

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
CURSO DE MESTRADO

GOVERNANÇA EM SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE:
ESTUDO DO SISTEMA DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL

SAMUEL MEOTI

Orientador: Prof. Pelayo Munhoz Olea

Caxias do Sul, agosto de 2012

SAMUEL MEOTI

**GOVERNANÇA EM SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE:
ESTUDO DO SISTEMA DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Administração. Linha de Pesquisa: Gestão da Inovação e Competitividade.

Orientador: Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea

Caxias do Sul, agosto de 2012

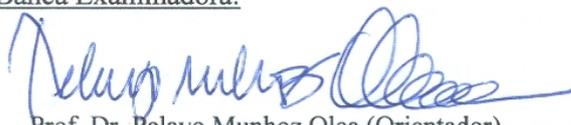
**“Governança em sistemas locais de saúde: estudo do sistema
de saúde de Caxias do Sul”**

Samuel Meoti

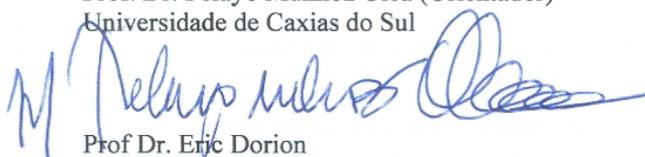
Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Administração, Área de Concentração: Administração da Produção.

Caxias do Sul, 31 de agosto de 2012.

Banca Examinadora:



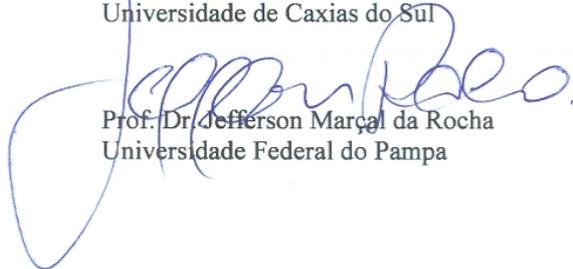
Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea (Orientador)
Universidade de Caxias do Sul



Prof. Dr. Eric Dorion
Universidade de Caxias do Sul



Prof. Dr. Ana Cristina Fachinelli
Universidade de Caxias do Sul



Prof. Dr. Jefferson Marçal da Rocha
Universidade Federal do Pampa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
UCS - BICE - Processamento Técnico

T637c Tódero, Samuel Augusto

Capital social e o desenvolvimento das competências coletivas :
um estudo de caso em duas empresas metalúrgicas / Samuel Augusto
Tódero. - 2011.

153 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Caxias do Sul,
Programa de Pós-Graduação em Administração, 2011.

“Orientação: Prof^a. Dr^a. Janaina Macke

1. Competências - Administração. 2. Comportamento
organizacional. 3. Capital social. 4. Metalúrgicas – Estudo de caso.
I. Título.

CDU 2.ed. : 005.336.2

Índice para catálogo sistemático:

1. Competências - Administração	005.336.2
2. Comportamento organizacional	005.32
3. Capital social	334.75
4. Metalúrgicas – Estudo de caso	669:001.87

Catalogação na fonte elaborada pela bibliotecária
Cleoni Cristina G. Machado – CRB 10/1355

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela oportunidade de construção deste trabalho.

Agradeço, também, às diversas pessoas que contribuíram de forma direta ou indireta, na elaboração deste trabalho.

Aos meus pais que sempre me incentivaram, compreenderam e apoiaram durante minha vida acadêmica e profissional, em especial à minha mãe (*in memoriam*) que sempre foi minha maior incentivadora.

A minha amada noiva Patrícia que superou e entendeu a minha ausência ao longo de todo o curso de mestrado e me motivou nos momentos necessários.

Ao meu orientador Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea, agradeço o incentivo, a orientação, a confiança, a motivação e a compreensão demonstrados durante a realização desta pesquisa.

Agradeço a todo o corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul (PPGA/UCS) que proporcionaram a construção do conhecimento necessário para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos entrevistados, pela oportunidade que me foi dada, pelo repasse de suas experiências e conhecimentos e, em especial, à Secretária Municipal de Saúde de Caxias do Sul, Sra. Maria do Rosário Antoniazzi, sempre receptiva para contribuir com o trabalho.

EPÍGRAFE

“Eu acredito demais na sorte. E tenho constatado que, quanto mais duro eu trabalho, mais sorte eu tenho.”

Thomas Jefferson (1743-1826)

RESUMO

Os Sistemas Locais de Saúde, como processos de regionalização, buscam o máximo de eficácia e eficiência, exigindo novos caminhos de gestão. Neste contexto, sendo entendida como uma nova forma de se pensar a gestão compartilhada e democrática, a expressão *governance* (governança) surge a partir de reflexões conduzidas principalmente pelo Banco Mundial, “tendo em vista aprofundar o conhecimento das condições que garantem um Estado eficiente” (Diniz, 1995). Desta forma, o presente estudo considerou a literatura de Governança para a análise dos sistemas locais de saúde e, utilizou de seu conceito e aplicação, para a realização de um estudo de caso, com os atores que fazem parte do Sistema de Saúde de Caxias do Sul (SSCX), seguindo com o levantamento das relações entre estes atores, tentando estabelecer se existem relações de governança entre eles. Este estudo foi de caráter qualitativo e quantitativo, sendo que a parte qualitativa foi dividida em duas etapas. Na primeira etapa da parte qualitativa foram entrevistados representantes dos atores principais do sistema de saúde identificados na literatura da área, como: A 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde e a Universidade de Caxias do Sul. Na segunda etapa da parte qualitativa, foram entrevistados os representantes dos atores mais significativos, indicados na primeira etapa do estudo. A parte exploratória das entrevistas, de caráter qualitativa, foi realizada a partir de um questionário semiestruturado, onde os dados levantados foram submetidos à análise e interpretação através da técnica em que os dados foram descritos, analisados e resumidos, o que permitiu a interpretação das informações levantadas, com o objetivo de identificar relações de Governança entre os atores do SSCX. Após, foi realizada a parte quantitativa da pesquisa, onde a coleta de dados se deu com a aplicação de um questionário estruturado, construído a partir dos princípios de governança, no qual suas questões apresentavam como opções de resposta uma tabulação baseada na escala *Likert*, com opções de concordância de 1 a 5. Neste questionário, os entrevistados assinalaram a opção da escala referente à sua percepção com relação à governança do SSCX, onde a resposta 1 representa não e 5 representa acima do esperado e; dentro deste intervalo, com opções graduais que vão de um extremo a outro. Estes questionários foram tabulados, interpretados e analisados. O estudo qualitativo, juntamente com o quantitativo, permitiu analisar as relações entre os atores do SSCX, selecionados para o estudo, demonstrando entre os atores selecionados as relações de governança mantidas entre eles, bem como qual a forma desta governança.

Palavras-chave: Governança. Sistemas de Saúde. Sistemas Locais de Saúde.

ABSTRACT

The Local Health Systems, as processes of regionalization, seek maximum effectiveness and efficiency, requiring new ways of management. In this context, being understood as a new way of thinking about the shared and democratic management, the term governance emerges from the analysis carried out mainly by the World Bank, "in order to deepen the knowledge of the conditions that ensure an efficient State" (Diniz, 1995). Thus, this study considered the literature of Governance for the analysis of local health systems, and used its concept and application, to conduct a case study, with the actors that are part of the Health System in Caxias do Sul (SSCX), followed by obtaining information about the relations of governance between these actors, trying to establish there is relations of governance between them. This study was qualitative and quantitative, and qualitative part was divided into two stages. In the first stage of the qualitative part were interviewed representatives of the main actors of the health system identified in the literature, such as: The 5th Regional Health District, the Municipal Health Council and the University of Caxias do Sul. In the second stage of the qualitative part, were interviewed representatives of the actors most significant, as indicated in the first stage of the study. The part of the exploratory interviews, the qualitative character, was made from a semi-structured questionnaire, where the data collected were analyzed using interpretation through of the technique in which the data were described, analyzed and summarized, allowing the interpretation of the information obtained in order to identify governance relations between the actors of SSCX. After, were performed the quantitative research, where data collection occurred with the application of a structured questionnaire, constructed from the principles of governance, in which their questions presented as response options a tabulation based on the Likert scale, with agreement options 1-5. In this questionnaire, the respondents pointed out the option of the scale regarding their perception of the governance of SSCX, where 1 represents no response and 5 representing higher than expected and, within this range, with options ranging from a end to the other. These questionnaires were tabulated, interpreted and analyzed. The qualitative study, along with the quantitative, allowed to analyze the relations between actors SSCX, selected for the study, showing, among the players selected, governance relations maintained between them, and what form of governance.

Keywords: Governance. Health Systems. Local Health Systems.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAP's	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEF	Caixa Econômica Federal
CGG	Comissão de Governança Global
CLS	Conselhos Locais de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COGERE	Colegiado de Gestão Regional
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DS	Distritos Sanitários
DSCIC	Diretoria de Saúde da CIC
EF	Empresas Fornecedoras
FPAS	Fundo de Previdência e Assistência Social
HOSP	Hospitais
IAP's	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciais
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IGS	Instituto de Governança Social
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto de Previdência Social
IPTEC	Instituto de Pensões dos Trabalhadores em Estiva e Transporte de Cargas
LAB	Laboratórios
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONGs	Organizações Não Governamentais

ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OIES	Outras Instituições de Ensino Superior
OIET	Outras Instituições de Ensino Técnico
PS	Planos de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
5ª CRS	5ª Coordenadoria Regional de Saúde
SAMU	Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSCX	Sistema de Saúde de Caxias do Sul
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
WB	<i>World Bank</i>
WRI	<i>World Resource Institute</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCS	Universidade de Caxias do Sul
UBS's	Unidades Básicas de Saúde
UN	<i>United Nation</i>
UNDP	<i>United Nation Development Programme</i>
UNEP	<i>United Nation Environment Programme</i>
US	Unidade de Serviço

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Conceito da Dissertação.....	20
Figura 2 – Sistemas de Serviços de Saúde.....	38
Figura 3 – Estabelecimentos de Saúde Registrados no CNES, para Caxias do Sul.....	45
Figura 4 – Modelo Ampliado do SSCX	46
Figura 5 – Estágios da Pesquisa.....	48
Figura 6 – Modelo de Escala do Tipo <i>Likert</i>	55
Figura 7 – Área de Abrangência da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde no RS.....	62
Figura 8 – Municípios que compõem a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde.....	63
Figura 9 – Principais atribuições do CMS.....	63
Figura 10 – Identificação do Hospital Geral.....	65
Figura 11 – Identificação do Hospital Pompéia.....	66
Figura 12 – Identificação do Hospital Virvi Ramos.....	67
Figura 13 – Identificação da Clínica Paulo Guedes.....	68
Figura 14 – Identificação do Laboratório Alfa.....	69
Figura 15 – Identificação do Laboratório Capacity.....	69
Figura 16 – Identificação do Laboratório ICAP.....	70
Figura 17 – Membros da DSCIC.....	71
Figura 18 – Serviços Prestados Pelas UBS's.....	72
Figura 19 – Posição Hierárquico dos Entrevistados.....	74
Figura 20 – Tempo de Duração das Entrevistas da Primeira Etapa.....	75
Figura 21 – Tempo de Duração das Entrevistas da Segunda Etapa.....	75

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Engajamento Social.....	80
Gráfico 2 – Transparência.....	81
Gráfico 3 – Prestação de Contas.....	82
Gráfico 4 – Igualdade de Inclusão Social.....	83
Gráfico 5 – Comportamento Honesto e Ético.....	84
Gráfico 6 – Equidade.....	85
Gráfico 7 – Capacidade para Competir em Ambiente Global.....	86
Gráfico 8 – Capacidade para Trabalhar Efetivamente em Parceria.....	87
Gráfico 9 – Sustentabilidade.....	88
Gráfico 10 – Respeito às Leis.....	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tabulação do Resultados do Questionário Quantitativo.....	78
Quadro 2 – Percentual de Respostas “Razoavelmente” a “Acima do Esperado”	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Média e Desvio Padrão do Questionário Quantitativo.....	79
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 TEMA.....	20
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA.....	20
1.3 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	21
1.3.1 Objetivo Geral.....	21
1.3.2 Objetivos Específicos.....	22
1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	22
1.5 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	23
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
2.1 GOVERNANÇA.....	24
2.1.1 A Origem.....	25
2.1.2 Definição.....	25
2.1.3 Governança Pública.....	27
2.1.4 Governança Internacional.....	28
2.1.5 Governança Corporativa.....	29
2.1.6 Governança Social.....	30
2.1.7 Governança Ambiental.....	31
2.1.8 Governança Local.....	31
2.2 SAÚDE.....	32
2.2.1 A Saúde no Brasil.....	35
2.3 SISTEMAS DE SAÚDE.....	37
2.3.1 O Sistema de Saúde no Brasil.....	40
2.3.2 Sistemas Locais de Saúde.....	43
2.3.3 O Sistema de Saúde de Caxias do Sul.....	44
3. MÉTODO DA PESQUISA.....	48
3.1 ETAPAS DA PESQUISA.....	48
3.2 ETAPA EXPLORATÓRIA.....	50
3.3 ETAPA DESCRITIVA.....	52
3.4 ESTUDO DE CASO.....	52
3.4.1 Escolha do Caso.....	54
3.5 TÉCNICA DA COLETA DE DADOS.....	54

3.5.1 Entrevista em Profundidade.....	55
3.5.2 Questionário de Pesquisa.....	56
3.6 POPULAÇÃO.....	56
3.6.1 População da Primeira Etapa.....	57
3.6.2 População da Segunda Etapa.....	57
3.7 AMOSTRA.....	57
3.8 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	58
3.8.1 Análise de Conteúdo.....	58
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	60
4.1 PESQUISA EXPLORATÓRIA.....	60
4.1.1 Identificação e Justificativa de seleção dos atores da primeira etapa.....	60
4.1.2 Análise de conteúdo das entrevistas com os atores da primeira etapa.....	60
4.1.3 Identificação e Justificativa de seleção dos atores da segunda etapa.....	62
4.1.3.1 A Secretária Municipal de Saúde de Caxias do Sul (SMS).....	62
4.1.3.2 A 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (5ª CRS).....	62
4.1.3.3 O Conselho Municipal de Saúde (CMS).....	64
4.1.3.4 A Universidade de Caxias do Sul (UCS).....	65
4.1.3.5 Os Hospitais de Caxias do Sul.....	65
<i>4.1.3.5.1 Hospital Geral de Caxias do Sul.....</i>	<i>66</i>
<i>4.1.3.5.2 Hospital Pompéia.....</i>	<i>67</i>
<i>4.1.3.5.3 Hospital Virvi Ramos.....</i>	<i>68</i>
<i>4.1.3.5.4 Clínica Paulo Guedes.....</i>	<i>67</i>
4.1.3.6 Os Laboratórios Clínicos de Caxias do Sul.....	69
<i>4.1.3.6.1 Laboratório Alfa.....</i>	<i>69</i>
<i>4.1.3.6.2 Laboratório Capacity.....</i>	<i>70</i>
<i>4.1.3.6.3 Laboratório ICAP.....</i>	<i>71</i>
4.1.3.7 A Diretoria de Saúde da CIC de Caxias do Sul (DSCIC).....	71
4.1.3.8 As Unidades Básicas de Saúde de Caxias do Sul (UBS).....	72
4.2 ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE.....	73
4.2.1 Validação do Questionário de Coleta de Dados.....	74
4.2.2 Unidade de Análise.....	74
4.2.3 Perfil da População Entrevistada.....	75
4.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	76
4.3.1 Análise Qualitativa.....	77

4.3.1.1	Análise e Interpretação das Entrevistas.....	77
<i>4.3.1.1.1</i>	<i>Ratificação da Identificação dos Atores do SSCX.....</i>	<i>77</i>
<i>4.3.1.1.2</i>	<i>Ratificação das entrevistas da segunda etapa.....</i>	<i>78</i>
4.3.2	Análise Quantitativa.....	78
4.3.2.1	Análise e Interpretação dos Dados Estatísticos.....	79
<i>4.3.2.1.1</i>	<i>Engajamento Social.....</i>	<i>81</i>
<i>4.3.2.1.2</i>	<i>Transparência.....</i>	<i>81</i>
<i>4.3.2.1.3</i>	<i>Prestação de Contas.....</i>	<i>82</i>
<i>4.3.2.1.4</i>	<i>Igualdade de Inclusão Social.....</i>	<i>83</i>
<i>4.3.2.1.5</i>	<i>Comportamento Honesto e Ético.....</i>	<i>84</i>
<i>4.3.2.1.6</i>	<i>Equidade.....</i>	<i>85</i>
<i>4.3.2.1.7</i>	<i>Capacidade para Competir em Ambiente Global.....</i>	<i>86</i>
<i>4.3.2.1.8</i>	<i>Capacidade para Trabalhar Efetivamente em Parceria.....</i>	<i>87</i>
<i>4.3.2.1.9</i>	<i>Sustentabilidade.....</i>	<i>88</i>
<i>4.3.2.1.10</i>	<i>Respeito às Leis.....</i>	<i>89</i>
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
5.1	CONCLUSÕES.....	92
5.2	DO OBJETIVO GERAL DA PESQUISA.....	92
5.3	DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA PESQUISA.....	93
5.4	LIMITAÇÕES E LIÇÕES DA PESQUISA.....	94
5.5	OPORTUNIDADES E DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS FUTURAS.....	95
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
	APÊNDICES.....	104
	APÊNDICE A – PROCEDIMENTOS PARA CONDUÇÃO DAS ENTREVISTAS	105
	APÊNDICE B – ROTEIRO BÁSICO DE QUESTÕES DA PRIMEIRA ETAPA.....	106
	APÊNDICE C – ROTEIRO BÁSICO DE QUESTÕES DA SEGUNDA ETAPA.....	107
	APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO QUANTITATIVO DO SSCX.....	109
	APÊNDICE E – BREVE REFERENCIAL TEÓRICO.....	110
	APÊNDICE F – ATA DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO.....	112
	APÊNDICE G – RATIFICAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES DO SSCX	113
	APÊNDICE H – RATIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS DA SEGUNDA ETAPA....	115

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o artigo 196 garante a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Segundo Bertone (2002), a constituição também previu três fundamentos do sistema: a universalização do acesso às ações e aos serviços de atenção à saúde; a integralidade da cobertura dos serviços; e a equidade na distribuição dos recursos públicos.

