

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO E SOCIOECONÔMICAS – ESAG**  
**DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO**

**GISSELE SOUZA DE FRANCESCHI NUNES**

**GOVERNANÇA DA POLÍTICA PÚBLICA DE  
CIRURGIAS ELETIVAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**FLORIANÓPOLIS**

**2024**

**GISSELE SOUZA DE FRANCESCHI NUNES**

**GOVERNANÇA DA POLÍTICA PÚBLICA DE  
CIRURGIAS ELETIVAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Administração pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Escola Superior de Administração e Gerência – Esag, da Universidade do Estado de Santa Catarina – Udesc.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Secchi

Coorientador: Prof. Dr. Alexandre Morais Nunes

**FLORIANÓPOLIS**

**2024**

**Ficha catalográfica elaborada pelo programa de geração automática da  
Biblioteca Universitária Udesc,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Nunes, Gissele Souza De Franceschi  
Governança da Política Pública de Cirurgias Eletivas do  
Estado de Santa Catarina / Gissele Souza De Franceschi  
Nunes. -- 2024.  
186 p.

Orientador: Leonardo Secchi  
Coorientador: Alexandre Morais Nunes  
Tese (doutorado) -- Universidade do Estado de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Administração e  
Socioeconômicas - ESAG, Programa de Pós-Graduação em  
Administração, Florianópolis, 2024.

1. Política Pública. 2. Governança. 3. Cirurgias Eletivas. I.  
Secchi, Leonardo. II. Nunes, Alexandre Morais . III.  
Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de  
Ciências da Administração e Socioeconômicas - ESAG,  
Programa de Pós-Graduação em Administração. IV. Título.

**GISSELE SOUZA DE FRANCESCHI NUNES**

**GOVERNANÇA DA POLÍTICA PÚBLICA DE  
CIRURGIAS ELETIVAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Administração pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Escola Superior de Administração e Gerência – ESAG, da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Secchi

Coorientador: Prof. Dr. Alexandre Morais Nunes

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Leonardo Secchi

Universidade do Estado de Santa Catarina

Membros:

Profa. Dra. Sullivan Desirée Fischer

Universidade do Estado de Santa Catarina

Prof. Dr. Paulo Roberto da Cunha

Universidade do Estado de Santa Catarina

Profa. Dra. Fabrícia Rosa

Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Ana Lucia Romão

Universidade de Lisboa

Florianópolis, 19 de dezembro de 2024.

Ao meu filho Eduardo.

## **AGRADECIMENTOS**

Nunca imaginei que seria fácil chegar a este momento, o último passo antes de encaminhar a tese para os professores renomados que compõem a banca. Enquanto escrevo estas palavras, lágrimas escorrem pelos meus olhos, refletindo a intensa trajetória dos últimos quatro anos. Saí de uma zona de conforto onde me estabeleci profissionalmente desde 1999 na área de Ciências Contábeis e, por diversas situações, decidi embarcar no desafio de um doutorado em Administração. Não poderia prever os desafios que enfrentaria ao me aventurar fora da minha área de origem, mas tudo isto foi possível graças à rede de apoio extraordinária que me acompanhou nesta jornada.

Agradeço primeiramente ao meu avô, que partiu ao longo desta trajetória, mas deixou um legado de inspiração. Lembro-me claramente do dia em que compartilhei com ele a notícia de que havia passado no processo seletivo do doutorado. Ele me disse: "Gisa, isso é a coisa mais importante da vida. Nunca pare de buscar conhecimento e estudar". Mesmo sem ter conseguido concluir os próprios estudos, possuía um conhecimento imenso, muitas vezes superior ao de muitos doutores, especialmente em geografia, fruto de horas dedicadas à leitura. Seu exemplo foi e sempre será uma fonte de inspiração inestimável.

Ao meu filho, um adolescente de apenas 13 anos que, mesmo nos momentos em que precisei me ausentar, nunca deixou de me apoiar. Em cada dificuldade, ele dizia: "Mãe, olha aonde você chegou. Você vai conseguir!". Ele não tem ideia do impacto que estas palavras tiveram em mim, muitas vezes me dando forças para continuar.

À minha mãe que sempre soube como me amar nos momentos mais difíceis. Nunca esqueço o dia em que, ao me ver esgotada, acendeu uma vela, trazendo uma sensação de calma e conforto indescritíveis. Mãe, nunca terei palavras suficientes para expressar minha gratidão por todo o amor, apoio e incentivo ao longo da minha vida. Você sempre me mostrou a importância de estudar e buscar o melhor de mim mesma.

Ao meu pai, que como professor, desde a minha infância, enfatizou o valor da educação. Ele sempre dizia: "A única coisa que posso deixar para vocês são os estudos". Lutou para que minha irmã e eu tivéssemos uma base sólida,

proporcionando-nos uma educação de qualidade. Pai, sua dedicação foi fundamental para que eu chegasse até aqui.

À minha irmã que me ouviu inúmeras vezes, sempre com paciência e palavras de encorajamento: "Calma, você vai dar conta, tenho certeza disso". Seu apoio, especialmente ao compartilhar seu conhecimento em Administração, foi essencial ao longo deste percurso. Sou profundamente grata pela sua parceria e pelas muitas vezes em que você esteve ao meu lado.

Ao meu marido que desde o início foi meu maior incentivador. Durante estes quatro anos, ele compreendeu minhas ausências e muitas vezes cobriu os momentos em que eu não conseguia estar presente com o nosso filho. Seu apoio, compreensão e contribuição com seu conhecimento foram fundamentais para que eu pudesse alcançar este resultado.

Ao meu orientador, Dr. Leonardo Secchi, um exemplo de professor e pessoa. Sua paciência e seu conhecimento impecáveis me ajudaram a superar muitas barreiras. Sempre compreensivo, ele me ensinou que tudo pode ser feito com calma e organização, mesmo quando minha ansiedade parecia tomar conta. Sua orientação foi indispensável para que eu pudesse concluir este trabalho.

Ao professor Dr. Alexandre Moraes Nunes, estou profundamente grata pela oportunidade de realizar parte da minha pesquisa em Lisboa. Esta experiência foi enriquecedora e marcou um divisor de águas na minha formação acadêmica e pessoal.

Agradeço também aos servidores da Secretaria de Estado da Saúde que sempre me atenderam de forma atenciosa e prestativa nos momentos em que precisei de informações e suporte para minha pesquisa.

À minha amiga Mônica que sempre me incentivou, apontando caminhos e soluções para os desafios que enfrentei ao longo desta jornada. Sua amizade foi e continua sendo um alicerce importante em minha vida.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para esta pesquisa, registro aqui minha gratidão e carinho.

## RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar como ocorre a governança da política pública de cirurgias eletivas no Estado de Santa Catarina. Para isto foram definidos objetivos específicos, como identificar os atores envolvidos e suas competências, descrever os procedimentos operacionais, avaliar a governança com base em parâmetros do Tribunal de Contas da União e propor recomendações para o aprimoramento da política. A relevância do tema reside no impacto social da saúde pública e na urgência de aprimorar a gestão das filas de cirurgias eletivas, um problema que afeta diretamente a qualidade de vida da população e a eficiência do sistema de saúde. O arcabouço teórico da pesquisa foi fundamentado em conceitos de políticas públicas, governança, redes de políticas e avaliação de governança. Em especial, utilizou-se o referencial do Tribunal de Contas da União (TCU) como base para o desenvolvimento de uma matriz de análise aplicada à política em questão. Este modelo foi complementado por elementos da literatura acadêmica, proporcionando uma visão estruturada e abrangente de governança. A matriz de análise foi composta com as seguintes categorias: institucionalização, planos e objetivos, capacidade organizacional, recursos financeiros, comunicação, prestação de contas, monitoramento e avaliação. A pesquisa seguiu uma abordagem qualitativa, utilizando o método de estudo de caso, com foco na análise do subsistema de cirurgias eletivas no Estado de Santa Catarina. Os dados foram coletados por meio de análise documental e entrevistas com gestores e outros atores envolvidos na política. Além disto, a pesquisadora realizou uma análise comparativa com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal que oferece exemplos de práticas inovadoras. Entre eles destacam-se o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), que inclui o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) e o Vale-Cirurgia, além de um portal de transparência robusto. Os resultados da pesquisa demonstraram que embora a governança da política de cirurgias eletivas apresente avanços importantes, como a existência de marcos legais, a formalização de contratos e a implementação de ferramentas como o Sisreg, ainda há desafios significativos que comprometem sua efetividade. Entre as principais falhas estão a fragmentação de responsabilidades entre diferentes níveis de gestão, a falta de indicadores regionais para planejamento e monitoramento, a ausência de dados históricos no sistema de regulação e limitações na transparência dos processos. Com base nisto foram elaboradas recomendações

para o aprimoramento da política, incluindo a criação de planos regionais alinhados às metas estaduais, a modernização do Sisreg com a inclusão de dados históricos, a implementação de plataformas de transparência mais acessíveis e a adoção de ferramentas inspiradas no modelo português, como o TMRG e o Vale-Cirurgia. Também foi destacada a recomendação de investimento em capacitação contínua para gestores e equipes, o desenvolvimento de indicadores padronizados de monitoramento e a realização de campanhas de comunicação para engajar a população e promover maior clareza sobre o funcionamento da política.

**Palavras-chave:** Política Pública; Governança; Cirurgias Eletivas.

## **ABSTRACT**

The general objective of this research was to analyze how the governance of the public policy of elective surgeries occurs in the State of Santa Catarina. To this end, specific objectives were defined, such as identifying the actors involved and their competencies, describing the operational procedures, evaluating governance based on the parameters of the Federal Court of Accounts and proposing recommendations for the improvement of the policy. The relevance of the theme lies in the social impact of public health and the urgency of improving the management of elective surgery queues, a problem that directly affects the quality of life of the population and the efficiency of the health system. The theoretical framework of the research was based on concepts of public policies, governance, policy networks and governance evaluation. In particular, the reference of the Federal Court of Accounts (TCU) was used as a basis for the development of an analysis matrix applied to the policy in question. This model was complemented by elements of the academic literature, providing a structured and comprehensive view of governance. The analysis matrix was composed of the following categories: institutionalization, plans and objectives, organizational capacity, financial resources, communication, accountability, monitoring and evaluation. The research followed a qualitative approach, using the case study method, focusing on the analysis of the subsystem of elective surgeries in the State of Santa Catarina. Data were collected through document analysis and interviews with managers and other actors involved in the policy. In addition, the researcher carried out a comparative analysis with the National Health Service (SNS) of Portugal that offers examples of innovative practices. Among them, the Integrated Management System for Surgery Enrollees (SIGIC) stands out, which includes the Maximum Guaranteed Response Time (TMRG) and the Surgery Voucher, in addition to a robust transparency portal. The results of the research showed that although the governance of the elective surgery policy presents important advances, such as the existence of legal frameworks, the formalization of contracts and the implementation of tools such as Sisreg, there are still significant challenges that compromise its effectiveness. Among the main failures are the fragmentation of responsibilities between different levels of management, the lack of regional indicators for planning and monitoring, the absence of historical data in the regulatory system, and limitations in the transparency of processes. Based on this, recommendations were prepared for the improvement of

the policy, including the creation of regional plans aligned with state goals, the modernization of Sisreg with the inclusion of historical data, the implementation of more accessible transparency platforms, and the adoption of tools inspired by the Portuguese model, such as the TMRG and the Vale-Cirurgia (Surgery Voucher). Also highlighted was the recommendation to invest in continuous training for managers and teams, the development of standardized monitoring indicators and the carrying out of communication campaigns to engage the population and promote greater clarity about the functioning of the policy.

**Keywords:** Public Policy; Governance; Elective Surgeries.

## LISTA DE FIGURAS

|                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1 – 8Ps da Gestão de Políticas Públicas.....                                               | 31  |
| Figura 2 – Ciclo de Políticas Públicas .....                                                      | 33  |
| Figura 3 – Relacionamento em redes de políticas públicas .....                                    | 49  |
| Figura 4 – Perspectivas de observação da governança no setor público .....                        | 57  |
| Figura 5 – Componentes do Modelo do TCU para Avaliação de Governança em Políticas Públicas .....  | 59  |
| Figura 6 – Princípios do Sistema Único de Saúde .....                                             | 71  |
| Figura 7 – Estrutura Institucional e Decisória do SUS (SUS) - Adaptada .....                      | 73  |
| Figura 8 – Caracterização da Pesquisa .....                                                       | 79  |
| Figura 9 – Análise de dados na pesquisa qualitativa .....                                         | 91  |
| Figura 10 – Etapas de análise .....                                                               | 92  |
| Figura 11 – Esquema exemplificativo da Técnica de Triangulação proposta por Triviños (1987) ..... | 93  |
| Figura 12 – Técnica de coleta e triangulação da pesquisa.....                                     | 94  |
| Figura 13 – Mapa das Gerências Regionais de Saúde.....                                            | 100 |
| Figura 14 – Fluxograma de Cirurgias eletivas .....                                                | 104 |
| Figura 15 – Vale Cirurgia.....                                                                    | 139 |
| Figura 16 – Inscritos em LIC dentro do TMRG (180 dias) .....                                      | 141 |
| Figura 17 – Intervenções Cirúrgicas nos Cuidados de Saúde Hospitalares.....                       | 142 |
| Figura 18 – Demora média antes da cirurgia.....                                                   | 142 |

## LISTA DE QUADROS

|                                                                                      |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 1 – Tipos de Avaliação de Política Pública.....                               | 38  |
| Quadro 2 – Diferenças entre Governo e Governança.....                                | 42  |
| Quadro 3 – Princípios de boa governança.....                                         | 43  |
| Quadro 4 – Megatendências administrativas.....                                       | 45  |
| Quadro 5 – Três Perspectivas da Formulação de Políticas Públicas.....                | 52  |
| Quadro 6 – Dimensões x Capacidade de Governança das Redes de Políticas Públicas..... | 54  |
| Quadro 7 – Institucionalização.....                                                  | 60  |
| Quadro 8 – Planos e Objetivos.....                                                   | 60  |
| Quadro 9 – Participação.....                                                         | 61  |
| Quadro 10 – Capacidade Organizacional e Recursos.....                                | 62  |
| Quadro 11 – Coordenação e Coerência.....                                             | 63  |
| Quadro 12 – Monitoramento e Avaliação.....                                           | 65  |
| Quadro 13 – Gestão e Riscos de Controle Interno.....                                 | 66  |
| Quadro 14 – Accountability.....                                                      | 67  |
| Quadro 15 – Atributos da atenção primária à saúde.....                               | 74  |
| Quadro 16 – Relação de documentos.....                                               | 82  |
| Quadro 17 – Modelo teórico.....                                                      | 84  |
| Quadro 18 – Matriz de análise da Tese.....                                           | 84  |
| Quadro 19 – Relação das entrevistas.....                                             | 89  |
| Quadro 20 – Triangulação dos dados.....                                              | 94  |
| Quadro 21 – Competências das Centrais de Regulação.....                              | 103 |
| Quadro 22 – Atores e Competências.....                                               | 108 |
| Quadro 23 – Discriminação das subações do Programa.....                              | 111 |
| Quadro 24 – Plano Estadual de Saúde.....                                             | 113 |
| Quadro 25 – Despesas fixadas e executadas.....                                       | 120 |
| Quadro 26 – Indicadores do Programa 430.....                                         | 131 |
| Quadro 27 – Plano Estadual de Saúde - Meta.....                                      | 132 |
| Quadro 28 – Tempo máximo de resposta garantidos.....                                 | 138 |
| Quadro 29 – Vale Cirurgia e Nota de transferência.....                               | 140 |
| Quadro 30 – Análise da Governança da Política Pública de Cirurgia.....               | 152 |
| Quadro 31 – Recomendações.....                                                       | 155 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|          |                                                       |
|----------|-------------------------------------------------------|
| ACSS     | Administração Central do Sistema de Saúde             |
| AIH      | Autorização de Internação Hospitalar                  |
| ASPS     | Ações e Serviços Públicos de Saúde                    |
| BVS      | Biblioteca Virtual em Saúde                           |
| CAPs     | Caixas de Aposentadorias e Pensões                    |
| CPF      | Cadastro de Pessoas Físicas                           |
| CEBES    | Centro Brasileiro de Estudos de Saúde                 |
| CEPON    | Centro de Pesquisas Oncológicas                       |
| CIB      | Comissão Intergestores Bipartite                      |
| CIT      | Comissão Intergestores Tripartite                     |
| CIR      | Comissões Intergestores Regionais                     |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  |
| CONASS   | Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde   |
| CNS      | Cartão Nacional de Saúde                              |
| COSEMS   | Conselho de Secretários Municipais de Saúde           |
| CRIH     | Central de Regulação de Internações Hospitalares      |
| DIRP     | Diretoria Regionalização e Planejamento               |
| GERSA    | Gerências Regionais de Saúde                          |
| GP       | Governança Pública                                    |
| HEMOSC   | Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina |
| INPS     | Instituto Nacional de Previdência Social              |
| IPEA     | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada              |
| ISCSP    | Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas    |
| LDO      | Lei de Diretrizes Orçamentárias                       |
| LGPD     | Lei Geral de Proteção de Dados                        |
| LIC      | Lista de Inscritos para Cirurgia                      |
| LOA      | Lei Orçamentária Anual                                |
| LRF      | Lei de Responsabilidade Fiscal                        |
| NHS      | National Health Service                               |
| NPM      | New Public Management                                 |
| NPM      | Nova Gestão Pública                                   |
| MRSB     | Movimento da Reforma Sanitária Brasileira             |

|               |                                                                                          |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| MARE          | Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado                                  |
| OPMs          | Órteses, Próteses e Materiais Especiais                                                  |
| PPA           | Plano Plurianual                                                                         |
| PES           | Plano Estadual de Saúde                                                                  |
| PTCO          | Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade                                            |
| PRÓ-ATIVIDADE | Programa de Estímulo à Produtividade e à Atividade Médica                                |
| PRÓ-MUTIRÃO   | Programa Estadual Permanente de Mutirões de Procedimentos Clínicos e Cirúrgicos Eletivos |
| PRÓ-GESTÃO    | Programa de Profissionalização da Gestão Hospitalar                                      |
| PPI           | Programação Pactuada e Integrada                                                         |
| PES           | Plano Estadual de Saúde                                                                  |
| PubMed        | National Library of Medicine                                                             |
| RAS           | Rede de Atenção à Saúde                                                                  |
| RPPs          | Relacionamento em Redes de Políticas Públicas                                            |
| RENAME        | Relação Nacional de Medicamentos Essenciais                                              |
| SES           | Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina                                           |
| SNS           | Serviço Nacional de Saúde                                                                |
| SIGIC         | Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia                                   |
| SISREG        | Sistema de Regulação                                                                     |
| SIGLIC        | Sistema Integrado de Gestão das Listas Cirúrgicas                                        |
| SIH           | Sistemas de Informação Hospitalar                                                        |
| SIA           | Sistema de Informações Ambulatoriais                                                     |
| SUR           | Superintendência de Regulação                                                            |
| SGP           | Superintendência de Gestão Estratégica e Planejamento                                    |
| SUS           | Sistema Único de Saúde                                                                   |
| TMRG          | Tempo Máximo de Resposta Garantido                                                       |
| TCU           | Tribunal de Contas da União                                                              |
| TFD           | Transporte Fora do Domicílio                                                             |
| UDESC         | Universidade do Estado de Santa Catarina                                                 |
| USP           | Universidade de São Paulo                                                                |
| WoS           | Web of Science                                                                           |

## SUMÁRIO

|              |                                                                         |           |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                 | <b>16</b> |
| 1.1          | PROBLEMA .....                                                          | 20        |
| 1.2          | OBJETIVOS .....                                                         | 20        |
| <b>1.2.1</b> | <b>Objetivo geral.....</b>                                              | <b>20</b> |
| <b>1.2.2</b> | <b>Objetivos Específicos .....</b>                                      | <b>20</b> |
| 1.3          | PRESSUPOSTOS DA PESQUISA.....                                           | 21        |
| 1.4          | JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA .....                                        | 22        |
| 1.5          | PESQUISA NO EXTERIOR .....                                              | 26        |
| 1.6          | ESTRUTURA DA TESE .....                                                 | 28        |
| <b>2</b>     | <b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>                                      | <b>29</b> |
| 2.1          | POLÍTICAS PÚBLICAS .....                                                | 29        |
| <b>2.1.1</b> | <b>Avaliação De Políticas Públicas.....</b>                             | <b>35</b> |
| <b>2.1.2</b> | <b>Governança de Políticas Públicas .....</b>                           | <b>38</b> |
| <b>2.1.3</b> | <b>Governança de Redes de Políticas Públicas .....</b>                  | <b>46</b> |
| 2.1.3.1      | <i>Redes de Políticas Públicas .....</i>                                | <i>46</i> |
| 2.1.3.2      | <i>Avaliação De Governança em Políticas Públicas.....</i>               | <i>55</i> |
| 2.2          | POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO BRASIL .....                 | 68        |
| <b>2.2.1</b> | <b>Sistema Único de Saúde.....</b>                                      | <b>70</b> |
| 2.2.1.1      | <i>Estrutura do SUS.....</i>                                            | <i>73</i> |
| <b>3</b>     | <b>FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS E METODOLOGIA .....</b>                  | <b>76</b> |
| 3.1          | PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS .....                                      | 76        |
| 3.2          | CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....                                        | 78        |
| 3.3          | QUADRO TEÓRICO .....                                                    | 83        |
| 3.4          | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....                                        | 86        |
| <b>3.4.1</b> | <b>Coleta de dados.....</b>                                             | <b>86</b> |
| 3.5          | PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS .....                                  | 91        |
| 3.6          | LIMITAÇÕES DO TRABALHO .....                                            | 95        |
| <b>4</b>     | <b>RESULTADOS E ANÁLISE DA PESQUISA DE CAMPO.....</b>                   | <b>97</b> |
| 4.1          | SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SANTA CATARINA.....                    | 97        |
| 4.2          | POLÍTICA DE REGULAÇÃO.....                                              | 101       |
| 4.3          | AVALIAÇÃO DA GOVERNANÇA DA POLÍTICA PÚBLICA DE CIRURGIAS ELETIVAS ..... | 104       |

|       |                                                                                 |     |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.3.1 | Institucionalização .....                                                       | 104 |
| 4.3.2 | Plano e objetivos .....                                                         | 110 |
| 4.3.3 | Capacidade organizacional .....                                                 | 114 |
| 4.3.4 | Capacidade Financeira .....                                                     | 118 |
| 4.3.5 | Comunicação .....                                                               | 123 |
| 4.3.6 | <i>Accountability</i> .....                                                     | 127 |
| 4.3.7 | Monitoramento e Avaliação .....                                                 | 130 |
| 4.4   | SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DE PORTUGAL.....                                      | 133 |
| 4.5   | RESULTADO E DISCUSSÕES.....                                                     | 144 |
| 5     | CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                                      | 158 |
|       | REFERÊNCIAS.....                                                                | 163 |
|       | APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA .....                                        | 176 |
|       | APÊNDICE B – ORGANOGRAMA DO ESTADO DE SANTA CATARINA<br>.....                   | 178 |
|       | APÊNDICE C – MAPA ESTRATÉGICO DA SECRETARIA DE ESTADO<br>DE SANTA CATARINA..... | 179 |
|       | APÊNDICE D – DETALHAMENTO DO FLUXOGRAMA DAS CIRURGIAS<br>ELETIVAS .....         | 180 |
|       | APÊNDICE E – HOSPITAIS SOB GESTÃO ESTADUAL – CIRURGIAS<br>ELETIVAS .....        | 182 |

## 1 INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é um direito universal estabelecido no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.

### Artigo 25

Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família **saúde**, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (grifou-se)

Não obstante ser reconhecido como um direito universal, muitos países sofrem problemas sérios quanto ao acesso à saúde. Mendes (2011) argumenta que os sistemas públicos universais de atenção à saúde apresentam como uma debilidade estrutural os longos tempos de espera em procedimentos, especialmente quando a demanda excede a oferta. O autor destaca, por exemplo, que no Reino Unido uma pesquisa de opinião concluiu que as maiores reclamações quanto ao *National Health Service* (NHS) estão diretamente relacionadas ao tempo de espera para o acesso a especialistas em cirurgias eletivas.

A situação não é diferente no Brasil. O estudo realizado por Senna *et al.* (2020) menciona que o Sistema Único de Saúde brasileiro possui como um dos maiores desafios a estagnação das cirurgias eletivas, decorrente da morosidade nos atendimentos hospitalares.

A Constituição Federal de 1988 estabelece que o acesso à saúde é garantido a toda população deve ser prestado pelo Estado, compreendendo todos os entes federados, por meio de ações e serviços públicos que formam o Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, é garantido constitucionalmente aos cidadãos brasileiros que o acesso ao SUS seja universal e gratuito.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Ademais, a saúde é um direito social<sup>1</sup> garantido pela Constituição e se encontra naqueles ditos de segunda geração, ou seja, está presente em todos os direitos diretamente conectados ao conceito de igualdade, notadamente por garantir uma vida digna. Mas não basta possuir uma garantia, ainda que ela seja constitucional.

Ela, a garantia, tem que ser aplicável, mensurável e efetiva, de forma que o Estado, por meio de todas as suas esferas administrativas — União, Estados, Municípios e Distrito Federal —, será o agente que proverá e garantirá, por meio das políticas públicas, as condições para que à população sejam fornecidos os meios necessários para a manutenção de uma vida saudável, logo, digna.

Diante de tal desígnio, o Estado lançará mão de seus poderes de regular, de tributar e de obrigar a cumprir, a fim de que a garantia à saúde esteja efetivamente disponível a todos os cidadãos.

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, define como princípios e diretrizes: universalização de acesso, integralidade, equidade, participação da comunidade, descentralização com comando único em cada esfera de governo, regionalização e hierarquização, intersetorialidade, cooperação e eficiência dos gestores, eficácia dos serviços, direito à informação em saúde, utilização de dados epidemiológicos para estabelecimentos de prioridades e alocação de recursos.

No contexto brasileiro, o desenvolvimento de critérios eficientes para distribuir os recursos para atender à demanda das cirurgias eletivas ainda é um grande desafio para os atores envolvidos: setor público, profissionais da saúde, os próprios pacientes e as organizações credenciadas para prestação de serviços, entre outros.

O problema afeta diretamente a qualidade de vida dos cidadãos e evidencia limitações estruturais, operacionais e financeiras no Sistema Único de Saúde (SUS). A morosidade nos atendimentos é destacada como uma das principais fragilidades dos sistemas públicos universais de atenção à saúde, como argumenta Mendes (2011), ao enfatizar que longos tempos de espera são uma debilidade estrutural em sistemas onde a demanda excede a oferta. Situações semelhantes são relatadas em outros países, como o Reino Unido, onde as maiores críticas ao *National Health*

---

<sup>1</sup> Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Service (NHS) dizem respeito aos atrasos no acesso a especialistas e cirurgias eletivas.

No âmbito do Estado de Santa Catarina, o Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, aprovado em março de 2023, surge como uma tentativa de mitigar estes problemas, oferecendo um contexto relevante para a análise da governança em políticas públicas.

A governança, enquanto conceito aplicado à gestão pública, ultrapassa a execução técnica de políticas, abrangendo a articulação entre atores, a definição de objetivos claros, o monitoramento e a prestação de contas. Segundo o Tribunal de Contas da União (TCU), governança é o conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle que asseguram o uso eficiente dos recursos públicos e a entrega de resultados à sociedade (Brasil, 2014).

Segundo Bevir (2013), observa-se uma variação de elementos que impactam a amplitude do conceito de governança, tornando-o uma definição multidisciplinar discutida em diversos ramos acadêmicos.

Como governança é um termo amplo, a literatura sobre ele é difusa. Diferentes comunidades acadêmicas usam 'governança' para discutir questões em áreas como estudos de desenvolvimento, economia, geografia, relações internacionais, planejamento, ciência política, administração e sociologia. Cada comunidade acrescenta algo à literatura. Os teóricos sociais usam 'governança' para conceituar análises abstratas de coordenação e organização social. Outros cientistas sociais debatem mudanças nos padrões de governança em assuntos corporativos, públicos e globais. Idealmente, uma teoria da governança deve abranger tanto análises abstratas de hierarquia, mercado e rede como tipos de organização, quanto debates mais empíricos sobre a natureza mutável da vida social e política. (Bever, 2013, p. 1)

No entanto, a complexidade da governança em sistemas descentralizados, como o SUS, exige uma coordenação entre diferentes níveis de governo, prestadores de serviços e a sociedade civil, conforme argumentado por Calmon e Costa (2013). Estes autores destacam que a capacidade de governança de redes de políticas públicas depende de dimensões como institucionalização, sustentabilidade, instrumentos de coordenação e comunicação.

No contexto das cirurgias eletivas em Santa Catarina, problemas como a transparência das listas de espera, a dificuldade de comunicação entre os diferentes níveis de gestão e a resistência de alguns hospitais em realizar procedimentos mais complexos são desafios significativos. A pandemia de Covid-19 agravou

significativamente as filas, ao suspender cirurgias eletivas por longos períodos, gerando um acúmulo.

Como observam Saggaf e Anastaki (2021), a pandemia do Covid-19 causou impacto significativo na prestação de serviços de saúde, incluindo consultas e volumes operativos, gerando desafios significativos para o sistema de saúde superar o acúmulo não só de consultas, mas também de cirurgias e nos tempos de espera cirúrgica (Lisbôa *et al.*, 2022).

Neste cenário, a literatura sobre governança pública oferece ferramentas analíticas para compreender os desafios e propor soluções. Modelos como a Nova Gestão Pública (*New Public Management* - NPM), que valorizam eficiência, eficácia e competitividade, e a Governança Pública (GP), que alavanca estruturas participativas e deliberativas, são relevantes para pensar estratégias que integrem atores e promovam maior eficiência (Secchi, 2009).

Dessa forma, a boa governança de políticas públicas pode ser fortalecida pela implementação de estratégias inovadoras que envolvam a cooperação entre atores não estatais e gestores públicos em diferentes níveis de governo (Ohoiwutun; Zacharias, 2024).

Essa abordagem colaborativa permite não apenas lidar com o acúmulo de demandas reprimidas no sistema de saúde, mas também fomentar a criatividade e a melhoria contínua dos processos organizacionais.

No Brasil, a edição da Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279 em 30 de dezembro de 2010 estabeleceu diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que busca fortalecer a coordenação entre os níveis de gestão, mas ainda enfrenta limitações em termos de recursos e governança.

Além disto, experiências internacionais, como o Portal de Transparência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal, servem como *benchmarking* para promover melhorias. A plataforma portuguesa oferece uma visão detalhada de indicadores cirúrgicos, permitindo monitorar o número de intervenções realizadas, os tempos de espera e os resultados por região e instituição. Estas ferramentas não apenas fortalecem a *accountability*, mas também promovem maior eficiência e confiança pública no sistema de saúde.

A escolha do tema desta pesquisa justifica-se pela relevância social das cirurgias eletivas e pela identificação de lacunas na governança desta política pública,

especialmente no contexto catarinense. Ao analisar como ocorre a governança desta política, este estudo busca compreender os avanços, os gargalos e as oportunidades de melhoria, contribuindo para a construção de um sistema mais eficiente, transparente e equitativa.

## 1.1 PROBLEMA

Diante do exposto, o problema que norteia este estudo tem a seguinte indagação: Como ocorre a governança da política pública das cirurgias eletivas no Estado de Santa Catarina?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo consiste em analisar a governança da política pública das cirurgias eletivas no Estado de Santa Catarina.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

De forma mais detalhada pretende-se alcançar os seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar os atores envolvidos na política pública de cirurgias eletivas do Estado de Santa Catarina e suas respectivas competências;
- b) Descrever os procedimentos envolvidos na execução política estudada;
- c) Avaliar a governança da política pública de cirurgias eletivas com base em parâmetros do Tribunal de Contas União;
- d) Propor recomendações para aprimorar a governança da política pública de cirurgias eletivas em Santa Catarina.

### 1.3 PRESSUPOSTOS DA PESQUISA

Os pressupostos da pesquisa foram delineados a partir dos objetivos geral e específicos, das abordagens teórico-empíricas adotadas e da pesquisa realizada para compreender melhor o contexto do campo investigado. Dessa forma, cada pressuposto foi estruturado de maneira a contribuir para a identificação de elementos teóricos e empíricos que possibilitem a análise e discussão do objetivo geral desta tese.

Pressuposto 1: A governança da política de cirurgias eletivas de Santa Catarina é concebida por meio da interação entre diversos atores, de acordo com suas competências.

A governança pública é um conceito que envolve uma interação entre diferentes atores institucionais, públicos e privados, que reúnem poder e responsabilidades na formulação e implementação de políticas públicas (Klijn; Koppenjan, 2016). No contexto da política de cirurgias eletivas, essa governança ocorre por meio da participação da Secretaria Estadual de Saúde (SES), municípios, hospitais credenciados e órgãos de controle, que precisam atuar de maneira coordenada para garantir a efetividade do programa. Rhodes (1996) destaca que a governança ocorre em redes, onde o governo não é mais o único ator dominante, mas sim um mediador que coordena as relações entre diferentes stakeholders.

Pressuposto 2: A implementação da política pública de forma adequada é fundamental para garantir o alcance dos resultados desejados.

A implementação de políticas públicas é um dos momentos mais desafiadores do ciclo de políticas, pois envolve a execução de planos propostos e a interação entre diversos atores responsáveis por sua concretização (Matland, 1995). De acordo com Secchi (2019), o sucesso da implementação de políticas públicas está diretamente relacionado à capacidade dos gestores públicos em planejar, monitorar e adaptar a execução, conforme as condições do ambiente. A ausência de uma estratégia clara de operacionalização pode resultar em discrepâncias entre a formulação da política e seus resultados práticos. Dessa forma, a efetividade de uma política pública não depende apenas de sua concepção teórica, mas, sobretudo, da capacidade de sua implementação ser planejada de maneira estruturada e alinhada aos objetivos propostos. A

Pressuposto 3: A governança da política pública pode ser avaliada por meio de modelos teóricos estruturados, como o Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas do TCU (Brasil, 2014), além de componentes abordados na literatura acadêmica.

A governança das políticas públicas pode ser analisada por meio de modelos teóricos estruturados que permitem avaliar sua eficiência, transparência e capacidade de articulação entre os atores envolvidos. O Tribunal de Contas da União (TCU), em seu Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas (BRASIL, 2014), propõe um modelo que estrutura a governança em três dimensões essenciais: liderança, estratégia e controle, fornece um arcabouço analítico para verificar a coerência e eficácia da governança no setor público. A literatura acadêmica aborda elementos essenciais para analisar a governança, nesse sentido, Calmon e Costa (2013) sugerem que a capacidade de governança das redes de políticas públicas seja analisada com base nas dimensões: a) capital social; b) institucionalização; c) sustentabilidade; d) estrutura e instrumentos de coordenação; e) comunicação; e f) informação e análise. Deste modo, modelos teóricos estruturados, como o Referencial do TCU, juntamente com abordagens acadêmicas contemporâneas, oferecem subsídios para análises aprofundadas sobre a governança e seus impactos na efetividade das políticas públicas.

Pressuposto 4: A análise sobre a política pública pode identificar alternativas solucionadoras para os entraves na execução da política.

A análise de políticas públicas desempenha um papel fundamental na identificação de entraves e na proposição de soluções para aprimorar sua implementação e governança. De acordo com Secchi (2019), a avaliação contínua das políticas públicas permite compreender as discrepâncias entre os objetivos planejados e os resultados planejados, possibilitando ajustes estratégicos e operacionais para garantir maior eficiência e efetividade.

#### 1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O estudo aborda a “análise da governança da política pública”, um tema ainda pouco explorado de forma integrada na literatura acadêmica. Embora a governança

no contexto da área pública seja amplamente debatida, sua análise em política pública, como na área de saúde, permanece limitada.

A literatura não apresenta concordância quanto ao conceito do termo “governança”, alguns autores propõem distintas interpretações, como Rhodes (1997) e Kooiman (2003), trazendo como, mas não somente, como redes de políticas e controle estatal.

Além disto, há uma ausência de pesquisas quanto à governança de cirurgias eletivas, o que evidencia uma lacuna de conhecimento. A análise da governança desta política pública busca propor soluções para aprimorar o sistema de regulação e gestão, visando atender demandas específicas e diminuir gargalos, como as filas de espera. Em consonância com o Tribunal de Contas da União (Brasil, 2014), a boa governança é um fator crucial para a efetividade de políticas públicas, especialmente em áreas que enfrentam desafios como escassez de recursos e alta demanda.

A revisão sistemática da literatura reforçou esta lacuna. Não foram encontrados artigos que abordassem diretamente o tema “– Análise da Governança da Política Pública” em bases relevantes, como a Scopus, indicando a necessidade de estudos que articulem os elementos de Análise, Políticas Públicas e Governança de forma integrada.

Os trabalhos existentes, em sua maioria, estão concentrados em “Análise”; “Políticas Públicas”; “Governança” de maneira isolada e não quanto à “Análise da Governança de Políticas Públicas”. Esta lacuna reforça a importância de estudo que articule estes elementos de forma integrada, como proposto na matriz de análise teórica deste estudo (Quadro 7), para geração de uma contribuição teórica para a comunidade científica.

Entre os estudos recentes encontrados, destaca-se o trabalho intitulado “*Avaliação de Políticas Públicas como Indicador de sua Eficácia: Experiência para a Ucrânia*”, realizado por Chaltseva (2023). Embora esse estudo não trate diretamente da análise da governança de políticas públicas, ele destaca que a avaliação de políticas públicas deve estar fundamentada nos princípios da boa governança, o que reforça a importância do aprofundamento dessa temática. Além disso, no contexto teórico, observa-se uma ampla variação na conceituação do termo “governança”, tornando essencial uma análise sob diversas perspectivas, identificando convergências e divergências, para a construção de um conceito mais adequado ao

campo das políticas públicas. Essa sistematização conceitual é fundamental para consolidar um entendimento teórico mais robusto.

A decisão pelo aprofundamento teórico de análise da governança de políticas públicas decorre, também, da necessidade de abordar os problemas de ação coletiva que envolve um conjunto de atores interdependentes, conforme destacado por Calmon e Costa (2013). Os problemas aparecem de forma evidente em políticas públicas de alta complexidade, como das cirurgias eletivas, objeto deste estudo, que envolvem diferentes níveis de atores, como gestores públicos, governo, profissionais de saúde e cidadãos que devem atuar de forma articulada.

Neste contexto, o problema das filas de espera para cirurgias eletivas é um exemplo dos desafios das ações coletivas. O problema não é exclusivo do estado de Santa Catarina, mas reflete em uma questão nacional. Segundo dados do Ministério da Saúde, com base nos planos estaduais aprovados e enviados ao órgão, o Brasil registrava 679 mil pacientes na fila de espera por cirurgias eletivas ao final de 2022, de acordo com dados divulgados em maio de 2023.

No Estado de Santa Catarina, ao final do exercício de 2022 havia 102.380 pacientes aguardando na fila de espera por cirurgia, considerando as solicitações realizadas entre 2017 e 2022. Estes dados constam no relatório técnico das contas prestadas pelo governador, elaborado pelo Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, com base em informações fornecidas pela Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR) (Santa Catarina, 2023a).

No campo empírico, as políticas da área da saúde são potencialmente, em conjunto com a educação, as que apresentam maior impacto na atuação estatal. A importância deste estudo se argumenta não apenas pela obrigatoriedade do direito intrínseco do acesso à saúde por parte dos cidadãos, mas, principalmente, por tratar-se de um problema relacionado à integridade da vida humana. Já que, em muitos casos, quando o tempo de espera se prolonga, pode ocorrer agravamento da doença, acarretando, em certas situações, o óbito do paciente.

O impacto das filas de espera extrapola a saúde dos pacientes, influenciando outros campos da administração pública, como, por exemplo, o acréscimo nos custos em razão da realização de possíveis novos exames, bem como as judicializações sofridas pelo estado em decorrência do problema. Desta forma, o Estado não pode se furtar a agir e deve sempre construir ou aplicar uma política pública que tenha como objetivo prestar serviços de qualidade à sociedade.

É relevante ressaltar o conceito de política pública definida por Secchi (2019), que se enquadra perfeitamente ao caso em questão. Aqui, o problema público é a fila de espera, e a política pública materializa em seu tratamento. O que se pretende é que a política pública enfrente o problema e traga o melhor resultado esperado, qual seja, a erradicação da fila ou, ao menos, o seu enfraquecimento a níveis que não causem transtorno à população. Portanto, o presente estudo poderá contribuir para a mitigação deste problema público.

A escolha da temática “cirurgias eletivas” justifica-se pelas entrevistas exploratórias semiestruturadas com alguns autores envolvidos no processo. Além disto, constatou-se a ausência de transparência nos dados oficiais relacionados à lista de espera. Pretende-se com a presente pesquisa formular alternativas, a fim de diminuir a morosidade no atendimento à população.

Vale salientar que com o objetivo de identificar as estratégias utilizadas no gerenciamento de lista de espera de pacientes de cirurgias eletivas em janeiro de 2021, Lisboa *et al.* (2022) realizaram uma pesquisa em bases de dados como *National Library of Medicine* (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Web of Science* (WoS) e a SCOPUS, considerando publicações ocorridas no período de 2016 a 2020. Foram identificados somente nove artigos que abordavam a temática em questão, logo verificou-se a necessidade de investir em novas pesquisas sobre o assunto.

A otimização do gerenciamento de listas de espera de pacientes cirúrgicos eletivos é de extrema necessidade para o funcionamento do sistema de saúde, uma vez que atrasos na realização destas cirurgias intensificam uma série de problemas para os pacientes, como piora nas condições de saúde, prolongamento do sofrimento físico e psíquico, perda de funcionalidade corporal e, em casos extremos, evolução para o óbito (Siciliani; Hurst, 2005).

No aspecto acadêmico, o presente projeto de tese está diretamente alinhado à linha de pesquisa “Administração Pública e Sociedade” deste curso de Doutorado em Administração, assim como às pesquisas realizadas pelo Grupo de Pesquisa de Política Pública e Desenvolvimento (CALLIPOLIS), uma vez que propõe analisar critérios de política pública na área da saúde, um direito universal, dentro de um contexto envolvendo diversos atores, instituições e procedimentos de ações públicas.

O interesse desta pesquisadora no tema estudado decorre não apenas de sua atuação como auditora fiscal do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, mas também de sua vivência prática no acompanhamento de políticas públicas de saúde.

Durante três meses, em 2018, a pesquisadora permaneceu na Secretaria de Estado da Saúde, onde teve a oportunidade de observar diversas situações conflitantes relacionadas ao sistema de regulação e gestão das filas de espera nos hospitais públicos. Esta experiência evidenciou a necessidade de instrumentos mais concretos e eficazes para auxiliar os gestores públicos na redução das filas de espera, um problema recorrente e desafiador no sistema de saúde.

## 1.5 PESQUISA NO EXTERIOR

Visando aumentar a relevância do estudo e subsidiar a proposição de recomendações para o aprimoramento da governança das cirurgias eletivas no Estado de Santa Catarina, a pesquisadora realizou uma análise sobre o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) implementado em Portugal. O propósito foi identificar medidas eficazes adotadas naquele país para reduzir as filas de espera de cirurgias eletivas, utilizando-as como benchmark para padrões e critérios passíveis de adaptação ao contexto catarinense.

A pesquisa foi realizada durante um período de aproximadamente 60 dias na Universidade de Lisboa (ULisboa), especificamente no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP), no âmbito de um convênio acadêmico entre a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e a ULisboa. Durante este período, a pesquisadora foi coorientada pelo Professor Doutor Alexandre Moraes Nunes, especialista em administração da saúde, com publicações amplamente reconhecidas sobre o tema e experiência prática como assessor do Ministro da Saúde de Portugal (2015-2018), período em que atuou diretamente na gestão de filas de espera nos hospitais portugueses.

Durante a estadia em Lisboa, a pesquisadora analisou a documentação que possibilitou um entendimento mais profundo sobre os benefícios e desafios do SIGIC, bem como sobre a sua relevância como modelo de governança na área da saúde.

O SIGIC foi implementado em 2004 como uma resposta à necessidade de melhorar a gestão das filas de espera em Portugal. Ele se destaca pela transparência e eficiência no gerenciamento das listas de espera para cirurgias eletivas, permitindo que os pacientes consultem sua posição na fila e o tempo clinicamente aceitável para o procedimento, conforme regulamentado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (Rodrigues, 2012).

Segundo Araújo *et al.* (2017), há grandes similaridades entre o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil e o Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal, especialmente em sua concepção como sistemas universais voltados para atender toda a população. Entretanto, há diferenças significativas: enquanto o SUS oferece gratuidade integral, o SNS adota a gratuidade mitigada, com a imposição de taxas moderadoras para moderar o acesso e garantir a proteção dos cidadãos com menor poder aquisitivo (Nunes, 2020).

Neste sentido, o SIGIC tem se mostrado uma ferramenta eficaz para reduzir as lacunas no atendimento cirúrgico, garantindo que o tempo de espera seja reduzido e alinhado ao limite clinicamente aceitável. Esta abordagem pode servir como referência para o Brasil, especialmente em Santa Catarina, que enfrenta desafios semelhantes na gestão de filas de espera.

A escolha por realizar a pesquisa em Portugal foi motivada pela relevância do SIGIC como um modelo de governança que prioriza a transparência e a equidade no acesso às cirurgias eletivas. A experiência portuguesa demonstra como a combinação de tecnologia, regulação clara e uma gestão eficiente pode transformar um sistema de saúde público, promovendo maior satisfação dos pacientes e otimização dos recursos disponíveis.

Quanto à pesquisadora ter realizado uma pesquisa no exterior para buscar alternativas para o problema, é importante esclarecer que da mesma forma que no Brasil, país conhecido como “pátria mãe”, Portugal, também concede o direito à saúde instituído na sua constituição e apresenta um sistema de saúde regido pelo governo, conhecido como Serviço Nacional de Saúde (SNS) português.

O SNS foi constituído pela Lei nº 56, de 15 de setembro de 1979, nos termos da Constituição, para atuar de forma articulada e sob direção unificada, descentralizada, democrática, que vise à prestação de cuidados globais a toda população.

**Art 2.º**

O SNS é constituído pela rede de órgãos e serviços prevista neste diploma, que, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde e atuando de forma articulada e sob direção unificada, gestão descentralizada e democrática, visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população. (Portugal, 1979)

Ademais, é importante salientar que o convênio vigente entre a Universidade do Estado de Santa Catarina e a Universidade de Lisboa acrescenta ainda mais amplitude à pesquisa por tratar especificamente de pesquisa no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. A coleta de dados que justifica esta pesquisa será abordada na seção 4 desta tese.

## 1.6 ESTRUTURA DA TESE

A tese está estruturada em cinco capítulos, conforme segue explicitado.

Inicia-se com o Capítulo 1, Introdução, que contextualiza o tema da pesquisa, apresentando o problema a ser investigado e os objetivos da tese, tanto geral quanto específicos. Também demonstra os pressupostos que orientam a pesquisa, bem como a justificativa para sua realização. Além disto, aborda-se a mobilidade de pesquisa e finaliza-se com a apresentação da estrutura geral da tese. O Capítulo 2, Fundamentação Teórica, apresenta o arcabouço teórico que sustenta o estudo, abordando conceitos como políticas públicas, governança, bem como contextualização do Sistema Único de Saúde (SUS), sua estrutura e a Rede de Atenção à Saúde. O Capítulo 3, Os Fundamentos Epistemológicos e Metodologia, descreve os pressupostos epistemológicos, caracteriza o tipo de pesquisa e detalha o quadro teórico utilizado. Em seguida discorre sobre os métodos de coleta de dados, os procedimentos de análise e as limitações do estudo. Os Resultados e Análise da Pesquisa de Campo, presentes no Capítulo 4, são apresentados nos achados da pesquisa, com foco na Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina e na política de cirurgias eletivas. Neste Capítulo são explorados aspectos como a política de regulação, a avaliação da governança desta política pública e dimensões específicas, como institucionalização, plano e objetivos, capacidade organizacional, recursos financeiros, comunicação, *accountability*, monitoramento e avaliação. Além disto, inclui-se uma análise do Sistema Nacional de Saúde de Portugal, mais especificamente, sobre o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia. O capítulo é finalizado com discussões sobre os achados. O Capítulo 5 contempla as Considerações Finais em que sintetiza-se os principais resultados da pesquisa, destacando as contribuições teóricas e práticas, bem como as limitações do estudo. Apontam-se sugestões para futuras pesquisas e reflexões sobre os desdobramentos da análise realizada. Por fim, as Referências listam as fontes utilizadas ao longo do

trabalho, garantindo credibilidade e respaldo teórico à pesquisa. A estruturação desta tese reflete um desenvolvimento lógico e progressivo, permitindo ao leitor compreender tanto os fundamentos conceituais quanto a aplicação prática e as implicações do estudo sobre governança de políticas públicas no contexto das cirurgias eletivas de Santa Catarina.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fim de estabelecer uma fundamentação teórica, partimos da contextualização das políticas públicas, compreendendo sua natureza cíclica. Posteriormente, apresentamos os princípios fundamentais da governança de políticas públicas e sua avaliação. Por último, abordamos as políticas específicas de saúde no Brasil.

