploram totalmente (ARRETCHE, 2003).

As publicações na rede PASB reconfigurada, na tabela 2, levantam algumas questões a respeito da descentralização, vinculadas ao financiamento, complexidade do sistema e desigualdades regionais.

Tabela 2 – Relação (em ordem alfabética) dos autores e publicações, referentes a rede PASB reconfigurada, 2015.

<b>Autor, ano</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Título</b>	<b>Tema/ objetivo principal</b>
<b>Abrucio F, 1998</b>	Livro	<i>Os Barões da Federação: Os governadores e a redemocratização brasileira</i>	Compreensão das relações entre União, estados e municípios no sistema político brasileiro e repercussões
<b>Arretche M, 2003</b>	Artigo	<i>Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia</i>	Análise dos mecanismos institucionais (incentivos e controles) e sua relação com a qualidade da atenção à saúde
<b>Bossert T, 1998</b>	Artigo	<i>Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance</i>	Avaliação crítica da descentralização dos sistemas de saúde na América Latina, quanto à capacidade de alcançar equidade, eficiência, qualidade, desempenho, além de explorar o espaço de decisão local
<b>Brasil, 1988</b>	Conjunto de leis	<i>Constituição Federal do Brasil</i>	Documento oficial e vigente, elaborado por deputados e senadores, contendo o conjunto de

			normas, direitos e deveres dos cidadãos e Estado
<b>Cordeiro H, 2001</b>	Artigo	<i>Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde</i>	Contextualização da saúde pública na década de 1990, a partir dos princípios constitucionais e a onda neoliberal que influenciou reformas na América Latina
<b>Fleury S, 2007</b>	Livro	<i>Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde</i>	Discussão do tema redes na perspectiva da gestão e das políticas públicas, trazendo conceitos atualizados, além da regionalização do SUS e NOAS (norma de operacionalização de assistência à saúde)
<b>Hartz Z, 2004</b>	Artigo	<i>Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliara implantação de um “sistema sem muros”</i>	Compartilhamento de experiências, “lições aprendidas” sobre a integração de serviços, interesse comum a pesquisadores e gestores
<b>Lotufo M, 2007</b>	Artigo	<i>Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde</i>	Estudo de caso de 12 secretarias estaduais de saúde de todas as regiões do Brasil, apresentando processos de formulação de políticas, tomada de decisões, implementação de programas
<b>Mendes E, 2001</b>	Livro	<i>Os grandes dilemas do SUS</i>	Trata da reforma sanitária no Brasil, os objetivos e a complexidade dos sistemas de serviços de saúde
<b>Mendes E, 2009</b>	Livro	<i>As redes de atenção à saúde</i>	Proposta de implantação de redes de atenção à saúde, considerando decisões baseadas em evidência, condições agudas e crônicas, gestão

			da clínica, integralidade, atuação nos determinantes sociais e formas alternativas de financiamento
<b>Noronha J, 2008</b>	Livro (capítulo)	<i>O Sistema Único de Saúde – SUS</i>	Análise dos principais aspectos que orientaram a implantação SUS até o final da década de 2000, apresentando avanços e desafios do processo
<b>Tendler J, 1997</b>	Livro	<i>Good Government in the tropics</i>	Aborda quatro projetos do governo cearense, levantando questões sobre a organização do local de trabalho do setor público, prestação de serviços públicos, descentralização e interação entre governo e sociedade civil
<b>Viana A, 2002</b>	Artigo	<i>Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro</i>	Análise dos processos de descentralização e implicações nas reformas recentes da política de saúde. Apresenta limites e riscos da descentralização, no contexto das desigualdades
<b>Viana A, 2003</b>	Artigo	<i>Política de saúde e equidade</i>	Análise da oferta e utilização de serviços em saúde, alocação de recursos no âmbito municipal e sob a perspectiva da equidade
<b>Viana A, 2011</b>	Livro	<i>Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil</i>	Análise concreta da regionalização em saúde nos estados, verificando os condicionantes do processo (históricos-políticos-conjunturais) e as dinâmicas de funcionamento das instâncias colegiadas



---

<b>Yin R, 2005</b>	Livro	<i>Estudo de Caso Planejamento e Métodos</i>	Clássico método de pesquisa
------------------------	-------	--	-----------------------------

---

Uma publicação que se destaca na rede PASB reconfigurada é a Constituição cidadã, que já completou seus 25 anos. Esta definiu uma concepção de democracia e seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência. Reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013).

O tema SUS é encontrado em outras publicações da rede, tendo em vista que talvez seja o resultado mais concreto relacionado à saúde na Constituição. Os argumentos variam, desde uma perspectiva mais ampla, apresentando objetivos do sistema e complexidade (Mendes 2001), mecanismos de implementação (Arretche 2003) e análises dos processos de formulação e implementação de programas (Lotufo 2007 e Noronha 2008). Dentre os modelos de atenção presentes na rede PASB, permanecem na rede reconfigurada àqueles relacionados ao princípio da integralidade: integração dos serviços e redes de atenção (Hartz 2004, Fleury 2007 e Mendes 2009).

Em 2010, 85% dos municípios brasileiros já dispunham de programas apoiadores da Atenção Primária, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta grande expansão, impulsionada pela descentralização da gestão e estratégias de repasse de recursos do governo federal, tem estimulado os municípios a investirem em

sistemas regulatórios e criarem estratégias para a integração do cuidado primário com a rede de serviços especializados (PAIM et al., 2011).

### **Considerações finais**

Este trabalho teve como objetivo reconhecer o saber acumulado a respeito da administração pública no Brasil, sob a vertente da saúde. Observou-se expressiva quantidade de publicações de instituições da Região Sudeste do país, com destaque para a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade de São Paulo. Na análise não se observou um autor ou publicação que tenha se destacado de forma isolada; deste modo, a exploração foi realizada a partir das relações dos nós (publicações) nas redes.

A análise das redes sociais da administração pública identificou uma rede bastante coesa associada a práticas de sucesso em orçamentos participativos, relacionados à democracia deliberativa e participação social. Por um lado, a força destas publicações valoriza as conquistas constitucionais e registra modelos inovadores de gestão; por outro, pode-se argumentar que a grande coesão entre estas publicações poderia restringir a inserção de novas ideias ou novas práticas nas redes constituídas.

Na análise da rede da administração pública da saúde, onde as conexões foram menos densas, percebeu-se uma variação maior de temas, com destaque para a Reforma Sanitária Brasileira e a descentralização do SUS. Além disso, há diversos trabalhos com enfoque mais reflexivo, questionando a eficiência nos serviços de saúde e mecanismos de controle do SUS, bem como a equidade na desconcentração dos serviços. Há publicações a partir de práticas locais, como também produções contextualizando a situação do país, modelos teóricos e relação entre os níveis da gestão. O tema da participação popular, tão presente na

rede PAB, não apareceu na rede PASB. O fato é intrigante ao se pensar que o SUS possui uma lei própria para o controle social, para ajudar a tomar decisões na saúde. Neste caso, se faz necessário investigar qual o significado da ausência de publicações deste tema.

Considerando que as grandes reformas, tanto na administração quanto na saúde pública brasileira, têm origem na Constituição e, portanto, são relativamente recentes, verifica-se que sua compreensão tem evoluído de forma técnica e política, com presença de criticidade, mas que ainda abre lacunas e permite a exploração de novos caminhos.

## Referências

ABRÚCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, n. Edição Especial Comemorativa, p. 67–86, 2007.

ABRÚCIO, F. L. Três agendas , seus resultados e um desafio: balanço recente da administração pública federal brasileira. **Desigualdade & Diversidade**, n. Dossiê Especial, p. 119–142, 2011.

ALONSO, L. B. N.; HEDLER, H. C.; CASTILHO, S. B. Sistema Único de Saúde : a busca do entendimento de seus princípios e sistemas de valores para profissionais do serviço público. **Revista do Serviço Público**, v. 61, n. 4, p. 371–386, 2010.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 331–345, 2003.

AVRITZER, L. New Public Spheres in Brazil: Local democracy and deliberative politics. **Revista Direito GV**, v. Especial, n. 1, p. 55–74, 2005.

BORGATTI, S. P.; EVERETT, M. G.; FREEMAN, L. C. **Ucinet 6 for Windows: Software for Social Network Analysis** Harvard, MA, 2002.

BRASIL. **LEI Nº 8.080 Dispõe sobre as condições para a promoção,**

**proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências** BrasilDiário Oficial da União, , 1990.

BRESSER PEREIRA, L. C. **A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle**. Brasília: Cadernos MARE da Reforma do Estado, 1997.

BRUGUÉ, Q. Modernizar la administración desde la izquierda: burocracia, nueva gestión pública y administración deliberativa. **Revista del CLAD Reforma Y Democracia**, n. 29, p. 1–16, 2004.

BRUGUÉ, Q.; SUBIRATS, J. **Lecturas de gestión pública**. Madrid: INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, 1996.

CARNEIRO, R.; MENICUCCI, T. M. G. **Gestão Pública no século XXI: as reformas pendentes** BrasíliaIPEA, , 2011.

CARVALHO, E. Decisão na administração pública: diálogo de racionalidades. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n. 73, p. 131–148, 2013.

DUSSALT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista Administração Pública**, v. 26, n. 2, p. 8–19, 1992.

FALAVIGNA, A. et al. Avaliação das Publicações de Cirurgiões de Coluna Brasileiros na Última Década. **Coluna/Columna**, v. 11, n. 4, p. 294–297, 2012.

FREY, K. Governança Urbana e Participação Pública. **RAC-Eletrônica**, v. 1, n. 1, p. 136–150, 2007.

KLERING, L. R.; PORSE, M. DE C. S.; GUADAGNIN, L. A. Novos caminhos da administração pública brasileira. **Análise**, v. 21, n. 1, p. 4–17, 2010.

LIMA, G. F. M.; PAPI, L. P. **ABORDAGEM SOBRE A MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA: HÁ UMA ALTERNATIVA AO GERENCIALISMO?** Dimensões contemporâneas da gestão pública em ambientes complexos. **Anais...** Brasília: VIII CONSAD Congresso de Gestão Pública, 2015Disponível em: <[www.consad.org.br](http://www.consad.org.br)>

MARTELLI-JUNIOR, H. et al. PESQUISADORES DO CNPQ NA ÁREA DE MEDICINA: COMPARAÇÃO DAS ÁREAS DE ATUAÇÃO. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 1, p. 478–483, 2010.

MATIAS-PEREIRA, J. A Governança corporativa aplicada no setor público

brasileiro. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 2, n. 1, p. 109–134, 2010.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–97, 21 May 2011.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927–1953, 2013.

PERSSON, O.; DANELL, R.; SCHNEIDER, J. W. How to use Bibexcel for various types of bibliometric analysis. In: **Celebrating scholarly communication studies: A Festschrift for Olle Persson at his 60th Birthday**. Lund: ISSI, 2009. v. 5p. 9–24.

PETERS, B. G. Os dois futuros do ato de governar: processos de descentralização e recentralização no ato de governar. **Revista do Serviço Público**, v. 59, n. 3, p. 289–307, 2008.

POLLITT, C. Envisioning Public Administration as a Scholarly Field in 2020. **Public Administration Review**, v. special, n. December, p. 292–294, 2010.

RIBEIRO, L. M. DE P.; PEREIRA, J. R.; BENEDICTO, G. C. DE. **As Reformas da Administração Pública Brasileira: Uma Contextualização do seu Cenário, dos Entraves e das Novas Perspectivas**XXXVII Enanpad - Encontro da Anpad. **Anais...**Rio de Janeiro: 2013

RUAS, T. L.; PEREIRA, L. Como construir indicadores de Ciência, Tecnologia e Inovação usando Web of Science, Derwent World Patent Index, Bibexcel e Pajek? **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 19, n. 3, p. 52–81, 2014.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273–280, 2013.

SCIELO. **Crítérios, política e procedimentos para a admissão e a permanência de periódicos científicos na Coleção SciELO Brasil**São Paulo, 2014. . Acesso em: 22 sep. 2015

SCOTT, J. **Social Network Analysis: A Handbook**. 2. ed. London: SAGE, 2000.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 347–369, 2009.

SOARES, A. L. A. G. **Análise de Redes Sociais no Estudo do Uso de**

**Drogas: Uma Revisão Sistemática.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2012.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20–45, 2006.

SOUZA, Q.; QUANDT, C. Metodologia de Análise de Redes Sociais. In: DUARTE, F.; QUANDT, C.; SOUZA, Q. (ORG. . (Eds.). . **O Tempo das Redes.** São Paulo: Perspectiva, 2008. p. 31–63.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência da Informação**, v. 17, n. 4, p. 821–828, 2012.

TARRAGÓ, D.; BRUGUÉ, Q.; CARDOSO-JR, J. C. **A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DELIBERATIVA: INTELIGÊNCIA COLETIVA E INOVAÇÃO INSTITUCIONAL A SERVIÇO DO PÚBLICO** Rio de Janeiro IPEA, , 2015.

ULLRICH, D. R.; OLIVEIRA, J. S.; SCHEFFER, A. B. B. Formação de Redes Sociais de Coautoria na Área de Gestão de Pessoas: Uma Análise Bibliométrica em Periódicos Brasileiros no Triênio 2007 a 2009. **REGE - Revista de Gestão**, v. 19, n. 4, p. 553–570, 2012.

VALMORE, F. H. **Relação produção-publicação da Ciência Política brasileira: uma análise a partir dos editores de sete periódicos nacionais**<sup>1º</sup> Seminário Internacional de Ciência Política - Estado e Democracia em mudança no século XXI. **Anais...**Porto Alegre RS: UFRGS, 2015 Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/sicp/files/2015/09/2.-VALMORE-Fabiane-Helene-Relação-Produção-publicação-da-Ciência-Política-Brasileira-Uma-Análise-a-partir-dos-Editores-de-Sete-Periódicos-Nacionais.pdf>>

VANZ, S. A. DE S. Redes Colaborativas nos Estudos Métricos de Ciência e Tecnologia. **Liinc em Revista**, v. 9, n. 1, p. 171–180, 2013.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 493–507, 2002.

## **ARTIGO DOIS - versão em português**

### **GOVERNANÇA PÚBLICA NA SAÚDE EM CAPITAL DO HEMISFÉRIO SUL**

## **Resumo**

Governança Pública tem se afirmado como um moderno sistema de condução da *res publica*, dada à necessidade de reavaliar o papel das instituições governamentais e privadas, de interesse público para a sociedade, sendo orientada por princípios como transparência, integralidade e responsabilidade em prestar contas. Neste artigo tem-se como objetivo identificar a ocorrência de tais princípios, com base no conceito de e-Gov, com maior detalhamento quanto à governança pública da saúde, por meio de acesso ao portal eletrônico oficial da Prefeitura de Curitiba, capital de Estado do Sul do Brasil. A partir do método descritivo e exploratório foi possível constatar a consecução dos princípios no referido portal, principalmente aqueles relacionados à informação em saúde, traduzindo-se em maior governança pública com transparência para cidadãos interessados na gestão da coisa pública. Contudo, é importante ressaltar que governança é um conceito e um modelo operativo complexo, que requer esforço adicional dos agentes públicos envolvidos, de modo a tornar mais amplas e sustentáveis as iniciativas em curso.

**Palavras-Chave:** governança pública, saúde, governo eletrônico, controle social, transparência



## Introdução

A governança tem se destacado nos últimos anos, no setor público, como um novo e moderno sistema de gestão republicana (*res publica*), dada à necessidade de reavaliar o papel das instituições governamentais e privadas, de interesse público para a sociedade (Vieira and Possati, 2011).

Este tema ganha especial destaque na conjuntura sul-americana e, particularmente, brasileira. É preciso referir aqui as recentes crises desveladas no curso de processos nacionais de grande repercussão internacional, caracterizando a pouca transparência e a corrupção endêmica que se instalou em setores da sociedade brasileira, particularmente nas relações político-partidárias, parlamentares e empresariais tipificando uma relação público-privada promíscua (denunciada em: <https://www.transparency.org/>). Este sítio eletrônico atesta a tentacular disseminação da “grande corrupção, que é o abuso de poder de alto nível que beneficia poucos em detrimento de muitos, e causa prejuízos graves e generalizados para os indivíduos e a sociedade”.

O termo, originado no setor privado sob a denominação de “governança corporativa”, decorre do enfrentamento aos abusos cometidos por diretorias executivas de empresas, conselhos de administração inoperantes e auditorias externas complacentes; tem a finalidade de proteger, sob a lógica da “teoria do conflito de agência”, as partes interessadas de uma organização (SERAFIM; QUELLAS; ALLEDI, 2010).

No contexto brasileiro, existem leis que permitem certa aproximação às ideias da governança, dado que a administração pública no Brasil vem sendo reformulada desde o fim do período militar. Mesmo assim, há exemplos anteriores como o acompanhamento da execução orçamentária, a determinação dos custos

dos serviços industriais, os levantamentos dos balanços gerais previstos na Lei nº 4.320, de 1964. A Constituição de 1988, que marcou o reinício da democracia no país, trouxe os princípios da legalidade, impessoalidade, publicidade e eficiência. A Lei de Responsabilidade Fiscal, de 2000, obrigou os gestores públicos a disponibilizar informações detalhadas a respeito de execução orçamentária e financeira (MARCELLI, 2013). Além disso, a Lei complementar nº 131/2009 (Lei da Transparência) trouxe maior incentivo à participação popular.

Atualmente, as políticas públicas brasileiras, incluindo o setor Saúde, se apresentam cada vez mais descentralizadas, impulsionadas por ações regulatórias e mecanismos de repasse financeiro do governo federal, que redefiniram, definitivamente, as responsabilidades dos municípios (PAIM et al., 2011). Nesse sentido, julga-se pertinente explorar modelos de gestão participativos e capazes de estimular a negociação, como por exemplo, a Governança, para verificar se há também descentralização do processo decisório.

### ***Contexto teórico***

A teoria da agência trabalha com conflitos de interesse entre o povo, que exerce seu papel de principal por meio de seus representantes, e o executivo público, o agente; como tal, problematiza falhas de alinhamento entre o “comportamento profissional” e a “cultura organizacional” nas disputas pela qualidade e a sustentabilidade de ordem política, administrativa, financeira, técnica e operacional de organizações privadas ou governamentais.

Governança corporativa é definida como uma resposta aos problemas de agência, que emergem da separação do proprietário ao controle da organização (BOUBAKRI; COSSET; GUEDHAMI, 2005). Os problemas surgem em uma organização sempre que duas condições estão presentes: problemas de agência

e custos de transação (HART, 1995). Assim, a teoria da agência abrange a relação, descrita sob a metáfora de um contrato, entre o “principal” e o “agente” de uma organização, em que o principal é o proprietário da empresa e o agente são aqueles designados para desempenhar a gestão. É possível identificar um conflito de agência se os desejos ou objetivos do principal conflitam com os do agente (EISENHARDT, 2015). Ao buscar maximizar interesses próprios, com incompetência, negligência ou má fé, o agente pode não atuar em prol dos interesses dos proprietários. Outro problema é quando o principal não consegue (ou é muito caro) verificar se o agente age de forma adequada aos seus interesses (SILVA; SOUSA; LEITE, 2011).

Eisenhardt (2015) descreve pressupostos a respeito da teoria da agência utilizando como unidade de análise o “contrato”. Identifica que pode ocorrer maior ou menor conflito conforme o tipo de contrato, baseado em comportamento ou resultado, existência de informação do comportamento do agente (e quem detém esta informação), comportamento do principal e agente em relação à aversão ao risco, programação de tarefas e possibilidade de mensurar resultados. Esta teoria fornece uma perspectiva única, realista e empiricamente testável sobre problemas de esforço cooperativo.

Em uma translação dessa teoria na perspectiva do setor público, o agente é o gestor público, que pode adotar diversos comportamentos que não são chancelados pelo principal, o cidadão, afetando a relação harmoniosa entre as duas partes. Segundo Bresser Pereira (1997), existe governança no setor público quando o governo tem as condições de governabilidade (política, financeira e administrativa) para transformar em realidade as decisões tomadas. A governança pública é um sistema que equilibra o poder entre todos os envolvidos em uma

organização: governantes, gestores, servidores e cidadãos, fazendo com que o bem comum prevaleça sobrepondo-se aos interesses de pessoas ou grupos (MATIAS-PEREIRA, 2010). Significa também resgate da política na administração pública, reduzindo a importância de critérios meramente técnicos nos processos de decisão e reforçando os mecanismos políticos participativos de deliberação na esfera pública. Este movimento gera uma mudança no papel do Estado, que age de forma menos hierárquica e monopolista e amplia a participação dos diversos atores (cidadãos) para a construção de políticas públicas (SECCHI, 2009).

A trajetória brasileira de consolidação de ideias democráticas se deu após vinte e um anos de ditadura militar no país, de 1964 a 1985. No governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, a partir de 1995, houve a progressiva implantação da chamada “Nova Gestão Pública” (*New Public Management*), proposta que defendia um Estado menor, mudanças institucionais relativas aos modos de gestão de recursos humanos e a criação de espaços públicos não estatais (ABRÚCIO, 2011).

O governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva defendia a capacidade estatal de formulação e implementação de políticas públicas, com foco em resultados e meios para implementação: ajuste de estratégias e sistemas de monitoramento, otimização dos processos de trabalho, gestão do conhecimento, conduta ética, aprimoramento do sistema de informações, dentre outras (SLOMSKI et al., 2008). Percebe-se que, do ponto de vista retórico, os governos explicitaram o desejo de aperfeiçoar a organização estatal, para atuar de forma inteligente, capaz de mediar e induzir adequadamente a estratégia de desenvolvimento social sustentável e a integração econômica (MATIAS-PEREIRA, 2010). A real consecução prática desses discursos é tema controverso.

No caso específico da saúde, a Reforma Sanitária Brasileira aconteceu simultaneamente ao processo de redemocratização do país. A Constituição Federal de 1988 consolidou a saúde como um direito do cidadão e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as bases para um novo modelo de gestão em saúde pública, administrado por um sistema de cogestão entre federação, estados e municípios, submetidos ao controle social e instituídos formalmente nas três instâncias do poder executivo, respeitando a participação ativa dos usuários do Sistema (PAIM et al., 2011). A Lei nº 8.142/90 trata da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, por meio das instâncias colegiadas: “conferência” e “conselho de saúde” e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. O sistema utilizado para apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde é o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), de natureza declaratória.

Nessa ótica, ganha destaque o papel da municipalização da saúde e, portanto, a capacidade gestora do nível local. Curitiba, que é a capital do estado do Paraná na região Sul do Brasil, tem desenvolvido ao longo dos anos uma experiência de gestão pública relacionada à organização do espaço urbano, com valorização da responsabilidade social e oportunizando a construção de uma cidade mais justa e democrática para todos. A estratégia emancipadora, também chamada de “empoderamento”, tem sido viabilizada com canais de participação social; isto visa criar possibilidades de educação para cidadania, socialização de informações, envolvimento no diagnóstico e na tomada de decisões e execução dos projetos sociais, resultando no compartilhamento de responsabilidades na gestão da cidade (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

O município, caracterizado por relativa estabilidade e continuidade administrativa por cerca de vinte anos, teve de se adaptar às pressões oriundas da globalização, falta de recursos públicos, grave aumento dos problemas sociais e reivindicações em relação à ampliação da participação comunitária. O período de 2001 a 2004 foi marcado por um modelo de gestão estratégica, compartilhada, descentralizada, intersetorial e voltada para resultados, declaradamente inspirado no “novo gerencialismo”, aproximando-se das tendências da governança urbana (FREY, 2007). Porém, qual o desenvolvimento desses conceitos para os dias atuais?

Com base no contexto apresentado, o presente artigo pretende identificar princípios de governança pública, com foco na área da saúde, a partir do portal eletrônico (e-Gov) da Prefeitura Municipal de Curitiba, Paraná, Brasil.