A implementação da garantia da saúde ocorreu de fato com a implantação do SUS, a partir da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990). Lei que também determinou os princípios organizacionais do SUS: descentralização, hierarquização da prestação de serviços, gestão unificada e pactuada entre as três esferas de governo e controle social por meio de conselhos constituídos por vários segmentos da sociedade civil organizada (BERTONE, 2002).

O princípio da descentralização, é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais que embasam o SUS e definem atribuições comuns e competências específicas a cada uma das esferas de governo envolvidas (BRASIL, 1999).

Durante a IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, o tema debatido era a municipalização da saúde como o caminho para o amadurecimento e efetividade do SUS, caminho esse que está sendo trilhado desde 1994, onde inicialmente, os estados e municípios começaram a ter uma gestão parcial do sistema, passando à gestão plena.

A gestão plena do sistema caracteriza-se pela vinculação de toda a rede de unidades prestadoras de serviços básicos de saúde ao gestor municipal. Neste contexto, o gestor municipal é o responsável por todas as atividades de gerência e execução da assistência ambulatorial básica, das atividades básicas na área de vigilância sanitária e das atividades básicas na área de vigilância epidemiológica e controle de doenças (BRASIL, 1990).

O gestor municipal é sempre um agente público e a Secretaria de Saúde do Município é responsável pelo gerenciamento que compreende a responsabilidade pelas autorizações de internações hospitalares e de procedimentos de alto custo/complexidade. A Secretaria Municipal de Saúde, também, é responsável pelas atividades de cadastramento, controle, auditoria, acompanhamento e avaliação dos prestadores que trabalham com a assistência básica, podendo estes ser tanto estatais, ou privados, com ou sem fins lucrativos. Além dessas

atividades, a Secretaria Municipal de Saúde possui controle, liberdade de planejamento e implantação de políticas do sistema.

A municipalização, que através das Secretarias Municipais de Saúde, reconhece os Municípios como os principais responsáveis pela saúde da população, implicando na transferência dos recursos necessários para o exercício pleno das funções de coordenação, planejamento, negociação, controle, acompanhamento, avaliação e auditoria da saúde local.

Assim, os serviços de saúde deveriam ficar mais próximos dos cidadãos e de seus problemas. O processo da municipalização e descentralização da gestão do SUS oportunizou a criação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) ou Distritos Sanitários (DS) (MUNHOZ, 2009).

Este trabalho busca identificar a existência ou não de governança no Sistema de Saúde de Caxias do Sul (SSCX), identificando os atores que fazem parte do SSCX, a relações entre eles e o sistema, efetua um estudo comparativo entre as características de governança identificadas na bibliografia e as encontradas no SSCX, busca verificar se os atores do SSCX se consideram parte de um sistema de governança, e por fim, identifica os benefícios da governança neste sistema.

Governança não é governo. Governança refere-se a atividades apoiadas em objetivos comuns, que podem ou não derivar de responsabilidades legais e formalmente prescritas, não dependendo necessariamente do poder de polícia, para que sejam aceitas (ROSENAU, 2000).

Governança é um conceito mais amplo do que governo, amplo o suficiente para conter dentro de si a dimensão governamental. Abrange, além das instituições governamentais, os mecanismos informais, de caráter não governamental, que fazem com que as pessoas e as organizações em sua área de atuação tenham uma conduta determinada, satisfaçam suas necessidades e respondam às suas demandas (ROSENAU, 2000).

Diniz (1995) comenta que a expressão *governance* surgiu das reflexões conduzidas pelo Banco Mundial, com o objetivo de aprofundar o conhecimento das condições que garantam um estado eficiente. Esta preocupação tirou o foco da atenção das implicações econômicas da ação estatal para uma visão muito mais abrangente, onde envolve as dimensões sociais e políticas da gestão pública.

1.1 TEMA

Governança no Sistema Local de Saúde de Caxias do Sul.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

O desafio de se alcançar um desenvolvimento com bases sustentáveis torna os sistemas mais complexos, exigindo novos caminhos à gestão. Com base nesta afirmação, verificam-se em âmbito nacional, tanto como no internacional, avanços sobre o tema de governança, como nova forma de se pensar a gestão compartilhada e democrática.

Governança, não se interessa apenas no negócio, mas em dar direção, em supervisionar e controlar as ações executivas da administração. A governança se preocupa em satisfazer as expectativas, através da prestação de contas e da regulação (HARRISON, 1998).

Segundo Rosenau (2000), governança não tem suas atividades sustentadas por uma autoridade formal e poder de polícia. Governança se trata de atividades apoiadas em objetivos comuns, abrange as instituições governamentais, os mecanismos informais de caráter não governamental.

Bovaird e Loffler (2003) propõem 10 princípios para medir a boa governança, que são: 1 - Engajamento social; 2 - Transparência; 3 - Prestação de contas; 4 - Igualdade e inclusão social; 5 - Comportamento honesto e ético; 6 - Equidade; 7 - Capacidade para competir no ambiente global; 8 - Capacidade de trabalhar efetivamente em parceria; 9 - Sustentabilidade; 10 - Respeito pelas leis.

Assim, diante da contextualização efetuada sobre sistemas de local de saúde e governança, a questão central deste estudo se detém em identificar a existência ou não de Governança no Sistema de Saúde de Caxias do Sul, evidenciando as relações de governança existentes entre os atores do sistema, possibilitando assim caracterizar a governança presente no SSCX.

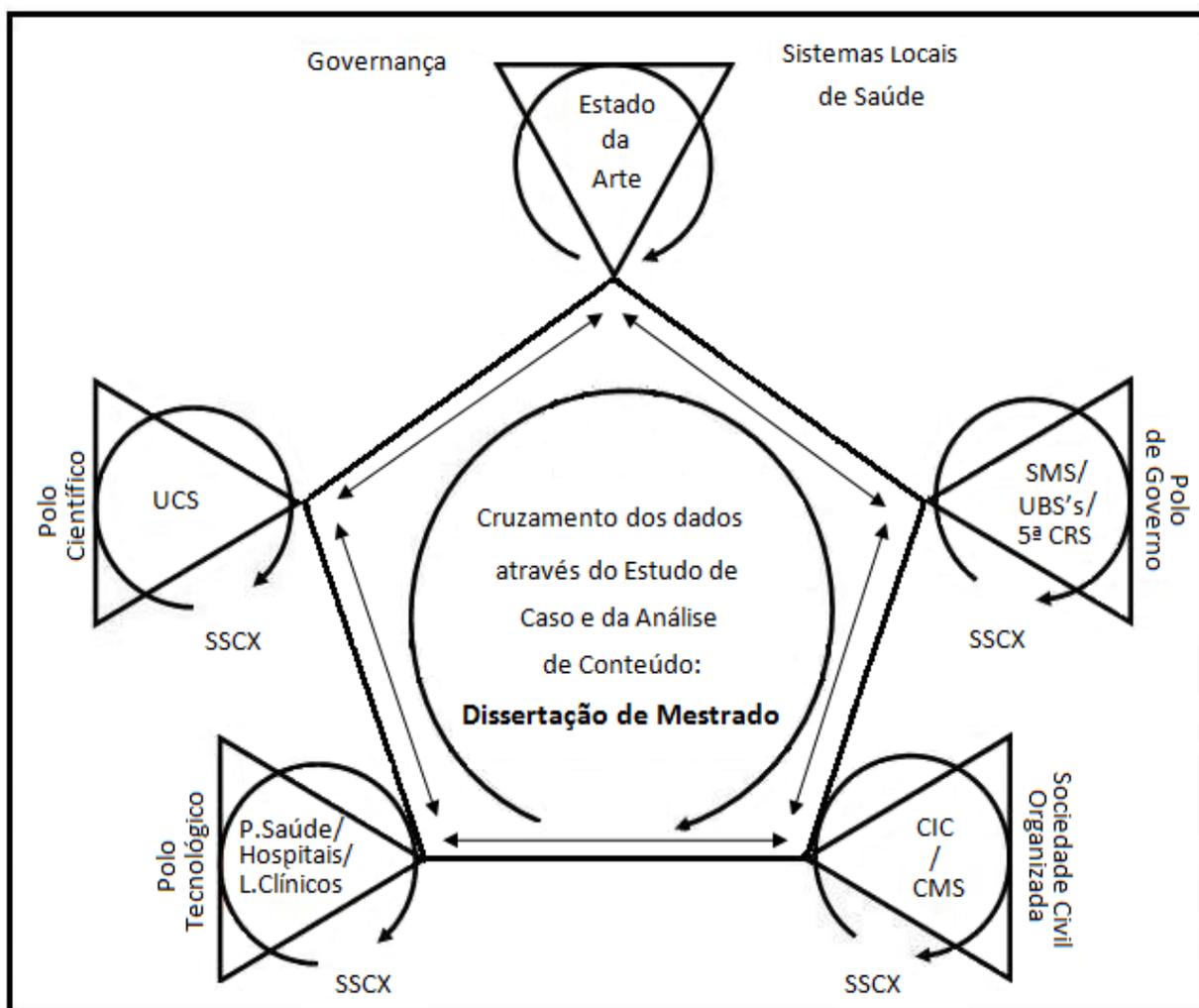


Figura 1 – Figura Conceito da Dissertação

Fonte: Elaboração própria.

1.3 OBJETIVOS DO ESTUDO

Para que uma pesquisa tenha um desempenho preciso, Gil (2002) coloca que é necessário partir dos objetivos gerais, se obter a direção a seguir e apontar a sequência com os objetivos específicos, detalhando o que será obtido ao final da pesquisa.

1.3.1 Objetivo geral

O objetivo geral desta pesquisa consiste em identificar a existência ou não de governança no SSCX, a partir dos estudos das relações entre os atores que fazem parte do SSCX, identificados por Munhoz (2009), com base nos princípios bases da governança,

Slomski et al. (2008) e os princípios para medir a boa governança, propostos por Bovaird e Loffer (2003).

1.3.2 Objetivos específicos

A partir do objetivo geral, esta pesquisa se estruturará nos seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar as relações de governança entre os atores do SSCX;
- b) Efetuar um estudo comparativo entre as características de governança, identificadas na bibliografia e as características encontradas no SSCX;
- c) Verificar se os atores do SSCX consideram-se parte de um sistema de governança;
- d) Identificar os benefícios deste sistema de governança.

1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O presente estudo pretende investigar a governança no âmbito do SSCX, baseado na literatura sobre sistemas locais de saúde e na literatura sobre governança. Este estudo se justifica pelo fato de o município de Caxias do Sul ser sede da 5ª CRS, sobre a qual está a responsabilidade por todas as ações estaduais em saúde, no município de Caxias do Sul e em outros 47 municípios da região.

Também é justificado pelo fato de que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ser a responsável pela gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS), responsabilizando-se pelos serviços de saúde, e pela formulação e implantação de programas, projetos e políticas para a promoção da saúde da população usuária do SUS e pela regulação do sistema nos 48 municípios de abrangência da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, com uma população de mais de um milhão de habitantes.

Em um SILOS, há a melhoria na condição de gestão e entrega dos serviços de saúde. A municipalização da saúde trouxe a responsabilidade pela gestão eficiente dos recursos da área da saúde, bem como da aplicação e colocação a disposição da população (MUNHOZ, 2009). É neste sentido que a governança ganha força, como forma de se pensar a gestão compartilhada e democrática.

Segundo Rosenau (2000), governança não tem suas atividades sustentadas por uma autoridade formal, nem pelo poder de polícia, mas em atividades apoiadas em objetivos comuns, derivadas ou não de responsabilidades legais e formalmente prescritas.

A governança é um conceito amplo, mais amplo do que governo, amplo o suficiente para conter dentro de si a dimensão governamental. Por tal amplitude, governança, abrange além das instituições governamentais. Abrange os mecanismos informais de caráter não governamental, que fazem com que as pessoas e as organizações tenham uma conduta determinada, satisfaçam suas necessidades e respondam às suas demandas (ROSENAU, 2000).

1.5 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O objetivo geral desta pesquisa é o estudo da governança no SSCX, a partir dos atores que fazem parte do SSCX como: a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde; a Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul; o Conselho Municipal de Saúde; a Universidade de Caxias do Sul; os Hospitais de Caxias do Sul; os Laboratórios Clínicos de Caxias do Sul; e as UBS do Município de Caxias do Sul, identificados por Munhoz (2009), considerando também a Câmara de Indústria, Comércio e Serviços de Caxias do Sul que pela sua importância será incluída neste estudo.

Pela sua importância, abrangência e as dificuldades de acesso por parte do usuário e de financiamento por parte dos gestores públicos, o foco deste estudo será dado ao SUS, com a participação dos atores do SSCX que mantenham relações ou prestem serviços a este sistema.

Para o estudo da governança entre os atores do SSCX, foram utilizados os princípios bases da governança: a transparência, o senso de justiça, a prestação de contas, o cumprimento das leis e a ética, propostos por Slomski et al. (2008) e; também, com base nos princípios para medir a boa governança: Engajamento social; Transparência; Prestação de contas; Igualdade e inclusão social; Comportamento honesto e ético; Equidade; Capacidade para competir no ambiente global; Capacidade de trabalhar efetivamente em parceria; Sustentabilidade e Respeito pelas leis, propostos por Bovaird e Loffer (2003).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta os fundamentos teóricos sobre governança, sua origem e seus modelos. Além disso, serão abordados os principais conceitos sobre saúde e sistemas locais de saúde, no contexto brasileiro e no contexto de Caxias do Sul, que darão suporte as discussões ao longo desta pesquisa.

2.1 GOVERNANÇA

O desafio de se alcançar um desenvolvimento com bases sustentáveis torna os sistemas ambientais, sociais, econômicos e institucionais mais complexos, exigindo novos caminhos à gestão. Baseado neste contexto verifica-se no âmbito nacional, tanto como no internacional, avanços recentes sobre o tema de governança, como nova forma de se pensar a gestão compartilhada e democrática.

Existe uma distinção entre a administração e a governança, onde a governança não está interessada em executar apenas o negócio, e sim em dar direção global à empresa, em supervisionar e controlar as ações executivas da administração e em satisfazer as expectativas legítimas através da prestação de contas e da regulação, tendo interesses além dos limites incorporados (HARRISON, 1998).

Os conceitos de governo e de governança também diferem um do outro, onde governo sugere atividades sustentadas por uma autoridade formal, pelo poder de polícia que garante a implementação das políticas instituídas. Por outro lado governança refere-se a atividades apoiadas em objetivos comuns, que podem ou não derivar de responsabilidades legais e formalmente prescritas, não dependendo necessariamente do poder de polícia, para que sejam aceitas (ROSENAU, 2000).

Conforme Rosenau (2000), governança é um conceito mais amplo do que governo, amplo o suficiente para conter dentro de si a dimensão governamental. E por ter tamanha amplitude, abrange além das instituições governamentais, os mecanismos informais, de caráter não governamental, que fazem com que as pessoas e as organizações em sua área de atuação tenham uma conduta determinada, satisfaçam suas necessidades e respondam às suas demandas.

2.1.1 A Origem

Conforme Diniz (1995), a expressão *governance* surgiu das reflexões conduzidas pelo Banco Mundial, com o objetivo de aprofundar o conhecimento das condições que garantam um estado eficiente. Este objetivo tirou o foco da atenção das implicações econômicas da ação estatal para uma visão muito mais abrangente, onde envolve as dimensões sociais e políticas da gestão pública.

2.1.2 Definição

Dorset e Baker (1979) definem governança como o exercício da autoridade, controle, administração e poder de governar; se apresentando como o poder exercido na administração dos recursos econômicos e sociais de um país com o objetivo de seu desenvolvimento.

As ONU, através do Programa das Nações Unidas de Desenvolvimento – PNUD (2000) definiu governança como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa na administração dos assuntos de um país a todos os níveis. Onde inclui os mecanismos, processos e instituições pelos quais os cidadãos e os grupos articulam seus interesses, exercem seus direitos legais, cumprem suas obrigações e resolvem suas diferenças.

Segundo Kazancigil (2002), a governança é caracterizada pelo envolvimento no processo de fazer política, das autoridades estatais e locais, do setor de negócios, dos sindicatos de trabalhadores e dos agentes da sociedade civil, como as ONGs e movimentos populares.

De acordo com Milani e Solinís (2002), governança é um processo complexo de tomada de decisão que antecipa e ultrapassa o governo. Os princípios norteadores são: legitimidade do espaço público em constituição; repartição do poder entre aqueles que governam e aqueles que são governados; processos de negociação entre os atores, social, (procedimentos e práticas, gestão das interações e das interdependências que desembocam ou não em sistemas alternativos de regulação, estabelecimento de redes e os mecanismos de coordenação); descentralização da autoridade e das funções ligadas ao ato de governar.

Kaufmann (2003) define governança como o processo e instituições por meio dos quais se exerce a autoridade em um país: o processo no qual os governos são escolhidos,

responsabilizados, monitorados e substituídos; a capacidade dos governos de gerenciar recursos de modo eficiente, de formular, implementar e fazer respeitar políticas e regras sólidas; e o respeito pelas instituições que governam as interações econômicas e sociais entre si.

Governança é a interação entre estrutura, processos e tradições que determina como o poder e as responsabilidades são exercidos, como decisões são tomadas e como os cidadãos e outros parceiros envolvidos são ouvidos (UNDP, UNEP, WB, WRI, 2003).

Para Frey (2003), o tema governança, cada vez mais destacado na literatura sobre gestão urbana, salienta novas tendências de administração pública e de gestão de políticas públicas, a partir da necessidade de mobilizar todo conhecimento disponível na sociedade com o objetivo de melhoria do desempenho administrativa e da democratização dos processos decisórios locais.

Conforme explana ONU/UM (2004), a governança não é o governo, mas um convênio que reconhece que existe poder dentro e fora da autoridade formal e instituições do governo. Em diversas formulações, a governança inclui o governo, o setor privado e a sociedade civil, enfatizando o processo, reconhecendo que as decisões são adotadas com base em relações complexas entre muitos atores com prioridades diferentes.