### 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas estão inseridas na administração pública desde a década de 1950, primeiramente no âmbito da ciência política. Em 1960 McCamy destacou a importância da participação dos administradores públicos não apenas na execução de políticas públicas, mas na sua formulação (Farah, 2011). No entanto, o grande enfoque foi dado durante o século XIX, com o conceito de racionalização do Estado, quando se notou que os enigmas e problemas sociais poderiam ser solucionados pela aplicação da razão e do conhecimento humano (Parsons, 2007).

O surgimento dos livros *The Governmental process*, de David B. Truman, e *The policy Sciences*, dos autores Daniel Lerner e Harold D. Lasswell, ambos publicados em 1951, apresentaram as doutrinas pioneiras para instituição das pesquisas de políticas públicas. O primeiro impactou os processos na burocracia da administração pública. O segundo Lasswell escreveu o capítulo “*The policy orientation*” que tratou do crescimento de estudiosos na busca de formulação e avaliação do impacto das políticas públicas (Secchi, 2019). Neste capítulo o autor menciona que as disciplinas de ciências políticas devem esclarecer o processo de formulação e execução das políticas, bem como extrair dados e realizar interpretações para os problemas políticos de uma determinada fase (Lasswell, 1951).

Com efeito, extraídos os dados e concluídas as interpretações acerca dos problemas, as ações tomadas pelo governo com a finalidade de resolver aqueles problemas momentâneos da sociedade ou ainda do governo, considerados prioritários e que sejam de interesse público, são definidos, em um conceito sintetizado, política pública (Caldas; Crestana, 2005).

Para Guareschi *et al* (2004), a política é o comprometimento público para resolução de alguma demanda, podendo agir em diversas áreas da sociedade. Desta forma, um problema passa a ser considerado de interesse público e assim recebe uma tratativa de política pública para sua resolução ou mitigação.

No mesmo sentido é o conceito de política pública definida por Secchi (2009), sendo o problema público a doença e a política pública como ela é tratada. O que se pretende é que a política pública enfrente o problema e traga o melhor resultado esperado, qual seja, a erradicação do problema ou, ao menos, seu enfraquecimento a níveis que não causem problema à população.

No entanto, a definição mais difundida de política pública é dada por Lasswell, onde as decisões e análises acerca da política devem responder aos questionamentos de quem vai ganhar, por qual motivo e qual relevância isso terá para a sociedade (Souza, 2006).

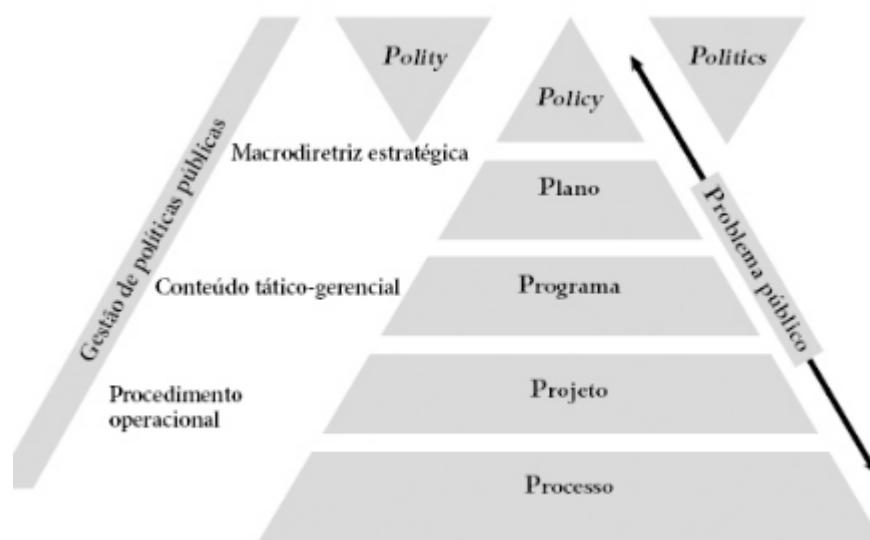
Não há dúvida que os estudiosos da ciência política divergem quanto o termo “política pública”. Diante das diversas perspectivas dadas ao termo, Secchi (2014) apresentou por meio de três nós conceituais o assunto. O protagonismo na determinação de políticas públicas em abordagens estatista ou multicêntrica tratam do primeiro nó conceitual. A abordagem estatista ou estadocêntrica (*state-centered policy-making*) entende as políticas públicas como monopólio de atores estatais, portanto a determinação de ser ou não pública depende da personalidade jurídica. Nesta abordagem até pode ter envolvidos atores não estatais, porém não possuem competência para decidir e comandar o andamento da política pública. Em contrapartida, na abordagem multicêntrica ou policêntrica para definição dos autores o que importa é se o problema a ser enfrentado é público, desta forma com representantes de organizações governamentais e não governamentais, integrando atores privados e públicos, formando as redes de políticas públicas (*policy networks*). A presente pesquisa adota a abordagem multicêntrica, por isto aprofunda-se sobre as redes de políticas públicas em um item específico.

O segundo nó conceitual entra na discussão que política pública está relacionada com a decisão de ação ou omissão pelos governantes. O autor ressalta que é difícil aceitar “não ação” como forma de política, partindo do pressuposto de política como diretriz, pois consequentemente “todas omissões ou negligências de atores governamentais e não governamentais fossem consideradas políticas públicas, tudo seria política pública” (Secchi, 2014, p. 07). Em suma, a política pública depende da presença de uma diretriz.

O último nó conceitual versa que a interpretação dos pesquisadores quanto à política pública abrange somente diretrizes estruturantes e os seus projetos e programas consistem na parte operacional. Em contrapartida, Secchi (2014) defende que as políticas públicas são diretrizes estratégicas, intermediárias e operacionais, inclusive, que boa parte dos *policy studies* são baseados em programas, planos e políticas públicas locais ou regionais.

O entendimento de níveis de políticas públicas fortalece a definição de Gestão de Políticas Públicas, quanto à ação e o efeito de diversos atores na conjuntura do Estado e da sociedade civil. Nesta natureza de PP, o autor associa “*polity* (instituições) à *policy* (orientação política) e à *politics* (dinâmica política) – se traduz, então, em artefatos gerenciais como planos (macrodiretriz estratégica), os quais se concretizam em ação por meio de programas (conteúdo tático)”, (Secchi et al, 2020, p. 26).

Figura 1 – 8Ps da Gestão de Políticas Públicas



Fonte: Secchi, Coelho e Pires (2020).

O modelo de gestão utilizado atua diretamente na forma que o governo organiza seus recursos e os oferece, por meio destes serviços públicos. Assim, influenciam diretamente na política pública, bem como sua implementação, análise e resultado (Araújo, 2007).

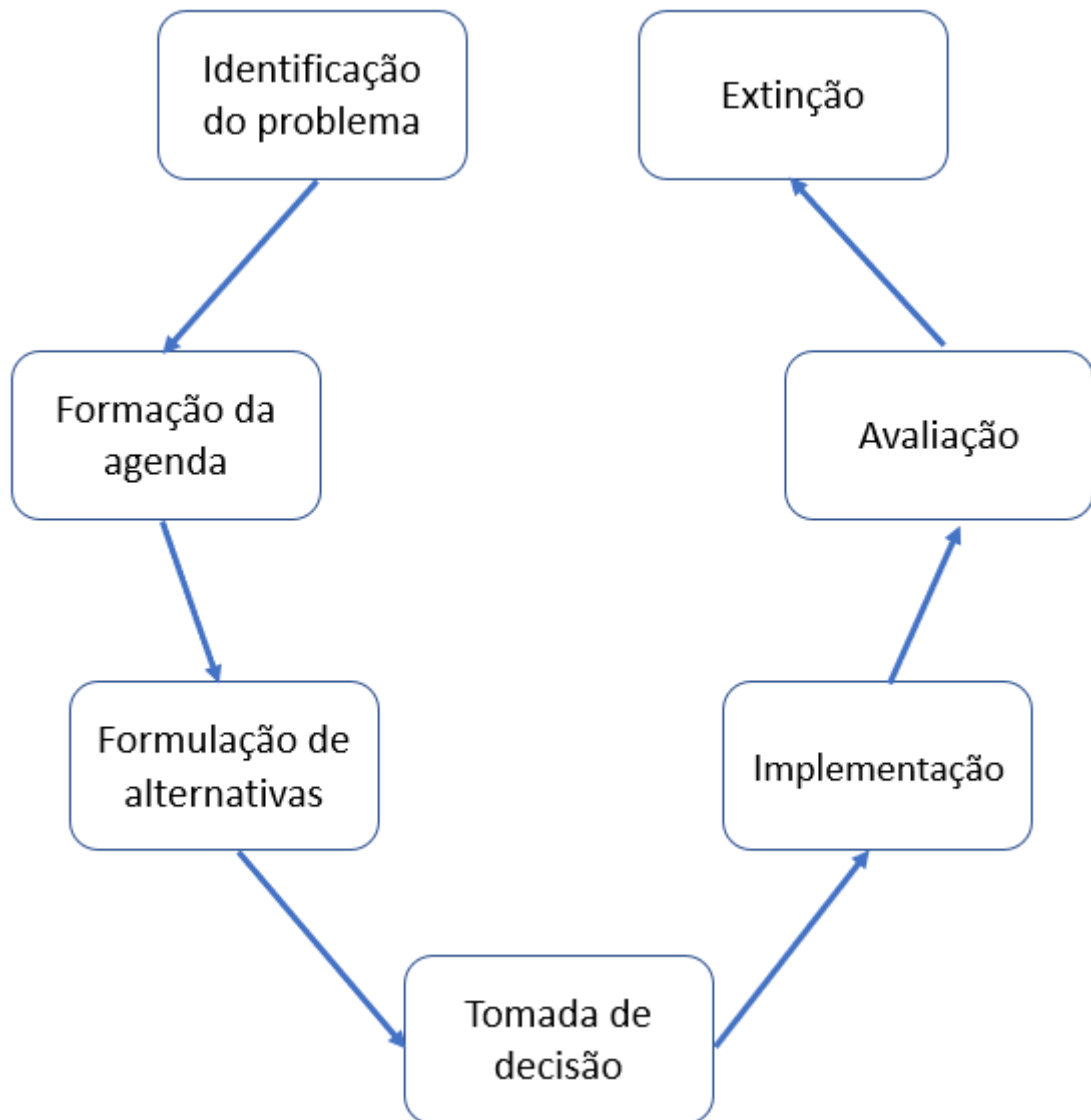
O modelo de gestão descrito por Araújo (2007) é intrinsecamente ligado ao ciclo de políticas públicas, onde cada fase é diretamente afetada pela maneira como os recursos são organizados e administrados.

A estrutura do ciclo de políticas tem servido como um instrumento essencial no campo da análise de políticas desde a década de 1950, facilitando a organização sistemática e a comparação de diversos discursos, metodologias e paradigmas dentro do campo (Jann; Wegrich, 2017).

As etapas que formam o ciclo de política englobam a definição da agenda, a formulação de políticas, a tomada de decisões, a implementação e a avaliação (Jann; Wegrich, 2017).

Secchi (2010) acrescenta mais duas fases ao ciclo de política e denomina: (i) identificação do problema, (ii) formação da agenda, (iii) formulação de alternativas, (iv) tomada de decisão, (v) implementação, (vi) avaliação e (vii) extinção.

Figura 2 – Ciclo de Políticas Públicas



Fonte: Secchi (2010).

A identificação do problema é o início do ciclo e trata-se da “diferença entre o que é aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública” (Secchi, 2014, p. 24). Posteriormente à identificação, a formação da agenda engloba o mecanismo pelo qual várias questões são definidas como prioridades governamentais em diferentes áreas, mas não somente a saúde, educação e agricultura (Capella, 2020). Na terceira etapa, denominada formulação de alternativas, são apresentadas várias opções de soluções para resolver os problemas, ademais os formuladores de políticas avaliam a viabilidade e a implicação de cada alternativa (Jann; Wegrich, 2017).

Na fase da tomada de decisão é realizada a seleção de uma opção política específica a partir das alternativas desenvolvidas durante a fase de formulação. O grau de consenso necessário para grandes mudanças políticas pode variar significativamente em diferentes sistemas políticos, afetando a forma como as decisões são tomadas (Sabatier, 2007).

Logo em seguida ocorre a implementação da política, ou seja, a execução do processo da política definida. Esse é um momento desafiador, pois, muitas vezes, enfrenta questões relacionadas à alocação de recursos, interpretações distintas da política e conflito de interesse (Matland, 1995). Os problemas no processo de implementação estão associados à capacidade limitada dos agentes implementadores ou de características específicas do ambiente em que o programa/política está sendo implementado. (Fischer, 2019)

Após a implementação, a avaliação da política para averiguar seus resultados, examina-se a situação da política e a extensão da redução do problema (Secchi, 2014). A compreensão desta etapa é essencial para o objetivo desta tese, desta forma, aprofunda-se o assunto em seção específica desta revisão teórica.

Quanto à extinção da política, com base em Giuliani (2005 apud Secchi, 2014), a extinção da política pode ocorrer pelas seguintes formas:

1. o problema que originou a política é percebido como resolvido;
2. os programas, as leis ou as ações que ativavam a política pública são percebidos como ineficazes;
3. o problema, embora não resolvido, perdeu progressivamente importância e saiu das agendas políticas e formais (Secchi, 2014, p. 37).

Não obstante a crítica relativa à sua validade empírica e aos fundamentos teóricos, o ciclo político persiste como uma estrutura fundamental dentro da disciplina da ciência política, frequentemente vinculada a fases distintas e à investigação acadêmica (Jann; Wegrich, 2017).

Dentro deste arcabouço é importante compreender, conforme mencionado anteriormente, a avaliação das políticas públicas. Este tema será abordado na seção seguinte.

### 2.1.1 Avaliação De Políticas Públicas

Na análise do ciclo de política pública, após a implementação da política, ocorre a fase da avaliação da política pública. Para o entendimento de uma perspectiva histórica sobre como as abordagens de avaliação evoluíram ao longo do tempo, refletindo mudanças nas políticas e metodologias, Vedung (2010) identifica quatro ondas principais denominadas: Onda Científica, Onda Orientada ao Diálogo, Onda Neoliberal e Onda de Evidências.

As avaliações de políticas públicas têm sua origem mais organizada na década de 1960, conhecida como “Onda Científica”, caracterizada pela busca de avaliar os programas do governo americano. Neste contexto, realizavam-se experimentos científicos com dois grupos para testar objetivos predefinidos, onde os acadêmicos conduziam as pesquisas e os tomadores de decisão aplicavam os resultados mais eficazes (Vedung, 2010).

No entanto, no início da década de 1990 a avaliação científica diminuiu e surgiu a “Onda Orientada ao Diálogo” que abordava avaliações participativas, e sem experimentos, onde coleta informações e realiza discussão entre os stakeholders (Vedung, 2010).

Já por volta de 1980 emergiu a “Onda Neoliberal” voltada a promover orientações para o Mercado. Os conceitos-chave incluíam desregulamentação, privatização, terceirização, eficiência e influência do cliente. A avaliação tratava de averiguar prestação de contas, relação custo-benefício e satisfação do cliente. Esta onda decorre da Nova Gestão Pública, assunto tratado em tópico específico nesta tese (Vedung, 2010).

A mais recente, foi denominada “Onda Baseada em Evidências”, surgiu próxima de 1995, que é dita como o renascimento da experimentação científica, sob o lema “O que importa é o que funciona”, este funcionamento depende das evidências (Vedung, 2010).

No contexto do arcabouço legal brasileiro é verificado o assunto em anos mais recentes, como quando a Carta Magna inseriu em 2021, por meio da Emenda Constitucional nº 109, § 16 do artigo 37 e artigo 165, a necessidade de avaliar e monitorar as políticas públicas.

Os órgãos e entidades da administração pública, individual ou conjuntamente, devem realizar avaliação das políticas públicas, inclusive com divulgação do objeto a ser avaliado e dos resultados alcançados, na forma da lei.

Art. 165. Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

I - o plano plurianual;

II - as diretrizes orçamentárias;

III - os orçamentos anuais.

(...)

§ 16. As leis de que trata este artigo devem observar, no que couber, os resultados do monitoramento e da avaliação das políticas públicas previstos no § 16 do art. 37 desta Constituição (Brasil, 2021).

Cabe ressaltar que o planejamento da execução das políticas públicas no Brasil é realizado pelo Plano Plurianual (PPA), pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e pela Lei Orçamentária Anual (LOA), materializado por meio de programas que buscam atender às necessidades sociais. “Contudo, a execução desse planejamento deve ser avaliada para que os recursos sejam empregados de forma eficiente, atendendo aos objetivos da política pública” (Nunes *et al.*, 2022, p. 4).

Diversos são os conceitos presentes na literatura para avaliação de políticas. Trevisan e Van Bellen (2008) reconhecem a complexidade e as múltiplas definições existentes na literatura. Para o IPEA (2018), é definida como um processo sistemático, integrado e institucionalizado, cujo objetivo é analisar a eficiência na aplicação dos recursos públicos e, quando necessário, identificar possibilidades de aprimoramento das ações executadas, para buscar melhorar os procedimentos, resultados e gestão das políticas públicas.

Além de ser um processo sistemático, a avaliação de políticas públicas incorpora uma análise crítica de projetos, programas ou políticas. O processo aplica metodologias fidedignas para averiguar se o desenho, a gestão e os resultados estão alinhados com o que foi planejado, bem como possíveis alterações imprevistas. A avaliação ainda busca analisar se as ações executadas são adequadas para atingir os objetivos propostos ou se há necessidade de realizar ajustes. Além disto, identifica-se os elementos do contexto que impactam nos resultados e evidências que sustentam o julgamento da avaliação (Rodriguez Bilella *et al.*, 2016).

A avaliação de políticas públicas é imprescindível para garantir que os objetivos dos programas governamentais sejam atingidos de forma atender às demandas da sociedade. Weiss (1999) acrescenta que avaliação pode servir como uma ferramenta para as decisões políticas e promover mudanças na sociedade. Inclusive, a autora argumenta que quando “bem conduzida e integrada ao processo político, a avaliação pode melhorar significativamente a qualidade das políticas

públicas e contribuir para uma governança mais eficaz e responsiva” (Weiss, 1999, p. 473).

Inclusive, a avaliação tem como propósito orientar os tomadores de decisões para averiguar a permanência, necessidade de correção ou cessação de algum programa ou política (Costa; Castanhar, 2003).

Para ser executada, a avaliação envolve a escolha de critérios, o uso de indicadores e o estabelecimento de padrões de referência para julgar o desempenho do programa ou política (Costa; Castanhar, 2003).

A escolha de critérios e indicadores depende do tipo de avaliação a ser realizada, na qual um dos fatores que impacta é o momento do ciclo da política pública. Há distintos tipos de avaliação que podem ser aplicados em diferentes fases da política, cada um com uma finalidade distinta. Neste estudo vamos ilustrar os diferentes tipos de avaliação de política pública, com base no ensaio teórico de Oliveira e Passador (2019) que exploraram uma diversidade de tipo de avaliação. Com o objetivo de exemplificar será apresentado a seguir um quadro que resume os tipos de avaliação descritos por Oliveira e Passador (2019), incluindo uma breve descrição de cada tipo e as referências em que os autores se basearam para construir suas definições. O Quadro 1 serve como uma ferramenta visual para facilitar o entendimento dos conceitos abordados, permitindo uma consulta rápida e objetiva sobre tipo de avaliação de políticas públicas.

Quadro 1 – Tipos de Avaliação de Política Pública

| Tipo        | Descrição                                                                                                          | Referências                                                                                |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ex-ante     | Realizada antes da implementação da política, com o objetivo de analisar sua viabilidade e potenciais impactos.    | Cotta, 2001; Cohen, E; Franco,R. 2008; Ramos; Schabbach, 2012.                             |
| Ex-post     | Executada durante ou ao final após a implementação da política para avaliar seus resultados e impactos reais.      | Cotta, 2001; Cohen, E; Franco,R. 2008; Trevisan; Van Bellen, 2008; Ramos; Schabbach, 2012. |
| Formativa   | Ocorre durante a implementação da política, visando fornecer informações no decorrer para os tomadores de decisão. | Scriven, 1991.                                                                             |
| Somativa    | Realizada ao final da política para determinar seu valor geral.                                                    | Scriven, 1991; Trevisan; Van Bellen, 2008.                                                 |
| Processo    | Foca na implementação e operação da política.                                                                      | Costa e Castanhar, 2003.                                                                   |
| Impacto     | Examina as consequências de longo prazo e as mudanças duradouras provocadas pela política.                         | Costa e Castanhar, 2003                                                                    |
| Eficiência  | Considera o atingimento dos objetivos do programa.                                                                 | Draibe, 2001; Costa e Castanhar, 2003; Alves e Passador, 2011                              |
| Eficácia    | Verifica se metas e objetivos da política foram alcançados.                                                        | Draibe, 2001; Costa e Castanhar, 2003; Alves e Passador, 2011                              |
| Efetividade | Analisa qualidade e quantidade das metas atingidas.                                                                | Draibe, 2001; Costa e Castanhar, 2003; Alves e Passador, 2011                              |

Fonte: Elaborado pela autora com base em Oliveira e Passador (2019).

Observa-se que os tipos de avaliação de política pública são diversificados dentro da literatura, o que abarca diferentes abordagens em conformidade com as necessidades e áreas sociais.

### 2.1.2 Governança de Políticas Públicas

O presente capítulo examinará a governança nas definições clássicas e contemporâneas, com foco na área pública. O termo governança é conceituado de forma ampla pela literatura. Vários estudos estão explorando este conceito em diversos contextos, ao mesmo tempo em que buscam contextualizar o tópico dentro da administração pública. De fato, um consenso sobre a definição precisa de governança permanece indefinido no discurso acadêmico. Contudo, embora possa

ser prejudicial a ausência de uma única definição, Peters (2010) postula que a diversidade de posições teóricas e disciplinares pode aprimorar a compreensão dos fenômenos de governança.

No estudo *Governance and Development* (1992, p. 1), realizado pelo Banco Mundial, a palavra governança é definida como a forma pela qual o “poder é exercido na administração dos recursos econômicos e sociais de um país para o desenvolvimento”. O documento também enfatiza a importância da governança para promoção de práticas eficazes para a gestão dos recursos públicos, bem como a capacidade dos governos em planejar, formular e implementar políticas públicas que visam o desenvolvimento econômico e social. Desta forma, destaca-se o papel da governança interligado ao desenvolvimento.

Enquanto o Banco Mundial tratava da administração de recursos para o desenvolvimento do Estado, Rhodes, em 1996, publicou o seu artigo intitulado “The New Governance: Governing Without Government”, um estudo que se tornou referência neste campo de pesquisa. Este estudo introduziu um novo conceito, o de “governar sem governo”. Nesta concepção fica clara a mudança em que o Estado deixa de ser o decisor central na formulação e implementação de políticas públicas, para o surgimento de uma relação mais horizontal, com a participação de outros atores para atender às demandas sociais, compartilhando as responsabilidades com o setor privado e a sociedade civil (Rhodes, 1996).

Rhodes (1996) identifica que o termo governança apresenta as seguintes aplicações na literatura internacional:

- a) Estado mínimo – diminuição do tamanho e a função do Estado, encaminhando funções para o setor privado organizações da sociedade civil;
- b) Governança corporativa – trata da forma como as empresas privadas são gerenciadas e controladas;
- c) *New Public Management* – inserção de práticas do setor privado na área pública, com busca de resultados e eficiência;
- d) Boa governança – termo usado por organizações internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), que engloba transparência, *accountability*, participação e o fortalecimento das instituições públicas como meios de buscar a eficiência e a equidade na gestão pública, tratada no capítulo da Avaliação de Governança de forma mais aprofunda;

e) Sistemas sociocibernéticos – interação de atores sociais e políticos em situações complexas;

f) Redes auto-organizadas – não há um controle hierarquizado central, ou seja, os atores públicos e privados interagem de forma descentralizada.

Para o autor, a governança ultrapassa a questão de governo, ocorre por meio redes de organizações e indivíduos, em vez de depender exclusivamente de estruturas governamentais hierárquicas tradicionais. Os governos possuem muita burocracia para o seu funcionamento, portanto, boa parte dos serviços prestados poderiam ser realizados por redes. Neste caso, as redes envolvem atores do setor público, privado e da sociedade civil que interagem de forma independente do governo central, com base em troca de recursos e negociação de objetivos compartilhados. O agente público altera de controlador direto para facilitador das redes, seu papel se torna indireto (Rhodes,1996).

Peters (2010) reconhece a importância da variedade de atores, como a sociedade civil e setor privado na formulação e implementação de políticas. No entanto, entende o estado como papel fundamental no processo da governança, não o excluindo como sugere Rhodes (1996). Desta forma, observa-se que, enquanto Rhodes (1996) propõe um modelo de governança mais descentralizado e baseado em redes, Peters (2010) busca uma abordagem mais equilibrada, mantendo o Estado como ator central, ainda que interaja com outros stakeholders.

Nesse contexto, a presente tese adota a definição de governança de políticas públicas como um processo de interação e cooperação entre múltiplos atores públicos e privados que, por meio de redes, negociam e implementam políticas públicas, compartilhando recursos e responsabilidades para a resolução de problemas coletivos (KLIJN; KOPPENJAN, 2016) . Essa concepção se alinha à ideia de governança em redes, onde os processos decisórios ocorrem em um ambiente interdependente, sem uma autoridade central dominante, exigindo mecanismos específicos de gestão para garantir a efetividade das políticas inovadoras.

Expandindo esta visão, Kooiman (2003) argumenta que a governança não é estática, mas sim um processo contínuo, dinâmico, interativo e de negociações entre os distintos setores da sociedade, atores públicos e privados, que buscam atingir os resultados das políticas públicas. Neste cenário complexo, o autor relaciona três formas de governança que traduzem as diferentes maneiras de interação entre os atores: autogovernança, cogovernança e governança hierárquica.

Na primeira, autogovernança, não há intervenção direta do Estado, os grupos sociais desenvolvem suas normas para a realização das suas atividades e resolução de problemas coletivos, portanto, as entidades são autônomas (Kooiman, 2003).

Por outro lado, a cogovernança abrange a cooperação entre os atores, como governo, setor privado e sociedade civil. Este modo de governança é o ideal para o enfrentamento de situações complexas, como os sistemas de saúde pública (objeto deste estudo), necessitando da participação ativa de todos os envolvidos (Kooiman, 2003).

Por último, a governança hierárquica, onde o Estado é o centro do comando, forma mais tradicional de governança. Com a utilização da estrutura formal de autoridade, o estado controla e coordena a implementação de políticas públicas (Kooiman, 2003).

No entanto, ainda para compreensão dos fundamentos de governança de políticas pública é necessário distinguir governança de governo. A literatura contribuiu de forma recorrente para a diferença entre governo e governança. De forma geral, apresenta-se governança como a interação entre o envolvimento de autores públicos e privados e o governo como uma instituição formal. Esta afirmação corrobora com o entendimento de Kooiman (2003) que trata a governança como um processo de relações entre atores públicos e privados e, por outro lado, o governo trata como instituição formal do Estado.

O governo tem a competência de administrar e implantar políticas, enquanto a governança trata de negociação como uma construção de consenso, não somente com o governo, mas também como a sociedade civil, área privada e stakeholders. Acrescenta que o governo opera por meio de normas e políticas formais, já a governança possui uma gama de elementos, como parcerias, acordos informais e redes (Bevir, 2013).

Para compreender as diferenças apontadas pela literatura entre governo e governança, elaborou-se o Quadro 2 abaixo.

Quadro 2 – Diferenças entre Governo e Governança

| <b>ELEMENTOS</b>  | <b>GOVERNO</b>                                                                | <b>GOVERNANÇA</b>                                                                              | <b>AUTORES</b>                            |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Definição         | Autoridade responsável pela formulação e implementação de políticas públicas. | Processo de coordenação entre múltiplos atores na formulação e execução de políticas públicas. | Peters (2010); Kooiman (2003).            |
| Atores            | Instituição formal – governo centralizado.                                    | Diferentes atores (governo, setor privado, sociedade civil).                                   | Pierre e Peters (2001).                   |
| Estrutura         | Hierárquica e burocrática.                                                    | Distribuída, com compartilhamento de competência entre os atores.                              | Peters (2010); Sørensen e Torfing (2007). |
| Objetivo          | Preservação da ordem social e a execução de políticas de governo.             | Solução de problemas públicos por meio de cooperação.                                          | Pierre e Peters (2001).                   |
| Implementação     | Execução direta das políticas públicas conforme as normas legais.             | Mecanismos informais para implementação de políticas entre os atores.                          | Salamon (2002).                           |
| Tomada de decisão | Autoridades governamentais decidem, com pouca participação externa.           | Decisão envolve um consenso entre os atores envolvidos.                                        | Kooiman (2003).                           |
| Accountability    | Governo presta contas à sociedade (legalidade).                               | Responsabilidade distribuída entre atores diversos.                                            | Kooiman (2003); Rhodes (1997).            |

Fonte: Elaborada pela autora (2024) com base nos autores das referências supracitadas.

As diferenças entre governo e governança traduzem diferentes abordagens entre a formulação e execução das políticas públicas. O governo caracteriza como uma autoridade formal e centralizadora, com a responsabilidade de manter a ordem e implementar diretamente as políticas. Por outro lado, a governança distribui as atribuições entre os distintos atores públicos e privados para solucionar os problemas públicos. Dado esta distinção, os princípios da boa governança, definidos pelo Banco Mundial (1992), fornece elementos essenciais para uma governança eficaz. São eles:

Quadro 3 – Princípios de boa governança

| PRINCÍPIOS                                 | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Transparência                              | Informações disponíveis gratuitamente para os indivíduos que serão influenciados pelas políticas e práticas de governança, permitindo que entendam e monitorem os processos envolvidos. |
| Responsabilidade ( <i>accountability</i> ) | Estruturas que responsabilizam funcionários e instituições públicas, de forma política e administrativa, por suas condutas e decisões.                                                  |
| Participação                               | Incentivar todas as partes interessadas no processo de decisão. Deste modo, diversas perspectivas são consideradas, tornando as políticas mais eficazes.                                |
| Estado de direito                          | As estruturas legais devem ser justas e aplicadas de maneira imparcial. A legislação deve ser aplicada igualmente a todos os cidadãos.                                                  |
| Eficácia e eficiência                      | Aplicar de forma eficiente os recursos e serviços para atingir os objetivos pretendidos.                                                                                                |
| Equidade e inclusividade                   | Garantir que todos os membros da sociedade se percebam incluídos, diminuindo a desigualdade predominante entre os membros da comunidade.                                                |
| Responsividade                             | As instituições e os processos devem ser atendidos dentro de um prazo razoável.                                                                                                         |

Fonte: Elaborado pela autora (2024) com base no Banco Mundial (1992).

Os princípios de boa governança, apresentados pelo Banco Mundial, norteiam o fortalecimento e desenvolvimento das organizações. Entretanto, quando aplicados no âmbito da América Latina e do Brasil, surgem diversos desafios e complexidades, como retrata Marques (2013), que desenvolve uma análise crítica das diferentes aplicações e conceitos de governança na região.

Segundo Marques (2013), duas abordagens são fundamentais para o entendimento da governança no âmbito da América Latina e no Brasil. A primeira, influenciada pelo New Public Management, surgiu nos anos 1990, relacionando a governança à reforma do estado, maior eficiência administrativa e *accountability*, alinhando-se aos princípios da governança do Banco Mundial. No Brasil, o modelo NPM foi implementado de forma significativa durante a gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso, mediante a criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE).

Em contrapartida, como discute Marques (2013), a segunda perspectiva associa a governança à participação social, democracia e controle social, exemplificada pela criação de instituições participativas, como conselhos de políticas

públicas, o orçamento participativo e conferências nacionais. Ambas as abordagens são criticadas por Marques (2013) por trazerem uma visão normativa da governança, associando-a a determinados resultados considerados desejáveis.

Em sua crítica o autor postula uma conceituação alternativa de governança, com base em discursos locais e nos estudos internacionais contemporâneos, que ultrapasse as estruturas governamentais enquanto delinea os componentes sujeitos ao exame. Esta alternativa metodológica se esforça para examinar as inter-relações entre várias partes interessadas, contextos institucionais e demarcações organizacionais na formulação de políticas públicas, levando em conta a dinâmica do conflito, interesses concorrentes, estruturas ideológicas e disparidades nos recursos políticos.

Diante destas reflexões, surge a necessidade de aprofundar a compreensão da *New Public Management* que, além de ser uma das influências diretas na reforma do Estado brasileiro, representa uma mudança estrutural nas práticas de administração pública globalmente. A NPM introduziu novos paradigmas na gestão pública, com foco na eficiência, orientação para resultados e incorporação de práticas do setor privado no setor público, moldando profundamente a forma como as políticas públicas passaram a ser implementadas.

A NPM emergiu nas décadas de 1980 e 1990, impulsionada pelas necessidades de reformas no setor público, como uma resposta à ineficácia e às questões burocráticas dos governos tradicionais (Hood, 1991).

A NPM visa reformar e melhorar a eficiência da administração pública, introduzindo práticas aplicadas ao setor privado. Este movimento está intrinsecamente relacionado à reorganização da administração pública para atender às demandas emergentes e aumentar a eficácia da gestão (Schedler; Proeller, 2011).

Segundo Hood (1991), a ascensão da NPM está relacionada com quatro megatendências administrativas, descritas no Quadro 4.

Quadro 4 – Megatendências administrativas

| <b>MEGATENDÊNCIAS</b>                                    | <b>DESCRIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Desacelerar ou reverter o crescimento do governo</b>  | Esforços para reduzir os gastos públicos e os níveis de pessoal em instituições governamentais.                                                                                                            |
| <b>Mudança em direção à privatização</b>                 | Afastar-se das principais instituições governamentais e enfatizar a “subsidiariedade” na prestação de serviços, o que envolve a delegação de responsabilidades a níveis mais baixos ou entidades privadas. |
| <b>Desenvolvimento de automação em serviços públicos</b> | Aumentar o uso da tecnologia da informação para melhorar a produção e distribuição de serviços públicos.                                                                                                   |
| <b>Internacionalização da Gestão Pública</b>             | Concentrando-se em questões globais de gestão pública, desenho de políticas, estilos de tomada de decisão e cooperação intergovernamental, indo além das abordagens tradicionais específicas de cada país. |

Fonte: Elaborado pela autora (2022) com base em Hood (1991).

A Nova Gestão Pública (NPM) defende uma gama abrangente de modificações estruturais que incorporam uma resposta às condições sociais e econômicas globais emergentes. A redefinição da função do Estado, o aprimoramento da eficiência administrativa e a defesa da responsabilidade fiscal constituem os princípios fundamentais para as mudanças (Hood, 1991; Schedler; Proeller, 2011). Os princípios estão relacionados com a maior eficiência do setor público e uma gestão direcionada para resultados.

Além das megatendências tratadas anteriormente, outros fatores são essenciais da NPM, como a qualidade dos serviços públicos e a inserção de técnicas de gestão de qualidade total. Com base no setor privado, estas técnicas visam não apenas aumentar a eficiência, mas também melhorar a eficácia e satisfação dos usuários (Osborne; Gaebler, 1992). Isto significa que a prestação dos serviços públicos passa a ser analisada pela ótica dos cidadãos, buscando atender suas necessidades de forma mais ágil e eficaz, o que possibilita uma avaliação contínua do desempenho dos serviços.

Neste cenário, os indicadores de desempenho, outro elemento também trazido pela NPM, são indispensáveis para avaliar os resultados destes serviços prestados. A ênfase é colocada nos resultados e não nas metodologias,

concentrando-se na eficiência e eficácia da prestação de serviços. De acordo com Hood (1991), os indicadores de desempenho funcionam como instrumento para monitorar e avaliar o avanço de diferentes programas e iniciativas. Serve para identificar o atingimento ou não dos objetivos e metas, por conseguinte, avalia-se as áreas que têm que sofrer melhoria, contribuindo para transparência e a responsabilização no setor público.

Outra questão abordada pela Nova Gestão Pública é a descentralização administrativa, que busca diminuir a burocracia centralizada e aumentar a autonomia das unidades locais na tomada de decisões (Pollitt; Bouckaert, 2011). A descentralização aumenta a agilidade para o atendimento das necessidades específicas de diferentes comunidades.

A descentralização também está relacionada às parcerias público-privadas que a NPM incentiva. Segundo Osborne e Gaebler (1992), o estabelecimento de parcerias público-privadas alavanca vantagens para ambos os setores, esta abordagem pretende melhorar a prestação dos serviços públicos. Os autores reforçam que a NPM enfatiza uma orientação focada no cliente, verificando a necessidade dos cidadãos com prioridade.

### **2.1.3 Governança de Redes de Políticas Públicas**

A fim de obter uma compreensão aprofundada deste assunto, foi considerado pertinente primeiro analisar as redes de políticas públicas para elucidar seus princípios fundamentais, levando posteriormente a uma investigação relacionada aos fundamentos de governança de redes.

#### ***2.1.3.1 Redes de Políticas Públicas***

Primeiramente é essencial destacar que o verbete “rede” pode ser conceituado como um conjunto de atores ou nódulos, juntamente com um conjunto de laços de um tipo especificado (como amizade) que os ligam (Borgatti; Halgin, 2011).

O conjunto de atores não é somente de pessoas. Kadushin (2013) menciona que a rede trata de um conjunto de vínculos entre objetos, que podem ser pessoas, mas insere também “organizações, nações”. Para Jung e Lake (2011), qualquer conjunto de atores pode ser descrito como rede, ou ainda, a trata como estruturas de

governança com foco no fluxo de organização e na reciprocidade entre os agentes. No entanto, a rede, no entendimento dos autores, possui uma possível afinidade seletiva, ou seja, a possibilidade de escolher suas relações.

Em seu livro *A Sociedade em Rede*, Castells (1999) menciona que as redes são “estruturas abertas” capazes de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós que se comunicam dentro da rede, ou seja, compartilha os mesmos códigos de comunicação, por exemplo, os objetivos de desempenho. Rolt *et al.* (2017) afirmam que para desenvolvimento de uma rede de forma cooperada, é preciso ter conhecimento sobre seus indivíduos, recursos, competências e conexões. As redes cooperadas são uma adaptação das organizações ao modelo interconectado e interdependente (Verschoore; Balestrin, 2008).

A teoria das redes acredita que o poder de ação de uma entidade está nos atores organizacionais, responsáveis pelo desenvolvimento de estratégias que atuem sobre o ambiente; portanto, o sucesso organizacional será consequência de suas escolhas (Lima *et al.*, 2006). Neste contexto, as redes surgem como forma de ampliar a força e o desempenho da organização por meio da união.

As organizações atuam em rede com a finalidade de desempenhar suas competências com mais qualidades, desenvolvendo conhecimentos que não seriam possíveis na sua atuação individual (Rolt *et al.*, 2017). Corroborando com esta afirmação, para Provan *et al.* (2007), a união de organizações com autonomia dos agentes se interligam, formando vínculos para consecução de objetivos comuns.

As alianças formadas podem reduzir incertezas e custos, otimizando seus recursos para formação de um sistema colaborativo de pesquisa e desenvolvimento voltado para a inovação. A estratégia inovadora é formada por tecnologia, modelo de negócios abertos e portfólio intangível, ou conhecimento tácito (Cammarano *et al.*, 2017).

Borgatii e Halgin (2011) mostram uma visão dinâmica de redes, onde um conjunto de indivíduos, com um outro conjunto formado por laços que se interconectam por pontos finais, de forma indireta, vinculam-se a outros nós que não estão amarrados de forma direta. Assim, além da relação entre os indivíduos da rede, as próprias redes se inter-relacionam.

Os estudiosos da ecologia apresentam o termo “rede”, de outro modo, na definição do ambiente vivo como sistema de rede; e cientistas da área computacional desenvolvem redes neuronais com o objetivo de auto-organização. Desta forma, o

termo “Rede” se tornou “moda” não somente na área de ciências políticas, mas em diversas outras disciplinas, o que faz que não possua um conceito único e sim uma variação ampla em conformidade com área estudada (Börzel, 1997).

Diferente de outras disciplinas, quando trata de ciências sociais, as redes são abordadas em duas perspectivas: (i) relacionada à sociologia e à teoria das organizações, com objetivo de entender as relações sociais em organizações e sociedade; (ii) e no viés multidisciplinar, como influência da economia, políticas públicas e administração pública, e entende redes como uma forma de governança aplicada na gestão de sistemas complexos (Calmon; Costa, 2013). O presente estudo será acompanhado da segunda perspectiva trazida pelos autores, dentro do contexto da ciência social. A escolha ocorre em virtude de o objeto da pesquisa estar vinculado à governança de rede de política pública.

Embora a afirmação da gama de variedades para o conceito do termo “rede”, quando trata-se de rede de política há um compartilhamento mínimo de entendimento, “conjunto de relações relativamente estáveis que são de natureza não hierárquica e interdependente que ligam uma série de atores, que compartilham interesses comuns em relação a uma política e que trocam recursos para perseguir esses interesses compartilhados reconhecendo que a cooperação é a melhor maneira de alcançar objetivos comuns” (Börzel, 1997, p. 01, tradução nossa).

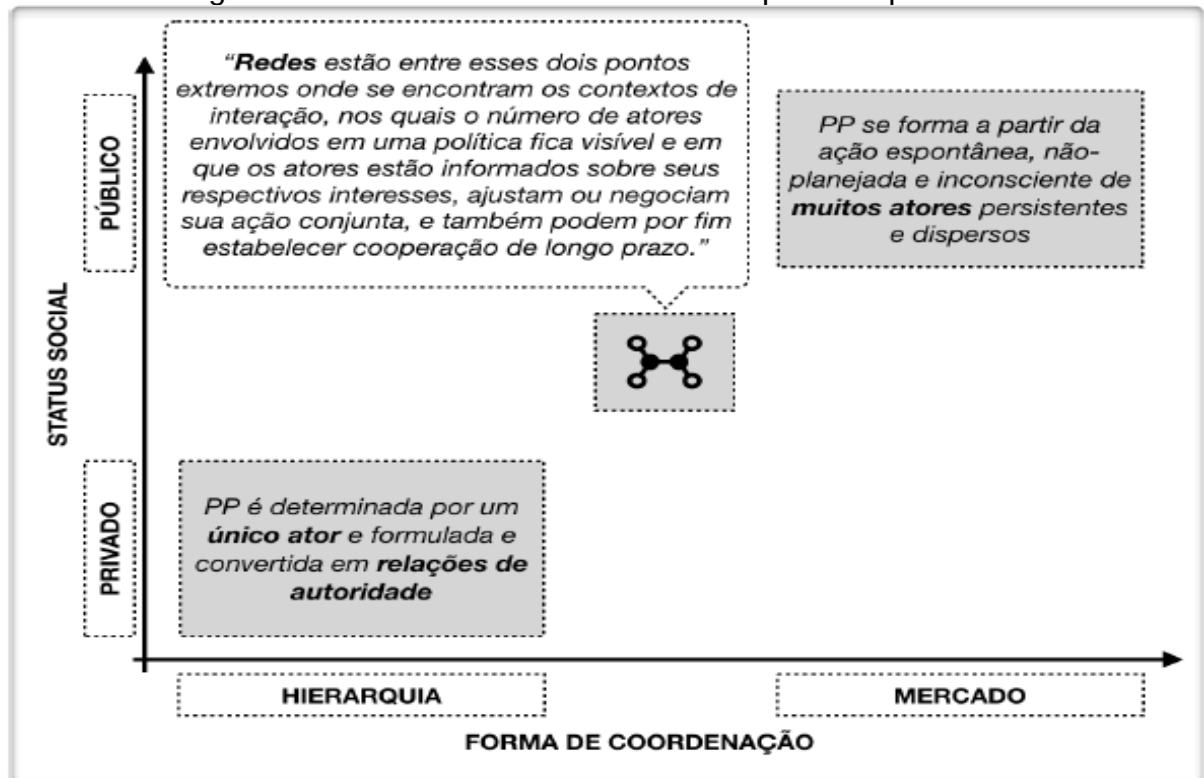
Corroborando o conceito anterior, especialmente, para rede de políticas públicas verifica-se a necessidade de mobilizar os atores para buscar a resolução dos problemas enfrentados pela coletividade, agindo de forma cooperada, coordenada e com comunicação presente entre os atores para alcançar os resultados esperados e sustentar as atividades no decorrer do tempo (Calmon; Costa, 2013).

À medida que fica claro o problema ou programa, as redes se estruturam de forma a apresentar “padrões mais ou menos estáveis de relações entre os atores inerentes” (Klijn, 1998, p.5).

Inclusive, as redes de políticas têm por tendência aproximar atores estatais e não estatais, apresentando como uma alternativa para processos de descentralização do Estado em direção a uma sociedade mais autônoma e democrática (Frey; Procopiuck, 2008).

Schneider (2005) demonstra a importância dos atores no estudo de RPPs e descreve, de forma sintetizada, como a interação nestas redes pode ser caracterizada “a partir dos eixos de formas de coordenação e status social” (Kist, 2020, p. 107-108).

Figura 3 – Relacionamento em redes de políticas públicas



Fonte: Adaptado de Schneider (2005, p. 40-41).

Segundo Secchi (2014), alguns pesquisadores (Rhodes, 1997; Klijn, 1998; Börzel, 1997; Regonini, 2005) definiram como principais características das redes de políticas públicas:

- auto-organização e autonomia;
- interdependência entre atores que compõem; liberdade entrada e saída de seus membros;
- controle disperso, conhecimentos dispersos, relações informais e não hierárquicas;
- busca de interesses externos aos membros da rede.

Há duas distintas "escolas" de redes políticas que podem ser detectadas no campo das políticas públicas. Sendo a mais eminente a "escola de intermediação de interesses" que entende as redes políticas como um termo genérico para diferentes formas de relações entre grupos de interesse e o Estado. Em contrapartida, a "escola de governança", concebe as redes políticas como um modo de governança, como mecanismo de mobilização de recursos políticos em situações em que estes recursos

são amplamente dispersos entre atores públicos e privados, com base nos trabalhos no campo das políticas públicas (Börzel, 1997).

Segundo Secchi (2009), a própria definição de governança motiva ambiguidades entre as diversas áreas de conhecimento. Dentro da estrutura da governança pública, conforme o modelo dos três setores (público, privado e terceiro setor), a ação do Estado ativador, definido por Kissler e Heidemann (2006, p. 485), “age, principalmente, sobre o setor privado e o terceiro setor, com o propósito de mobilizar seus recursos e ativar as forças da sociedade civil”. Pierre e Peters (2001) destacam que o poder político e a capacidade institucional estão cada vez menos derivados de atuações constitucionais conferidas ao Estado. O importante está voltado à capacidade de exercer e coordenar recursos de interesses públicos e privados.