## **Método**

Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória, com o objetivo de identificar princípios de governança no setor público exercidas pela gestão municipal. Curitiba é a capital do Paraná, um dos três estados que compõem a Região Sul do Brasil. Está entre as dez cidades com maior número de habitantes no Brasil, com população estimada de 1,8 milhão de habitantes, sem contar sua populosa região metropolitana. Dentre os dados de condição econômico-social da população destaca-se o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal<sup>1</sup> que é de 0,823 e a taxa de analfabetismo<sup>2</sup> de 2,13% (IBGE).

---

<sup>1</sup> Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - considera dimensões: longevidade, educação e renda. O número pode variar entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano de uma unidade.

<sup>2</sup> Percentual de pessoas com 15 anos ou mais que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, em relação ao total de residentes com mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no período selecionado.

Fundada em 1693, a partir de um pequeno povoado bandeirante, Curitiba se desenvolveu, tornando-se conhecida pelas suas ruas largas; manteve um ritmo de crescimento urbano fortalecido pela chegada de uma grande quantidade de imigrantes europeus ao longo do século XIX, na maioria alemães, poloneses, ucranianos e italianos, que contribuíram para a diversidade cultural. A cidade experimentou diversos planos urbanísticos e legislações que visavam coordenar seu crescimento, ao longo do século XX, e que a levaram a ficar famosa internacionalmente por suas inovações urbanísticas e pelo cuidado com o meio ambiente, entre elas o transporte público (FENIANOS, 2006).

Para este estudo foram considerados os princípios de Governança do Relatório “Cadbury”: transparência, integridade e *accountability* (responsabilidade em prestar contas), dentro da perspectiva dos “Sete Princípios de conduta de Nolan” (abnegação, integridade, objetividade, responsabilidade, abertura, honestidade e liderança), que foram redefinidos pelo IFAC – *International Federation of Accountants* (quadro 2).

Quadro 2 - Princípios de governança no contexto do setor público, segundo IFAC.

---

<b>TRANSPARÊNCIA</b>	<p>É necessária para garantir que as partes interessadas (<i>stakeholders</i>) possam ter confiança nas ações e nos processos de tomada de decisão, na gestão das atividades das entidades do setor público, sendo pública através de consulta e da comunicação com os interessados, devendo ser precisa e clara, levando a ação efetiva, pontual e tolerável ao exame necessário</p>
<b>INTEGRIDADE</b>	<p>Compreende tanto as operações simples como as complexas. Ela é baseada na honestidade, objetividade, normas de propriedade, probidade na gestão dos fundos e recursos públicos e na gestão dos negócios da entidade. É dependente da efetividade no sistema de controle, nos padrões pessoais e profissionalismo dos indivíduos da entidade. É refletida tanto na tomada de decisão da entidade como na qualidade dos relatórios financeiros e de desempenho da entidade.</p>
<b>ACCOUNTABILITY</b>	<p>É o processo pelo qual as entidades do setor público e seus indivíduos são responsáveis por suas decisões e ações, incluindo a gestão de fundos públicos e todos os aspectos de desempenho, e submetem-se ao escrutínio externo apropriado. É alcançado por todas as partes que têm uma compreensão clara das responsabilidades, e que têm papéis claramente definidos através de uma estrutura robusta. Na verdade, é a obrigação de responder por uma responsabilidade conferida</p>

---

Fonte: Slomski, 2008

A utilização do portal municipal para buscar informações a respeito de governança é justificada em razão da crescente ênfase que é dada contemporaneamente ao governo eletrônico (*e-Government* ou *e-Gov*). Este pode ser entendido como a aplicação dos recursos da tecnologia da informação na gestão pública; inclui atividades de governo, disponibilizando informações para



melhorar a interação (comunicação de via dupla), aumentar a participação dos cidadãos nas tomadas de decisões, facilitar a igualdade de acesso e fornecer acesso eletrônico sete dias por semana, 24 horas por dia. Esta ferramenta é considerada estratégica para a construção de uma sociedade democrática (REZENDE, 2008).

Os dados foram coletados a partir de investigação documental do material publicado no portal oficial da Prefeitura de Curitiba (<http://www.curitiba.pr.gov.br/>), no período de 20 a 30 de agosto de 2014. Em um primeiro momento o portal foi analisado vis-à-vis as funcionalidades apresentadas como um todo, com o intuito de realizar categorizações para posterior aprofundamento. As telas foram capturadas com o recurso “Print Screen” (tecla *PrtSc* do computador) e salvas como imagens, que posteriormente foram agrupadas formando uma figura única, a qual foi colocada em planilha do Programa Excel.

A partir desta figura foi realizada uma primeira verificação para identificar possíveis categorias e seu posicionamento no portal. A imagem foi reproduzida graficamente, com formas numeradas e proporcionais à original. Em seguida, cada categoria foi descrita pelo seu conteúdo e analisada, a partir do modelo de análise com as dimensões: prestação de contas, transparência e participação/interação (quadro 3), para observar a ocorrência dos indicadores no e-Gov (RAUPP; PINHO, 2011).

Quadro 3 – Indicadores do modelo de análise.

	<b>Prestação de Contas</b>
<b>INDICADORES</b>	Divulgação parcial e/ou fora do prazo do conjunto de relatórios legais
	Divulgação do conjunto de relatórios legais no prazo
	Divulgação parcial do conjunto de relatórios legais em versões simplificadas
	Divulgação do conjunto de relatórios legais em versões simplificadas
	Divulgação de relatórios gerenciais dos gastos incorridos
	<b>Transparência</b>
<b>INDICADORES</b>	Informações institucionais
	Notícias
	Informações gerais
	Legislação
	Ferramenta de busca
	Download de documentos, textos, relatórios
	Mapa do site
	Links para os setores
	Links para outros sites
	Vídeos explicativos
	Vídeos das sessões
	Divulgação da tramitação das diferentes matérias
	Seção de atos públicos
	Divulgação de planos e ações
	<b>Participação/Interação</b>
<b>INDICADORES</b>	Endereço de e-mail
	Telefones
	Formulários eletrônicos
	Indicação de análise dos e-mails recebidos
	Monitoramento das ações dos usuários
	Ouvidoria Resposta aos e-mails recebidos
	Chats individuais e/ou coletivos
Blog para debate	

Fonte: Adaptado de Raupp; Pinho, 2011

## Resultados

A figura 1 apresenta a cópia da tela do portal da prefeitura de Curitiba e a representação gráfica das sete categorias identificadas, a seguir: (i) recursos de navegação no site, (ii) comunicação direta com o cidadão, (iii) informações úteis e

serviços, (iv) notícias, (v) links para outro site ou página específica, (vi) chamadas específicas. Alguns itens estão posicionados mais de uma vez na página ou existem vários percursos para se chegar ao mesmo destino.

A seguir, será explorado o conteúdo de cada categoria identificada.

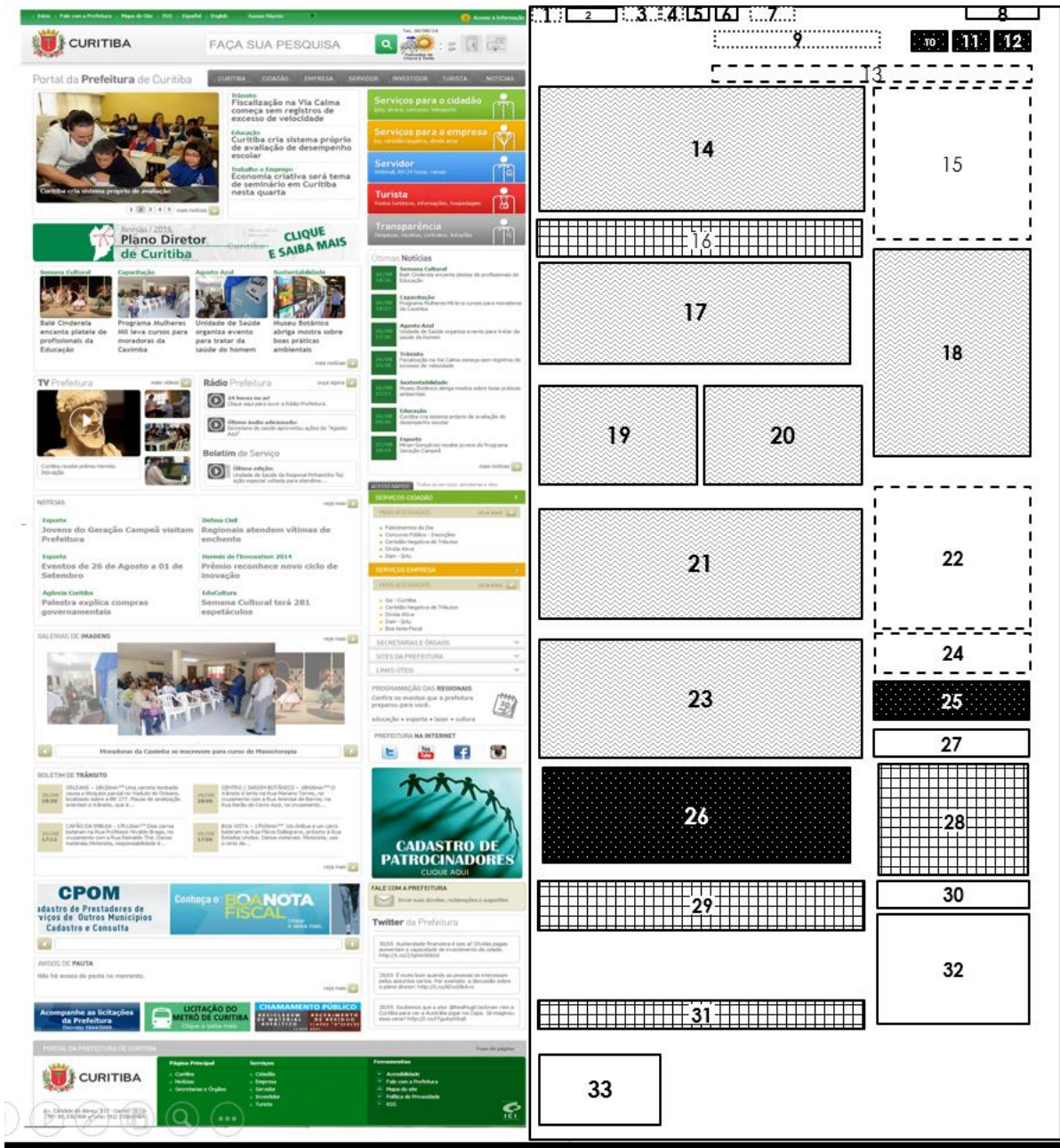
**Recursos de navegação no site** – Os campos 1, 3, 4, 7 e 9 mostram ícones que auxiliam o usuário do sistema a se localizar no portal. São compostos por: “Início”, “Mapa do Site”, “RSS”, “Acesso Rápido” e “Faça sua pesquisa”. Estes recursos, posicionados no alto da página, permanecem mesmo após o início da navegação no site; permitem o retorno à página inicial, como no caso do ícone “início”, ou possibilitam que a navegação no site seja feita de forma ágil ou direcionada. Por exemplo, utilizando o “mapa do site” – que dá o panorama geral de todo o site, “acesso rápido” – direciona para serviços e órgãos municipais, ou “faça sua pesquisa”, que faz buscas no site a partir de palavras inseridas pelo usuário. O campo 4 – RSS – é a sigla de *Really Simple Syndication*, um formato de distribuição de informações pela internet, sem necessidade de navegar até o site de notícias.

**Comunicação direta com o cidadão** – Há várias maneiras de se comunicar com a Prefeitura: os ícones “Fale com a Prefeitura” (campos 2 e 30), duas apresentações de Curitiba em outra língua – espanhol e inglês (campos 5 e 6), “Acesso à Informação” (campo 8), direcionamento para outros formatos de comunicação *on-line* – “Prefeitura na Internet” (campo 27), inscrição no *twitter* na Prefeitura (campo 32) e o endereço físico da gestão municipal (campo 33).







Os campos 2 e 30 direcionam a Central de Atendimento e Informações 156, que atende solicitações de serviços prestados pela administração pública e esclarece dúvidas da população com atendimento *on-line*, que funciona como um

*chat* ou por meio de um formulário que pode ser preenchido e encaminhado. Os serviços mais solicitados são a coleta de resíduos vegetais, serviços de iluminação pública e resgate social (para acionar o serviço da prefeitura de abrigamento de pessoas abandonadas na rua). Há também reclamações em relação a motoristas e cobradores de ônibus, solicitações para colocações de antipó (capeamento asfáltico de ruas), apreensão de animais soltos nas ruas e ainda buscar informações sobre localização e horário de atendimento das unidades de saúde e horários e itinerários de ônibus (BERWIG; GODOI, 2009). O serviço pode ser acessado pela internet ou pelo telefone. Atende ininterruptamente, é automatizado, permitindo que a solicitação seja cadastrada, encaminhada ao órgão competente e acompanhada até a sua finalização, inclusive pelo solicitante.

Figura 1 – Tela capturada do portal da Prefeitura de Curitiba e representação gráfica das categorias identificadas; Curitiba, 2015.



**LEGENDA:**

-  Recursos de navegação no site
-  Comunicação direta com o cidadão
-  Informações úteis e serviços
-  Notícias e imagens
-  Links para outro site ou página específica
-  Chamadas específicas

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015

O ícone “Acesso à informação” (campo 8) traz o cumprimento da lei Federal nº 12.527/2011, também conhecida como “lei da transparência”, regulamentada no âmbito do Município de Curitiba através do Decreto 1.135/2012, que garante ao cidadão o direito constitucional de acesso às informações públicas. Há diversas maneiras/caminhos para se obter informações: acessar o Portal da Transparência onde é possível acompanhar e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos no Município, conforme a Lei Complementar nº 131, de 27 de maio de 2009 e Decreto nº 7.185, de 27 de maio de 2010.

O Portal (<http://www.transparencia.curitiba.pr.gov.br/>) traz informações sobre funções, competências e estrutura organizacional; quem é quem e agenda de autoridades do Município de Curitiba; dados sobre programas, ações, projetos e atividades do Município de Curitiba; informações referentes ao resultado de inspeções, auditorias, prestações e tomada de contas realizadas no Município de Curitiba; detalhes sobre repasses e transferências de recursos efetuados pelo Município de Curitiba; informações sobre a execução orçamentária e financeira do Município de Curitiba; informações sobre licitações, contratos, contratações, e atas de registro de preços firmadas pelo Município de Curitiba; informações sobre provimento de cargos e a relação dos servidores públicos lotados ou em exercício no Município de Curitiba.

As outras formas de comunicação, quais sejam a “Prefeitura na Internet” (com *links* para *youtube*, *facebook* e *Instagram*), *twitter* e endereço físico ampliam as possibilidades de diálogo entre a gestão e o cidadão, com o uso de plataformas de redes sociais. A agência de notícias do município divulgou no dia 29/07/2014 o balanço da participação das consultas públicas realizadas para discutir com a população a proposta de Lei Orçamentária Anual (LOA) para 2015. Foram 1.004

sugestões das pessoas que compareceram nos locais, outras 263 foram recebidas pela Central 156 (telefone) e 4.218 chegaram por meio da internet. Os canais eletrônicos da Prefeitura - Central telefônica 156, *Facebook*, *Twitter*, registraram participação de 443 mil interferências de cidadãos.

**Informações úteis e serviços** – As informações contidas nos campos 10, 11, 12 e 26 apresentam informes diários relacionados ao clima, horário de ônibus e boletim de trânsito. É possível conhecer a programação cultural, esportiva e de lazer programada nas regionais do município pelo *link* (forma 25) que dá acesso a outra página com data, horário, atividade, local e um telefone para mais informações.

**Notícias e imagens** – As notícias são apresentadas de diversas maneiras, com recursos de texto, imagem, vídeo e áudio (campos 14, 17, 18, 19, 20, 21 e 23). A cada título da notícia antecede um termo que permite ao leitor saber qual o tema relacionado. Ao se selecionar uma notícia abre-se outra página (Agência de Notícias da Prefeitura de Curitiba) com o conteúdo completo e a possibilidade de compartilhar em diversas redes sociais, enviar por e-mail ou imprimir. Há a perspectiva de receber informativos por e-mail ou encontrar notícias publicadas anteriormente. É disponibilizada também uma lista de assuntos que agregam várias notícias, por exemplo: coleta de lixo, comunicação social, concursos públicos, acessibilidade, central 156, copa 2014, educação, esportes, impostos (por exemplo, IPTU – imposto predial e territorial urbano), linha verde, meio ambiente, metrô, obras, saúde, transparência, turismo, URBS (Urbanização de Curitiba S.A.). As imagens disponibilizadas são recortes de notícias, com a opção de buscar o texto a partir da imagem. Em 2016 foi publicada uma nota de reconhecimento ao município no site por ter recebido distinção em prêmios e

rankings de relevância nacional e internacional dos quais, os relacionados à área de governança, estão no quadro 4.

Quadro 4 – Premiações recebidas pelo município de Curitiba, na área de governança, no ano de 2015.

<b>Prêmio</b>	<b>Critérios de avaliação</b>	<b>Organização</b>
<b>Melhor Cidade do Brasil (1º lugar)</b>	212 indicadores relacionados às áreas social, econômica, fiscal e digital, com foco na igualdade das oportunidades entre os habitantes das cidades	Austin Rating e revista IstoÉ
<b>Connected Smart Cities de melhor governança</b>	11 indicadores	700 cidades em parceria com a consultoria <i>Urban Systems</i>
<b>Indicadores da Cidade Transparente (2º lugar)</b>	129 questões-chave sobre a qualidade dos canais de informação e o funcionamento dos mecanismos de participação social	Capitais brasileiras
<b>Índice Brasil Transparente (2º lugar)</b>	Regulamentação da Lei de Acesso e efetiva existência e atuação do Serviço de Informação ao Cidadão	Instituto Ethos
<b>Política de dados abertos (12º lugar)</b>	Grupo de “hackers cívicos” que fazem avaliação constante	Controladoria-Geral da União (CGU)
		Cerca de 100 administrações municipais ao



Fonte: <http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/curitiba-acumula-distincoes-em-25-premios-de-relevancia-nacional-e-internacional-desde-2014/38186>

**Links para outro site ou página específica** – Em três locais do portal municipal (campos 13, 15, 22 e 24) são dispostos termos que permitem a condução a temas específicos, por exemplo, “Curitiba”, “Notícias”, “Transparência”, “Secretarias e órgãos”, “Sites da prefeitura” e “Links úteis”, ou direcionados a grupos específicos: “cidadão”, “empresa”, “servidor”, “investidor” e “turista”. A tabela 1 apresenta os termos e os direcionamentos a outras páginas do próprio portal ou outros.

Tabela 1 – Termos apresentados no site e seus direcionamentos; Curitiba, 2015.

	<b>TERMO</b>	<b>DIRECIONAMENTO A UMA PÁGINA OU SITE</b>
<b>TEMAS ESPECÍFICOS</b>	Curitiba	Texto de apresentação da cidade
	Notícias	Agência de Notícias de Curitiba
	Transparência	Portal da Transparência
	Secretarias e órgãos	Dá acesso a uma tela contendo uma lista de todas as Secretarias e Órgãos da Prefeitura (dentre elas a Secretaria da Saúde), onde é possível acessar o hiperlink das páginas de cada secretaria ou órgão, com informações específicas como missão, dados da equipe gerencial, endereço físico e eletrônico, manuais e protocolos informes a respeito dos equipamentos e serviços em geral
	Sites da prefeitura	Dá acesso a uma tela contendo uma lista com hiperlink para sites referentes a serviços ou órgãos municipais que complementam secretarias e órgãos

<b>GRUPOS ESPECÍFICOS</b>	Links úteis	Dá acesso a uma tela contendo uma lista com hiperlink para sites de instituições públicas dos poderes executivo, legislativo e judiciário
	Cidadão/ Serviços para o cidadão	Portal de Serviços de Curitiba – cidadão – formado por 26 blocos de serviços prestados pela prefeitura direcionados ao cidadão referentes à alimentação, cidadania, concursos públicos, cultura, educação, obras, serviços funerários, transporte, entre outros
	Empresa/ Serviços para a empresa	Portal de Serviços de Curitiba – empresa – formado por 26 blocos de serviços prestados pela prefeitura direcionados a empresas referentes à alimentação, emissão de certidões, assistência social, capacitação, impostos e taxas, licitações, meu negócio, entre outros
	Servidor	Portal Administrativo do Município – contém acesso mediante login e senha
	Investidor	Agência Curitiba que traz informações voltadas ao fomento de atividades econômicas da cidade
	Turista	Site do Instituto Municipal de Turismo de Curitiba – com conteúdo específico ao turista

**Chamadas específicas** – São ícones com conteúdo independentes (campos 16, 28, 29 e 31) que remetem a outra página com mais informações a respeito. Foram encontrados seis itens: (i) “Plano Diretor de Curitiba” – convite para colaborar a revisão do plano diretor da cidade; (ii) “Cadastro de Patrocinadores” – chamamento público para pessoa física ou jurídica para patrocinar eventos, promoções, ações, atividades de interesse da Administração Pública; (iii) “Chamamento Público” – chamamento para empresas de prestação de serviço; (iv) “Conheça o boa nota fiscal” – divulgação de um cadastro para pessoa física ou jurídica para receber abatimento em alguns impostos municipais; (v) “Acompanhe as licitações da Prefeitura” – instrui como monitorar os processos de compras; (vi)

“Licitação do metrô de Curitiba” – informa e instrui como monitorar este processo específico.

O portal da Prefeitura de Curitiba traz ainda conteúdo específico a respeito da saúde, que pode ser acessado a partir do link “Secretarias e órgãos”. Na página da Secretaria da Saúde, o conteúdo é dividido em dois blocos: “Institucional” e “Informações”. O bloco “Institucional” apresenta a missão do sistema público de saúde do município, nome e currículo do secretário da saúde, equipe de diretores e possibilidades de comunicação (endereço físico, virtual e telefone). Ainda neste bloco é possível ter acesso a notícias específicas da saúde e o (i) elenco dos equipamentos e (ii) serviços da saúde.

A listagem destes equipamentos (i) inclui desde locais com ação mais administrativa como planejar a política, gerenciar e monitorar equipes e de vigilância em saúde (sanitária e epidemiológica), a locais de prestação de serviço com ação assistencial, nos níveis da atenção primária (unidades básicas de saúde), secundária (centros de especialidades) e terciária (hospitais). Em cada equipamento há a descrição da ação local, endereço e telefone. A relação dos serviços da saúde (ii) está principalmente relacionada à vigilância em saúde, contendo instruções a respeito de requerimentos da vigilância sanitária, mas também orientações quanto à notificação obrigatória de algumas doenças, desratização em domicílios, ou remoção de morcegos. Por fim, neste grupo há também o serviço de ouvidoria da saúde com possibilidade de contato telefônico (chamada gratuita), endereço físico e virtual.

O bloco “Informações” (tabela 2) apresenta seis itens, que fazem parte dos dois portais principais – Saúde e FEAES (Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde), descritos a seguir. No Portal da Saúde é possível

conhecer o histórico, equipe de dirigentes e as diretrizes da gestão. Também estão disponíveis os planos municipais quadrienais e os relatórios de gestão anuais, desde o ano de 2002, configurados como “processos estratégicos de gestão do sistema público de saúde”, construídos por meio de diagnóstico situacional do município, planejamento de ações, formas de monitoramento e avaliação. Novamente neste mesmo campo é possível acessar a rede de serviços, em listas ou distribuídas no mapa da cidade, assim como o acesso à ouvidoria.

O Portal da Saúde traz o funcionamento da política assistencial com descrição de cada nível de complexidade, recursos de apoio diagnóstico, apoio medicamentoso, organização da Atenção Primária, incluindo os tipos de atendimentos e serviços que podem ser realizados. Em relação à política de vigilância, existem três grupos: vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. Há boletins epidemiológicos de 2004 a 2015 – como, por exemplo, o boletim HIV/AIDS Curitiba, além de orientações e monitoramentos de doenças e agravos de notificação obrigatória, com tabelas das frequências das notificações confirmadas. A vigilância sanitária apresenta informações gerais de funcionamento, programas e legislação específicas e orientações quanto aos requerimentos de licenças de saúde para estabelecimentos interessados. O conteúdo da vigilância ambiental (zoonoses e vetores, qualidade da água, ar, entre outros) indica as atribuições do setor e como são estabelecidos os regulamentos no espaço urbano e coletivo, além de um programa específico de combate à dengue.