Para Goedert (2005), o conceito de governança pode ser entendido como um marco de ação para a política regional, tendo como objetivo à integração dos mecanismos existentes através do desenvolvimento e a sinergia das ações executadas em um dado território. É constituído de valores, políticas e ações, características do ambiente, mecanismos para o desenvolvimento de ações de modo cooperativo entre os setores público e privado, mecanismos coletivos de decisões a respeito das inversões e instrumentos de políticas de diferentes áreas, promotores do desenvolvimento produtivo e da competitividade regional.

Gonçalves (2005) afirma que governança não é ação isolada da sociedade civil buscando maiores espaços de participação e influência. Pelo contrário, o conceito de governança compreende a ação conjunta de Estado e sociedade na busca de soluções e resultados para problemas comuns.

O conceito de governança se insere nos marcos referencial de um novo paradigma da ação pública estatal, em um contexto em que o foco central das ações não se restringe aos órgãos estatais, incorporando também, via interações múltiplas, a relação governo e sociedade (GOHN, 2007).

De acordo com Giosa (2007), a boa governança implica em que todos os segmentos da sociedade local estejam representados e possam participar da gestão. Exigindo para isso, um governo aberto que respeite as leis vigentes, transparente e com canais de participação permanentes para o estabelecimento de uma interação contínua e virtuosa do governo com o cidadão. Este governo deve sempre respeitar um código de conduta ética, de modo que sirva de exemplo para motivar a própria administração e encorajar os membros da sociedade civil a participar no processo de desenvolvimento do município.

Gohn (2007) comenta que a dimensão da eficiência e da eficácia em administrar os impactos das políticas de ajuste estrutural para diminuir seus efeitos em termos de aumento da pobreza está implícita na idéia de uma boa governança. Porém, o grande desafio é articular um maior nível de participação com os critérios da eficácia e busca de resultados imediatos no plano local.

2.1.3 Governança Pública

O conceito de governança na administração privada se apresenta em diversas perspectivas, da mesma forma na administração pública, principalmente, levando em consideração a complexidade do setor público, que além de garantir eficiência e efetividade, é necessário guardar a legalidade e a legitimidade.

Segundo Diniz (1995), a expressão inglesa *governance* foi utilizada pela primeira vez, na administração pública, pelo Banco Mundial, em seu documento *Governance and Development*, de 1992, para definir um Estado Eficiente.

Desta forma, a capacidade governativa não seria avaliada apenas pelos resultados das políticas governamentais, mas sim pela forma que o governo exerce o seu poder. Sendo assim, governança é a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país, com o objetivo de desenvolvimento, implicando ainda a capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e cumprir funções (GONÇALVES, 2005).

Kickert (1997) descreve governança pública como tendo um significado mais geral do que o usual e limitado encontrado nos negócios; e, aborda a respeito da interpretação orientada para o mercado vinda do conceito de administração. Segundo o autor, a governança pública é também relativa à legalidade e legitimidade, mais que um rígido valor de mercado,

em que a interação entre o contexto político e social representa um papel crucial. Para o autor, a governança pública é um complexo de atividades que envolvem a direção de redes complexas em setores políticos da sociedade.

Segundo Slomski et al. (2008), o papel da governança na gestão pública é de oferecer um conjunto de princípios e elementos comuns, adaptado à realidade de cada país. Conjunto este que deve considerar aspectos relacionados à liderança, integridade, compromisso, responsabilidade, integração e transparência, com o objetivo de maximizar o bem-estar da sociedade.

Alcoforado (2009) afirma que a governança pública refere-se à estrutura organizacional e aos meios que um determinado ente federativo tem a seu alcance para exercer sua função de Estado e que viabilize a realização dos seus programas e projetos sociais. Segundo o autor, a governança pública está relacionada ao aspecto interno da administração pública, à sua máquina administrativa.

2.1.4 Governança Internacional

Segundo a Comissão sobre Governança Global da ONU - CGG (1995), governança é a soma das várias formas de indivíduos e instituições, públicas e privadas, administrarem seus assuntos em comum. Trata-se de um processo contínuo de gerenciamento de conflito e interesses diversos, dando espaço para a ação cooperativa. Já em nível global, a governança pode ser entendida como processo envolvendo as organizações não governamentais, movimentos de cidadãos, corporações multinacionais e o mercado de capitais global; e não somente, como relações intergovernamentais, como eram vista no passado.

A governança necessita de liderança, mesmo que em nível global. Liderança esta que pode se dar de várias formas, como: governos, isoladamente ou em grupos, perseguindo grandes objetivos; indivíduos, colocando sua reputação em favor da inovação internacional; e organizações internacionais podem favorecer o surgimento de atores que exerçam esse papel. Esta liderança não está apenas entre pessoas dos mais altos níveis nacional e internacional, podendo estar em qualquer nível, como: grupos locais ou nacionais; parlamentos e classes profissionais; entre cientistas e escritores; em pequenos grupos da comunidade ou em organizações não governamentais de escala nacional; em órgãos internacionais de qualquer caráter; em comunidades religiosas e entre professores; em partidos políticos e em

movimentos de cidadãos; no setor privado, entre corporações transnacionais e na mídia. Porém, hoje, o grande desafio da liderança é harmonizar demandas domésticas de ação nacional e a compulsão de cooperação internacional (CGG, 1995).

2.1.5 Governança Corporativa

Nos dias de hoje, segundo a Korn/Ferry & McKinsey (2001), existem três modelos de governança corporativa que prevalecem nos mercados. Sendo eles: o Modelo Atual, Modelo Emergente e o Modelo de Mercado. Onde no Modelo Atual, a principal característica é a gerência por poucos acionistas controladores e o emprego de práticas informais de governança. Já o Modelo Emergente se diferencia do modelo atual pela adoção de práticas de governança mais formalizadas, apesar de ser gerenciado por poucos acionistas controladores. Por fim, o Modelo de Mercado, que utiliza o compartilhamento de controle e práticas formais de governança em sua gestão, além de regras rígidas de transparência e prestação de contas.

O objetivo principal dos sistemas de governança corporativa não é o de intervir na autonomia das organizações, mas de equilibrar a competitividade e produtividade da empresa com uma gestão responsável e transparente (MARQUES, 2007).

Segundo Slomski et al. (2008), a expressão governança corporativa surgiu na economia anglo-saxônica em meio às pressões ambientais econômicas sobre as empresas, em que se buscava um relacionamento mais justo entre as corporações e os investidores. A governança corporativa pode ser descrita como os mecanismos ou princípios que governam o processo decisório dentro de uma empresa.

Após a análise de vários conceitos de governança, Slomski et al. (2008) chegaram a conclusão de que, governança corporativa é o sistema pelo qual as sociedades são dirigidas e monitoradas, onde através de mecanismos específicos, gestores e proprietários buscam assegurar o bom desempenho da empresa com o objetivo de aumento da riqueza. E que seus princípios bases são: a transparência (*disclosure*), o senso de justiça (*fainess*), a prestação de contas (*accountability*), o cumprimento das leis (*compliance*) e a ética (*ethics*).

2.1.6 Governança Social

Governança pode ser entendida como um processo que promove um ambiente social de diálogo e cooperação, com alto nível de democracia e conectividade, estimulando a constituição de parcerias entre todos os setores da sociedade, tendo o cidadão gestor como protagonista ativo com poder e capacitado para poder perseguir e alcançar o desenvolvimento sustentável e governar (BUSATTO, 2005).

A governança social é um arranjo institucional baseado na regulação, na interação e orquestração de ações entre o Estado, agentes econômicos e sociedade civil. Onde estes atores são dotados de diferentes capacidades, diferentes e divergentes interesses e racionalidades, para a promoção do bem estar social, através da produção e consumo de bens públicos e privados (MARTINS, 1998).

Para Garcia (2008), governança social é, acima de tudo, garantir as condições políticas e técnicas, construídas a partir de consensos, que possibilitem que o Estado e a sociedade tenham condições efetivas de alcance dos resultados.

O Instituto de Governança Social – IGS (2008), na primeira edição da sua Revista Governança Social, propõem, através dos membros do seu Conselho Pedagógico, algumas definições de governança social. Nestas definições os conselheiros concordam em vários aspectos como: governança social trata-se de um conceito novo de governar; onde todos os setores são parceiros solidários, na formulação, implementação, gestão e monitoramento das políticas públicas na área social, promovendo assim ações de melhoria.

Governança social é a estrutura social existente numa determinada localidade, também para viabilizar a ação social e o desenvolvimento, não só do governo do ente federado, mas também das demais instituições que compõem a sociedade, como o mercado e a sociedade civil. Segundo Alcoforado (2009), governança social está ligada às relações formadas entre as instituições do Estado, mercado e terceiro setor, em uma determinada localidade, que se manifesta, especialmente, pelas inter-relações estabelecidas entre elas e pela complementaridade de suas ações, tendo sempre o Estado como coordenador desse processo (ALCOFORADO, 2009).

Knopp e Alcoforado (2010) definem que a governança é social porque se considera a sociedade como um todo, composta pelas três esferas de poder institucionalizadas: Estado

(nos níveis federal, estadual e municipal), terceiro setor e iniciativa privada. Portanto, neste contexto, as três esferas de poder são apenas parte constituinte, porém não menos relevantes.

2.1.7 Governança Ambiental

Em se tratando da questão ambiental, a governança depende de processo de negociação entre as diferentes partes interessadas, viabilizando a integração da dimensão ambiental no processo de tomada de decisão. Refere-se às relações de poder e responsabilidades, definindo como serão tomadas as decisões de interesse coletivo, quanto à dimensão ambiental.

O Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID (2002) define governança ambiental como o processo que liga e harmonizam políticas, instituições, processos, ferramentas e informações de modo a capacitar todo um conjunto de interessados a gerenciar conflitos, buscar consenso, efetuar escolhas abalizadas e assumir responsabilidade pelas próprias ações. A adoção da boa governança ambiental como um dos princípios subjacentes à Estratégia de Meio ambiente, pode trazer resultados efetivos, através da implantação de mecanismos de boa governança.

2.1.8 Governança Local

O conceito de poder local democrático (governança) tornou-se parte integrante das abordagens de desenvolvimento local e tem se tornado fundamental para as reformas e descentralização, a partir da capacitação dos governos locais. O conceito de "boa governança", na esfera local, refere-se à qualidade, eficácia e eficiência da administração local e prestação de serviços públicos, a qualidade das políticas públicas locais e processos de tomada de decisão, sua abrangência, sua transparência e sua responsabilidade e a maneira como o poder e autoridade são exercidos a nível local (PNUD, 2008).

Gohn (2007) trata o conceito de governança local como um conceito em formação, bem como sua prática. Governança local é um sistema de governo em que é fundamental a inclusão de novos atores sociais, por meio do envolvimento de um conjunto de organizações públicas e privadas. É um sistema que pode envolver ONGs, movimentos sociais, terceiro

setor, entidades privadas e órgãos públicos estatais. Refere-se a parcerias, a gestão compartilhada entre diferentes agentes e atores, da sociedade civil e da sociedade política.

Governança local refere-se aos processos pelos quais decisões de políticas públicas são tomadas e implementadas. Trata-se do resultado de interações, relações e redes entre os diferentes setores: governo, setor público, setor privado e sociedade civil organizada. Envolve processo de tomada de decisões, negociação e relações de poder entre as partes interessadas. As relações entre governo e diferentes setores da sociedade determinam como os processos serão conduzidos e como os serviços são fornecidos. A governança é, portanto, muito mais do que "bom governo", molda a forma de como um serviço ou um conjunto de serviços são planejados, geridos e controlados por uma série de sistemas políticos sociais e econômicos (PNUD, 2008).

Segundo o PNDU (2008), os conceitos de governança local e descentralização, por vezes são usados como sinônimos, mas apesar de estarem relacionados, são conceitos diferentes. Descentralização é uma política nacional, legislação, processo institucional e fiscal. Também, governança local pode ser afetada pela descentralização de processos. Porém, a governança, representativa ou participativa do processo democrático, com transparência e responsabilidade entre outras características da boa governança local.

Conforme Ckagnazaroff et al. (2008), a governança local se ocupa com a inter-relação entre governo, agentes de mercado e atores sociais, no processo de promoção e coordenação de ações de inclusão social, consolidação e ampliação de participação do cidadão nos processos decisórios relacionados a políticas públicas e à sociedade.

2.2 SAÚDE

Até o ano de 1948, ainda não havia um conceito de Saúde que fosse universalmente aceito. Para a criação de um conceito universalmente aceito, seria necessário um consenso entre as nações. A possibilidade de obter este consenso só poderia se dar através de um organismo internacional. A Liga das Nações, que surgiu após a Primeira Guerra, não conseguiu atingir esse objetivo. Fez-se necessário haver uma Segunda Guerra e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), para que isto acontecesse (SCLIAR, 2007).

O conceito de que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e não

apenas a ausência de enfermidade”, foi divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), através da carta de princípios de 7 de abril de 1948, sendo considerada esta data como o Dia Mundial da Saúde. Esse conceito remetia que Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena sem privações, implicando no reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde. A carta de princípios definiu o conceito de saúde como uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra, onde saúde deveria expressar o direito a uma vida plena e sem privações (PEREIRA, 1995).

De acordo com Bennett e Plum (1997), para análise dos fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir, complementarmente ao conceito da OMS é o do campo da saúde (*health field*). Um conceito útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde e sobre os quais a saúde pública deve intervir, formulado em 1974 por Marc Lalonde, Ministro da *National Health and Welfare* (Saúde e Bem-Estar Nacional) do Canadá, num documento chamado *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadenses). De acordo com esse conceito, o campo da saúde abrange:

- 1) Biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
- 2) Meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia e o local de trabalho;
- 3) Estilo de vida, do qual resultam decisões individuais que afetam a saúde. Fumar, ou deixar de fumar, beber ou não e praticar ou não exercícios;
- 4) Organização da assistência à saúde. A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos, são as primeiras coisas que as pessoas pensam quando se fala em saúde. Porém, esse é apenas um componente do campo da saúde e não necessariamente o mais importante. Por vezes, é melhor para a saúde, ter água potável e alimentos saudáveis do que ter a disposição medicamentos, bem como é melhor evitar o fumo, do que se submeter a radiografias de pulmão anualmente.

Segundo Scliar (2007), o conceito da OMS, bem como no canadense, apresenta uma amplitude, que acarretou em críticas, tanto de natureza técnicas, como de natureza política, libertária. O conceito tornava possíveis abusos por parte do Estado, frente ao cidadão, tendo como pretexto a promoção da Saúde.

Explicitando seu marco epistemológico de referência, Boorse (1975) apresenta-se como um representante do naturalismo, em contraposição a enfoques que classifica como

normativistas. O normativismo, na opinião do autor, compreende duas vertentes: uma radical, que define os conceitos de saúde e doença como puros julgamentos de valor, e outra designada como normativismo fraco, que admite a existência de componentes normativos e descritivos nos julgamentos de saúde.

De qualquer forma, o normativismo é refutado por Boorse (1975) com base no argumento que, se fosse válida uma interpretação valorativa da saúde, não se poderia chamar de doença os fenômenos patológicos em plantas e animais. Assim, a expressão “saúde animal”, de uso corrente na medicina veterinária, não seria nada mais do que uma analogia instrumental. Por outro lado, o naturalismo de Boorse, fundamentado na biologia evolutiva, pretende assumir que os conceitos de saúde-doença podem ser essencialmente descritivos e, como tal, isentos de valor.

Em decorrência desta objeção, surge o conceito de Boorse (1977), que considera saúde como sendo a ausência de doença. Onde a classificação dos seres humanos em saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionando o grau de eficiência das funções biológicas, sem juízo de valor.

A Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, em 1978, promovida pela OMS tratou de regularizar o conceito de saúde. A par de suas tarefas de caráter normativo como a classificação internacional de doenças, de aspectos ambientais relacionados, elaboração de regulamentos internacionais de saúde e de normas para a qualidade da água, a OMS estruturou o processo de desenvolvimento de programas com a cooperação de países membros, no campo da saúde, como produção e não como fator de análise isolada (PEREIRA, 1995).

A Conferência de 1978 enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Destacou a responsabilidade governamental na promoção da saúde, bem como a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde. Foi uma estratégia baseada nos seguintes pontos:

- 1) As ações de saúde devem ser práticas, exequíveis e socialmente aceitáveis;
- 2) As ações de saúde devem estar ao alcance de todos, pessoas e famílias, portanto, disponíveis em locais acessíveis à comunidade;
- 3) A comunidade deve participar ativamente na implantação e na atuação do Sistema de Saúde;

4) Os custos dos serviços de saúde devem ser compatíveis com a situação econômica da região e do país.

A saúde não se tratava de um objetivo setorial, mas sim de um objetivo de cada indivíduo e da sociedade, que envolve um sistema educativo, trabalho, um sistema de proteção social, redistribuição de riqueza, acessibilidade aos serviços e proteção. Contudo, a saúde é causa e consequência do processo de desenvolvimento social e econômico do país, necessitando de integração do Sistema Nacional de Saúde com este processo (MISOCZKI, 2002).

Com base neste contexto, a Constituição Brasileira de 1998, em seu artigo 196, evita discutir o conceito de saúde, estabelecendo o seguinte princípio: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. O Sistema Único de Saúde (SUS), por sua vez, é norteado por este princípio, que colabora para o desenvolvimento e a conquista da dignidade pelos brasileiros, como cidadãos e como seres humanos (SCLIAR, 2007).

2.2.1 A Saúde no Brasil

A reforma do setor da saúde é a denominação dada às iniciativas de inovação no modelo organizacional de atenção à saúde nas economias centrais européias, desde os anos 70. As reformas ocorridas nos Sistemas de Saúde tem importância histórica devido às inovações e incentivos para a criação de um ambiente institucional favorável à melhoria da eficiência dos provedores de atenção à saúde. Além disso, essas reformas causaram uma difusão supranacional das inovações gerais ou pontuais, criadas a partir de contextos institucionais específicos (NEGRI e GIOVANNI, 2001).