A governança colaborativa se apresenta de forma essencial em situações complexas, em que nem o Estado e nem o mercado, por si sós, não conseguem fornecer soluções para problemas públicos. Sørensen e Torfin (2007) reforçam a necessidade de abandonar a falsa escolha entre governança estatal e de mercado e estudar o papel, função e impacto de diferentes tipos de redes de governança, com base em exemplos empíricos, como:

Um grande projeto nacional de construção de pontes provocou muita controvérsia pública sobre os problemas ambientais causados pelo aumento da quantidade de tráfego pesado, a destruição de um habitat costeiro e os obstáculos físicos para o livre fluxo de água no mar. Para encontrar uma solução sustentável para os problemas ambientais, o governo nacional foi forçado a negociar com uma grande rede de agências da UE, grupos formais de especialistas em meio ambiente, movimentos ambientais, organizações de interesse, governos locais, etc. Audiências públicas, apuração conjunta de fatos e negociações em andamento resultaram em concessões substanciais que, em muitos aspectos, mudaram o projeto original (Sørensen; Torfin, 2007, p. 19).

Este exemplo empírico reflete o dinamismo das redes de governança e a relevância da participação de distintos atores para decisões complexas. O que torna evidente que a formulação de políticas e a governança pública não são mais constituídas com as instituições políticas formais em termos de parlamento e administração pública. A formulação e implementação de políticas públicas ocorrem cada vez mais dentro e por meio de formas

interativas de governança, envolvendo uma pluralidade de atores públicos, organizações sociais e privados (Sørensen; Torfin, 2007).

Neste sentido, as redes de governança são arranjos formados por distintos atores que interagem de maneira coordenada para implementar políticas públicas (Provan; Kennis, 2008).

As interações existentes entre os diversos atores envolvidos no contexto de uma política pública são essenciais para todos. Entretanto, muitas vezes estas interações são institucionalizadas, definindo normas formais e informais de interação, divisão de trabalhos, procedimento de delegação, entre outros. “Em outras palavras, as transações entre atores passam a ser reguladas por um arranjo institucional específico, nem sempre formalizado, que reflete a estrutura da rede na qual esses atores se inserem” (Calmon; Costa, 2013, p.13).

Por outro lado, as autoridades públicas podem ter como objetivo submeter as redes de governança a um determinado conjunto de regras, normas e procedimentos formais, mas os atores das redes muitas vezes são contrários a elas, ou encontrarão formas de contornar as restrições formais que lhes são impostas. As regras e normas que são construídas através da interação autorregulada dos atores da rede muitas vezes terão um caráter informal e em períodos de turbulência e mudança de redes de governança serão mantidas juntas por símbolos comuns, em vez de claramente definidas por regras e normas. Em suma, as redes de governança não são nem organizações, nem instituições no sentido rigoroso e estreito dos termos, mas estruturas relativamente institucionalizadas de interação negociada dentro das quais diferentes atores se esforçam entre si, criam oportunidades para decisões conjuntas, produzem compromissos políticos e coordenam ações concretas (Sørensen; Torfin, 2007).

Ao abordar esta questão, os autores Calmon e Costa (2013) complementam esta discussão ao descreverem três diferentes perspectivas sobre a formulação das políticas públicas no contexto de múltiplas organizações, conforme Quadro 5.

Quadro 5 – Três Perspectivas da Formulação de Políticas Públicas

|                      | <b>Perspectiva Tradicional Top-Down</b>                         | <b>Perspectiva Participativa Bottom-up</b>                                   | <b>Perspectiva Governança de Redes</b>                                       |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Objeto de Análise    | Governo atende diferentes segmentos da sociedade.               | Governo central atende a atores locais que interagem com a sociedade.        | Redes de atores heterogêneos em diferentes níveis de governo e na sociedade. |
| Foco Principal       | Autoridade hierárquica.                                         | Atores locais.                                                               | Inter-relação entre atores heterogêneos.                                     |
| Tipo de Relação      | Autoridade e controle.                                          | Centralização vs descentralização.                                           | Interdependência.                                                            |
| Implementação        | Implementação do planejado.                                     | Representação de interesses mediante normas e controle de recursos.          | Interação com troca de informação, objetivos e recursos.                     |
| Critério de Sucesso  | Consecução das metas da política concebida centralmente.        | Satisfação das preferências locais e obtenção de recurso para atores locais. | Realização da ação coletiva.                                                 |
| Critério de Fracasso | Falhas de controle, políticas mal definidas ou mal monitoradas. | Falhas na descentralização ou pouco engajamento local.                       | Arranjo institucional deficiente dificulta ação coletiva.                    |
| Recomendações        | Centralização e coordenação.                                    | Descentralização e participação.                                             | Gestão do ambiente e da infraestrutura de interação nas políticas públicas.  |

Fonte: Adaptado de Kickert, Klinj e Koppenjan (1998).

O Quadro 5 apresentado demonstra, primeiramente, a perspectiva tradicional, de forma *top-down*, em que prevalece a soberania do governo federal; depois a perspectiva participativa, em uma visão *bottom-up*, que destaca a descentralização das políticas públicas, permitindo maior autonomia ao poder local, já que possuiria melhor capacidade de identificar as preferências dos cidadãos para um atendimento adequado; e, por último, a perspectiva de governança de redes de políticas públicas, em que sobressaem atores distintos, relações de interdependência e problemas coletivos. Observa-se diferenças relevantes entre as três perspectivas, principalmente

quanto ao seu foco principal, tipo de relação entre as formas de implementação e os critérios de sucesso e fracassos. Resta claro, portanto, que não há como conciliar as perspectivas *top-down* ou *bottom-up* ao contexto de gestão de redes (Calmon; Costa, 2013).

Para refletir, deve ser considerada a natureza das tarefas que estão sendo realizadas pela rede. As redes são, em alguns cenários, responsáveis tanto pela formulação de políticas quanto pela implementação de políticas, ou podem ser responsáveis por apenas uma ou outra destas atividades. Todo o resto sendo igual, esperaríamos que as redes responsáveis pela implementação fossem mais fáceis de integrar do que os responsáveis por ambas as atividades, e as redes responsáveis pela implementação só teriam o tempo mais fácil desenvolvendo padrões de trabalho estáveis (Sørensen; Torfin, 2007).

Sørensen e Torfin (2007) destacam que a inclusão de grupos e organizações relevantes e afetadas nas redes de governança ajuda a superar problemas em termos de fragmentação social e resistência à mudança de políticas, e, portanto, tende a tornar os processos de governo mais eficazes (Mayntz, 1993). No entanto, mesmo redes aparentemente bem funcionais podem causar problemas para a formulação de políticas públicas, seja bloqueando iniciativas políticas novas e inovadoras ou tentando transferir os custos de suas próprias soluções políticas para pessoas de fora (Scharpf, 1993).

Calmon e Costa (2013) sugerem que a capacidade de governança das redes de políticas públicas seja analisada com base nas dimensões: a) capital social; b) institucionalização; c) sustentabilidade; d) estrutura e instrumentos de coordenação; e) comunicação; e f) informação e análise. Para ilustrar as características de cada dimensão segue o Quadro 6.

Quadro 6 – Dimensões x Capacidade de Governança das Redes de Políticas Públicas

| <b>Dimensões</b>                        | <b>Características</b>                                                                                                  |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Capital social                          | Confiança entre os autores; Ampla participação nas decisões; Transparência, fiscalização e responsabilização das ações. |
| Institucionalização                     | Definição de normas e procedimentos das competências e atribuições dos atores.                                          |
| Sustentabilidade                        | Capacidade de realizar ações contínuas e longa duração.                                                                 |
| Estrutura e instrumentos de coordenação | Planejamento, diretrizes e contratos de cooperação.                                                                     |
| Comunicação                             | Interações entre os autores: interna (entre os atores governamentais) e externa (governo e sociedade).                  |
| Informação e análise                    | Estrutura especializada para geração e análise das informações.                                                         |

Fonte: Elaborado pela autora (2022) com base em Calmon e Costa (2013).

Na análise das redes deve-se atentar ao fato de que algumas apresentam maior nível de integração quando comparadas a outras, enquanto, em certos casos, a integração é tão baixa que se torna difícil identificar os atores pertencentes a uma RPP. (Calmon; Costa, 2013).

Aprilia (2022) defende que a comunicação governamental desempenha um papel fundamental no aumento da eficácia dos serviços públicos e é indispensável para alcançar uma boa governança, pois promove a disseminação de informações e incentiva a participação pública no desenvolvimento de recursos. A comunicação dentro das redes depende da forma como cada uma está estruturada. Neste sentido, Provan e Kenis (2008) relacionam três modos principais de governança de redes para compreensão das diferentes formas de organização e interação: (i) governança compartilhada, trata de um grupo de organizações que funciona como uma rede, mas não possui uma estrutura de gestão exclusiva e formal; (ii) liderança da organização, neste modo há uma organização central que assume a liderança e coordena a rede; e por último a (iii) Organização administrativa da rede, onde uma entidade administrativa é criada para gerenciar a rede e suas atividades.

A eficácia dos modos de governança depende de quatro fatores principais: grau de confiança entre os membros da rede, quantidade de número dos participantes, consenso no que se refere aos objetivos definidos, necessidade de competência para o funcionamento da rede. Deste modo, estes elementos impactam

diretamente na capacidade da rede em desempenhar o seu papel de forma eficiente para atingir seus objetivos (Provan; Kenis, 2008).

Todavia, nem sempre as redes funcionam de forma eficiente, o que torna necessário a existência de um nível adicional para coordenar e regular, ou seja, Sørensen e Torfing (2009) definem como a metagovernança, que se refere à “governança da governança”, trata de uma maneira de direcionamentos para as redes de governança sem partir diretamente para um controle hierárquico tradicional.

A metagovernança tem por objetivo que os processos dentro da rede sejam efetuados de forma a contribuir para uma governança efetiva e democrática, ela pode ser executada por atores internos à rede quanto por entidades externas. É necessária uma metagovernança cuidada por políticos, gestores públicos e outros atores relevantes. A interação no contexto da rede deverá ser orientada por regras e estruturas. Outro ponto da metagovernança é a necessidade de monitorar e analisar, realizando ajustes quando necessários (Sørensen; Torfing, 2009).

Por fim, observa-se que o Estado continua tendo papel essencial dentro do contexto da rede, não apenas como mais um ator na rede, mas sim um facilitador para um ambiente democrático. A governança colaborativa e as redes de governança são indispensáveis para formulação e implementação de políticas públicas em diversos anseios sociais complexos. A rede quando bem estruturada pode contribuir de forma significativa para melhoria das políticas públicas, como por exemplo, a própria saúde pública, situação visualizada durante a pandemia Covid-19 em que governos nacionais, instituições farmacêuticas e ONGs trabalharam para o desenvolvimento de vacinas. No tópico seguinte trataremos, mais especificamente, de governança no contexto das políticas públicas de saúde.

#### *2.1.3.2 Avaliação De Governança em Políticas Públicas*

A avaliação da governança em políticas públicas abrange diferentes indicadores que analisam a eficácia e eficiência da governança dentro do contexto da política pública.

As ferramentas de avaliação e sua aplicação necessitam de uma flexibilidade para atender às distintas fases da política pública em desenvolvimento. Isto implica inicialmente adotar uma visão ampla da política pública, abrangendo macroperspectivas. A partir desta abordagem, é essencial ter uma capacidade

analítica para detectar falhas ou inconsistências entre as iniciativas, técnicas e instrumentos de gestão empregados pelos diversos atores envolvidos no esquema de governança da política (TCU).

Em um recente exame da literatura ressalta-se a pesquisa intitulada “*The Worldwide Governance Indicators: Methodology and Analytical Issues*”, de autoria Kaufmann *et al.* (2010), que delineia a metodologia do projeto “Indicadores de Governança Mundial” (WGI) que avalia a governança em mais de 200 países, em seis dimensões:

- **Voz e responsabilidade:** avalia o grau em que os cidadãos têm a oportunidade de se engajar na seleção de seus representantes governamentais, juntamente com as liberdades de expressão, associação e acesso a uma mídia independente. Ele encapsula os processos democráticos e as liberdades civis predominantes em uma nação (Kaufmann *et al.*, 2005; Kaufmann *et al.*, 2010);
- **Estabilidade política e ausência de violência/terrorismo:** este indicador avalia a probabilidade de instabilidade política e/ou violência com motivação política, incluindo terrorismo. É crucial para entender o ambiente de segurança e seu impacto na governança (Kaufmann *et al.*, 2005; Kaufmann *et al.*, 2010);
- **Eficácia do governo:** mensura a qualidade dos serviços públicos, a capacidade do serviço público e indica a sua independência das pressões políticas. Verifica ainda a qualidade da formulação e implementação de políticas e a credibilidade do compromisso do governo com tais políticas (Kaufmann *et al.*, 2005; Kaufmann *et al.*, 2010);
- **Qualidade regulatória:** avalia a capacidade do governo de formular e implementar políticas e regulamentações sólidas que permitam e promovam o desenvolvimento do setor privado (Kaufmann *et al.*, 2005; Kaufmann *et al.*, 2010);
- **Estado de Direito:** analisa as percepções de até que ponto os agentes confiam e aderem às regras da sociedade, incluindo a qualidade da execução de contratos, direitos de propriedade, aplicação de leis e sistemas judiciais, bem como a probabilidade de crime e violência (Kaufmann *et al.*, 2005; Kaufmann *et al.*, 2010);
- **Controle da corrupção:** mede até que ponto o poder público é exercido para benefício privado, incluindo formas menores e maiores de corrupção, bem como a “captura” das funções governamentais pelas elites e interesses privados (Kaufmann *et al.*, 2005; Kaufmann *et al.*, 2010).

Segundo Kaufmann *et al.* (2010), as dimensões de governança retratam aspectos fundamentais, como o envolvimento dos cidadãos nos processos governamentais, a qualidade dos serviços públicos, a eficácia na formulação e execução de políticas, a estrutura regulatória, o cumprimento das normas legais e a incidência de corrupção. Estas dimensões são avaliadas a partir de uma ampla gama de fontes, incluindo percepções da opinião pública e análises de especialistas, destacando a complexidade do tema.

Neste contexto, a governança pública, como definida pelo Tribunal de Contas da União (TCU), também comporta múltiplos significados e abordagens analíticas, variando de acordo com o objeto e o campo de aplicação. Segundo o Referencial Básico de Governança e Gestão (Brasil, 2013) e estudos internacionais, como os de Edwards *et al.* (2012), a governança pública pode ser analisada a partir de quatro perspectivas principais: (1) Estado e sociedade; (2) entes federativos, esferas de poder e políticas públicas; (3) órgãos e entidades; e (4) atividades intraorganizacionais.



Fonte: Brasil (2014).

Diante destas diferentes abordagens, em 2013 o TCU elaborou o Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública Federal. Este modelo busca promover boas práticas de governança corporativa, orientando os agentes públicos na melhoria da gestão institucional e na adoção de práticas mais eficazes, alinhadas às especificidades de cada contexto. Assim, o TCU

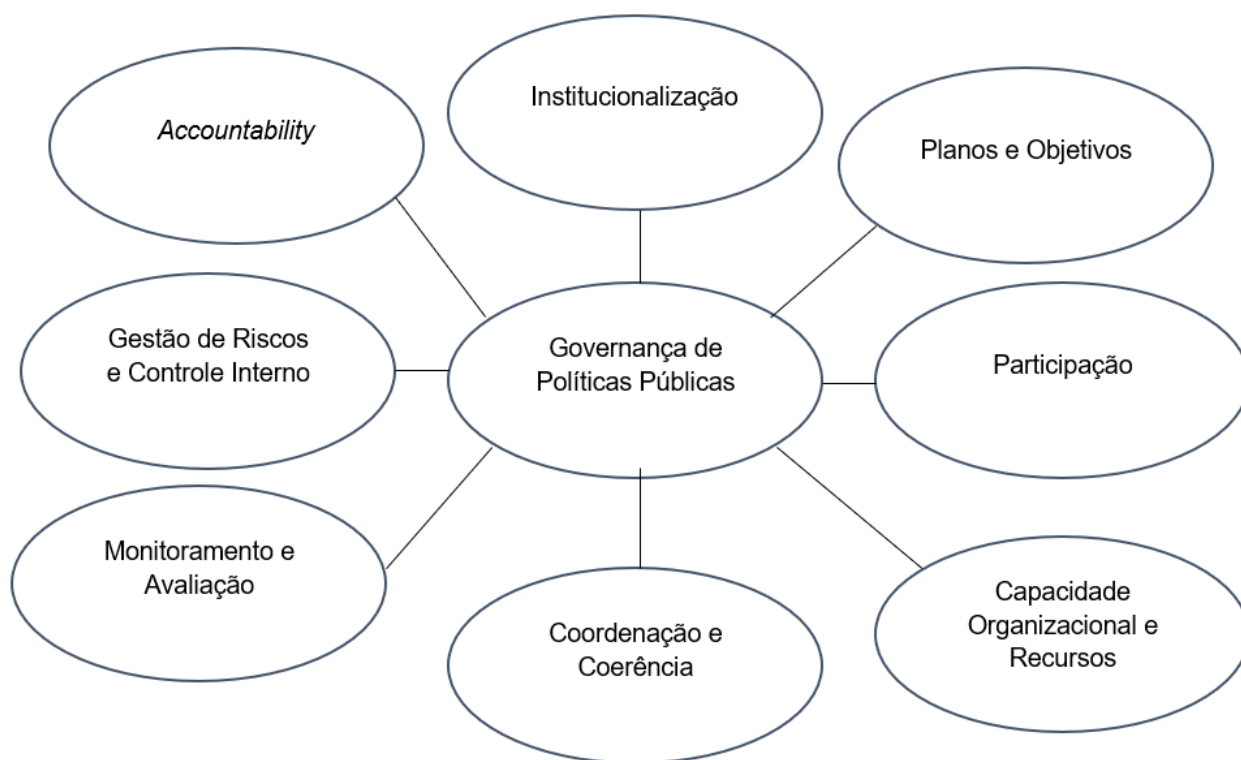
reafirma a necessidade de modelos adaptados que considerem os desafios particulares de cada área ou política pública, como no caso da saúde, ampliando a relevância e aplicabilidade do conceito de governança no setor público brasileiro (Brasil, 2013).

Dando continuidade ao tema da governança no âmbito do Tribunal de Contas da União (TCU), em 2014 foi desenvolvido o Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas, com o objetivo de apresentar um modelo estruturado para auxiliar a condução dos trabalhos relacionados à governança pública.

O modelo de avaliação proposto pelo Tribunal de Contas da União (TCU) definiu oito componentes fundamentais para a governança em políticas públicas. Para cada componente, o referencial apresenta questões avaliativas que orientam a análise de boas práticas e dos desafios enfrentados na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas, além de indicar as análises que podem ser realizadas.

Na Figura 5 são apresentados os componentes, seguidos pela descrição de cada um, bem como as questões e algumas possíveis análises que cada componente pode retratar, com o objetivo de fornecer uma visão estruturada para aplicação dos referidos componentes.

Figura 5 – Componentes do Modelo do TCU para Avaliação de Governança em Políticas Públicas



Fonte: Tribunal de Contas de União (Brasil, 2014).

Com base na Figura 5, resumidamente, explicaremos o entendimento do TCU sobre cada componente:

- **Institucionalização**

No mesmo caminho já trazido nesta tese, Calmon e Costa (2013) apresentam a institucionalização como um elemento para analisar a capacidade de governança. O Tribunal de Contas da União (TCU) também considera a institucionalização como um componente essencial para avaliação da governança em políticas públicas.

O componente institucionalização de uma política pública trata das normas, procedimentos, competências e recursos que auxiliam na consecução dos objetivos e resultados da política pública. Inclusive, “uma política pública adequadamente institucionalizada indica que ela é reconhecida como legítima, desejada e que conta com os recursos necessários para o seu desenvolvimento” (Brasil, 2014, p. 43).

Apesar da necessidade das normas, o TCU alerta que excesso de legislação e formalidades pode dificultar a participação e o andamento das políticas públicas

(Brasil, 2014). O Quadro 7 apresenta a questão relacionada ao componente Institucionalização, destacando o que a análise permite identificar.

Quadro 7 – Institucionalização

| <b>INSTITUCIONALIZAÇÃO</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Questão</b>              | Em que medida a política pública foi institucionalizada formal e adequadamente por meio de instrumento normativo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Elementos de Análise</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se o normativo que instituiu a política pública possui legitimidade e competência para normatizar a atuação dos diversos órgãos, instituições e esferas de governo envolvidos;</li> <li>• Se as competências das principais partes interessadas envolvidas na política pública estão claras e formalmente definidas, de forma que seja possível a identificação das atribuições, responsabilidades, direitos e deveres de cada um;</li> <li>• De que maneira são tomadas as decisões referentes à política pública e como os processos decisórios referentes à política pública estão formalmente institucionalizados;</li> <li>• Se o marco regulatório existente na política pública tem prejudicado o desempenho da política devido ao excesso de formalismo e de detalhamento.</li> </ul> |

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2014).

#### • Planos e Objetivos

O segundo componente trazido para avaliação da governança de política pública pelo TCU está relacionado ao planejamento governamental, sendo que as diretrizes, objetivos e metas da política pública devem ter coerência entre si (Brasil, 2014).

Pelo Quadro 8 é apresentada a questão referente ao componente Planos e Objetivos, enfatizando os aspectos que a análise possibilita identificar.

Quadro 8 – Planos e Objetivos

| <b>Planos e Objetivos</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Questão</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De que forma a lógica de intervenção da política pública está alinhada com seus componentes e resultados esperados?</li> <li>• Em que medida o planejamento da política pública orienta a sua operacionalização?</li> <li>• Como os responsáveis pela política pública definem e declaram as diretrizes, objetivos, metas, priorização,</li> </ul> |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             | responsáveis, prazos e a orientação estratégica a que a política está alinhada?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Elementos de Análise</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se há consistência interna na lógica de intervenção da política pública, e caso não haja consistência, quais são as fragilidades no encadeamento entre recursos, ações, produtos e efeitos;</li> <li>• Se foram identificados possíveis efeitos indesejados decorrentes da implantação;</li> <li>• Se foram precisamente identificados os principais mecanismos necessários à realização da política pública, como programas do PPA, planos e formas de financiamento;</li> <li>• Se o público-alvo foi precisamente delimitado e a ele foram associados os correspondentes produtos e efeitos esperados;</li> <li>• Se o planejamento identificou e definiu os resultados esperados pela política;</li> <li>• Se foi explicitado o estágio de referência inicial da política (linha de base) que servirá de subsídio para avaliação do resultado da política.</li> </ul> |

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2014).

### • Participação

Neste componente é defendida a participação social, pois entende que a política pública com mais participações resultará em mais qualidade e quantidade de informações. “O grau de governança em uma rede de políticas públicas depende da existência de uma ampla participação legitimada nos processos decisórios, entre outros fatores” (Brasil, 2014, p. 51).

O TCU também menciona que a participação pode estar presente em diversos momentos do ciclo de uma política pública. Embora seja mais comum durante as fases de planejamento e avaliação, é importante incentivá-la durante momento de decisórios, consultivos e na implementação de ações.

O Quadro 9 apresenta a questão relacionada ao componente Participação, destacando os aspectos que podem ser identificados por meio da análise.

Quadro 9 – Participação

| <b>Participação</b>         |                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Questão</b>              | De que maneira ocorre a participação social e das partes interessadas no âmbito da política pública?                                                                                                             |
| <b>Elementos de Análise</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se a participação social e das partes interessadas na política pública é formalizada ou acontece informalmente, mediante a solicitação dos agentes públicos;</li> </ul> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se as partes interessadas possuem acesso a informações técnicas e bases abertas de dados que os permitam participar efetivamente do desenvolvimento da política pública;</li> <li>• Se há a previsão de um espaço para facilitar a interlocução entre as diversas partes interessadas;</li> <li>• Se os processos decisórios da política pública preveem a participação social e das partes interessadas;</li> <li>• Em que momentos da política pública ocorre a participação social e das partes interessadas.</li> </ul> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2014).

### • Capacidade Organizacional e Recursos

É essencial que as políticas públicas, para serem executadas, possuam estruturas e processos que viabilizem as ações planejadas, garantam a correta aplicação dos recursos públicos, supervisionem e monitorem sua execução, buscando o aperfeiçoamento tanto na formulação quanto na implantação (Brasil, 2014).

Não se trata somente de recursos orçamentários e financeiros, mas também disponibilização de “materiais, equipamentos, instalações, sistema e pessoas” (Brasil, 2014, p. 53).

O Quadro 10 aborda a questão referente ao componente Capacidade Organizacional e Recursos, evidenciando os principais aspectos que podem ser analisados.

Quadro 10 – Capacidade Organizacional e Recursos

| <b>Capacidade Organizacional e Recursos</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Questão</b>                              | Em que medida os órgãos e entidades possuem capacidade organizacional e recursos suficientes para o adequado desenvolvimento da política pública?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Elementos de Análise</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se as organizações possuem estrutura de pessoal qualificado e em quantidade suficiente para que todas as etapas da política pública possam ser adequadamente desenvolvidas;</li> <li>• Se as organizações têm conseguido prover os recursos materiais necessários ao desenvolvimento da política pública;</li> <li>• Se a política pública possui dotação orçamentária suficiente para cobrir todos os gastos previstos, bem como se há um planejamento orçamentário plurianual da política;</li> <li>• Se busca-se assegurar a adequada capacitação dos membros da alta administração e da gestão</li> </ul> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>operacional, de modo que as competências necessárias à execução de suas atividades sejam desenvolvidas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se há a definição dos papéis e a distribuição das responsabilidades entre os membros dos conselhos, da alta administração e os gerentes, de modo a garantir o balanceamento de poder e a segregação de funções críticas;</li> <li>• Se há a definição, de forma clara, dos procedimentos e regulamentos afetos à gestão da estrutura interna de governança, bem como os seguintes processos: elaboração, implementação e revisão de políticas; tomada de decisão, monitoramento e controle.</li> </ul> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2014).

### • **Coordenação e Coerência**

Neste componente, o TCU ressalta que para atingir os resultados das políticas públicas, é cada vez mais necessário que as instituições trabalhem em conjunto. “Do contrário, a fragmentação da missão e a sobreposição de programas tornam-se realidade generalizada no âmbito do governo e muitos programas transversais deixam de ser bem coordenados”. Desta forma, é possível promover melhorias nas organizações e sustentar relações colaborativas para alcançar as metas estabelecidas (Brasil, 2014, p. 56).

O Quadro 11 aborda a questão referente ao componente Coordenação e Coerência, destacando os principais aspectos que podem ser analisados.

Quadro 11 – Coordenação e Coerência

| <b>Coordenação e Coerência</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Questão</b>                 | Em que medida os diversos atores governamentais envolvidos com a política pública atuam de maneira coerente e coordenada entre si?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Elementos de Análise</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se existe instância de coordenação para alinhar as ações dos diversos atores das políticas públicas;</li> <li>• Se existe normativo que instituiu e dá legitimidade a esta instância de coordenação;</li> <li>• Se a instância de coordenação contribui para o alinhamento das políticas públicas;</li> <li>• Como se dá a articulação entre os diversos atores da política pública e em que fases da política pública isso ocorre;</li> <li>• Quais são os canais de comunicação e consulta existentes para atender às necessidades dos diferentes interessados na política pública;</li> </ul> |

|  |                                                                                                                                      |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se a estrutura de governança vigente na política pública é amplamente divulgada.</li> </ul> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2014).

- **Monitoramento e Avaliação**

É necessário que uma política pública seja permanentemente monitorada e seus resultados avaliados para atingir a realização dos objetivos pretendidos. “O monitoramento é um processo que envolve a coleta de informação sobre insumos, produtos, atividades e circunstâncias que são relevantes para a efetiva implementação da política” (Brasil, 2014, p. 60).

O Quadro 12 apresenta a questão relacionada ao componente Monitoramento e Avaliação, ressaltando os aspectos fundamentais que podem ser examinados.

Quadro 12 – Monitoramento e Avaliação

| <b>Monitoramento e Avaliação</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Questão</b>                   | Em que medida o sistema de monitoramento e avaliação da política pública está adequadamente estruturado para produzir informações com vistas a retroalimentar os processos decisórios de forma a favorecer o aprendizado e o aperfeiçoamento das ações para o alcance dos resultados?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Elementos de Análise</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se há clareza quanto aos propósitos dos sistemas de monitoramento e da avaliação e seus principais demandantes;</li> <li>• Se há clara definição de atribuições e competências dos principais demandantes em relação às suas reponsabilidades para produzir e utilizar as informações avaliativas;</li> <li>• Se há clara definição dos fluxos de comunicação das informações avaliativas de modo a promover a retroalimentação tempestiva no âmbito do ciclo de políticas públicas;</li> <li>• Se há indicadores-chave de monitoramento e avaliação da política;</li> <li>• Se há disponibilidade suficiente de dados confiáveis e relevantes para dar suporte aos relatórios de desempenho da política;</li> <li>• Se o sistema de monitoramento e avaliação da política dispõe de processos, procedimentos e meios suficientes (recursos financeiros, pessoas, estrutura etc.) para assegurar o monitoramento e avaliação que forneça informações confiáveis, tempestivas e necessárias para a tomada de decisão.</li> </ul> |

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2014).

#### • **Gestão e Riscos de Controle Interno**

Segundo o Tribunal de Contas da União, a gestão de risco está relacionada às “atividades coordenadas para dirigir e controlar uma política no que se refere aos riscos” (Brasil, 2014, p. 63). É fundamental considerar os principais riscos de implementação durante o desenvolvimento da política, o que inclui a identificação e tratamento destes riscos. Com a avaliação de riscos será possível comunicar qualquer risco à implementação da política.

No contexto do controle interno, a competência cabe às instituições responsáveis pela política, que devem estabelecer atividades e procedimentos visando assegurar que os objetivos e metas da política sejam atingidos de forma adequada (Brasil, 2014).

O Quadro 13 explora a questão relacionada ao componente **Gestão de Riscos e Controle Interno**, destacando os elementos-chave que podem ser analisados para identificar e mitigar riscos.

Quadro 13 – Gestão e Riscos de Controle Interno

| <b>Gestão e Riscos de Controle Interno</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Questão</b>                             | De que maneira os controles internos envolvidos possuem capacidade de identificação e de resposta aos principais riscos da política pública?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Elementos de Análise</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se os riscos chave foram identificados, avaliados, documentados e considerados durante a formulação da política, e se foram apropriadamente comunicados aos respectivos responsáveis;</li> <li>• Se há definição e reconhecimento das responsabilidades de mitigação de riscos entre as várias partes responsáveis pela implementação da política, incluindo os processos de gerenciamento de riscos e controle interno;</li> <li>• Se há identificação, avaliação, tratamento, comunicação e monitoramento sistemático dos riscos durante a implementação da política;</li> <li>• Se há comunicação sistemática sobre riscos e problemas identificados durante as fases de formulação e implementação da política, bem como sobre as respostas e soluções adotadas e sua eficácia;</li> <li>• Se há planos de contingência, incluindo estratégias de saída para iniciativas de alto risco.</li> </ul> |

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2014).

- **Accountability**

*Accountability* é o componente que aborda a necessidade da prestação de contas à sociedade, bem como a implementação de ferramentas para garantir a responsabilização dos atos dos gestores. A transparência dos processos e resultados também deve estar presente neste componente (Brasil, 2014).

Para apresentar a questão e os aspectos que o componente *Accountability* permite analisar, logo abaixo está o Quadro 14.

Quadro 14 – Accountability

| <b>Accountability</b>       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Questão</b>              | Os arranjos para promoção da <i>accountability</i> preveem mecanismos e instrumentos adequados de comunicação e responsabilização, bem como para assegurar a transparência das ações e dos resultados da política pública?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Elementos de Análise</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se há clara definição e formalização dos mecanismos e instrumentos para promoção da <i>accountability</i> pelos diversos órgãos responsáveis pela implementação da política, com padrões mínimos de transparência, comunicação e prestação de contas;</li> <li>• Se há unidade de comando no que diz respeito à responsabilidade pelos resultados da política e pela coordenação e esforços para alcançá-los;</li> <li>• Se existe de forma sistemática a documentação, registro e divulgação das ações, objetivos, metas, operações e resultados da política;</li> <li>• Se há um processo sistemático e formal de prestação de contas sobre as ações, operações e os resultados alcançados;</li> <li>• Se há mecanismos e instâncias de supervisão e controle capazes de impor a adoção de medidas corretivas e sanções (responsabilização) em casos de irregularidades;</li> <li>• Se existem canais formais de comunicação para receber e fornecer informações sobre as ações, objetivos, metas, operações e resultados das políticas;</li> <li>• Se são divulgadas à sociedade, de forma clara, ampla e periódica, informações sobre as ações, operações e resultados alcançados. Se há planos de contingência, incluindo estratégias de saída para iniciativas de alto risco.</li> </ul> |

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2014).

O Referencial do Tribunal de Contas da União (TCU) menciona que nem todos os componentes precisam ser abordados em uma avaliação específica. Segundo o documento, "um único trabalho não necessita abarcar todos os componentes apresentados nesse Referencial, nem todas as questões de auditoria e possíveis análises sugeridas" (Brasil, 2014, p. 18). Os avaliadores devem, com base em estudos preliminares da política pública em questão, priorizar e delimitar os componentes mais relevantes para avaliação, considerando a peculiaridade de cada política pública e o escopo definido para os trabalhos. Além disto, o referencial permite que seja incluindo ou excluindo componentes e questões de auditoria conforme as necessidades específicas da análise (Brasil, 2014).

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO BRASIL

Do final do século XIX ao primeiro quarto do século XX não havia um ministério que cuidasse exclusivamente, ou pelo menos precipuamente, da saúde no Brasil.

As atividades estatais concentraram-se, em grande parte, em questões de infraestrutura e em ações específicas ao saneamento básico e combate às endemias. Como destaca Médice (1994), até a década de 1930 a prestação de serviços de saúde pelo Estado limitava-se a ações de combate a doenças epidêmicas, como peste, cólera e varíola, por meio do modelo conhecido como sanitarismo campanhista que prevaleceu até os anos 1940. Como reforça Martin *et al.* (2001), essas campanhas eram essenciais e eficazes para combater doenças epidêmicas, mas não atendiam de forma abrangente às necessidades de saúde da população. Neste contexto, as ações de saúde coletivas representavam um esforço emergencial, mas ainda insuficientes para uma abordagem mais estruturada e inclusiva (Paulus Jr.; Cordoni Jr., 2006).

O cenário começou a mudar com a introdução das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas a partir de 1923, com base no Decreto 4.682, de 24 de janeiro de 1923 – Lei Eloy Chaves. Estas instituições contribuíram significativamente com a assistência médica para os seus filiados. Entre 1923 e 1933 foram criados 183 CAPs, conforme relatado por Belinati (1994), marcando o início de uma transição para uma saúde mais voltada à assistência médica individual.

Com o aumento das demandas médicas dentro das instituições previdenciárias, o modelo se consolidou como um instrumento para controlar o prejuízo social e organizar a força de trabalho. Até aquele momento, as ações de saúde tinham caráter predominantemente coletivo, mas se direcionaram para a assistência individual. Esta mudança revelou a necessidade de maior padronização e regulamentação, levando à promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social em 1960 que unificou e especificou os serviços médicos previdenciários (Paulus Jr.; Cordoni Jr., 2006).

Em 1966, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), por meio do Decreto-Lei nº 72, marcou um novo passo na centralização dos serviços

médicos destinados aos trabalhadores formais. Esta medida incorporou os CAPs em uma estrutura mais ampla.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS), instituído pela Lei nº 6.229 de 1975, foi uma tentativa de coordenação de ações de saúde coletiva e previdenciária, integrando as políticas do Ministério da Saúde e do INPS. No entanto, Paiva e Teixeira (2014) ressaltam que a literatura que trata o assunto consolidou como o momento da separação dos campos de atuação da saúde pública e da assistência médica previdenciária.

A insatisfação com estas limitações fomentou a mobilização social, que em 1976 culminou na fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Esta entidade foi o marco inicial do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), articulado nos Departamentos de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Por meio da revista *Saúde em Debate*, o CEBES divulga ideias que defendem um modelo assistencial universal, baseado na assistência primária à saúde e na equidade. O movimento ganhou força ao se alinhar à luta contra a ditadura militar e às demandas pela redemocratização do país (Paulus Jr.; Cordoni Jr., 2006).

Um dos pontos de destaque neste processo foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 que reuniu cerca de 4 (quatro) mil participantes e mil delegados. Foi o ponto de partida para o processo de discussão da saúde pública no Brasil na matéria constitucional. O texto final da conferência defende que a saúde deveria se constituir em direito da cidadania, cuja garantia e provisão seriam obrigações do Estado:

[...] direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (Brasil, 1986, apud Esteves *et al.*, 2016, p. 207).

Destarte, o movimento que antecede a Constituição de 1988, por sua vez, traçou diretrizes no sentido do direito universal à saúde e acesso igualitário, além da embrionária ideia de que os municípios deveriam participar como agentes com significativa representatividade.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 foi estabelecido formalmente o direito universal à saúde, ou seja, deve alcançar a todos, sem distinção,

de forma igualitária, e executado por todos os entes da federação — União, Estados, Municípios e Distrito Federal.

Para materializar este direito, em 19 de setembro de 1990 entrou em vigência a Lei nº 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Por meio desta surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

### **2.2.1 Sistema Único de Saúde**

A Lei nº 8.080/90, em seu artigo 4º, estabelece que o SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, realizados pelos três entes da federação, abrangendo Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

São três os objetivos do SUS criados pela Lei nº 8.080/90, elencados nos incisos do Art. 5º da referida lei, todos eles tendentes a garantir a eficiência do sistema.

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

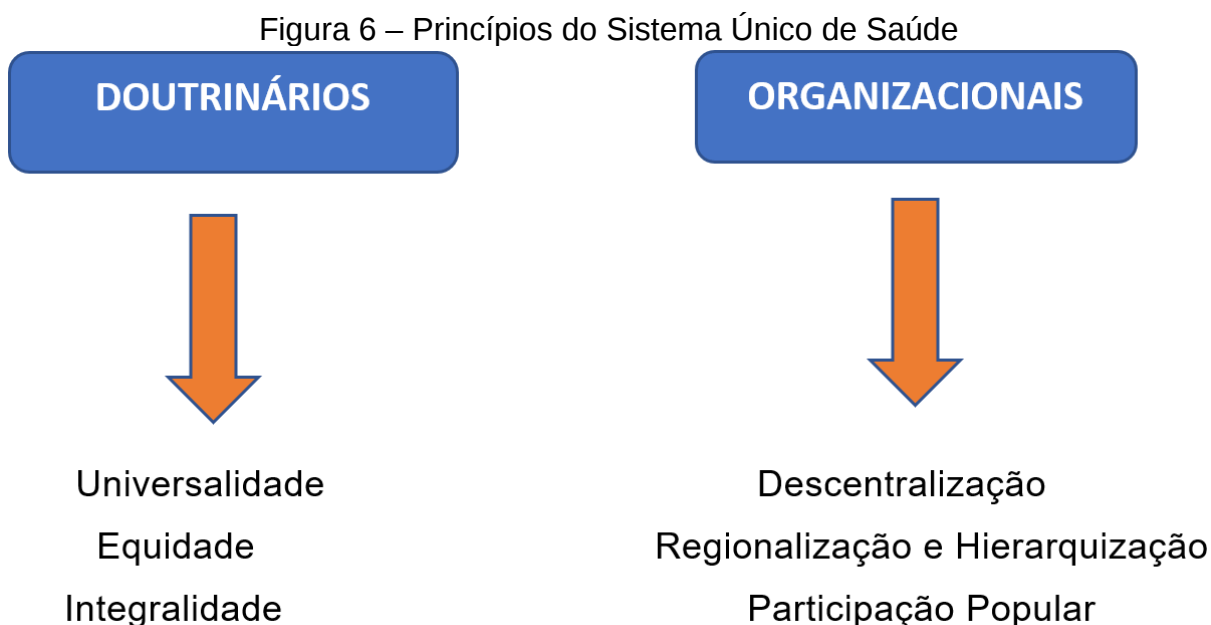
III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (Brasil, 1990).

Os objetivos demonstram três aspectos relevantes para os andamentos dos serviços prestados pelo SUS. O inciso I aborda a questão de identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde. Neste sentido, Buss e Pellegrini Filho (2007) discutem a definição de determinantes sociais da saúde, com base em diferentes conceitos. De forma ampla, os autores demonstram que os determinantes sociais da saúde englobam as condições em que as pessoas vivem e trabalham, incluindo o acesso a bens e serviços essenciais, como educação, habitação e saneamento básico, que impactam em suas condições de saúde. A divulgação destes fatores é uma ferramenta para promover a conscientização social e subsidiar a formulação de políticas públicas efetivas. Paim (2009) ressalta que o reconhecimento e a divulgação dos determinantes sociais da saúde são passos imprescindíveis para integrar ações intersetoriais no enfrentamento das desigualdades em saúde.

Para compreender o inciso II é crucial considerar o § 1º do artigo 2º da Lei 8080/90 que estabelece que a responsabilidade do Estado em garantir a saúde envolve tanto a formulação de políticas quanto a sua execução. O objetivo é minimizar riscos à saúde e garantir o acesso universal e igualitário aos serviços. Neste contexto, Cenedesi Júnior *et al.* (2024) argumenta que os formuladores de políticas podem desenvolver estratégias mais eficazes, que não apenas abordem as desigualdades, mas também ampliem o acesso aos serviços de saúde.

O último objetivo, expresso no artigo 5º da Lei 8080/90, ressalta a importância da assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, enfatizando a integração entre atividades assistenciais e preventivas. Abreu (2020) ressalta que o SUS busca assistência, oferta de forma universal e gratuita mediante ações integradas para saúde, de modo a garantir uma assistência integral relacionada aos princípios do sistema.

Os princípios que regem o SUS podem ser classificados em doutrinários e organizacionais, sem que haja predominância de um sobre o outro, conforme demonstrado na Figura 6.



Fonte: Elaborada pela autora, com base Ministério da Saúde (Brasil, 2022).

O princípio da universalidade está expresso no artigo 196 da Constituição Federal do Brasil, ao definir que “a saúde é direito de todos e dever do estado”. Assim, trata-se de um direito e não de um serviço decorrente de uma contribuição ou

pagamento. Neste contexto, “todos os cidadãos brasileiros têm direito à atenção à saúde” (Matta, 2007, p. 67).

Contudo, é necessário atentar-se também para o princípio da equidade, que Paim (2006) considera essencial para enfrentar as disparidades sociais e de saúde que ocorrem no Brasil, garantindo que a população mais vulnerável receba maior atenção.

No contexto dos princípios organizacionais, iniciando com a descentralização, observa-se a distribuição de responsabilidades entre os três entes federativos. Lima *et al.* (2012) destacam que a descentralização redistribui responsabilidades entre as esferas da federação e amplia a capacidade de execução pelos estados e municípios na gestão das políticas de saúde. Os autores salientam que a administração dos serviços de saúde nos estados e municípios confere a estes entes autoridade maior decisória dentro da política de saúde.

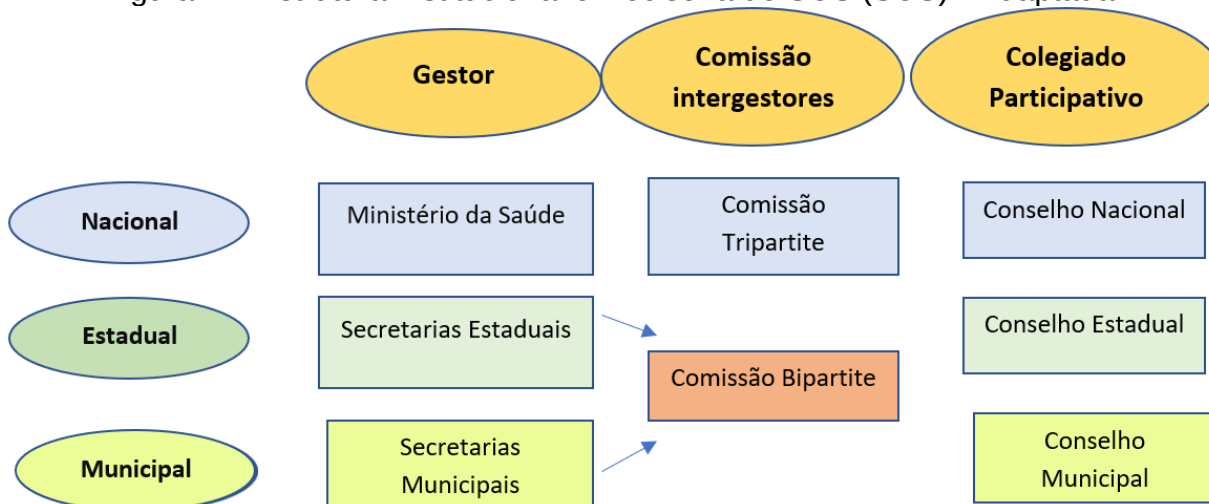
Diante da descentralização das responsabilidades é necessário observar também os princípios de regionalização e hierarquização, que tratam de organizar o sistema por regiões e conformar os níveis de atenção. Dentro deste contexto, a organização deve considerar o perfil populacional, indicadores epidemiológicos e condições de vida de determinada região. Quanto mais próximo dos cidadãos, mais eficaz será para identificar as necessidades da área da saúde. Além disto, a regionalização deve ser norteadada pela hierarquização, conforme os níveis de complexidade necessários para aquelas pessoas (Matta, 2007).

Por último, a participação popular é essencial atualmente para a definição e o alcance das metas das políticas, uma vez que a população deve estar envolvida desde o planejamento destas. Gomes e Orfão (2021) destacam que a participação popular é reconhecida como um instrumento de gestão pública que se efetiva no SUS através de instâncias colegiadas, sejam elas formais ou informais. Isto não apenas facilita a democratização, mas também cria uma corresponsabilidade entre o Estado e a sociedade civil. Nos espaços de controle social do SUS garante-se também a inclusão de demandas sociais articuladas por diversos grupos coletivos.

### 2.2.1.1 Estrutura do SUS

A estrutura do SUS contempla todos os entes federativos, com o acréscimo de órgãos subordinados às estruturas de governo, todas necessárias ao adequado funcionamento do sistema.

Figura 7 – Estrutura Institucional e Decisória do SUS (SUS) - Adaptada



Fonte: Souza (2002, p. 36).

A estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme demonstrado na Figura 7, inclui os três entes federativos: União, Estados e Municípios. Esta organização detalha os papéis dos gestores de cada esfera governamental, as comissões intergestoras e os colegiados participativos, destacando a distribuição de responsabilidades e a participação nas decisões sobre a gestão da saúde pública.

Ao iniciarmos a análise, o gestor nacional, representado pelo Ministério da Saúde, normatiza, fiscaliza e monitora, entre outras competências, ações e serviços de saúde em todo o território nacional. Nos níveis estadual e municipal, o gerenciamento das políticas de saúde, desde o planejamento até o monitoramento, é responsabilidade das secretarias estaduais e municipais (Souza, 2002).

A articulação entre os entes da federação ocorre por meio das comissões tripartites, com representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Além disto, em cada estado a comissão bipartite permite decisões conjuntas, com representação da secretaria estadual da saúde e do conselho de secretários municipais de saúde (COSEMS) (Souza, 2002).

Para complementar a estrutura, os conselhos de saúde presentes nos três entes da federação são de caráter permanente e deliberativo. Atuam na formulação de estratégias e no controle das políticas de saúde, incluindo representantes do governo, prestadores de serviços, usuários e profissionais da área (Souza, 2002).

O Sistema Único de Saúde organiza seus atendimentos em três níveis: atenção primária à saúde, atenção secundária e atenção terciária. Os níveis são distintos de acordo com a complexidade da necessidade do paciente.

A atenção primária, também conhecida como atenção básica, é considerada a oferta de serviços de saúde mais próxima do cidadão. Identificada como a “porta de entrada”, trata-se do local mais próximo para acolher o usuário quando este necessitar dos serviços de saúde (Nied *et al.*, 2020).

Giovanella e Mendonça (2008), por meio do Quadro 15, apresentam os atributos da atenção primária à saúde.

Quadro 15 – Atributos da atenção primária à saúde

| <b>Atributos da atenção primária à saúde</b> | <b>Definição</b>                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Primeiro Contato                             | Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde.                                                                             |
| Longitudinalidade                            | Exige uma relação clínico-paciente ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença.                                                                                                                    |
| Abrangência ou integralidade                 | Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde, dentro dos limites de atuação pessoal de saúde.                                                           |
| Coordenação                                  | Coordenação das diversas ações e dos serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.                                                                                                          |
| Orientação para a comunidade                 | Conhecimento das necessidades de saúde da população atendida em razão do contexto econômico e social, dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade. Participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde. |

|                         |                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Centralidade na família | Consideração do contexto e da dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro. Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde.                 |
| Competência cultural    | Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade. |

Fonte: Giovanella e Mendonça (2008, p. 577).