Tabela 2 – Itens do bloco Informações, a partir da página da Secretaria de Saúde; Curitiba, 2015.

---

<b>INFORMAÇÕES</b>	
<b>Portal da Saúde</b>	Portal da Saúde
<b>Conselho Municipal de Saúde</b>	
<b>Boletim HIV/AIDS Curitiba</b>	
<b>Curitiba contra o Aedes</b>	
<b>Portal da FEAES</b>	Portal da FEAES
<b>Tour Virtual Hospital do Idoso</b>	

---

O item Conselho Municipal traz conteúdos relacionadas à participação da comunidade nas decisões do sistema de saúde. Há a composição e funções do órgão colegiado, nome dos componentes da mesa-diretora, legislação e regimentos, cronograma das reuniões, pautas e as atas respectivas. São disponibilizados documentos pertinentes às conferências de saúde já realizadas, entre regimentos e relatórios finais, e exemplares *online* do jornal do Conselho Municipal de Saúde. A oportunidade de entrar em contato com o conselho municipal é indicada na página para se utilizar o endereço físico, virtual ou telefone.

No Portal da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde – FEAES – estão expostos a estrutura, regime jurídico, missão, legislação, estatuto, diretores e integrantes do conselho curador. São elencados os programas, serviços e unidades de atendimento, evidenciando a política de parceria entre a FEAES e a Secretaria de Saúde. Outras questões administrativas podem ser encontradas: gestão de pessoas, processos de licitação, contratos e convênios, organização do

controle interno, gestão financeiro-econômica e avaliação das metas de contratos de gestão. A oportunidade de entrar em contato com o conselho municipal é indicada na página para se encaminhar mensagens via web.

### **Discussão e Conclusão**

Foram identificados princípios de governança no portal eletrônico da prefeitura de Curitiba, principalmente o princípio da transparência, presente nas categorias: Comunicação direta com o cidadão, Informações úteis e serviços, Links para outros sites, além do bloco “Institucional” na página da Secretaria da Saúde. O princípio da responsabilidade em prestar contas foi percebido na categoria Chamadas específicas, como por exemplo, o Plano Diretor, Conheça o boa nota fiscal, Acompanhe as licitações da Prefeitura. Já o princípio da Integridade foi identificado no Portal da Saúde, com a apresentação da política assistencial de saúde do município.

No Portal da Transparência e no Acesso à Informação os instrumentos permitem que o cidadão verifique e analise conteúdos já disponibilizadas (orçamentos, despesas, balanços, prestação de contas da Lei de Responsabilidade Fiscal, plano de governo, compras e licitações) ou solicite o que desejar em termos de informação. Estão dispostos diretamente na página e permitem o envio de mensagem ao setor, evidenciando tentativa de comunicação por parte da gestão, com transparência e responsabilidade em prestar contas.

Nesta linha, o governo eletrônico tem sido visto como uma mudança de paradigma da gestão governamental. Sua aplicação na administração pública pode melhorar os serviços e a informação oferecida, simplificar processos institucionais e facilitar a criação de canais que permitam aumentar a transparência e a participação cidadã (CARNEIRO; MENICUCCI, 2011).

Estas ferramentas que apoiam o princípio da transparência e facilitam o diálogo da instituição com o cidadão estão em consonância com a Constituição de 1988, que trouxe vários elementos importantes para a estabilidade institucional: a democratização do Estado, a descentralização da gestão para estados e municípios e a reforma do serviço civil. Ênfase nos princípios republicanos da legalidade e publicidade e fortalecimento do controle externo à administração pública (por exemplo, o papel do Ministério Público) contribuíram para que houvesse maior controle sobre os governantes. A descentralização política, financeira e administrativa abriu oportunidades para maior participação e inovações no campo da gestão pública, levando em conta a realidade e as potencialidades locais. A reforma do serviço civil foi impulsionada pelo princípio da seleção meritocrática e universal, consubstanciada por concurso público, profissionalizando a burocracia (ABRÚCIO, 2007).

O Plano Diretor Revisão 2014, disponível em uma chamada de destaque na página eletrônica de Curitiba, permite ao cidadão ter acesso aos documentos legais que formalizam as decisões do projeto, instrumentos urbanísticos, planos setoriais e regionais, obrigados por lei, a serem revisados a cada dez anos. Este processo ocorreu de forma descentralizada na cidade e após esta formulação (revisão) presencial, convida mais pessoas a participarem. É possível acessar os documentos e encaminhar opinião em formulário *online* e verificar a agenda de reuniões e eventos relacionados ao tema. O princípio da Integridade é observado por meio do *hiperlink* “Secretarias e Órgãos e Sites” da Prefeitura, na qual cada repartição interna da prefeitura apresenta informações do responsável pela pasta, normas gerais, processos e particularidades.

Contudo, a literatura aponta a necessidade de observar se esta ampliação da comunicação tem condições de promover valor público, induzir a geração de capital social e engajamento cívico, permitir a coordenação de atores públicos e privados, bem como a inclusão social e o compartilhamento de responsabilidades, que são papéis importantes da gestão pública (MATIAS-PEREIRA, 2010).

Um trabalho a respeito da avaliação de um portal de um órgão federal brasileiro apontou que a informação disponibilizada e sua forma de uso foram percebidas de forma limitada, em relação aos princípios de motivação e interatividade. Os autores relacionaram este fato ao comportamento do poder público de não se expor demais na internet, não abrindo espaço para a explicitação de suas motivações e princípios nas tomadas de decisão e tampouco para a participação/interatividade cidadã (SILVA et al., 2011).

Percebe-se a presença no portal de grande quantidade e variedade de notícias, veiculadas sob diversas formas e com facilidade de acesso. Os textos geralmente não ultrapassam uma página e há sempre a presença de imagens. Apesar de poderem ser também consideradas bons exemplos do princípio da transparência, é preciso verificar como a informação está sendo transmitida. Um trabalho se propôs a analisar a utilização de notícias em dois sites de prefeituras municipais, Natal e Mossoró (RN), verificando se as mesmas estavam orientadas com base no princípio administrativo da impessoalidade, divulgando e atribuindo os atos públicos à instituição e não ao gestor, que é um representante temporário do povo, conforme disposto pela Constituição Federal, no artigo 37°. A avaliação revelou um alto índice de peças caracterizadas como marketing político, prova de que a prática patrimonialista ainda persiste em algumas sociedades (FERNANDES; SILVA, 2012).



No caso das informações específicas da saúde, há conteúdo na página da Secretaria da Saúde, com acesso a outro portal – Portal da Saúde (<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/>), que aprofunda a perspectiva das diretrizes, instruções normativas, entre outros. Neste portal encontram-se também os relatórios de gestão, contendo a prestação de contas periódicas, baseada em legislação específica e que são aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde. Isto reflete diretrizes organizativas do SUS, que se apresenta cada vez mais descentralizado (PAIM; TEIXEIRA, 2006), impulsionado por regras de financiamento do Ministério da Saúde. Este cenário redefine as responsabilidades dos municípios, estados e União. De maneira geral, nos municípios tem ocorrido a ampliação da Atenção Primária com as equipes de Saúde da Família (EDWARD; KORNIS; MAIA, 2011), incorporação de outras categorias profissionais, incremento nas ações da vigilância epidemiológica e sanitária (SIQUEIRA, 2013), que proporcionam novos desafios aos profissionais e gestores, no sentido de organizar e qualificar as ações em saúde.

Neste contexto, o modelo administrativo não pode se mostrar um obstáculo frente à necessidade de desenvolvimento de novos modelos de gestão e novas formas de relação entre os diversos níveis de governo, visando melhorar a eficiência da gestão (CHERCHIGLIA; DALLARI, 1999). A lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde está presente no portal da saúde de Curitiba, contendo desde a estrutura e composição do Conselho e Conferências Municipais da Saúde, calendário de reuniões e atas de reuniões realizadas e informações pertinentes. Estes instrumentos fazem relação com os princípios de transparência e responsabilização (*accountability*).

Outra reflexão diz respeito ao alcance das informações disponibilizadas. Curitiba tem obtido boas posições em avaliações e *rankings* referentes a tecnologia digital, transparência e governança, o que significa que há aplicação de recursos da tecnologia da informação na gestão do município; porém, avaliar o grau de inclusão é mais impreciso, tendo em vista a complexidade dos arranjos sociais, culturais e políticos (FIGUEIREDO et al., 2013). Mesmo que estejam presentes recursos de navegação no portal, indaga-se qual o perfil deste usuário, e se tem experiência com as ferramentas da informática. Em uma pesquisa para entender a pessoa que acessa um portal eletrônico público (quem é/ por que acessa/o que acessa) um dos principais achados foi que o canal eletrônico tem servido mais aos profissionais do universo político do que ao cidadão comum. Mesmo assim, o cidadão comum se mostra interessado em buscar participação, contato e interação com os atores políticos (STABILE, 2012).

No caso específico da saúde as questões relacionadas à lei 8.142, que norteiam a lógica do Controle Social, não estão disponíveis de forma direta; é preciso acessar um *hiperlink* para outro portal, o que pode dificultar o acesso. Além disso, é preciso verificar se as informações disponibilizadas têm apenas o objetivo de prestar contas a respeito de um desenho de participação já instituído como o controle social (*accountability*), ou se há também o propósito de estimular a comunicação com as partes interessadas (*stakeholders*), ou ainda, incentivar maior participação comunitária por meio do portal eletrônico (transparência). Na página inicial do Conselho de Saúde há esclarecimento quanto ao conceito, formação e atuação do órgão colegiado, mas não há orientações para a possibilidade de inclusão de novos participantes. É apresentado o calendário de reuniões

ordinárias, local, atas e pautas, mas não existe orientação quanto à possibilidade de inserção de novos cidadãos.

O Controle Social é considerado uma instituição participativa que atua em processos de partilha do poder, isto é, formado por atores do Estado e da sociedade civil, que participam simultaneamente nas deliberações. Este arranjo é determinado por lei e pressupõe sanções em casos de não instauração; depende da existência de uma sociedade civil organizada, assim como da vontade política do governante. O sucesso dos processos participativos está relacionado não apenas ao desenho institucional e sim à maneira como se articulam desenho institucional, organização da sociedade civil e vontade política de implementar desenhos participativos (AVRITZER, 2008).

Outra ponderação pode ser feita também ao próprio Controle Social, que apesar de ser considerado um exemplo bem sucedido de processo decisório participativo, a literatura identifica alguns problemas em seu funcionamento: grupos de interesse em contraposição a objetivos comuns, assimetria de poder que mantém a dominação de gestores que detêm o poder de agenda ou debates a partir da linguagem técnica, apolítica (ESCOREL, 2013). Neste caso, o portal eletrônico é apenas consequência da configuração do arranjo institucional e não produtor de maior ou menor governança.

Ainda a respeito da informação, os documentos relacionados à transparência das contas públicas têm entendimento difícil para uma pessoa comum. No Portal da Transparência há um texto de orientação inicial que admite a utilização de linguagem coerente a normativas dos setores de orçamento e contabilidade e propostas futuras de superar “a linguagem árida dos números contábeis”. Em um estudo nos relatórios orçamentários em sete portais da

transparência de Santa Catarina as autoras sugerem a utilização de um delineamento e nomenclaturas padronizados, para facilitar a compreensão e transparência da gestão fiscal (PERES; RAMOS, 2013).

Apontam-se as limitações deste estudo, que procurou observar o contexto da governança na dimensão de uma cidade grande, por meio dos canais eletrônicos. Destacam-se o período de tempo e o método exploratório, insuficientes para levantar evidências robustas, porém importantes para estimular mais pesquisas a respeito deste tema.

Por fim, ressalta-se a relevância na identificação dos princípios da governança pública que podem ocasionar maior equilíbrio na relação principal-agente, formada por cidadãos e governantes/gestores/trabalhadores. Mas para isto acontecer é necessário um esforço de todas as partes, de forma continuada e com o interesse no bem comum.

## Referências

ABRÚCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, n. Edição Especial Comemorativa, p. 67–86, 2007.

ABRÚCIO, F. L. Três agendas , seus resultados e um desafio: balanço recente da administração pública federal brasileira. **Desigualdade & Diversidade**, n. Dossiê Especial, p. 119–142, 2011.

AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, v. 14, n. 1, p. 43–64, 2008.

BERWIG, C. A.; GODOI, E. **A polidez nas interações telefônicas institucionais** Curitiba/IMAP, , 2009. Disponível em: <[http://www.imap.curitiba.pr.gov.br/wp-content/uploads/2014/03/A\\_polidez\\_nas\\_interacoes\\_telefonicas\\_institucionais.pdf](http://www.imap.curitiba.pr.gov.br/wp-content/uploads/2014/03/A_polidez_nas_interacoes_telefonicas_institucionais.pdf)

>

BOUBAKRI, N.; COSSET, J. C.; GUEDHAMI, O. Postprivatization corporate governance: The role of ownership structure and investor protection. **Journal of Financial Economics**, v. 76, n. 2, p. 369–399, May 2005.

BRESSER PEREIRA, L. C. **A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle**. Brasília: Cadernos MARE da Reforma do Estado, 1997.

CARNEIRO, R.; MENICUCCI, T. M. G. **Gestão Pública no século XXI: as reformas pendentes** Brasília IPEA, , 2011.

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. A reforma do Estado e o setor público de saúde : governança e eficiência. **Revista de Administração Pública**, v. 33, n. 5, p. 65–84, 1999.

EDWARD, G.; KORNIS, M.; MAIA, L. S. Saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 197–215, 2011.

EISENHARDT, K. M. Teoria da Agência: Uma Avaliação e Revisão. **Revista de Governança Corporativa**, v. 2, n. 1, p. 1–36, 2015.

ESCOREL, S. Efetivar a reforma sanitária por meio da participação social. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927–1953, 2013.

FENIANOS, E. **Almanaque Kur Yt Yba**. Curitiba: Univer Cidade, 2006.

FERNANDES, A. S. DE A.; SILVA, É. R. M. DA. **Comunicação pública e marketing político na Administração Pública: estudo dos casos da utilização dos sites das prefeituras de Natal e Mossoró** V Congresso de Gestão Pública. **Anais...** Brasília, DF, junho, 2012: 2012

FIGUEIREDO, F. D. C. et al. O índice Brasil de cidades digitais por um viés sócio-construtivista: análise da segunda colocada - Curitiba / PR. **Encontros Nacionais da Anpur**, v. 15, p. 1–16, 2013.

FREY, K. Governança Urbana e Participação Pública. **RAC-Eletrônica**, v. 1, n. 1, p. 136–150, 2007.

HART, O. Corporate Governance: Some Theory and Implications. **The Economic Journal**, v. 430, p. 678–689, 1995.

**IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410690>>.

Acesso em: 9 feb. 2016.

MARCELLI, S. **Governança no Setor Público: diagnóstico das práticas de gestão da polícia federal à luz do estudo 13 do PSC/IFAC**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas- Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, 2013.

MATIAS-PEREIRA, J. A Governança corporativa aplicada no setor público brasileiro. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 2, n. 1, p. 109–134, 2010.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Assessing the building process of health promotion public policies: the experience of Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 627–641, 2004.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–97, 21 May 2011.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. Esp, p. 73–78, 2006.

PERES, F.; RAMOS, I. DA S. Finanças Públicas e Accountability: um estudo dos relatórios orçamentários nos portais de transparência de Santa Catarina. **Coleção Gestão Pública**, v. 1, p. 145–173, 2013.

RAUPP, F. M.; PINHO, J. A. G. DE. Construindo a accountability em portais eletrônicos de câmaras municipais: um estudo de caso em Santa Catarina. **Cadernos Ebape.BR**, v. 9, n. 1, p. 116–138, 2011.

REZENDE, D. A. **Sistemas de Informações Organizacionais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 347–369, 2009.

SERAFIM, E.; QUELLAS, O. L. G.; ALLEDI, C. **Histórico e fundamentos da governança corporativa - contribuições para a sustentabilidade das organizações**VI Congresso Nacional de Excelência em Gestão. **Anais...**Niterói RJ, agosto 2010: 2010

SILVA, H. B. F. DA et al. **Avaliação da transparência pública no portal do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação**2ª Conferência do Desenvolvimento CODE/Ipea 2011. **Anais...**Brasília DF, novembro 2011: IPEA, 2011Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area9/area9-artigo20.pdf>>

SILVA, S. S. DA; SOUSA, A. R. DE; LEITE, E. T. Conflito de agência em organizações cooperativas: um ensaio teórico. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, v. 13, n. 1, p. 63–76, 2011.

SIQUEIRA, J. E. DE. 25 anos do SUS: o que há para comemorar? **O mundo da Saúde**, v. 37, n. 1, p. 56–64, 2013.

SLOMSKI, V. et al. **Governança Corporativa e governança na gestão pública**. São Paulo: Atlas, 2008.

STABILE, M. **Democracia eletrônica para quem? quem são, o que querem e como os cidadãos avaliam o portal da Câmara dos Deputados**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12516/1/2012\\_MaxStabileMendes.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12516/1/2012_MaxStabileMendes.pdf)>.

VIEIRA, C. H. DE L.; POSSATI, G. R. J. **Governança no setor público voltada para resultados: Implantação e avaliação de indicadores de governança** 10º Congresso Brasileiro de Gestão do Conhecimento. **Anais...** São Paulo, outubro 2011: 2011 Disponível em: <<http://www.sbgc.org.br/kmbrasil2011/anais/pdf/RT77.pdf>>

**ARTIGO DOIS - versão em inglês**

**PUBLIC GOVERNANCE IN HEALTH IN A SOUTHERN HEMISPHERE**

**CAPITAL**



## **Abstract**

Public governance has established itself as a modern *res publica* management system, given the need for reassessing the role of governmental and private institutions of public interest, which is guided by principles including transparency, integrity, and accountability. The present study aimed to identify the occurrence of such principles, based on the concept of e-Gov, particularly focusing on public governance of health, by accessing the official web portal of the City Hall of Curitiba, a southern Brazilian state capital. The descriptive and exploratory method demonstrated achievement of the principles in the aforementioned portal, especially those related to health information, manifested through increased transparency in public governance for citizens interested in the management of public affairs. However, it should be noted that the concept of governance is complex operating mode, which requires direction of additional effort from the public officials involved towards broadening and enhancing ongoing initiatives.

**Keywords:** public governance, health, E-government, social control, transparency

## Introduction

Public governance has achieved prominence in recent years as a new and modern commonwealth (*res publica*) management system, in the context of the need to reassess the role of governmental and private institutions of public interest (Vieira and Possati 2011).

This subject is particularly relevant to the South American market conditions, especially those in Brazil. The recent crises unveiled in the course of domestic processes with significant international repercussions must be addressed herein. They characterize the lack of transparency and endemic corruption prevalent in sectors of the Brazilian society, particularly in partisan, parliamentary, and corporate relationships, typifying a promiscuous public-private relationship<sup>3</sup>. This website demonstrates that the tentacle spread of “grand corruption is the abuse of high-level power that benefits a few at the expense of many, and causes serious and widespread harm to individuals and society.”

The term “public governance” derived from the private sector’s concept of “corporate governance,” which addresses the abuses committed by executive committees of companies, inoperative boards of directors, and complacent external audits, aiming to protect the interested parties of an organization, according to agency conflict theory (SERAFIM; QUELLAS; ALLEDI, 2010).

In the Brazilian context, the laws in force allow some convergence with the concept of governance. Brazilian public administration has been reformulated since the end of military rule, although there are earlier examples of public governance including budget execution monitoring, cost assessment of industrial services, and surveys of balance sheets provided for in Law No. 4.320 of 1964. The Constitution

---

<sup>3</sup> Reported in: <https://www.transparency.org/>

of 1988, which marked the resumption of democracy in Brazil, brought the principles of legality, impartiality, transparency, and efficiency. The Brazilian Fiscal Responsibility Law of 2000, obliges public managers to provide detailed information on budget and financial execution (MARCELLI, 2013). Furthermore, the supplementary Law No. 131/2009 (Transparency Law) encourages popular participation.

Currently, Brazilian public policies, including those in the health sector, are becoming increasingly decentralized, driven by regulatory procedures and fund transfer mechanisms of the federal government, which has undoubtedly redefined the responsibilities of municipalities (PAIM et al., 2011). In this sense, participatory management models capable of stimulating negotiation, including governance, for example, should be examined to assess whether decentralization of the decision-making process also occurs.

### ***Background***

Agency theory addresses conflicts of interest between the people, who perform the role of principal through their representatives, and the public executive, the agent; as such, it discusses failures in the alignment between “professional conduct” and “organizational culture” in disputes over the political, administrative, financial, technical, and operational quality and sustainability of private or governmental organizations.

“Corporate governance” is defined as a response to principal–agent problems that emerge from the separation between ownership and control of the organization (BOUBAKRI; COSSET; GUEDHAMI, 2005). Problems arise in an organization whenever either of the following two conditions are present: principal–agent problems and transaction costs (HART, 1995). Thus, agency theory covers

the relationship – metaphorically described as a contract between the “principal” and the “agent” of an organization – wherein the principal is the owner of the company and the agent is anyone with a management role. A principal–agent problem may occur if the desires or goals of the principal clash with those of the agent (EISENHARDT, 2015). The agent may fail to act in the best interests of the owners when seeking to maximize self-interests with incompetence or negligence or in bad faith. Another problem occurs when the principal is unable (or it is very expensive) to assess whether the agent acts according to the former’s interests (SILVA; SOUSA; LEITE, 2011).

Enseinhardt (2015) describes propositions about agency theory using the "contract" as the unit of analysis. She identifies that the extent of the conflict that may occur depends on the type of contract, whether based on behavior or outcome; the existence of information on the agent’s behavior (and who has this information); the behavior of the principal and the agent regarding risk aversion, task scheduling; and the possibility of measuring results. This theory provides a unique, realistic, and empirically testable perspective on cooperative effort problems.

Adapting that theory to a public sector perspective, the agent is the public manager, which may adopt various behaviors unapproved by the principal (here, the citizen), thereby affecting the harmonious relationship between both parties. According to Bresser Pereira (1997), public governance exists when the government has political, financial, and administrative conditions of governability to transform into reality the decisions made. Public governance may be understood as a system balancing the power between all members of an organization – the rulers, managers, civil servants, and citizens – causing the common good to prevail and override the interests of individuals or groups (MATIAS-PEREIRA, 2010).

Public governance also involves reintroducing politics in public administration, reducing the importance of merely technical criteria in decision-making processes and strengthening participatory mechanisms of political decision-making in the public sphere. This movement changed the role of the state, which acts less hierarchically and monopolistically and broadens the participation of different stakeholders (citizens) in the construction of public policies (SECCHI 2009).

The Brazilian path toward the consolidation of democratic ideas occurred after twenty-one years of military dictatorship in the country, from 1964 to 1985. A gradual implementation of the so-called “New Public Management” occurred from 1995, under the government of President Fernando Henrique Cardoso, a proposal that defended a smaller State, institutional changes related to the management of human resources and the creation Non-state public spaces (ABRÚCIO, 2011).

The government of President Luiz Inácio Lula da Silva defended the State’s capacity to design and implement public policies, deciding on the most appropriate by focusing on results and the means for implementation: adjustment of monitoring strategies and systems, optimization of work processes, knowledge management, ethical conduct, and information system improvement (SLOMSKI et al., 2008). From a rhetorical standpoint, the Brazilian government has clearly explained the desire to improve state organization toward operating intelligently, with the ability to mediate and properly implement the strategy of sustainable social development and economic integration (MATIAS-PEREIRA, 2010). The actual practical implementation of those improvement speeches is a controversial topic.