Ao final dos anos 70, iniciou no Brasil um movimento em prol da modificação do Sistema de Saúde vigente. Este movimento foi denominado, Movimento de Reforma Sanitária, movimento este que acompanhou a luta pela democratização do país, intensificando-se nos anos 80. O Sistema idealizado por este Movimento de Reforma Sanitária pretendia que houvesse um predomínio do Estado, na execução das macro-funções de financiamento, regulação e prestação dos serviços de saúde. Trata-se de uma proposta de um sistema de serviços de saúde, de domínio estatal (NEGRI e GIOVANNI, 2001).

Segundo Nodari (2010), os principais problemas, relacionados a este Sistema de Saúde Pré-Reforma, desenvolveram a base do direcionamento da formulação das políticas de saúde e consistiam na profunda crise das condições abaixo:

- 1) desigualdade no acesso aos Serviços de Saúde: Desde início da década de 20, até meados de 1977, existiram inúmeras mudanças, na forma com que era oferecida a assistência médica, além de aposentadorias e pensões, por parte das empresas a seus empregados. Neste período foram criados: as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's), os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cada vez contando com maior participação do Estado. Assim, a população que necessitasse de assistência médica, precisava pagar por ela, ou ser atendido por instituições filantrópicas, ou ser um trabalhador vinculado formalmente ao mercado de trabalho;
- 2) os custos: Desde o século XIX até a Reforma Sanitária, a assistência médica no Brasil foi caracterizada pela compra de serviços privados, o que ocasionou o crescimento desordenado dos gastos, além da diversificação excessiva das formas de remuneração dos serviços e a multiplicidade e descoordenação das instituições;
- 3) o financiamento: O direito à assistência à saúde estava condicionado à contribuição do trabalhador. Não havia uma consolidação clara do papel do Estado e com a falta de políticas que privilegiasse ações médicas preventivas, os recursos eram escassos. A principal medida proposta pela Reforma Sanitária foi a criação de um Fundo Único de Saúde, público e capaz de financiar as ações preventivas e curativas;
- 4) a gestão: Altamente centralizada com o objetivo de controlar e disciplinar a força de trabalho, através da empresa ou da associação Estado-empresa.

Segundo Bordin (2002), a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, em 1986, e as propostas dela emanadas são o divisor de águas na história das políticas nacionais de saúde. A VIII Conferência Nacional de Saúde foi o marco de debate, da reforma sanitária brasileira, buscando ampla reestruturação financeira, organizacional e institucional do setor público de saúde, com três objetivos principais (BRASIL, 1987):

- 1) transferir a responsabilidade da prestação da assistência à saúde do governo da União para os governos locais;

- 2) consolidar o financiamento e a provisão de serviços públicos de saúde, orientando-os para a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção;
- 3) facilitar a participação efetiva da comunidade no planejamento e controle do sistema de saúde.

Pinheiro (1995) considera a VIII Conferência, como marco fundamental da transição, em que consagrou o projeto da reforma sanitária do Brasil, representando um avanço técnico, na introdução de inovações de gestão pública, bem como um marco político legitimado pelo conjunto da sociedade.

2.3 SISTEMAS DE SAÚDE

O surgimento do sistema de serviços de saúde de dominância estatal foi no Reino Unido, na década de 50. Esse sistema é o modelo que hoje é adotado por vários países da união européia como Itália, Espanha e Suécia. O Brasil também adota este modelo, que preconiza um padrão organizacional de Sistema Nacional de Saúde de forte presença do Estado na gestão e financiamento (NODARI, 2010).

O Sistema de Saúde de um município tem como objetivo a promoção da saúde da população, a saúde e o Sistema de Saúde devem ser entendidos como componente de qualidade de vida, bem como deve ser entendida sua importância econômica dentro de um município. Segundo Oliveira (2005), a expressão “promoção da saúde” foi usada pela primeira vez em 1974, pelo Ministro da *National Health and Welfare* (Saúde em Bem-Estar Nacional) do Canadá, Marc Lalonde, num documento chamado *The New Perspectives on the Health of Canadians* (Novas Perspectivas Sobre a Saúde dos Canadenses).

Em um sistema de saúde, encontram-se uma série de pessoas, entre, profissionais especializados, pacientes e a população. Um sistema de saúde tem como objetivo a promoção da saúde da população, sendo a saúde entendida como um componente da qualidade de vida. O alcance deste objetivo se dá através da administração de um serviço de qualidade, com eficácia e eficiência (RIBEIRO, 1993).

Conforme Castro (2002), a melhoria do estado de saúde, ou até mesmo a cura, não está à venda no mercado, são cuidados de saúde, que poderão resultar em um estado de saúde. McGuire, et al. (1992) introduziram o conceito de necessidade, relacionando a demanda por saúde com a expressão “necessidade por serviços de saúde”, que é um conceito relativo, pois

resultante do julgamento da sociedade e do indivíduo sobre os custos e benefícios de um determinado tratamento e sua importância.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu *World Health Report 2000*, definiu que um sistema de saúde deve ter as seguintes funções: gestão, criação de recursos, prestação de serviços e financiamento, enfatizando a importância do governo desempenhar o papel de gestor do sistema. Também definiu que os sistemas de saúde como o conjunto de atividades com o propósito principal de promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WHO, 2000).

Para Hsiao (2003), sistemas de saúde, da mesma forma que outros sistemas socioeconômicos, evoluem em contextos históricos, culturais e políticos exclusivos. Evoluem para atender às necessidades sociais. Trata-se de um meio para atingir um fim. Elias (2009) define sistemas de saúde como construções sociais, que tem o objetivo de garantir os meios para que os indivíduos façam frente a riscos sociais, como o de adoecer e necessitar de assistência, assistência essa que, por seus próprios meios, não teriam condições de prover e tem como compromisso primeiro a garantia ao acesso aos bens e serviços disponíveis a cada sociedade para a manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos.

Um sistema de saúde é uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que resulta na prestação de serviços de saúde para a população (ROEMER, 1991). Mendes (2002) considera sistemas de serviços de saúde como respostas sociais organizadas para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e tempo.

Segundo Mendes (2002), a estruturação dos sistemas de saúde é bastante complexa e compõe-se de elementos distintos, variáveis segundo as características de cada país, que se inter-relacionam para dar alguma resposta aos problemas de saúde de determinada população. Porém, essas relações não são harmônicas, mas sim dialéticas, fazendo com que os sistemas de serviços de saúde funcionem em conflito e segundo trajetórias bastante próprias. Geralmente buscam a consecução de um conjunto de objetivos compartilhados.

De uma forma complexa e multicausal, os Sistemas de Serviços de Saúde tem se organizado de forma diferenciada entre os países. Porém os Sistemas de Serviços de Saúde tem objetivos comuns, como: restaurar; proteger; e promover a saúde de seus cidadãos. Estes objetivos independem da forma de organização social e econômica (MENDES, 2007).

Mendes (2007) destaca como sendo os principais objetivos dos Sistemas de Serviço de

Saúde: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento dos cidadãos; a efetividade dos serviços de saúde; a eficiência dos serviços de saúde.

Quanto aos componentes atores de um Sistema de Saúde, Mendes (1993) destaca a população e as instituições prestadoras de serviços, apesar de existirem outros atores, entre eles: universidades; conselhos profissionais; indústria farmacêutica. A articulação destes atores é de fundamental importância para atingir aos objetivos do Sistema de Saúde.

Para Junior e Messias (2005), o que vai delinear e caracterizar os Sistemas de Serviços de Saúde é o papel que o Estado desempenha, quais as suas intervenções e como articula os interesses dos diversos componentes do sistema. Desta forma, dependendo dos papéis destinados ao Estado e a iniciativa privada, é que vão se organizar os três tipos principais de Sistemas de Serviços de Saúde, conforme demonstrado por Nodari (2010) na Figura 2.

	Sistema de Dominância Estatal Modelo Beveridge	Sistema de Seguros Sociais Obrigatórios Modelo de Bismarck	Sistema de Dominância de Mercado
Características Principais	Baseado no financiamento fiscal, universalidade de acesso e gratuidade da atenção à saúde em todos os níveis de complexidade	Fundado no seguro social, na estrutura corporativa e no acesso condicionado pela situação de emprego	Organizado a partir da capacidade de compra de seguro-saúde pelos indivíduos e empresas, acesso dependente da capacidade de consumo do cidadão (consumidor)
Gestão Orçamentária	Governamental	Não Governamental	Não Governamental
Trabalho Médico	Assalariados ou Remuneração por capitação	Contratados pelos fundos de seguro social e médicos liberais pagos por honorários	Contratados pelas seguradoras privadas de saúde
Modelo de Propriedade	Estatal	Não Estatal	Não Estatal
Financiamento	Predominantemente por impostos	Predominantemente por cotas de empregados e empregadores para seguro social	Predominantemente por cotas de empregados e empregadores para seguro social

Figura 2 – Sistemas de Serviços de Saúde

Fonte: Nodari (2010).

2.3.1 O Sistema de Saúde no Brasil

No século XX, o Sistema de Saúde Brasileiro seguiu o processo de países latino-americanos, se desenvolvendo da seguinte forma:

Em 1920, ocorreu a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Posteriormente, em 1923 instituiu-se o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), financiadas pelo governo, empresas e empregados, tendo sua organização a cargo das empresas ou categorias profissionais; excluindo do sistema as pessoas que não pertenciam a nenhuma destas categorias (ESCOREL et al., 2005).

Durante a década de 30, a estrutura das CAP's foi somada a dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), autarquias do governo federal, supervisionadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Ainda nos anos 30, foram ainda criados os institutos de marítimos (IAPM), industriários (IAPI), comerciários (IAPC), estiva e transporte de cargas (IPTEC) e bancários (IAPB). Por fim nos anos 40, datou a criação do instituto dos servidores do Estado o último destes institutos (MÉDICI, 2007).

Nas décadas de 40 e 50, as CAP's e IAP's eram as únicas alternativas de assistência médica, prestada pelas organizações aos trabalhadores formais. Serviços de assistência médica adequados às necessidades da população eram mantidos por poucos Estados e Municípios. Ainda nessas décadas, alguns estabelecimentos filantrópicos eram um dos poucos meios de atendimento e cuidados de saúde aos cidadãos pobres e indigentes. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que mantinha alguns hospitais especializados em doenças transmissíveis e em psiquiatria (MUNHOZ, 2009).

Segundo Weiland (2009), a assistência médica prestada pelos IAP's excluía muitos trabalhadores formais e informais, tanto urbanos como rurais. Estes trabalhadores eram excluídos por não pertencerem a atividades ou categorias profissionais cobertas pelos IAP's e pela estrutura das CAP's, estruturas estas ainda remanescentes. Segundo Médici (2007), a exclusão, somada a outras deficiências nas estruturas de assistência médica dos IAP's, precipitaram a reunião dessas estruturas, permitindo maior abrangência no atendimento, o que foi consumada através da Lei Orgânica da Previdência Social de 1960.

O governo autoritário, instituído com o golpe militar de 1964, criou as condições necessárias à alteração do sistema de previdência social e assistência médica existente. Em 1967, juntamente com as reformas administrativa, fiscal e financeira, foi realizada a reforma

previdenciária. A reforma uniu cinco dos seis IAP's, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a ser responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais, com contribuição na época de 8% dos seus salários, somados aos 8% da folha das empresas (WEIAND, 2009).

Os trabalhadores autônomos ou empregadores (individualmente) que contribuísem em dobro para o INPS (16% de sua renda básica), também passaram a ter cobertura. O que gerou problemas para as instituições de assistência médica da previdência social, pois os estabelecimentos não davam conta do incremento da clientela do INPS. Fez-se necessário não apenas ampliar as instalações de assistência médica da previdência, mas contratar uma rede maior de estabelecimentos privados que, mediante processos de compra e venda de serviços médicos por unidade de serviço (US), passariam a integrar a rede de assistência do INPS. Com exceção do filantrópico, o setor privado não contava com uma rede de estabelecimentos de grande proporção. Foi necessário ampliar esta rede para dar conta da nova demanda governamental. O financiamento de boa parte desta expansão se deu através de recursos públicos, oriundos do Fundo de Apoio a o Desenvolvimento Social (FAS), fundo este, que havia sido criado em 1974, formado por recursos das loterias federal, loteria esportiva e por saldos operacionais da Caixa Econômica Federal (CEF) (MUNHOZ, 2009).

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, com o desdobramento do INPS em três institutos: o de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), que administrava e recolhia recursos; o INPS, que continuou com as funções de administração, cálculo, concessão e pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais; e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com a finalidade de somente administrar o sistema de saúde previdenciária (MÉDICI, 2007). A criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS) consolidou a estrutura previdenciária, a qual permaneceu quase inalterada até os anos 80 (MUNHOZ, 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado somente a partir da Constituição Federal de 1988, que instituiu como dever do Estado garantir o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros. A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: inicialmente criou-se o SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde; em seguida, a incorporação do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS (BERTONE, 2002).

A Constituição previu, ainda, três fundamentos do sistema: a universalização do acesso às ações e aos serviços de atenção à saúde, a integralidade da cobertura dos serviços e a equidade na distribuição dos recursos públicos (BERTONE, 2002).

Segundo Munhoz (2009), a universalidade diz respeito à extensão das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a todos os cidadãos, sem distinção ou restrição. Oferecendo assim uma ampla gama de serviços sanitários, socialmente necessários, sem custo. Os cidadãos teriam ainda a possibilidade de recorrer aos serviços suplementares promovidos por sistemas privados. Quanto à integralidade, Munhoz (2009) relata que tem como objetivo promover ao cidadão uma atenção abrangendo as ações de tratamento, reabilitação, promoção e prevenção, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade do SUS.

Por fim, a equidade, definida pela Sociedade Internacional de Equidade em Saúde, na Conferência sobre Equidade em Saúde de Havana de 2000, como a inexistência de diferenças e potencialidades remediáveis em aspectos da saúde que se manifestam em grupos populacionais definidos sociais, demográfica ou geograficamente (STARFIELD, 2006).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), também, determinou os princípios organizacionais do SUS: descentralização, hierarquização da prestação de serviços, gestão unificada e pactuada entre as três esferas de governo e controle social por meio de conselhos constituídos por vários segmentos da sociedade civil organizada. Nessa lei também foi definido que uma das atribuições do SUS é o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na esfera de atuação do sistema (BERTONE, 2002).

A descentralização trata do processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais que embasam o SUS. E definem atribuições comuns e competências específicas a cada uma das esferas de governo envolvidas (BRASIL, 1999). A municipalização por sua vez reconhece os municípios, através das Secretarias Municipais de Saúde, como principais responsáveis pela saúde da população. Isso implica a transferência dos recursos necessários para o exercício pleno das funções de coordenação, planejamento, negociação, controle, acompanhamento, avaliação e auditoria da saúde local. Desta forma, os serviços de saúde deveriam ficar mais próximos dos cidadãos e de seus problemas. O processo da municipalização e descentralização da gestão do SUS oportunizou a criação dos SILOS ou DS (MUNHOZ, 2009).

2.3.2 Sistemas Locais de Saúde

Sistemas Locais de Saúde é uma denominação genérica, denominação esta que em alguns países é conhecida como Distritos Sanitários. Segundo Almeida (1998), Sistemas Locais de Saúde é um processo de regionalização, onde se pretende disponibilizar acesso e cobertura da atenção de forma universal, atingindo toda a população, melhorando seus níveis e condições de saúde, com o máximo de eficácia e eficiência nos aspectos técnico-operacional, político, econômico e social.

Kalmanovitz (1988) considera que os modelos de desenvolvimento da área de saúde implementados pelos países capitalistas, direcionados pela planificação centralizada e baseados na idéia do Estado de Bem Estar Social, demonstraram sua insuficiência desde a década de 70, impulsionando o debate sobre a necessidade de redimensionamento de seu papel. Estes debates oportunizaram o surgimento dos SILOS como resposta à crise dos países latino-americanos.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) produziram ampla literatura que destaca a necessidade de transformação dos Sistemas Nacionais de Saúde na América Latina, apontando os SILOS como importantes para esta transformação (MENDES, 1993). Os SILOS, que foram apresentados na Conferência Sanitária Pan-Americana de 1986, como modelos conceituais com base na distritalização e com hierarquização dos níveis de atenção. Segundo Paim (1999), na década de 80 os princípios da saúde comunitária já estão integrados as primeiras iniciativas de reforma da saúde em países subdesenvolvidos, com a denominação atualizada de SILOS.

Os SILOS proporcionam a participação da sociedade no planejamento, execução e avaliação. Nos SILOS, os conhecimentos e tecnologias disponíveis devem ser integrados. Os processos de intersetorialidade, existentes nos SILOS, podem se transformar em pólos de desenvolvimento, identificando e viabilizando soluções, podendo impactar na mudança das condições reais de vida das pessoas, enfim na saúde (MERHY et al., 2004).

Conforme a Lei orgânica da Saúde, Lei 8.080/90, em seu parágrafo 2º do Artigo 10, “no nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde” (BRASIL, 1990).

Os SILOS são definidos por um espaço populacional determinado, levando em conta os recursos para a saúde e o desenvolvimento social existente nele, respondendo aos processos de descentralização do Estado e do setor saúde, as necessidades da população e a estrutura de uma rede de serviços, que se organiza para facilitar a contenção integral das ações (MENDES, 1993). Ao não definir com precisão as atribuições de cada esfera de governo, a Lei 8.080/90 contribui para movimentos de alteração nas relações de hierarquia entre união e os demais entes federativos, dificultando a adoção de formas regionalizada e hierarquizada de organização da rede. Criando uma demanda permanente em torno de objetivos e metas pactuadas entre as esferas de Governo, caracterizando o federalismo (LEVCOVITZ, 1997).

Quanto à capacidade dos SILOS, Paganini e Chorny (1990) consideram que a capacidade tecnológica que possibilite uma adequada resolução de problemas de saúde deve se dar através dos SILOS. Também, deve ter uma adequada capacidade técnico-administrativa nas áreas de planejamento, administração, informação e epidemiológica, contando com um conjunto mínimo de recursos humanos adequados.