Em relação ao nível secundário, também conhecido como complexidade média, Bleicher e Bleicher (2016) destacam que este nível abrange profissionais especializados e equipamentos com maior densidade tecnológica. Os atendimentos são realizados em centros de saúde, policlínicas e pequenos hospitais. Como o volume de atendimentos é menor em comparação com a atenção primária, o autor menciona que não é necessária uma força de trabalho tão extensa quanto neste nível inicial de atendimento.

No que diz respeito à atenção terciária, ou de alta complexidade, isto se refere a situações em estágios avançados que não podem ser tratadas em níveis de baixa e média complexidade. A Portaria do Ministério da Saúde nº 968, de 11 de dezembro de 2022, define os procedimentos de alta complexidade, os quais englobam intervenções que exigem mais recursos, como o tratamento de carcinomas e linfomas, além de outras doenças graves. No entanto, Vianna *et al.* (2005, p. 14) ressaltam que o procedimento de alta complexidade possui características específicas que o distinguem da atenção básica e média complexidade: “(i) alta densidade tecnológica e/ou exigência de expertise e habilidades especiais acima dos padrões médios; (ii) baixa frequência relativa; (iii) alto custo unitário e/ou do tratamento”.

Estas particularidades, embora representem desafios significativos para a gestão e integração dos serviços, reforçam a importância das redes de atenção à saúde. Estas redes são estruturadas como organizações que conectam diversos serviços de saúde em busca de uma missão única, com objetivos comuns e ações cooperativas e interdependentes, permitindo uma atenção contínua e integral à população. Sob a coordenação da atenção primária, as redes visam atender às demandas da população de forma eficiente, humanizada e com responsabilidade sanitária e econômica (Mendes, 2011).

As redes de atenção à saúde possuem três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população é característica essencial para existência das redes de atenção à saúde, deve ser conhecida e está plenamente registrada em sistemas de informações. A estrutura operacional, segundo elemento constitutivo, trata dos nós das redes e das questões materiais e imateriais que se comunicam, que se compõem de cinco componentes: “o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança”. Por último, o modelo de atenção de saúde que está relacionado aos sistemas lógicos que realizam a organização do funcionamento da rede (Mendes, 2011, p.86).

### **3 FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS E METODOLOGIA**

O presente capítulo abordará a metodologia e a fundamentação epistemológica que orientaram a realização desta pesquisa. Serão abordados os seguintes aspectos: a abordagem adotada, o método utilizado, o tipo de pesquisa, as técnicas de coleta e análise de dados, além da epistemologia e do paradigma que sustentam a presente tese.

#### **3.1 PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS**

Para elaborar uma pesquisa científica consistente é essencial que o pesquisador analise cuidadosamente a perspectiva de mundo e a abordagem de construção do conhecimento que fundamentam o estudo. Conforme destaca Saccol (2009), é fundamental refletir sobre a visão de mundo e o modelo de construção do conhecimento que sustentam uma investigação, pois somente desta forma será possível avaliar a qualidade, a solidez e a coerência da abordagem, do processo investigativo e da interpretação dos resultados obtidos. Esta reflexão deve ser realizada a partir de três dimensões interdependentes: ontologia, epistemologia e paradigma. De acordo com Burrell e Morgan (1979), estas escolhas filosóficas posicionam o pesquisador em relação ao objeto de estudo, configurando a base para o paradigma adotado.

A epistemologia trata da origem, natureza e limites do conhecimento humano. Segundo Saccol (2009), há três principais correntes epistemológicas. O objetivismo

pressupõe que o conhecimento é uma descoberta de uma realidade objetiva e independente do observador. O subjetivismo, por outro lado, considera que os significados são atribuídos pelo sujeito, baseando-se em percepções individuais. Já o construtivismo ocupa uma posição intermediária, postulando que a realidade e o conhecimento são construídos na interação dinâmica entre o sujeito e o objeto (Amboni *et al.*, 2017; Saccol, 2009).

A ontologia, por sua vez, aborda a natureza da realidade, questionando sua existência de forma independente ou como fruto de construções sociais. A ontologia realista entende que a realidade é objetiva e existe independentemente das percepções humanas. Em contrapartida, a ontologia subjetivista considera que a realidade é fruto das percepções e interpretações individuais. Já uma posição construtivista enfatiza que a realidade social é um produto coletivo, negociado e compartilhado por meio das interações sociais (Amboni *et al.*, 2017; Burrell; Morgan, 1979).

Estas escolhas ontológicas e epistemológicas influenciam diretamente a definição do paradigma de pesquisa. Burrell e Morgan (1979) identificaram quatro paradigmas principais nos estudos organizacionais: funcionalista, interpretativo, radical humanista e radical estruturalista. Cada um deles reflete uma combinação única de pressupostos ontológicos e epistemológicos, moldando diferentes abordagens metodológicas e interpretativas.

A presente pesquisa adota uma abordagem fundamentada no paradigma interpretativo. Este paradigma reconhece a realidade como intersubjetiva e construída pelas interações e percepções dos atores sociais. A investigação busca compreender as dinâmicas de governança, explorando como os atores interagem, compartilham significados e enfrentam os desafios de coordenação e implementação de políticas públicas no SUS.

Do ponto de vista epistemológico, a tese segue uma abordagem construtivista, dado que busca compreender a interação entre diferentes atores de governança, considerando a realidade como socialmente construída e moldada pelas práticas e interações dos participantes. Esta abordagem é evidenciada pelo uso de métodos qualitativos, como entrevistas e triangulação de dados, que permitem captar percepções e práticas contextuais (Amboni *et al.*, 2017).

Ontologicamente, a pesquisa adota uma perspectiva interpretativa, pois considera que a realidade investigada é fruto das interações sociais entre os atores

da rede de políticas públicas. Assim, as influências contextuais e as negociações de significados emergem como elementos essenciais para a análise da governança (Burrell; Morgan, 1979).

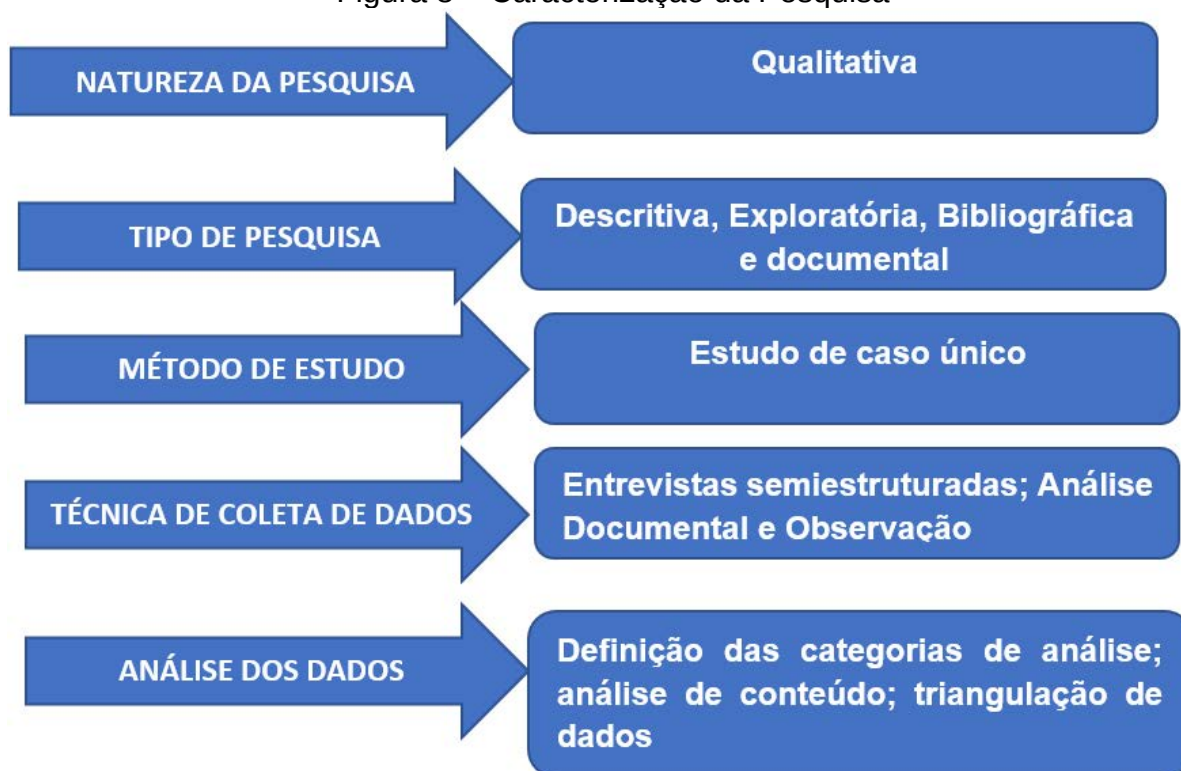
Por fim, ao posicionar-se no paradigma interpretativo, a tese privilegia a compreensão dos fenômenos sociais sob a perspectiva dos participantes, buscando explorar a governança como um processo dinâmico e interativo. Esta abordagem é particularmente relevante no contexto da gestão pública, onde múltiplos atores, interesses e níveis de governança se entrelaçam.

Deste modo, a pesquisa fundamenta-se em uma epistemologia construtivista, uma ontologia interpretativa e no paradigma interpretativo. Estes pressupostos são coerentes com os objetivos de analisar a governança de redes em políticas públicas complexas, permitindo uma compreensão aprofundada das interações e percepções que moldam a implementação de políticas no contexto investigado.

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Após a apresentação do pressuposto epistemológico prosseguimos para a caracterização da pesquisa. A pesquisa é caracterizada quanto à sua natureza, tipo de pesquisa, método de estudo e quanto à técnica e análise dos dados em conformidade com a etapa inicial exploratória e teórica realizada. De forma ilustrativa, a Figura 8 representa a caracterização da pesquisa.

Figura 8 – Caracterização da Pesquisa



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Esta pesquisa é caracterizada como qualitativa, descritiva e exploratória, com abordagem metodológica baseada em estudo de caso único. O objeto central de análise é a política pública de cirurgias eletivas no Estado de Santa Catarina, buscando compreender como ocorre a governança desta política por meio da identificação de atores, procedimentos, interações e instrumentos que influenciam a sua efetividade.

Para isto aplicou-se entrevistas semiestruturadas, análise documental, observação e triangulação de dados, articuladas a uma fundamentação teórica consistente.

A escolha por uma abordagem qualitativa deve-se à complexidade do fenômeno estudado, uma vez que a governança de políticas públicas envolve múltiplos atores e dinâmicas contextuais que não podem ser plenamente capturadas por métodos quantitativos. De acordo com Yin (2015), o método qualitativo é particularmente útil para investigações que buscam compreender processos e interações dentro de um contexto específico. Além disto, segundo Denzin e Lincoln (2006), refere-se a um campo de investigação com conceitos e suposições, identificando dados descritivos e comportamentos observáveis, experiência e

vivência. Neste sentido, a escolha pela abordagem qualitativa permite captar as nuances e particularidades das interações entre os atores envolvidos, como gestores públicos, profissionais de saúde e cidadãos, contribuindo para uma análise rica e aprofundada do tema.

A presente pesquisa foi realizada de forma descritiva, exploratória, bem como apresenta-se como pesquisa bibliográfica e documental.

A pesquisa descritiva busca detalhar e caracterizar os elementos que compõem o fenômeno investigado, possibilitando uma análise sistemática e detalhada das práticas e dinâmicas de governança. Ademais, este tipo de pesquisa discorre “com exatidão os fatos e fenômenos de uma realidade” (Triviños, 1987, p. 110). Neste caso, a pesquisa descreve as competências dos atores envolvidos, os procedimentos adotados e os instrumentos utilizados na política pública de cirurgias eletivas que estão diretamente relacionados aos objetivos específicos: “(a) Identificar os atores envolvidos na política pública de cirurgias eletivas e suas respectivas competências”; e “(b) descrever os procedimentos envolvidos na execução política estudada”.

Justifica também como uma pesquisa de modo exploratório, pois investiga um tema, análise da governança em políticas públicas de saúde, pouco aprofundado no campo acadêmico, buscando ressaltar novas perspectivas e contribuições teóricas. Godoy (1995) destaca que a pesquisa exploratória é especialmente útil para temas que apresentam lacunas teóricas ou práticas, como é o caso das cirurgias eletivas.

A pesquisa, no primeiro momento, apresenta um aprofundamento teórico a respeito de: Políticas Públicas, Governança de Políticas Públicas, Avaliação de Governança em Políticas Públicas e o Sistema Único de Saúde. Para atingir este objetivo iniciou com a pesquisa bibliográfica, definida por Lakatos e Marconi (2004) como o primeiro degrau de toda pesquisa científica.

Após serem adquiridos conhecimentos a respeito da normatização do tema, foi realizada uma pesquisa documental, contemplando legislações, relatórios técnicos e planos estaduais de saúde. Lakatos e Marconi (2004) afirmam que a pesquisa documental trata da coleta de dados em fontes primárias, como documentos escritos ou não, pertencentes a arquivos públicos, arquivos particulares de instituições e domicílios, e fontes estatísticas, necessárias para entender o contexto histórico e normativo do fenômeno.

Em relação ao método de estudo, caracterizamos a pesquisa como estudo de caso, uma vez possui como objeto o subsistema de cirurgias eletivas no Estado de

Santa Catarina. Segundo Howlett *et al.* (2013), subsistemas podem ser definidos como arenas compostas por atores institucionais e não institucionais que interagem em torno de uma área específica de política, compartilhando interesses e experiências. Quando a pesquisa é direcionada para este tipo de estudo não se trata de uma escolha metodológica, mas sim de uma decisão por um determinado objeto, um programa, ou seja, um referido grupo de pessoas que compartilhem o mesmo ambiente e a mesma experiência (Stake, 1988). Merriam (1998) ressalta que os investigadores aplicam o estudo de caso para entender a situação com profundidade informando aos envolvidos os dados coletados (Godoy, 2010).

Hartley (1995) destaca que este método de pesquisa consente verificar os processos de mudança, identificando e analisando as forças históricas, pressões contextuais e a dinâmica dos vários grupos de stakeholders na aceitação ou oposição a tais processos, em uma ou mais organizações, ou em grupos específicos no seu interior (Godoy, 2010).

Para Merriam (1988), o estudo de caso classifica-se em três tipos a partir de seus objetivos: descritivo, interpretativo e avaliativo. Entre estas classificações, nossa pesquisa se enquadra no estudo de caso avaliativo devido à preocupação na obtenção de informações para resolver problemas sociais — lista das cirurgias eletivas. Da mesma forma, Yin (2001, p. 32) ressalta que “um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do contexto da vida real”.

Com o intuito de coletar dados optou-se por realizar entrevistas semiestruturadas, análise documental e observação direta. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas porque no decorrer da entrevista o pesquisador pode inserir novas perguntas pertinentes no momento, situação não possível com os questionários fechados, que restringiram sua amplitude de coleta de dados. Para Manzini (1991), a entrevista semiestruturada está focada em um assunto sobre o qual elabora-se um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista, não resultando em padrão de resposta único.

Na análise documental buscou-se aprofundar nas informações constantes em documentos oficiais, relatórios técnicos e planos de saúde. Os documentos analisados estão descritos no Quadro 16.

Quadro 16 – Relação de documentos

| ORIGEM | DOCUMENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Normas | <p><b>Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008</b> Estabelece a Política Nacional de Regulação no Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>Portaria n.º 1450/2004, de 25 de Novembro. Cria o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).</p> <p>Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de junho de 2004</p> <p>Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023. Institui o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas</p> <p>. Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro. Aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)</p> <p>Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio. Define os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde (SNS) para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência e aprova a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS.</p> <p>.Lei nº 16.158, de 7 de novembro de 2013. Dispõe sobre a criação e a concessão de incentivo financeiro às Centrais de Regulação no Estado de Santa Catarina</p> <p>Lei nº 16.968, de 19 de julho de 2016. Institui o Fundo Estadual de Apoio aos Hospitais Filantrópicos de Santa Catarina, ao Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), ao Centro de Pesquisas Oncológicas Dr. Alfredo Daura Jorge (CEPON) e aos Hospitais Municipais.</p> <p>Lei nº 17.066, de 11 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a publicação, na internet, da lista de espera dos pacientes que aguardam por consultas, exames e intervenções cirúrgicas nos estabelecimentos da rede pública de saúde do Estado de Santa Catarina</p> <p><b>Deliberação nº 66/CIB/2018, de 26 de março de 2018.</b> Estabelece os fluxos de acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos no âmbito das Centrais de Regulação Hospitalar do Estado de Santa Catarina.</p> <p>Lei nº 17.874, de 26 de dezembro de 2019. Institui o Plano Plurianual para o quadriênio 2020-2023 e estabelece outras providências.</p> <p><b>Deliberação nº 104/CIB/2022, de 25 de agosto de 2022.</b> Estabelece normas e diretrizes gerais para a gestão das filas de espera de cirurgias eletivas no Estado de Santa Catarina.</p> <p>Decreto nº 2.400, de 30 de dezembro de 2022. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado da Saúde, a distribuição dos cargos de provimento em comissão, funções técnicas gerenciais e funções de chefia que compõem a estrutura do órgão e estabelece outras providências.</p> |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | <p><b>Portaria nº 23, de 13 de janeiro de 2023.</b> Institui Grupo de Trabalho para avaliar, discutir e propor estratégias para a redução do tempo de espera por cirurgias eletivas no estado.</p> <p><b>Deliberação nº 70/CIB/2023, de 18 de maio de 2023.</b> Aprova a Política Estadual de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas</p> <p><b>Deliberação nº 744/CIB/2023, de 7 de dezembro de 2023.</b> Aprova a Tabela Catarinense de procedimentos cirúrgicos eletivos, com seus respectivos valores financeiros, e a atualização da operacionalização do Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas</p> |
| Relatórios | <p><b>Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023.</b></p> <p><b>Plano Estadual de Saúde 2024-2027</b></p> <p><b>Balanço Geral do Estado 2023: Relatório de Atividades do Poder Executivo – Volume 3.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

Por fim, para análise de dados, utilizaremos de um arcabouço teórico e empírico descrito na seção seguinte.

### 3.3 QUADRO TEÓRICO

Com base no percurso epistemológico e metodológico adotado, que reafirma o compromisso do pesquisador, torna-se essencial apresentar o referencial teórico e a matriz teórica de análise deste estudo.

O Quadro 17 apresenta uma síntese do modelo adotado pela tese.

Quadro 17 – Modelo teórico

| <b>ANÁLISE DA GOVERNANÇA DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b> | <b>DEFINIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                    | A governança de políticas públicas engloba um processo de interação e cooperação entre múltiplos atores públicos e privados que, por meio de redes, negociam e implementam políticas públicas, compartilhando recursos e soluções para a resolução de problemas coletivos (KLIJN; KOPPENJAN, 2016). |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Com o quadro teórico definido, parte-se para a principal construção utilizada para fundamentar e direcionar a investigação sobre a governança da política pública de cirurgias eletivas no Estado de Santa Catarina. A matriz inclui categorias como institucionalização, planos e objetivos, capacidade organizacional, recursos financeiros, comunicação, prestação de contas, monitoramento e avaliação, como quais foram adaptadas do Referencial de Avaliação de Governança em Políticas Públicas do Tribunal de Contas da União (Brasil, 2014) e complementadas por conceitos da literatura relevantes ao contexto analisado.

Quadro 18 – Matriz de análise da Tese

| <b>CATEGORIAS</b>                | <b>ELEMENTOS DE ANÁLISE</b>                                                                                                                                                                         | <b>REFERENCIAIS</b>                                                                                                  |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INSTITUCIONALIZAÇÃO</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos formais e informais</li> <li>• Normas e procedimentos</li> <li>• Competências definidas</li> </ul>                                                | Calmom, Costa (2013)<br>Brasil (2014)<br>Dados secundários<br>Entrevistas                                            |
| <b>PLANOS E OBJETIVOS</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diretrizes</li> <li>• Objetivos</li> <li>• Metas</li> <li>• Coesão nos planos</li> </ul>                                                                   | Brasil (2014)<br>Dados secundários<br>Entrevistas                                                                    |
| <b>CAPACIDADE ORGANIZACIONAL</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestrutura</li> <li>• Equipamentos adequados</li> <li>• Recursos humanos disponíveis</li> <li>• Capacitações</li> <li>• Tecnologia adequada</li> </ul> | Brasil (2014)<br>Dados secundários<br>Observação direta<br>Entrevistas<br>Reunião do Consems                         |
| <b>RECURSOS FINANCEIROS</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alocação de recursos</li> <li>• Disponibilidade de dotação orçamentária</li> <li>• Fonte de Financiamentos</li> </ul>                                      | Brasil (2014)<br>Calmom, Costa (2013)<br>Dados secundários<br>Observação direta<br>Entrevistas<br>Reunião do Consems |

|                                  |                                                                                                                                              |                                                                                                  |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>COMUNICAÇÃO</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Articulação entre atores públicos e privados</li> <li>• Elementos formais de comunicação</li> </ul> | Calmom e Costa (2013)<br>Brasil (2014)<br>Entrevistas<br>Dados secundários<br>Reunião do Consems |
| <b>ACCOUNTABILITY</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparência</li> <li>• Responsabilização</li> <li>• Prestação de Contas</li> </ul>                | Calmom e Costa (2013)<br>Brasil (2014)<br>Entrevistas<br>Dados secundários                       |
| <b>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhamento de indicadores</li> <li>• Avaliar resultados</li> </ul>                              | Brasil (2014)<br>Entrevistas<br>Dados secundários<br>Reunião do Consems                          |

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

A partir deste constructo da tese foi elaborado o roteiro das entrevistas semiestruturadas, conforme Apêndice A.

### 3.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Após a definição do quadro teórico e da matriz de análise da tese, este item abordará os procedimentos metodológicos que nortearam a pesquisa qualitativa, com foco na coleta e análise dos dados

#### 3.4.1 Coleta de dados

A fase de exploração do objeto de estudo envolve uma leitura preliminar, entrevistas preliminares, bem como observação e análise documental. O conhecimento inicial da literatura auxilia diretamente na percepção da problematização, já quanto aos demais procedimentos (entrevistas, observação e análise documental), auxiliam o pesquisador a ter uma familiaridade com a situação vivenciada pelos atores sociais (Quivy; Campenhoudt, 2005).

O primeiro contato com o objeto da presente pesquisa foi em decorrência da atividade profissional da pesquisadora, auditora fiscal de controle externo do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, que permaneceu por três meses do exercício de 2018 nas dependências da Secretaria de Estado da Saúde, atuando no campo de auditoria, conforme já mencionado anteriormente na seção da justificativa desta pesquisa.

Naquela ocasião percebeu-se que o problema não era somente questões contábeis, mas também procedimentos internos e externos que impactavam diretamente na vida dos usuários do Sistema Único de Saúde. Retomando no exercício de 2021, iniciou-se conversas informais com gestores da SES e observou-se a necessidade de articular ações que poderiam auxiliar na política das cirurgias eletivas do ESC.

Durante os exercícios de 2021 e 2022, as operações exploratórias sobre o objeto de estudo foram realizadas por meio de entrevistas informais com o ex-Secretário de Estado de Saúde, a ex-Gestora da SES e um membro do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde, portanto anteriormente à aprovação do projeto desta pesquisa. Estes setores subsidiaram a compreensão inicial do fenômeno estudado. Inclusive destacaram diversos problemas dentro do contexto da política das

cirurgias eletivas, como ausência de recursos: materiais, humanos, tecnológicos, financeiros; e principalmente ausência de comunicação entre os atores envolvidos.

Considerando esta exploração preliminar do campo, a entrevista foi elaborada com base em um roteiro semiestruturado, composto por questões abertas, organizado em categorias definidas com base no referencial teórico e nos objetivos da pesquisa. Os questionamentos incluídos no roteiro também decorreram da pesquisa exploratória prévia sobre o assunto, realizada com possíveis atores e documentos analisados anteriormente.

Os questionamentos presentes nas entrevistas foram previamente testados com uma acadêmica pertencente ao Grupo de Pesquisa Callipolis da ESAG/UDESC, bem como uma auditora fiscal de controle externo do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina que já atuou na fiscalização de ações relacionadas a serviços de saúde.

Acrescento ainda que no primeiro semestre de 2023 fui discente da disciplina Gestão Pública e *Accountability* que, além de apresentar referenciais de governança, tema diretamente ligado a esta pesquisa, proporcionou uma análise preliminar do roteiro das entrevistas semiestruturadas. Esta análise foi realizada pelos alunos participantes da disciplina, pela professora responsável, Dra. Fabrícia Silvia da Rosa, e pelo professor auxiliar voluntário, Dr. Maurício Vasconcellos Lyrio. Ambos ofereceram críticas construtivas que contribuíram para que o instrumento de coleta ficasse mais consistente e adequado à aplicação no campo empírico.

Desta forma, a aplicação de pré-testes foi essencial para refinamento dos questionamentos, permitindo identificar e corrigir questões redundantes que estavam, por vezes, pouco claras. Lakatos e Marconi (2003, p. 203) enfatizam a importância do pré-teste, afirmando que ele é realizado “tendo em vista o seu aprimoramento e o aumento de sua validade”.

Considerando a realização dos ajustes necessários, definiu-se, finalmente, o roteiro das entrevistas, conforme Anexo A desta Tese. Logo em seguida definiu-se a indicação de alguns atores e a coleta de dados iniciou-se em agosto de 2023 e estendeu-se até outubro de 2024, mediante a realização dos primeiros contatos com os atores por e-mail. Neste contato era descrito o meu objeto de pesquisa e o convite para contribuir com a investigação.

Foram realizadas 21 entrevistas com atores envolvidos na política das cirurgias eletivas do estado de Santa Catarina, sendo que 09 ocorreram no formato

online pelas plataformas *Google Meet* e *Teams*. Entre os entrevistados estão superintendentes, diretores, gerentes e servidores da Secretaria de Estado de Saúde, secretários municipais de saúde, diretores de hospitais contratualizados, integrantes do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, gestores responsáveis pelos setores de regulação dos municípios, médicos, enfermeiros e pacientes que estavam na lista de espera.

Com a intenção de preservar o anonimato dos entrevistados, eles foram identificados no Quadro 19 como atores, codificados pela letra “A”, seguida de um número de 1 a 21, em consonância com a ordem de realização da entrevista. Cabe informar que as entrevistas levaram aproximadamente trinta e cinco horas de entrevistas.

Quadro 19 – Relação das entrevistas

| <b>ATOR</b> | <b>DATA DA ENTREVISTA</b> | <b>TEMPO</b> | <b>FORMA</b> |
|-------------|---------------------------|--------------|--------------|
| <b>A1</b>   | 21/08/2023                | 1:39         | Presencial   |
| <b>A2</b>   | 04/09/2023                | 1:40         | Presencial   |
| <b>A3</b>   | 15/09/2023                | 1:37         | On-line      |
| <b>A4</b>   | 26/09/2023                | 1:48         | Presencial   |
| <b>A5</b>   | 18/10/2023                | 00:42        | On-line      |
| <b>A6</b>   | 01/03/2024                | 1:50         | Presencial   |
| <b>A7</b>   | 05/03/2024                | 1:40         | On-line      |
| <b>A8</b>   | 04/06/2024                | 1:37         | Presencial   |
| <b>A9</b>   | 20/06/2024                | 1:10         | Presencial   |
| <b>A10</b>  | 07/08/2024                | 02:15        | On-line      |
| <b>A11</b>  | 23/08/2024                | 1:35         | Presencial   |
| <b>A12</b>  | 04/09/2024                | 1:42         | On-line      |
| <b>A13</b>  | 10/09/2024                | 1:45         | Presencial   |
| <b>A14</b>  | 13/09/2024                | 1:41         | On-line      |
| <b>A15</b>  | 26/09/2024                | 1:45         | Presencial   |
| <b>A16</b>  | 27/09/2024                | 1:42         | Presencial   |
| <b>A17</b>  | 04/10/2024                | 1:47         | On-line      |
| <b>A18</b>  | 14/10/2024                | 1:38         | On-line      |
| <b>A19</b>  | 16/10/2024                | 1:53         | On-line      |
| <b>A20</b>  | 23/10/2024                | 1:55         | On-line      |
| <b>A21</b>  | 29/10/2024                | 2:00         | Presencial   |

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Nas entrevistas realizadas foi perceptível como minha função como auditora fiscal de controle externo do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina influenciou o acesso às agendas dos entrevistados. No entanto, notei que, dependendo da posição ocupada pelo entrevistado, ele utilizava a entrevista para trazer à tona questões políticas, incluindo possíveis reclamações ou para enaltecer certos gestores. Além disto, quando os entrevistados já conheciam a pesquisadora, as conversas fluíam com mais facilidade. Apesar disto, fiz questão de deixar claro que minha presença não tinha como objetivo fiscalizar, mas sim compreender os procedimentos e as dificuldades na execução da política das cirurgias eletivas. Em todos os momentos mantive uma postura imparcial para não permitir que minhas responsabilidades profissionais influenciassem a pesquisa acadêmica.

Além das entrevistas realizadas e dos documentos coletados, a pesquisadora participou como ouvinte da reunião do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina (COSEMS/SC), realizada em 06 de novembro de 2024, na cidade de Balneário Camboriú, durante o Congresso de Municípios, Associações e

Consórcios de Santa Catarina (COMAC-SC). Nessa reunião, as cirurgias eletivas foram um dos temas discutidos da pauta.

Após a introdução dos fundamentos epistemológicos e metodológicos, cabe esclarecer os pressupostos específicos que norteiam a investigação. Estes pressupostos formam a base conceitual para as escolhas metodológicas e as interpretações dos dados coletados, como descrito a seguir:

- Pressuposto 1: A governança da política de cirurgias eletivas de Santa Catarina é concebida por meio da interação entre diversos atores, de acordo com suas competências.

O referido pressuposto sustenta a escolha por métodos qualitativos que capturam as dinâmicas interativas entre os atores envolvidos. As técnicas de entrevistas semiestruturadas e análise documental são aplicadas para explorar como essas interações afetam a governança da política.

- Pressuposto 2: A implementação da política pública de forma adequada é fundamental para garantir o alcance dos resultados desejados.

Observa-se que a eficácia da política é diretamente influenciada pela sua operacionalização, a pesquisa foca na análise dos processos e procedimentos através das entrevistas, observação direta e análise documental, buscando identificar práticas que otimizem a execução das políticas.

- Pressuposto 3: A governança da política pública pode ser avaliada por meio de modelos teóricos estruturados, como o Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas do TCU (Brasil, 2014), além de componentes abordados na literatura acadêmica.

Este pressuposto direciona a utilização de um *framework* teórico consolidado para estruturar a análise, combinando-o com a literatura existente para uma avaliação abrangente e fundamentada da governança.

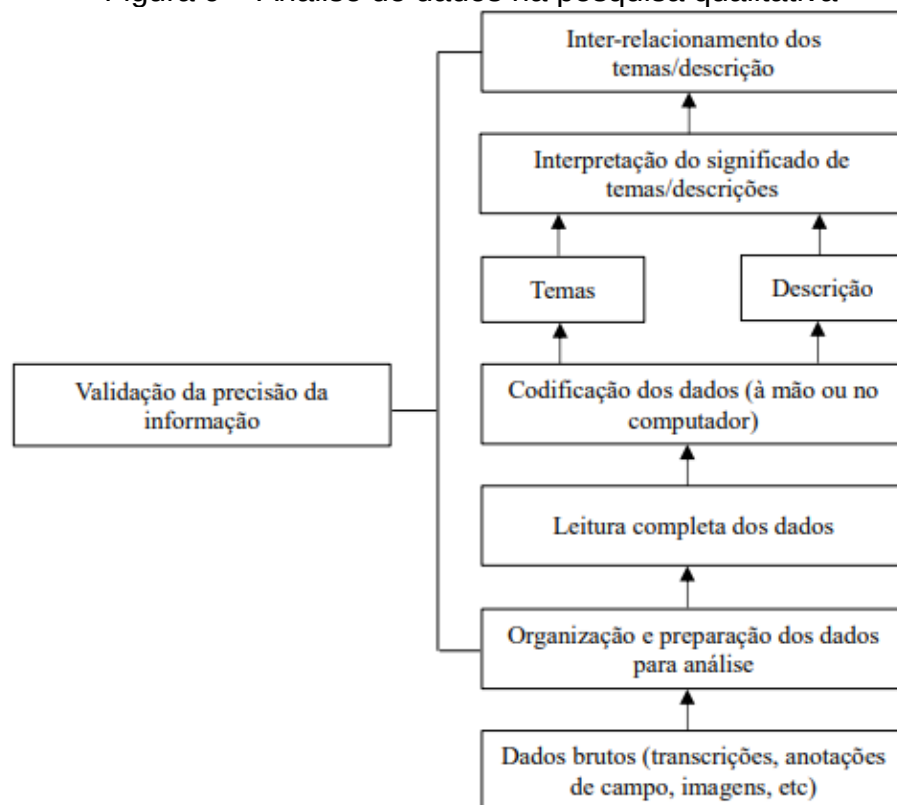
- Pressuposto 4: A análise sobre a política pública pode identificar alternativas solucionadoras para os entraves na execução da política.

O foco na identificação de soluções é central para a execução da pesquisa, guiando o uso de entrevistas para explorar opiniões e perspectivas dos atores sobre potenciais melhorias, bem como análise de *benchmarking*.

### 3.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados é um processo permanente durante a pesquisa, “passos mais genéricos incluem organização e preparo dos dados, além de leitura inicial das informações” (Creswell, 2007).

Figura 9 – Análise de dados na pesquisa qualitativa



Fonte: Creswell (2010).

Com base no modelo apresentado pelo Creswell (2010) para analisar os dados qualitativos, realizamos os seguintes passos:

1ª Transcrição das entrevistas: as entrevistas foram transcritas integralmente para garantir a fidelidade das informações.;

2ª Organização dos dados: as transcrições foram inseridas no software Atlas.Ti para auxiliar na análise dos dados;

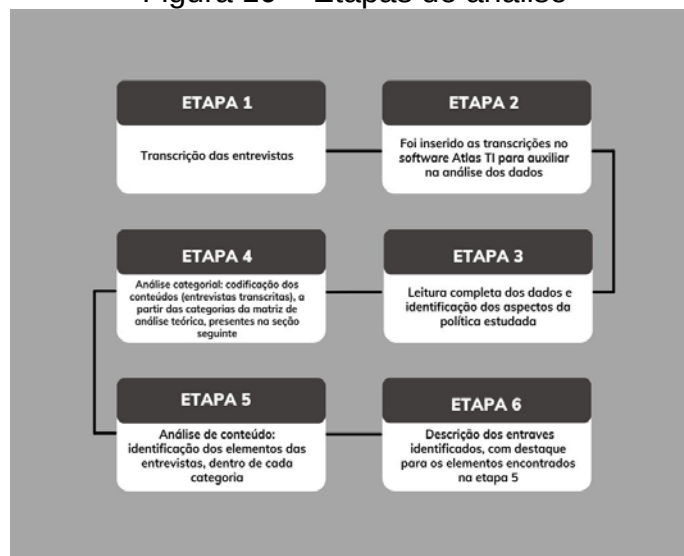
3ª Leitura completa dos dados e identificação dos aspectos da política estudada; leitura minuciosa das transcrições para identificar os principais aspectos relacionados à política de cirurgias eletivas;

4ª Análise categorial: codificação dos conteúdos (entrevistas transcritas) a partir das categorias da matriz de análise teórica, presentes na seção seguinte;

5ª Análise de conteúdo: identificação dos elementos das entrevistas, dentro de cada categoria;

6ª etapa: Descrição dos entraves identificados: destacam-se os elementos encontrados na etapa anterior, fornecendo uma visão detalhada dos entraves na governança da política de cirurgias eletivas

Figura 10 – Etapas de análise



Fonte: Elaborado pela autora (2024) com base Creswell (2010).

É necessário esclarecer que após a transcrição e inserção das entrevistas no Atlas.Ti, foram identificados os principais temas emergentes a partir das falas dos entrevistados. Essa etapa auxiliou na estruturação da análise da governança da política de cirurgias eletivas do Estado de Santa Catarina, conforme ilustrado no Quadro 30, construído com base na matriz de análise da tese (Quadro 18).

Os códigos iniciais foram extraídos a partir da leitura detalhada das entrevistas, sendo organizados em categorias e subcategorias, como: (i) Institucionalização da Governança (Definição de responsabilidades entre os atores, Papel da Secretaria Estadual de Saúde, Regulamentação da política de cirurgias eletivas); (ii) Capacidade Organizacional e Recursos (Estruturas administrativas, Capacitação dos gestores, Infraestrutura hospitalar e sua influência na execução da política); (iii) Monitoramento e Avaliação (Indicadores de desempenho utilizados na gestão das filas, Limitações dos sistemas de informação (Sisreg)); Transparência e Responsabilidade

(Comunicação com a sociedade sobre tempo de espera, Controle social na gestão das listas de espera).

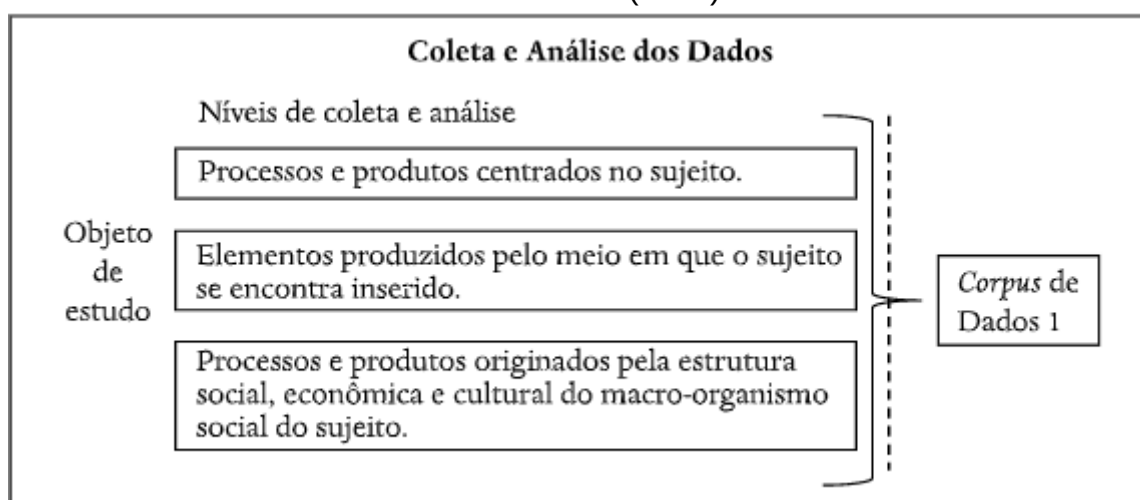
Com os códigos definidos, procedeu à análise de conteúdo no ATLAS.ti, vinculando os trechos das entrevistas às categorias condicionais. Nessa etapa, foram identificadas relações e padrões entre os elementos de governança. O que permitiu uma leitura comparativa e sistematizada da governança da política pública, possibilitando adaptações em conformidade com a matriz de análise.

Foram exploradas as situações recorrentes entre os códigos, identificando quais temas apareciam juntos e quais eram os padrões mais frequentes, conforme alguns achados relevantes, aprofundados na seção de Resultados e Discussões

A partir da triangulação dos dados, conforme proposto por Triviños (1987), foi realizada uma análise que consolidou evidências sobre os pontos fortes e fragilidades da governança da política pública de cirurgias eletivas, fornecida uma base empírica para as recomendações de aprimoramento apresentadas na seção final da tese.

Especificamente, para a quinta etapa, análise de conteúdo, foi aplicada a triangulação de dados (Triviniôs, 1987) em razão de disponibilizar uma maior abrangência para descrição, explicação e compreensão do objeto em estudo. A triangulação de dados é considerada uma ferramenta útil que permite uma proximidade e entendimento de fenômenos da realidade de forma aprofundada (Zappellini; Feuerschütte, 2015).

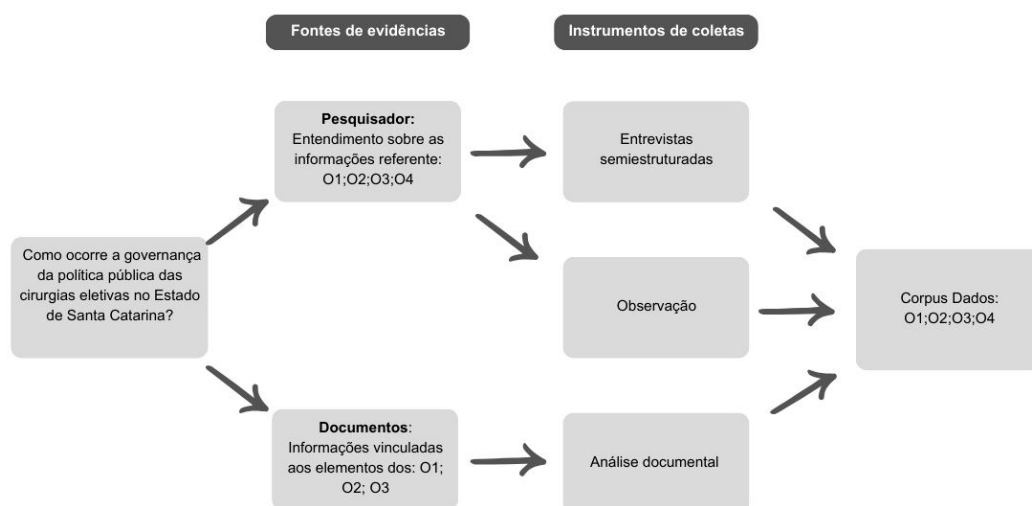
Figura 11 – Esquema exemplificativo da Técnica de Triangulação proposta por Triviños (1987)



Fonte: Bruning, Godri e Takahashi (2018).

Com base no esquema de triangulação proposta por Triviños (1987), somado aos instrumentos definidos como coletas de dados, ilustra a combinação da técnica de coleta e triangulação da pesquisa por meio da Figura 12.

Figura 12 – Técnica de coleta e triangulação da pesquisa



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Os processos e produtos originados pela estrutura social permitiram realizar a triangulação por meio de todas as outras técnicas de coletas, ou seja, entrevistas, observações e análise documental. Quanto aos demais níveis de coleta, estão representados pelo Quadro 20.

Quadro 20 – Triangulação dos dados

| Níveis de Coleta e análise                                            | De que forma?                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Processos de Produtos centrados no sujeito.                           | Entrevistas semiestruturadas com os atores listados no Quadro 19<br>Observação presencial (Reunião do CONSEMS)<br>Levantamentos de dados de documentos |
| Elementos produzidos pelo meio em que o sujeito se encontra inserido. | Documentos legais<br>Documentos de requisições<br>Sistemas gerenciais<br>Dados do portal de transparência do Poder                                     |

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

Ainda para análise dos dados, com base no estado da arte sobre Análise da Governança de Políticas Públicas, elaborou-se a matriz teórica da pesquisa.

### 3.6 LIMITAÇÕES DO TRABALHO

As limitações apresentadas na pesquisa refletem tantos fatores internos quanto externos que impactaram na coleta de alguns dados. A seguir destacam-se as limitações identificadas.

#### **a) Conflito de interesses pela posição profissional da pesquisadora**

A pesquisadora, sendo auditora fiscal de controle externo do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina (TCE-SC), audita alguns entrevistados. Esta relação pode ter gerado conflito de interesses, levando os entrevistados a restringirem ou omitirem informações relevantes para a pesquisa.

#### **b) Abrangência da política pública estudada**

A política de cirurgias eletivas possui um escopo abrangente, envolvendo muitos atores e instituições. Não foi possível incluir todos os envolvidos no estudo, limitando a análise a uma amostra representativa, mas não exaustiva.

#### **c) Impacto das eleições de 2022**

As eleições gerais de 2022 provocaram mudanças na gestão da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Estas alterações impactaram diretamente a pesquisa, já que novos gestores podem ter perspectivas distintas ou desconhecimento sobre o histórico do problema investigado.

#### **d) Lacunas na literatura sobre governança de políticas públicas**

A inexistência de uma uniformização na literatura científica sobre a avaliação de governança de políticas públicas pode ter levado à exclusão de componentes importantes para a análise, limitando a abrangência e profundidade dos resultados.

### **e) Crise política em Portugal e renúncia do Primeiro-Ministro António Costa**

A queda do primeiro-ministro de Portugal, António Costa, com o anúncio da sua demissão no dia 7 de novembro de 2023, após ser formalmente implicado em uma investigação de corrupção envolvendo contratos de hidrogênio verde e outros negócios de energia, e a renúncia marcaram um período de instabilidade política, afetando a governança de várias áreas administrativas do governo português. Esta situação adversa ocorreu durante a minha estada em Lisboa, portanto apresentou-se como uma limitação direta para a condução da minha pesquisa, uma vez que o acesso a gestores e técnicos responsáveis pelo SIGIC foi severamente comprometido. Com a crise política e o clima de incerteza em relação à continuidade das lideranças administrativas, tornou-se difícil obter esclarecimentos detalhados e realizar entrevistas fundamentais para compreender melhor a estrutura e os mecanismos de governança associados ao programa.

## 4 RESULTADOS E ANÁLISE DA PESQUISA DE CAMPO

### 4.1 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SANTA CATARINA

A Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES) é um órgão essencial no contexto da administração pública catarinense. Vinculada diretamente ao Governo do Estado, a SES possui uma estrutura organizacional que visa coordenar, planejar e executar políticas públicas de saúde no estado, que engloba a administração do programa de cirurgia eletiva. A SES tem a competência de executar as diretrizes delineadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo assim que os serviços de saúde sejam prestados de forma universal, integral e equitativa à população de Santa Catarina. Sua atuação vai desde a atenção básica até procedimentos de alta complexidade. O Regimento Interno da SES, aprovado pelo Decreto Estadual nº 2.400, de 30 de dezembro de 2022, define as competências da secretaria em seu artigo 1º.

Art. 1º À Secretaria de Estado da Saúde (SES) compete coordenar a política de saúde no âmbito do Estado, em observância aos princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvendo as seguintes atividades:

- I – desenvolver a capacidade institucional e definir políticas e estratégias de ação voltadas às macrofunções de planejamento, gestão, regulação, acompanhamento, avaliação e controle na área da saúde;
- II – organizar o desenvolvimento da política e do sistema de atenção à saúde nos âmbitos estadual e regional e realizar acompanhamento no âmbito municipal;
- III – promover o acesso universal e equitativo aos Serviços de Saúde, de forma descentralizada, desconcentrada e regionalizada;
- IV – monitorar, analisar e avaliar a situação da saúde no Estado;
- V – coordenar e executar, em caráter complementar, ações e serviços de vigilância, investigação e controle de riscos e danos à saúde;
- VI – formular, articuladamente com o órgão central do Sistema Administrativo de Gestão de Pessoas, a política de desenvolvimento e formação de pessoal da área da saúde, considerando o processo de descentralização e desconcentração dos programas, dos projetos, das ações e dos Serviços de Saúde;
- VII – criar e implementar mecanismos de participação social como meio de aproximar as políticas de saúde dos interesses e das necessidades da população;
- VIII – formular e implementar políticas de promoção da saúde, de forma articulada com os Municípios do Estado e a sociedade civil organizada;
- IX – promover a qualidade dos Serviços de Saúde;
- X – gerenciar as unidades assistenciais próprias do Estado;
- XI – desenvolver mecanismos de gestão e regulação aplicáveis às unidades assistenciais;
- XII – coordenar as políticas e ações de atenção em saúde no SUS; e
- XIII – coordenar as políticas da atenção primária, da média e da alta complexidade, no que concerne à Administração Pública Estadual (Santa Catarina, 2022).