In the specific case of health, Brazilian health reform coincided with redemocratization of the country. The Federal Constitution of 1988 established health as a right of citizens and created the Unified Health System (*Sistema Único*

*de Saúde: SUS*), setting the bases for a new model of public health management, run by a co-management system involving the federation, states, and municipalities, subject to social control and established formally in the three bodies of executive power, respecting the active participation of SUS users (PAIM et al., 2011). Law No. 8.142/90 addresses community participation in SUS management through collegiate bodies, including “conference” and “health council,” and intergovernmental transfers of financial resources within the health sector. The system used to determine the total revenues and expenditures in public health initiatives and services is the Information System on the Public Health Budget (*Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde: SIOPS*), which is based on reports.

From this perspective, the role of decentralization and municipalization of health services and, therefore, the management capacity at local level stands out. Curitiba, which is the capital of the state of Paraná in the southern region of Brazil, has conducted over the years a public management experiment in urban space organization, valuing social responsibility and providing opportunities for building a fairer and more democratic city for all. The emancipatory strategy, also known as “empowerment,” has been enabled through social participation channels, which aim to create opportunities for citizenship education, socialization of information, involvement in diagnosis and decision-making, and implementation of social projects, resulting in shared city management responsibilities (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

The municipality, which is characterized by relative stability and administrative continuity that has now endured for approximately twenty years, had to adapt to pressures resulting from globalization, lack of public funds, a serious

increase in social problems, and calls for the expansion of community participation. The period from 2001 to 2004 was marked by a strategic, shared, decentralized, intersectoral, and results-oriented management model, avowedly inspired by the “new managerialism,” moving toward the trends of urban governance (FREY, 2007). However, what is the current state of development of these concepts?

Based on the above context, the present study aims to identify the principles of public governance, focusing on health and using the web portal of Curitiba City Hall, Paraná, Brazil.

## **Method**

The present research is a descriptive and exploratory study that aims to identify governance principles in the public sector implemented in municipal management. Curitiba is the capital of Paraná, one of the three states comprising the southern region of Brazil. Curitiba is among the ten most populous cities of Brazil, with a population of approximately 1.8 million people, disregarding its highly populated metropolitan area. The Municipal Human Development Index, which is 0.823, and the 2.13% illiteracy rate<sup>4</sup> (IBGE) stand out among the socioeconomic data of the population.

Founded in 1693, as a small village of 17<sup>th</sup>-century Portuguese settlers (*Bandeirantes*), Curitiba developed significantly, later becoming known for its wide streets; it maintained an urban growth rate that was strengthened by the arrival of numerous European immigrants – mostly Germans, Poles, Ukrainians, and Italians – throughout the nineteenth century, who contributed significantly to cultural

---

<sup>4</sup> Measured by the percentage of people aged 15 years or older unable to read and write at least a simple note in their native language, calculated using the total number of residents in the same age group in a given geographical area at the selected period of time.

diversity. Throughout the twentieth century, the city experienced various urban plans and laws aimed at regulating its growth. Thus, Curitiba became internationally famous for its urban innovations and environmental protection, including public transportation (FENIANOS, 2006).

The present study was analyzed considering the principles of the Cadbury Report (transparency, integrity and accountability), also considering the perspective of the “Seven Principles of Public Life” (the “Nolan Principles”), which were redefined by the International Federation of Accountants (IFAC; Table 2).



Table 2 – Principles of governance in the public sector context, according to the IFAC

<b>TRANSPARENCY</b>	<p>Transparency is necessary to ensure that stakeholders have trust in initiatives and decision-making processes in the management of activities of public sector entities, which are available for public consultation and communication with the interested parties (stakeholders) and should be accurate and clear, leading to effective, timely, and accountable actions</p>
<b>INTEGRITY</b>	<p>Integrity encompasses both simple and complex operations and is based on honesty, objectivity, proper standards, and probity in the management of public funds and resources and in the business management of entities. It depends on the effectiveness of the control system, personal standards, and professionalism of the members of public sector entities. It is reflected in both decision-making and the quality of financial and performance reports of these entities.</p>
<b>ACCOUNTABILITY</b>	<p>Accountability is the process through which public sector entities and their members are liable for their decisions and actions, including the management of public funds and all performance issues, and are subjected to appropriate external scrutiny. It is attained by ensuring that all parties have a clear understanding of their responsibilities and clearly defined roles based on a robust structure. In fact, accountability is the obligation to account for a given responsibility</p>

Source: Slomski, 2008

The use of the municipal portal to search for information on governance is explained by the current increasing focus on e-government (or e-gov). “E-government” may be defined as the application of information technology resources in public management; it includes governmental activities, providing information to improve interactions (between government and the public communication),

increase citizen participation in decision-making, facilitate equal access, and provide online access 24 hours a day, seven days a week. This tool is considered strategic to develop a democratic society (REZENDE, 2008).

Data were collected through secondary research of material published on the official web portal of Curitiba City Hall (<http://www.curitiba.pr.gov.br/>) in the period from August 20 to 30, 2014. Initially, the web portal was analyzed as regards the presented key functions as a whole, to thereby identify categories for further analysis. Screenshots were taken using the resource "Print Screen" (*PrtSc* key) and saved as images, which were subsequently grouped into a single figure and inserted into an Excel spreadsheet.

The first assessment was performed using this figure to identify categories and their position in the web portal. A figure representing the screen graphically was designed with numbered and proportional shapes. Each category was then described according to its content and it was observed the occurrence of the indicators in e-Gov from the analysis model with the dimensions: accountability, transparency and participation / interaction (Table 3) (RAUPP; PINHO, 2011).

Table 3 - Indicators of the analysis model.

	<b>Accountability</b>
<b>INDICATORS</b>	Partial and / or late disclosure of all legal reports
	Dissemination of the set of legal reports within the
	Partial disclosure of the set of legal reports in simplified versions
	Dissemination of the set of legal reports in simplified versions
	Disclosure of management reports of expenses incurred
	<b>Transparency</b>
<b>INDICATORS</b>	Institutional information
	News
	General information
	Legislation
	Search tool
	Download documents, texts, reports
	Site map
	Links to the sectors
	Links to other sites
	Explanatory videos
	Videos of the sessions
	Disclosure of the handling of the different matters
	Section of public acts
	Disclosure of plans and actions
<b>INDICATORS</b>	Email address
	Phones
	Electronic forms
	Indication of analysis of received emails
	Monitoring user actions
	Ombudsman Response to incoming emails
	Individual and / or collective chats
	Blog for discussion

Source: Adapted from Raupp; Pinho, 2011

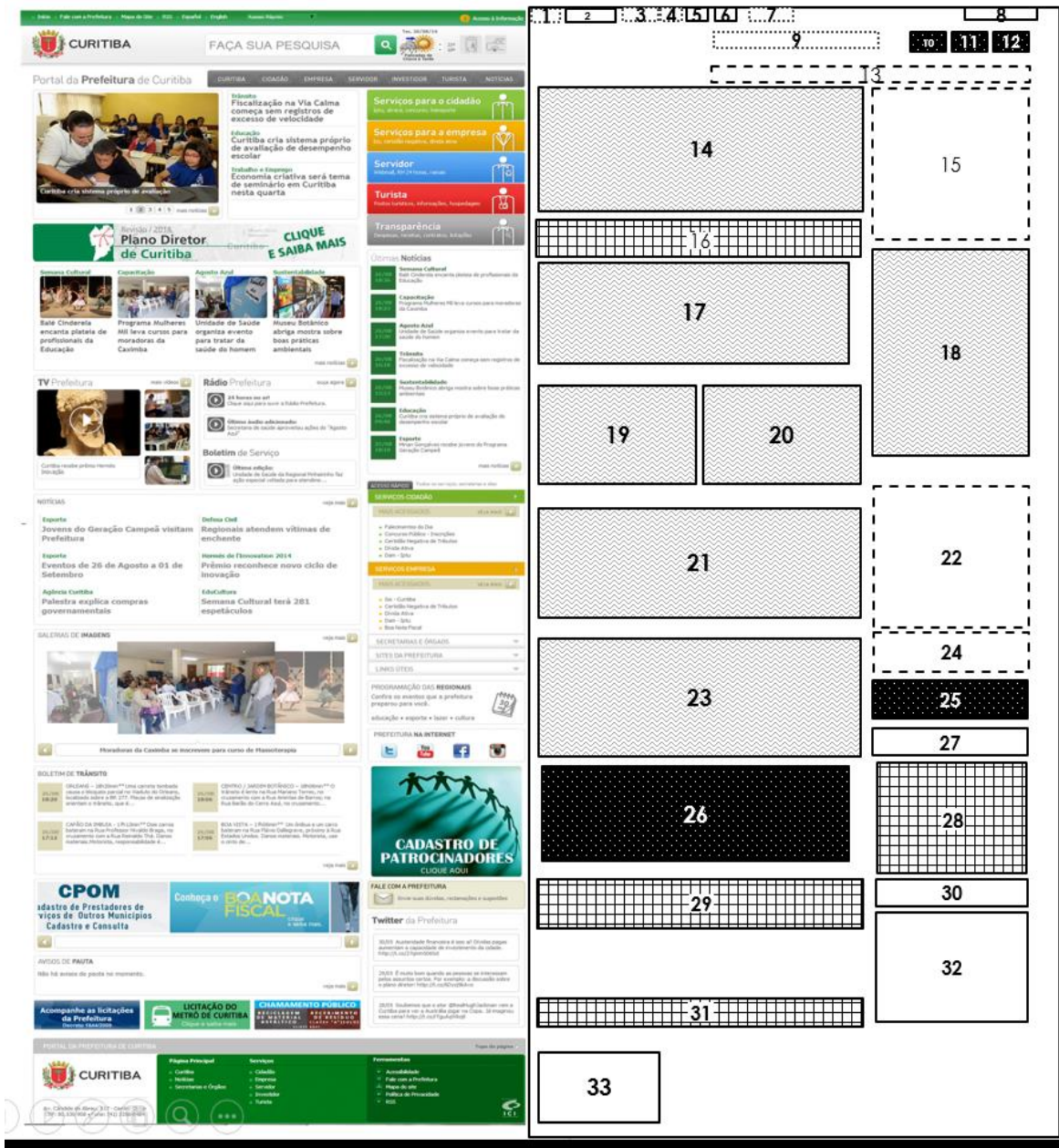
## Results

Figure 1 shows the screenshot of Curitiba City Hall's web portal and the graphical representation of the six categories identified, comprising: (i) site navigation resources, (ii) direct communication with citizens, (iii) useful information and services, (iv) news, (v) links to other websites or specific pages, and (vi) specific headlines. Some items are included more than once on the webpage and several paths reach the same destination.







The content of each category identified will now be examined.

*Site navigation resources* – Fields 1, 3, 4, 7, and 9 show icons that help system users to find their bearings in the web portal. They comprise: "Home," "Site Map," "RSS," "Quick Access" and "Search." These resources, positioned at the top of the page, remain available even after the user has started navigating the site: they allow the user to return to the homepage, specifically through the "home" icon, or facilitate and guide navigation of the website. For example, using "site map" provides a site overview, "quick access" forwards the user to municipal services and bodies, and "search" performs searches within the site using the words the users enter. Contained in field 4, RSS – which stands for Really Simple Syndication – is a web feed format, bypassing the need for navigating to the news site.

Figure 1 – Screenshot of Curitiba City Hall’s web portal and graphical representation of the categories identified: Curitiba, 2015.



**LEGEND:**

-  Site navigation resources
-  Direct communication
-  Useful information and services
-  News and images
-  Links to other websites or specific pages
-  Specific headlines

Source: Research Data, 2014

*Direct communication with citizens* – There are several ways to communicate with the City Hall of Curitiba: the icons “Talk to the City” (fields 2 and 30), introductions to Curitiba in two foreign languages – Spanish and English (fields 5 and 6) – “Access to Information” (field 8), forwarding to other online communication formats through “Online City Hall” (field 27), signing up for the City of Curitiba Twitter account (field 32), and the physical address of the City Hall (field 33).

Fields 2 and 30 forward users to “Call Center 156,” which handles requests for services rendered by the public administration and clarifies queries raised by the population through an online service. The user may choose to use the chat system or to complete and submit a form. Plant waste collection, public lighting, and social recovery (to trigger the city’s homeless shelter service) are the most requested services. There are also complaints about bus drivers and ticket collectors, dustproof paving requests (street asphalt paving services), requests for animal control services, and enquiries for information on the location and opening hours of healthcare centers and bus schedules and routes (BERWIG; GODOI, 2009). The service may be accessed online or by telephone uninterruptedly and it is automated, allowing the registration of requests, sending them to the appropriate governing body, and following the process through to completion, a facility that is also available to the requester.

The icon “Access to information” (field 8) enforces Federal Law No. 12.527/2011, also known as the “transparency law,” regulated in the City of Curitiba through Decree 1.135/2012, which ensures the constitutional right of citizens to access public information. There are various mechanisms or routes to obtain information, including accessing the Transparency Portal, wherein the application the of public resources of the City of Curitiba may be monitored and supervised,

according to Supplementary Law No. 131, of May 27, 2009 and Decree No. 7.185, of May 27, 2010.

The Portal (<http://www.transparencia.curitiba.pr.gov.br/>) provides information on the duties, powers, and organizational structure; who's who and the agendas of the authorities of the City of Curitiba; data on programs, initiatives, projects, and activities of the City of Curitiba; information on the outcome of inspections, audits, services and rendering of accounts held in the City of Curitiba; details on on-lending and transfers of funds made by the City of Curitiba; information on the budget execution and financial application of the City of Curitiba; information on bids, requests for tenders, hires, and contracts awarded by the City of Curitiba; posting and filling of positions; and the list of civil servants assigned to and working in the City of Curitiba.

Other forms of communication, including Online City ("*Prefeitura na Internet*," with links to YouTube, Facebook and Instagram), Twitter, and physical addresses expand the possibilities for dialogue between management and citizens through social network platforms. On July 29, 2014, the municipal news agency reported the number of participants in the public inquiries held to discuss the draft Annual Budget Law ("*Lei Orçamentária Anual*" - LOA) for 2015 with the population. In total, 1,004 suggestions were received from attendants, 263 others were received through Call Center 156 (by telephone), and 4,218 suggestions submitted online were recorded. The electronic communication channels of the City of Curitiba – Call Center 156, Facebook, and Twitter – recorded 443,000 citizen participations.

*Useful information and services* – Fields 10, 11, 12, and 26 feature daily reports on weather forecasts, bus schedules, and traffic bulletins. Cultural, sports, and leisure programming of the municipality regions may be accessed using the

link (field 25), which provides access to another page listing the dates, schedules, activities, venues, and contact telephone numbers for obtaining further information.

*News and images* – The news area is presented in different ways, with text, image, video, and audio resources (fields 14, 17, 18, 19, 20, 21, and 23). A term precedes each news title, enabling the reader to identify the related topic. Another page is opened by selecting a news piece (News Agency of the City of Curitiba), the full content of which is provided, with the options available to share stories on various social networks, email them, or print them. Users may receive email newsletters or find previously published news. Users also have access to a list of issues compiling news concerning various categories, for example, garbage collection, media, public procurement, accessibility, Call Center 156, the 2014 FIFA World Cup (soccer), education, sports, taxes (for example, urban property tax (*imposto predial e territorial urbano – IPTU*)), expressway (*linha verde*), environment, subways, construction, health, transparency, *tourism*, and *the URBS (Urbanização de Curitiba S.A. – a mixed economy company that controls public transport system in Curitiba)*. The available images are news clippings, enabling users to search for particular text using the images. In 2016, a note of acknowledgment to the municipality on its receiving national and international distinctions, awards, and rankings was published on the website, and those related to the field of governance are outlined in Table 3.

*Links to another website or specific page* – Terms enabling forwarding to specific topics – for example, “Curitiba,” “News,” “Transparency,” “Departments and bodies,” “Municipal sites” and “Useful links”; or terms targeted to specific groups: “citizen,” “corporation,” “civic servant,” “investor,” and “tourist” – are highlighted in three positions on the municipal portal (fields 13, 15, 22 and 24). The terms and



forwarding to other pages within the portal or to other websites are outlined in Table 4.

Table 3 – Awards received by the City of Curitiba in the field of governance in 2015.

<b>Awards</b>	<b>Assessment criteria</b>	<b>Organization</b>
<b>Best Brazilian City (1<sup>st</sup> place)</b>	212 indicators related to social, economic, fiscal, and digital areas, focusing on equal opportunities for city dwellers	Austin Rating and Isto É magazine 5,565 Brazilian municipalities
<b>Connected Smart Cities – best governance</b>	11 indicators	Exame magazine, in partnership with Urban Systems Consulting 700 Brazilian cities
<b>Transparent City Indicators (2<sup>nd</sup> place)</b>	129 key questions about the quality of the information channels and the functioning of social participation mechanisms	Ethos Institute Brazilian state capitals
<b>Transparent Brazil Scale Index (2<sup>nd</sup> place)</b>	Enactment of the Access Law and effective existence and activities of the Citizens Information Service	Comptroller General of Brazil (Controladoria-Geral da União - CGU)
<b>Open data policy (12<sup>th</sup> place)</b>	Group of “civic hackers” performing constant assessment	Code for America Approximately 100 municipal administrations worldwide

Source: <http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/curitiba-acumula-distincoes-em-25-premios-de-relevancia-nacional-e-internacional-desde-2014/38186>

Table 4 – Terms highlighted on the portal for forwarding: Curitiba, 2015.

	<b>TERM</b>	<b>FORWARDING OF A WEBPAGE OR SITE</b>
<b>SPECIFIC TOPICS</b>	Curitiba	Introduction to the City of Curitiba
	News	Curitiba News Agency
	Transparency	Transparency Portal
	Departments and bodies	Provides access to a screen listing all of the Municipal Departments and Bodies (including the Municipal Department of Health), wherein the hyperlink to each department or body may be accessed, with specific information, including: mission, management team data, physical and email addresses, manuals and protocols, with general information on equipment and services in general
	City of Curitiba sites	Provides access to a screen listing hyperlinks to websites of municipal services or bodies complementing other municipal departments and bodies
	Useful links	Provides access to a screen listing hyperlinks to the websites of public institutions of the executive, legislative, and judicial powers
<b>SPECIFIC GROUPS</b>	Citizen/ Citizen services	Curitiba Services Portal – Citizen, comprising 26 blocks of municipal services for citizens regarding nutrition, citizenship, public procurement, culture, education, construction, funeral services, and transportation, among others
	Corporation/ Corporate services	Curitiba Services Portal – Corporation, comprising 26 blocks of municipal services for corporations regarding nutrition, certificate issuance, social assistance, training, taxes and fees, bids, and “my business,” among others
	Civic servant	Municipal Administration Portal: with login and password access
	Investor	Curitiba Agency, which provides information to foster economic activities in the city

---

Tourism	Site of the Municipal Institute of Tourism of Curitiba, with specific contents for tourists
---------	---

---

*Specific headlines* – These are icons with independent contents (fields 16, 28, 29, and 31), which forward to another webpage with further information on a specific topic. The following items were found: (i) Master Plan of Curitiba (“*Plano Diretor de Curitiba*”): an invitation to collaborate in reviewing the master plan of the city; (ii) Sponsors Registration (“*Cadastro de Patrocinadores*”) – public call for individuals or corporations to sponsor events, promotions, initiatives, and public administration activities; (iii) Request for Tenders (“*Chamamento Público*”): a call for service companies; (iv) “Meet the good invoice” (“*Conheça o boa nota fiscal*”): containing a register enabling individuals or corporations to receive rebates on some municipal taxes; (v) “Follow the bids at the City of Curitiba” (“*Acompanhe as licitações da Prefeitura*”), which provides instructions on how to monitor the procurement process; and (vi) Curitiba subway bidding (“*Licitação do metrô de Curitiba*”), which provides information and instructions on how to monitor this process.

The web portal of the City of Curitiba also provides specific information on health, which may be accessed using the link “Departments and bodies.” On the webpage of the Municipal Department of Health, the contents are divided into two sections: “Institutional” and “Information.” The “Institutional” section introduces the mission of the municipal public health system, the names and résumés of the director of the health department and the board of directors, and the means of communicating with them (through physical and virtual addresses and the telephone). Users may also access specific health news in this section in addition to lists of (i) health facilities and (ii) health services.

The list of facilities (i) includes administrative centers, including policy planning, the health surveillance team (health and epidemiological), management and monitoring of primary (basic health units), secondary (medical specialty centers), and tertiary (hospitals) healthcare centers. Each facility includes information on its area of operation, address, and telephone number. The list of healthcare services (ii) is mainly related to health surveillance, with instructions on health surveillance requirements, but also guidelines on the mandatory reporting of some diseases, pest control in homes, or bat control. Finally, this group also contains the health ombudsman service, which users may contact by telephone (free call), or by physical or virtual address.

The “Information” section (Table 5) outlines six items that form part of the two main portals— Health Portal and Paraná State Foundation of Specialized Healthcare Portal (*Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde – FEAES*), described below. The Health Portal provides information on the history, the current board of directors, and management guidelines. The quadrennial municipal master plans and annual management reports have also been available, since 2002, defined as “strategic management processes of the public healthcare,” constructed through situational diagnosis of the municipality, initiative planning, and monitoring and assessment methods. The network of services, listed or plotted on the city map, and the ombudsman service may also be accessed in this field.

The Health Portal details the healthcare policy, describing each level of complexity, diagnostic resources, drug assistance programs, and Primary Healthcare structure, including the types of care and services provided. There are three groups of surveillance: epidemiological, health and environmental surveillance. Epidemiological newsletters have been published from 2004 to 2015,

including, for example, Curitiba HIV/AIDS newsletters and guidelines and monitoring of diseases and conditions of which notification is mandatory, complete with tables of the frequency of confirmed notifications. Health surveillance has general information on activities, programs, and specific laws and guidelines regarding the requirements of health permits for establishments. The environmental surveillance contents (zoonosis and vectors, water, and air quality, among others) indicate the industry functions and how regulations are established in urban and collective spaces, with a specific program to combat dengue.

Table 5 – Items retrieved from the Information section of the Paraná State Department of Health webpage: Curitiba, 2015.

<b>INFORMATION</b>	
<b>Health Portal</b>	Health Portal
<b>Municipal Health Council</b>	
<b>Curitiba HIV/AIDS Newsletter</b>	
<b>Curitiba against <i>Aedes aegypti</i></b> (the mosquito is a vector for transmitting several tropical fevers)	
<b>FEAES Portal</b>	FEAES Portal - Paraná State Foundation of Specialized Healthcare Portal
<b>Virtual Tour of the Hospital for the Elderly</b>	

Community participation in the healthcare system decisions, achieved through the Brazilian health reform, brings issues to the Municipal Health Council.

The composition and functions of the collegial body; the names of the members of the legislative steering committee; laws and regulations; and the schedule of meetings, agendas, and respective minutes are shown. Documents related to the health conferences already held – from regulations to final reports – and copies of the Municipal Health Council Gazette are available online. The possibility to contact the municipal council by physical and virtual address or by telephone is also indicated on the webpage.

The structure, legal framework, mission, laws, statutes, directors, and members of the oversight board are available online through the FEAES web portal, which outlines the programs, services, and healthcare centers, highlighting the partnership policy between the FEAES and the Paraná State Department of Health. Other administrative issues may be found: people management, bidding processes, contracts and public-private partnership agreements, internal control organization, financial and economic management, and assessment of contract management goals. The possibility to contact the municipal council through online messaging is also indicated on the webpage.

## **Discussion and Conclusion**

Governance principles have been identified in the study, mainly the principle of transparency, present in the categories: Direct communication with the citizen, Useful information and services, Links to other sites, and the "Institutional" on Health Secretariat page. Accountability was perceived in the category Specific calls, such as the Master Plan, Know the good invoice, Follow the biddings of the City. Already the principle of Integrity was identified in the Health Portal, with the presentation of the health care policy of the municipality.