Na construção dos Sistemas Locais de Saúde, estão envolvidos conceitos chave, como: descentralização; territorialização; intersetorialidade; recursos humanos; entre outros. A idéia de descentralização tomou impulso entre os países centrais, como parte de uma estratégia de enfrentamento à crise dos Estados de Bem-Estar-Social (PAGANINI e CHORNY, 1990).

2.3.3 O Sistema de Saúde de Caxias do Sul

A partir da descentralização da gestão do SUS, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Caxias do sul, passou a ser a responsável pela Gestão Plena do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de Caxias do Sul, e nos 48 municípios que fazem parte da região de abrangência da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde. Desta forma, são de responsabilidade da SMS, a formulação e implantação de políticas, programas e projetos que tenham como objetivo a promoção de uma saúde de qualidade à população usuária do SUS (WEIAND, 2009).

No Sistema Único de Saúde (SUS) de Caxias do Sul, as Unidades Básicas de Saúde (UBS's), existentes no Município, são o primeiro passo dos usuários para a busca de

atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), buscando cuidados aos seus problemas e atenção às suas necessidades básicas de saúde (SMS, 2011).

Hoje, Caxias do Sul possui uma rede de 44 UBS's, que são as primeiras referências da população para acesso a serviços de assistência à saúde, ações de prevenção de doenças e promoção do autocuidado. Destes serviços destacam-se consultas nas áreas de clínica, ginecologia, obstetrícia, pediatria, enfermagem e nutricional, além de distribuição de medicamentos, que são selecionados através de critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a partir do perfil epidemiológico da população, hoje a SMS tem uma relação de aproximadamente 118 itens selecionados (SMS, 2011).

O SSCX também conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), que é um programa com a finalidade de prestar socorro de emergência à população. O serviço está disponível 24 horas por dia, sete dias por semana (SMS, 2011).

O atendimento é feito após a chamada telefônica pelo número 192, que é atendida por técnicos que fazem a triagem da emergência e após transferem para o médico, que faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento, orientando o paciente ou a pessoa que originou a chamada, até a chegada da equipe para atendimento. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é composto por equipes de profissionais de saúde, que realizam atendimentos de urgência e emergência, em residências, locais de trabalho e vias públicas (SMS, 2011).

Quanto à assistência hospitalar, o Sistema de Saúde de Caxias do Sul (SSCX) tem suporte de oito hospitais, que prestam atendimento básico, de média e de alta complexidade. São prestadores de serviços com vínculo direto ao Sistema Único de Saúde (SUS) os hospitais, Pompéia, Geral, Círculo, Virvi Ramos e a Clínica Paulo Guedes. Os demais hospitais, da Unimed e Saúde, também fazem parte do Sistema de Saúde de Caxias do Sul (SSCX), através do Sistema de Saúde Suplementar e de Desembolso Direto.

O SSCX é composto por diversos atores, sendo que os atores vinculados aos SUS possuem registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000. Por outro lado existem outros atores que não são vinculados ao SUS, mas fazem parte do SSCX, e devem ser identificados (MUNHOZ, 2009).

O CNES abrange a totalidade dos Estabelecimentos de saúde do país e pode ser acessado via internet no site <<http://cnes.datasus.gov.br>>, possibilitando diversas consultas

pré-configuradas ao cadastro. Abaixo na Figura 4, é apresentada uma consulta realizada no sistema, referente aos estabelecimentos credenciados em Caxias do Sul, por tipo e unidade de estabelecimentos.

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		13/4/2011 DATASUS
CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE		
RELATÓRIO POR UNIDADE		
ESTADO:RIO GRANDE DO SUL MUNICIPIO:CAXIAS DO SUL		
	Descrição	Total
	POSTO DE SAUDE	5
	CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	51
	POLICLINICA	29
	HOSPITAL GERAL	7
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	1
	CONSULTORIO ISOLADO	616
	CLINICA ESPECIALIZADA/AMBULATORIO DE ESPECIALIDADE	198
	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	86
	UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSP - URGENCIA/EMERGENCIA	4
	CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	1
	LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA LACEN	1
	SECRETARIA DE SAUDE	2
	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	4
	PRONTO ATENDIMENTO	1
	TOTAL	1006

Figura 3 – Estabelecimentos de saúde registrados no CNES, para Caxias do Sul

Fonte: CNES/DATASUS (2010).

Segundo Munhoz (2009), um sistema local de saúde apresenta como característica fundamental a interação entre os agentes que o compõe. Desta forma, para atender com efetividade a missão de gerar o bem-estar para a comunidade do município, o SSCX deve apresentar o máximo de interações possíveis entre os seus atores. Em seu estudo, o autor identificou os atores do SSCX e desenvolveu o que ele chamou de modelo ampliado do SSCX. A seguir na Figura 4 é demonstrado o modelo ampliado do SSCX.

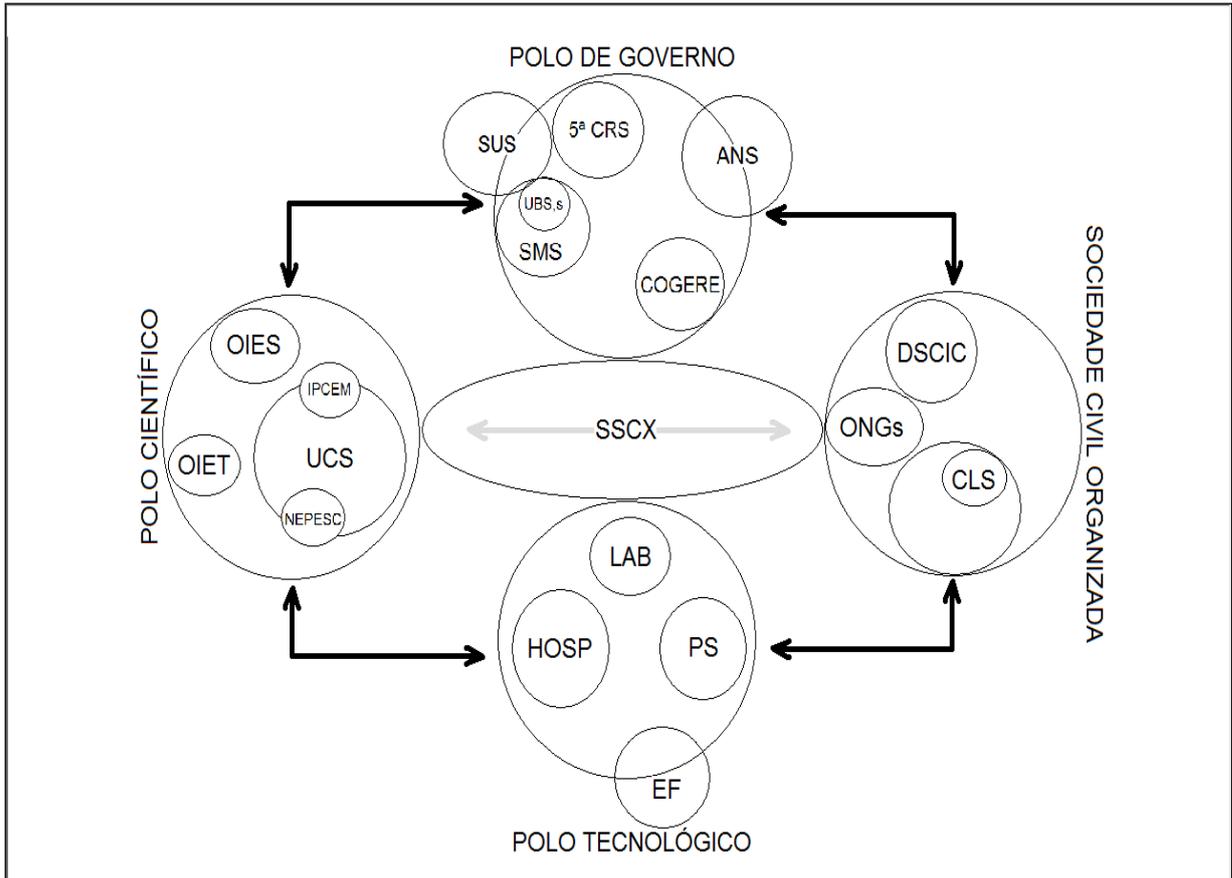


Figura 4 – Modelo ampliado do SSCX

Fonte: Adaptado de Munhoz (2009).

3 MÉTODO DA PESQUISA

Neste capítulo é apresentado o tipo de pesquisa. São tratados aspectos relativos à escolha do método de pesquisa, apontando justificativas que se referem à adequação do método ao caráter da pesquisa.

Este estudo foi dividido em duas partes: Qualitativa, de caráter exploratória com estratégia de estudo de caso e método de coleta de dados envolvendo entrevistas semiestruturadas; e, Quantitativa, com método de coleta de dados envolvendo aplicação de questionário estruturado com opções de concordância de 1 a 5, baseada na escala Likert.

O método de pesquisa é uma preocupação instrumental, onde se estabelece os procedimentos lógicos que serão utilizados na investigação científica dos fatos da natureza e da sociedade (GIL, 2007). A metodologia de pesquisa é o caminho do pensamento a ser seguido, tomando assim um lugar central na teoria, tratando-se de um conjunto de técnicas a ser adotado para construir uma realidade. É a forma de manter o pesquisador consciente dos limites e possibilidades do projeto (DEMO, 2002).

Cooper e Schindler (2003) consideram que a aplicação da metodologia de pesquisa possibilita habilidades necessárias para resolver problemas e desafios de um ambiente de tomada de decisões. O estudo da metodologia de pesquisa é de um procedimento intelectual para adquirir conhecimentos pela investigação de uma realidade e busca de novas verdades sobre um determinado fato (FACHIN, 2001).

A pesquisa, segundo Vergara (2007), pode ser caracterizada por dois critérios básicos: 1º) quanto aos fins, como exploratória e descritiva; e 2º) quanto aos meios de investigação, como uma pesquisa de campo, suportada pela pesquisa bibliográfica, mediante um estudo multicaso. É um conjunto de atividades orientadas para buscar um determinado conhecimento e deve ser feita de um modo sistematizado, utilizando-se para isto um método próprio, técnica específica, visando um conhecimento adequado à realidade empírica (RÚDIO, 2001).

3.1. ETAPAS DA PESQUISA

A pesquisa foi dividida em duas partes: a qualitativa que se subdivide em duas etapas e a quantitativa. Também para maior detalhamento a pesquisa será desenvolvida em 6 (seis)

estágios, com o objetivo de facilitar o entendimento do trabalho. Estes estágios podem ser melhor visualizadas abaixo (Figura 5).

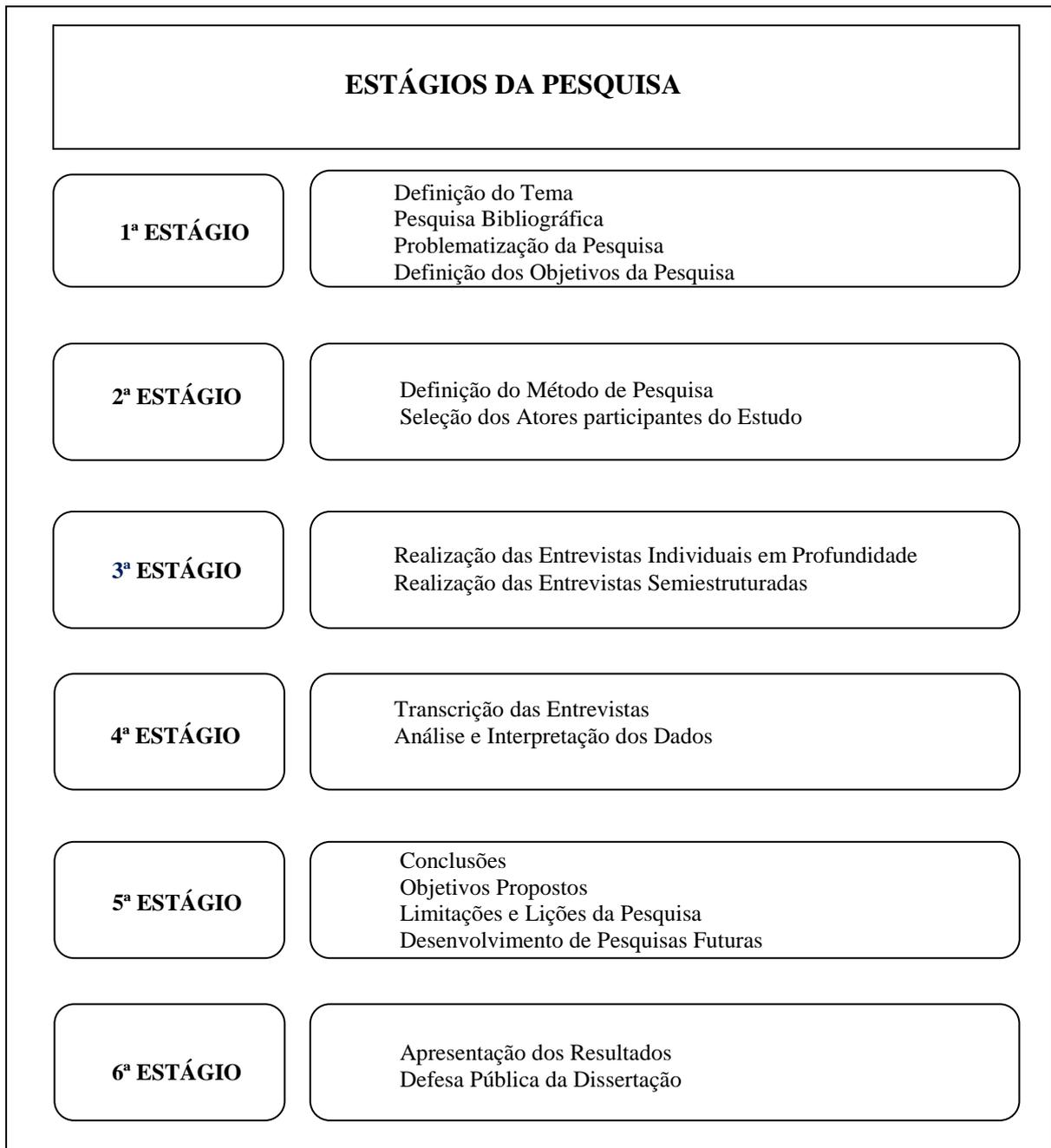


Figura 5 – Estágios da pesquisa

Fonte: Elaboração Própria.

3.2. ETAPA EXPLORATÓRIA

Flick (2004) afirma que as pesquisas qualitativas analisam casos concretos em suas particularidades, partindo das expressões das pessoas e das suas atividades em seus contextos locais. A abordagem qualitativa não é caracterizada como uma proposta rigidamente estruturada, pois permite aos pesquisadores produzir trabalhos explorando novos enfoques (GODOY, 1995).

As técnicas qualitativas focam a experiência das pessoas e seu respectivo significado em relação a eventos, processos e estruturas, inseridos em cenários sociais (SKINNER, TAGG e HOLLOWAY, 2000). Os métodos qualitativos são menos estruturados e mais intensivos que a aplicação de questionários estruturados, permitindo um maior relacionamento e flexibilidade e, conseqüentemente, atingindo uma maior profundidade e riqueza proveniente de dados (AAKER, KUMAR e DAY, 2004).

Minayo (2003, p. 30) define:

“A contribuição da abordagem qualitativa para a compreensão do social pode ser colocada como teoria e método. Enquanto teoria, ela permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, grupos particulares e expectativas em alto grau de complexidade. Enquanto método caracterizado pela empírica e pela sistematização, a abordagem qualitativa propicia a construção de instrumentos fundamentados na percepção dos atores sociais, tornando-se assim válida, como fonte para o estabelecimento de indicadores, índices, variáveis e hipóteses”.

A pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada. Não procura enumerar, medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Busca compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995).

Para Miles e Huberman (1994), os estudos qualitativos, em algumas vezes, são montados para explorar uma nova área e construir ou emergir dela uma teoria. Os métodos qualitativos representam uma mistura do racional, intuitivo e de sorte, na qual as experiências pessoais do pesquisador organizacional são, às vezes, eventos-chave para serem entendidas e analisadas como dados (VAN MAANEN, 1983).

Demo (2008) considera que a pesquisa qualitativa é resultante da discussão, do diálogo, na qual o transmissor e o receptor trocam várias vezes de papéis, questionando os conceitos e as práticas, até chegarem às noções mais ou menos consensuais – evitando

deturpação e equívocos na comunicação.

Brandão e Streck (2006) consideram que a ciência é tanto qualitativa quanto cultural; não somente mera quantificação estatística, mas a compreensão da realidade. A pesquisa qualitativa não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Partindo de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, participantes da situação objeto do estudo.

A pesquisa qualitativa é caracterizada como sendo exploratória e os pesquisadores a utilizam com a finalidade de explorar o tópico quando suas variáveis e bases teóricas são desconhecidas. Desta forma na construção de um projeto de pesquisa qualitativa é o momento em que o autor irá descrever um problema de pesquisa, visando à compreensão e exploração de um conceito ou fenômeno (CRESWELL, 2007).

Segundo Gil (2007), a pesquisa exploratória é um trabalho que envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram ou que tem experiências práticas com o problema objeto da pesquisa e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Uma pesquisa exploratória tem por objetivo proporcionar uma visão geral de um determinado fato, do tipo aproximativo. Possui ainda a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para a formulação de abordagens posteriores. Desta forma, este tipo de estudo busca proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam vir a ser objeto de estudos futuros.

A finalidade da pesquisa exploratória é compreender, desenvolver, elucidar e modificar idéias e conceitos que possam servir, em estudos futuros, de base para formulação de um problema ou o desenvolvimento de hipóteses (GIL, 2002).

Para Yin (2005), as pesquisas exploratórias são utilizadas quando a teoria ainda é incipiente e são poucos os autores que se dedicaram ao seu estudo. Lakatos e Marconi (2005) asseguram que a pesquisa exploratória configura-se como uma investigação empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, visando conhecer melhor um ambiente, fato ou fenômeno para posterior análise e melhoramento.