A estrutura da SES/SC é organizada de maneira a permitir uma gestão descentralizada dos serviços de saúde, com o objetivo de atender às diversas demandas regionais e aprimorar o acesso aos serviços. A secretaria é comandada pelo Secretário de Estado da Saúde, que desde junho de 2024 é comandada pelo Sr. Diogo Demarchi, a principal autoridade responsável pela gestão do sistema de saúde estadual. No início da pesquisa, a secretaria era comandada pela Sra. Carmem Zanotto.

Para realizar suas competências, a Secretaria está organizada em várias unidades de direção, execução e assessoramento que colaboram para oferecer cuidados coordenados e atender às demandas de saúde dentro do estado, conforme organograma presente no Apêndice B. Neste estudo trataremos somente sobre os setores envolvidos mais diretamente ao Programa de Cirurgias eletivas.

A Superintendência de Serviços Especializados e Regulação (SUR), que responde diretamente ao Secretário de Estado da Saúde, conforme estipulado no artigo 78, XVIII, do Regimento da SES, possui autoridade para supervisionar o marco regulatório referente às modalidades de cirurgia eletiva e realiza atividades como:

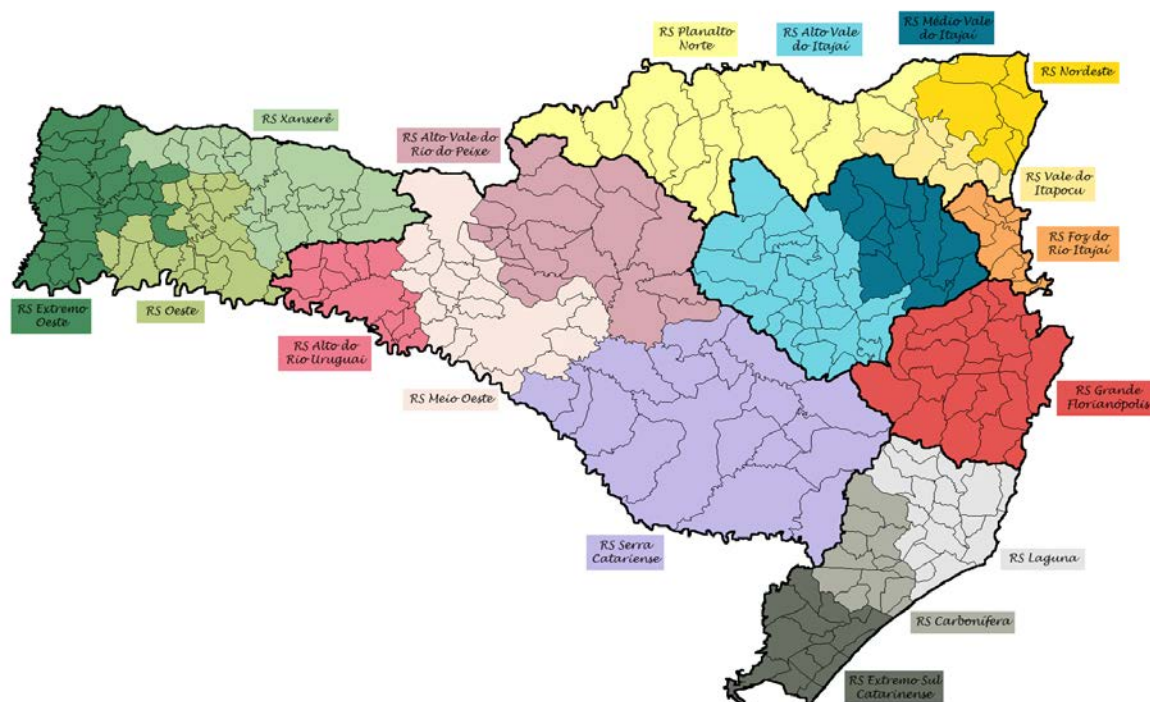
- Gerenciamento de filas e acesso a procedimentos eletivos - supervisiona a regulamentação do acesso a intervenções cirúrgicas eletivas, procedimentos médicos de média a alta complexidade e consultas especializadas;
- Controle do fluxo de pacientes - coordena o movimento de pacientes nas unidades de saúde, particularmente entre hospitais e ambientes de atenção primária;
- Gerenciamento de leitos - monitora as taxas de ocupação de leitos em hospitais públicos para aumentar a eficiência da utilização de recursos.

Para presente a presente pesquisa, dentro da ampla estrutura da SES, cabe destacar também as 17 Gerências Regionais de Saúde (GERSA) que estão subordinadas diretamente à Diretoria Regionalização e Planejamento (DIRP) que, por sua vez, é vinculada à Superintendência de Gestão Estratégica e Planejamento (SGP). Em âmbito regional, as Gerências Regionais de Saúde têm diversas responsabilidades que visam apoiar a estrutura descentralizada da saúde no estado. As principais funções incluem:

- **Assessoramento aos Municípios:** As GERSA assessoram os municípios na formulação e execução de políticas e ações de saúde, assegurando que estas estejam alinhadas com as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela SES;
- **Coordenação de Políticas de Saúde:** As GERSA coordenam e avaliam a implementação das políticas de saúde a nível regional, promovendo a integração destas políticas com os planos estaduais de saúde, conforme estabelecido pela SES;
- **Apoio no Planejamento e Orçamento:** Participam da elaboração de instrumentos de planejamento e orçamento do SUS, ajudando a desenvolver os instrumentos necessários para a gestão regional da saúde;
- **Supervisão em Vigilância em Saúde:** As gerências regionais também são responsáveis por supervisionar e orientar a execução de ações de vigilância em saúde, assistência farmacêutica, regulação e auditorias, promovendo a conformidade com as normas estaduais e federais;
- **Apoio na Atenção Primária:** No nível regional executam programas e estratégias voltadas para a Atenção Primária à Saúde, facilitando o desenvolvimento e a supervisão das políticas de saúde pública dentro de cada região;
- **Fiscalização e Gestão Contratual:** As GERSA monitoram a execução de contratos de prestação de serviços de saúde, fiscalizando o cumprimento das obrigações contratuais e notificando possíveis descumprimentos.

A **Figura 14** representa a distribuição das 17 gerências regionais no mapa do Estado de Santa Catarina.

Figura 13 – Mapa das Gerências Regionais de Saúde



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2024.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde (PES) 2024-2027, em janeiro de 2023, o governo estadual definiu como Marco “0” o total de 105.340 pacientes na fila para cirurgias eletivas. Até agosto do mesmo ano este número diminuiu para 57.374 pacientes. Entre janeiro e agosto foram realizados 34.608 procedimentos cirúrgicos para pacientes da fila. Atualmente, a Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC) gerencia a contratualização de 95 hospitais (Apêndice), incluindo estabelecimentos públicos, instituições privadas sem fins lucrativos e entidades privadas com fins lucrativos. Os contratos visam expandir o atendimento a urgências e emergências, seja por acesso direto ou encaminhamento, e incluem internações e consultas ambulatoriais, buscando atender às demandas dos pacientes do SUS em Santa Catarina.

Neste cenário é importante definir que as cirurgias eletivas são aquelas que podem ser programadas com antecedência, ao contrário das cirurgias de emergência. O médico faz a indicação para uma cirurgia eletiva com base na condição clínica do paciente. Uma vez indicado, o procedimento é requisitado e organizado por Serviço de Saúde e especialidade médica, levando à inclusão do paciente em uma lista de espera. O agendamento da cirurgia é feito seguindo a ordem de chegada na lista e a

disponibilidade de vagas da unidade hospitalar. A primeira legislação específica sobre cirurgias eletivas em Santa Catarina é a Lei nº 16.160, de 7 de novembro de 2013. Esta legislação criou o Plano de Gestão da Saúde, que inclui programas como o Programa de Estímulo à Produtividade e à Atividade Médica (PRÓ-ATIVIDADE), o Programa Estadual Permanente de Mutirões de Procedimentos Clínicos e Cirúrgicos Eletivos (PRÓ-MUTIRÃO) e o Programa de Profissionalização da Gestão Hospitalar (PRÓ-GESTÃO). O objetivo principal destes programas era aprimorar a infraestrutura dos serviços de saúde pública do estado, incluindo a organização de mutirões para procedimentos clínicos e cirúrgicos eletivos (Santa Catarina, 2024a).

Diante da demanda por cirurgias eletivas em Santa Catarina, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) implementou estratégias visando reduzir as filas de espera, o tempo de espera e a distância geográfica para o atendimento, além de aumentar a eficácia dos serviços. Em resposta foi emitida a Portaria estadual nº 23, de 01/2023, que estabeleceu um Grupo de Trabalho para avaliar, debater e sugerir medidas para encurtar os tempos de espera por cirurgias eletivas no estado. Uma avaliação da capacidade dos Hospitais Públicos, dos Contratualizados e de Gestão Municipal foi realizada para aprimorar a gestão das filas cirúrgicas. Esforços adicionais incluíram a busca por novos prestadores de serviço, a realização de novos contratos e a revisão dos existentes, resultando na oferta de novos serviços. Foi criado o Programa Estadual de Redução da Fila de Cirurgias Eletivas, sancionado em março de 2023 (CIB nº 016/2023) com fundos do Ministério da Saúde. Seguiu-se a aprovação do Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas para o período de abril de 2023 a abril de 2024, financiado com recursos estaduais dos Poderes Executivo e Legislativo. A SES/SC também promoveu a Habilitação Estadual de novos serviços em Alta Complexidade nas especialidades Cardiovascular e Ortopédica, ampliando o acesso dos pacientes às cirurgias eletivas. Após o Marco “0”, anunciado em 30 de janeiro de 2023 pelo governo estadual, observou-se uma redução de cerca de 60% no número de pacientes em espera (Santa Catarina, 2024a).

#### 4.2 POLÍTICA DE REGULAÇÃO

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde foi instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que estabelece a

operacionalização da Regulação do Acesso à Assistência, por meio de Centrais de Regulação em todas as unidades da federação.

O artigo 2º da Portaria GM/MS nº 1.559/2008 defini que as ações da Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas de forma integrada em três dimensões de atuação: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

Art. 2º - As ações de que trata a estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (Brasil, 2008).

No âmbito do Estado de Santa Catarina a regulação fundamenta-se nos princípios da universalização do atendimento, descentralização, regionalização e hierarquização do SUS, conforme preconiza o arcabouço da legislação federal. Atua como um observatório dos serviços ofertados e das demandas dos usuários, com o objetivo de subsidiar o planejamento e promover melhorias na prestação dos serviços assistenciais (Santa Catarina, 2019a).

As Centrais de Regulação de Internações Hospitalares e as Centrais de Regulação de Consultas e Exames no Estado de Santa Catarina foram instituídas pela Lei Estadual nº 16.158, de 7 de novembro de 2013.

O artigo 1º, § único da Lei 16158/2013, apresentou os objetivos das centrais de regulação:

- I – descentralizar e regionalizar a assistência à saúde, otimizando os recursos e qualificando a oferta;
- II – padronizar os Protocolos Clínicos e de Acesso que serão utilizados nas Centrais de Regulação, aumentando o controle e a fiscalização dos serviços e atendimentos;
- III – estabelecer competências, fluxos e responsabilidades na regulação do acesso à saúde no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde);
- IV – garantir a agilidade e a qualidade no acesso à assistência à saúde pública;
- V – reduzir o tempo de espera para consultas, exames e internações; e
- VI – reduzir o número de transporte de pacientes entre municípios (Santa Catarina, 2013).

No contexto do Estado de Santa Catarina há duas centrais de regulação, cujas competências estão em consonância com o artigo 2º, I e II Lei nº 16.158/2013, conforme relacionadas no Quadro 21.

Quadro 21 – Competências das Centrais de Regulação

| <b>Central de Regulação de Consultas e Exames</b>                                                                                                                       | <b>Central de Regulação de Internações Hospitalares</b>                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• consultas especializadas</li> <li>• serviços de apoio de diagnóstico terapêutico</li> <li>• cirurgias ambulatoriais</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• acesso aos leitos</li> <li>• os procedimentos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados</li> </ul> |

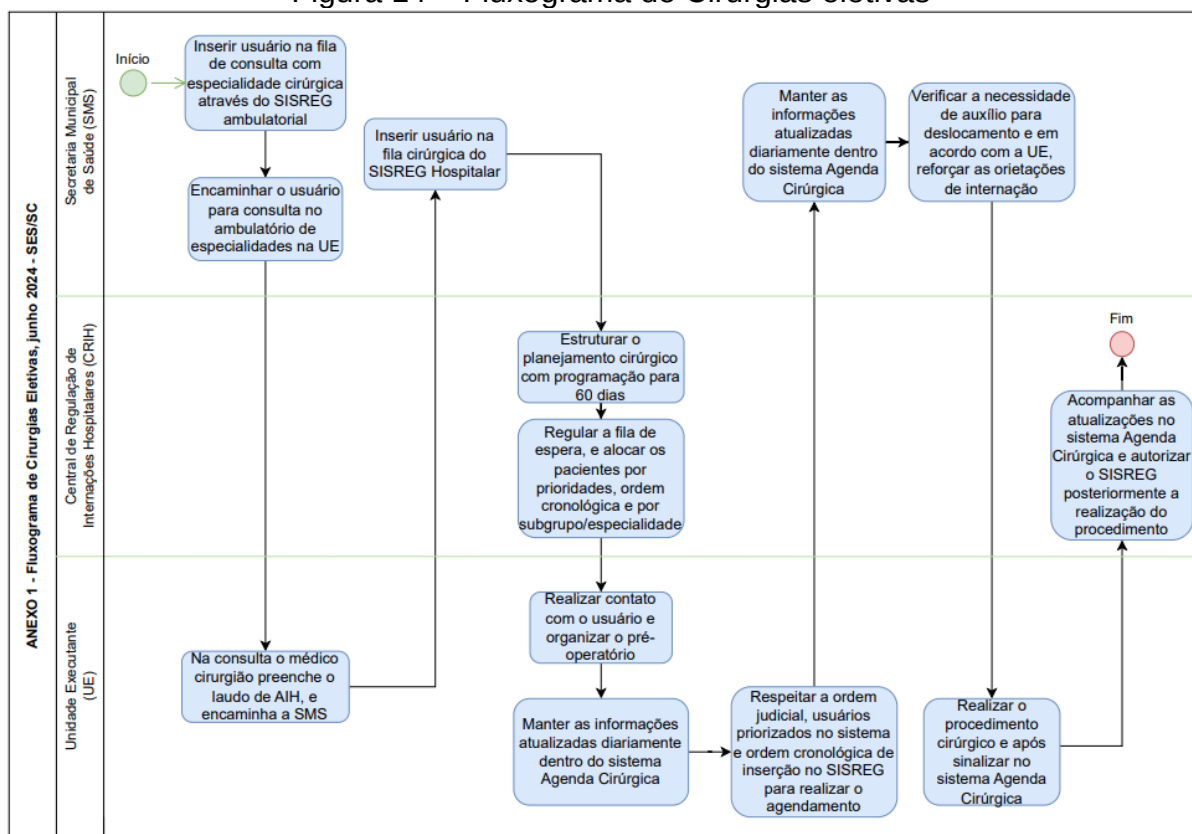
Fonte: Elaborado pela autora com base na Lei Estadual nº 16.158/2013.

O detalhamento destas competências e fluxos deve ser decidido entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais, por meio de pactuação e deliberação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme o artigo 3º da Lei Estadual nº 16.158/2013.

As deliberações que regulamentam estes assuntos são a Deliberação 47/CIB/2016 que trata das Centrais de Regulação Ambulatoriais no Estado de Santa Catarina e a Deliberação 66/CIB/2018 que se refere à Central de Regulação Hospitalar.

A Deliberação 66/CIB/2018 foi retificada em setembro de 2024, trazendo o seguinte fluxograma de cirurgias eletivas, conforme ilustrado na Figura 14.

Figura 14 – Fluxograma de Cirurgias eletivas



Fonte: Deliberação CIB 66/2018.

Para o entendimento desta tese não é suficiente apenas o fluxo demonstrado acima, é necessário também o detalhamento das ações relacionadas a este fluxo, conforme disposto na Deliberação nº 66/CIB/2018, apresentada no **Apêndice D**.

### 4.3 AVALIAÇÃO DA GOVERNANÇA DA POLÍTICA PÚBLICA DE CIRURGIAS ELETIVAS

Considerando o arcabouço teórico estudado, o Quadro 18 apresenta as categorias definidas nesta tese como essenciais para avaliar a governança da política pública de cirurgias eletivas do Estado de Santa Catarina, conforme descrito, por categorias, nos tópicos subsequentes.

#### 4.3.1 Institucionalização

A institucionalização da política pública abrange normas formais e informais, incluindo a definição de atribuições e responsabilidades das partes envolvidas, bem

como a regulação dos procedimentos. De acordo com o Tribunal de Contas da União (Brasil, 2014), a institucionalização é um dos componentes fundamentais da governança, pois estabelece as diretrizes formais para o funcionamento das políticas públicas, assegurando sua legitimidade e continuidade. Segundo Calmon e Costa (2013), uma política desenvolvida institucionalizada é reconhecida como legítima e conta com os recursos necessários para seu desenvolvimento. Desta forma, a institucionalização contribui para maior governança, conforme descrito na seção 2.1.3.2.

Conforme já destacado nesta tese, a saúde é um direito social consagrado pela Constituição Federal de 1988, sendo expressamente garantido pelo artigo 6º como um dos direitos fundamentais do cidadão brasileiro. A Constituição estabelece que o acesso à saúde deve ser universal e igualitário, assegurando a toda a sociedade o direito de usufruir das ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

Ademais, a saúde como direito social deve ser compreendida como uma política pública de responsabilidade do Estado, que deve atuar de maneira articulada com outras esferas governamentais e a sociedade civil para garantir a implementação efetiva deste direito. Esta perspectiva se fundamenta em uma visão ampliada de saúde, que abrange não apenas a ausência de doenças, mas também a promoção de condições de vida dignas e equitativas (Paim, 2009). Neste contexto específico, as competências que estão distribuídas entre os entes exemplificam o princípio da descentralização inerente ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme prescrito pela Constituição Federal de 1988 e posteriormente regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990).

A descentralização no SUS, ao articular União, Estados e Municípios, proporciona o desenvolvimento de políticas públicas mais próximas às necessidades locais, permitindo a implementação de iniciativas que atendam às necessidades específicas da população. Lima et al. (2012), destacam a descentralização como um mecanismo essencial para ampliar a capacidade de gestão dos serviços de saúde. Neste sentido, programas como o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas, instituído pela Portaria GM/MS nº 90, de 2023, reforçam a relevância desta estrutura descentralizada, ao mesmo tempo que destacam a importância da cooperação entre os entes federativos para garantir a eficiência e a equidade no acesso aos serviços de saúde.

O Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas tem como principal objetivo melhorar o acesso da população aos serviços de saúde especializados, buscando reduzir as filas e atender a demanda reprimida existente no Sistema Único de Saúde (SUS). Os objetivos do programa são definidos no art. 2º:

- I - organizar e ampliar o acesso a cirurgias, exames e consultas na Atenção Especializada à Saúde, em especial àqueles com demanda reprimida identificada;
- II - aprimorar a governança da Rede de Atenção à Saúde com centralidade na garantia do acesso, gestão por resultados e financiamento estável;
- III - fomentar o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços de saúde, visando melhorar a qualidade da atenção especializada e ampliar o acesso à saúde;
- IV - qualificar a contratualização com a rede complementar;
- V - mudar modelo de gestão e regulação das filas para a atenção especializada (regulação do acesso), visando a adequar a oferta de ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades de saúde, estratificação de risco e necessidades assistenciais; e
- VI - fomentar a implementação de um novo modelo de custeio para a atenção ambulatorial especializada e para a realização de cirurgias eletivas (Brasil, 2023).

A participação dos estados e municípios é fundamental para o sucesso do programa, como disposto no Art. 4º, uma vez que sua implementação depende de um trabalho conjunto e articulado. Os gestores estaduais e municipais são responsáveis por elaborar e pactuar os Planos Estaduais de Redução das Filas, que devem detalhar os procedimentos prioritários, as metas de redução e os cronogramas de execução. Os planos devem ser submetidos ao Ministério da Saúde para análise e aprovação, conforme consubstanciado nos artigos 6º e 7º.

A elaboração e pactuação serão realizadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) que, conforme o artigo 14-A da Lei nº 8080/90, “são reconhecidas como foro de negociação e pactuação entre gestores”, formadas por representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

A CIB é um fórum estabelecido para promover a articulação e a negociação entre as esferas estadual e municipal de gestão do SUS. Esta comissão opera conforme diretrizes previstas na Lei nº 8.080/1990, que institui o SUS e define a responsabilidade de integração dos gestores em diversos níveis. As deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) têm efeito normativo e orientam a execução das políticas públicas de saúde, desde que respeitem as diretrizes gerais do SUS e

os pactos firmados no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e dos Conselhos de Saúde.

A Constituição do Estado de Santa Catarina reforça a questão da defesa a saúde, enfatizando em seu artigo 10, inciso XII, a competência do Estado de legislar de forma concorrente com a União sobre os assuntos relacionados à saúde. Acrescenta, ainda, em seu art. 112, VII, que o ente municipal tem a obrigação de prestar serviços de atendimento à saúde da população, em cooperação técnica e financeira com a União e o Estado, demonstrando a necessária articulação entre os entes federativos para a promoção do direito à saúde.

Deste modo, neste de contexto de articulações são aprovadas as deliberações no âmbito do estado de Santa Catarina pela CIB. No exercício de 2023, considerando a Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023 que institui o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializada, foi aprovada a Deliberação 70/CIB, retificada em 12 de julho de 2023, que aprovou o Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, com vigência de um ano (abril de 2023 a abril de 2024). Esta deliberação substituiu a anterior, nº 008/2021, que aprovou o Plano Estadual de Redução das Filas. O programa visa reduzir a espera por cirurgias eletivas, melhorar o acesso e a resolutividade dos serviços de saúde, priorizando pacientes com maior tempo em lista de espera e otimizando recursos financeiros.

A Deliberação 70/CIB/2023 foi revogada ainda no exercício de 2023 pela Deliberação 744/CIB de 07 de dezembro de 2023, que Aprova a Tabela Catarinense de procedimentos cirúrgicos eletivos, com seus respectivos valores financeiros, e a atualização da operacionalização do Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas a desenvolver-se no Estado de Santa Catarina.

Entretanto, esta tese concentrou-se em buscar e analisar a governança da execução referente ao ano de 2023 e períodos anteriores, apresentando apenas algumas questões pontuadas pelos entrevistados relacionadas ao exercício subsequente. Neste cenário, a pesquisadora aprofundou-se nas informações contidas na Deliberação nº 70/2023.

Os objetivos, em consonância com o artigo 3º da Deliberação 70/CIB/2023 do Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, são:

- Reduzir as filas de espera para cirurgias eletivas;

- Reduzir o tempo de espera e a distância geográfica para o atendimento do paciente;
- Aumentar a resolutividade dos serviços prestados.

O gerenciamento do programa é de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, com o acompanhamento das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme disposto no artigo 4º da Deliberação 70/CIB/2023. Estes são, portanto, os principais atores diretamente envolvidos no processo. Ressalta-se que ambas as comissões acompanham e supervisionam a execução.

Para esclarecer sobre os atores envolvidos no programa, suas competências e os dispositivos correspondentes presentes na Deliberação nº 70/CIB/2023, bem como analisar a institucionalização, optou-se por apresentar as descrições no Quadro 22.

Quadro 22 – Atores e Competências

| ATORES                                                                                                | COMPETÊNCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Secretaria de Estado da Saúde-SES (artigos 4º, 6º, 16, 19, 23)                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerenciar o programa e monitorar sua execução</li> <li>• Custear os procedimentos dentro do limite financeiro anual de R\$ 60 milhões, provenientes de recursos estaduais</li> <li>• Coordenar a regulação estadual para os encaminhamentos e autorizações de atendimentos cirúrgicos, considerando a fila de espera e a oferta dos prestadores mais próximos ao paciente</li> <li>• Realizar o Encontro de Contas Físico e Financeiro mensalmente, para o ressarcimento dos custos dos procedimentos aos fundos municipais e aos prestadores estaduais</li> </ul> |
| Comissões Intergestores Regionais-CIR e Comissão Intergestores Bipartite - CIB (artigos 4º e 18)      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhar e pactuar a execução do programa</li> <li>• Monitorar a evolução da utilização das cotas e promover o remanejamento regional, quando necessário, para atender de forma mais ampla os municípios</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Prestadores de Serviços de Saúde (Hospitais contratualizados e filantrópicos) – (artigos 7º, 17 e 24) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar os procedimentos cirúrgicos conforme o programa, incluindo consultas pré e pós-operatórias, além de exames necessários</li> <li>• Cumprir as metas de produção mensal para receber o ressarcimento pelos procedimentos realizados</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Municípios e Fundos Municipais de Saúde (artigos 5º, 7º, 18 e 19)                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar os procedimentos por meio do Sistema de Regulação (SISREG)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorar e avaliar a execução do programa em conjunto com a SES, garantindo que as cotas sejam acessíveis para toda a região</li> <li>• Responsáveis pelo cumprimento das metas físicas mensais estabelecidas e pelo envio de informações necessárias para a tabulação e ressarcimento</li> </ul> |
| Pacientes (artigos 3º e 16) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficiários do programa, com acesso garantido a cirurgias eletivas, exames e consultas especializadas próximas ao local de residência, priorizando a redução do tempo de espera</li> </ul>                                                                                                       |

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2024) com base na Deliberação nº 70/CIB/2023.

A deliberação enfatiza a articulação e a responsabilidade compartilhada entre o Estado, municípios e prestadores para a execução eficiente do programa e a redução das filas, atendendo a um dos requisitos da institucionalização. As decisões relativas à política de cirurgias eletivas dependem diretamente de deliberações conjuntas.

Os hospitais possuem contratos formalizados com o Estado, incluindo cláusulas específicas sobre capacidade técnica e cirúrgica, com ajustes contratuais realizados conforme surgem novas demandas. Isto é evidência de uma institucionalização formal das decisões relacionadas às políticas públicas.

Por outro lado, no campo empírico, gestor público municipal entende que a política de cirurgias eletivas está parcialmente institucionalizada, pois há lacunas significativas na execução, como a ausência de normas específicas para regular adaptações frequentes, problemas de comunicação entre os níveis de gestão e inconsistências no monitoramento do cumprimento dos contratos.

A crítica quanto a execução não foi levantada somente por um gestor, outros mencionaram que há uma estrutura normativa e processos pactuados, mas reclamam da efetividade e o descompasso entre o que está formalizado e o que é aplicado. Destaca que a regulação carece de normas mais claras e eficientes, especialmente no que tange à priorização e ao alinhamento de decisões entre hospitais e gestores. Há um excesso de burocracia, o que compromete a implementação ágil e eficaz da política pública, mesmo quando há instrumentos normativos disponíveis. A implementação revela lacunas significativas, como decisões desconexas da realidade local, falhas de monitoramento e falta de ferramentas adequadas para garantir a aplicação efetiva das normas.

Por fim, foi observado que a institucionalização da política de cirurgias eletivas em Santa Catarina apresenta uma base normativa sólida, mas enfrenta desafios na implementação e execução, indicando um processo incompleto. Para atingir um nível de formalização mais robusto, seria necessário, conforme identificado por alguns entrevistados e observação da pesquisadora: melhorar a comunicação entre Estado e municípios; padronizar e revisar os contratos para evitar liberações excessivas sem controle financeiro; bem como estabelecer normas mais específicas para lidar com ajustes frequentes no programa.

#### **4.3.2 Plano e objetivos**

No âmbito do orçamento público brasileiro, as políticas públicas estão contempladas no plano plurianual, constituído mediante lei, que estabelecerá diretrizes e objetivos e metas, conforme disposto no artigo 165, I, §1º da Carta Magna Federal, assunto tratado na seção 2.3 desta tese. Em razão da legislação, as demais unidades federativas, ou seja, cada estado e município, possuem seu próprio Plano Plurianual, estabelecido por lei.

O objeto deste estudo trata, especificamente, da política de cirurgias eletivas do estado de Santa Catarina. O seu Plano Plurianual deve contemplá-la, discriminando suas diretrizes, objetivos e metas.

Neste contexto, o respectivo Plano Plurianual foi instituído pela Lei Estadual nº 17.874, de 26 de dezembro de 2019, para o quadriênio 2020-2023, estruturado por meio de programas governamentais, em cumprimento ao disposto no art. 120 da Constituição do Estado.

Art. 120. \*O plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais, estruturados em Programas Governamentais, serão estabelecidos em leis de iniciativa do Poder Executivo, precedidas da realização do Congresso Estadual do Planejamento Participativo, de acordo com o disposto em lei complementar.

§ 1º O plano plurianual exporá, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. (Santa Catarina, 1989, p.115)

O PPA 2020-2023, em seu artigo 4º, apresenta o conceito de programa como: “um instrumento de organização da ação governamental para enfrentar um problema,

atender a uma demanda da sociedade ou aproveitar uma oportunidade, capaz de articular um conjunto coerente de subações necessárias e suficientes para atingir o seu objetivo, de modo a superar as causas do problema ou satisfazer a oportunidade” (Santa Catarina, 2019a, p. 1). Os programas são classificados em: (i) temáticos, que tratam da oferta de bens e serviços para a sociedade, podendo ser mensurado e aferido mediante indicadores; e (ii) programas de gestão, manutenção e serviços que são voltados para os serviços típicos de estado (Santa Catarina, 2019a).

A política analisada está contemplada no programa temático, denominado “430-Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar”, que possui como objetivo “ofertar ações de saúde cuja complexidade da assistência demanda disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico, tratamento e reabilitação, envolvendo procedimentos de alta tecnologia e alto custo”, conforme descrito no relatório de atividades do Poder Executivo, volume III do Balanço Geral do Estado (Santa Catarina, 2023a, p. 177).

Para atingir seus objetivos, os programas do Plano Plurianual de Santa Catarina são detalhados em subações. No caso do programa mencionado há diversas subações. Para análise da política estudada, esta tese buscou examinar a Subação 11324 - Realização de cirurgias eletivas ambulatoriais e hospitalares e Subação 14019 - Repasse financeiro aos hospitais filantrópicos e municipais conforme Lei Estadual nº 16.968, que estão diretamente relacionadas à política analisada.

Quadro 23 – Discriminação das subações do Programa

| <b>UNIDADE RESPONSÁVEL:</b> Secretaria de Estado da Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |         |             |                           |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------|-------------|---------------------------|---------------|
| <b>PROGRAMA 0430:</b> Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |         |             |                           |               |
| <b>JUSTIFICATIVA:</b> Serviço ainda não regional na sua totalidade, dificultando o acesso da população, longas filas de espera para procedimentos. Garantir acesso a Serviços qualificados, apoio diagnóstico e tratamento adequado de forma equânime e ordenada, por meio da Regulação integrada a todos os níveis de atenção à saúde. Garantir o acesso à Alta Complexidade em Urgência e Emergência, APH, Pronto Atendimento, Unidades Básicas. |                    |         |             |                           |               |
| <b>PÚBLICO-ALVO:</b> Usuários do Sistema Único de Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                    |         |             |                           |               |
| SUBAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PRODUTO            | UNIDADE | META FÍSICA | META FINANCEIRA 2020-2023 |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                    |         |             | TESOURO                   | OUTRAS FONTES |
| 11324 - Realização de cirurgias eletivas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Cirurgia realizada | unidade | 140.000     | 120.000.000               | 80.000.000    |

|                                                                                                     |                               |         |     |             |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------|-----|-------------|---------|
| ambulatoriais e hospitalares                                                                        |                               |         |     |             |         |
| 14019 - Repasse financeiro aos hospitais filantrópicos e municipais conforme Lei Estadual nº 16.968 | Entidade de saúde beneficiada | unidade | 150 | 125.244.100 | 720.000 |

Fonte: Adaptado do Plano Plurianual 2020-2023. Anexo I (Santa Catarina, 2019a, p. 45).

O Quadro 23 demonstra que a subação 11324 possuía como meta física a realização de 140.000 cirurgias eletivas, com previsão de utilização de R\$ 120 milhões de recursos do tesouro e R\$ 80 milhões provenientes de outras fontes (ex. convênios). Em relação à subação 14019, a meta física prevista era beneficiar 150 entidades de saúde, com previsão de utilização de R\$ 125, 24 milhões de recursos do tesouro e R\$ 720 mil provenientes de outras fontes, conforme o Plano Plurianual 2020-2023.

É oportuno destacar que o Plano Plurianual 2020-2023 teve como base para sua construção o Plano estadual de Saúde (PES) 2020-2023, ambos elaborados de forma concomitante. O PES “é uma ferramenta central de planejamento para definição e implementação das prioridades no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS” (Santa Catarina, 2019a, p. 7). O processo de elaboração do PES iniciou com a identificação dos problemas levantados pelos municípios, que foram discutidos nas regiões e macrorregiões de saúde (Santa Catarina, 2019a, p. 7).

O PES 2020-2023 elaborou o mapa estratégico da saúde do estado, contemplando, dentro das suas iniciativas, a redução da fila de espera, conforme apresentado no Apêndice C. O PES estabeleceu definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores prioritários de saúde, considerando o contexto de Santa Catarina à época.

As diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas de forma objetiva – sob a forma de um enunciado – síntese – e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde (BRASIL, 2009). Para cada diretriz é apresentado um rol de objetivos e metas – quantificadas – a serem alcançadas em um determinado período. Os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados (BRASIL, 2009). É um alvo para o qual a organização direciona seus esforços. Na proposição dos objetivos deste Plano foi considerado a viabilidade política, econômica, técnico-organizacional e ainda, foi realizado a análise de coerência dos objetivos com as políticas de governo. As metas são expressões quantitativas

de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, “quando” (BRASIL, 2009). Devem ser específicas e mensuráveis. No âmbito deste PES, procurou-se elaborar metas viáveis, mas, ao mesmo tempo, ousadas, para aproximar o máximo possível da formulação qualitativa dos objetivos e constituir algo desafiante, que estimulasse a SES a se mobilizar na construção do futuro. O indicador permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas (BRASIL, 2009). (Santa Catarina, 2019a).

O PES 2020-2023 apresentou suas diretrizes organizadas nas perspectivas: sociedade, gestão financeiro e processo. A política das cirurgias eletivas ficou alinhada à perspectiva sociedade, conforme demonstrado no Quadro 24.

Quadro 24 – Plano Estadual de Saúde

| DIRETRIZ: PRIORIZAR AS FUNÇÕES DE SAÚDE DO ESTADO                                                                      |                                                                                                                            |               |      |                |                       |      |      |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|----------------|-----------------------|------|------|------|
| Objetivo Estratégico 3: Estimular o planejamento das necessidades de saúde da população de forma regional e ascendente |                                                                                                                            |               |      |                |                       |      |      |      |
| Período de Monitoramento: Quadrimestral                                                                                |                                                                                                                            |               |      |                |                       |      |      |      |
| Gestor do Indicador: GEARS/SPS                                                                                         |                                                                                                                            |               |      |                |                       |      |      |      |
| Indicador                                                                                                              | Descrição da Meta                                                                                                          | LINHA DE BASE |      | META 2020-2023 | META PREVISTA POR ANO |      |      |      |
|                                                                                                                        |                                                                                                                            | Valor         | Ano  |                | 2020                  | 2021 | 2022 | 2023 |
| 3.3. Política Hospitalar Catarinense implantada e acompanhada                                                          | 3.3. Uma Política Hospitalar Catarinense implantada sendo acompanhada através da Matriz de Avaliação até 2023              | 0             | 2018 | 1,0            | 1,0                   | 1,0  | 1,0  | 1,0  |
| 3.4. Política de Cirurgias Eletivas implantada e acompanhada                                                           | 3.4. Uma Política de Cirurgias Eletivas implantada e sendo acompanhada por meio de indicadores a serem definidos, até 2023 | 0             | 2018 | 1,0            | 1,0                   | 1,0  | 1,0  | 1,0  |

| DIRETRIZ: QUALIFICAR TODOS OS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS                                                               |                                                                                                                                         |               |         |                |                       |       |       |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------|----------------|-----------------------|-------|-------|-------|
| Objetivo Estratégico 6: Reduzir a fila de espera                                                                     |                                                                                                                                         |               |         |                |                       |       |       |       |
| Período de Monitoramento: Quadrimestral                                                                              |                                                                                                                                         |               |         |                |                       |       |       |       |
| Gestor do Indicador: GERAM/TELECONSULTORIA/SUR                                                                       |                                                                                                                                         |               |         |                |                       |       |       |       |
| Indicador                                                                                                            | Descrição da Meta                                                                                                                       | LINHA DE BASE |         | META 2020-2023 | META PREVISTA POR ANO |       |       |       |
|                                                                                                                      |                                                                                                                                         | Valor         | Ano     |                | 2020                  | 2021  | 2022  | 2023  |
| 6.1. Nº de especialidades com teleconsultorias reguladas.                                                            | 6.1. Uma (01) nova especialidade ao ano com teleconsultoria compulsória sendo regulada pela Central Estadual de Regulação Ambulatorial. | 1,0           | 2018    | 4              | 1,0                   | 1,0   | 1,0   | 1,0   |
| 6.2. Percentual de pacientes que estão na fila aguardando a realização de consulta a mais de 365 dias – Ind. Governo | 6.2. Reduzir para 25% o total de pacientes aguardando a realização de consultas a mais de 365 dias até 2023                             | 39,8%         | 07/2020 | 25,00%         | 50,0%                 | 42,5% | 35,0% | 25,0% |
| 6.3. Percentual de pacientes que estão na fila aguardando a realização de exames a mais de 180 dias – Ind. Governo   | 6.3. Reduzir para 25% o total de pacientes aguardando a realização de exames a mais de 180 dias até 2023                                | 62%           | 07/2020 | 25,00%         | 70,0%                 | 50,0% | 37,5% | 25,0% |

|                                                                                                                            |                                                                                                    |      |      |   |        |        |        |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|---|--------|--------|--------|-------|
| 6.4. Percentual de pacientes que aguardam na fila para realização de cirurgias eletivas a mais de 12 meses. – Ind. Governo | 6.4. Reduzir para zero o percentual de pacientes que aguardam na fila a mais de 12 meses, até 2023 | 36,5 | 2019 | 0 | 36,20% | 30,00% | 20,00% | 0,00% |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|---|--------|--------|--------|-------|

Fonte: Plano Estadual de Saúde (Santa Catarina, 2019a).

A partir da análise da política de cirurgias eletivas do Estado de Santa Catarina, constatou-se que os planos e objetivos da política estão formalmente estabelecidos no Plano Plurianual (PPA) e no Plano Estadual de Saúde (PES), documentos que orientam a gestão pública e definem diretrizes, metas e indicadores de monitoramento,

No entanto, os entrevistados destacaram que embora os objetivos e metas estejam presentes em instrumentos como o Plano Plurianual e o Plano Estadual de Saúde e sejam de conhecimento de muitos atores envolvidos, sua concretização é desafiadora. Este desafio torna-se ainda mais evidente em momentos imprevisíveis, como durante a pandemia de Covid-19, quando a execução das ações e o cumprimento das metas estabelecidas se tornam significativamente mais difíceis devido às circunstâncias adversas e inesperadas. A literatura reforça que momentos de instabilidade e mudanças estruturais impactam diretamente a execução das políticas públicas, como destaca Calmon e Costa (2013), ao apontarem que a capacidade de governança em redes de políticas públicas depende de institucionalização, cooperação e sustentabilidade. No caso específico das cirurgias eletiva as restrições à realização de procedimentos, geraram um acúmulo de demandas e um aumento significativo na fila de espera.

Assim, os desafios na implementação da política evidenciam a necessidade de aprimoramento dos processos de monitoramento e avaliação, garantindo que os planos e objetivos definidos nos documentos oficiais sejam aplicados, mesmo diante de adversidades. Uma governança eficaz deve ser alinhada a mecanismos de gestão flexíveis e responsivos, capazes de mitigar riscos e promover a execução eficiente das ações propostas no PPA e no PES.

#### 4.3.3 Capacidade organizacional

Para esta tese, a capacidade organizacional de uma política pública abrange a disponibilidade de recursos físicos, humanos e tecnológicos suficientes para

alcançar o objetivo da política pública relacionada às cirurgias eletivas. De acordo com o Tribunal de Contas da União (TCU), a capacidade organizacional e recursos, um dos principais componentes para avaliação da governança pública, abrange a infraestrutura física e tecnológica, bem como a qualificação dos profissionais envolvidos na execução das políticas públicas (Brasil, 2014).

No aspecto de recursos humanos, uma das questões levantadas pelos entrevistados é que as organizações operam com deliberações e comissões, mas a rotatividade de pessoal nos municípios e no Estado prejudica a implementação e continuidade das práticas normativas. A rotatividade impacta em necessidade de maior capacitação nas pontas para que os processos de inserção nas filas sejam mais precisos e rápidos.

A literatura também enfatiza que uma governança eficaz requer uma estrutura organizacional robusta, capaz de suportar a implementação de políticas de forma equitativa e eficiente. Para Secchi (2019), a execução bem sucedida das políticas públicas depende da articulação entre os níveis de governo e da estabilidade dos recursos alocados, evitando descontinuidades nos serviços oferecidos à população. No caso das cirurgias eletivas em Santa Catarina, observou-se no âmbito hospitalar, a insuficiência de médicos em algumas regiões e em determinadas especialidades, incluindo anestesiistas, oftalmologistas e ortopedistas, o que impacta a capacidade de atendimento. Os gestores da área estadual destacam que não há, necessariamente, falta de hospitais conveniados, mas muitas vezes os hospitais existentes não possuem recursos humanos especializados ou equipamentos adequados para atender à demanda. Estes gestores se esforçam para que os hospitais contratualizados ofereçam toda a linha do cuidado. No contexto das cirurgias eletivas pode-se incluir triagem, exames pré-operatórios, procedimentos cirúrgicos e o acompanhamento pós-operatório, incluindo cirurgias simples até procedimentos mais complexos, porém ainda existem lacunas em infraestrutura e recursos humanos, apontadas como barreiras.

Deste modo, os entrevistados enfatizam que a capacidade instalada dos hospitais contratualizados é um dos fatores limitantes para atender à demanda. Há uma dependência significativa da capacidade instalada dos hospitais contratualizados e da oferta de especialistas, o que impacta diretamente as decisões e o fluxo de regulação.

Foi esclarecido que a análise da capacidade instalada é feita durante a contratualização, e cada hospital define o volume de procedimentos que pode realizar com base na sua infraestrutura e equipe disponível. Um problema recorrente é a falta de equipamentos adequados em algumas unidades hospitalares. Por exemplo, o equipamento para procedimentos mais complexos, como cirurgias de retina, pode custar até R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais), tornando inviável para alguns hospitais atenderem toda a linha de cuidado.

Ademais, alguns hospitais enfrentam dificuldades para manter a manutenção de equipamentos, como elevadores e aparelhos de diagnóstico, o que afeta a eficiência do atendimento, bem como a dependência de equipamentos mais modernos, como tomografias e ressonâncias, o que também reflete no fluxo de cirurgias.

Além dos hospitais muitas vezes não conseguirem cumprir os procedimentos pactuados devido a problemas de infraestrutura e/ou falta de profissionais, há também equívocos na classificação de cirurgias, mencionada por gestores municipais. Outro ponto relevante mencionado é que alguns hospitais contratualizados não operam em horários estendidos ou finais de semana, apesar de receberem incentivos financeiros. Isto reduz a eficiência do uso dos recursos disponíveis.

Os gestores de hospitais distantes da capital e do litoral afirmam que por não estarem nesta região há uma escassez de hospitais capazes de realizar procedimentos de alta complexidade e destacam que muitos pacientes são encaminhados para outras unidades com melhor infraestrutura, o que impacta em despesas com Transporte Fora do Domicílio (TFD). Ressaltam também a necessidade de políticas de incentivo específicas para hospitais de pequeno e médio porte, que enfrentam dificuldades para se tornarem financeiramente sustentáveis ou para atender casos de maior complexidade.

Portanto, embora tenha havido esforços para descentralizar serviços, a capacidade instalada ainda não é suficiente para atender a todas as demandas regionais. Muitos pacientes precisam ser transferidos para hospitais distantes, especialmente para procedimentos especializados.

Observa-se que a limitação financeira é mencionada como uma barreira para a ampliação e modernização da infraestrutura hospitalar. No entanto, o Governo de Santa Catarina implementou incentivos financeiros, como o pagamento de premiações e o complemento à tabela do SUS para estimular hospitais a investirem

em infraestrutura e atenderem à demanda. Sendo assim, alguns gestores de hospitais informaram que já realizaram investimentos significativos para adaptar-se às demandas do programa de cirurgias eletivas, incluindo equipamentos e ampliação da infraestrutura para atender especialidades específicas, como otorrinolaringologia e cirurgias plásticas não estéticas.

Acrescentam que embora o hospital tenha se organizado para melhorar a infraestrutura de emergência, aponta que muitas emergências em hospitais pequenos de algumas regiões carecem de recursos mínimos, como equipamentos adequados. Isto reflete uma lacuna na política estadual voltada para portas de emergência, que não é objeto desta pesquisa, mas relatada muitas vezes pelos entrevistados.

No contexto das emergências destaca-se que a infraestrutura hospitalar apresenta grandes variações entre as regiões. Enquanto algumas macrorregiões dispõem de equipamentos adequados, outras enfrentam limitações significativas, como a ausência de centros cirúrgicos exclusivos para procedimentos eletivos. Esta carência obriga os hospitais a compartilharem recursos com o setor de emergência, o que frequentemente leva ao adiamento de cirurgias eletivas.

Um dos entrevistados sugeriu que os hospitais deveriam dispor de centros cirúrgicos separados para cirurgias eletivas e para emergências. No entanto, ao questionar diversos especialistas sobre esta proposta, a pesquisadora constatou unanimidade na resposta: na prática esta separação não seria viável.

Uma das sugestões trazidas é a busca do uso de um novo ente, possivelmente consórcios, para facilitar compras e reduzir filas, apontando a necessidade de parcerias inovadoras para superar desafios.

Não podemos deixar de destacar que é essencial realizar o levantamento das demandas pelas especialidades cirúrgicas mais requisitadas pela população, de modo a possibilitar uma distribuição adequada dos serviços entre os hospitais de cada região. Além disto, um dos entrevistados destacou a importância de políticas públicas que investiguem as causas destas necessidades específicas. Por exemplo, se uma determinada região apresenta uma alta demanda por cirurgias de quadril, é crucial identificar os fatores que afetam este cenário. Em áreas agrícolas, por exemplo, o uso frequente de tratores, com o movimento repetitivo de subir e descer estes veículos, pode ser um fator determinante para o problema. Nestes casos, torna-se necessário desenvolver políticas de prevenção para reduzir a incidência destas condições e promover a saúde da população de forma mais abrangente e sustentável.

Por fim, no que diz respeito aos recursos tecnológicos, é urgente a necessidade de melhorias no sistema de gerenciamento da fila. Atualmente não é possível acessar dados históricos, como o número de pessoas na fila em um dado específico, por exemplo, 31 de dezembro de 2013, sendo viável apenas a visualização dos dados atuais. Recomenda-se a implementação de alterações no sistema para permitir o acesso ao histórico, uma vez que a ausência destas informações dificulta a realização de análises mais aprofundadas e fundamentadas.

#### **4.3.4 Capacidade Financeira**

Os recursos financeiros são essenciais para a implementação das ações de governança, permitindo que a política pública alcance seus objetivos. A Deliberação CIB nº 70/2023 constitui um marco regulatório essencial para a gestão financeira no âmbito do Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, estabelecendo regras claras para a alocação, faturamento e ressarcimento dos recursos.

O programa será financiado com recursos federais e estaduais. No âmbito estadual, a Deliberação CIB nº 70/2023, em seu artigo 6º, estabeleceu um teto financeiro de R\$ 60.000.000,00 milhões (sessenta milhões de reais), com recursos estaduais provenientes dos poderes. O Fundo Estadual de Saúde (FES) é a unidade responsável pela transferência dos recursos aos Fundos Municipais de Saúde, conforme a produção realizada. A destinação dos recursos engloba os procedimentos cirúrgicos, consultas e exames.