On the e-government webpage of Curitiba, including in the Transparency Portal and in Access to Information the instruments enable citizens to assess and analyze already available contents (budgets, expenditures, balance sheets, accountability pursuant to the Fiscal Responsibility Law, government plans, purchasing and procurement) or to request any further information. The instruments are directly shown on the webpage, which allows messages to be sent to a specific sector, thereby highlighting managerial efforts to communicate with transparency and accountability.

Accordingly, E-government has been regarded as a paradigm shift in government management. Its application to public administration may improve the services and information provided, simplify institutional processes, and facilitate the development of communication channels that allow increasing transparency and citizen participation (CARNEIRO; MENICUCCI, 2011).

Pursuant to the Constitution of 1988, which introduced several key elements of institutional stability – including democratization of the state, management decentralization to states and municipalities, and civil service reform, these tools support the principle of transparency and promote institutional dialogue with citizens. Focus on the republican principles of legality and accountability and the strengthening of external auditing capacities of the public administration (for example, the role of the Public Ministry) contributed to increasing the oversight of the government. Political, financial, and administrative decentralization enabled increased participation and innovations in the field of public management, taking into consideration the reality and promising local context. Civil service reform was driven by the principle of meritocratic and universal selection, embodied by public tender, thereby professionalizing bureaucracy (ABRÚCIO, 2007).

The 2014 Master Plan Review (Plano Diretor Revisão, 2014) – available online on the Curitiba webpage– enables citizens to access legal documents memorializing this project, urban instruments, and regional and sector plans, which are required by law to be reviewed every decade. This review occurred in the city in a decentralized manner and even more people were invited to participate after this face-to-face process. It is possible to access documents, send comments using an online form, and assess the schedule of meetings and events related to a particular topic. The principle of Integrity is observed using the hyperlink “Municipal Departments and Bodies and Sites” (“*Secretarias e Órgãos e Sites*”), wherein each municipal office provides information on the manager, general rules, processes, and specificities.

However, the literature indicates the need to assess if this communication expansion is capable of promoting public value, generating social capital and encouraging civil engagement, and enabling coordination between public and private stakeholders, social inclusion, and responsibility sharing, which are key roles in public management (MATIAS-PEREIRA, 2010).

A study assessing the portal of a federal government body indicated that the information provided and the way it was used were perceived to fall short of the principles of motivation and interactivity. The authors associated this fact with the behavior of public authorities in avoiding overexposure online, failing to provide explanations for their motivations and principles in decision-making, or to encourage citizen participation and interaction (SILVA et al., 2011).

The presence of a high number and wide variety of news articles, broadcasted in various ways and easily accessed, is noticeable within the portal. The text is usually contained within one page and is always accompanied by



images. Although they may also be considered good examples of the principle of transparency, we must assess how this information is conveyed. A study aimed at analyzing the use of news in two city websites Natal and Mossoró, assessing if they were guided by the administrative principle of impersonality, disclosing, and assigning public acts to the institution and not the manager, who is a temporary representative of the people, as provided by the Federal Constitution, in Article 37. The assessment showed a high rate of news characterized as political marketing, thus proving that patrimonial practices still persist in some societies (FERNANDES; SILVA, 2012).

The Paraná State Department of Health webpage includes content specific to health information and a link to another web portal – Health Portal (<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/>) – which provides further information on guidelines and normative instructions, among others. Management reports, including periodic reporting pursuant to specific legislation and approved by the Municipal Health Council, are also found within this web portal, thus reflecting the organizational guidelines of the SUS. The SUS is becoming increasingly decentralized (PAIM; TEIXEIRA, 2006), driven by the funding rules of the Ministry of Health. This scenario redefines the responsibilities of municipalities, states, and federal Government. In general, the expansion of Primary Healthcare through Family Health teams (EDWARD; KORNIS; MAIA, 2011), the incorporation of other professional categories, and an increase in epidemiological and health surveillance initiatives (SIQUEIRA, 2013) has occurred in municipalities. These initiatives bring new challenges to healthcare professionals and managers in the sense of organizing and licensing health initiatives.

In this context, the administrative model should not become an obstacle to the necessary development of new management models and forms of relationship between the various levels of government, aiming to improve management efficiency (CHERCHIGLIA; DALLARI, 1999). Law 8.142/90, which provides for community participation in SUS management, may be accessed in through the Curitiba Health Portal and includes details concerning the structure and composition of the Council and Municipal Health Conferences in addition to the schedules and minutes of meetings held and further relevant information. These instruments are related to the principles of transparency and accountability.

Another conclusion may be drawn regarding the reach of the available information: Curitiba has placed highly in terms of digital technology, transparency, governance assessments, and rankings (Table 3), thus indicating that information technology resources are applied to the management of the city; however, the evaluation of the degree of digital inclusion is more inaccurate, given the complexity of social, cultural, and political arrangements (FIGUEIREDO et al., 2013). Although navigation resources are available through the web portal, user profiles and whether they have experience in information technology tools are unknown. One of the main findings of a research study focused on profiling the users of an e-government web portal (who they are/ why are they accessing the portal/ for what do they search) showed that the studied website was more useful for politicians than for common citizens. Nonetheless, common citizens show interest in participating, contacting, and interacting with political stakeholders (STABILE, 2012).

In the specific case of health, questions related to Law 8.142, which guides the logic of Social Control, are not directly available; a hyperlink to another portal

must be clicked, which may hinder access. Furthermore, it must be checked whether the available information only aims to report on the context of participation already established as a means of social control (accountability) or transcends this basic objective by also aiming to stimulate communication with the interested parties (stakeholders), or even encourage increased community participation through the web portal (transparency). The home page of the Health Council discloses the concept, structure, and operation of the collegiate body, albeit without instructions regarding the possibility of including new participants. The schedule, location, minutes, and agendas of regular meetings are indicated, albeit without instructions regarding the possibility of including further citizens.

Social Control is considered a participatory institution that operates in power-sharing processes: in essence, it is formed by the state and civil society stakeholders being simultaneously involved in participative decision-making. This arrangement is determined by law, imposes sanctions in cases of non-implementation, and depends on the existence of an organized civil society and the political will of rulers. The success of participative processes is related not only to institutional design but also to how institutional design, civil society organization, and political will to implement participative designs is articulated (AVRITZER, 2008).

Furthermore, although Social Control is considered a successful example of the participatory decision-making process, some operational problems have been reported in the literature, including interest groups against the common good; asymmetry of power, which maintains the dominance of managers who hold the power of agents; or debates in a technical, apolitical language (ESCOREL, 2013).

In the present case, the web portal is only the effect of institutional design and not the cause of increased or decreased public governance.

Documents providing information on public accounting transparency are difficult for lay people to understand. The Transparency Portal includes a disclosure statement on the home page, indicating the use of language consistent with budgeting and accounting regulations and proposing future approaches towards overcoming “the tedious jargon of accounting numbers.” The authors of a study on budget reports of seven transparency web portals from Santa Catarina suggested using standardized design and nomenclature to facilitate the understanding and transparency of fiscal management (PERES; RAMOS, 2013).

The present study aimed to observe public governance in the context of a large city using electronic communication channels. The following study caveats should be noted: insufficient time period and exploratory methodology, and insufficient collection of evidence, albeit that the study makes an important contribution to stimulate further research on this subject.

Finally, the importance of identifying the principles of public governance, which may shift the balance in the principal-agent relationship of citizens and rulers/managers/public servants, is emphasized. However, continuous efforts from all parties committed to the common good are necessary for this to happen.

## References

ABRÚCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, n. Edição Especial Comemorativa, p. 67–86, 2007.

ABRÚCIO, F. L. Três agendas , seus resultados e um desafio: balanço recente da administração pública federal brasileira. **Desigualdade & Diversidade**,

n. Dossiê Especial, p. 119–142, 2011.

AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Opinião Pública**, v. 14, n. 1, p. 43–64, 2008.

BERWIG, C. A.; GODOI, E. **A polidez nas interações telefônicas institucionais** Curitiba: IMAP, 2009. Disponível em: <[http://www.imap.curitiba.pr.gov.br/wp-content/uploads/2014/03/A\\_polidez\\_nas\\_interacoes\\_telefonicas\\_institucionais.pdf](http://www.imap.curitiba.pr.gov.br/wp-content/uploads/2014/03/A_polidez_nas_interacoes_telefonicas_institucionais.pdf)>

BOUBAKRI, N.; COSSET, J. C.; GUEDHAMI, O. Postprivatization corporate governance: The role of ownership structure and investor protection. **Journal of Financial Economics**, v. 76, n. 2, p. 369–399, May 2005.

BRESSER PEREIRA, L. C. **A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle**. Brasília: Cadernos MARE da Reforma do Estado, 1997.

CARNEIRO, R.; MENICUCCI, T. M. G. **Gestão Pública no século XXI: as reformas pendentes** Brasília: IPEA, 2011.

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. **Revista de Administração Pública**, v. 33, n. 5, p. 65–84, 1999.

EDWARD, G.; KORNIS, M.; MAIA, L. S. Saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 197–215, 2011.

EISENHARDT, K. M. Teoria da Agência: Uma Avaliação e Revisão. **Revista de Governança Corporativa**, v. 2, n. 1, p. 1–36, 2015.

SCOREL, S. Efetivar a reforma sanitária por meio da participação social. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927–1953, 2013.

FENIANOS, E. **Almanaque Kur Yt Yba**. Curitiba: Univer Cidade, 2006.

FERNANDES, A. S. DE A.; SILVA, É. R. M. DA. **Comunicação pública e marketing político na Administração Pública: estudo dos casos da utilização dos sites das prefeituras de Natal e Mossoró** V Congresso de Gestão Pública. **Anais...** Brasília, DF, junho, 2012: 2012

FIGUEIREDO, F. D. C. et al. O índice Brasil de cidades digitais por um viés

sócio-construtivista: análise da segunda colocada - Curitiba / PR. **Encontros Nacionais da Anpur**, v. 15, p. 1–16, 2013.

FREY, K. Governança Urbana e Participação Pública. **RAC-Eletrônica**, v. 1, n. 1, p. 136–150, 2007.

HART, O. Corporate Governance: Some Theory and Implications. **The Economic Journal**, v. 430, p. 678–689, 1995.

**IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410690>>.

Acesso em: 9 feb. 2016.

MARCELLI, S. **Governança no Setor Público: diagnóstico das práticas de gestão da polícia federal à luz do estudo 13 do PSC/IFAC**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas- Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, 2013.

MATIAS-PEREIRA, J. A Governança corporativa aplicada no setor público brasileiro. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 2, n. 1, p. 109–134, 2010.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Assessing the building process of health promotion public policies: the experience of Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 627–641, 2004.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–97, 21 May 2011.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. Esp, p. 73–78, 2006.

PERES, F.; RAMOS, I. DA S. Finanças Públicas e Accountability: um estudo dos relatórios orçamentários nos portais de transparência de Santa Catarina. **Coleção Gestão Pública**, v. 1, p. 145–173, 2013.

RAUPP, F. M.; PINHO, J. A. G. DE. Construindo a accountability em portais eletrônicos de câmaras municipais: um estudo de caso em Santa Catarina. **Cadernos Ebape.BR**, v. 9, n. 1, p. 116–138, 2011.

REZENDE, D. A. **Sistemas de Informações Organizacionais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 347–369, 2009.

SERAFIM, E.; QUELLAS, O. L. G.; ALLEDI, C. **Histórico e fundamentos**

**da governança corporativa - contribuições para a sustentabilidade das organizações** VI Congresso Nacional de Excelência em Gestão. **Anais...**Niterói RJ, agosto 2010: 2010

SILVA, H. B. F. DA et al. **Avaliação da transparência pública no portal do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação** 2ª Conferência do Desenvolvimento CODE/Ipea 2011. **Anais...**Brasília DF, novembro 2011: IPEA, 2011Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area9/area9-artigo20.pdf>>

SILVA, S. S. DA; SOUSA, A. R. DE; LEITE, E. T. Conflito de agência em organizações cooperativas: um ensaio teórico. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, v. 13, n. 1, p. 63–76, 2011.

SIQUEIRA, J. E. DE. 25 anos do SUS: o que há para comemorar? **O mundo da Saúde**, v. 37, n. 1, p. 56–64, 2013.

SLOMSKI, V. et al. **Governança Corporativa e governança na gestão pública**. São Paulo: Atlas, 2008.

STABILE, M. **Democracia eletrônica para quem? quem são, o que querem e como os cidadãos avaliam o portal da Câmara dos Deputados**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12516/1/2012\\_MaxStabileMendes.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12516/1/2012_MaxStabileMendes.pdf)>.

VIEIRA, C. H. DE L.; POSSATI, G. R. J. **Governança no setor público voltada para resultados: Implantação e avaliação de indicadores de governança** 10º Congresso Brasileiro de Gestão do Conhecimento. **Anais...**São Paulo, outubro 2011: 2011Disponível em: <<http://www.sbgc.org.br/kmbrasil2011/anais/pdf/RT77.pdf>>

## **ARTIGO TRÊS**

### **TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**



## **Resumo**

Decisões na saúde abrangem escolhas clínicas, coletivas e administrativas. Apesar da informação ser considerada fundamental, as decisões não são vistas como atitudes puramente racionais, mas fruto de aspectos materiais e não materiais, expectativas individuais/coletivas, sob a lógica de sistemas complexos. Objetivos: reconhecer as formas de circulação da informação e tomada de decisão em saúde do médico (M), cirurgião-dentista (CD) e gestor local (GL) e interações, no contexto da Atenção Primária, Curitiba, PR. Método: pesquisa transversal, quantitativa, utilizando instrumento autoaplicável em 107 unidades de saúde (com parecer aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa). Obteve-se retorno de 361 questionários, sendo as taxas de resposta: M 29,2%, CD 54,7% e GL 51,4%. O estudo revelou expressivo acesso à informação (GL 100%, M e CD 84,8%), propagado principalmente por meio de capacitações, protocolos, reuniões e e-mails, no caso dos gestores. Verificou-se certa predominância da lógica racional-cartesiana nas decisões, porém com variações relacionadas ao modelo de unidade de saúde, tempo de inserção no serviço e categoria profissional. Faz-se necessário estimular o ambiente institucional para incentivar a reflexão da informação e momentos de compreensão para o tomador de decisão, equilibrar as influências e variar mais nos recursos utilizados nas decisões.

**Palavras-chave:** tomada de decisão; saúde; informação

## **Abstract**

Decisions in health are about clinical, collective and administrative choices. Although information is considered fundamental, decisions are not seen as purely rational attitudes, but are fruit of material and not material aspects, individual / collective expectations, under complex systems. Objectives: To recognize the arrangements for information circulation and decision-making in the health, among physicians (P), dental surgeons (DS) and local managers (LM) and interactions, in the Primary Health Care Public context of Curitiba, PR. Method: A cross-sectional, quantitative study using a self-administered instrument in 107 health centers, with Ethical and Research Committee approval. A total of 361 questionnaires were returned, response rates were P 29.2%, DS 54.7% and LM 51.4% The study revealed significant access to information (LM 100%, P and DS 84.8%), propagated mainly through training, protocols, meetings and e-mails, in the case of managers. There is a certain predominance of rational-Cartesian logic in decisions, but with variations related to the model of health center, time of insertion in the service and professional category. It is necessary to stimulate the institutional environment to encourage the reflection of information and moments of understanding for the decision maker, balance the influences and vary more in the resources used in the decisions.

**Keywords:** decision-making; health; information

## **Introdução**

A tomada de decisão na área da saúde, seja esta individual ou coletiva, abrange escolhas intrasetoriais tais como as decisões clínicas e administrativas, ou intersetoriais como aquelas afetas à Promoção da Saúde em um território onde atuam várias políticas. Compreende a gestão da clínica, de pessoas, materiais, aspectos financeiros, dentre outras. Envolve a escolha de modelos de atenção à saúde, estrutura física, logística e processos de trabalho, sob imperativos éticos e normatividades da moral na esfera pública: sigilo, direitos do “paciente” (cidadãos atendidos), continuidade do cuidado, intervenções conhecidas e consolidadas ou inovadoras, além do desafio em equilibrar, sob o prisma da equidade, as necessidades e demandas efetivas com serviços, tecnologias e recursos que, em geral, são limitados (DUSSALT, 1992).

Para que tudo isto ocorra, acesso à informação é crucial. A qualidade da informação disponível é fundamental para a tomada de decisões, independentemente do modelo de atenção ou forma de organização de um sistema de saúde (GÓES; MOYSÉS, 2012). Informações epidemiológicas, financeiro-orçamentárias, legais, normativas, socioeconômicas, demográficas e sobre recursos físicos e humanos permitem compreender como os serviços e ações em saúde estão se desenvolvendo, além da situação de saúde da população em si. A demanda crescente por informações mais refinadas em saúde aumenta a complexidade de sua produção e os desafios inerentes a sua utilização, para formar o repertório que subsidie a tomada de decisões (BRASIL, 2004).

De modo geral, entende-se que a informação seja a interpretação ou o significado atribuído aos dados brutos referentes a um determinado tema. Sob a ótica da micropolítica do trabalho em saúde, alguns autores (ARAÚJO, 1999;

FERLA; CECCIM; ALBA, 2012) afirmam que a informação contém os valores dos sujeitos envolvidos, que interferem na implementação dos processos. Destarte, o processo decisório não poderia ser tomado somente como uma atitude puramente racional, derivada de conceitos e teorias com validade universal, mas fruto de aspectos materiais e não materiais, expectativas individuais e coletivas, sistemas complexos (instáveis), inteligência emocional, entre outros. O desenvolvimento no entendimento dos processos decisórios transita desde a teoria clássica da administração, de Taylor, confrontada pela teoria de Simon, sob a lógica do *behaviorismo* e, atualmente, cada vez mais reconhece as limitações materiais, emocionais, informacionais, ou seja, toda a ordem de condicionamentos contextualizados a partir da teoria dos sistemas complexos (CARVALHO; PEDROZO, 2010).

Simon representa a Teoria da Racionalidade Limitada, a qual elege o “homem administrativo” em contraposição ao “homem econômico”, de Taylor; esse sofre limitações em identificar todas as opções possíveis e estabelecer critérios robustos para aperfeiçoar suas decisões (no sentido de obter lucros financeiros), o que o faz tomar decisões que atendam a padrões mínimos de satisfação (aproximação satisfatória) e nunca de otimização (SIMON, 1970).

As novas configurações de realidades caracterizadas por sistemas complexos vêm exigindo novos aprendizados, por exemplo, compreender que estados de “não equilíbrio”, de “entropia” e de incertezas podem ser coerentes ao seu modo, estabelecendo estruturas e padrões múltiplos os quais permitiriam decodificar melhor conjuntos inteiros. Edgar Morin (2006), no campo das ciências sociais e humanas, vem contribuindo para o entendimento da aparente “desordem” em sistemas complexos, explicando que as atividades cognitivas cotidianas

funcionam baseadas no intercâmbio das fases de explicação/compreensão; porém, não apenas de uma maneira racional ou científica, mas participando de todos os modos do conhecimento dos fenômenos humanos: material, científico e sociológico, psicológico, ou ainda intuitivo.

O “rationale” fornecido por Morin é importante na fundamentação teórica deste texto. A explicação é um processo abstrato de demonstrações realizadas logicamente, a partir de dados objetivos, em virtude de necessidades causais materiais, formais e/ou em virtude de uma adequação a estruturas ou modelos. Explicar é situar um objeto ou um acontecimento em relação a sua origem ou modo de produção, partes ou elementos constitutivos, utilidade, finalidade e o posicionar em uma causalidade determinista e ordem coerente. A compreensão, por outro lado, move-se principalmente sob as esferas do concreto introjetado, do analógico, da intuição global e do subjetivo. Assimila-se em função de transferências projetadas/reconhecidas/identificadas. De tal modo que isto sinaliza para a captação dos significados existenciais de uma situação ou fenômeno dado (MORIN, 2015).

Com base na problematização apresentada, o presente estudo pretende reconhecer as formas de circulação da informação e os processos de tomada de decisão em saúde do médico, cirurgião dentista e gestor local da Atenção Primária à Saúde e suas possíveis interações, no contexto da saúde pública em uma capital do Sul do Brasil.

## **Método**

Pesquisa observacional, transversal e de natureza quantitativa, tomando como conjunto amostral 100% dos profissionais médicos, cirurgiões-dentistas e

gestores locais que atuam nas Unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Curitiba-PR. O projeto teve aprovação nos Comitês de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (parecer nº 575.340) e Secretaria Municipal de Saúde (nº 18/2014) de Curitiba e os profissionais responderam o questionário após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O contexto da pesquisa foi a Atenção Primária da capital do Paraná, formada por 66 unidades de saúde que trabalham sob o enfoque da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 41 que não trabalham no modelo ESF; além destas, há unidades de pronto atendimento, centros de atenção psicossocial, centros de especialidades médicas e odontológicas, entre outros equipamentos (CURITIBA, 2016a).

Os instrumentos de coleta de dados, estruturados e autoaplicáveis, continham questões introdutórias relacionadas à formação dos profissionais, sua inserção no sistema municipal público de saúde e como percebiam o acesso e circulação de informação em seu ambiente de trabalho. Com relação à tomada de decisão, foram elencadas três situações no instrumento: um cenário de decisão do atendimento clínico apenas para médicos e dentistas; outro de ações de Promoção da Saúde; e um terceiro, para os gestores, relacionado à decisão de ações administrativas; todos com opções de respostas relacionadas às etapas de compreensão e explicação, segundo a teoria de Morin (2015), introdutoriamente referida.

Sendo assim, os aspectos apresentados no questionário para o momento da explicação foram associados ao raciocínio lógico, à graduação, orientações institucionais (oficiais) e informação obtida sob diversas formas: (i) capacitações,

livros, artigos científicos, sites da internet, (ii) protocolos, diretrizes, procedimentos operacionais padrão, manuais, (iii) reuniões ou discussões de grupo. Por outro lado, a compreensão, analógica e mais subjetiva, foi associada, no questionário, ao acúmulo de experiência e habilidade, à busca por experiências já vivenciadas (analogia a casos semelhantes), informação originada de forma não científica (contato com colega, desejo do envolvido), de forma intuitiva e criativa.

Os instrumentos foram entregues, em mãos, aos 55 gestores locais das nove regionais, em reuniões gerenciais de rotina, para serem encaminhados aos demais profissionais da pesquisa (166 CD e 140 M), das 107 Unidades básicas de Saúde. O retorno dos questionários foi considerado sob a lógica das macrorregiões sanitárias da cidade: norte, oeste e sul, cada uma formada por três Distritos Sanitários.

Aos profissionais médicos e dentistas foram realizadas novas chamadas (*recalls*), fazendo contato com os profissionais por telefone da Unidade de Saúde, redes sociais e presença nos locais de trabalho. Após obtenção de informações do Núcleo de Recursos Humanos da instituição, a taxa de resposta de médicos e dentistas foi então ajustada, descontando o número de profissionais que tiveram afastamento (licença para tratamento de saúde – LTS, e licença prêmio - LP) maior que vinte dias, no intervalo de tempo de junho a dezembro de 2014, que foi o período da pesquisa de campo. Considerando a amostragem de proporções, com nível de confiança de 95% e admitindo a proporção máxima de casos favoráveis para qualquer variável do instrumento de pesquisa de 50% ( $p=q=0,5$ ), os erros máximos de amostragem resultaram em: médicos - 7,14%, dentistas - 5,60% e gestores locais - 9,30%.

Os dez primeiros questionários de cada grupo de profissionais foram examinados no intuito de identificar possíveis inconformidades nas respostas. Os dados foram tabulados e analisados nos programas Excel e SPSS 20. Inicialmente de forma exploratória, univariada, a fim de verificar a consistência das variáveis e o padrão de distribuição das respostas. Após esta fase, algumas variáveis foram dicotomizadas, com o objetivo de encontrar associações entre elas. Foi utilizado o teste Qui-quadrado para variáveis categóricas e Teste T para a comparação de médias.

## **Resultados**

Obteve-se o retorno de 361 questionários, sendo: 140 de médicos (M), 166 de cirurgiões dentistas (CD) e 55 de gestores locais (GL) e, após os ajustes relacionados a médicos e dentistas, considerando afastamentos legais do trabalho, a pesquisa de campo finalizou com taxas de resposta de 29,2%, 54,7% e 51,4% respectivamente (tabela 1).