A exploração, segundo Cooper e Schindler (2003), é utilizada quando a área de investigação é bastante nova ou bastante vaga, onde variáveis importantes podem ser conhecidas, ou não estarem totalmente definidas e os objetivos da exploração podem ser atingidos com diferentes técnicas.

Segundo Andrade (2004), o enfoque da pesquisa exploratória está em analisar a temática proposta sob um novo aspecto.

3.3 ETAPA DESCRITIVA

A pesquisa quantitativa é método de pesquisa social que utiliza estatística e que normalmente implica a construção de inquéritos por questionário (GIL, 2007). Segundo Triviños (2007), o estudo descritivo busca descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, podendo estabelecer relações entre as variáveis, denominando-se assim de estudo descritivo ou correlacional.

3.4 ESTUDO DE CASO

Entre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo de caso mostra-se adequado a investigações empíricas, justamente por se caracterizar pelo estudo profundo e exaustivo de um objeto e por permitir seu amplo e detalhado conhecimento (MALHOTRA 2005). Para Denzin e Lincoln (2005), o estudo de caso qualitativo se caracteriza pelo dispêndio estendido de tempo por parte dos pesquisadores no campo, no contato pessoal com as atividades e operações do caso, refletindo e revisando significados do que está acontecendo.

Para Yin (2005), o estudo de caso é importante quando o objetivo é fazer a investigação de temas complexos sobre uma condição atual, onde os limites entre o contexto e a condição de pesquisa não estão claramente definidos. Corresponde a uma investigação empírica e abrangente, necessitando de uma lógica de planejamento, para a coleta e a análise de dados, onde o estudo de caso pode ser único ou um estudo múltiplo.

Em relação à consistência do estudo de caso como método de pesquisa, segundo Gil (2002), é caracterizado pelo estudo aprofundado e exaustivo de um ou poucos objetos, permitindo seu amplo e detalhado conhecimento, como: a) explorar situações da vida real

cujos limites não estão claramente definidos; b) preservar o caráter unitário do objeto estudado; c) descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação; d) formular hipóteses ou desenvolver teorias; e e) explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos, o que é praticamente impossível mediante outros delineamentos.

Gil (2002) define três razões que justificam o estudo de caso como uma estratégia apropriada: a) a possibilidade de estudar sistemas no ambiente natural, de aprender sobre o estado da arte e de gerar teorias a partir da prática; b) a possibilidade de responder a perguntas do tipo como? e por quê? ou seja, compreender a natureza e a complexidade do processo em jogo; c) a possibilidade de pesquisar uma área na qual poucos estudos prévios tenham sido realizados.

O estudo de caso, segundo Malhotra (2005), é dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o que se mostra mais adequado a investigações empíricas, por se caracterizar pelo estudo profundo e exaustivo de um objeto, de forma que permita seu amplo e detalhado conhecimento. Malhotra (2005) também classifica a entrevista individual em profundidade como a técnica fundamental da pesquisa qualitativa, que tem como propósito descobrir as questões implícitas, onde o respondente é induzido a comentar sobre suas crenças, atitudes e informações subjacentes ao tema que está sendo estudado.

Segundo Roesch (2005), o estudo de caso pode ser único ou múltiplo e a unidade de análise pode ser um ou mais indivíduos, grupos, organizações, eventos, países ou regiões. Goode e Hatt (1977) afirmam que, dentre as limitações decorrentes da utilização do estudo de caso, o pesquisador ordinariamente não será capaz de generalizar com segurança, em decorrência da base de análise ser um grupo pequeno de casos. Porém ressaltam que a profundidade da perspicácia dada pelo estudo do caso fornecerá hipóteses úteis para um estudo complementar, posterior ao caso.

Patton e Appelbaum (2003) defendem o uso do estudo de caso em administração, por entenderem que ele oferece uma oportunidade para obtenção de uma visão abrangente de um processo, ao invés de uma visão reducionista e fragmentada. Consideram o estudo de caso ideal para compreender as organizações, visto o difícil controle e mensuração das observações presentes nas ciências naturais e dada a visão sistêmica que pode ser utilizada para entender estes fenômenos de forma plena.

3.4.1 Escolha do Caso

Após a definição do tipo de pesquisa, a escolha do estudo de caso, a próxima etapa é selecionar os casos a serem estudados. Miles e Huberman (1994) sugerem uma lista de questões que podem ser utilizadas para auxiliar a determinar se o critério de escolha dos casos foi adequado. Segundo os autores, o pesquisador deve considerar as seguintes questões: a) a amostra escolhida é relevante para o quadro referencial e para as questões de pesquisa? b) o fenômeno no qual o pesquisador está interessado pode ser identificado na amostra? c) os casos escolhidos permitem comparação e algum grau de generalização? d) as descrições e explicações que podem ser obtidas a partir dos casos estudados guardam consonância com a vida real? e) os casos selecionados são considerados viáveis, no sentido de acesso aos dados, custo envolvido, tempo para coleta de dados? f) os casos escolhidos atendem a princípios éticos?

3.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados no estudo de caso é mais complexa porque, diferentemente da maior parte das pesquisas, no estudo de caso utiliza mais de uma técnica no processo de coleta de dados, sendo fundamental para garantir a qualidade dos dados obtidos (GIL, 2002).

Para alcançar os objetivos gerais e específicos deste estudo, se faz necessário a coleta de dados primários e secundários.

Os dados primários serão coletados através da técnica de entrevistas individuais em profundidade, realizadas através de entrevistas semiestruturadas, utilizando-se de questionário semiestruturado. Este procedimento será efetuado tanto na primeira etapa, quando da segunda etapa da pesquisa. Creswell (2002) afirma que as entrevistas individuais e em profundidade permitem ao pesquisador observar características, a desenvoltura e a percepção do entrevistado sobre o assunto abordado. Para realização destas entrevistas semiestruturadas, foram considerados os perfis dos entrevistados, bem como a sua disponibilidade de tempo, procurando não extrapolar o tempo máximo de uma hora, tempo este sugerido por Wolcott (1994) como sendo o ideal para o aproveitamento e consistência dos dados verbalizados.

Os dados secundários, por sua vez, serão originários da revisão da bibliografia, informações de periódicos, teses e artigos; bem como, do acesso aos bancos de dados oficiais referentes ao tema pesquisado. A coleta desses dados secundários formou a base que

compõem o referencial teórico utilizado neste estudo, sendo esta coleta de extrema importância para a construção desta pesquisa (LUNA, 1999).

3.5.1 Entrevista em Profundidade

A entrevista individual em profundidade é a técnica fundamental da pesquisa qualitativa e tem como propósito descobrir as questões implícitas, onde o respondente é induzido a comentar sobre suas crenças, atitudes e informações subjacentes ao tema em estudo (MALHOTRA et al., 2005). Consiste no método em que o entrevistador fica em frente ao entrevistado, tendo a oportunidade de explorar em profundidade um determinado problema de pesquisa.

Segundo Gil (2007), as entrevistas podem ser focalizadas por pautas e formalizadas, a partir do nível de envolvimento do entrevistador durante a conversação. Ainda, segundo o autor, as entrevistas informais são desenvolvidas de maneira mais espontânea, porém distingue-se de uma simples conversa por ter como objetivo a coleta de dados. Da mesma forma, a entrevista focalizada apresenta uma espontaneidade e liberdade, porém é orientada a um objetivo prévio. Já na entrevista por pautas, identifica-se certa estruturação, partindo da elaboração de um instrumento que oriente os principais pontos a serem explorados. E, por fim, as entrevistas estruturadas, que prevêem o desenvolvimento de perguntas pré-definidas e que são apresentadas na mesma ordem e composição a todos os entrevistados da pesquisa.

Para Boni e Quaresma (2005), em entrevistas semiestruturadas, o pesquisador precisa seguir um conjunto de questões previamente definidas chamado roteiro de entrevista, mas pode fazer outras perguntas, à medida que considerar oportuno, podendo ainda ter a sua disposição perguntas tanto abertas como fechadas, permitindo ao entrevistador discorrer sobre o tema proposto.

O foco das entrevistas semiestruturadas podem ser tanto esclarecimentos quanto a elaboração dos resultados, permitindo assim que os entrevistados sejam mais espontâneos, possibilitando uma maior estrutura de comparabilidade do que em outros tipos de entrevistas (MAY, 2004). Isso justifica a escolha da metodologia para este estudo, partindo de que o presente estudo é de natureza exploratória, que deverá utilizar-se de um estudo de casos múltiplos para atender os objetivos gerais e específicos da pesquisa. Será utilizada a entrevista por pautas ou entrevista semiestruturada.

3.5.2 Questionário de Pesquisa

Na parte quantitativa da pesquisa, serão coletados dados através da aplicação de questionário estruturado a serem respondidos pelos atores do SSCX.

O questionário que foi aplicado para coleta de dados e dimensionamento deste estudo desenvolvido a partir de constructos já testado e aplicado por Cezare (2009), adaptados ao objetivo e ao referencial teórico desta proposta de pesquisa. A coleta de dados quantitativos foi realizada a partir de questionário com questões fechadas e o questionário foi tabulado a partir de uma escala Likert, conforme apêndice D. Segundo Cooper e Schindler (2003), a escala Likert é a variação mais utilizada da escala de classificação somatória, constitui-se de afirmações que expressam atitudes favoráveis ou desfavoráveis em relação ao objeto em estudo.

Para cada resposta foi atribuída um valor numérico que pode ser somado, mensurando assim as atitudes dos respondentes. O número expressa o valor atribuído para cada possível resposta, onde neste estudo será utilizada uma escala de concordância de 1 a 5 pontos, onde: 1 não, 2 muito pouco, 3 razoavelmente, 4 sim e 5 acima do esperado.

(1) Não
(2) Muito Pouco
(3) Razoavelmente
(4) Sim
(5) Acima do Esperado

Figura 6 – Modelo de escala do tipo Likert

Fonte: Adaptado de Cooper e Schindler (2003).

3.6 POPULAÇÃO

A população constituída para esta pesquisa consiste nos atores que compõem o SSCX, identificados a partir do estudo de Munhoz (2009).

3.6.1 População da Primeira Etapa

Na primeira etapa, a etapa Exploratória foram entrevistados os representantes dos atores responsáveis pela gestão do SSCX e por se tratarem de atores com visão abrangente do sistema, sendo eles: a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde; a Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul; o Conselho Municipal de Saúde, a Universidade de Caxias do Sul e a Diretoria de Saúde da CIC.

3.6.2 População da Segunda Etapa

Na segunda etapa, a etapa descritiva foram entrevistados, além dos representantes dos atores entrevistados na primeira etapa, os demais atores do SSCX, sendo assim composta a população da segunda etapa: a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde; a Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul; o Conselho Municipal de Saúde; a Universidade de Caxias do Sul; os Hospitais de Caxias do Sul; os Laboratórios Clínicos de Caxias do Sul; a Câmara de Indústria, Comércio e Serviços e as UBS do Município de Caxias do Sul.

3.7 AMOSTRA

A amostra utilizada para a primeira etapa da pesquisa foi exatamente igual à população, ou seja, trata-se de um censo, onde foi entrevistado um representante de cada ator, sendo: 01 representante da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde; 01 Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul; 01 representante do Conselho Municipal de Saúde, 01 representante da Universidade de Caxias do Sul e 01 representante da Diretoria de Saúde da representante da Câmara de Indústria, Comércio e Serviços, totalizando assim 5 (cinco) atores entrevistados.

Com o foco da pesquisa nos atores que prestem atendimento aos usuários do SUS, na segunda etapa da pesquisa foram entrevistados os 05 representantes dos atores da primeira etapa, mais 04 representantes dos hospitais filantrópicos (um por hospital), 03 representantes dos laboratórios Clínicos de Caixas do Sul; 01 representante da SMS responsável pela gestão

das UBS's. O Hospital do Círculo mesmo sendo filantrópico e prestando serviços ao SUS, por motivos internos optou por não participar da pesquisa.

Foram escolhidos para participarem da amostra da pesquisa os representantes dos Laboratórios Clínicos de Caxias do Sul que representam as três categorias definidas pelo CNES, que são: Serviços de diagnóstico por imagem; Serviços de diagnóstico por anatomia, patologia e ou citopatologia; e Serviços de Diagnóstico por Laboratório Clínico.

3.8 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para Yin (2005), a análise dos dados é a etapa mais difícil da pesquisa, onde, a análise dos dados consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas, testar, ou do contrário, recombinar as evidências quantitativas e qualitativas para tratar as proposições iniciais de um estudo.

Na pesquisa de caráter qualitativo, Gil (2007) considera que após a coleta dos dados, eles são submetidos à análise e interpretação através da técnica estatística descritiva, assim todos os dados coletados são descritos, analisados e resumidos a fim de interpretar as informações levantadas.

3.8.1 Análise de conteúdo

A Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2004), é um conjunto de técnicas de análise das comunicações com o intuito de obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens, apreendendo a mensagem principal do texto.

Análise de conteúdo trabalha com a relação da frequência de citação de determinados temas, idéias ou palavras em um texto selecionado, podendo ser resultado da transcrição de entrevistas, com o objetivo de medir o peso que o autor ou entrevistado atribuiu a um assunto determinado (CHIZZOTTI, 2006).

Para Puglisi e Franco (2005), a contextualização é um pano de fundo para a análise de conteúdo e desta forma importante para a relevância dos resultados obtidos. Assim, torna-se

importante a contextualização do trabalho por parte do pesquisador, para a compreensão por parte dos entrevistados.

Quanto às categorias de análise, foram utilizados os princípios para medir a boa governança propostos por Bovaird e Loffter (2003), os quais são: Engajamento social; Transparência; Prestação de contas; Igualdade e inclusão social; Comportamento honesto e ético; Equidade; Capacidade para competir no ambiente global; Capacidade de trabalhar efetivamente em parceria; Sustentabilidade e Respeito pelas leis.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

4.1 PESQUISA EXPLORATÓRIA

Ao término da pesquisa bibliográfica e formação do referencial teórico e conceitual, a primeira e fundamental etapa do trabalho de pesquisa teve como objetivo identificar os atores que integram o SSCX e as possíveis relações de governança existentes entre eles.

Para esta primeira etapa, foram selecionados cinco importantes integrantes do SSCX, onde três deles (5ª CRS, SMS e o CMS) aparecem na literatura como sendo importantes atores dos sistemas de saúde municipais (MUNHOZ, 2009). Os demais atores selecionados (UCS e DSCIC), que também foram estudados por Munhoz (2009), foram incluídos no estudo por escolha do próprio pesquisador com base na importância que estes atores tem para o sistema e somado a visão que estes tem do SSCX.

4.1.1 Identificação e Justificativa de seleção dos atores da primeira etapa

Os atores selecionados por Munhoz (2009) e adaptados pelo pesquisador, referente aos casos selecionados, para as duas etapas (primeira e segunda) desta pesquisa, atendem a todas as questões, estão identificados no referencial teórico e, são imprescindíveis para desenvolvimento das questões de pesquisa. Esses atores possuem grande importância no contexto do SSCX e, a partir de comparações e relatos do seu cotidiano, contribuem para a identificação das relações de governança.

4.1.2 Análise de conteúdo das entrevistas com os atores da primeira etapa

Na primeira etapa do estudo, depois de finalizada a coleta dos dados e da transcrição das entrevistas, foi efetuada a análise de conteúdo das entrevistas, através da classificação de elementos constitutivos de um conjunto conforme proposto por Bardin (2004). Para Bardin (2004), esta etapa denomina-se categorização, e é dividida em duas etapas, o inventário e a classificação, onde a primeira consiste em isolar os elementos e a segunda em repartir os elementos, procurando ou impondo organização às mensagens. A categorização das respostas

das entrevistas da primeira etapa foi extraída das próprias entrevistas, com base no questionário semiestruturado, conforme Anexo B.

Na primeira categorização, a categoria de análise são os atores indicados pelos entrevistados, onde foram encontrados cinco categorias, que são: As UBSs; os Prestadores de Serviços; o Gestor Público; As Instituições Formadoras e os Usuários. Quanto à motivação pela escolha destes atores, foi possível identificar três categorias: pela importância; pelo papel desenvolvido e pela equidade de atuação.

Na categorização identificada para as relações de governança entre os atores, se obteve duas possibilidades: Sim e Muito Frágeis; Quanto à identificação do tipo de relação existente entre os mesmos, foi possível selecionar cinco categorias de análise: competitiva; complementar; parcerias; prestação de contas e comportamento honesto e ético.

Já quanto à importância das relações identificam-se duas categorias de análise: Ações de Prevenção e Ações de Promoção a Saúde. Quanto à existência de algum tipo de rede ou atividade cooperativa entre os atores, foram encontradas duas categorias de análise: Sim e Não. Na investigação a algum evento que reúna os atores do SSCX e promova um espaço de troca e interação, foram identificadas três categorias de análise: o CMS; o COGERE e a Conferencia Municipal de Saúde.

Na identificação dos atores que fazem parte do SSCX e que prestam atendimento aos usuários do SUS, buscou-se selecionar os mesmos a partir dos estudos de Munhoz (2009), adaptando-se a presente pesquisa. Sendo assim, os atores selecionados são: A Secretaria Municipal de Saúde; a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde; o Conselho Municipal de Saúde; a Universidade de Caxias do Sul; A Câmara de Indústria, Comércio e Serviços e as UBSs de Caxias do Sul.

A seguir, foram selecionados os representantes dos atores que compõem o SSCX, bem como os que participaram da segunda etapa da pesquisa. Através das entrevistas e de consulta ao CNES, identificou-se 5 hospitais ativos e atuantes em Caxias do Sul que prestam serviços aos usuários do SUS. Quanto aos laboratórios, conforme Munhoz (2009), os mesmos são classificados como Serviço de Apoio, Diagnose e Terapia pelo CNES. Atualmente, Caxias do Sul possui 86 laboratórios cadastrados no CNES.

4.1.3 Identificação e Justificativa de seleção dos atores da segunda etapa

Para a segunda etapa da pesquisa qualitativa, foram selecionados representantes de cada um dos atores indicados na primeira etapa da pesquisa qualitativa que prestam atendimento ao SUS, e a partir da sua identificação procurou-se estabelecer contato para agendamento de entrevistas. Quando concretizado o contato, eram explanados os objetivos do trabalho e efetuada a verificação de disponibilidade e interesse em participar do estudo por parte da representante do ator contatado.