Adicionalmente, a Lei Estadual nº 16.968, de 19 de julho de 2016, que instituiu o Fundo Estadual de Apoio aos Hospitais Filantrópicos de Santa Catarina, ao Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), ao Centro de Pesquisas Oncológicas Dr. Alfredo Daura Jorge (CEPON) e aos Hospitais Municipais, estabelece a destinação mensal o valor de R\$ 3.000.000,00 (três milhões de reais) por mês, segundo informação presente na Deliberação CIB nº 70/2023. O artigo 2º da Lei Estadual nº 16.968/16 define que o objetivo do fundo é destinar:

I – até 10% (dez por cento) dos seus recursos financeiros para custeio e manutenção do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC) e do Centro de Pesquisas Oncológicas Dr. Alfredo Daura Jorge (CEPON); e

II – no mínimo 90% (noventa por cento) dos seus recursos financeiros para o pagamento de produção hospitalar realizada anteriormente à entrada em vigor desta Lei ou a ser realizada por hospitais municipais e entidades de caráter assistencial sem fins lucrativos, com unidades estabelecidas no Estado, incluídos **programas de cirurgias eletivas de baixa, média e alta complexidade**.

O faturamento dos procedimentos realizados deverá seguir as faixas estabelecidas na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), conforme disposto no artigo 8º da Deliberação CIB nº 70/2023. Os prestadores de serviços, sejam hospitais públicos ou filantrópicos, devem cumprir as metas físicas de produção mensal definidas pela Comissão Intergestores Bipartite (Art. 7º).

Caso o prestador ultrapasse estas metas, os procedimentos adicionais poderão ser ressarcidos utilizando os recursos financeiros do programa, mediante repasses realizados pelo Fundo Estadual de Saúde.

A Deliberação nº 70/CIB/2023 também prevê o pagamento de prêmios aos prestadores de serviços de saúde como forma de incentivo à execução dos procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais, desde que realizados dentro dos parâmetros estabelecidos. Os pacotes de procedimentos, que incluem os exames pré e pós-operatórios, são financiados com recursos estaduais. Estes pacotes visam garantir a integralidade do atendimento ao paciente, proporcionando a cobertura necessária para cada etapa do processo cirúrgico. No que se refere aos procedimentos oftalmológicos, por exemplo, o prêmio e os pacotes de atendimento são pagos com base no Teto da Programação Pactuada e Integrada (PPI), conforme especificado na faixa de financiamento do programa.

Conforme dados presentes no Portal de Transparência do Poder Executivo, os recursos totais destinados à realização de cirurgias eletivas nos anos de 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023, comparados com os valores inicialmente fixados para estes exercícios, alcançaram os seguintes montantes:

Quadro 25 – Despesas fixadas e executadas

| <b>Fundo Estadual de Saúde</b>                                                                   |                        |                           |                |                   |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------|----------------|-------------------|------------------|
| <b>Ano</b>                                                                                       | <b>Dotação Inicial</b> | <b>Dotação Atualizada</b> | <b>Empenho</b> | <b>Liquidação</b> | <b>Pagamento</b> |
| <b>2019</b>                                                                                      | 25.000.000,00          | 27.958.225,32             | 11.432.560,77  | 11.432.560,77     | 11.432.560,77    |
| <b>2020</b>                                                                                      | 45.000.000,00          | 21.189.314,30             | 13.078.437,95  | 12.783.762,07     | 12.783.762,07    |
| <b>2021</b>                                                                                      | 16.200.000,00          | 17.955.736,97             | 15.769.808,33  | 14.707.657,62     | 14.707.657,62    |
| <b>2022</b>                                                                                      | 3.680.857,00           | 95.720.817,86             | 95.539.815,10  | 77.684.129,01     | 72.066.242,56    |
| <b>2023</b>                                                                                      | 200.000.000,00         | 127.393.614,76            | 126.235.758,53 | 97.957.212,98     | 97.957.212,98    |
| <b>Fundo Estadual de Apoio aos Hospitais Filantrópicos. Hemosc. Cepon e Hospitais Municipais</b> |                        |                           |                |                   |                  |
| <b>Ano</b>                                                                                       | <b>Dotação Inicial</b> | <b>Dotação Atualizada</b> | <b>Empenho</b> | <b>Liquidação</b> | <b>Pagamento</b> |
| 2022                                                                                             | 37.645.818,00          | 64.781.339,99             | 55.642.250,38  | 50.227.677,60     | 50.227.677,60    |
| 2019                                                                                             | 33.019.900,00          | 33.511.386,92             | 29.696.026,68  | 27.320.965,65     | 27.320.965,65    |
| 2021                                                                                             | 31.739.307,00          | 28.080.057,63             | 26.159.347,44  | 18.744.933,00     | 18.744.933,00    |
| 2020                                                                                             | 28.437.176,00          | 30.567.976,00             | 15.407.976,00  | 12.128.951,59     | 12.128.951,59    |
| 2023                                                                                             | 41.847.263,00          | 88.585.023,45             | 88.507.179,58  | 87.994.473,63     | 87.994.473,63    |
| <b>FIXAÇÃO E REALIZAÇÃO DAS DESPESAS COM CIRURGIAS ELETIVAS</b>                                  |                        |                           |                |                   |                  |
| <b>Ano</b>                                                                                       | <b>Dotação Inicial</b> | <b>Dotação Atualizada</b> | <b>Empenho</b> | <b>Liquidação</b> | <b>Pagamento</b> |
| 2022                                                                                             | 62.645.818,00          | 92.739.565,31             | 67.074.811,15  | 61.660.238,37     | 61.660.238,37    |
| 2019                                                                                             | 78.019.900,00          | 54.700.701,22             | 42.774.464,63  | 40.104.727,72     | 40.104.727,72    |
| 2021                                                                                             | 47.939.307,00          | 46.035.794,60             | 41.929.155,77  | 33.452.590,62     | 33.452.590,62    |
| 2020                                                                                             | 32.118.033,00          | 126.288.793,86            | 110.947.791,10 | 89.813.080,60     | 84.195.194,15    |
| 2023                                                                                             | 241.847.263,00         | 215.978.638,21            | 214.742.938,11 | 185.951.686,61    | 185.951.686,61   |

Fonte: Elaborado pela autora (2024) com base no Portal de Transparência do Poder Executivo.

O financiamento principal dos procedimentos médicos realizados no âmbito de cirurgias eletivas é oriundo do Sistema Único de Saúde (SUS) que repassa os recursos diretamente aos fundos municipais ou estaduais de saúde. Contudo, o Governo de Santa Catarina complementa os valores da tabela SUS, amplamente criticada por ser desatualizada e insuficiente para cobrir os custos reais dos procedimentos. Para estimular os hospitais a aumentarem o número de atendimentos, o Estado paga até quatro vezes o valor da tabela do SUS em determinados procedimentos. Ademais, o Estado implementa pagamentos de premiação para hospitais que realizam cirurgias eletivas. Estes incentivos incluem:

- Um valor adicional fixo para cobrir exames, consultas pré-operatórias e procedimentos cirúrgicos.
- Complemento financeiro aos valores estabelecidos pelo SUS para tornar os contratos mais atrativos aos prestadores. A alocação de recursos financeiros está diretamente vinculada a estes contratos e à previsão de demanda analisada nas filas

de regulação. Conforme já mencionado, os atores reforçam o uso de consórcios como uma alternativa para otimizar compras e reduzir custos, especialmente para consultas e exames. Esta estratégia é vista como uma forma de aliviar a pressão financeira sobre o Estado.

Os participantes da área de planejamento mencionam que o programa é revisto frequentemente para adaptar os valores de incentivos financeiros e equilibrar especialidades com alta e baixa demanda. No entanto, a ausência de uma metodologia clara para calcular custos médios com precisão também é um desafio, já que os valores podem variar significativamente dependendo da complexidade dos casos e das condições dos pacientes.

O planejamento financeiro do programa baseia-se em uma análise da produção histórica dos hospitais e nos dados atuais das filas de espera. A alocação de recursos está diretamente vinculada a estes contratos e à previsão de demanda. No entanto, o cálculo dos custos médios enfrenta desafios, pois cada internação pode variar consideravelmente em termos de complexidade, como necessidade de UTI, realização de exames adicionais ou utilização de materiais de alto custo. Esta variação dificulta a previsão precisa dos gastos e, por consequência, o controle financeiro do programa. Apesar de existir regulação para a liberação dos procedimentos conforme a demanda, frequentemente esta liberação desconsidera os limites contratuais e orçamentários, criando dificuldades para a gestão financeira.

A ausência de uma metodologia clara para a definição de custos também se reflete nos desafios do monitoramento orçamentário. Embora os relatórios financeiros sejam elaborados com base em sistemas de informação hospitalar (SIH e SIA), as informações nem sempre refletem a realidade das unidades de saúde no momento do planejamento, o que compromete o alinhamento entre planejamento e execução. Esta desconexão é agravada pela falta de atualização adequada das informações por parte de alguns municípios, dificultando a coordenação geral do programa.

Gestores da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) relataram situações em que hospitais excederam os valores pactuados nos contratos devido à realização de um número maior de procedimentos do que o previsto ou ao aumento inesperado de custos. Estes custos incluem itens de alto valor, como órteses, próteses e materiais especiais (OPMs), além de internações prolongadas. Apesar da existência de mecanismos de controle, como contratos e termos de compromisso,

ainda há falhas no monitoramento em tempo real, o que pode gerar despesas superiores ao planejado.

Outro ponto destacado foi que os valores pagos por alguns procedimentos se mostraram excessivamente atrativos em determinados casos, sendo superiores ao necessário. Por exemplo, procedimentos como escleroterapia receberam remunerações consideradas elevadas, o que levou a abusos, como médicos realizando múltiplos procedimentos no mesmo paciente para maximizar seus ganhos, o que é visto como uma prática problemática.

Por outro lado, procedimentos a laser, como a retirada de cálculos renais, inicialmente foram mal remunerados, o que dificultava sua execução pelos hospitais. No entanto, após negociações, os valores foram reajustados para patamares mais adequados, tornando sua realização financeiramente viável.

Embora os incentivos financeiros tenham contribuído para o aumento da produção cirúrgica, a distribuição destes recursos nem sempre reflete as necessidades regionais ou as especialidades com maiores gargalos. Algumas áreas, como tornozelo e quadril, enfrentam alta demanda e possuem custos elevados, enquanto outras já são atendidas. Este desequilíbrio é agravado pela deficiência de profissionais especializados, ou que aumenta o custo médio e dificulta o uso eficiente dos recursos disponíveis.

Outro ponto importante a destacar é que embora o acesso à saúde universal seja um direito garantido pela Constituição, cresce significativamente a busca por este direito por meio do sistema judiciário. Quando o Poder Público não oferece todos os medicamentos e procedimentos necessários, acabam sendo garantidos pelo Poder Judiciário, acionado por cidadãos que não obtêm o atendimento necessário. Assim, o Judiciário se torna a última instância para a obtenção de medicamentos e procedimentos negados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja pela ausência de previsão na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), seja por limitações orçamentárias dos entes públicos.

A alocação de recursos financeiros no Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas é um elemento fundamental para a efetividade da política pública, conforme destacado por Brasil (2014), ao indicar que a governança depende de um conjunto de mecanismos que garantam o uso eficiente dos recursos públicos. Em 2023, o Estado de Santa Catarina, comprometeu R\$ 671,36 milhões para o cumprimento de sentenças judiciais, representando 9,80% do orçamento de saúde do

Estado de Santa Catarina, que equivale a R\$ 6,85 bilhões. Ressalta-se, porém, que este valor não se refere exclusivamente às sentenças relacionadas às cirurgias eletivas. Apesar de solicitadas, informações detalhadas sobre esta segmentação não estão disponíveis.

Para mitigar estes desafios, algumas estratégias foram debatidas para otimizar os recursos financeiros e reduzir os gargalos. Entre elas destaca-se a formação de consórcios intermunicipais para compras conjuntas, transferências para redução de custos, especialmente em exames e consultas. Outra proposta inclui a melhoria da telemedicina para análises preliminares, com o objetivo de reduzir encaminhamentos desnecessários. No entanto, esta solução ainda não foi amplamente exigida.

Perante este cenário sugere-se uma revisão do programa, com foco na redistribuição dos incentivos para áreas de maior procura ou de custos elevados e na redução de incentivos para especialidades já bem atendidas. Apesar das revisões periódicas para ajustar os valores dos incentivos e equilibrar a oferta entre especialidades de alta e baixa demanda, o programa continua enfrentando desafios no alinhamento entre planejamento, regulação e execução. Para melhorar a gestão financeira é essencial adotar uma metodologia mais precisa para o design de custos e fortalecer os mecanismos de monitoramento e controle. Isto garantiria maior eficiência na alocação de recursos e serviria de forma mais eficaz às demandas reais da população.

#### **4.3.5 Comunicação**

A comunicação dentro da governança da política de cirurgias eletivas apresenta desafios significativos em diferentes níveis, abrangendo desde a relação entre Estado e municípios até a interação com os pacientes. A inserção de pacientes no sistema de regulação, feita pelos municípios, evidencia a descentralização de parte do processo. Os municípios são responsáveis por contratos diretos com clínicas para determinados serviços, enquanto o Estado regula apenas hospitais contratualizados ou de gestão estadual. A integração entre Estado e municípios, bem como o papel dos hospitais e clínicas, requer aprimoramento para garantir maior eficácia e eficiência na gestão das cirurgias eletivas.

Atualmente, a comunicação com os municípios ocorre principalmente por meio do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), o que pode resultar em desalinhamentos entre as diretrizes estaduais e a execução local. Esta centralização muitas vezes não considera as particularidades e necessidades de cada município, dificultando a resolução de problemas operacionais e impactando negativamente o planejamento e a execução das ações. A ausência de diálogo direto entre o Estado e os municípios faz com que informações cruciais não cheguem ao setor de planejamento, comprometendo a eficiência da política pública, situação apontada por profissionais de saúde da área municipal.

Outro problema crítico está relacionado à capacitação dos profissionais que operam o sistema de regulação, como o SISREG. Embora a Secretaria de Estado da Saúde realize capacitações periódicas, a alta rotatividade de profissionais torna estas ações insuficientes. Foi destacada a necessidade de maior padronização e capacitação contínua no uso do sistema, visando aprimorar a relação entre estados e municípios e fortalecer o processo de gestão. Além disto, problemas de comunicação no nível municipal, especialmente na regulação inicial de pacientes pelas secretarias municipais (TFD), agravam a situação. Estes problemas incluem inserções incorretas ou atrasadas nas filas de espera e a falta de qualificação adequada dos profissionais responsáveis por operar os sistemas de regulação.

Somente o gestor de um hospital contratualizado afirmou que a comunicação entre o hospital, a Secretaria Estadual de Saúde e a regulação regional é eficiente, permitindo o alinhamento das demandas e a adequação dos serviços às necessidades identificadas em nível local e regional. Por outro lado, em outras regiões, o secretário municipal destacou que na área sob sua coordenação foram realizadas diversas reuniões com representantes estaduais para alinhar procedimentos e esclarecer dúvidas relacionadas à regulação e às prioridades. Contudo, ele ressaltou a dificuldade em uniformizar práticas e estabelecer uma comunicação fluida entre os diferentes níveis de gestão (municipal, regional e estadual).

Adicionalmente, problemas relacionados às agendas médicas foram apontados por alguns gestores municipais, mencionaram que a nomenclatura e a organização das agendas nos hospitais frequentemente geram confusão, dificultando o trabalho de regulação. A falta de clareza sobre os serviços e especialidades oferecidas por cada hospital prejudica o encaminhamento adequado dos pacientes, comprometendo a eficácia e a qualidade do atendimento.

Ademais, foram levantadas críticas específicas relacionadas aos profissionais de saúde alocados na regulação estadual. Médicos e enfermeiros destacaram que muitos destes profissionais, frequentemente, não possuem o preparo necessário para lidar com a complexidade das demandas relativas às cirurgias eletivas. Este déficit de qualificação resulta em conflitos, como por exemplos médicos reguladores questionando as solicitações de médicos assistentes sem justificativas técnicas apropriadas, o que gera atritos e atrasos na resolução de casos prioritários.

Outro desafio trazido é a falta de conexão entre os serviços ambulatoriais e hospitalares, atrapalhando a continuidade do atendimento. Por exemplo, pacientes atendidos em consórcios municipais passam por dificuldades para dar continuidade ao tratamento em hospitais, em virtude de falta de vínculo entre os profissionais envolvidos nos diferentes níveis de atenção à saúde. Esta desconexão deixa claro a necessidade de aprimorar os processos de integração e articulação entre os serviços para garantir um atendimento de forma eficaz e centrado nas necessidades dos cidadãos.

Além das dificuldades no âmbito institucional, surgem problemas graves relacionados à comunicação com os pacientes que aguardam na fila de espera para consultas ou cirurgias. Muitos não são localizados devido a dados desatualizados no sistema, como endereço ou telefone, ou a mudanças em suas circunstâncias pessoais, como viagens, alterações na rotina de trabalho ou celebrações, como aniversários. Quando isto ocorre são realizadas até três tentativas de contato via telefone, e-mail ou WhatsApp. Contudo, se todas as tentativas falharem, o paciente permanece na fila até que seja possível localizá-lo ou atualizar suas informações. Esta falha de comunicação, frequentemente, resulta na perda de consultas ou cirurgias, aumentando a fila de espera e o tempo necessário para o atendimento.

A Deliberação CIB 66/2018 foi atualizada em junho de 2024, introduzindo novas diretrizes para situações específicas relacionadas aos usuários identificados como "sem contato" e "não localizado". Neste caso, a Secretaria Municipal de Saúde é responsável por realizar uma busca ativa e atualizar os números de contato do usuário. Se, mesmo após a busca ativa, o usuário não for localizado, a Secretaria Municipal de Saúde deverá registrar esta informação no sistema Agenda Cirúrgica, indicando que o usuário está "não localizado após a busca ativa". A Central de Regulação de Internações Hospitalares (CRIH) utilizará esta informação para remover o usuário do planejamento e da fila de espera.

Além disto, o CRIH negará as solicitações de usuários marcados no sistema Agenda Cirúrgica (por meio de *checkbox* e observações) pela Unidade Executante ou pela Unidade Solicitante, observando as regras condicionais. Conforme a Deliberação 104/CIB/2022, estes pacientes terão garantido o direito de acesso caso realizem uma nova consulta em até dois anos. Neste caso, uma nova solicitação no SISREG deverá incluir o número do registro negado anteriormente.

O CRIH também definirá o status dos usuários no planejamento com base nas seguintes situações:

- Contraindicação para o procedimento no momento;
- Ausência em cirurgias agendadas por duas vezes;
- Ausência em consultas agendadas por duas vezes;
- Decisão de não realizar a cirurgia ou desistência do procedimento;
- Não localização do usuário após busca ativa.

Estas medidas visam melhorar o gerenciamento das filas e garantir que os recursos sejam alocados de forma mais eficiente e justa.

Para enfrentar estas questões, a Secretaria está discutindo formas de melhorar a comunicação, especialmente com os pacientes. Algumas das propostas incluem a atualização mais frequente dos dados pelos municípios e o uso de estratégias mais eficazes, para garantir que os pacientes sejam informados de maneira mais rápida e eficiente. Estes ajustes são considerados essenciais para reduzir o impacto das falhas de comunicação e garantir a execução mais eficiente da política de cirurgias eletivas. Por fim, alinhar os processos comunicativos entre os diferentes níveis de gestão e fortalecer o diálogo com os pacientes são passos fundamentais para melhorar a governança desta política pública.

Corroborando com Calmon e Costa (2013) quando menciona que é necessário a comunicação presente entre os atores envolvidos da política para alcançar os resultados esperados e manter as atividades no decorrer do tempo .

Desta forma, a comunicação entre os atores apresenta desafios significativos, especialmente na relação entre Estado, municípios e hospitais. Embora existam estruturas formais, como contratos e sistemas de informação, há uma lacuna na integração e no diálogo direto. Melhorar estes aspectos seria crucial para alinhar as expectativas e garantir a eficácia das políticas públicas.

#### 4.3.6 Accountability

A análise da *accountability* no contexto políticas das cirurgias eletivas engloba as avaliações de elementos cruciais, como a transparência dos recursos utilizados, gestão da lista de espera dos pacientes e os mecanismos de fiscalização e responsabilização. Estes elementos são fundamentais para garantir que as ações implementadas sejam efetivas com os princípios de governança pública.

Os contratos com os hospitais contratualizados detalham as obrigações de cada unidade, como o número de consultas e cirurgias que devem ser realizadas mensalmente. Estas informações estão disponíveis no site da Secretaria de Saúde, o que garante um certo grau de transparência no processo, entretanto não é de fácil visualização, pois são vários arquivos distintos em formato PDF. No entanto, não há um sistema único ou acessível que centralize informações sobre todos os hospitais contratualizados pelos municípios. Isto dificulta o acesso a dados detalhados por parte dos cidadãos e gestores.

Segundo informação de uma servidora da área estadual, a implementação de sistemas de regulação das filas de cirurgias eletivas representou um marco significativo para a transparência e a justiça no acesso aos serviços de saúde. Antes da centralização da regulação, as filas eram frequentemente influenciadas por interesses políticos, beneficiando familiares em detrimento de critérios técnicos. Com a adoção destes sistemas, práticas de favoritismo foram reduzidas, promovendo maior equidade e eficiência no processo.

No entanto, apesar destes avanços, desafios importantes persistem, especialmente no que diz respeito à transparência e à comunicação com os pacientes. Um dos problemas mais críticos é a falta de clareza sobre o tempo estimado para atendimento. Embora os pacientes possam consultar sua posição na fila, esta informação isolada não traduz de forma clara o tempo de espera, gerando frustração e descrédito no sistema. Além disto, muitos enfrentam dificuldades para acessar informações detalhadas sobre a demanda e a capacidade de atendimento, como o número de pacientes aguardando em determinadas especialidades ou procedimentos, o que compromete o planejamento estratégico e a transparência.

Embora a regulação mantenha dados detalhados sobre os pacientes, como tempo de espera e procedimentos necessários, estes dados não são acessíveis diretamente ao público. O acesso às informações no portal da fila, por exemplo, é

condicionado ao uso de CPF, o que limita a transparência geral e dificulta o acompanhamento por parte de cidadãos ou pesquisadores. Esta limitação é alvo de críticas, que vê na falta de clareza sobre o tempo estimado para atendimento uma barreira para a previsibilidade do processo e a confiança dos usuários.

É importante ressaltar a Lei Estadual nº 17.066/2017 — que dispõe sobre a publicação, na internet, da lista de espera dos pacientes que aguardam por consultas (discriminadas por especialidade), exames e intervenções cirúrgicas e outros procedimentos — e o seu artigo 2º que menciona que a divulgação das informações de que trata esta Lei deve observar o direito à privacidade do paciente, que poderá ser identificado pelo número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou pelo Cadastro de Pessoas Físicas (CPF).

Entretanto, a discussão sobre transparência aqui não se trata de ultrapassar a questão de privacidade. O que se entende é que uma lista poderia ser aberta ao público em geral, com informações sobre os hospitais, regiões, tempo de espera e procedimentos sem identificação dos pacientes. Esta abordagem estaria em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), garantindo que os dados sensíveis dos pacientes fossem preservados, ao mesmo tempo que promove maior transparência.

Outro ponto relevante é a dificuldade em fornecer informações compreensíveis e acessíveis aos pacientes. Muitos não sabem exatamente em que estágio do processo estão ou quanto tempo falta para o procedimento, o que gera ansiedade e insatisfação com o sistema. Esta falta de transparência na comunicação é uma preocupação recorrente e reforça a necessidade de melhorias para que o sistema de regulação cumpra plenamente seu objetivo de justiça e equidade no acesso à saúde. Alguns pacientes relatam que a falta de precisão de quantas pessoas da sua especialidade estão não na sua frente complica.

Portanto, embora a centralização na regulação das filas de cirurgias eletivas tenha representado um avanço inegável, os desafios atuais mostram que há espaço para aprimorar a transparência, a comunicação e o acesso à informação. Soluções como a disponibilização de dados mais detalhados e acessíveis, além de estimativas claras de tempo de espera, poderiam fortalecer a confiança no sistema, reduzir frustrações e contribuir para um planejamento mais eficiente da oferta de serviços de saúde.

Ainda sobre a transparência, foi sugerida a criação de relatórios públicos detalhados sobre o uso dos recursos destinados às cirurgias eletivas. Segundo um dos entrevistados, a forma como estas informações são atualmente disponibilizadas no Portal de transparência do poder executivo não é de fácil acesso para o público leigo. Esta limitação dificulta a compreensão por parte dos cidadãos e reforça a necessidade de apresentar os dados de maneira mais clara e acessível, promovendo maior participação e confiança na gestão dos recursos públicos.

Quanto à fiscalização, é realizada por equipes de Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde, que visitam as unidades hospitalares para verificar a conformidade com os requisitos técnicos, equipamentos e capacidade de atendimento, conforme as portarias do Ministério da Saúde. Além disto, a vigilância sanitária também participa deste processo, o que fortalece os mecanismos de fiscalização.

Entretanto, os gestores afirmam que a fiscalização dos contratos e procedimentos realizados é feita por meio de auditorias por amostragem. Existe um fiscal de contratos, mas a fiscalização não abrange todas as unidades ou procedimentos, pois carece de recursos humanos para tal. A auditoria não verifica frequentemente se os hospitais estão cumprindo todas as etapas do contrato, como realizar os exames necessários ou atender a fila dentro das prioridades estabelecidas. Esta abordagem limitada dificulta a identificação de irregularidades sistemáticas ou desvios de recursos.

No aspecto de responsabilização, a rotatividade de servidores municipais e estaduais pode impactar negativamente a responsabilização, pois a troca frequente de profissionais dificulta a continuidade e o acompanhamento das ações. No caso de falhas no processo, como erros na inserção de pacientes no sistema ou problemas na execução de contratos, a responsabilização parece ser indireta, com foco na correção das falhas identificadas durante as auditorias.

A responsabilização é percebida como um ponto fraco no sistema. Há casos em que hospitais executam mais procedimentos do que o pactuado, sem que haja uma avaliação clara de impactos orçamentários ou de execução. A regulação, por sua vez, autoriza estas cirurgias sem verificar a disponibilidade de recursos financeiros, criando lacunas na responsabilização por gastos excessivos, é importante que mais de um entrevistado alegou esta situação. Há também problemas como encaminhamentos errados (pacientes que não são cirúrgicos enviados para avaliação

cirúrgica) e o uso inadequado de recursos hospitalares são apontados, mas não há menção de penalidades ou mecanismos formais de responsabilização para estes casos.

#### **4.3.7 Monitoramento e Avaliação**

Uma política pública deve contar com uma rotina que permita acompanhar suas ações, avaliar os resultados obtidos e utilizá-los para promover melhorias na própria política. As operações relacionadas à política pública precisam ser monitoradas continuamente, e seus resultados avaliados periodicamente, com o objetivo de concretizar os objetivos estabelecidos e aprimorar o desempenho governamental (Brasil, 2014).

O Relatório de Atividades, que integra a Prestação de Contas do Governador do Estado de Santa Catarina, compreende o acompanhamento dos programas do orçamento fiscal e da seguridade social, detalhados em subações, além dos respectivos objetos monitorados no exercício de 2023. Este relatório apresenta informações financeiras e físicas relacionadas ao planejamento e à execução das ações do Poder Executivo Estadual.

Avaliação dos Programas de Governo, detalhando os objetivos propostos, indicadores e sua apuração e a avaliação qualitativa realizada pelas unidades gestoras responsáveis pela execução de Programas;

- Acompanhamento Físico e Financeiro dos Programas de Governo previstos no Plano Plurianual 2020-2023, segmentados em Subações e Objetos de Execução, com o objetivo de divulgar as informações sobre execução de obras, aquisição de bens e prestação de serviços efetuado pelo Poder Executivo no ano de 2023. (Santa Catarina, 2024b)

Para analisar esta categoria serão considerados os indicadores relacionados à política pública de cirurgias eletivas presentes no Programa 430 - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, especificamente nas subações 11324 - Custeio de cirurgias eletivas ambulatoriais e hospitalares, e 14019 - Repasse financeiro aos hospitais filantrópicos e municipais, conforme estabelecido pela Lei Estadual nº 16.968/2016.

O monitoramento do programa foi realizado por meio dos seus indicadores e pela execução física e financeira das subações que o compõem (Santa Catarina, 2024b, p. 177).

Neste contexto será apresentado o Quadro 26 que reúne os indicadores identificados e relacionados à política pública de cirurgias eletivas, com foco nas subações e objetivos estabelecidos no Programa 430 - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Quadro 26 – Indicadores do Programa 430

| <b>Indicadores</b>                                                                                       | <b>Meta ao final do PPA</b> | <b>2020</b> | <b>2021</b> | <b>2022</b> | <b>2023</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Indicador 329 - % de Pacientes que estão na fila aguardando a realização de consulta há mais de 365 dias | 42,50                       | 48,40       | 53,20       | 46,70       | 40,90       |
| Indicador 331 - % de Pacientes que aguardam na fila para realização de cirurgias eletivas (12 meses +)   | 30                          | 50,03       | 56,60       | 43,50       | 34,50       |
| Indicador 348 - % de Pacientes que estão na fila aguardando a realização de exames há mais de 365 dias   | 50                          | NA          | NA          | 36,30       | 29,07       |

Fonte: Elaborado pela autora (2024) com base em Santa Catarina (2024).

Conforme demonstrado no Quadro 26, o “Indicador 329 - % de Pacientes que estão na fila aguardando a realização de consulta há mais de 365 dias” atingiu a meta estabelecida ao final do Plano Plurianual (PPA). Entretanto, observa-se que nos anos de 2020 e 2021 houve um aumento significativo no percentual de pacientes aguardando para consultas em decorrência da pandemia COVID-19. No exercício de 2022 ocorreu uma redução no percentual de pacientes, ainda como reflexo da pandemia. No exercício de 2023 a Secretaria de Estado de Saúde atingiu o melhor cenário decorrente do esforço da gestão com a equipe técnica (Santa Catarina, 2024b).

Quanto ao “Indicador 331 - % de Pacientes que aguardam na fila para realização de cirurgias eletivas (12 meses +)”, a meta estabelecida ao final do PPA não foi atingida. Novamente constata-se que nos anos de 2020 e 2021 ocorreu o maior percentual de pacientes aguardando cirurgias em decorrência da pandemia de COVID-19. No exercício de 2022 ocorreu uma diminuição do percentual de pacientes

na fila, porém ainda com reflexo da pandemia. Em 2023, com a instituição do Programa Estadual de Redução da Fila de Cirurgias, houve uma redução significativa do percentual de pacientes da fila, realizando 124.963 cirurgias eletivas/ano (Santa Catarina, 2024b).

No que concerne ao “Indicador 348 - % de Pacientes que estão na fila aguardando a realização de exames há mais de 365 dias”, a meta estabelecida foi atingida ao final do PPA, evidenciando uma redução do percentual de pacientes aguardando a realização de exames (Santa Catarina, 2024b).

Em que pese os indicadores 329 e 348 não tratem diretamente de cirurgias eletivas, optou-se por incluí-los nesta análise da categoria Monitoramento e Avaliação, dado que ambos têm o potencial de impactar diretamente o desempenho do indicador 331. Em diversos casos, pacientes na fila de cirurgia eletivas necessitam de exames pré-operatórios ou consultas específicas, o que pode influenciar o tempo total de espera para a realização do procedimento cirúrgico.

Outra ferramenta de planejamento já mencionada nesta tese é o Plano Estadual de Saúde, que apresenta objetivos e metas monitoradas de forma quadrimestral. No contexto do objeto de estudo, destaca-se o Objetivo Estratégico 6, que visa reduzir a fila de espera para cirurgias eletivas, estabelecendo como meta a diminuição para 20% do percentual de pacientes que aguardam por mais de 12 meses. Em 2023, os resultados deste monitoramento estão apresentados no Quadro 27.

Quadro 27 – Plano Estadual de Saúde - Meta

| <b>Objetivo Estratégico 6: Reduzir a fila de espera</b>                                                                                    |                                      |                                      |                                      |                             |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Indicador: Pacientes que aguardam na fila para realização de cirurgias eletivas</b>                                                     |                                      |                                      |                                      |                             |                                                         |
| <b>Meta: 6.4. Reduzir para vinte (20) o percentual de pacientes que aguardam na fila para cirurgia eletiva há mais de 12 meses em 2023</b> |                                      |                                      |                                      |                             |                                                         |
| <b>Meta prevista para 2023</b>                                                                                                             | <b>Resultado Alcançado 1º Quadri</b> | <b>Resultado Alcançado 2º Quadri</b> | <b>Resultado Alcançado 3º Quadri</b> | <b>% de alcance da meta</b> | <b>Justificativa para o não alcance da meta em 2023</b> |

|        |        |        |        |       |                                                                                                                                                                       |
|--------|--------|--------|--------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20,00% | 39,00% | 37,00% | 34,50% | 57,9% | Alguns pacientes não foram encontrados, outros estavam cientes da data da cirurgia mas não compareceram. Além disto, podemos citar capacidade instalada insuficiente. |
|--------|--------|--------|--------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Relatório de Contas Prestadas pelo Governador (Santa Catarina, 2024b).

Como mencionado na análise do componente “Planos e Objetivos”, o Plano Plurianual 2020-2023 teve como base para sua construção o Plano Estadual de Saúde -PES 2020-2023, ambos elaborados de forma concomitante. Entretanto, observa-se neste momento uma divergência entre os dois documentos no que diz respeito ao indicador referente ao percentual que aguardam na fila para cirurgia eletiva por mais de 12 meses. Enquanto o Plano Plurianual estabelece uma meta de 30%, o Plano Estadual de Saúde apresenta uma meta de 20% para o mesmo indicador. Esta discrepância deve ser cuidadosamente analisada e considerada no processo de elaboração e alinhamento dos planos futuros.

#### 4.4 SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DE PORTUGAL

O Serviço Nacional de Saúde, criado pela Lei nº 56, de 15 de setembro de 1979, trata-se de um serviço concebido pela Constituição de Portugal, Decreto de 10 de abril de 1976 e alterações (revisões) posteriores, prestado de forma sistêmica no atendimento aos cidadãos, ou utentes, com estrutura hierarquizada, cujos pilares definidos pela constituição, Art. 64º, nº 2, [a]<sup>2</sup>, são a universalidade, generalidade e gratuidade equitativa.

Diz-se que o serviço é universal porque deve atender a todos; geral no que diz respeito à abrangência dos tratamentos; e equitativamente gratuito por considerar as condições econômicas dos cidadãos, sendo, portanto, tendencialmente gratuito.

<sup>2</sup> Constituição de Portugal – Art. 64º, 2, a:

2. O direito à proteção da saúde é realizado:

a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições econômicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;

Não obstante a evidente amplitude de tais pilares, a necessária evolução do serviço de saúde pública como um todo obrigou o legislador a rever as bases de atuação do SNS. Para tal desiderato editou nova norma infraconstitucional que rege a proteção à saúde, Lei nº 95, de 4 de setembro de 2019, que segundo Nunes (2020), é mais detalhada, pautando a atuação do SNS pela:

i) universalidade (garante a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade); ii) generalidade (assegura os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes); iii) tendencial gratuidade (com atenção às condições econômicas e sociais dos cidadãos); iv) integração de cuidados (funciona de forma articulada e em rede); v) equidade (igualdade no acesso, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis); vi) qualidade (prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes com a devida atenção à individualidade da pessoa); vii) proximidade (todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde); viii) sustentabilidade (utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis); ix) transparência (informação atualizada e clara sobre o seu funcionamento) (Base 20) (Nunes, 2020, p. 132).

O estabelecimento das novas diretrizes criadas a partir da Lei 95/19, citadas por Nunes (2020), torna evidente a preocupação do Estado em garantir não só a excelência no atendimento ao cidadão, mas também a perpetuidade do SNS, notadamente quando coloca a sustentabilidade entre suas premissas.

Sobre a organização e funcionamento nota-se que o SNS se organiza de forma

descentralizada e desconcentrada (Artigo 18º da Lei nº 56/79, de 15 de setembro) e organiza-se em regiões de saúde, sub-regiões de saúde e áreas de saúde, pelo fato do legislador da primeira versão do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto – Lei nº 11/93, de 15 de janeiro), considerar que a gestão dos recursos se faça tão próximo quanto possível dos seus destinatários (Nunes, 2020, p. 135).

Ainda sobre a organização e funcionamento, há órgãos centrais, regionais e locais executores do serviço, cada qual com atribuições específicas e dimensionadas de acordo com as responsabilidades normativas.

Os órgãos centrais (e.g. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde) possuem as atribuições de, mas não somente, a1) definição da política de saúde, b1) inspeção técnica e avaliação de resultados, c1) fiscalização e tutela da atividade privada no setor de saúde.

Por outro lado, os órgãos regionais e locais são responsáveis por, dentre outras atribuições, a2) execução da política de saúde, b2) formação e investigação do campo da saúde, c2) coordenação das unidades prestadoras de cuidados primários, d2) registro e análise de dados estatísticos.

Além dos órgãos centrais, regionais e locais referidos nos parágrafos anteriores, Nunes (2020) refere que o SNS tem sua organização e funcionamento em diferentes níveis e tipologias de unidades de saúde, que trabalham de forma articulada, integrada e intersetorial.

Para que os órgãos e unidades do Serviço Nacional de Saúde possam funcionar há dois grupos de pessoas garantidoras de tais serviços, a saber, i) a pessoa política, representada pelo Estado, por meio dos órgãos centrais, regionais, locais, das unidades de saúde familiar, hospitais etc., bem como ii) a pessoa física, representada pelo capital humano, ou seja, os médicos, técnicos, enfermeiros, terapeutas, etc.

Tais profissionais submetem-se a idêntico regime de trabalho aplicado à administração pública. Entretanto, dadas as características próprias e excepcionais, o legislador criou normas específicas.

As garantias trazidas pelas normas legais possuem total alinhamento com a premissa da qualidade referida Lei nº 95, de 4 de setembro de 2019, na compreensão de que a garantia estatal da integridade física (corpo e mente) e socioeconômica do capital humano é tão importante quanto todo o aparato técnico fornecido pelo Estado.

#### **DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SNS:**

Cuidados de promoção e vigilância da saúde;

- Cuidados de prevenção da doença;
- Cuidados médicos de clínica geral;
- Cuidados médicos especializados;
- Cuidados de enfermagem (geral e especializada);
- Internação hospitalar;
- **Tratamento cirúrgico;**
- Transporte de doentes quando indicado;
- Exames complementares de diagnóstico e de tratamento especializados;
- Medicamentos, produtos farmacêuticos e suplementos;
- Próteses, próteses e outros dispositivos;

- Apoio social, em articulação com os serviços de seguridade social.

O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) foi instituído pela Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004, com objetivo de reduzir o tempo em que um paciente é encaminhado para um procedimento cirúrgico e a sua realização, garantindo um tempo clinicamente admissível.

Inicialmente, o SIGIC foi regulamentado pela Portaria nº 1450/2004, de 25 de novembro, posteriormente revogada pela Portaria nº 45, de 15 de janeiro de 2008, que aprovou o regulamento do SIGIC. Este regulamento define o SIGIC como um sistema de regulação da atividade relacionada a utentes propostos para cirurgia e a utentes já operados, baseado em princípios de equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, transparência dos processos de gestão e responsabilização dos utentes e dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos estabelecimentos de saúde que contratam e convencionam com aquele a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários.

O presente regulamento deixa claro em seu anexo que “são elegíveis para efeitos de inscrição na lista de inscritos para cirurgia (LIC) todos os utentes dos hospitais do SNS e os utentes beneficiários deste Serviço referenciados para os estabelecimentos de saúde do setor privado e do setor social, ao abrigo dos contratos e convenções celebrados” (Portugal, 2008, p. 527).

O Sistema Integrado de Gestão das Listas Cirúrgicas (SIGLIC) é a plataforma digital que permite a monitorização e gestão das listas de espera de forma centralizada no Serviço Nacional de Saúde. Além disto, é composto por dados estatísticos e indicadores que permitem o controle dos procedimentos cirúrgicos programados, organizados por região, hospital, especialidade, procedimentos e entre outros, conforme informações disponíveis no site do Ministério de Saúde de Portugal.

O Ministério de Saúde também informa que o sistema engloba:

- gestão de eventos clínicos;
- gestão de utilizadores e colaboradores dos hospitais;
- uma rede de comunicação interna entre entidades;
- gestão dos contratos e protocolos e o controlo da faturação dos hospitais;
- gestão de programas integrados em doenças específicas como a obesidade (PTCO);
- gestão das transferências de utentes entre instituições;

- gestão da capacidade instalada dos hospitais;
- gestão da carteira de serviços das unidades funcionais;
- gestão de não conformidades.

Desta forma, conforme o regulamento, a informação relativa à atividade cirúrgica programada e a realizada pelos serviços de urgência é obrigatoriamente registrada e transferida para o Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC). Ademais, diariamente, a avaliação da atividade dos serviços cirúrgicos e blocos operatórios, transferência de utentes entre hospitais e sua abordagem nos hospitais de destino deve ser transferida dos hospitais para o SIGLIC.

Neste contexto, para que o paciente seja inserido na lista de cirurgias (LIC), é necessário que, por meio da nota de consentimento, que ele concorde com a proposta de intervenção e com a inscrição na LIC, além de aceitar as normas do regulamento do SIGIC, que constitui a base para a gestão da proposta da cirurgia, conforme o Anexo da Portaria nº 45/2008.

A inscrição na lista só será efetivada após a entrega no hospital da nota de consentimento devidamente assinada, no máximo em dez, cinco ou dois dias úteis após a realização da consulta, conforme a classificação da prioridade clínica. O responsável cirúrgico tem um prazo entre dois e dez dias para dar o consentimento à cirurgia. Pode recusá-la por não estar de acordo com as práticas definidas, mas neste caso o médico que propôs a cirurgia é obrigado a chamar de novo o utente para redefinir o seu tratamento. Caso autorize, o utente é inscrito na lista pelo nível de prioridade e antiguidade do caso. Para comprovar que o seu processo de inscrição foi realizado com sucesso, receberá na sua morada um certificado de inscrição (SNS).

A Portaria nº 153/2017 estabeleceu o Tempo Máximo de Resposta Garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde (SNS) para todos os serviços sem caráter de urgência. O TMRG foi fixado em 180 dias após a data da indicação para cirurgia. Contudo, até 31 de dezembro de 2017 vigorou um prazo transitório de 270 dias, também contados da indicação da cirurgia. Ressalta-se que estes prazos podem variar conforme o tipo de procedimento e prioridade clínica atribuída ao caso, conforme exemplificado abaixo.

Quadro 28 – Tempo máximo de resposta garantidos

| <b>NÍVEL DE ACESSO E TIPO DE CUIDADOS</b>                                         | <b>TMRG</b>                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>PROCEDIMENTOS HOSPITALARES CIRÚRGICOS PROGRAMADOS</b>                          |                                                     |
| <b>CIRURGIA PROGRAMADA</b>                                                        |                                                     |
| <b>Prioridade “nível 4” de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar</b> | <b>72 horas após a indicação cirúrgica</b>          |
| <b>Prioridade “nível 3”</b>                                                       | <b>15 dias seguidos após a indicação cirúrgica</b>  |
| <b>Prioridade “nível 2”</b>                                                       | <b>60 dias seguidos após a indicação cirúrgica</b>  |
| <b>Prioridade “nível 1”</b>                                                       | <b>180 dias seguidos após a indicação cirúrgica</b> |
| <b>Cirurgia programada na doença oncológica</b>                                   | <b>Variável em função do nível de prioridade</b>    |
| <b>Cirurgia programada na doença cardíaca</b>                                     | <b>Variável em função do nível de prioridade</b>    |

Fonte: Portugal (2023).

A Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004 previu o vale cirurgia, que permite ao paciente marcar diretamente a cirurgia em entidade sociais e privadas, prestadores de cuidados de saúde, caso decorrido 75% do tempo máximo de espera, a cirurgia ainda não tenha sido marcada, mantendo o processo ativo.

O Serviço Nacional de Saúde (Portugal, 2023) explica que o vale-cirurgia é gerado automaticamente quando o hospital de origem não consegue efetuar o procedimento dentro do prazo recomendado. Ademais, ressalta-se que a nota de transferência é uma permissão para escolher o hospital onde será realizada a cirurgia entre uma lista de hospitais públicos, já o vale cirurgia inclui a possibilidade entre hospitais públicos, privados e sociais.

Os respectivos documentos são encaminhados, desde setembro de 2023, por e-mail. Caso não haja o endereço eletrônico correspondente dentro do cadastro, o encaminhamento é realizado por correspondência postal. O Serviço Nacional de Saúde (Portugal, 2023) descreve que são encaminhados dois documentos:

- **carta:** uma breve descrição do conceito e utilização da Nota de Transferência / Vale Cirurgia e um documento que contém a “Justificação de Recusa”, na eventualidade do paciente não aceitar as condições de transferência para ser operado em outro hospital;
- **documento anexo (diretório da Nota de Transferência / Vale Cirurgia):** contém o número do Vale de Cirurgia, com as instituições hospitalares que reúnem as condições para operar o utente.

No caso de o paciente aceitar a alteração, ele deve escolher, dentro da lista encaminhada, o hospital onde será realizado o procedimento cirúrgico e efetuar o contato diretamente com a organização escolhida para entregar a nota de transferência/vale cirurgia, seja por e-mail ou presencialmente. Neste momento o paciente informa o número do documento, como ilustrado na Figura 15. Logo em seguida o hospital vai confirmar a transferência e agenda a cirurgia (Portugal, 2023).

Figura 15 – Vale Cirurgia

**SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DO ACESSO**

**Vale-Cirurgia**

Vale Cirurgia Nº: \_\_\_\_\_ Válido até: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Local de Residência: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Nº Cartão Utente: \_\_\_\_\_ Nº Beneficiário: \_\_\_\_\_

Subsistema de Saúde: \_\_\_\_\_ Hospital Origem: \_\_\_\_\_

Serviço Cirúrgico: \_\_\_\_\_ Nº Processo: \_\_\_\_\_

**ACSS** ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP

**SIGA SNS** SERVIÇOS HOSPITALARES, CIRURGIA

**Este documento é pessoal e intransmissível**

Fonte: Portugal (2023).

O paciente pode recusar-se a utilizar a nota de transferência/vale cirurgia, por meio do documento “Justificativa de Recusa”. Neste documento, o paciente informa a decisão de não utilização do vale e que não pretende realizar a cirurgia em outro hospital. O prazo para justificar é de 05 a 15 dias úteis. Neste caso o paciente permanece no seu lugar na lista de inscritos para a sua cirurgia (Portugal, 2023).

Quadro 29 – Vale Cirurgia e Nota de transferência

| VALE CIRURGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NOTA DE TRANSFERÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não esperem além dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG).</li> <li>- Caso ultrapasse, o paciente pode escolher ser operado em outro hospital.</li> <li>- Específico para caso cirúrgico.</li> <li>- Escolha do paciente.</li> <li>- Cobertura completa.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transferir uma unidade de saúde para outra dentro do sistema de saúde público ou entre o público e o privado.</li> <li>- Serviços que não podem ser fornecidos na instituição atual.</li> <li>- É utilizada para vários tipos de atendimentos e não somente cirurgias.</li> <li>- Decisão médica em razão do tratamento.</li> <li>- Cobertura, conforme as regras do SNS.</li> </ul> |

Fonte: Elaborado pela autora (2023) com base em informações do SNS (Portugal, 2023).

Outro aspecto que não posso deixar de destacar ao estudar a área da saúde em Portugal é o Portal de Transparência do SNS, uma plataforma online robusta que reúne uma vasta lista de indicadores e informações, como dados sobre cuidado de saúde primários, medicamentos, mortalidades, ambulâncias, consultas médicas, entre outros. O que se destaca especialmente, no contexto desta pesquisa, são as informações relacionadas às cirurgias. O portal representa, sem dúvida, uma fonte riquíssima de dados para qualquer pesquisador interessado em aprofundar seus estudos sobre políticas de saúde no contexto português.

Nesta pesquisa vamos nos limitar às informações correspondentes ao objeto de pesquisa, as cirurgias, utilizando o portal como uma ferramenta essencial de análise e como benchmarking. O objetivo é propor ao estado de Santa Catarina a inclusão de práticas semelhantes em seu portal de transparência, como forma de melhorar a visibilidade e a governança no setor de saúde, com foco específico no programa de cirurgias.