Houve participação de profissionais de todas as macrorregiões do município, sendo que a variação entre o percentual mínimo e máximo de cada categoria não ultrapassou 20%. A distribuição das respostas nas macrorregiões norte, oeste e sul foi: M – 28%, 28% e 33%, CD – 46%, 65% e 53% e GL – 50%, 58% e 46%, respectivamente.



Tabela 1 – Taxa de resposta dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas, após novas chamadas e desconto dos afastamentos por LTS e LP (mais de 20 dias); Curitiba, 2014.

<b>Grupo profissional</b>	<b>N° total de profissionais na APS</b>	<b>N° de questionários respondidos</b>	<b>Taxa de resposta</b>	<b>Ajuste (desconto LTS e LP)</b>	<b>Taxa de resposta final</b>
	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		<b>%</b>
<b>Médicos</b>	542	140	25,8	74 profissionais	<b>29,9</b>
<b>Dentistas</b>	361	166	45,9	58 profissionais	<b>54,7</b>
<b>Gestores Locais</b>	107	55	51,4	----	<b>51,4</b>
<b>Total</b>	1010	<b>361</b>			

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Em relação à categoria profissional dos gestores locais, 74% se identificaram como enfermeiros, seguido de cirurgiões-dentistas (14%) e as demais categorias (farmacêutico, psicólogo, médico e educador físico) que, juntas, somaram 12%. Posteriormente, esta variável foi dicotomizada em categoria de enfermeiros e não enfermeiros, para a análise bivariada.

A tabela 2 apresenta as características de todos os profissionais: nos três grupos a maioria é do sexo feminino, sendo que entre gestores locais os homens representam pouco menos de 10%; entre os dentistas há uma relação próxima de um quarto e somente na categoria de médicos existe maior equilíbrio entre homens (45,7%) e mulheres (54,3%).

Tabela 2 – Perfil dos profissionais pesquisados; Curitiba, 2014.

	<b>MÉDICOS</b>	<b>DENTISTAS</b>	<b>GESTORES</b>
Mulheres – N (%)	76 (54,3%)	128 (77,1%)	50 (90,9%)
<b>Tempo médio</b> de graduação (anos)	16,4	20,3	14,6
<b>Tempo médio</b> de inserção no serviço (anos)	10,3	15,9	10,1
<b>Tempo médio</b> de gestão (anos)	-----	-----	4,5
Trabalha em US com ESF? (resposta afirmativa) – N (%)	83 (59,3%)	98 (59,0%)	-----
Fez especialização? (resposta afirmativa) – N (%)	124 (89,2%)	159 (95,8%)	54 (98,2%)
Fez mestrado? (resposta afirmativa) – N (%)	9 (6,5%)	12 (7,3%)	2 (3,6%)

Com referência ao tempo médio de formação e inserção no serviço público, médicos e gestores têm tempos similares, com dezesseis e quatorze anos de tempo de graduação e dez anos de inserção no serviço. Os dentistas revelaram maior tempo médio de formação e inserção no SUS, sendo de vinte e quinze anos, respectivamente. Praticamente 60% dos profissionais da área da Odontologia e Medicina pesquisados trabalham em unidades com o modelo ESF. Quanto a cursos de pós-graduação a maioria dos médicos, dentistas e gestores realizou aperfeiçoamento ou especialização (89,2%,95,8% e 98,2% respectivamente), porém este percentual diminui nos cursos de mestrado (6,5%, 7,3% e 3,6% respectivamente).

### *Circulação da Informação no serviço*

Informação em saúde, conforme apresentado na Introdução deste artigo, é um aspecto central no mundo do trabalho. Quanto ao acesso à informação relevante para a tomada de decisão, 100% dos gestores relataram que a recebem regularmente. Já 84,9% de médicos e dentistas referiram ter acesso à informação que auxilia nas decisões sob sua responsabilidade, sem diferenças significativas entre homens e mulheres e entre as categorias profissionais. No entanto, houve diferença de acesso à informação em relação ao modelo de Unidade de Saúde (US) na qual o profissional trabalha. Nas US com o modelo ESF, 89,4% dos profissionais relataram que recebem informação, contra 78,4% dos que estão em unidades sem ESF, com significância estatística (OR 2,3 /  $p=0,00$ ).

Em relação à circulação da informação (tabela 3), médicos e dentistas indicaram ter maior acesso por meio de capacitações, protocolos e reuniões na unidade de saúde cujas respostas, agrupadas, somaram 61,8%. Estas três categorias de resposta foram isoladas e ao serem cruzadas com as variáveis sexo, categoria profissional (dentista ou médico), fez pós-graduação (sim ou não), modelo de US (com ou sem ESF) e tempo de graduação e de inserção no serviço, resultaram em algumas associações significativas. Médicos indicaram receber 2,7 vezes mais informação a partir de protocolos (54,3%) do que dentistas (30,1%), OR=2,7 /  $p=0,00$ . Já no caso da informação obtida em reuniões nas unidades de saúde, a categoria médica teve menor acesso (34,3%) em relação à categoria odontológica (52,4%), OR= 0,4 /  $p=0,00$ ; houve também maior percepção da informação recebida em reuniões pelos profissionais com mais tempo de serviço ( $p=0,01$ ).

Tabela 3 – Distribuição das formas da informação, conforme a percepção dos profissionais; Curitiba, 2014.

	CAPACITAÇÕES	E-MAIL INSTITUCIONAL	ENCONTROS INFORMATIVOS COM COLEGAS	INFORMATIVOS IMPRESSOS	INTERNET	PROTOCOLOS	RELATÓRIOS DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	REUNIÕES GERENCIAIS	REUNIÕES NA UNIDADE DE SAÚDE	OUTROS	TOTAL
MÉDICOS E DENTISTAS	253	42	58	75	74	148	66	---	135	17	<b>868</b>
	<b>29,1%</b>	4,8%	6,7%	8,6%	8,5%	<b>17,1%</b>	7,6%	---	<b>15,6%</b>	2,0%	<b>100,0%</b>
GESTORES LOCAIS	25	44	5	12	9	15	14	49	8	1	<b>182</b>
	<b>13,7%</b>	<b>24,2%</b>	2,7%	6,6%	4,9%	8,2%	7,7%	<b>26,9%</b>	4,4%	0,5%	<b>100,0%</b>

Os gestores locais, por sua vez, também apontaram as capacitações como um meio da informação chegar até eles, porém as formas de maior impacto foram o e-mail institucional e as reuniões gerenciais. Neste caso, os três formatos de maior importância, segundo os gestores, totalizaram 64,8%. Também como procedimento da pesquisa, estas variáveis foram dicotomizadas e investigadas para verificar se havia diferenças entre sexo, categoria profissional (enfermeiro ou não enfermeiro), tempo de graduação, inserção no serviço e gestão. No geral, não houve diferenças na análise, a não ser relacionada às reuniões. Mais informação foi percebida pela categoria dos enfermeiros (95,1%) do que pelos não enfermeiros (71,4%) em reuniões gerenciais (OR 7,8/ p=0,02).

#### *Tomada de decisão*

Médicos e dentistas foram solicitados a citar situações em que geralmente tomam decisões no seu trabalho e as respostas, agrupadas em nuvens de palavras (utilizando o site de livre acesso [www.taqedo.com](http://www.taqedo.com)), resultaram na figura 1. Os termos mais frequentes sugerem maior proximidade com a decisão clínica, nas



medicamentos, dentre outros aspectos) foi direcionada apenas aos médicos e dentistas, assim como a decisão de ações administrativas (fluxos de encaminhamentos de pessoas, gestão de material, instrumental ou manutenção de equipamentos) foi dirigida apenas aos gestores locais. Quanto à decisão de ações coletivas (atividades de promoção da saúde, planejamento de ações para grupos na comunidade ou escolas, articulação com outros setores atuantes no mesmo território) foi solicitado que todos respondessem.

Houve variação nas escolhas, tanto entre os grupos quanto entre os tipos de decisão. Todos os itens que obtiveram um percentual de resposta acima de 10 (dez) foram classificados como destacadamente influentes. Foram dicotomizados e posteriormente relacionados a outras variáveis, para se verificar possíveis associações. Na tabela 4, a última coluna contém a soma das frequências, para que se possa verificar também a interferência geral do item nos diferentes tipos de decisão.

No geral, o aspecto “informação” independentemente de sua proveniência (capacitações, protocolos, reuniões), foi bastante considerada para se tomar decisões: a informação originada em capacitações teve maior impacto nas respostas dos médicos e dentistas; a informação obtida em reuniões só não teve grande influência na decisão clínica e a informação obtida em protocolos foi a única a ter impacto em todos os profissionais e tipos de decisão. A formação acadêmica influenciou basicamente a decisão clínica, respondida por médicos e dentistas, enquanto que as orientações institucionais tiveram maior impacto nos profissionais gestores.

Tabela 4 – Distribuição dos aspectos mais considerados nas tomadas de decisão clínica, administrativa e coletiva, segundo a perspectiva dos médicos e dentistas e dos gestores locais; Curitiba, 2014.

TIPOS DE DECISÃO										
	ASPECTOS MAIS CONSIDERADOS	CLÍNICA		COLETIVA				ADMINISTRATIVA		Soma
		MÉDICOS E DENTISTAS		MÉDICOS E DENTISTAS		GESTORES		GESTORES		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
MOMENTO DA COMPREENSÃO	Analogia a casos semelhantes	43	4,6%	25	2,8%	8	5,0%	7	4,3%	16,7%
	<b>Contato com colegas</b>	38	4,1%	48	5,4%	9	5,6%	<b>20</b>	<b>12,4%</b>	<b>27,5%</b>
	<b>Criatividade</b>	2	0,2%	72	8,1%	<b>17</b>	<b>10,6%</b>	1	0,6%	19,5%
	<b>Desejo do paciente/familiar</b>	60	6,5%	<b>123</b>	<b>13,8%</b>	7	4,3%	7	4,3%	28,9%
	<b>Experiência (clínica)</b>	<b>215</b>	<b>23,1%</b>	<b>92</b>	<b>10,3%</b>	6	3,7%	4	2,5%	39,6%
	Intuição	2	0,2%	3	0,3%	0	0,0%	1	0,6%	1,1%
	Habilidade técnica	66	7,1%	32	3,6%	15	9,3%	14	8,7%	28,7%
MOMENTO DA EXPLICAÇÃO	<b>Formação acadêmica</b>	<b>151</b>	<b>16,3%</b>	56	6,3%	7	4,3%	3	1,9%	28,8%
	<b>Informação_Capacitações</b>	<b>162</b>	<b>17,4%</b>	<b>98</b>	<b>11,0%</b>	11	6,8%	3	1,9%	37,1%
	<b>Informação_Protocolos</b>	<b>117</b>	<b>12,6%</b>	<b>129</b>	<b>14,5%</b>	<b>30</b>	<b>18,6%</b>	<b>40</b>	<b>24,8%</b>	<b>70,5%</b>
	<b>Informação_Reuniões</b>	18	1,9%	<b>102</b>	<b>11,5%</b>	<b>20</b>	<b>12,4%</b>	<b>20</b>	<b>12,4%</b>	<b>38,2%</b>
	<b>Orientações institucionais</b>	11	1,2%	75	8,4%	<b>25</b>	<b>15,5%</b>	<b>32</b>	<b>19,9%</b>	<b>45,0%</b>
	Raciocínio	41	4,4%	28	3,1%	4	2,5%	9	5,6%	15,6%
	Outros	3	0,3%	6	0,7%	2	1,2%	2	1,2%	3,4%
	<b>TOTAL</b>	<b>929</b>	<b>100,0%</b>	<b>889</b>	<b>100,0%</b>	<b>161</b>	<b>100,0%</b>	<b>163</b>	<b>100,0%</b>	<b>400,0%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

O aspecto experiência clínica foi referido de forma expressiva nas respostas dos médicos e dentistas, principalmente na tomada de decisão clínica. Considerar o desejo do paciente/ familiar foi observado apenas na decisão coletiva de médicos e dentistas, ao passo que criatividade e contato com colegas foram aspectos relacionados de forma mais expressiva somente às respostas dos gestores.

A partir do entendimento de Morin (2015), a respeito das atividades cognitivas cotidianas baseadas no intercâmbio da compreensão/explicação, é possível reexaminar as respostas dos profissionais. Desta forma é possível conceber que o momento de **compreensão na decisão clínica** foi uma atividade cognitiva influenciada basicamente pela experiência clínica (23,1%) e habilidade técnica (7,1%). Na **decisão coletiva**, a experiência clínica manteve a influência para médicos e dentistas, porém com menor intensidade (10,3%); entretanto, não foi considerada importante para os gestores (3,7%). Além da experiência, médicos e dentistas indicaram também o desejo do paciente (13,8%) e criatividade (8,1%); este último, o único item coincidente para a compreensão na tomada de decisão coletiva entre o grupo de médicos e dentistas e gestores (10,6%), que ainda apontaram a habilidade técnica (9,3%). Finalmente para a compreensão da tomada de **decisão administrativa** os gestores apontaram os itens: contato com os colegas (12,4%) e habilidade técnica (8,7%).

Quanto ao momento da **explicação**, em todos os tipos de decisão houve consideração do aspecto informação. A informação obtida em protocolos ficou acima de dez por cento em todas as respostas, que agrupadas, somaram 70,5% (em um total de 400%). Entre os tipos de decisão, a **decisão clínica** foi influenciada, além dos protocolos, pela formação acadêmica (16,3%) e informação vinda de capacitações (17,4%); enquanto que a **decisão administrativa** foi mais influenciada pelas informações obtidas em reuniões (12,4%) e orientações institucionais (19,9%). Nas considerações a respeito da **decisão coletiva** as respostas foram semelhantes: informação originada em protocolos, originada em reuniões e orientações institucionais somaram 46,5% para gestores e 34,4% para



médicos e dentistas, sendo que este grupo ainda fez uso da informação obtida em capacitações (11,0%).

#### *Influências na tomada de decisão*

Todos os itens considerados influentes nas tomadas de decisão (acima de dez por cento) foram dicotomizados e cruzados com as variáveis: sexo, categoria profissional, fez pós-graduação, modelo de US (com ou sem ESF), tempo de graduação e inserção no serviço (tabela 5). Dentre as possíveis influências verificou-se que o tempo de graduação e inserção no serviço impactaram na tomada de decisão de médicos e dentistas: a formação acadêmica e informação obtida em capacitações foram mais consideradas nas decisões clínicas, por parte dos profissionais com menor tempo de formação e de serviço. Por outro lado, a experiência (clínica) foi mais utilizada pelos profissionais com maior tempo de formação e inserção no serviço público, tanto nas decisões clínicas quanto coletivas. Gestores locais com menos tempo de inserção no serviço consideraram mais o contato, apoio de um colega para tomar uma decisão administrativa.

Tabela 5 – Fatores de influência nas tomadas de decisão; Curitiba, 2014.

<b>Modelo UBS</b>			<b>NÃO</b>		<b>SIM</b>		<b>Sig.</b>
			<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Decisão clínica	Considera experiência clínica	<i>com ESF</i>	64	35,40%	117	64,60%	0,01
		<i>sem ESF</i>	27	21,60%	98	78,40%	
	Considera formação acadêmica	<i>com ESF</i>	101	55,8%	80	44,2%	0,03
		<i>sem ESF</i>	54	43,2%	71	56,8%	
	Considera informação obtida por protocolos	<i>com ESF</i>	100	55,2%	81	44,8%	0,00
		<i>sem ESF</i>	89	71,2%	36	28,8%	
Decisão coletiva	Considera desejo do paciente/familiar/ envolvido	<i>com ESF</i>	99	54,7%	82	45,3%	0,03
		<i>sem ESF</i>	84	67,2%	41	32,8%	
<b>Categoria profissional</b>			<b>NÃO</b>		<b>SIM</b>		<b>Sig.</b>
			<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Decisão clínica	Considera experiência clínica	<i>Dentistas</i>	34	20,5%	132	79,5%	0,00
		<i>Médicos</i>	57	40,7%	83	59,3%	
	Considera informação obtida por protocolos	<i>Dentistas</i>	113	68,1%	53	31,9%	0,01
		<i>Médicos</i>	76	54,3%	64	45,7%	
Decisão coletiva	Considera informação obtida por protocolos	<i>Gestores não enfermeiros</i>	3	21,40%	11	78,60%	0,03
		<i>Gestores enfermeiros</i>	22	53,70%	19	46,30%	
<b>Tempo de graduação</b>			<b>NÃO</b>		<b>SIM</b>		<b>Sig.</b>
			<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	
Decisão clínica	Considera experiência clínica		90	14,1	208	20,4	0,00
	Considera formação acadêmica	<i>Médicos e Dentistas</i>	154	19,8	144	17,2	0,02
	Considera informação obtida em capacitações		136	20,2	162	17,1	0,01
<b>Tempo de inserção no serviço</b>			<b>NÃO</b>		<b>SIM</b>		<b>Sig.</b>
			<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	
Decisão clínica	Considera experiência clínica		90	10,2	214	14,7	0,00
	Considera formação acadêmica	<i>Médicos e Dentistas</i>	153	14,5	151	12,2	0,02
	Considera informação obtida em capacitações		144	15,0	160	11,9	0,00
Decisão administrativa	Considera apoio dos colegas	<i>Gestores</i>	34	11,4	20	7,7	0,02

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

O modelo de atenção da unidade de saúde também significou diferenças na tomada de decisão: médicos e dentistas de unidades de saúde sem ESF consideraram mais a formação acadêmica e a experiência clínica do que profissionais de unidades com ESF, nas decisões clínicas. Nas unidades com ESF,

os profissionais consideraram mais a informação obtida por meio de protocolos na decisão clínica e o desejo do paciente/ familiar/ pessoa envolvida na decisão coletiva.

A categoria profissional representou associação significativa em algumas situações: cirurgiões-dentistas consideraram mais a experiência clínica do que médicos na decisão clínica. Por outro lado, protocolos foram mais utilizados para se obter informações na tomada de decisão clínica por médicos do que cirurgiões dentistas, assim como gestores locais não enfermeiros também consideraram mais informação obtida em protocolos para tomada de decisão coletiva do que gestores enfermeiros.

## **Discussão**

Inicialmente, na fase de exploração e descrição da amostra, despontou o fato de a grande maioria de gestores locais serem de uma categoria profissional, no caso, enfermeiros. Isto pode interferir no *modus operandi* da instituição. A relação entre a formação do enfermeiro e a gestão pública do sistema de saúde foi percebida em um artigo de revisão como ainda nebulosa, por ser uma função relativamente nova e desconhecida (AARESTRUP; TAVARES, 2008). Outros fatores também foram apontados: o não alinhamento entre a formação acadêmica e a realidade de saúde do país; a substituição (ainda) gradativa de pedagogias tradicionais para outras, mais transformadoras; e políticas públicas afastadas da integralidade dos sistemas de saúde. De qualquer forma, estas características não seriam exclusivas dos enfermeiros. A feminização da força de trabalho em saúde verificada neste estudo também foi observada em outros trabalhos (MENDONÇA et al., 2010; MOYSÉS, 2004; SILVEIRA et al., 2010).

Se forem correlacionados os tempos médios de inserção no SUS em relação aos seus tempos médios de graduação, percebe-se que a vivência profissional dos participantes da pesquisa encontra-se entre 60% e 80% no sistema público, de forma exclusiva ou não (médicos – 62,8%, dentistas – 78,3%, gestores locais – 69,1%). Quanto à qualificação dos profissionais, verificou-se grande percentual de especializações realizadas pelos médicos e dentistas, distribuídas nas diversas áreas, mas com predominância da especialização em Saúde Coletiva ou Saúde da Família (38,1%) na categoria dos dentistas. Quando verificada esta área de habilitação individualmente, em relação a cada profissional da Odontologia, constatou-se que 72,8% dos dentistas relataram ter titulação de especialistas em Saúde Coletiva/ da Família e o percentual aumentou entre os que trabalham em unidades com ESF – 80,6%. Entre os médicos, 42,1% de toda a categoria relatou ter especialização em Medicina de Família e Comunidade, percentual que também aumentou entre os que estão em unidades no modelo ESF – 65,0%. Este último dado é relativamente maior do que o encontrado em outros quatro centros urbanos, no qual o percentual de médicos com título de especialista em Medicina da Família não ultrapassou 44% (MENDONÇA et al., 2010).

O estudo revelou expressivo acesso à informação pelos profissionais, sendo que médicos e dentistas que trabalham no modelo de ESF percebem ainda mais o acesso. Este dado pode ter sido influenciado pelo fato dos profissionais do modelo ESF terem jornada de trabalho maior, de 40 horas semanais, em contraposição às 20 horas do modelo sem ESF.

Por outro lado, considerando algumas atribuições das equipes do modelo ESF, como por exemplo, conhecimento da realidade local, identificação de problemas de sua área de abrangência e a elaboração do planejamento, sob a

lógica da vigilância à saúde, por si só, já seriam ações com maior necessidade de troca de informação pelos profissionais. Entretanto, refletindo se as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família significavam ruptura com o modelo biomédico reducionista, a partir de categorias kuhnianas, há autores advogando que esta transformação não deveria se limitar apenas à Estratégia Saúde da Família, mas sim englobando todo o Sistema de Saúde, especialmente na APS (SCHERER; MARINHO; RAMOS, 2005).

Quanto à circulação da informação, os médicos, dentistas e gestores locais relataram ter recebido informação para tomada de decisões, principalmente por meio de capacitações, protocolos, reuniões (gerenciais) e e-mails institucionais. Segundo o Relatório de Gestão da SMS de Curitiba, em 2015 houve cinco indicadores relacionados a capacitações, entre esses, “possibilitar a participação de servidores em eventos de capacitação”, que no caso daquele ano, foi de 40,24 horas/servidor/ano (CURITIBA, 2016a). Tal investimento pode ter influenciado na percepção dos profissionais quanto ao acesso à informação.

Em relação ao impacto dos protocolos, é possível relacionar a extensa utilização deste instrumento de gestão no município de Curitiba ao longo dos anos. Em uma investigação para identificar os benefícios intermediários do Programa Mãe Curitibana (voltado à saúde materno-infantil), sob a perspectiva da Gestão do Conhecimento, os autores constataram contribuições, sobretudo, por meio de treinamentos para médicos e enfermeiros, sobre os protocolos, principalmente no processo de aquisição e aplicação de conhecimentos adquiridos (CARVILHE; PEREIRA; KATO, 2007).

Por outro lado, houve diferença significativa entre médicos e dentistas na obtenção da informação por protocolos. Ainda não se tornou prática comum nas

universidades brasileiras, na formação graduada em Odontologia, uma matriz curricular orientada pelo movimento internacional da Odontologia Baseada em Evidências (DEMATHÉ et al., 2012); este fato pode também influenciar o cirurgião-dentista a ter dificuldades na percepção da importância e respectiva utilização de protocolos/diretrizes clínicas. Além disso, em uma pesquisa realizada com profissionais de Curitiba, os respondentes identificaram dificuldades na prática de ações intersetoriais pelas equipes de saúde bucal, que apontaram, entre outros motivos, a inexistência de protocolos que pudessem nortear o desenvolvimento de tais ações (MORETTI et al., 2010).

Embora haja críticas na literatura a respeito de normas e protocolos construídos de forma genérica, que por serem incapazes de dar conta da variedade inata do processo saúde/doença poderiam retirar o poder de decisão do clínico (CAMPOS; AMARAL, 2007), foi observado que protocolos e rotinas não geraram padronização das práticas, como no estudo de Uchoa e Camargo Jr (2010). Foi perceptível uma ambivalência na tomada de decisão dos médicos: a partir de protocolos e estudos científicos houve influência também da intuição e da práxis, no intuito de ressignificar e validar a pesquisa. Protocolos se apresentam úteis na organização do processo de trabalho e em ações de saúde mais resolutivas, entretanto sua utilização pode ser limitada por não contemplar todas as diferentes situações do mundo real (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Em outra linha de discussão, para entender a influência de e-mails institucionais como fonte de informação para o processo de trabalho, é preciso contextualizar a estrutura com que se opera na saúde pública, em muitos municípios brasileiros. Segundo uma pesquisa que revelou o perfil de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste do país, foi

verificado que apenas 17% das unidades de saúde da Região Sul dispunham de conexão de internet, o que contrasta com esta pesquisa, visto que o e-mail institucional foi apontado como ferramenta importante de acesso à informação pelos gestores (SILVEIRA et al., 2010).