Quando o interesse em participar do estudo era manifestado, a entrevista era agendada. Os contatos foram efetuados primeiramente por e-mail e na sequência por telefone. A partir da realização de contato com todos os possíveis representantes, e realizados as entrevistas com os que aceitaram participar do estudo, foram obtidos os casos participantes deste estudo e a justificativa de sua seleção, conforme descrito nos próximos tópicos.

4.1.3.1 A Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul (SMS)

A Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul (SMS), por ter sob sua responsabilidade a gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS) em Caxias do Sul e nos 48 municípios que integram a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, se configura como um dos principais responsáveis pela saúde da população do SSCX, onde a SMS representa o governo municipal e representa localmente o governo federal, trazendo para si a gestão do SUS. Sendo a SMS o órgão responsável pela formulação e implementação de políticas, projetos e programas de promoção à saúde de qualidade à população usuária do SUS (Munhoz, 2009).

4.1.3.2 A 5ª Coordenadoria Regional de Saúde (5ª CRS)

A 5ª Coordenadoria Regional de Saúde, juntamente com a SMS, forma o polo de governo, representando o governo estadual, sendo responsável pela visão regional da saúde (Munhoz, 2009). A coordenadoria tem um papel importante, onde, juntamente com a SMS, é responsável pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde.

Alto Feliz	Flores da Cunha	Nova Roma do Sul
Antônio Prado	Garibaldi	Paráí
Bento Gonçalves	Gramado	Picada Café
Boa Vista do Sul	Guabiju	Pinhal da Serra
Bom Jesus	Guaporé	Protásio Alves
Bom Princípio	Ipê	Santa Tereza
Campestre da Serra	Jaquirana	São Jorge
Canela	Linha Nova	São José dos Ausentes
Carlos Barbosa	Monte Alegre dos Campos	São Marcos
Caxias do Sul	Monte Belo do Sul	São Vendelino
Coronel Pilar	Muitos Capões	União da Serra
Cotiporã	Nova Araçá	Vacaria
Esmeralda	Nova Bassano	Vale Real
Fagundes Varela	Nova Pádua	Veranópolis
Farrroupilha	Nova Petrópolis	Vila Flores
Feliz	Nova Prata	Vista Alegre do Prata

Figura 8 – Municípios que integram a 5ª Coordenadoria Regional de Saúde

Fonte: Adaptado do Site da SES (2012).

4.1.3.3 O Conselho Municipal de Saúde (CMS)

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) representa o controle social, trata-se do órgão permanente e deliberativo. O CMS é composto por representantes do Governo, dos prestadores de serviços, profissionais de saúde e pelos usuários. O CMS possui funções deliberativas, normativas, fiscalizadoras e consultivas, com o objetivo da formulação, acompanhamento, controle e a avaliação de Política Municipal de Saúde e Meio Ambiente, incluindo os aspectos econômicos e financeiros. Na figura 9 estão descritas as principais atribuições do CMS.

- Definir as prioridades nas ações e serviços de saúde;
- Estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde;
- Propor critérios para a programação e para as execuções financeiras e orçamentárias do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando a movimentação e o destino dos recursos;
- Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas e privadas integrantes do SUS do Município;
- Definir critérios de qualidade para o funcionamento dos serviços de saúde públicos e privadas, no âmbito do SUS;
- Definir critérios para a celebração de contratos ou convênios entre o setor público e as entidades privadas de saúde no que tange à prestação de serviços de saúde.

Figura 9 – Principais atribuições do CMS

Fonte: Adaptado do site da SMS (2011).

O CMS de Caxias do sul foi criado em 22/09/1992 e possui sede própria, na Rua Visconde de Pelotas, número 449 (Munhoz, 2009). O CMS é composto por 36 conselheiros titulares, onde 18 representam os usuários; 08 representam os gestores; 07 representam os trabalhadores da saúde; 03 representam os prestadores de serviços. Hoje, a presidência do CMS é exercida por um representante dos usuários. Dentro do CMS existem comissões permanentes e podem ser constituídas comissões temporárias, para tratar assuntos conforme a necessidade.

O CMS foi incluído neste estudo por representar a sociedade civil organizada, o controle social, por ser compostos por representantes de vários segmentos da sociedade, entidades de classe, instituições, confederações, associações e movimentos, representativos dos usuários.

4.1.3.4 A Universidade de Caxias do Sul (UCS)

Segundo Munhoz (2009), a Universidade de Caxias do Sul (UCS) representa o ator do polo científico, através da realização de pesquisas e da formação de recursos humanos para a saúde. Para melhor representar este importante ator, participou da entrevista o Diretor do Centro de Saúde, que envolve e coordena todas as áreas de saúde da UCS.

4.1.3.5 Os Hospitais de Caxias do Sul

Dentre os hospitais que fazem parte do SSCX, 5 (cinco) atendem aos usuários do SUS, sendo eles: o Hospital Geral de Caxias do Sul, o Hospital Pompéia, o Hospital Virvi Ramos, o Hospital do Círculo e a Clínica Paulo Guedes. Dentre estes hospitais, somente o Hospital do Círculo não participou do presente estudo, não confirmando a sua presença nas entrevistas por motivos internos. Na sequência é apresentado um descritivo de cada um dos hospitais participantes do estudo, tal descritivo é composto pelos dados disponíveis no CNES e pelos estudos realizados por Munhoz (2009).

4.1.3.5.1 Hospital Geral de Caxias do Sul

O Hospital Geral de Caxias do Sul é o único hospital do SSCX dedicado ao atendimento exclusivamente ao SUS (100% SUS), tendo como início de seu funcionamento em 19 de março de 1998. O Hospital constituído por meio de convênio entre a Fundação Universidade de Caxias do Sul (FUCS), mantenedora do Hospital e o Estado do Rio Grande do Sul. O convênio original foi o nº 334/97, que vem sendo renovado através de termos aditivos e novos convênios até hoje.

A construção do prédio do Hospital foi realizada com recursos do Estado durante o período compreendido entre os anos 1989 e 1996. E a aquisição dos equipamentos se realizou no período compreendido entre os anos de 1997 e 1998, também, através de recursos repassados pelo Estado à entidade mantenedora do Hospital.

O Hospital Geral de Caxias do Sul possui capacidade de atendimento de 236 leitos, todos destinados ao SUS, conforme dados do CNES/DATASUS (2012), e possui projeto de ampliação em execução que aumentará sua capacidade instalada em aproximadamente 70%. No Hospital são disponibilizados desde pronto atendimento ambulatorial, serviços de diagnóstico até serviços de alta complexidade em Cardiologia, Oncologia e entre outras especialidades.

O Hospital Geral de Caxias do Sul está localizado na Rua Professor Antônio Vignolli, 255 – Bairro Petrópolis – Caxias do Sul/RS. Na figura 10 constam informações de identificação do Hospital Geral perante o CNES.

Nome:	CNES:	CNPJ:
HOSPITAL GERAL	2223538	88648761001843
Razão Social:	CPF:	Personalidade:
FUNDAÇÃO UCS HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL	--	JURÍDICA
Logradouro:	Número:	Telefone:
RUA PROFESSOR ANTONIO VIGNOLLI	255	(54)2294444
Complemento:	Bairro:	CEP:
	PETROPOLIS	95070561
		Município:
		CAXIAS DO SUL - IBGE - 430510
Tipo Unidade:	Sub Tipo Unidade:	UF:
HOSPITAL GERAL	PRIVADA	RS
		Gestão:
		MUNICIPAL
Natureza da Organização:	Dependência:	
ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS	MANTIDA	

Figura 10 – Identificação do Hospital Geral

Fonte: CNES/DATASUS (2012).

4.1.3.5.2 Hospital Pompéia

O Hospital Pompéia é o hospital mais antigo do município de Caxias do Sul, com mais de 90 anos de existência, o Hospital Nossa Senhora da Pompéia foi fundado em 24 de junho de 1920, através do trabalho comunitário das senhoras caxienses que constitui o Pio Sodalício das Damas de Caridade de Caxias do Sul. Nos anos 40 foi inaugurado um novo prédio, que ainda hoje abriga o bloco central do Hospital.

Hoje, o Hospital Pompéia é um dos maiores hospitais do interior do estado, sendo um Hospital de Grande porte, atendendo especialidades em alta complexidade. Segundo o CNES/DATASUS (2012), o Hospital possui capacidade instalada de 285 leitos, sendo que destes, 182 estão disponíveis ao SUS. O Hospital está localizado no Centro de Caxias do Sul/RS na Av. Júlio de Castilhos, 2163. Desde 2007, o Hospital é reconhecido como Hospital de Ensino, onde é campo de formação, mantendo residências nas áreas de cirurgia geral, clínica médica, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia e nefrologia. Na figura 11 constam informações de identificação do Hospital Pompéia perante o CNES.

Nome:	CNES:		CNPJ:	
HOSPITAL POMPEIA	2223546		88633227000115	
Razão Social:	CPF:		Personalidade:	
PIO SODALICIO DAS DAMAS DE CARIDADE DE CAXIAS DO SUL	--		JURÍDICA	
Logradouro:	Número:		Telefone:	
AV JULIO DE CASTILHOS	2163		(54)3220 8000	
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
	CENTRO	95010005	CAXIAS DO SUL - IBGE - 430510	RS
Tipo Unidade:	Sub Tipo Unidade:	Esfera Administrativa:		Gestão:
HOSPITAL GERAL		PRIVADA		MUNICIPAL
Natureza da Organização:			Dependência:	
ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS			INDIVIDUAL	

Figura 11 – Identificação do Hospital Pompéia

Fonte: CNES/DATASUS (2012).

4.1.3.5.3 Hospital Virvi Ramos

O Hospital Virvi Ramos, que até o ano de 2009 era conhecido pelo nome de Hospital Fátima, leva o nome do seu fundador, o Dr. Virvi Ramos, que em 1956 fundou como apoio de familiares e amigos a Associação Cultural e Científica Nossa Senhora de Fátima. Associação esta que veio a originar o grupo Fátima, do qual o Hospital faz parte.

Desde 1958, o Hospital entrou no ramo da educação com a criação da Escola de Auxiliares de Enfermagem. Em 1960 criou a Faculdade de Direito e em 1961 criou a Faculdade de Medicina. No ano de 1967, com a fundação da Universidade de Caxias do Sul, da qual faz parte, os cursos de Medicina e Direito foram transferidos para a Universidade como contribuição para com a constituição da Universidade de Caxias do Sul.

Hoje, segundo o CNES/DATASUS (2012), o Hospital Virvi Ramos possui hoje 111 leitos, sendo que 34 disponibilizados ao SUS, em sua estrutura instalada na Rua Alexandre Fleming, 454, no Bairro Madureira em Caxias do Sul/RS. Na figura 12 constam informações de identificação do Hospital Virvi Ramos perante o CNES.

Nome:	CNES:		CNPJ:	
HOSPITAL VIRVI RAMOS	2223562			
Razão Social:	CPF:		Personalidade:	
ASSOCIACAO CULTURAL E CIENTIFICA VIRVI RAMOS	--		JURÍDICA	
Logradouro:	Número:		Telefone:	
RUA ALEXANDRE FLEMING	454		(54)2108 8360	
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
	MADUREIRA	95041520	CAXIAS DO SUL - IBGE - 430510	RS
Tipo Unidade:	Sub Tipo Unidade:	Esfera Administrativa:		Gestão:
HOSPITAL GERAL		PRIVADA		MUNICIPAL
Natureza da Organização:			Dependência:	
ENTIDADE BENEFICENTE SEM FINS LUCRATIVOS			MANTIDA	

Figura 12 – Identificação do Hospital Virvi Ramos

Fonte: CNES/DATASUS (2012).

4.1.3.5.4 Clínica Paulo Guedes

A Clínica Paulo Guedes é uma clínica Psicológica, fundada em 1971, com inauguração em 1972 pelos médicos Dr. Antônio Tadeu Bonalume, Dr. Domenico Castagnote e Dr. Jaime Daisson. A Clínica mantém desde a sua fundação até hoje o seu foco no tratamento de doenças mentais.

A clínica iniciou suas atividades com atendimento a pacientes particulares. Porém, com o tempo o foco foi alterado e, hoje, a clínica atende pacientes predominantemente usuários do SUS.

Em 1972, quando começaram suas atividades, a clínica possuía apenas 100 leitos. Porém, com o passar do tempo e com o aumento gradativo da demanda, hoje, a clínica possui capacidade instalada de 300 leitos, sendo que 200 destinados ao SUS, conforme o CNES/DATASUS (2012). A Clínica Paulo Guedes esta localizada no Distrito de Ana Rech,

em Caxias do Sul/RS, sito a Avenida Rio Branco, 1554. Na figura 13 constam informações de identificação da Clínica Paulo Guedes perante o CNES.

Nome:		CNES:		CNPJ:	
CLINICA PROFESSOR PAULO GUEDES LTDA		2223589		88667167000151	
Razão Social:		CPF:		Personalidade:	
CLINICA PROFESSOR PAULO GUEDES LTDA		--		JURÍDICA	
Logradouro:		Número:		Telefone:	
AVENIDA RIO BRANCO		1554		(54)2831255	
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:	
	ANA RECH	95060000	CAXIAS DO SUL - IBGE - 430510	RS	
Tipo Unidade:	Sub Tipo Unidade:	Esfera Administrativa:		Gestão:	
HOSPITAL ESPECIALIZADO	PSIQUIATRIA	PRIVADA		MUNICIPAL	
Natureza da Organização:			Dependência:		
EMPRESA PRIVADA			INDIVIDUAL		

Figura 13 – Identificação da Clínica Paulo Guedes

Fonte: CNES/DATASUS (2012).

4.1.3.6 Os Laboratórios Clínicos de Caxias do Sul

Pela consulta ao CNES, foram levantados 86 laboratórios em Caxias do sul, foram contatados representantes das três principais categorias definidas no CNES, que atendem ao SUS. A seguir são identificados os Laboratórios que atendem aos requisitos elencados e que aceitaram participar da pesquisa.

4.1.3.6.1 Laboratório Alfa

O Laboratório Alfa começou suas atividades em 1976 e, inicialmente, prestava serviços apenas para os pacientes do próprio fundador, o Dr. Paulo Weirich, médico endocrinologista. Com o passar do tempo, o Laboratório Alfa deu início ao atendimento à comunidade médica da cidade e região e, hoje é um dos maiores laboratórios do interior do estado do Rio Grande do Sul.

A matriz do Laboratório Alfa está localizada na Av. Júlio de Castilhos, 1614 – sala 05, no Bairro Centro, na cidade de Caxias do Sul/RS. Na figura 14 constam informações de identificação do Laboratório Alfa perante o CNES.

Nome:	CNES:		CNPJ:	
LABORATORIO ALFA	2239639		92860667000182	
Razão Social:	CPF:		Personalidade:	
LABORATORIO ALFA LTDA	--		JURÍDICA	
Logradouro:	Número:		Telefone:	
AV JULIO DE CASTLHOS	1614		54 3290 3000	
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
SALA 05	CENTRO	95010001	CAXIAS DO SUL - IBGE - 430510	RS
Tipo Unidade:	Sub Tipo Unidade:	Esfera Administrativa:		Gestão:
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)		PRIVADA		MUNICIPAL
Natureza da Organização:		Dependência:		
EMPRESA PRIVADA		INDIVIDUAL		

Figura 14 – Identificação do Laboratório Alfa

Fonte: CNES/DATASUS (2012).

4.1.3.6.2 Laboratório Capacity

O Laboratório Capacity realiza exames citopatológicos e anatomopatológicos, atendendo na sede do laboratório e também no centro cirúrgico dos hospitais.

O Laboratório Capacity está localizado na Av. Júlio de Castilhos, 789 – 7º andar - sala 71 no Bairro Centro, na cidade de Caxias do Sul/RS. Na figura 15 constam informações de identificação do Laboratório Capacity perante o CNES.

Nome:	CNES:		CNPJ:	
CAPACITY	2239280		03367761000174	
Razão Social:	CPF:		Personalidade:	
LABORATORIO CAPACITY MEDICINA DIAGNOSTICA LTDA	--		JURÍDICA	
Logradouro:	Número:		Telefone:	
RUA GARIBALDI	789		(54)2218111	
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
SALAS 66 E 71	CENTRO	95084900	CAXIAS DO SUL - IBGE - 430510	RS
Tipo Unidade:	Sub Tipo Unidade:	Esfera Administrativa:		Gestão:
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)		PRIVADA		MUNICIPAL
Natureza da Organização:		Dependência:		
EMPRESA PRIVADA		INDIVIDUAL		

Figura 15 – Identificação do Laboratório Capacity

Fonte: CNES/DATASUS (2012).

4.1.3.6.3 Laboratório ICAP

O Laboratório ICAP se trata de um laboratório de apoio à diagnose e terapia, onde são atendidos pacientes do SUS, convênios e particulares.

O Laboratório ICAP está localizado na Rua Pinheiro Machado, 2804 – Bairro São Pelegrino, na cidade de Caxias do Sul/RS. Na figura 16 constam informações de identificação do Laboratório ICAP perante o CNES.

Nome:	CNES:		CNPJ:	
ICAP	2239299		00567003000101	
Razão Social:	CPF:		Personalidade:	
INSTITUTO DE CITOLOGIA E ANATOMIA SC LTDA	--		JURÍDICA	
Logradouro:	Número:		Telefone:	
RUA PINHEIRO MACHADO	2804		(54)2231704	
Complemento:	Bairro:	CEP:	Município:	UF:
	SAO PELEGRINO	95020172	CAXIAS DO SUL - IBGE - 430510	RS
Tipo Unidade:	Sub Tipo Unidade:	Esfera Administrativa:		Gestão:
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)		PRIVADA		MUNICIPAL
Natureza da Organização:	Dependência:			
EMPRESA PRIVADA	INDIVIDUAL			

Figura 16 – Identificação do Laboratório ICAP

Fonte: CNES/DATASUS (2012).