Ao consultar o Portal de Transparência do SNS e utilizar a palavra-chave “cirurgia”, é possível identificar diversas informações relevantes disponíveis na plataforma. Para esta pesquisa destacaremos três aspectos principais:

#### 1) Inscritos em LIC dentro do TMRG (180 dias)

O objetivo deste indicador é apresentar, em valor percentual, a proporção do número de doentes inscritos para cirurgia que aguardam intervenção cirúrgica, dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantida, em relação ao total de pacientes inscritos no fim do período em análise.

Os dados disponibilizados são abertos e permitem ao pesquisador realizar diferentes tipos de análises, como tabelas, mapas e gráficos, inclusive podendo exportar em diversos formatos. O pesquisador pode realizar a consulta de acordo com suas necessidades, definindo variáveis como período, região, instituição, número de doentes inscritos dentro do TMRG SIGIC, número total de doentes inscritos no SIGIC e percentual de inscritos em LIC dentro do TMRG. Abaixo apresentamos um exemplo de consulta realizada com a seleção dos dados referentes ao exercício de 2023.

Figura 16 – Inscritos em LIC dentro do TMRG (180 dias)



Fonte: Portugal (2024).

## 2) Intervenções Cirúrgicas nos Cuidados de Saúde Hospitalares

Neste indicador é visível monitorar mensalmente o número de intervenções cirúrgicas realizadas nos cuidados hospitalares, categorizando-as em diferentes tipos: Programadas, Programadas Ambulatórios, Programadas Convencionais e Urgentes. A informação disponibilizada no portal pode ser visualizada em diversas formas, como tabelas, gráficos e mapas, sendo possível personalizar os dados conforme a busca do pesquisador. As variáveis incluem região, período, instituição, quantidades de intervenções realizadas. Além disto, os dados podem ser exportados em diferentes formatos, como no tópico anterior.

Abaixo segue um gráfico elaborado pelo portal, com base na seleção Intervenções Cirúrgicas nos Cuidados de Saúde Hospitalares.

Figura 17 – Intervenções Cirúrgicas nos Cuidados de Saúde Hospitalares



Fonte: Portugal (2024).

### 3) Demora média antes da cirurgia

Este indicador permite acompanhar o tempo médio decorrido entre a inscrição do paciente na Lista de Inscrições para Cirurgia e a cirurgia. Neste caso segue uma tabela gerada a partir da consulta, que apresenta o tempo médio antes da cirurgia, categorizado por período, região e tipo de instituição.

Figura 18 – Demora média antes da cirurgia

SNS

SISTEMA NACIONAL DE SAUDE

TRANSPARENCIA

CATÁLOGO

MAPAS

API

SUGESTÕES

AJUDA

6 739 registros

Sem filtros ativos.

Filtros

Procurar registros...

Período

De

para

2024259

2023377

2022588

2021569

2020586

2019588

> Mais

Região

Região de Saúde LVT2 106

Região de Saúde Norte2 191

Região de Saúde do Centro352

Região de Saúde do Alentejo138

Região de Saúde do Algarve1 662

Instituição

Centro Hospitalar Barroso/Montijo, EPE132

Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE132

Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE132

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE132

Demora Média antes da Cirurgia

Informação

Tabela

Mapa

Análise

Exportar

API

Período

Região

Instituição

Localização Geográfica

Nº Dias até cirurgia em episódio...

Nº de Episódios em GDH cirúrgica...

Demora Média Antes da Cirurgia

1

Junho 2024

Região de Saúde LVT

Unidade Local de Saúde da Arrábida...

38.529951, -8.687071

306

493

0.78

2

Junho 2024

Região de Saúde do Centro

Unidade Local de Saúde da Região ...

29.7418, -8.79444

573

854

0.67

3

Junho 2024

Região de Saúde LVT

Unidade Local de Saúde de Alameda...

38.67381, -8.17597

1 299

1 117

1.16

4

Junho 2024

Região de Saúde Norte

Unidade Local de Saúde de Braga, E...

41.562328338623, -8.3

1 167

3 264

0.36

5

Junho 2024

Região de Saúde Norte

Unidade Local de Saúde do Alto M...

41.697519, -8.632517

1 205

1 627

0.66

6

Junho 2024

Região de Saúde Norte

Unidade Local de Saúde do Médio ...

41.3422317504883, -8

605

899

0.67

7

Junho 2024

Região de Saúde Norte

Unidade Local de Saúde de Entre D...

40.9295, -8.54567

1 202

2 211

0.54

8

Junho 2024

Região de Saúde LVT

Unidade Local de Saúde de Loures...

38.821788, -9.176321

373

1 215

0.31

9

Junho 2024

Região de Saúde Norte

Unidade Local de Saúde de Santo A...

41.147283, -8.619536

2 477

4 707

0.53

10

Junho 2024

Região de Saúde LVT

Unidade Local de Saúde de São Jo...

38.7189, -9.13654

2 130

2 341

0.91

11

Junho 2024

Região de Saúde Norte

Unidade Local de Saúde de Trás-os...

41.31031, -7.786103

1 675

1 621

0.92

12

Junho 2024

Região de Saúde Norte

Unidade Local de Saúde de Vila Nov...

41.1254663195801, -8

622

3 225

0.19

13

Junho 2024

Região de Saúde Norte

Unidade Local de Saúde do Nordeste...

41.802452, -8.768198

700

936

0.75

14

Junho 2024

Região de Saúde LVT

Unidade Local de Saúde do Oeste, E...

39.4053919104094, -9

444

854

0.52

15

Junho 2024

Região de Saúde Norte

Unidade Local de Saúde da Póvoa d...

41.363183, -8.758784

601

1 644

0.58

16

Junho 2024

Região de Saúde LVT

Unidade Local de Saúde de Amadora...

38.7436332069531, -9

1 131

1 780

0.64

17

Junho 2024

Região de Saúde Norte

Unidade Local de Saúde de Barcelos...

41.533438, -8.616604

128

261

0.49

18

Junho 2024

Região de Saúde do Centro

Unidade Local de Saúde de Coimbra...

40.217426, -8.410075

3 263

3 299

0.99

19

Junho 2024

Região de Saúde LVT

Unidade Local de Saúde de Vila Nova...

38.7084, -9.21711

2 113

2 410

0.88

20

Junho 2024

Região de Saúde Norte

Unidade Local de Saúde de São João...

41.1833, -8.80183

5 297

7 602

0.70

21

Junho 2024

Região de Saúde do Alentejo

Unidade Local de Saúde do Alentejo...

38.588838, -7.903064

223

721

0.31

22

Junho 2024

Região de Saúde Norte

Unidade Local de Saúde do Alto Ave...

41.488574, -8.338685

1 080

2 580

0.42

23

Junho 2024

Região de Saúde LVT

Unidade Local de Saúde do Arco Ave...

38.6527214050293, -9

551

748

0.74

24

Junho 2024

Região de Saúde LVT

Unidade Local de Saúde do Estuário...

38.877344, -9.994882

397

762

0.51

25

Junho 2024

Região de Saúde LVT

Hospital de Cascais, PPP

38.730076, -9.418307

255

1 114

0.23

26

Junho 2024

Região de Saúde LVT

Instituto Português Oncologia F. Ge...

38.739046, -9.161139

478

1 455

0.47

Fonte: Portugal (2024).

Nesta oportunidade cabe lembrar que a pesquisadora permaneceu em Lisboa por 55 dias, durante os meses de outubro e novembro de 2023. Como mencionado anteriormente, uma das limitações da pesquisa foi o impacto causado pela demissão do Primeiro-Ministro de Portugal, António Costa, durante este período. Este fato dificultou o acesso a informações e a compreensão mais aprofundada do funcionamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). Esta situação resultou em desafios adicionais para o desenvolvimento da investigação, criando desafios adicionais para obtenção de dados para contato com os responsáveis pela gestão do sistema.

No entanto, em relação ao Vale Cirurgia, observou-se que a taxa de adesão ao instrumento ainda é baixa, indicando que muitos pacientes optam por não o utilizar, possivelmente devido à localização dos hospitais disponíveis ou a outras preferências pessoais. Conforme noticiado no site Expresso de Portugal, até 31 de agosto de 2024 foram emitidos 134.418 Vales cirurgia, dos quais 55,37% foram recusados pelos utentes. Apesar de ainda ser um número elevado, representa uma evolução positiva em relação a 2023, quando 62,18% dos 181.805 vales emitidos foram recusados.

Por fim, na análise realizada sobre o sistema aplicado em Portugal, com base nas observações e análise documentos, destaco quatro pontos relevantes que podem, inclusive, ser propostos no âmbito de Santa Catarina:

1º Parcerias Público-Privada: a parceria entre o Serviço Nacional de Saúde e as instituições privadas demonstrou-se essencial para garantir o acesso mais ágil dos pacientes aos procedimentos cirúrgicos. As parcerias não apenas aceleram o atendimento, mas também oferecem infraestrutura frequentemente superior à dos hospitais públicos. Esta estratégia tem potencial para reduzir filas e melhorar a experiência dos pacientes.

2º Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG): este elemento é essencial para assegurar que os pacientes tenham acesso em prazos admissíveis. O TMRG acaba dando aos utentes uma previsibilidade e segurança de que seus procedimentos serão realizados em prazo hábil.

3º Vale cirurgias: destaco como eficiente para ampliar o acesso aos procedimentos, permitindo a escolha de outros hospitais, inclusive privados. Apesar da baixa adesão por parte de alguns, oferta representa um avanço significativo, especialmente em um cenário onde o sistema de saúde atende não apenas cidadãos

portugueses, mas também uma grande quantidade de imigrantes. Isto reforça a necessidade de estratégias contínuas para atender à crescente demanda.

4º Transparência: o portal de transparência é uma ferramenta de referência, oferecendo informações relevantes para os usuários. A disponibilização de dados sobre tempos de espera, desempenho das instituições e resultados cirúrgicos fortalece a confiança pública e promove *accountability* dentro do sistema.

Estes quatro pontos refletem práticas de sucesso em Portugal que podem inspirar melhorias no sistema de saúde de Santa Catarina, promovendo maior agilidade, previsibilidade e transparência no acesso às cirurgias eletivas.

#### 4.5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na política de cirurgias eletivas do Estado de Santa Catarina observa-se a existência de normas específicas para sua institucionalização, sendo que a principal em vigor no exercício de 2023 era a Deliberação nº 70/CIB/2023, a qual estabelece diretrizes e responsabilidades claras entre os diversos atores envolvidos, incluindo Estado, municípios e prestadores de serviços.

Segundo Calmon e Costa (2013), a institucionalização não se limita à criação de normas formais, mas também envolve normas informais que englobam a interação e a responsabilidade entre os atores. Esta perspectiva é evidente no caso de Santa Catarina, onde a execução do programa depende da articulação entre diferentes entes federativos e da atuação conjunta das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Regionais (CIR), que desempenham papéis essenciais na pactuação e no monitoramento do programa. No entanto, lacunas ainda persistem, como a ausência de normas específicas para adaptação às demandas emergentes e problemas de comunicação entre os níveis de gestão, aspectos destacados pelos entrevistados.

No caso da política estudada, os contratos formalizados com os hospitais representam um exemplo de institucionalização formal. Contudo, as tratativas decorrentes de ajustes locais refletem a presença de normas informais na execução da política. Não obstante, a análise realizada demonstrou que a burocracia excessiva compromete o andamento do programa.

Mesmo com uma legislação robusta identificaram-se dificuldades no cumprimento dos contratos e a ausência de ferramentas adequadas para garantir a aplicação efetiva das normas. Para reforçar a institucionalização da política de

cirurgias eletivas do Estado de Santa Catarina, é necessário: (i) melhorar a comunicação entre Estado e municípios e (ii) fiscalizar de forma mais rigorosa os contratos. Estes ajustes não apenas consolidariam a governança, mas também criariam as bases necessárias para o fortalecimento de outros componentes fundamentais, como Planos e Objetivos.

Em relação aos Planos e Objetivos, conforme preconiza o Tribunal de Contas da União (TCU), é fundamental que as diretrizes, objetivos e metas estejam alinhados aos resultados esperados com a implementação da política (Brasil, 2014). Na política de cirurgias eletivas do Estado de Santa Catarina esta coerência é garantida por meio do Plano Plurianual (PPA) 2020-2023, instituído pela Lei Estadual nº 17.874/2019. O PPA organiza as ações governamentais em programas que detalham objetivos, metas e subações, como a Subação 11324 – Realização de cirurgias eletivas ambulatoriais e hospitalares e Subação 14019 - Repasse financeiro aos hospitais filantrópicos e municipais conforme Lei Estadual nº 16.968/2016 com as suas respectivas metas físicas e financeiras para a política.

Apesar da formalização clara dos objetivos e metas no PPA 2020-2023, a análise realizada evidencia desafios significativos na execução da política de cirurgias eletivas. Entre eles destacam-se a dificuldade em alinhar as metas previstas às capacidades instaladas dos hospitais e a ausência de indicadores robustos que permitam acompanhar em tempo real a efetividade das ações. Esta desconexão entre o planejamento e a prática foi apontada pelos entrevistados, que destacaram a necessidade de ajustes no processo de pactuação e na definição de prioridades para melhor atender às demandas reais.

As limitações encontradas evidenciam a necessidade de um planejamento mais detalhado e integrado que considere as especificidades regionais e a capacidade instalada de cada unidade hospitalar. Além disto, as barreiras relacionadas à distribuição desigual de recursos e à falta de profissionais especializados em determinadas regiões, como anestesistas e ortopedistas, reforçam a necessidade de analisar o componente capacidade organizacional e recursos.

Este componente, conforme descrito pelo Tribunal de Contas da União (TCU), engloba a infraestrutura, os recursos humanos, tecnológicos, orçamentários e financeiros necessários para a implementação adequada de políticas públicas, destacando a importância de garantir estruturas compatíveis com os objetivos estabelecidos (Brasil, 2014).

Cabe esclarecer que, embora o componente Capacidade Organizacional e Recursos, preconizado pelo TCU, envolva a análise de recursos orçamentários e financeiros, esta tese optou por desmembrar uma categoria específica para tratar de recursos financeiros. Esta decisão foi tomada devido à dimensão do assunto e porque o modelo analítico desta pesquisa não seguiu estritamente o referencial de avaliação de governança apresentado pelo TCU. Optou-se por elaborar um roteiro que abrange alguns componentes do TCU e outros trazidos pela literatura, conforme apresentado no Quadro 18, denominado “Matriz de análise da tese”.

Ademais, conforme mencionado, o próprio referencial do Tribunal de Contas da União (TCU) destaca que uma avaliação não precisa necessariamente abranger todos os componentes apresentados. Cabe uma análise preliminar do objeto de estudo para definir quais componentes devem ser priorizados, bem como identificar os que podem ser excluídos ou complementados. Neste contexto, a análise realizada evidenciou a importância do componente Capacidade Organizacional e Recursos, que engloba os recursos físicos, humanos e tecnológicos necessários para a implementação efetiva da política pública.

A análise realizada por esta pesquisadora revelou desafios significativos relacionados à infraestrutura hospitalar, à ausência de algumas especialidades médicas e às dificuldades na manutenção de diversos equipamentos. A capacidade instalada dos hospitais contratualizados é uma das limitações direta para alcançar as metas. Observa-se que a ausência de determinadas especialidades em regiões específicas contribui para concentração de demandas em outras, aumentando tanto as filas quanto as despesas de transporte fora do domicílio.

Outra situação mencionada foi a fragilidade quanto ao gerenciamento dos recursos tecnológicos. É notório que em algumas regiões os hospitais enfrentam dificuldade para realizar manutenção em equipamentos essenciais como tomógrafos e aparelhos de ressonância magnética, situação que compromete os exames pré-operatórios e cirurgias mais complexas. Tais limitações evidenciam a necessidade de políticas de incentivo voltadas para modernização e ampliação da capacidade hospitalar, especialmente em regiões periféricas.

Um outro problema crítico destacado foi a elevada rotatividade de pessoal, que impacta a continuidade das ações e a precisão nos processos de regulação e inserção dos pacientes da fila. Para amenizar estes desafios seria essencial realizar de forma contínua as capacitações dos profissionais de saúde.

Deste modo, a análise desta categoria demonstra que, apesar dos avanços, a categoria de capacidade organizacional e recursos ainda enfrenta gargalos estruturais e operacionais que dificultam a plena execução das metas planejadas. Investimentos estratégicos em infraestrutura, tecnologia e recursos humanos são imprescindíveis para fortalecer a governança. No entanto, para que tais investimentos se concretizem e sejam sustentáveis, é fundamental considerar a categoria de Recursos Financeiros, que desempenha um papel central na viabilização das ações de governança e na implementação efetiva das políticas públicas.

O Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas em Santa Catarina envolve recursos estaduais e federais. No âmbito estadual, conforme estabelecido na Deliberação nº 70/CIB/2023, foi estabelecido um teto financeiro anual de R\$ 60.000.000,00 (sessenta milhões de reais) destinado a procedimentos cirúrgicos, exames e consultas. Acrescenta-se ainda o complemento realizado aos hospitais filantrópicos e municipais, conforme Lei Estadual nº 16.968/2016. Apesar destes aportes, alguns entrevistados ainda destacam insuficiência e distribuição desigual entre as regiões, enquanto outros, afirmaram que “os hospitais nunca ganharam tanto dinheiro”.

Um ponto destacado como boa prática no exercício de 2023 pelos entrevistados foi a regularidade nos pagamentos realizados aos hospitais e prestadores de serviços contratualizados. Este cumprimento tem contribuído para manter a confiança dos prestadores de serviços e evitar interrupções nos atendimentos, sendo considerado um ponto positivo da gestão financeira da política.

Por outro lado, foi apontado o desequilíbrio no valor dos procedimentos, com alguns valores bem acima dos praticados no mercado e outros significativamente defasados. Foram relatadas também situações envolvendo procedimentos de alta complexidade, como cirurgias oftalmológicas, que frequentemente enfrentam atrasos devido aos altos custos envolvidos, enquanto especialidades com menor demanda acabam recebendo investimentos desproporcionais. Este descompasso na alocação de recursos financeiros reflete a necessidade de um planejamento mais detalhado e baseado em dados precisos, que permita identificar as reais necessidades regionais e especialidades prioritárias.

Os gestores também relataram, de forma permanente, a defasagem nos valores estabelecidos pela tabela SUS, complementada pelo Estado como forma de atrair maior adesão dos hospitais ao programa. No entanto, mesmo com o pagamento

de incentivos e prêmios, a ausência de uma metodologia clara para o cálculo dos custos médios dos procedimentos compromete o controle orçamentário e gera incertezas na gestão dos recursos. Os gestores destacaram que é muito difícil planejar a quantidade de recursos financeiros a ser aplicada, em razão de situações imprevisíveis na área da saúde e da variação nos custos de cirurgias, que podem mudar conforme as condições específicas de cada paciente.

Para garantir a sustentabilidade do programa de cirurgias eletivas, é imprescindível acompanhar tanto a Capacidade Organizacional quanto os Recursos Financeiros. Neste ponto sugere-se a realização de um estudo para adotar uma metodologia mais próxima da realidade, capaz de analisar o custo médio dos procedimentos, uma vez que este foi um ponto amplamente destacado como problemático. Além disto, recomenda-se uma redistribuição mais equitativa dos incentivos financeiros, ajustando os valores pagos para cada procedimento conforme às condições reais e às necessidades regionais, garantindo uma alocação mais eficiente dos recursos.

Essa preocupação é reforçada por Jundi (2023) que identifica lacunas significativas na capacidade organizacional de serviços públicos, incluindo deficiências em recursos humanos, estrutura de governança e infraestrutura. Essas fragilidades resultam num acesso limitado e ineficiente aos serviços, comprometendo o bem-estar dos cidadãos e reforçando a necessidade de ajustes na governação e no financiamento da política de cirurgias eletivas.

Na análise da categoria Comunicação, observou-se que, mesmo havendo mecanismos formais definidos, como contratos e sistemas de regulação, ainda existem falhas que comprometem a eficiência e a integração entre os diferentes níveis de gestão. A situação é agravada pela necessidade de descentralização da política, com parte dos processos delegados aos municípios, que nem sempre possuem infraestrutura adequada para atender às demandas. Como apontam Calmon e Costa (2013), a comunicação é um elemento essencial para sustentar as atividades e alcançar os resultados esperados em redes de políticas públicas, sendo indispensável uma interação coordenada e cooperativa entre os atores envolvidos.

A interação entre Estado, municípios e hospitais é fundamental para o andamento do programa de cirurgias eletivas. No entanto, percebe-se que muitos municípios enfrentam dificuldades para inserir as informações dos pacientes

no Sistema de Regulação (SISREG) de forma precisa e tempestiva, o que impacta diretamente a organização das filas. Há relatos de municípios que atualizam as informações apenas uma vez por mês, prejudicando o tempo de espera dos pacientes. Além disto, a inserção de informações incorretas, incluindo a identificação do procedimento, também compromete o andamento das atividades. A alta rotatividade de profissionais responsáveis pela regulação nos municípios e no Estado agrava estes problemas, exigindo capacitações constantes, dada a complexidade do sistema.

Outro desafio extremamente relevante é a comunicação com os pacientes. Muitos não são localizados devido a informações desatualizadas no sistema, como endereços ou telefones, o que resulta na perda de cirurgias e consultas. Neste aspecto, são necessárias estratégias mais eficazes para comunicar-se com estes cidadãos, como o uso de notificações via aplicativos, que podem tornar a entrega de informações mais eficiente.

A análise mostra que a comunicação é um componente essencial para fortalecer a governança da política, conforme ressaltado pelo Tribunal de Contas da União (TCU). A ausência de canais de diálogo claros entre as instâncias estaduais, municipais e hospitalares não apenas prejudica a execução da política, mas também compromete a percepção de confiança e eficiência por parte dos beneficiários. Portanto, é indispensável investir em tecnologias que facilitem a comunicação com os pacientes e promovam maior integração entre os atores envolvidos.

Nesse sentido, a persistência dessas falhas nas comunicações afetam diretamente a governança, uma vez que a comunicação governamental desempenha um papel central na melhoria dos serviços públicos e na consolidação de uma gestão eficiente (Aprilia, 2022). A deficiência na transmissão de informações prejudica a articulação entre os diferentes níveis de gestão, limitando a efetividade das políticas públicas e facilitando a participação social no processo decisório.

A análise da prestação de contas no contexto da política de cirurgias eletivas do Estado de Santa Catarina buscou avaliar aspectos destacados pelo TCU relacionados à necessidade de prestação de contas, transparência nos processos e resultados, bem como à implementação de mecanismos que asseguram a responsabilização dos gestores públicos (Brasil, 2014). Estas dimensões são cruciais para promover a eficiência e a equidade na gestão pública, conforme apontado por organismos internacionais como o Banco Mundial e o FMI.

Na política comprovada, os contratos formalizados com hospitais detalham as obrigações específicas, como o número mensal de consultas e cirurgias a serem realizadas. Estas informações são disponibilizadas no site da Secretaria de Saúde, ou que fornecem um nível básico de transparência. Entretanto, os dados são apresentados em múltiplos arquivos no formato PDF, o que dificulta o acesso e a compreensão, especialmente para o público leigo. Além do mais, a inexistência de um sistema único e centralizado que reúna todas as informações dos serviços contratualizados pelos municípios limita o acompanhamento detalhado, tanto por gestores quanto por cidadãos.

Neste sentido, vale destacar o Portal de Transparência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal, uma plataforma robusta e abrangente que disponibiliza uma ampla gama de indicadores de saúde, incluindo dados detalhados sobre cirurgias. A ferramenta permite o monitoramento mensal das intervenções cirúrgicas realizadas nos cuidados hospitalares, opções como programadas, programadas ambulatoriais, programadas convenientes e urgentes. Os dados podem ser visualizados em tabelas, gráficos e mapas, além de serem personalizáveis por variáveis como região, período e tipo de instituição. Esta plataforma oferece aos usuários e pesquisadores uma visão clara sobre tempos de espera, desempenho institucional e resultados urgentes, promovendo a confiança pública e fortalecendo a responsabilização.

Uma análise realizada sobre o sistema aplicado em Portugal revela lições importantes que podem ser adaptadas e inovadoras em Santa Catarina para aprimorar a gestão do programa de cirurgias eletivas. Além da transparência, que já foi destacada como um elemento essencial para promover a responsabilização e fortalecer a confiança pública, a experiência portuguesa demonstra a relevância de outros três pilares: parcerias público-privadas, a adoção de um sistema de "vale-cirurgias" e a definição de um Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG).

As parcerias público-privadas se mostram estratégicas para acelerar o acesso dos pacientes às cirurgias, aproveitando a infraestrutura disponível em instituições privadas para reduzir filas e melhorar a qualidade do atendimento. O vale-cirurgias amplia as opções de escolha para os pacientes, permitindo que eles acessem hospitais diferentes, inclusive privados, e atendendo de forma mais eficiente uma demanda crescente, em um cenário cada vez mais complexo que envolve não apenas os cidadãos locais, mas também uma população significativa de imigrantes. Já o

Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) proporciona previsibilidade e segurança aos pacientes, garantindo que os procedimentos sejam realizados dentro de prazos razoáveis, promovendo maior satisfação e confiança no sistema de saúde.

Diante desses benefícios, recomenda-se que o Estado de Santa Catarina analise a possibilidade de incorporar estas práticas ao seu modelo de gestão, explorando as previsões de parcerias público-privadas, desenvolvendo um programa de vale-cirurgias e estabelecendo prazos máximos para atendimento. Estas medidas, integradas a uma maior transparência nos processos e resultados, têm o potencial de transformar a experiência dos cidadãos no acesso à saúde, promovendo eficiência, equidade e confiança na gestão pública.

A análise dos resultados desta tese evidencia que, ao analisar a governança de uma política pública, é essencial distinguir os elementos que pertencem à implementação da política pública e aqueles que se referem à governança da política pública. Embora interligadas, essas dimensões possuem características distintas no ciclo de políticas públicas.

A implementação de políticas públicas refere-se ao processo de colocar em prática as decisões e diretrizes formuladas, traduzindo-as em ações concretas que buscam alcançar os objetivos propostos. Segundo Lotta (2019), a implementação envolve a interação entre diversos atores e contextos, sendo influenciada por fatores como a estrutura organizacional, os recursos disponíveis e as dinâmicas locais. A autora destaca que a compreensão desse processo requer uma análise que considere tanto as variáveis hierárquicas quanto as características específicas dos espaços onde as políticas são executadas.

Por outro lado, a governança de políticas públicas diz respeito aos arranjos institucionais e às interações entre os atores estatais e não estatais que influenciam a formulação, a implementação e a avaliação das políticas. De acordo com Kooiman (2003), a governança envolve a coordenação entre o Estado, o mercado e a sociedade civil, promovendo a cooperação mútua para a resolução de problemas públicos. Esse conceito abrange mecanismos de coordenação, transparência, participação e accountability, elementos fundamentais para garantir a efetividade das políticas públicas.

Na análise realizada, identificaram-se aspectos essenciais para a implementação da política pública em questão. Entre eles, destaca-se o Programa Estadual de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas, que busca ampliar a eficácia no

atendimento aos pacientes. Além disso, a implementação do Sisreg (Sistema Nacional de Regulação) foi apontada como uma ferramenta essencial para a organização e o gerenciamento das filas de espera, contribuindo para maior eficiência no agendamento e na distribuição de recursos.

A análise da governança da política de cirurgias eletivas do Estado de Santa Catarina, realizada nesta tese, com o objetivo de identificar boas práticas inovadoras e falhas existentes, com base em entrevistas, observações e análise documental. Optou-se por incluir nesta análise elementos da formulação da política, como o estabelecimento de marcos legais, inseridos na categoria de institucionalização, e metas, presentes na categoria de planos e objetivos. Essa escolha se justifica pelo fato de que, dentro dos parâmetros do modelo aplicado, ambos os aspectos são essenciais para uma boa prática de governança. Nesse sentido, os parâmetros do modelo aplicado definem como boa prática uma política pública formalmente definida por meio de uma norma legal e que possui metas precisas (Brasil, 2014).

Para sintetizar a análise, segue o Quadro 30.

Quadro 30 – Análise da Governança da Política Pública de Cirurgia

| <b>Categorias de Análise</b> | <b>Boas Práticas de Governança</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Falhas de Governança</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Institucionalização          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecimento de marcos legais e normativos, como portarias específicas, incluindo o Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas.</li> <li>• Criação de estruturas formais, como a Superintendência de Regulação (SUR), para gerenciar e organizar as ações do programa.</li> <li>• Realização de reuniões regulares dos Consems, promovendo articulação e alinhamento das políticas de cirurgias eletivas.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragmentação das competências e falta de integração efetiva entre os diferentes níveis de gestão.</li> <li>• Ausência de mecanismos adequados de monitoramento para avaliar o cumprimento dos contratos com as considerações de serviços.</li> </ul> |
| Plano e Objetivos            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição de metas específicas para a redução das filas</li> <li>•</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de alinhamento entre as metas propostas em diferentes planos, resultando em ações desconectadas.</li> </ul>                                                                                                                                    |

|                           |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           |                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metas genéricas que não consideram as demandas específicas regionais.</li> <li>• Planejamento inadequado para atender demandas sazonais ou emergenciais, comprometendo a eficiência do sistema.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Capacidade Organizacional | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidade de equipes técnicas para a operacionalização parcial do programa.</li> </ul>                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de indicadores regionalizados que permitem atender melhor às demandas específicas de cada localidade.</li> <li>• Insuficiência de profissionais especializados em algumas regiões, criando desigualdades no atendimento.</li> <li>• Falta de programas contínuos de capacitação para gestores e equipes de saúde.</li> <li>• Estrutura hospitalar instalada para a realização de procedimentos mais complexos.</li> <li>• Disponibilidade de horários insuficientes para atender a todas as demandas.</li> <li>• Impossibilidade de acesso a dados históricos das filas, como o número de pessoas em espera em dados passados, o que limita análises aprofundadas.</li> </ul> |
| Recursos Financeiros      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concessão de incentivos financeiros.</li> <li>• Pagamentos realizados sem atrasos, garantindo maior previsibilidade.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inconsistência na distribuição de recursos entre as diferentes regiões, prejudicando a equidade.</li> <li>• O custo médio calculado não reflete a realidade das demandas e dos procedimentos.</li> <li>• Extrapolação dos valores pactuados em contratos por parte de alguns hospitais.</li> <li>• As informações prestadas por determinados municípios são insuficientes ou desnecessárias para um</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                               | planejamento financeiro eficiente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Comunicação               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de reuniões regulares entre gestores para selecionar estratégias e compartilhar informações relevantes.</li> </ul>                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação ineficiente entre os diferentes níveis de gestão e com os usuários do sistema.</li> <li>• Falta de clareza sobre os critérios de priorização para os cidadãos, gerando dúvidas e insatisfações.</li> <li>• Ausência de informações fornecidas sobre os serviços e especialidades oferecidas por cada hospital.</li> <li>• Conflitos entre médicos na definição dos procedimentos a serem realizados.</li> <li>• Informações dos pacientes registrados com erros ou equívocos no sistema, prejudicando o planejamento e a execução dos serviços</li> </ul> |
| Accountability            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicação de relatórios técnicos anuais com informações gerais sobre o programa, proporcionando um grau inicial de prestação de contas.</li> </ul>                                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouca disponibilização de alguns dados sobre as filas de espera ao público.</li> <li>• Falta de transparência e clareza sobre os critérios de priorização dos pacientes, gerando dúvidas e insatisfações.</li> <li>• Ausência de mecanismos robustos para monitorar e divulgar o cumprimento dos contratos.</li> <li>• Dados apresentados em formatos pouco acessíveis (como múltiplos arquivos em PDF), dificultando a compreensão e o uso por parte do público geral.</li> </ul>                                                                                    |
| Monitoramento e Avaliação | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização do Sisreg como ferramenta inicial para monitoramento das filas de espera, fornecendo uma base para organização e gestão.</li> <li>• Inclusão de dados relacionados ao programa no Relatório de Contas Anual do</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação limitada dos usuários no monitoramento da política, reduzindo a legitimidade e a possibilidade de feedback sobre os resultados.</li> <li>• Ausência de indicadores padronizados e regionalizados</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|  |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                   |
|--|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Governador, demonstrando esforço para integrar informações ao controle oficial. | para avaliar a eficiência e a eficácia do programa. <ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de auditorias regulares para verificar a execução e o cumprimento dos contratos firmados com informações de serviços.</li></ul> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Após a identificação das boas práticas e falhas de governança no programa de cirurgias eletivas, é essencial apresentar recomendações que contribuam para o aprimoramento da gestão e dos resultados desta política pública. No entanto, devido à abrangência e ao detalhamento necessário, as recomendações foram organizadas em um quadro separado, permitindo uma abordagem mais clara e específica para cada categoria apresentada. Esta separação facilita a compreensão das propostas de melhoria e evidencia os caminhos sugeridos para superar os desafios identificados, garantindo um alinhamento mais eficaz com os objetivos do programa.

Quadro 31 – Recomendações

| <b>Categorias de Análise</b>     | <b>Recomendações</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Institucionalização</b>       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Promover maior integração e clareza nas responsabilidades institucionais entre o Estado e os municípios, evitando sobreposições ou lacunas de atuação.</li><li>• Desenvolver instrumentos e indicadores para monitorar de forma sistemática e eficiente o cumprimento dos contratos, garantindo maior transparência e controle sobre os resultados.</li></ul>                                                                                                              |
| <b>Plano e Objetivos</b>         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Desenvolver planos operacionais regionais detalhados, alinhados às metas estaduais, para atender de forma mais eficaz às necessidades locais.</li><li>• Elaborar planos estratégicos integrados, com projeções de demanda e capacidade, permitindo uma melhor organização e distribuição de recursos.</li><li>• Criar diretrizes específicas para lidar com situações emergenciais e sazonais, garantindo maior flexibilidade e rapidez na resposta às demandas.</li></ul> |
| <b>Capacidade Organizacional</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Levantar as demandas mais recorrentes por região para embasar ações mais assertivas.</li><li>• Reorganizar a distribuição das equipes de saúde com base nas demandas regionais, priorizando áreas com maior carência de profissionais especializados.</li><li>• Desenvolver programas regulares e contínuos de capacitação para todos os níveis de gestão, promovendo melhorias na execução do programa.</li></ul>                                                         |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar incentivos para a permanência de gestores estratégicos e engajados no sistema.</li> <li>• Investir na modernização e ampliação das estruturas hospitalares, especialmente em hospitais de pequeno e médio porte.</li> <li>• Implementar políticas de prevenção externas para reduzir a incidência de doenças que geram alta demanda por cirurgias.</li> <li>• Alterar o sistema Sisreg para permitir a visualização da posição da fila em períodos passados, possibilitando análises mais completas e estratégicas.</li> <li>• Analisar a adoção de práticas como o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) e o Vale-Cirurgia, inspirados no modelo português, para garantir maior eficiência e previsibilidade no atendimento.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Recursos Financeiros</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar rigorosamente a liberação de recursos, garantindo que estejam em conformidade com o previsto nos contratos.</li> <li>• Desenvolver uma metodologia mais precisa e realista para a definição dos custos, considerando as especificidades regionais e operacionais.</li> <li>• Revisar os valores atribuídos aos procedimentos, corrigindo casos onde os custos estão superestimados.</li> <li>• Reforçar a fiscalização para garantir que os contratos sejam cumpridos conforme o previsto, evitando excessos e desvios.</li> <li>• Implantar ferramentas mais precisas para a gestão e liquidação das despesas, aumentando a transparência e a eficiência do processo.</li> <li>• Utilizar a telemedicina para avaliações prévias, reduzindo custos associados a deslocamentos e consultas desnecessárias.</li> <li>• Criar ferramentas específicas para identificar a natureza das sentenças judiciais e avaliar seu impacto financeiro, possibilitando uma gestão mais proativa e informada dos recursos.</li> </ul> |
| <b>Comunicação</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar campanhas de comunicação para informar usuários e gestores sobre o funcionamento do sistema e critérios de priorização.</li> <li>• Divulgar, de forma clara e acessível, as especialidades e serviços oferecidos por cada hospital, garantindo que os cidadãos tenham informações precisas.</li> <li>• Implementar capacitações permanentes para os usuários e operadores do SISREG.</li> <li>• Realizar campanhas de conscientização para incentivar os pacientes a manterem suas informações de contato atualizadas no sistema.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Accountability</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver plataformas digitais completas e seguras que permitam o monitoramento das filas, com dados</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                  | <p>atualizados e detalhados sobre as demandas e a priorização.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar as previsões de implementação de ferramentas semelhantes ao Portal de Transparência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal, incluindo dados sobre tempos de espera, desempenho das instituições e resultados das cirurgias.</li> <li>• publicar relatórios trimestrais detalhados, ampliando a frequência e o escopo da prestação de contas.</li> <li>• Implementar auditorias periódicas independentes para avaliar os resultados e garantir maior responsabilização.</li> </ul> |
| <b>Monitoramento e Avaliação</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer mecanismos regulares de fiscalização para garantir que os contratos sejam cumpridos de acordo com as metas e objetivos propostos.</li> <li>• Desenvolver indicadores de desempenho claros e padronizados para avaliar a eficiência e a qualidade da política, com relatórios publicados regularmente.</li> <li>• Promover maior participação dos usuários no monitoramento do programa.</li> <li>• Melhorar o uso do Sisreg, integrando dados históricos e detalhados, possibilitando análises mais aprofundadas.</li> </ul>                             |

Fonte:Elaborado pela autora (2024).

Por fim, os resultados e discussões apresentados evidenciaram tanto as boas práticas quanto as fragilidades da governança na política de cirurgias eletivas do Estado de Santa Catarina. A análise permitiu identificar avanços significativos, mas também destacou pontos críticos que comprometem a eficiência, a equidade e a transparência do programa. As recomendações propostas buscam contribuir para o aprimoramento do planejamento, da execução e da análise das ações, fortalecendo os pilares da governança pública e promovendo um atendimento mais eficaz às demandas da população. Este estudo detalhado não apenas fornece subsídios para ajustes, mas também aponta caminhos estratégicos para consolidar a governança da política analisada.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta seção final da tese apresenta-se o atendimento aos objetivos propostos pela pesquisa, reflexões sobre as lacunas teóricas e empíricas indicadas ao longo do estudo, recomendações direcionadas aos gestores da política de cirurgias eletivas do Estado de Santa Catarina e sugestões para futuros estudos voltados à análise da governança de políticas públicas.

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar a governança desta política pública, considerando suas dimensões teóricas e práticas, com base em um modelo adaptado do referencial do Tribunal de Contas da União (TCU) e aspectos identificados na literatura. A análise foi complementada por estudos empíricos, entrevistas, observações e uma pesquisa sobre o SIGIC de Portugal. Este objetivo foi atendido ao fornecer uma compreensão robusta e detalhada dos principais mecanismos, falhas e boas práticas que permitem a gestão da política de cirurgias eletivas no contexto catarinense.

Os pressupostos que nortearam esta pesquisa foram fundamentais para estruturar as análises e estabelecer os parâmetros teóricos e metodológicos do estudo. O primeiro pressuposto considera que a governança da política de cirurgias eletivas de Santa Catarina é concebida por meio da interação entre diversos atores, de acordo com suas competências. Esta suposição foi confirmada ao longo da pesquisa, especialmente na análise da categoria institucionalização, que evidenciou o papel crucial de atores como a Secretaria Estadual de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, os hospitais contratualizados, os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Consems) e a Central de Regulação de Internações Hospitalares (CRIH). No entanto, também se constatou uma fragmentação de responsabilidades e a ausência de mecanismos claros para uma coordenação eficaz entre estes níveis de gestão.

O segundo pressupõe que a implementação da política pública de forma adequada é fundamental para garantir o alcance dos resultados desejados. A análise das dimensões de planos e objetivos, capacidade organizacional e monitoramento corroborou este pressuposto, revelando tanto avanços quanto lacunas. Apesar de haver uma formalização das diretrizes e metas por meio de programas como o Programa Estadual de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas, as falhas na integração

entre níveis de gestão e na utilização de sistemas como o Sisreg limitaram a eficácia da execução.

A terceira premissa estabelece que a governança da política pública pode ser avaliada por meio de modelos teóricos estruturados, como o Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas do TCU (Brasil, 2014), complementado pela literatura acadêmica. Esta premissa foi atendida com a utilização do referencial para construir uma matriz analítica que orienta as análises. Esta abordagem incluiu uma avaliação estruturada e integrada de dimensões como institucionalização, planos e objetivos, capacidade organizacional, recursos financeiros, comunicação, prestação de contas, monitoramento e avaliação.

Por fim, o quarto pressuposto sugere que a análise da política pública pode identificar alternativas solucionadas para os entraves na sua execução. Isto foi confirmado pela formulação de recomendações práticas e contextualizadas, muitas delas inspiradas no modelo português. Estas propostas foram elaboradas com base em entrevistas, análise documental e interpretações da pesquisadora, apontando caminhos para aprimorar a governança e a eficiência do programa.

Para alcançar o objetivo geral foi necessário percorrer etapas relacionadas aos objetivos específicos previamente especificados. O primeiro dele consistiu em identificar os atores envolvidos na política e suas respectivas competências. Este objetivo foi alcançado por meio de uma análise detalhada de documentos normativos, contratos firmados com discussões de serviços, e entrevistas realizadas com gestores estaduais, municipais e representantes de hospitais contratualizados. Além disto, foi aplicada a análise da categoria de institucionalização, apresentada a matriz teórica que orienta esta tese, para aprofundar a compreensão sobre os papéis e responsabilidades dos diversos atores.

A pesquisa evidenciou que a governança desta política é marcada pela participação de múltiplos atores, incluindo a Secretaria Estadual de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, os hospitais, os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Consems) e a Central de Regulação de Internações Hospitalares (CRIH). Contudo, constatou-se uma fragmentação de responsabilidades e a ausência de mecanismos claros para uma coordenação eficaz entre estes níveis de gestão, o que dificulta uma articulação eficiente.

O segundo objetivo específico, descrever os procedimentos que envolvem a execução da política, também foi amplamente atendido. A análise evidenciou que o

fluxo operacional, desde o encaminhamento do paciente até a realização do procedimento cirúrgico, é formalizado por meio de contratos e regulamentações estaduais. Foi identificado o uso do Sistema Nacional de Regulação (Sisreg) como uma ferramenta fundamental para a organização das filas de espera. Entretanto, a pesquisa revelou limitações específicas neste sistema, como a ausência de dados históricos e a dificuldade de monitorar, de maneira integrada, as informações sobre os pacientes. Estas lacunas comprometem a análise longitudinal das filas e dificultam o planejamento estratégico baseado em evidências, especialmente em regiões com alta demanda.

O terceiro objetivo, que consistiu em avaliar a governança da política de cirurgias eletivas com base em parâmetros do Tribunal de Contas da União, foi um dos principais focos desta tese e foi atendido de forma significativa. A aplicação do Quadro 32- Matriz de Análise da Tese, desenvolvido com base nos parâmetros do referencial do TCU, complementado por outros aspectos destacados na literatura forneceu uma análise detalhada das dimensões da governança, como institucionalização, planos e objetivos, capacidade organizacional, recursos financeiros, comunicação, *accountability*, monitoramento e avaliação.

Estas dimensões foram fundamentais para compreender a governança da política de cirurgias eletivas em seus múltiplos aspectos. A análise revelou boas práticas, como a existência de marcos legais que sustentam a política, a formalização de contratos com hospitais e a implementação de incentivos financeiros para acelerar os procedimentos. No entanto, também foram identificadas falhas relevantes, como a falta de integração entre os níveis de gestão, a inexistência de ferramentas para monitoramento eficiente dos contratos e a ausência de indicadores regionalizados que permitissem um planejamento mais equitativo. Ademais, a comunicação ineficiente e a falta de clareza nos critérios de priorização foram apontadas como obstáculos para a transparência e a confiança dos cidadãos no programa.

O quarto e último objetivo, propor recomendações para aprimorar a governança da política, resumido pelo Quadro 30, foi amplamente desenvolvido por meio da elaboração de um conjunto detalhado de propostas. Inspiradas em boas práticas indicadas no modelo português, as recomendações incluem a adoção de ferramentas como o Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) e o Vale-Cirurgia que proporcionam maior previsibilidade e agilidade no atendimento. E as propostas foram fundamentadas em insights obtidos com os entrevistados, na análise documental e

nas interpretações da pesquisadora. Neste sentido, sugere-se a criação de planos operacionais regionais alinhados às metas estaduais, o fortalecimento do uso do Sisreg com a inclusão de dados históricos e a implementação de plataformas de transparência mais acessíveis e integradas.

Outras recomendações destacam a necessidade de investir em capacitações contínuas para gestores e equipes de saúde, promovendo maior qualificação e eficiência na execução das ações. Também se propõe o desenvolvimento de indicadores padronizados para monitoramento, garantindo uma avaliação consistente e integrada ao longo do tempo, e a realização de campanhas de comunicação para conscientizar a população sobre os critérios e fluxos do programa, ampliando a transparência e o engajamento dos cidadãos. Estas ações buscam não apenas aprimorar a governança, mas também fortalecer a confiança pública e a eficiência no atendimento às demandas de saúde.

Apesar dos avanços alcançados, a pesquisa inclui lacunas teóricas e empíricas importantes. No campo teórico observou-se que a literatura sobre governança pública e sua avaliação ainda carece de abordagens integradas que articulem conceitos como redes de governança e *accountability* de maneira mais sistemática. No âmbito empírico, a ausência de dados detalhados e acessíveis sobre a política de cirurgias eletivas representou um desafio para a análise. Esta limitação evidencia a necessidade de maior investimento em sistemas de informação e transparência, que possa embasar decisões mais informadas e possibilitar avaliações mais precisas.

Com base nestas lacunas sugere-se que estudos futuros explorem o impacto de ferramentas de governança na efetividade de políticas públicas, com ênfase em análises comparativas entre diferentes estados brasileiros ou mesmo em contextos internacionais. A adoção de métodos mistos, combinando análises quantitativas e qualitativas, também pode ampliar a compreensão sobre as relações entre os atores e os resultados das políticas. Além disto, investigações mais aprofundadas sobre o papel dos usuários no monitoramento e análise de políticas públicas trazem novas perspectivas para o fortalecimento da responsabilização.

Por fim, esta tese oferece uma contribuição teórica e prática para a compreensão e o aprimoramento da governança da política de cirurgias eletivas em Santa Catarina. Ao identificar boas práticas, falhas e oportunidades de melhoria, espera-se que os resultados apresentados possam subsidiar gestores e formuladores de políticas na construção de um sistema de saúde mais eficiente, equitativo e

transparente. Os resultados também servem como base para futuras pesquisas e iniciativas, reforçando o compromisso com a melhoria contínua da gestão pública em benefício da sociedade.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, L. C. de. Ações integradas e o fortalecimento do Sistema Público de Saúde Brasileiro em tempos de pandemias. **Jornal de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, 2020.
- AMBONI, N. *et al.* Abordagem multiparadigmática em estudos organizacionais: avanços e limitações. **Revista de Administração da UFSM**, Santa Maria, v. 10, n. 5, p. 808-827, 2017.
- APRILIA, I. A.; NURCHOTIMAH, A.S.I. Peran Komunikasi Pemerintah Untuk Mewujudkan Good Governance Melalui Pelayanan Publik. **Communication**, v.13, n.1, p.70-85, abr. 2022.
- ARAÚJO, J. F. F. E. de. **Avaliação da gestão pública: a administração pós-burocrática**. Universidade do Minho, Portugal, 2007.
- ARAÚJO, G.B.F. *et al.* Comparação entre o sistema de saúde brasileiro e o sistema de saúde português: análise geral. **Sanare**, Sobral, v. 16, n.02, p.14-21, 2017.
- BELINATI, W. **Avaliação crítica do aumento da capacidade operativa dos serviços de saúde ao nível primário - Londrina 1986-1992**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.
- BEVIR, M. **A Theory of Governance**. Berkeley: University of California Press, 2013.
- BLEICHER, L.; BLEICHER, T. Esse tal de SUS. *In*: **Saúde para todos, já!** [online]. 3. ed. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 15-40.
- BORGATTI, S. P.; HALGIN, D. S. On Network Theory. **Organization Science**, v. 22, n. 5, p. 1-14, 2011.
- BÖRZEL, T. A. What's So Special About Policy Network – An Exploration of the Concept and Its Usefulness in Studying European Governance. **European Integration online Papers (Eiop)**, v.1,1997.
- BRASIL. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923 - Lei Elói Chaves (1923)**. Ementa: Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados.
- BRASIL. **Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966**. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social.
- BRASIL. **Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975**. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 01 out. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 07 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Estabelece a Política Nacional de Regulação no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: <https://www.in.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL, Tribunal de Contas da União. **Referencial Básico de Governança e Gestão**. Brasília: TCU, 2013.