Médicos e dentistas, ao referirem situações de tomada de decisão relacionadas predominantemente à decisão clínica/ individual, sugerem certa influência ao modelo tradicional, hegemônico de atenção em saúde, resultado também encontrado em um estudo de caso no Distrito Federal, ao se observar o processo de trabalho das equipes (SHIMIZU; ROSALES, 2009). A perspectiva clínica prevalece entre os profissionais de saúde e, ainda que a epidemiologia esteja presente em modelos de reorganização das práticas, de modo a problematizar os determinantes sociais do processo saúde-doença, algumas vezes o enfoque epidemiológico ingressa apenas como um coadjuvante para “iluminar” a clínica (TEIXEIRA, 2006).

Entre os aspectos considerados para se tomar uma decisão, a informação proveniente de capacitações, protocolos e reuniões, foram os itens mais mencionados por médicos e dentistas nesta pesquisa. Tem-se a expectativa de que a informação seja uma ferramenta para orientar o processo decisório, porém os conhecimentos e julgamentos de valor obtidos por esse meio não devem ser a decisão em si, mas um subsídio para a reflexão crítica sobre os cenários e opções à mão, e subsequente tomada de decisão (FERLA; CECCIM; ALBA, 2012). Desta forma, ressalta-se mais uma vez a importância do modelo de gestão, afetando o ciclo da informação e a capacidade de aprendizagem dos profissionais em uma instituição.

A formação acadêmica influenciou na decisão clínica, mas não na decisão coletiva, nem na administrativa. Esta ascendência maior da clínica nos profissionais pode ser (ainda) reflexo da formação com maior ênfase no processo curativo-reparador, do modelo hegemônico hospitalocêntrico, na perspectiva da razão cartesiana (MOYSÉS, 2004). A partir da análise bivariada, onde se observou a interferência do tempo de graduação e inserção no serviço e modelo de US, é possível considerar que a vivência profissional (experiência) e o convívio em ambientes que pretendem romper com o modelo biomédico possam, de alguma forma, auxiliar o profissional a ampliar o seu olhar. Outro aspecto que sugere a relação entre a força do modelo hegemônico e a perspectiva positiva do modelo ESF foi observada ao se considerar o desejo do paciente/familiar envolvido em alguma decisão. Na decisão clínica a vontade da pessoa atendida praticamente não foi observada, porém foi mais ponderada na decisão coletiva e com maior significância para os profissionais de US com ESF.

Com base nos estudos de Morin, da relação dialógica entre as fases mediadoras da compreensão/explicação, verificou-se que em todas as decisões houve pelo menos um item acima de dez por cento em cada uma dessas fases, ainda que numericamente a fase da explicação tenha sido mais considerada. A compreensão, referente ao pensamento simbólico, precisa da explicação para trazer o lógico-empírico, racional; porém, “o explicar” também está sujeito a erros da racionalização e cristalização do pensamento, a partir do pressuposto de que tudo pode ser justificado por uma visão única de mundo ou teoria. Por outro lado, compreender é uma construção e, por si só, já é uma escolha (KNOBBE, 2007).

Mesmo com a predominância do pensamento cartesiano e da lógica racional, médicos, dentistas e gestores apresentaram um diálogo de compreensão-



explicação, na tomada de decisão, mais próximo às ideias de Simon e Morin, indicando possibilidades e caminhos diferentes para tipos diferentes de decisão. Outra observação se faz referente ao tempo: quanto maior a permanência de médicos e dentistas no serviço, consideraram menos as capacitações e mais a experiência.

Quanto à resposta dos gestores locais, que apontaram o “atendimento ao usuário” como o item mais frequente de tomada de decisão, de forma isolada, este fato poderia representar questões tanto positivas quanto negativas ligadas ao acesso, equidade e qualidade dos serviços. Além disso, o modelo de gestão reflete o modelo de atenção e traz implicações para as relações estabelecidas entre servidores públicos e o cidadão: no modelo “burocrático” convencional (um desvirtuamento do modelo weberiano de burocracia) predomina a impessoalidade e fluxos determinados de papéis; no modelo gerencial busca-se a satisfação do cliente; e na governança pública a opção é pela construção de modelos horizontais de relacionamento (SECCHI, 2009). No caso do município de Curitiba, os últimos anos foram pautados pelo modelo conceitual da Administração Pública Deliberativa (KANUFRE, 2014), sistema que questiona a burocracia e o gerencialismo, e que entende que os objetivos da administração pública estão do lado de fora, onde há uma sociedade caótica e com mudanças constantes exigindo diálogo e negociação coletiva (TARRAGÓ; BRUGUÉ; CARDOSO-JR, 2015 pg. 27):

*Não se trata de fazer melhor as coisas que temos feito até agora,  
mas de fazê-las de outra forma.*

Seria a influência do modelo administrativo vigente o motivo de maior atenção ao cidadão nos serviços de saúde, ou uma forma de compensar a falta de

acesso ao atendimento influenciado pelo modelo hegemônico e pelas práticas burocráticas do serviço?

A taxa de resposta obtida nesta pesquisa pode ser apontada como uma das limitações do estudo. Entretanto, foram deliberadas medidas para aumentar o número de respondentes, sempre articuladas pela mesma pesquisadora. Além disso, houve certo equilíbrio na distribuição das respostas dos profissionais entre as macrorregiões do município. A taxa de resposta neste tipo de pesquisa já é apontada na literatura como uma desvantagem do método; porém, apesar disto, não significa necessariamente que ocorra grau de representatividade baixo (GÜNTHER, 2003).

### **Considerações finais**

Neste estudo houve predominância da lógica racional-cartesiana no serviço, porém é preciso identificar se é uma questão cultural ou influência do acesso e circulação de informações por meio de capacitações, protocolos, reuniões, e-mails, verificado na pesquisa. Faz-se necessário considerar a possibilidade de equilibrar a dialógica de Morin, empoderando e estimulando ambientes institucionais de reflexão quanto ao momento de compreensão dos fatos e situações.

Aparentemente a decisão clínica é tomada de forma mais solitária, sem momentos de troca com outros profissionais (contato com colegas, desejo do paciente) ou a partir de encontros em reuniões ou orientações institucionais (com o gestor, por exemplo). Importante averiguar, em estudos futuros, se é uma escolha real dos profissionais ou influência do modelo biomédico, centralizado, sem ajustes.

Em última análise, de nada adianta construir o sistema público de saúde, com modelos de gestão e atenção bem estruturados, apoiados pela Constituição, se não houver um olhar mais atento para os profissionais e gestores que efetivamente tomam as decisões. A combinação de categorias profissionais, tempos de formação, inserção no serviço, modelos de gestão (ampliando/modificando/eliminando estratégias e recursos da instituição a cada quatro anos) pode influenciar as escolhas dos profissionais e gestores na “ponta” da rede de serviços, alterando muitas vezes a lógica do Sistema Único de Saúde.

Reconhecer os estilos e as influências das tomadas de decisão em saúde, de forma individual ou institucional, pode auxiliar o processo como um todo, atuando para que a combinação de características pessoais e estruturais de cada serviço ou grupo possa convergir na solução de problemas, de forma saudável e para o bem coletivo.

## Referências

AARESTRUP, C.; TAVARES, C. M. DE M. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 228–234, 2008.

ARAÚJO, E. A. DE. Informação , sociedade e cidadania: gestão da informação no contexto de organizações não-governamentais (ONGs) brasileiras. **Ci. Inf.**, v. 29, n. 2, p. 155–167, 1999.

BRASIL, M. DA S. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde ( Inclui deliberações da 12ª . Conferência Nacional de Saúde )**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. DE S.; AMARAL, M. A. DO. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p.

849–859, 2007.

CARVALHO, D. M. DE; PEDROZO, E. Á. Caos , Complexidade e Tomada de Decisão : como conciliar ? **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 7, n. 1, p. 203–230, 2010.

CARVILLE, M. H. V.; PEREIRA, H. J.; KATO, H. T. Gestão do Conhecimento e geração de benefícios intermediários em programas públicos: o caso do Programa Mãe Curitibana. **Cadernos Ebape.BR**, v. 5, n. 3, p. 1–17, 2007.

CURITIBA, S. **RELATÓRIO DE GESTÃO - PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2015**. Curitiba: [s.n.]. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/relatorios-de-gestao>>.

DEMATHE, A. et al. Odontologia baseada em evidências: otimizando a prática e a pesquisa. **RFO Passo Fundo**, v. 17, n. 1, p. 96–100, 2012.

DUSSALT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista Administração Pública**, v. 26, n. 2, p. 8–19, 1992.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; ALBA, R. D. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **Reciis - R. Eletr. de Com. Inf.Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1–13, 31 Aug. 2012.

GÓES, P. S. A. DE; MOYSÉS, S. J. A utilização da informação para o planejamento e a programação em saúde bucal. In: **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. Artes Médi ed. São Paulo: [s.n.]. p. 55–69.

GÜNTHER, H. **Como elaborar um questionário** Série: **Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais** Brasília, DFUnB, Laboratório de Psicologia Ambiental, , 2003. Disponível em: <[www.psi-ambiental.net/pdf/01Questionario.pdf](http://www.psi-ambiental.net/pdf/01Questionario.pdf)>

KANUFRE, R. A. M. **Escola Metropolitana de Administração Pública: uma contribuição para a transformação do servidor e do cidadão – experiência da Prefeitura Municipal de Curitiba – Instituto Municipal de Administração Pública** CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA. **Anais...** Brasília, DF: 2014

KNOBBE, M. M. Compreender é transgredir. **Revista FAMECOS**, v. 34, p. 101–109, 2007.

MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência &**

**Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2355–2365, 2010.

MORETTI, A. C. et al. Intersectorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Supl. 1, p. 1827–1834, 2010.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre RS: Editora Sulina, 2006.

MORIN, E. **Método 3, O conhecimento do conhecimento**. Porto Alegre: Editora Meridional Ltda, 2015.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Revista da ABENO**, v. 4, n. 1, p. 30–7, 2004.

SCHERER, M. D. DOS A.; MARINHO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 53–66, 2005.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 347–369, 2009.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **REBEn Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 424–9, 2009.

SILVEIRA, D. S. DA et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1714–1726, 2010.

SIMON, H. A. **Comportamento administrativo : estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas**. 2 ed ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1970.

TARRAGÓ, D.; BRUGUÉ, Q.; CARDOSO-JR, J. C. **A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DELIBERATIVA: INTELIGÊNCIA COLETIVA E INOVAÇÃO INSTITUCIONAL A SERVIÇO DO PÚBLICO**Rio de JaneiroIPEA, , 2015.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no sus: desatando nós, criando laços. In: **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]**. Saladeaula ed. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. p. 237.

UCHOA, S. A. DA C.; CAMARGO-JR, K. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.

15, n. 4, p. 2241–2249, 2010.

WERNECK, M. A. F.; **FARIA**, H. P. DE; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2009.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

Neste trabalho, ao explorarmos o saber acumulado na rede de administração pública no Brasil, nenhum autor ou publicação se destacou de forma isolada; porém, foi possível identificar uma rede bastante coesa associada a práticas de sucesso em orçamentos participativos, modelo de gestão relacionado à democracia deliberativa e participação social. Apesar da coerência destas publicações às conquistas constitucionais, o enfoque é mais descritivo e menos reflexivo e devido à grande coesão e cristalização de posições entre elas, poderia ser difícil a entrada de novas ideias ou práticas nas redes já constituídas.

Ao se incluir o termo “saúde” a rede se apresentou menos densa, mais variada em relação aos temas e discussões, com destaque para a Reforma Sanitária Brasileira e a descentralização do SUS. As publicações se alternam entre práticas locais e contextualização da situação do país, abordagens sobre modelos teóricos na saúde pública e relação entre os níveis da gestão.

A participação das pessoas, presente nas produções da rede de Administração Pública não é revelada na rede específica da saúde, apesar da existência de lei própria para o controle social no SUS. Interessante observar que na pesquisa empírica realizada em Curitiba, o item referente a este tema – desejo do paciente/ familiar – também não teve grande expressividade, com exceção da decisão coletiva, tomada por médicos e dentistas.

Foi possível identificar os princípios da governança pública no portal eletrônico de Curitiba, porém para que realmente ocorra maior equilíbrio na relação principal-agente, é importante que haja interesse, esforço, articulação continuada entre as partes, sob a lógica da saúde coletiva.

A partir desta pesquisa foi possível observar uma hegemonia da lógica racional-cartesiana na tomada de decisão em saúde, o que contrasta com a evolução dos conceitos decisórios em sistemas complexos. No entanto, é preciso verificar o quanto este resultado possui influência cultural ou relação com o acesso e circulação de informações predominantemente de cunho técnico-racionalista, levantado no estudo por meio de capacitações, protocolos, reuniões e e-mails institucionais.

A percepção da influência da informação, assim como os demais elementos da explicação – segundo a dialógica de Morin explicação/compreensão – predominaram em relação aos elementos da compreensão; porém, a medida que o tempo passa, os profissionais tendem a considerar menos os elementos da explicação, no caso, a formação acadêmica e informação obtida em capacitações e considerar mais a experiência, que se refere ao momento da compreensão na tomada de decisão.

O estudo sugere que a decisão clínica é tomada de forma mais solitária, sem momentos de troca com outros profissionais (contato com colegas, desejo do paciente) ou a partir de encontros em reuniões ou orientações institucionais (com o gestor, por exemplo).

Considerando que o Brasil vem passando por transformações recentes importantes, desde a Constituição de 1988, os conhecimentos e práticas têm evoluído de forma técnica e política, com presença de criticidade, mas ainda com lacunas, permitindo a exploração de novas direções. Entretanto, não basta construir o sistema público de saúde com modelos de gestão e atenção bem estruturados, se não houver um olhar mais atento ao perfil dos profissionais e gestores que efetivamente tomam as decisões. A combinação de categorias



profissionais, tempos de formação, inserção no serviço, modelos de gestão (ampliando/modificando/eliminando estratégias e recursos da instituição a cada quatro anos) pode influenciar as escolhas dos profissionais e gestores na “ponta” da rede de serviços, alterando muitas vezes a lógica do SUS.

Faz-se necessário reconhecer os estilos e as ascendências das tomadas de decisão em saúde, de forma individual e/ou institucional, refletidas e influenciadas pelas concepções dos modelos de administração pública em saúde. É fundamental, pois, confirmar e garantir valores constitucionais e estratégicos do SUS, para fomentar processos de tomada de decisão de forma dialógica, entre o subjetivo e o concreto, sob a perspectiva do bem coletivo.

## REFERÊNCIAS

ALCANTARA, C. M. Fundamentos da administração pública e novos modelos de gestão em saúde. In: **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. São paulo: Artes Médicas, 2012. p. 83–91.

BRASIL, M. DA S. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde ( Inclui deliberações da 12ª . Conferência Nacional de Saúde )**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARNEIRO, R.; MENICUCCI, T. M. G. **Gestão Pública no século XXI: as reformas pendentes** Brasília IPEA, , 2011.

CARVALHO, D. M. DE; PEDROZO, E. Á. Caos , Complexidade e Tomada de Decisão : como conciliar ? **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 7, n. 1, p. 203–230, 2010.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. Rio de Janeiro: Campus, 2011.

CURITIBA, S. M. DA S. DE. **RELATÓRIO DE GESTÃO MONITORAMENTO QUADRIMESTRAL SUS - CURITIBA**. Curitiba: [s.n.].

DUSSALT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista Administração Pública**, v. 26, n. 2, p. 8–19, 1992.

EDWARD, G.; KORNIS, M.; MAIA, L. S. Saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 197–215, 2011.

FERLA, A. A. **Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde : análise e sistematização de recursos tecnológicos utilizados para apoio à gestão de sistemas e ao ensino de trabalhadores em diferentes contextos do Sistema Único de**. Porto Alegre RS: [s.n.].

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; ALBA, R. D. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **Reciis - R. Eletr. de Com. Inf.Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1–13, 31 Aug. 2012.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde : o caso de Betim , Minas Gerais , Brasil “ User embracement ” and the working process in health : Betim ’ s case , Minas Gerais ,

Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345–353, 1999.

GÓES, P. S. A. DE; MOYSÉS, S. J. A utilização da informação para o planejamento e a programação em saúde bucal. In: **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. Artes Médi ed. São Paulo: [s.n.]. p. 55–69.

GONTIJO, A. C.; MAIA, C. S. C. Tomada de decisão, do modelo racional ao comportamental: uma síntese teórica. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 11, n. 4, p. 13–30, 2004.

MASSONI, N. T. Ilya Prigogine : uma contribuição à filosofia da ciência. **Revista Brasileira de Ensino de Física**, v. 30, n. 2, 2008.

MATOS, E.; PIRES, D. TEORIAS ADMINISTRATIVAS E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: DE TAYLOR AOS DIAS ATUAIS, INFLUÊNCIAS NO SETOR SAÚDE E NA ENFERMAGEM. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 3, p. 508–514, 2006.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, 2003.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre RS: Editora Sulina, 2006.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde : balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. Esp, p. 73–78, 2006.

PINTO, G. A. O Sistema de Taylor. In: **A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo**. 2 ed ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 88.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista Administração Pública**, v. 43, n. 2, p. 347–369, 2009.

SIMON, H. A. **Comportamento administrativo : estudo dos processos decisórios nas organizações administrativas**. 2 ed ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1970.

SIQUEIRA, J. E. DE. 25 anos do SUS: o que há para comemorar? **O mundo da Saúde**, v. 37, n. 1, p. 56–64, 2013.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência da Informação**, v. 17, n. 4, p. 821–828, 2012.

## ANEXOS

### **Parecer do comitê de ética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná**



#### **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

##### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** GESTÃO PÚBLICA E TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE

**Pesquisador:** Ana Cristina Vidal Allegretti

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 25790514.7.0000.0020

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 575.340

**Data da Relatoria:** 26/03/2014

##### **Apresentação do Projeto:**

Tomar uma decisão consiste em realizar uma escolha entre diversas alternativas. Apesar de este ato ser inerente a todos os seres, muitos autores o consideram como um dos maiores desafios para a gestão. A tomada de decisão na saúde pública abrange desde escolhas clínicas e terapêuticas individuais ou familiares, questões administrativas de estrutura física ou logística até situações gerenciais de profissionais e processos de trabalho, nos diversos níveis de Atenção. O marco inicial da discussão a respeito de processos decisórios surge com os trabalhos de Herbert Simon, em 1947. Sua teoria critica o modelo clássico da Administração da época e estuda a decisão sob o ponto de vista comportamental. A partir de Simon, o conhecimento deste processo tem sido construído (e evoluído) com a percepção de muitas interferências na decisão: fatores materiais e não materiais, expectativas individuais e coletivas, sistemas complexos (instáveis), inteligência emocional, entre outros. Alguns autores percebem relação entre estratégias de tomada de decisão e estruturas organizacionais, talvez influenciados por modelos de gestão. Inegavelmente, a tomada de decisão faz parte da rotina diária das Unidades de Saúde. Somente em 2012 foram realizados mais de 11 milhões de procedimentos na Atenção Básica em Curitiba, entre consultas médicas, de enfermagem e odontológicas e procedimentos clínicos. Estas ações exigem que os profissionais decidam a respeito de questões clínicas, biológicas, sociais, humanas, ambientais, além dos aspectos de gestão do processo de trabalho, estrutura, logística e pessoas.

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição 1155  
**Bairro:** Prado Velho **CEP:** 80.215-901  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3271-2292 **Fax:** (41)3271-2292 **E-mail:** nep@pucpr.br

Com base na problematização apresentada, o presente projeto de pesquisa pretende entender as influências e interferências e combinações entre modelos de gestão e de atenção, dentro do contexto da saúde pública na tomada de decisão em saúde, que podem qualificar e dinamizar o processo, criando novas perspectivas para a consolidação do SUS na cidade de Curitiba e na 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Objetivos: conhecer os processos de tomada de decisão em saúde pública sob as perspectivas do gestor e do profissional de saúde e suas possíveis influências da gestão. Método: A pesquisa será observacional transversal quantiqualitativa. A etapa quantitativa será feita em dois momentos. Um questionário autoaplicável será encaminhado aos coordenadores das Unidades de Saúde, médicos e cirurgiões dentistas da Atenção Primária da Rede SUS Curitiba. Em outro momento, outro questionário será enviado aos coordenadores de Saúde Bucal da 2ª Regional de Saúde do Paraná. Os dois questionários serão elaborados com base na literatura. A etapa qualitativa, para aprofundamento das informações, será feita com entrevistas individuais a informante-chaves, fundamentada pela teoria da análise de discurso. A análise estatística dos dados será feita de forma exploratória e bivariada, procurando correlações entre as variáveis.

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo o texto do projeto, a pesquisa apresenta os seguintes objetivos:  $\zeta$ Objetivo Primário: Conhecer os processos de tomada de decisão em saúde pública, sob as perspectivas do gestor local e do profissional de saúde da Atenção Primária, e suas possíveis influências.

Objetivo Secundário: 1. Revisar, de forma crítica e sistemática, os modelos de gestão pública e de atenção em saúde; 2. Conceituar a prática de tomada de decisão, segundo preceitos da gestão e dos processos de trabalho em saúde; 3. Identificar quais as formas de circulação da informação a respeito dos processos de trabalho em saúde na Atenção Primária; 4. Reconhecer quais os tipos de tomada de decisão em saúde na APS e os fatores de influência; 5. Relacionar os tipos e estilo de decisão em relação aos profissionais, local de trabalho, cargos ocupados e modelo de gestão; 6. Compreender o significado da tomada de decisão em saúde bucal  $\zeta$ .

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo o texto do projeto, a pesquisa apresenta os seguintes riscos e benefícios:

$\zeta$ Riscos: Os participantes poderão sentir um certo constrangimento ao responder alguma das perguntas da pesquisa.

Benefícios: Os participantes não terão nenhum benefício ao participar da pesquisa  $\zeta$ .

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição 1155  
**Bairro:** Prado Velho **CEP:** 80.215-901  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3271-2292 **Fax:** (41)3271-2292 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 575.340

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Segundo o projeto o presente projeto de pesquisa pretende entender as influências e interferências e combinações entre modelos de gestão e de atenção, dentro do contexto da saúde pública na tomada de decisão em saúde, que podem qualificar e dinamizar o processo, criando novas perspectivas para a consolidação do SUS na cidade de Curitiba e na 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. A pesquisa se baseia na aplicação de um questionário a profissionais de saúde (médicos e dentistas) e a gestores dessa área a respeito da sua formação, inserção no SUS, circulação de informação no trabalho e influências das tomadas de decisão. O questionário não traz perguntas invasivas ou que configurem dano ético a quem o responde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados à apreciação do CEP os seguintes documentos: Folha de Rosto, TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o questionário que será aplicado aos pesquisados. Foi acrescentado o modelo de autorização a ser assinado pelo local onde ocorrerá a pesquisa.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram atendidas as recomendações feitas na leitura da primeira versão. O projeto mostra-se adequado ao que dispõe a resolução 466/2012.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/2012, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPPUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição 1155  
**Bairro:** Prado Velho **CEP:** 80.215-901  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3271-2292 **Fax:** (41)3271-2292 **E-mail:** nep@pucpr.br

Página 03 de 04





Comitê de Ética  
em Pesquisa da  
PUCPR

ASSOCIAÇÃO PARANAENSE  
DE CULTURA - PUCPR



Continuação do Parecer: 575.340

realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

CURITIBA, 31 de Março de 2014

---

**Assinador por:**  
**NAIM AKEL FILHO**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição 1155  
**Bairro:** Prado Velho **CEP:** 80.215-901  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3271-2292 **Fax:** (41)3271-2292 **E-mail:** nep@pucpr.br

Página 04 de 04

## **Declaração do comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

### **DECLARAÇÃO**

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Ana Cristina Vidal Allegretti protocolou sob o número 18/2014 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Gestão Pública e Tomada de Decisão em Saúde".  
(CAAE: 25790514.7.0000.0020)

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.


Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 23 de abril de 2014.



**Samuel Jorge Moysés  
Coordenador do CEP/SMS**



## ***TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido***

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a pesquisa quantitativa – profissionais médicos, cirurgiões dentistas e gestores locais da Atenção Primária em Curitiba

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_,  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_, Estado Civil: \_\_\_\_\_,  
Profissão: \_\_\_\_\_, Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

estou sendo convidado(a) a participar de um estudo denominado **Gestão Pública e tomada de decisão em saúde**, cujos objetivos e justificativas são: Conhecer os processos de tomada de decisão em saúde pública, sob as perspectivas do gestor local e do profissional de saúde da Atenção Primária, e suas possíveis influências.

A minha participação no referido estudo será no sentido de colaborar com a pesquisa, respondendo a um questionário autoaplicável de 18 questões (médicos e cirurgiões dentistas) ou 21 questões (gestores).

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: contribuição para o entendimento dos processos decisórios em saúde e suas influências que trarão melhorias ao planejamento e desenvolvimento do Sistema único de Saúde.

Há riscos mínimos da minha participação, visto que somente responderei algumas perguntas voltadas à minha formação, inserção no SUS, circulação de informação no trabalho e influências das tomadas de decisão. Poderei apenas me sentir constrangido ao responder alguma questão do estudo. Não haverá procedimento invasivo.

Estou ciente de que **minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.**

Também fui informado(a) de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

A pesquisadora responsável pelo referido projeto é Ana Cristina Vidal Allegretti, filiada à Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Com ela poderei manter contato pelo telefone 41-91059177. Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um email para [nep@pucpr.br](mailto:nep@pucpr.br).

Durante toda pesquisa me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado(a) quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

**Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.**

*Nome do entrevistado(a):* \_\_\_\_\_

*Assinatura:* \_\_\_\_\_

*Pesquisadora responsável:* **Ana Cristina Vidal Allegretti**

*Assinatura:* \_\_\_\_\_

## Questionários

Questionário 1 - tomada de decisão para médicos e dentistas

### QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS E DENTISTAS

1) Código: \_\_\_\_\_

2) Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

3) Você é graduado em: ( ) Odontologia ( ) Medicina

4) Qual o tempo\* de formado da graduação: \_\_\_\_\_

\* Obs. Inserir o número em "anos" na resposta. Caso o tempo seja menor que 1 ano, favor inserir o nº 0

5) Você já fez ou faz atualmente pós-graduação?

Curso	SIM	NÃO
Aperfeiçoamento/ Especialização		
Mestrado		
Doutorado		

6) PERGUNTA APENAS PARA CIRURGIÕES DENTISTAS - Quais as áreas dos cursos de pós-graduação (da resposta 5):

- a) Endodontia
- b) Periodontia
- c) Odontopediatria
- d) Saúde Coletiva
- e) Ortodontia/ Ortopedia
- f) Dentística
- g) Prótese
- h) Implante
- i) Radiologia
- j) Outro:

7) PERGUNTA APENAS PARA MÉDICOS - Quais as áreas dos cursos de pós-graduação (da resposta 5):

- a) Pediatria

- b) Ginecologia/ Obstetrícia
- c) Cirurgia Geral
- d) Anestesiologia
- e) Medicina do Trabalho
- f) Cardiologia
- g) Clínica Médica
- h) Outro: \_\_\_\_\_

8) Trabalha em Unidade de Saúde

- a) Com Estratégia de Saúde da Família
- b) Sem Estratégia de Saúde da Família

9) Há quanto tempo\* está na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – SMS:

\_\_\_\_\_ \* Obs. Inserir o número em “anos” na resposta. Caso o tempo seja menor que 1 ano, favor inserir o nº 0

10) Em relação a sua satisfação com seu emprego público, qual nota você daria?

(Atribua uma nota de 0 a 10) \_\_\_\_\_

11) Por favor, justifique a resposta da pergunta 10: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12) Cite em quais situações você geralmente **toma decisões** no seu trabalho atual:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

13) Você **recebe ou tem acesso a informações** que auxiliam nas tomadas de decisão do seu trabalho na SMS de Curitiba?

a) ( ) SIM

b) ( ) NÃO

14) APENAS SE VOCÊ RESPONDEU "SIM" À PERGUNTA 13 - Que tipo de informações você RECEBE/ TEM ACESSO?

---

---

15) APENAS SE VOCÊ RESPONDEU "SIM" À PERGUNTA 13 - De que **forma** (ou em quais espaços) a informação chega até você? (assinalar as **três formas** mais importantes)

- a) ( ) Capacitações realizadas pela SMS
- b) ( ) Capacitações realizadas com recurso próprio
- c) ( ) Email institucional
- d) ( ) Encontros (informais) com colegas
- e) ( ) Informativos impressos (memorandos, jornais)
- f) ( ) Internet (sites de busca, site da prefeitura)
- g) ( ) Protocolos impressos
- h) ( ) Protocolos *on line*
- i) ( ) Relatórios do prontuário eletrônico da Unidade de Saúde
- j) ( ) Reuniões na Unidade de Saúde
- k) ( ) Outras formas (especifique) \_\_\_\_\_

16) Você **compartilha informações** que auxiliam nos processos de trabalho da SMS de Curitiba?

- a) ( ) SIM
- b) ( ) NÃO

17) APENAS SE VOCÊ RESPONDEU "SIM" À PERGUNTA 16 - Que tipo de informações você COMPARTILHA?

---

---

18) APENAS SE VOCÊ RESPONDEU "SIM" À PERGUNTA 16 - De que **forma** (ou em quais espaços) você **compartilha informações**? (assinalar as **três formas/ espaços** mais importantes)

- a) ( ) Capacitações realizadas pela SMS
- b) ( ) Capacitações realizadas com recurso próprio
- c) ( ) Email institucional
- d) ( ) Encontros (informais) com colegas
- e) ( ) Informativos impressos (memorandos, jornais)
- f) ( ) Internet (sites de busca, site da prefeitura)
- g) ( ) Protocolos impressos
- h) ( ) Protocolos on line
- i) ( ) Relatórios do prontuário eletrônico da Unidade de Saúde
- j) ( ) Reuniões na Unidade de Saúde

k) ( ) Outras formas (especifique) \_\_\_\_\_

19) Na **maior parte das vezes** que você tem necessidade de **tomar uma decisão clínica** (*por exemplo: tratamento clínico, seleção de terapia, técnica operatória, medicamentos, conduta, etc.*), quais os **três aspectos** que você mais costuma levar em consideração:

- a) ( ) Analogia a casos ou situações semelhantes
- b) ( ) Contato/ apoio de um colega
- c) ( ) Criatividade
- d) ( ) Desejo/ interesse do paciente/ familiar envolvido(s)
- e) ( ) Experiência clínica
- f) ( ) Formação acadêmica (graduação)
- g) ( ) Habilidade técnica
- h) ( ) Informação (obtida por meio de capacitações, livros, artigos científicos, sites da internet)
- i) ( ) Informação (obtida por meio de protocolos, diretrizes, procedimentos operacionais padrão, manuais)
- j) ( ) Informação (obtida em reuniões ou discussões de grupo)
- k) ( ) Intuição
- l) ( ) Orientações institucionais
- m) ( ) Raciocínio, uso da razão
- n) ( ) Outro \_\_\_\_\_

20) Na **maior parte das vezes** que você tem necessidade de **tomar uma decisão coletiva** (*por exemplo: atividades de promoção da saúde, ações educativas para grupos, planejamento de atividades para grupos na comunidade ou em escolas, CMEIS, articulação com outras secretarias, etc.*), quais os **três aspectos** que você mais costuma levar em consideração:

- a) ( ) Analogia a casos ou situações semelhantes
- b) ( ) Contato/ apoio de um colega
- c) ( ) Criatividade
- d) ( ) Desejo/ interesse da(s) pessoa(s) envolvida(s)
- e) ( ) Experiência
- f) ( ) Formação acadêmica (graduação)
- g) ( ) Habilidade técnica
- h) ( ) Informação (obtida por meio de capacitações, livros, artigos científicos, sites da internet)
- i) ( ) Informação (obtida por meio de protocolos, diretrizes, procedimentos operacionais padrão, manuais)
- j) ( ) Informação (obtida em reuniões ou discussões de grupo)
- k) ( ) Intuição
- l) ( ) Orientações institucionais
- m) ( ) Raciocínio, uso da razão
- n) ( ) Outro \_\_\_\_\_

21) Qual a sua opinião em relação às frases abaixo?

- a) Discordo fortemente
  - b) Discordo parcialmente
  - c) Discordo pouco
  - d) Concordo pouco
  - e) Concordo parcialmente
  - f) Concordo fortemente
- 
- i. ( ) Normalmente fico ansioso quando não tenho certeza do diagnóstico
  - ii. ( ) Acho desconcertante a incerteza envolvida no cuidado a pacientes
  - iii. ( ) A incerteza no cuidado a pacientes gera-me inquietude, ansiedade
  - iv. ( ) Não tenho problemas para lidar com a incerteza no cuidado a pacientes
  - v. ( ) A incerteza no cuidado a pacientes frequentemente me perturba
  - vi. ( ) Quando estou incerto quanto ao diagnóstico, imagino todo tipo de problemas: insucesso do tratamento, agravamento (morte) do paciente, processos legais, etc...
  - vii. ( ) Temo ser julgado pelos limites de meus conhecimentos
  - viii. ( ) Preocupo-me com o meu mau desempenho quando não sei o diagnóstico do paciente
  - ix. ( ) Quando médicos e dentistas estão incertos de um diagnóstico, eles deveriam compartilhar esta informação com seus pacientes
  - x. ( ) Eu sempre compartilho minhas incertezas com meus pacientes
  - xi. ( ) Se eu compartilhasse minhas incertezas com meus pacientes, eles perderiam a confiança em mim
  - xii. ( ) Compartilhar minha incerteza melhora minha relação com meus pacientes
  - xiii. ( ) Prefiro que os pacientes não saibam quando eu estou incerto de qual tratamento aplicar
  - xiv. ( ) Quase nunca conto a outros colegas (médicos ou dentistas) sobre meus erros em diagnóstico
  - xv. ( ) Nunca conto a outros colegas (médicos ou dentistas) sobre erros que eu tenha cometido no tratamento de pacientes

*Obs. As palavras sublinhadas foram incluídas pela pesquisadora, para adaptar o questionário à categoria dos cirurgiões dentistas.*

Questionário 2 - tomada de decisão para gestores

### **QUESTIONÁRIO PARA GESTORES LOCAIS DE UNIDADE DE SAÚDE**

1) Código: \_\_\_\_\_

- 2) Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
- 3) Você é graduado em: \_\_\_\_\_
- 4) Qual o tempo\* de formado da graduação: \_\_\_\_\_
- 5) Há quanto tempo\* está na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba:  
\_\_\_\_\_
- 6) Há quanto tempo\* é gestor nesta Secretaria: \_\_\_\_\_

*\* Obs. Inserir o número em “anos” na resposta. Caso o tempo seja menor que 1 ano, favor inserir o nº 0*

- 7) Em relação a sua satisfação com seu emprego público, qual nota você daria?  
(Atribua uma nota de 0 a 10) \_\_\_\_\_
- 8) Por favor, justifique a resposta da pergunta 7:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 9) Você já fez ou faz atualmente pós-graduação?

<b>Curso</b>	<b>Número de cursos</b>	<b>Área(s) específica(s)</b>
Aperfeiçoamento/ Especialização		
Mestrado		
Doutorado		

- 10) As decisões tomadas em seu dia a dia, relativas ao ambiente da Unidade de Atenção Primária estão mais relacionadas com: (Assinalar as **cinco opções** mais relevantes)



- a) Atendimento a usuário;
- b) Avaliação e supervisão da equipe;
- c) Criação de ambiente de confiança entre os profissionais;
- d) Estímulo ao compartilhamento de informações;
- e) Estímulo e apoio às equipes;
- f) Gestão de Recursos Humanos;
- g) Implantação de projetos e novos modelos de organização;
- h) Integração da equipe;
- i) Manutenção física de unidades: reformas, obras;
- j) Organização de fluxo e processo de trabalho das equipes;
- k) Planejamento de ações e atividades;
- l) Provisão de Insumos e Medicamentos;
- m) Provisão de Recursos Materiais;
- n) Resgate dos princípios e valores do SUS;
- o) Outros \_\_\_\_\_

11) Você **recebe ou tem acesso a informações** que auxiliam nas tomadas de decisão do seu trabalho?

- a) (    ) SIM
- b) (    ) NÃO

12) APENAS SE VOCÊ RESPONDEU "SIM" À PERGUNTA 10 - Que tipo de informações você RECEBE/ TEM ACESSO?

---



---

13) APENAS SE VOCÊ RESPONDEU "SIM" À PERGUNTA 10 - De que **forma (ou em quais espaços)** a informação chega até você? (assinalar as **três formas** mais importantes)

- a) (    ) Capacitações realizadas pela SMS
- b) (    ) Capacitações realizadas com recurso próprio
- c) (    ) Email institucional
- d) (    ) Encontros (informais) com colegas
- e) (    ) Informativos impressos (memorandos, jornais)
- f) (    ) Internet (sites de busca, site da prefeitura)
- g) (    ) Protocolos impressos
- h) (    ) Protocolos *on line*
- i) (    ) Relatórios do prontuário eletrônico da Unidade de Saúde
- j) (    ) Reuniões gerenciais
- k) (    ) Reuniões na Unidade de Saúde
- l) (    ) Outras formas (especifique) \_\_\_\_\_

14) Você **compartilha informações** que auxiliam nos processos de trabalho na SMS de Curitiba?

- a) ( ) SIM
- b) ( ) NÃO

15) APENAS SE VOCÊ RESPONDEU "SIM" À PERGUNTA 13 - Que tipo de informações você COMPARTILHA?

---

---

16) APENAS SE VOCÊ RESPONDEU "SIM" À PERGUNTA 13 - De que forma você **compartilha informações**? (assinalar as **três formas** mais importantes)

- a) ( ) Capacitações realizadas pela SMS
- b) ( ) Capacitações realizadas com recurso próprio
- c) ( ) Email institucional
- d) ( ) Encontros (informais) com colegas
- e) ( ) Informativos impressos (memorandos, jornais)
- f) ( ) Internet (sites de busca, site da prefeitura)
- g) ( ) Protocolos impressos
- h) ( ) Protocolos *on line*
- i) ( ) Relatórios do prontuário eletrônico da Unidade de Saúde
- j) ( ) Reuniões gerenciais
- k) ( ) Reuniões na Unidade de Saúde
- l) ( ) Outras formas (especifique) \_\_\_\_\_

17) Na **maior parte das vezes** que você tem necessidade de **tomar uma decisão administrativa** (*por exemplo: fluxos de encaminhamento, falta de material/instrumental, manutenção de equipamentos, etc.*), quais os **três aspectos** que você mais costuma levar em consideração:

- a) ( ) Analogia a casos ou situações semelhantes
- b) ( ) Contato/ apoio de um colega
- c) ( ) Criatividade
- d) ( ) Desejo/ interesse do paciente/ familiar envolvido(s)
- e) ( ) Experiência clínica
- f) ( ) Formação acadêmica (graduação)
- g) ( ) Habilidade técnica
- h) ( ) Informação (obtida por meio de capacitações, livros, artigos científicos, sites da internet)
- i) ( ) Informação (obtida por meio de protocolos, diretrizes, procedimentos operacionais padrão, manuais)
- j) ( ) Informação (obtida em reuniões ou discussões de grupo)
- k) ( ) Intuição

- l) ( ) Orientações institucionais
- m) ( ) Raciocínio, uso da razão
- n) ( ) Outro \_\_\_\_\_

18) Na **maior parte das vezes** que você tem necessidade de **tomar uma decisão coletiva** (*por exemplo: atividades de promoção da saúde, ações educativas para grupos, planejamento de atividades para grupos na comunidade ou em escolas, CMEIS, articulação com outras secretarias, etc.*), quais os **três aspectos** que você mais costuma levar em consideração:

- a) ( ) Analogia a casos ou situações semelhantes
- b) ( ) Contato/ apoio de um colega
- c) ( ) Criatividade
- d) ( ) Desejo/ interesse do paciente/ familiar envolvido(s)
- e) ( ) Experiência clínica
- f) ( ) Formação acadêmica (graduação)
- g) ( ) Habilidade técnica
- h) ( ) Informação (obtida por meio de capacitações, livros, artigos científicos, sites da internet)
- i) ( ) Informação (obtida por meio de protocolos, diretrizes, procedimentos operacionais padrão, manuais)
- j) ( ) Informação (obtida em reuniões ou discussões de grupo)
- k) ( ) Intuição
- l) ( ) Orientações institucionais
- m) ( ) Raciocínio, uso da razão
- n) ( ) Outro \_\_\_\_\_

19) Nas questões abaixo, indique os seguintes números para responder a cada pergunta:

- 8 = quando você se identifica **FORTEMENTE** com a questão
- 4 = quando você se identifica **MODERADAMENTE** a questão
- 2 = quando você se identifica **LIGEIRAMENTE** com a questão
- 1 = quando você não se identifica **NADA** com a questão

Dê nota as suas quatro respostas, inserindo um desses números em cada campo das colunas I a IV. Em uma determinada linha **NÃO** repita nenhum número. Por exemplo, os números que você poderia usar para responder determinada pergunta poderiam figurar na linha como 8-2-1-4, **MAS NÃO** como 8-8-1-4. Ao responder as perguntas, pense em como você **NORMALMENTE** age em uma situação de trabalho. Use a primeira coisa que vier à sua mente ao responder à pergunta. Suas respostas devem refletir como você sente as perguntas e o que você prefere fazer, não o que você acha que poderia ser a coisa certa a fazer. Não há nenhum limite

de tempo para responder às perguntas, e não há resposta certa ou errada. Sua pontuação reflete como você se percebe, não o que você acredita que seja correto ou desejável. Esta avaliação diz respeito a sua situação de trabalho, abrangendo as decisões típicas que você toma em seu ambiente de trabalho.

<b>1. Meu primeiro objetivo é:</b>	<input type="checkbox"/> Ocupar uma posição de status	<input type="checkbox"/> Ser o melhor em minha área	<input type="checkbox"/> Obter reconhecimento por meu trabalho	<input type="checkbox"/> Sentir-me seguro em meu emprego
<b>2. Gosto de trabalhos que:</b>	<input type="checkbox"/> Sejam técnicos e bem Definidos	<input type="checkbox"/> Tenham consideráveis variações	<input type="checkbox"/> Permitam ação independente	<input type="checkbox"/> Envolvam pessoas
<b>3. Espero que as pessoas que trabalhem para mim sejam:</b>	<input type="checkbox"/> Produtivas e rápidas	<input type="checkbox"/> Extremamente capazes	<input type="checkbox"/> Dedicadas e responsáveis	<input type="checkbox"/> Abertas a sugestões
<b>4. Em meu cargo, procuro:</b>	<input type="checkbox"/> Resultados práticos	<input type="checkbox"/> As melhores soluções	<input type="checkbox"/> Novas abordagens ou ideias	<input type="checkbox"/> Bom ambiente de trabalho
<b>5. Eu me comunico melhor com os outros:</b>	<input type="checkbox"/> Na base do contato direto com cada um	<input type="checkbox"/> Por escrito	<input type="checkbox"/> Fazendo uma discussão em grupo	<input type="checkbox"/> Numa reunião formal
<b>6. Em meu planejamento, enfatizo:</b>	<input type="checkbox"/> Problemas correntes	<input type="checkbox"/> Alcance de objetivos	<input type="checkbox"/> Metas futuras	<input type="checkbox"/> Desenvolvimento das carreiras das pessoas
<b>7. Quando confrontado com a solução de um problema, eu:</b>	<input type="checkbox"/> Recorro a abordagens Comprovadas	<input type="checkbox"/> Realizo uma análise detalhada	<input type="checkbox"/> Procuro abordagens criativas	<input type="checkbox"/> Recorro às minhas percepções
<b>8. Quando utilizo informações, prefiro:</b>	<input type="checkbox"/> Fatos específicos	<input type="checkbox"/> Dados precisos e completos	<input type="checkbox"/> Cobertura ampla de muitas opções	<input type="checkbox"/> Dados limitados, que sejam facilmente entendidos
<b>9. Quando não tenho certeza do que fazer, eu:</b>	<input type="checkbox"/> Confio na intuição	<input type="checkbox"/> Pesquiso os fatos	<input type="checkbox"/> Procuro um comprometimento possível	<input type="checkbox"/> Espero antes de tomar decisão
<b>10. Sempre que possível, evito:</b>	<input type="checkbox"/> Longos debates	<input type="checkbox"/> Trabalho incompleto	<input type="checkbox"/> Utilizar números	<input type="checkbox"/> Conflito com os demais

		fórmulas		
<b>11. Sou particularmente bom em:</b>	<input type="checkbox"/> Lembrar	<input type="checkbox"/> Resolver problemas complexos	<input type="checkbox"/> Considerar muitas possibilidades	<input type="checkbox"/> Interagir com os demais
<b>12. Quando o tempo é importante, eu:</b>	<input type="checkbox"/> Decido e ajo Rapidamente	<input type="checkbox"/> Sigo planos e prioridades	<input type="checkbox"/> Recusome a ser pressionado	<input type="checkbox"/> Procuo orientação e apoio
<b>13. Em ambientes sociais, eu Geralmente</b>	<input type="checkbox"/> Falo com os outros	<input type="checkbox"/> Penso sobre o que está sendo dito	<input type="checkbox"/> Observo o que está acontecendo	<input type="checkbox"/> Escuto as conversas
<b>14. Sou bom para lembrar:</b>	<input type="checkbox"/> Nome das pessoas	<input type="checkbox"/> Lugares em que nos encontramos	<input type="checkbox"/> Rosto das pessoas	<input type="checkbox"/> Personalidades das pessoas
<b>15. O trabalho que faço me propicia:</b>	<input type="checkbox"/> O poder para influenciar os outros	<input type="checkbox"/> Missões desafiadoras	<input type="checkbox"/> Alcance de minhas metas pessoais	<input type="checkbox"/> Aceitação pelo grupo
<b>16. Eu trabalho bem com aqueles que são:</b>	<input type="checkbox"/> Ativos e ambiciosos	<input type="checkbox"/> Autoconfiantes	<input type="checkbox"/> Receptivos	<input type="checkbox"/> Educados e confiáveis
<b>17. Em situações de stress, eu:</b>	<input type="checkbox"/> Fico ansioso	<input type="checkbox"/> Concentro-me no problema	<input type="checkbox"/> Fico frustrado	<input type="checkbox"/> Fico esquecido
<b>18. Os outros me consideram:</b>	<input type="checkbox"/> Agressivo	<input type="checkbox"/> Disciplinado	<input type="checkbox"/> Imaginativo	<input type="checkbox"/> Apoiador
<b>19. Minhas decisões são tipicamente:</b>	<input type="checkbox"/> Realistas e diretas	<input type="checkbox"/> Sistemáticas ou abstratas	<input type="checkbox"/> Amplas e flexíveis	<input type="checkbox"/> Sensíveis às necessidades dos demais
<b>20. Eu não gosto de:</b>	<input type="checkbox"/> Perder o controle	<input type="checkbox"/> Trabalho maçante	<input type="checkbox"/> Seguir regras	<input type="checkbox"/> Ser rejeitado

**SOMOS QUEM PODEMOS SER**

**SONHOS QUE PODEMOS TER...**

*Engenheiros do Hawaii*