BRASIL, Tribunal de Contas da União. **Referencial para avaliação de governança em políticas públicas**. Brasília: TCU, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 109, de 15 de março de 2021**. Altera os arts. 29-A, 37, 49, 84, 163, 165, 167, 168 e 169 da Constituição Federal e os arts. 101 e 109 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; acrescenta à Constituição Federal os arts. 164-A, 167-A, 167-B, 167-C, 167-D, 167-E, 167-F e 167-G; revoga dispositivos do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e institui regras transitórias sobre redução de benefícios tributários; desvincula parcialmente o superávit financeiro de fundos públicos; e suspende condicionalidades para realização de despesas com concessão de auxílio emergencial residual para enfrentar as consequências sociais e econômicas da pandemia da Covid-19.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 968, de 11 de Dezembro de 2002**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2002/prt0968\\_11\\_12\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2002/prt0968_11_12_2002.html) Acesso em: fev.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023. Institui o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 6 fev. 2023. Disponível em: [https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0090\\_06\\_02\\_2023.html](https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0090_06_02_2023.html). Acesso em: mar. 2024.

BRUNING, C.; GODRI, L.; TAKAHASHI, A. R. W. Triangulação em estudos de caso: incidência, apropriações e mal-entendidos em pesquisas da área de administração.

**RAEP Administração: ensino e pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, maio/ago., 2018.

BURRELL, G.; MORGAN, G. **Sociological Paradigms and Organisational Analysis**: Elements of the Sociology of Corporate Life. London: Heinemann, 1979.

BUSS, Paulo M.; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, p. 77-93, 2007.

CALDAS, R. W.; CRESTANA, S. **Políticas Públicas Municipais de Apoio às Micro e Pequenas Empresas**. São Paulo: Sebrae-SP, 2005. Disponível em: <http://www.biblioteca.sebrae.com.br>. Acesso em: 20 maio. 2020.

CALMON, P.; COSTA, A. T M. Redes e Governança das Políticas Públicas. **Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**, ed. 01, jul. 2013.

CAMMARANO, A.; CAPUTO, M.; LAMBERT, E.; MICHELINO, F. R&D Collaboration Strategies for Innovation: An Empirical Study Through Social Network Analysis. **International Journal of Innovation and Technology Management**, v. 14, 2007. Disponível em: [www.worldscientific.com/lima](http://www.worldscientific.com/lima).

CAPELLA, A. C. N. Estudos sobre formação da agenda de políticas públicas: um panorama das pesquisas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, p. 1498-1512, nov./dez. 2020.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 6. ed. São Paulo: Paz e terra, 1999.

CENEDESI JÚNIOR, M. A.; MOURA-FERREIRA, M. C. de; SAKMAN, R.; SILVA, J. D. F. da; PONTES, M. T. G.; LIMA, F. de; ALMEIDA, E. P. F. de; HORACIO, V. R.; ROCHA, M. A. DO N.; FARIA, J. G. de. Equity And Inclusion For Access To The Brazilian Unified Health System (SUS). **IOSR journal of humanities and social science**, v. 29, n. 9, p. 54-59, 2024. doi: 10.9790/0837-2909085459.

CHALTSEVA, O. **Avaliação de Políticas Públicas como Indicador de sua Eficácia: Experiência para a Ucrânia**. Administração Pública e Governo Local. Ucrânia: v.1, p. 63-68, 2023. doi: 10.32782/2414-4436/2023-1-9.

COHEN, E; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

COSTA, F. L. da; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, set./out. 2003.

COTTA, T. C.. Avaliação educacional e políticas públicas: a experiência do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (Saeb). **Revista do Serviço Público**, v. 52, n. 4, p. 89-111, 2001.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa**. Métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução de Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. (org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001. p. 13-42.

EDWARDS, M. *et al.* **Public sector governance in Australia**. The Australian National University, 2012.

ESTEVES, P.; GOMES, G. Z.; FONSECA, J. M. A rede de políticas de saúde pública e a cooperação Sul-Sul: os casos de Moçambique e Angola. **Lua Nova**, São Paulo, n. 98, p. 199-230, 2016.

FARAH, M. F. S. Administração pública e políticas públicas. **Revista Administração Pública**, v. 45, n. 3, p. 813-836, 2011.

FISCHER, Sullivan Desirée. Implementação de políticas públicas: autonomia e democracia, teoria e prática. 1. ed. Curitiba: Appris, 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGrqYfVhr7LvVyDBgdb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 set. 2022.

GODOY, A. S. Estudo de caso qualitativo. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO; SILVA, A. B. da. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 116-143.

GOMES, J. F. de F.; ORFÃO, N. Desafios para a eficácia da participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, out./dez. 2021.

GUARESCHI, N. *et al.* Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência. In: STREY, Marlene (Org.). **Violência, gênero e políticas públicas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

HOOD, Christopher. A public management for all seasons? **Public Administration**, v. 69, p. 3-19, 1991.

HOWLETT, M. *et al.* **Política pública: seus ciclos e subsistemas**: uma abordagem integradora. Tradução técnica Francisco G. Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Avaliação de políticas públicas**: guia prático de análise ex ante. Volume 1. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: [https://www.gov.br/gestao/pt-br/aceso-a-informacao/estrategia-governanca/planejamento\\_estrategico\\_arquivos/livros\\_guias\\_publicacoes/avaliacao-de-politicas-publicas-guia-pratico-de-analise-ex-ante-volume-1-ipea-2018.pdf/view](https://www.gov.br/gestao/pt-br/aceso-a-informacao/estrategia-governanca/planejamento_estrategico_arquivos/livros_guias_publicacoes/avaliacao-de-politicas-publicas-guia-pratico-de-analise-ex-ante-volume-1-ipea-2018.pdf/view).

JANN, W.; WEGRICH, K. Theories of the policy cycle. *In*: FISCHER, F.; MILLER, G. J.; SIDNEY, M. S. (orgs.) **Handbook of public policy analysis**: theory, politics, and methods. Boca Raton: Taylor & Francis, 2017.

JUNDI, S. O Impacto da Capacidade Institucional no Desempenho Público no Estado do Alto Nilo, Sudão do Sul. **Revista Internacional de Liderança e Governança**, v. 3, n. 2, p. 80-93, out. 2023.

JUNG, D. F.; LAKE, D. A. Markets, Hierarchies, and Networks: An Agent-Based Organizational Ecology. Midwest Political Science Association. **American Journal of Political Science**, v. 55, n. 4, p. 972-990, out. 2011.

KADUSHIN, C. **Comprender las redes sociales**. Centro de Investigaciones Sociológicas: Madri, 2013.

KAUFMANN, D.; KRAAY, A.; MASTRUZZI, M. **The Worldwide Governance Indicators**: methodology and analytical issues. Policy Research Working Paper 5430. Washington, DC: The World Bank, Development Research Group, Macroeconomics and Growth Team, September 2010.

KISSLER, L.; HEIDEMANN, F. G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, p. 479-799, maio/jun. 2006.

KIST, M. B. **A atuação de redes na análise de políticas públicas voltadas ao desenvolvimento sustentável em cidades**. 2020. Tese (Doutorado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020.

KLIJN, E. Policy Networks: an overview. *In*: KICKERT, W. J. M.; KOPPENJAN, J. F. (eds). **Managing complex networks**. London: Sage, 1998.

KLIJN, E.; KOPPENJAN, J. Governance networks in the public sector. 1 ed. London: Routledge, 2016.

KOOIMAN, J. **Governing as Governance**. London: Sage Publications, 2003.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

LASSWELL, H. **The policy sciences: recent developments in scope and method**. Stanford, CA: Stanford University Press, 1951. p. 3-15.

LIMA, C. H. P.; PEREIRA, G. B.; JURNO, M. E.; NOVOA, N. F. **Ecologia organizacional: muito além do ambiente da organização**. Belo Horizonte: NúcleoRH, 2006.

LIMA, L. D. de; QUEIROZ, L. F. N. de; MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. d'Á. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 1903-1914, 2012.

LISBÔA, R. L. et al. Estratégias de gerenciamento em listas de espera cirúrgicas: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Porto Alegre, 2022.

LOTTA, G. **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: Enap, 2019.

MANZINI, E. J. A Entrevista na Pesquisa Social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MARQUES, E. Government, Political Actors and Governance in Urban Policies in Brazil and São Paulo: Concepts for a Future Research Agenda. **Brazilian Political Science Review**, v. 7, n. 3, p. 8-35, 2013.

MARTIN, G. B.; CARVALHO, B.G.; CORDONI JÚNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JÚNIOR, L. (org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: EDUEL, 2001.

MATLAND, Richard E. Synthesizing the implementation literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation. **Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART**, v. 5, n. 2, p. 145-174, abr. 1995.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3).

MAYNTZ, Renate. Modernization and the logic of interorganizational networks. **Knowledge and Policy: The International Journal of Knowledge Transfer and Utilization**, v. 6, n. 1, p. 3-16, 1993.

MÉDICE, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011.

MERRIAM, S. B. **Case Study Research in Education: A Qualitative Approach**. São Francisco, CA: Jossey-Bass, 1988.

NIED, M. M.; BULGARELLI, P. T.; RECH, R. S.; BUNO, C. da S.; SANTOS, C. M. dos; BULGARELLI, A. F. Elementos da Atenção Primária para compreender o acesso aos serviços do SUS diante do autorrelato do usuário. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 3, p. 362-372, 2020.

NUNES, A. M. **Administração e Políticas de Saúde em Portugal**. Lisboa: ISCSP, 2020.

NUNES, G. S. de F.; MONTEIRO, M. A. A.; SECCHI, L. Perspectivas sobre a atuação do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina na avaliação de políticas públicas. In: IX ENCONTRO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2022, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: [s.n.], 2022.

OHOWUTUN, S. K.; ZACHARIAS T. Public Administration Policy Innovation Towards The Realization Of Good Public Policy Governance. *Asian Journal of Social and Humanities*. Indonésia, v. 2, mar.2004.

OLIVEIRA, L. R. de; PASSADOR, C. S. Ensaio teórico sobre as avaliações de políticas públicas. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 324-337, abr./jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948. Disponível em: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights> Acesso em 08 jul. 2022.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector. New York: Plume, 1992. 405 p. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 97-105, nov./dez. 1993.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 34-46, maio-ago. 2006.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. São Paulo: Brasiliense, 2009.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 21, p. 15-35, 2014.

PAULUS Jr., A.; CORDONI Jr., L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.

PARSONS, W. **Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas**. México, Flacso, 2007

PETERS, B. G. Governance as political theory. Working Paper No. 22. **Jerusalem Papers in Regulation & Governance**, ago. 2010.

PIERRE, J.; PETERS, B. Guy. Developments in intergovernmental relations: towards multi-level governance. **Policy & Politics**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 131-135, 2001.

POLLITT, C.; BOUCKAERT, G. **Public management reform: a comparative analysis – new public management, governance, and the neo-Weberian state**. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2011.

PORTUGAL. **Lei nº 56 de 15 de setembro de 1979**. Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/56-1979-369864>. Acesso em: 30 ago. 2021.

PORTUGAL. **Lei nº 95, de 4 de setembro de 2019**. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto- -Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>. Acesso em: 01 set. 2023.

PORTUGAL. Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de junho de 2004. **Diário da República**, n.º 147, Série I-B, p. 3846-3848. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/79-2004-271255>. Acesso em: 10 nov. 2023.

PORTUGAL. Portaria n.º 1450/2004, de 25 de Novembro. Cria o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). **Diário da República**, 1.ª série-B, n.º 276, 25 nov. 2004.

PORTUGAL. Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro. Aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e revoga a Portaria n.º 1450/2004, de 25 de Novembro. **Diário da República**, 1.ª série, n.º 10, p. 526-536, 15 jan. 2008.

PORTUGAL. Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio. Define os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde (SNS) para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência e aprova a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS. **Diário da República**, 1.ª série, n.º 86, p. 2204-2209, 4 maio 2017.

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde. Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde. **SNS24**, 2023. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/guia/direitos-e-deveres-do-utente/tempos-maximos-de-resposta-garantidos-tmrg-no-acesso-a-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/>.

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde. **Transparência**, 2024. Disponível em: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/?sort=modified>.

PROCOPIUCK, M.; FREY, K. Governança e redes em políticas de caráter público. *In: ENCONTRO DA ANPAD*, 32., 2008, Salvador. **Anais [...]**. Salvador: ANPAD, 2008.

PROVAN, K. G.; FISH, A.; SYDOW, J. Interorganizational networks at the network level: A review of the empirical literature on whole networks. **Journal of Management**, v. 33, n. 3, p. 479-516, 2007.

PROVAN, K. G.; KENIS, P. Modes of network governance: structure, management, and effectiveness. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 18, n. 2, p. 229-252, abr. 2008.

QUIVY, R.; CANPENHOUDT, L. V. **Manual de Investigación en Ciencias Sociales**. México: Limuse, 2005.

RAMOS, M. P.; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista Administração Pública**. Rio de Janeiro v.46 n.5, p. 1271-1294, 2012.

REGONINI, G. Paradossi della democrazia deliberativa. **Stato e Mercato**, v. 73, n. 1, p. 3-31, 2005..

RHODES, R. A. W. The new governance: Governing without government. **Political Studies**, v. 44, n. 4, p. 652-667, 1996.

RHODES, R. A. W. **Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability**. Buckingham: Open University Press, 1997.

RODRIGUES, S. M. P. da S. **Avaliação da Eficiência do SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia) como Instrumento Regulador e de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas em Oftalmologia**. 2012. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde) – Faculdade de Economia, Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2012.

RODRÍGUEZ BILELLA, P. D.; MARTINIC VALENCIA, S.; SOBERÓN ALVAREZ, L.; KLIER, S. D.; GUZMÁN HERNÁNDEZ, A. L.; TAPPELLA, E. **Diretrizes para Avaliação para a América Latina e o Caribe**. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: [s.n.], 2016.

ROLT, C. R.; DIAS, J. S.; PEÑA, F. T. G. Análise de redes como ferramenta de gestão para empreendimentos interorganizacionais. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 266-278, 2017.

SABATIER, P. A. (Ed.). **Theories of the policy process**. 2. ed. Boulder, CO: Westview Press, 2007.

SACCOL, A. Z. Um retorno ao básico: compreendendo os paradigmas de pesquisa e sua aplicação na pesquisa em administração. **Revista de Administração da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 250-269, 2009.

SAGGAF, M.; ANASTAKI D **The impact of COVID-19 on the surgical wait times for plastic and reconstructive surgery** in Ontario. Plastic Surgery, 2021.

SALAMON, L. **The tools of government**: a guide to the new governance. Oxford: Editora Oxford, 2002.

SANTA CATARINA. **Constituição do Estado de Santa Catarina**. Promulgada em 5 de outubro de 1989. Atualizada até a Emenda Constitucional nº 89, de 14 de dezembro de 2022. Disponível em: [https://www.alesc.sc.gov.br/sites/default/files/CESC\\_2022\\_-\\_87\\_emds.pdf](https://www.alesc.sc.gov.br/sites/default/files/CESC_2022_-_87_emds.pdf). Acesso em: mar. 2023.

SANTA CATARINA. Lei nº 16.158, de 7 de novembro de 2013. Dispõe sobre a criação e a concessão de incentivo financeiro às Centrais de Regulação no Estado de Santa Catarina. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, 7 nov. 2013. Disponível em: <https://www.alesc.sc.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2023.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação nº 47/CIB/2016, de 31 de março de 2016**. Dispõe sobre as diretrizes para a operacionalização das Centrais de Regulação Ambulatoriais no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2016a.

SANTA CATARINA. Lei nº 16.968, de 19 de julho de 2016. Institui o Fundo Estadual de Apoio aos Hospitais Filantrópicos de Santa Catarina, ao Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), ao Centro de Pesquisas Oncológicas Dr. Alfredo Daura Jorge (CEPON) e aos Hospitais Municipais. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, 20 jul. 2016b.

SANTA CATARINA. Lei nº 17.066, de 11 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a publicação, na internet, da lista de espera dos pacientes que aguardam por consultas, exames e intervenções cirúrgicas nos estabelecimentos da rede pública de saúde do Estado de Santa Catarina. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, 12 jan. 2017. Disponível em: [https://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17066\\_2017\\_Lei.html](https://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17066_2017_Lei.html). Acesso em: nov. 2023.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação nº 66/CIB/2018, de 26 de março de 2018**. Estabelece os fluxos de acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos no âmbito das Centrais de Regulação Hospitalar do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2018.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Fazenda. **Portal de Transparência Do Poder Executivo**, 2024. Disponível em: <https://www.transparencia.sc.gov.br>. Acesso em: jun. 2024.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2019a. Fonte. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br>. Acesso em: jun. 2024.

SANTA CATARINA. Lei nº 17.874, de 26 de dezembro de 2019. Institui o Plano Plurianual para o quadriênio 2020-2023 e estabelece outras providências. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, 27 dez. 2019b.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação nº 104/CIB/2022, de 25 de agosto de 2022**. Estabelece normas e diretrizes gerais para a gestão das filas de espera de cirurgias eletivas no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2022a. Disponível em: <https://www.cosemssc.org.br/deliberacao-cib-104-2022/>. Acesso em: jan. 2023.

SANTA CATARINA. Decreto nº 2.400, de 30 de dezembro de 2022. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado da Saúde, a distribuição dos cargos de provimento em comissão, funções técnicas gerenciais e funções de chefia que compõem a estrutura do órgão e estabelece outras providências. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Poder Executivo, Florianópolis, 30 dez. 2022b.

SANTA CATARINA. Tribunal de Contas do Estado. **Relatório técnico sobre as contas prestadas pelo governo do Estado de Santa Catarina relativas ao exercício de 2022**. Florianópolis: Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, 2023a. Disponível em: <https://www.tcsc.tc.br/content/contas-do-estado-0>. Acesso em: 10 ago. 2023.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria nº 23, de 13 de janeiro de 2023b**. Institui Grupo de Trabalho para avaliar, discutir e propor estratégias para a redução do tempo de espera por cirurgias eletivas no estado. Disponível em: <https://saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/ascom/arquivos-noticias-2021/20757-portaria-n23-2023>. Acesso em: fev. 2024.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação nº 70/CIB/2023, de 18 de maio de 2023**. Aprova a Política Estadual de Redução de Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2023c. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2023>. Acesso em: set. 2023.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação nº 744/CIB/2023, de 7 de dezembro de 2023**. Aprova a Tabela Catarinense de procedimentos cirúrgicos eletivos, com seus respectivos valores financeiros, e a atualização da operacionalização do Programa Estadual de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas. Florianópolis, 2023d. Disponível em: <https://www.cosemssc.org.br/wp-content/uploads/2024/10/3-deliberaCAo-cib-744-2023.pdf>. Acesso em: abr. 2024.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2024-2027**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude>. Acesso em: 01 set. 2024.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Fazenda. **Balanço Geral do Estado 2023: Relatório de Atividades do Poder Executivo – Volume 3**. Florianópolis: SEF, 2024b. Disponível em: [https://www.sef.sc.gov.br/transparencia/relatorio/8/Balan%C3%A7o\\_Geral\\_do\\_Estado](https://www.sef.sc.gov.br/transparencia/relatorio/8/Balan%C3%A7o_Geral_do_Estado). Acesso em: ago. 2024.

Scharpf, Positive und negative Koordination in Verhandlungssystemen. In: HÉRITIER, A. **Policy-Analyse**: Politische Vierteljahresschrift: n. 24. Opladen: Westdeutsch Verlag 1993.

SCHEDLER, K.; PROELLER, I. **New Public Management**. 5. ed. Estugarda: UTB, 2011.

SCHNEIDER, V. Redes de políticas públicas e a condução de sociedades complexas. **Civitas**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 29-58. jan./jun. 2005.

SCRIVEN, M. **Evaluation thesaurus**. 4. ed. Newbury Park: Sage, 1991

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, v. 43, p. 347-369, mar./abr. 2009.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. de 2013 São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SECCHI, L. **Análise de políticas públicas**: diagnóstico de problemas e recomendação de soluções. 2. reimp. da 1. ed. de 2016. São Paulo: Cengage, 2019.

SECCHI, L.; COELHO, F. de S.; PIRES, V. **Políticas públicas**: conceitos, casos práticos, questões de concursos. 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2020.

SENNA, S. B. B. *et al.* Gestão da Fila de Espera para Cirurgias Eletivas em Hospitais do Sistema Único de Saúde. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 30, n. 2, p.79-82, mar./maio 2020.

SICILIANI, L.; HURST, J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. **Health Policy**, v. 72, n. 2, p. 201-215, maio, 2005.

SØRENSEN, E.; TORFING, J. Introduction: governance network research: towards a second generation. In: SØRENSEN, E.; TORFING, J. (ed.). **Theories of democratic network governance**. London: Palgrave Macmillan, 2007. p. 1-24.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, R. R. de. O sistema público de saúde brasileiro. *In*: Seminário Internacional: Tendências e desafios dos sistemas de saúde das Américas, São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002. **Anais [...]** São Paulo, 2002, p. 36.

STAKE, R. Métodos de estudo de caso em pesquisa educacional: buscando água doce. Em: Jaeger, RM, Ed., Métodos complementares para pesquisa em educação. **American Educational Research Association**, Washington, p. 253-300. 1988.

TREVISAN, A. P., VAN BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública - RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, maio/jun. 2008.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VEDUNG, E. Four waves of evaluation diffusion. **Evaluation**, v. 16, n. 3, p. 263-277, 2010.

VERSCHOORE, J. R.; BALESTRIN, A. Fatores Relevantes para o Estabelecimento de Redes de Cooperação entre Empresas do Rio Grande do Sul. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 12, n. 4, p. 1043-1069, 2008.

VIANNA, S. M. (coord.); NUNES, A.; GÓES, G.; SILVA, J. R. da; SANTOS, R J. M. dos. **Atenção de alta complexidade no SUS**: desigualdades no acesso e no financiamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA; SCTIE/DES; DISOC, 2005.

WEISS, C. H. The interface between evaluation and public policy. **Evaluation**, London, v. 5, n. 4, p. 468-486, 1999.

WORLD BANK. **Governance and Development**. Washington, DC: World Bank, 1992.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZAPPELLINI, M. B.; FEUERSCHÜTTE, S. G. O Uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em administração. **Administração: Ensino e Pesquisa**, v. 16, n. 2, p. 241-241, 2015.

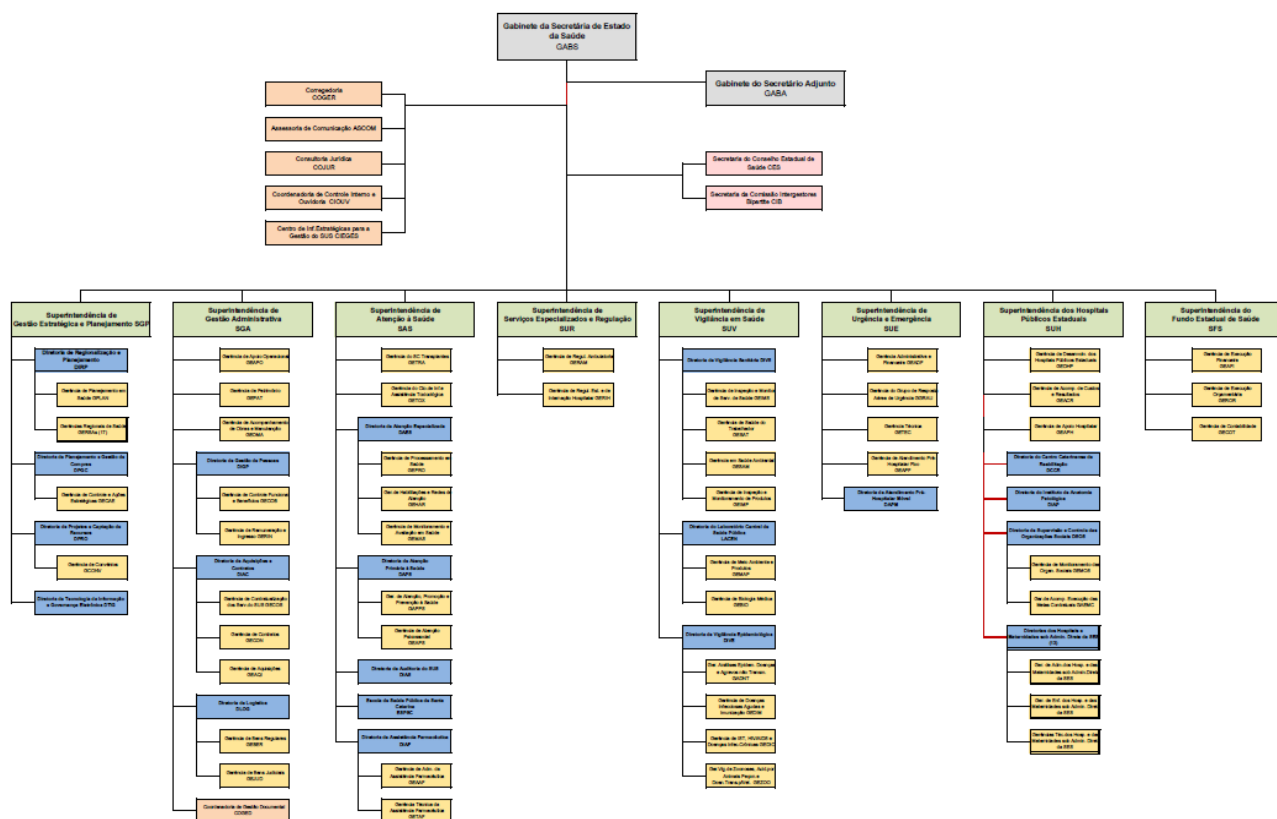
## APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

|                                      |                                                                                                                 |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO</b> | Dados do entrevistado (Nome, Idade, Formação, Escolaridade, Cargo, Função, Tempo no cargo, Unidade de Trabalho) |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| CATEGORIAS                       | QUESTÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INSTITUCIONALIZAÇÃO</b>       | <p>Quais são as normas e regulamentos que orientam a política pública de cirurgias eletivas em Santa Catarina?</p> <p>De que forma as normas têm facilitado ou dificultado a articulação entre os diferentes níveis de governo e atores envolvidos?</p> <p>Os atores percebem a estrutura institucional como suficiente para atender às demandas e desafios desta política?</p> <p>Na sua opinião, as competências de cada ator como por exemplo Secretaria do Estado, clínicas, hospitais, conselhos e municípios estão bem definidas?</p> <p>Qual a sua avaliação quanto às normas vigentes sobre as cirurgias eletivas? Há necessidade de alguma nova normatização? Qual sua sugestão?</p> |
| <b>PLANOS E OBJETIVOS</b>        | <p>Quais são os principais objetivos estabelecidos para a política pública de cirurgias eletivas?</p> <p>Existe um planejamento formal que direcione as ações e recursos? Como ele é elaborado e acompanhado?</p> <p>Os objetivos definidos são considerados alcançáveis dentro do contexto institucional, organizacional e financeiro atual?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>CAPACIDADE ORGANIZACIONAL</b> | <p>Como a capacidade organizacional impacta a coordenação entre diferentes instituições, como secretarias municipais e estaduais de saúde, hospitais e prestadores de serviços?</p> <p>A equipe disponível é suficiente, em termos quantitativos e qualitativos, para atender à demanda das cirurgias eletivas? Quais são as dificuldades encontradas na relação entre os atores?</p> <p>Os profissionais envolvidos na execução da política de cirurgias eletivas recebem treinamentos ou capacitações específicas? Estas capacitações são suficientes para atender às demandas da política?</p>                                                                                             |

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      | <p>Quais são as necessidades quanto à infraestrutura para um melhor atendimento das demandas?</p> <p>Quais sistemas tecnológicos são utilizados para apoiar a gestão da política? Eles são adequados e acessíveis para todos os envolvidos?</p>                                                                                                                                                                                               |
| <b>RECURSOS<br/>FINANCEIROS</b>      | <p>Como os recursos são geridos para atendimento das cirurgias eletivas? Quais são as fontes de recursos?</p> <p>Você consegue identificar alguma iniciativa que ampliou estes recursos nos últimos anos? Qual? Pode falar sobre ela se souber?</p> <p>Você sabe quais são as dificuldades na obtenção de recursos financeiros?</p> <p>Como você avalia aplicação dos recursos?</p> <p>Os pagamentos são realizados dentro do cronograma?</p> |
| <b>COMUNICAÇÃO</b>                   | <p>Como é realizada a comunicação entre diferentes atores? Há algum canal de comunicação/sistema?</p> <p>Como você avalia a comunicação entre os atores públicos, privados e sociedade civil?</p> <p>Os cidadãos têm acesso a informações sobre a sua posição na lista de espera e critérios de prioridade?</p>                                                                                                                               |
| <b>ACCOUNTABILITY</b>                | <p>Quais são os instrumentos de controle existentes?</p> <p>Na sua opinião, há outros instrumentos de controle mais úteis para atingir seus objetivos? Quais?</p> <p>Como está a transparência das informações da lista de espera?</p>                                                                                                                                                                                                        |
| <b>MONITORAMENTO E<br/>AVALIAÇÃO</b> | <p>Há indicadores definidos para medir o desempenho e os resultados da política pública? Eles são regularmente avaliados?</p> <p>Os gestores utilizam os dados de monitoramento para ajustar e melhorar a execução da política pública?</p>                                                                                                                                                                                                   |

Fonte: Elaborado pela autora (2023).



## APÊNDICE C – MAPA ESTRATÉGICO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SANTA CATARINA

| <div> <div> <b>MISSÃO</b><br/>           GARANTIR O ACESSO À SAÚDE À POPULAÇÃO CATARINENSE, SEGUINDO OS PRINCÍPIOS DO SUS, PARA QUE ESTA POSSA VIVER MAIS E MELHOR.         </div> <div> <b>VISÃO</b><br/>           SER UMA INSTITUIÇÃO QUE VALORIZA O DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO CATARINENSE E OS PRINCÍPIOS DO SUS, POR MEIO DE UMA GESTÃO PÚBLICA EFICIENTE E EFICAZ ATÉ 2023.         </div> <div> <b>VALORES</b><br/>           TRANSPARENCIA<br/>           INTEGRIDADE<br/>           AGILIDADE<br/>           QUALIDADE<br/>           INOVAÇÃO<br/>           EFICIÊNCIA<br/>           SIMPLICIDADE         </div> </div> <div>  <div> <b>GOVERNO DE SANTA CATARINA</b><br/>           SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE         </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MAPA ESTRATÉGICO   2020 - 2023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| RESULTADOS PARA A SOCIEDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Viver Mais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Viver Melhor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1. Reduzir a taxa de mortalidade materna e infantil;<br>2. Reduzir a taxa de mortalidade por causas externas (violência e acidentes);                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 3. Reduzir a taxa de mortalidade por causas cardiovasculares, neoplasias, diabetes e respiratórias crônicas;<br>4. Reduzir a internação por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS);<br>5. Impactar positivamente o desenvolvimento econômico e social, promovendo ambientes saudáveis;<br>6. Reduzir a fila de espera. |
| PROCESSOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Rede Mãe Catarinense / Integração SAMU e CBMSC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | #seculdaSC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1. Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde, ampliando acesso a partir da APS como ordenadora e coordenadora do cuidado;<br>2. Implementar o processo de acreditação da APS;<br>3. Vocacionar a capacidade instalada hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade;<br>4. Implantar/Implementar as linhas de cuidado;<br>5. Ampliar as ações de atenção à saúde com foco nas necessidades identificadas no Plano Regional Integrado;<br>6. Fortalecer e ampliar pesquisas, inovação e tecnologia em saúde; |  | 7. Ampliar as ações de regulação do serviço de saúde, potencializando o acesso dos usuários e promovendo a equidade;<br>8. Estabelecer a Política Catarinense de Assistência Farmacêutica;<br>9. Tornar o Sistema Estadual de Transplantes de SC referência nacional;<br>10. Ampliar as ações de promoção e proteção à saúde.     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Acreditação / QualificaAPS / Política Hospitalar Catarinense<br>Qualificação das Unidades Hospitalares da SES / Segurança do Paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Rastreabilidade de Materiais e Medicamentos / SC Transplantes<br>Cuidado Farmacêutico / PlanificaSUS                                                                                                                                                                                                                              |

## APÊNDICE D – DETALHAMENTO DO FLUXOGRAMA DAS CIRURGIAS ELETIVAS

|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ANEXO 1 - Detalhamento do Fluxograma de Cirurgias Eletivas, junho 2024 - SES/SC | <p style="text-align: center;"><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b></p> <p>§1º SMS: Inserir usuário na fila de consulta com especialidade cirúrgica através do SISREG Ambulatorial. Toda consulta tem a obrigatoriedade de possuir acesso regulado.</p> <p>§2º SMS: Encaminhar o usuário para a consulta com especialidade cirúrgica na Unidade Executante.</p> <p>§3º SMS: Triar se o laudo de AIH está preenchido adequadamente e inserir o laudo no SISREG Hospitalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conferir dados do paciente e atualizar no Cadweb/SUS;</li> <li>• Conferir se o laudo de AIH foi preenchido pelo médico cirurgião que irá executar a cirurgia na UE;</li> <li>• Inserir obrigatoriamente Central Reguladora e Unidade Desejada;</li> <li>• Inserir nome do médico solicitante do procedimento cirúrgico;</li> <li>• Checar se o leito/clínica está habilitada na Unidade Executante (<a href="http://cnes.datasus.gov.br/consulta.jsq">http://cnes.datasus.gov.br/consulta.jsq</a>);</li> <li>• Atentar os campos, CID, código do procedimento, principais sinais e sintomas clínicos, principais resultados de provas diagnósticas e condições que justifiquem a internação. Cirurgias múltiplas e sequenciais não tem CID, mas devem ser descritos no campo "condições que justifiquem a internação", sendo para cirurgias múltiplas 1 (um) CID para cada procedimento elencado;</li> <li>• Inserir o código da consulta ambulatorial no campo "condições que justifiquem a internação";</li> <li>• Se usuário com Formulário de prioridade anexado a AIH, a SMS deve transcrever as informações no campo "condições que justifiquem a internação";</li> <li>• Se o usuário que já aguarda em fila de espera eletiva receber o formulário de priorização preenchido pelo médico cirurgião após consulta de retorno, a SMS deverá solicitar a Devolução do SISREG para inclusão de informações clínicas e transcrever as informações no campo "condições que justifiquem a internação" e reenviar a solicitação no SISREG;</li> <li>• O formulário de Priorização deve ser preenchido pelo médico cirurgião que irá realizar o procedimento;</li> </ul> <p>§4º SMS: Monitorar diariamente o SISREG e o sistema Agenda Cirúrgica, e manter atualizada as informações dos pacientes. Verificar necessidade de auxílio para deslocamento e em acordo com a Unidade Executante reforçar orientação para internação.</p> <p>§5º SMS: Se usuário "sem contato" e "não localizado", a SMS deve realizar Busca Ativa e atualizar números de contato. Para usuário não localizado após busca ativa, SMS registra no sistema Agenda Cirúrgica e sinaliza que o usuário "não localizado após busca ativa" para que a CRIH possa retirar o usuário do planejamento e fila de espera.</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ANEXO 01 - Detalhamento do Fluxograma de Cirurgias Eletivas, junho 2024 - SISREG | <p style="text-align: center;"><b>UNIDADE EXECUTANTE</b></p> <p>§1º UE: Unidade Executante: Na consulta o médico cirurgião que irá realizar a cirurgia na UE preenche o laudo de AIH e após a Unidade deve encaminhar o laudo para SMS ou entregar ao usuário para ele entregar a SMS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se na consulta o médico cirurgião identificar um usuário com Prioridade, ou seja, que não pode aguardar em fila de espera eletiva e precisa realizar o procedimento em até 60 dias, deverá preencher o Formulário de Justificativa de Prioridade e anexar ao laudo de AIH.</li> <li>• Se o usuário já encontra-se aguardando em fila de espera eletiva, mas passa por consulta de retorno e o médico cirurgião identifica uma prioridade por alteração do quadro clínico e precisa realizar o procedimento em até 60 dias, deverá preencher o Formulário de justificativa de prioridade, a Unidade deve encaminhar laudo para SMS;</li> <li>• Se o usuário necessitar de procedimentos com código iniciado por 02 e 03 dentro do centro cirúrgico em casos de pacientes especiais e/ou crianças, estas solicitações devem ser inseridas no SISREG pela Unidade Executante em caráter Eletivo após a realização, e enviar por e-mail a CRIH, informando a numeração das solicitações e solicitando à aprovação;</li> <li>• É de responsabilidade da Unidade Executante todos os laudos de AIH preenchidos pelo médico cirurgião no ambulatório de especialidades.</li> </ul> <p>§2º UE: Realizar contato com o usuário que está no planejamento e organizar o pré-operatório. Manter as informações atualizadas diariamente dentro do sistema Agenda Cirúrgica.</p> <p>§3º UE: Se usuário com necessidade de inter consulta com outra especialidade, para viabilidade da execução cirúrgica, poderá ser agendado internamente pela UE.</p> <p>§4º UE: Respeitar a ordem judicial, paciente priorizado no sistema e ordem cronológica de inserção no SISREG dos usuários para realizar o agendamento cirúrgico.</p> <p>§5º UE: Realizar o procedimento cirúrgico e após sinalizar no sistema Agenda Cirúrgica a informação "já realizou neste planejamento" em até 48 horas úteis.</p> <p>§6º UE: Se usuário apresentar indicação de procedimento diverso daquele regulado durante o ato cirúrgico, o NIR solicitará no SISREG a mudança de procedimento (antes da alta no SISREG).</p> <p>§7º UE: Cirurgias não realizadas: NIR da UE deve justificar no sistema Agenda Cirúrgica o motivo da não realização e será mantido o usuário em mapa até o próximo planejamento.</p> <p>§8º UE: Se o usuário não apresentar mais indicação de cirurgia, o médico deverá orientar o usuário a nova proposta terapêutica. O NIR deverá informar dentro do sistema Agenda Cirúrgica e inserir a justificativa médica no campo Observação a não indicação do procedimento, e sinalizar que o procedimento foi contraindicado de forma definitiva, para que a CRIH possa retirar o usuário do planejamento e fila de espera.</p> <p>§9º UE: Se a UE identificar que o usuário não tem mais interesse em realizar o procedimento: o usuário deverá assinar o termo de desistência, a UE registra no sistema Agenda Cirúrgica e sinaliza que o usuário "assinou o termo de desistência". Assim a CRIH poderá retirar o usuário tanto do planejamento quanto da fila de espera.</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES**

§1º CRIH: O sistema Agenda Cirúrgica exporta diariamente os dados do SISREG, gerando a lista de espera de cirurgias eletivas.

§2º CRIH: Estruturar o planejamento cirúrgico do mapa vigente com programação para 60 dias. Fechar o planejamento todo primeiro dia útil do mês e complementar se necessário para programação de 60 dias.

§3º CRIH: Regular a fila de espera, identificar usuário em tempo sensível, priorizar contralateral da ortopedia que recebeu laudo na alta hospitalar após realizar o procedimento do outro lado, e negar obrigatoriamente solicitações sem Unidade Desejada.

§4º CRIH: Através da lista de espera, deverá alocar os pacientes por prioridade, por ordem cronológica, e por subgrupo/especialidade.

§5º CRIH: Acompanhar as atualizações no sistema Agenda Cirúrgica e autorizar o SISREG posteriormente a realização do procedimento.

§6º CRIH: Sinalizar com o item Planejamento Suspenso dentro do sistema Agenda Cirúrgica, o usuário que não pode realizar o procedimento cirúrgico no momento (aguarda avaliação com outro profissional, não quer realizar agora, não localizado...)

§7º CRIH: Status da solicitação no SISREG:

- Devolver: devolver quando o questionamento for de competência a SMS como, solicitar o número de consulta ambulatorial, inserir o Formulário de prioridade, e quando o paciente estiver em planejamento cirúrgico constar sem contato/não localizado;
- Negar: negar de forma definitiva, excluindo o usuário da fila de espera como, a pedido da unidade solicitante por inserção indevida ou dados equivocados do usuário, quando o usuário desiste do procedimento assinando o termo de desistência sinalizado no sistema (checkbox e observações), sem Unidade Desejada;
- Negar para ajuste: negar somente após a realização do procedimento cirúrgico em Planejamento, quando o laudo precisa de correção como, por leito/clínica habilitada, correção de CID ou códigos de procedimento e redirecionamento. Será reinserido laudo corrigido pela própria UE;
- Aprovar: aprovar o SISREG somente posterior a realização do procedimento.

§8º CRIH: Somente será aceito a inserção de laudo de AIH pela própria UE em caso de usuários com SISREG negado para ajuste e conforme fluxos deliberados.

§9º CRIH: Negará as solicitações dos usuários que sinalizados dentro do sistema Agenda Cirúrgica (checkbox e observações) pela Unidade Executante ou pela Unidade Solicitante com a informação abaixo. De acordo com a vigência da Deliberação 104/cib/2022 estes pacientes terão a garantia ao acesso, se consultar em até dois anos, onde deverá constar na nova solicitação de SISREG a numeração do SISREG anterior negado. A CRIH aloca o usuário em planejamento:

- Contraindicado procedimento neste momento;
- Faltou a cirurgia agendada 2x;
- Faltou a consulta agendada 2x;
- Não quer operar agora / não deseja mais realizar;
- Não localizado após busca ativa.

§10º CRIH: As negativas administrativas podem ser realizadas pela equipe da bancada de Cirurgias Eletivas.

## APÊNDICE E – HOSPITAIS SOB GESTÃO ESTADUAL – CIRURGIAS ELETIVAS

| HOSPITAIS PRÓPRIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HOSPITAIS CONTRATUALIZADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MATERNIDADE CARMELA DUTRA – FPOLIS<br>HOSPITAL SANTA TEREZA<br>ICSC<br>MAT. DONA CATARINA KUSS – MAFRA<br>HOSP. REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT<br>MATERNIDADE DARCY VARGAS<br>HOSP. GERAL MAT. TEREZA RAMOS<br>HOSPITAL REG. HOMERO M. GOMES<br>HOSPITAL NEREU RAMOS<br>HOSPITAL CELSO RAMOS<br>HOSPITAL INFANTIL JOANA GUSMÃO<br>HOSP. WALDOMIRO COLAUTTI- IBIRAMA<br>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO<br>HOSPITAL FLORIANOPOLIS<br>HOSPITAL DO CEPON<br>HOSPITAL SANTA CATARINA<br>HOSPITAL REGIONAL AFFONSO GHIZZO<br>HOSP. INF. JESER AMARANTE FARIA<br>HOSP. REG. TEREZINHA GAIO BASSO<br>HOSPITAL DA CRIANÇA AUGUSTA MULLER | HOSP. STO. ANTÔNIO – TIMBÉ SUL<br>HOSPITAL SÃO ROQUE– JACINTO MACHADO<br>HOSPITAL SÃO ROQUE – LUZERNA<br>HOSP. DOM DANIEL HOSTIN<br>HOSP. CARID. CORAÇÃO DE JESUS<br>ASSOCIAÇÃO SÃO FRANCISCANA SÃO JOSÉ<br>HOSP. MAICÉ – CAÇADOR<br>HOSP. HÉLIO ANJOS ORTIZ – CURITIBANOS<br>HOSP. SALVATORIANO DIVINO SAL.<br>HOSP. MAT. SANTA CECÍLIA A<br>HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO – TURVO<br>HOSPITAL SÃO JUDAS TADEU – MELEIRO<br>HOSP. N. SRA. DE FÁTIMA – PRAIA GRANDE<br>HOSP. E MATER. MARIA AUXILIADORA<br>HOSP. E MAT. DONA LISETTE – TAIÓ<br>HOSP. BOM JESUS – ITUPORANGA<br>HOSPITAL MONDAÍ – MONDAÍ<br>ASSOC. BENEF. HOSPITAL SÃO LUCAS<br>HOSPITAL DE TUNÁPOLIS<br>HOSPITAL SANTA CASA RURAL<br>HOSP. GUARUJÁ – GUARUJÁ DO SUL<br>2378183 – HOSPITAL IPORÃ<br>2378213 – HOSPITAL PALMA SOLA<br>2378809 - HOSPITAL DE CEDRO<br>FUNDAÇÃO MÉDICA – DESCANSO<br>- HOSP. SÃO VICENTE DE PAULO – MAFRA<br>FUND. HOSP. JOSÉ ATHANÁZIO<br>HOSPITAL SÃO LUCAS – TANGARA<br>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES<br>HOSP. SÃO CAMILO – IMBITUBA<br>HOSPITAL RIO FORTUNA<br>HOSP. NOSSA SENH. APARECIDA<br>2411245 – ASSOC. HOSP. DE VARGEÃO<br>HOSPITAL SÃO PAULO ASSEC – XANXERÊ<br>HOSPITAL FREI BRUNO – XAXIM<br>HOSP. E MATER. N. SEN. - ANGELINA<br>HOSP. DE CARI. SÃO ROQUE<br>HOSPITAL SÃO DONATO – IÇARA<br>HOSP. NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO<br>HOSP. E MATER. RIO DO TE. - POMERODE<br>HOSP. E MATER. OASE – TIMBÓ<br>HOSPITAL REGIONAL DO OESTE |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | ASSO. HOSPI. DE PINHALZINHO<br>ASSO. HOSP. LENOIR VARGAS FERREIRA<br>2538148-HOSPITAL NOVA ERECHIM<br>HOSP. SÃO JOSÉ DE MARAVILHA<br>HOSPITAL DE SAUDADES - SAUDADES<br>SOCI. HOSP. PE. JOÃO BER. - SÃO CARLOS<br>- HOSP. DE CARIDADE SÃO BRAZ<br>HOSPITAL SANTO ANTÔNIO – ARMAZÉM<br>HOSPITAL DE CARIDADE JAGUARUNA<br>HOSPITAL DA FUNDAÇÃO<br>FUNDAÇÃO MÉDICO ASSIST. TRAB. RURAL<br>HOSPITAL SANTA MARIA – VIDEIRA<br>HOSPITAL SANTA TEREZINHA – JOAÇABA<br>HOSP. SÃO BONIFÁCIO – SÃO BONIFÁCIO<br>2626659 – HOSP. SÃO JOSÉ E MAT. CHIQUIN<br>HOSPITAL CUNHA PORÃ – CUNHA PORÃ<br>HOSP. SÃO CRISTÓVÃO<br>HOSPITAL PALMITOS – PALMITOS<br>HOSP. SÃO LUIZ - CAMPO ALEGRE<br>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS<br>HOSP. SANTA TERESINHA<br>ASSOC. HOSPITALAR DOM JOAQUIM<br>ASSOC. BENEFICENTE HOSP.PERITIBA<br>HOSP. NOSSA SENHORA. PENHA – PENHA<br>HOSP. NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO<br>HOSPITAL OSVALDO CRUZ – ARABUTÃ<br>HOSPITAL SÃO MARCOS – NOVA VENEZA<br>HOSPITAL SÃO PEDRO – ITA<br>HOSPITAL SÃO JOSÉ - CRICIÚMA<br>HOSP. SÃO SEBASTIÃO – TREZE DE MAIO<br>HOSPITAL SÃO MIGUEL – JOAÇABA<br>SOC. HOSP. ITAPIRANGA – ITAPIRANGA<br>HOSPITAL DOM BOSCO – RIO DOS CEDROS<br>ASSOCI. FRIBURGUENSE – FRAIBURGO<br>HOSPITAL E MATERNIDADE IMIGRANTES |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2024) com base na Secretaria de Estado de Saúde.