4.1.3.7 A Diretoria de Saúde da CIC (DSCIC)

A Câmara de Indústria, Comércio e Serviços de Caxias do Sul (CIC), fundada em 8 de julho de 1901, é uma entidade de classe civil, sem fins lucrativos, que congrega as empresas que exercem atividades na Região Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul. A CIC de Caxias do Sul é a maior e mais expressiva entidade de classe do interior do Estado, possuindo um quadro de associados de aproximadamente mil empresas, de todos os portes (CIC, 2012).

A CIC tem como objetivo principal atuar de forma proativa para servir de modelo à comunidade, fortalecendo a livre iniciativa e a capacidade de empreender e competir, para isso ela abriga em suas dependências a sede de doze sindicatos patronais (MUNHOZ, 2009).

A Diretoria de Saúde da CIC (DSCIC) criada em 2008, tem como membros representantes dos hospitais, serviços e órgãos públicos e privados ligados ao setor saúde. A DSCIC tem como objetivos auxiliar no enfrentamento dos desafios da saúde em Caxias do Sul, homogeneizando as ações de promoção à saúde preventiva, através do gerenciamento de

políticas que viabilizem e melhorem o desempenho da estrutura de atendimento à população. Na figura 17 estão listados os representantes da DSCIC: os representantes dos hospitais, serviços e órgãos públicos e privados ligados à saúde de Caxias do Sul.

- Conselho Regional de Medicina/Seccional de Caxias do Sul;
- Hospital Pompéia;
- Hospital Saúde;
- Hospital do Círculo;
- Hospital Virvi Ramos;
- Hospital da Unimed;
- Hospital Geral de Caxias do Sul;
- Clínica Paulo Guedes;
- Faculdade de Medicina da UCS;
- Secretaria Municipal de Saúde;
- Emercor;
- Resgate de Emergências Médicas;
- SOS Unimed.

Figura 17 – Membros da DSCIC

Fonte: Adaptado de Munhoz (2009).

4.1.3.8 As Unidades Básicas de Saúde (UBS's)

A UBS se constitui como a porta de entrada do cidadão, usuário do SUS. As UBS's são o acesso do usuário do SUS ao sistema de saúde do município, prestando para isso serviços de atenção básica e integral. Na atualidade, Caxias do Sul tem 44 UBS's, que prestam assistência e desenvolvem ações de prevenção, onde todo e qualquer cidadão pode utilizar-se dos serviços disponibilizados (SMS, 2011). Desta forma, fica evidenciada a importância da entrevista com um representante da SMS, que responda pelas UBS's. Na figura 18, abaixo, estão listados os serviços oferecidos pelas UBS's de Caxias do Sul.

- Consultas médicas em ginecologia-obstetrícia, clínica geral e pediatria;
- Tratamento odontológico (prioritariamente para gestantes e crianças). Está sendo implantado gradativamente o atendimento ao adulto.
- Programa Dente na Boca (aplicação de flúor, palestras, teatro, escovação aos alunos das escolas e encaminhamento para tratamento na UBS);
- Assistência pré-natal;
- Programa Acolhe o Bebê;
- Aleitamento Materno;
- Acompanhamento do desenvolvimento da criança;
- Acompanhamento de oxigenoterapia domiciliar.
- Acompanhamento Nutricional;
- Planejamento Familiar;
- Prevenção de câncer de mama e colo uterino;
- Coleta para exame citopatológico e teste do pezinho;
- Ações de educação em saúde (realização de palestras, grupos de orientação preventiva sobre diversas temáticas de saúde pública);
- Controle das Doenças Respiratórias e Diarréicas;
- Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS;
- Acompanhamento domiciliar de doentes crônicos;
- Vigilância das condições de saúde da população de sua área de abrangência;
- Vacinação;
- Nebulização;
- Medicamentos (Conforme lista básica definida por equipe multidisciplinar da Secretaria da Saúde);
- Verificação de sinais vitais;
- Curativos, aplicação de injeções (desde que se apresente receita médica), retirada de pontos, etc.
- Marcação de consultas especializadas e encaminhamento para serviços especializados;
- Acolhimento e Vinculação dos usuários a UBS;
- Planejamento, avaliação e controle das ações de saúde de acordo com a realidade da população atendida;
- Planejamento das ações de saúde junto à comunidade através dos Conselhos Local e Municipal de Saúde;
- Visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde;
- Visita domiciliar de enfermeiros, assistentes sociais ou médicos quando necessário;
- Fornecimento de medicamentos para tratamento de doenças cardiovasculares, diabetes, contraceptivos, antiinflamatórios, antitérmicos, antibióticos, entre outros.

Figura 18 – Serviços oferecidos pelas UBS's

Fonte: Adaptado do site da SMS (2011).

4.2 ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

As entrevistas individuais em profundidade foram realizadas conforme proposto por Malhotra et al.(2005), ficando o entrevistado e entrevistador frente a frente, onde o entrevistado é induzido a falar sobre suas crenças e atitudes, a respeito do tema objeto de pesquisa.

4.2.1 Validação do questionário de coleta de dados

O questionário de coleta de dados, utilizado neste estudo, foi adaptado a partir de constructos testados e aplicados por Cezare (2009) e direcionado ao referencial teórico e o objetivo da pesquisa. Este questionário, após adaptado, foi validado com os entrevistados da primeira etapa da pesquisa, através de um pré-teste. Para eliminar problemas de linguagem e interpretação do questionário, pré-testes com experts e profissionais da área se fazem necessários. Para Mattar (1994), pré-testes podem ser realizados nos primeiros estágios da pesquisa, mesmo quando o instrumento estiver em desenvolvimento, onde o entrevistador pode realizá-lo, através de entrevista individual. O pré-teste trata-se de um ensaio geral (GOODE & HATT, 1977).

Com a aplicação do pré-teste, sentiu-se a necessidade de construir um breve referencial teórico, conforme Anexo E, para que juntamente com a explanação do pesquisador sobre o tema, auxilie o entrevistado a compreender o tema estudado, permitindo sua inserção no universo do estudo.

4.2.2 Unidade de análise

Conforme descrito no método de pesquisa (capítulo 3), segundo Roesch (2005), a unidade de análise pode ser um ou mais indivíduos, grupos, organizações, eventos, países ou regiões. Neste estudo, o SSCX é a unidade de análise e, o objeto do estudo é a governança e suas relações entre os atores deste sistema. Estes atores constituem a população e que foram identificados na primeira etapa da parte qualitativa da pesquisa.

Os atores (casos) participantes da pesquisa foram identificados a partir da sua relação com o SUS no município de Caxias do Sul. Em cada ator identificado, foram entrevistados representantes indicados por estes atores. Durante a realização do estudo, foi encontrada muita dificuldade para o agendamento das entrevistas, principalmente, em relação aos prestadores privados, o que resultou em um aumento no período de coleta de dados. Também, vários atores contatados não manifestaram interesse em participar da pesquisa, em especial entre os prestadores privados (laboratórios).

4.2.3 Perfil da população entrevistada

Para a realização deste estudo foram entrevistados 15 representantes indicados pelos atores importantes do SSCX que atendem aos usuários do SUS, atores estes que foram identificados a partir dos estudos de Munhoz (2009) e das entrevistas da primeira etapa do estudo. As pessoas entrevistadas neste estudo ocupam posições estratégicas e de liderança na estrutura organizacional destes atores, o que lhes permite obter uma visão detalhada do ator e de sua participação e posicionamento dentro do SSCX.

Para obter uma visão detalhada da organização é importante que o representante do ator entrevistado ocupe uma posição estratégica na organização, o que lhe permite fornecer informações precisas. Os entrevistados, neste estudo, ocupam posições estratégicas na hierarquia das suas organizações, exercendo basicamente posições de direção ou gerência, conforme demonstrado na figura 19, o posição hierárquico dos entrevistados.

A	Diretoria
B	Diretoria
C	Diretoria
D	Diretoria
E	Diretoria
F	Gerência
G	Diretoria
H	Diretoria
I	Diretoria
J	Diretoria
L	Gerência
N	Gerência
O	Gerência

Figura 19 – Posição Hierárquico dos Entrevistados

Fonte: Elaboração Própria.

As entrevistas foram agendadas com até 20 dias de antecedência, sendo que algumas foram agendadas com tempos menores de antecedência. Também, em alguns casos, as entrevistas tiveram que ser reagendadas devido a necessidades de ajuste da agenda dos entrevistados. Todas as entrevistas foram realizadas na cidade de Caxias do Sul, na sede dos atores, com os representantes indicados pelos atores, no período compreendido entre o dia 22

de novembro de 2011 ao dia 21 de junho de 2012.

As entrevistas da primeira etapa tiveram uma duração média de 51 minutos, conforme detalhado na figura 13 – Tempo de duração das entrevistas da primeira etapa e, na segunda etapa tiveram uma duração média de 35 minutos, conforme detalhado na figura 20 – Tempo de duração das entrevistas da segunda etapa.

Entrevistados	Data	Duração	Local
A	22/11/2011	51 min	Caxias do Sul – RS
B	22/11/2011	55 min	Caxias do Sul – RS
C	22/11/2011	38 min	Caxias do Sul – RS
D	21/12/2011	60 min	Caxias do Sul – RS
E	21/12/2011	51 min	Caxias do Sul – RS

Figura 20 – Tempo de duração das entrevistas da primeira etapa

Fonte: Elaboração Própria.

Entrevistados	Data	Duração	Local
A	22/11/2011	38 min	Caxias do Sul – RS
B	22/11/2011	32 min	Caxias do Sul – RS
C	22/11/2011	29 min	Caxias do Sul – RS
D	21/12/2011	32 min	Caxias do Sul – RS
E	21/12/2011	31 min	Caxias do Sul – RS
F	21/12/2011	35 min	Caxias do Sul – RS
G	05/01/2012	41 min	Caxias do Sul – RS
H	05/01/2012	38 min	Caxias do Sul – RS
I	31/01/2012	40 min	Caxias do Sul – RS
J	31/01/2012	32 min	Caxias do Sul – RS
L	02/03/2012	37 min	Caxias do Sul – RS
N	03/06/2012	30 min	Caxias do Sul – RS
O	21/06/2012	46 min	Caxias do Sul – RS

Figura 21 – Tempo de duração das entrevistas da segunda etapa

Fonte: Elaboração Própria.

4.3 ANÁLISE E INTREPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Para Chizzoti (2006), o pesquisador é um descobridor do significado das ações e relações contidas nas estruturas sociais. Nessa pesquisa, a descoberta das relações contidas

entre os atores se deu a partir da análise e interpretação dos dados, após a coleta realizada. Conforme Gil (2007), a análise e interpretação é um processo delicado em pesquisas que se utilizam do método de estudo de caso, onde são coletados diversos dados, de diferentes modelos.

4.3.1 Análise Qualitativa

Segundo Roesch (2005), o pesquisador deve captar a perspectiva dos entrevistados, sem partir de modelos predefinidos. Para Skinner, Tagg e Holloway (2000), as técnicas qualitativas tem foco na experiência das pessoas. Já Silva, Godoi e Bandeira-de-Mello (2006) enfatizam a pesquisa qualitativa quanto à flexibilidade.

4.3.1.1 Análise e Interpretação das Entrevistas

Conforme Wolcott (1994), o uso dos dados coletados configura-se no principal desafio da pesquisa qualitativa. Nesta parte do estudo, os dados são transformados em conhecimento, trazendo novas formas de entendimento da realidade estudada, o que torna a análise aprofundada mais importante do que a simples coleta dos dados.

A partir deste contexto, nesta seção buscou-se analisar e interpretar os dados coletados nas entrevistas individuais em profundidade, realizadas através dos instrumentos de coleta propostos no método de pesquisa.

4.3.1.1.1 Ratificação da Identificação dos Atores do SSCX

Conforme descrito no método de pesquisa, a pesquisa qualitativa foi dividida em duas etapas. Na primeira, a partir dos estudos de Munhoz (2009), buscou-se identificar os atores que fazem parte do SSCX. Desta forma, conforme descrito no apêndice G procurou-se ratificar a identificação dos atores integrantes do SSCX, partindo dos relatos dos representantes dos atores entrevistados.

Os relatos dos entrevistados apresentados no apêndice G, mantem a fidelidade do

relato, objetivando ratificar a escolha dos atores estudados e a sua importância para o SSCX; e, também, como são percebidos pelos demais atores que junto com eles compõem o SSCX. Estes relatos foram organizados seguindo a ordem da fala de cada entrevistado, buscando evidenciar sua percepção sobre o SSCX e de seus atores.

4.3.1.1.2 Ratificação das Entrevistas da Segunda Etapa

No apêndice H, procurou-se ratificar a identificação dos atores integrantes do SSCX, a partir dos relatos dos entrevistados, com a manutenção do teor dos relatos transcritos. A partir da técnica de análise das entrevistas de cada um dos participantes, individualmente, buscou-se verificar quais atores são tidos como importantes para o SSCX e, se existem relações claras entre eles. Neste apêndice seguem os relatos transcritos em relação aos atores identificados, ratificando sua escolha.

A partir da análise dos relatos apresentados no apêndice H, foi possível verificar que em maior ou menor grau, exceto o entrevistado C, todos os entrevistados se relacionam entre si, através de relações formais ou informais, ou até mesmo a partir de simples contatos, bem como é possível identificar que estes atores do SSCX se consideram como tais.

Todos os atores entrevistados foram citados pelo menos por um dos demais entrevistados. É importante reforçar que no caso dos laboratórios considerou-se a indicação genérica, quando o entrevistado comentou a relação com algum laboratório do município. Também, pode-se observar que as relações existentes entre os atores, se devem ao fato de existirem interesses comuns entre si ou interesses nas próprias relações.

4.3.2 Análise Quantitativa

Nesta seção buscou-se analisar e interpretar os dados estatisticamente. O instrumento utilizado para coleta dos dados quantitativos foi aplicado logo após a entrevista em profundidade, no mesmo dia e horário, com tempo médio de resposta de 15 minutos.

4.3.2.1 Análise e Interpretação dos Dados Estatísticos

A análise quantitativa se deu através da avaliação dos dados coletados pelo questionário quantitativo onde continha 10 questões, cada qual relacionada a um princípio para medir a boa governança (Engajamento Social; Transparência; Prestação de Contas; Igualdade e Inclusão Social como gênero, ética, idade, religião; Comportamento Honesto e Ético; Equidade; Capacidade para competir no ambiente global; Capacidade para trabalhar efetivamente em parceria; Sustentabilidade; Respeito pelas Leis); relacionando estes princípios como com o SSCX, buscando expressar a opinião do entrevistado e o seu grau de percepção quanto à relação de governança existente no SSCX. Para isso o entrevistado poderia atribuir um valor de 1 a 5, (1 = não; 2 = muito pouco; 3 = razoavelmente; 4 = sim e 5 acima do esperado). A tabulação da pesquisa qualitativa é demonstrado no Quadro 1 e nas Tabelas 1 e 2 .

Princípios	Alternativa	Atores										Total			
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J		L	N	O
Engajamento Social	Não									X					1
	Muito Pouco										X				1
	Razoavelmente	X	X	X		X	X	X					X		7
	Sim				X				X				X	X	4
	Acima do Esperado														0
Transparência	Não				X				X	X					3
	Muito Pouco										X				1
	Razoavelmente		X									X		X	3
	Sim	X		X		X	X	X					X		6
	Acima do Esperado														0
Prestação de Contas	Não									X					1
	Muito Pouco										X				1
	Razoavelmente	X	X				X						X		4
	Sim			X	X	X		X	X			X		X	7
	Acima do Esperado														0
Igualdade de Inclusão Social	Não														0
	Muito Pouco														0
	Razoavelmente											X			1
	Sim	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				10
	Acima do Esperado												X	X	2
Comportamento Honesto e Ético	Não									X					1
	Muito Pouco											X			1
	Razoavelmente										X				1
	Sim	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	10
	Acima do Esperado														0
Equidade	Não														0
	Muito Pouco											X			1

	Razoavelmente																	0
	Sim	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X				11
	Acima do Esperado															X		1
Capacidade para Competir em Ambiente Global	Não																	0
	Muito Pouco										X	X						2
	Razoavelmente	X					X											2
	Sim		X	X	X	X		X	X				X	X	X			9
	Acima do Esperado																	0
	Capacidade para Trabalhar Efetivamente em Parceria	Não																
Muito Pouco											X	X	X					3
Razoavelmente						X		X							X			3
Sim		X		X	X		X		X					X				6
Acima do Esperado			X															1
Sustentabilidade	Não													X				1
	Muito Pouco										X							1
	Razoavelmente					X		X				X		X				4
	Sim	X	X	X	X		X		X						X			7
	Acima do Esperado																	0
Respeito as Leis	Não																	0
	Muito Pouco										X							1
	Razoavelmente											X	X					2
	Sim	X	X	X	X	X	X	X	X					X	X			10
	Acima do Esperado																	0

Quadro 1 – Tabulação dos Resultados do Questionário Quantitativo

Fonte: Elaboração Própria.

Variável	Média	Desvio Padrão
Engajamento Social	3,07	0,88
Transparência	2,93	1,22
Prestação de Contas	3,4	0,91
Igualdade de Inclusão Social	4,07	0,46
Comportamento Honesto e Ético	3,53	0,92
Equidade	3,87	0,64
Capacidade para Competir em Ambiente Global	3,53	0,74
Capacidade para Trabalhar Efetivamente em Parceria	3,4	0,91
Sustentabilidade	3,53	0,64
Respeito as Leis	3,73	0,59
Média Geral	3,51	0,79

Tabela 1 – Média e Desvio Padrão do Questionário Quantitativo

Fonte: Elaboração Própria.

4.3.2.1.1 Engajamento Social

Quanto ao princípio do Engajamento Social, o questionário quantitativo apresentou a questão “Você acha que o SSCX contribui para tornar o cidadão participativo com relação às questões da cidade?”. Onde a maioria dos entrevistados (7) que representam 54%, escolheram a alternativa “Razoavelmente” para o questionamento e 31% dos entrevistados (4) escolheu a alternativa “Sim”, o que somadas estas duas alternativas somam 85% dos entrevistados. Dentre o restante dos entrevistados (1) 8% escolheram a alternativa “Muito Pouco” e (1) 8% escolheram a alternativa “Não”, conforme o Gráfico 1.

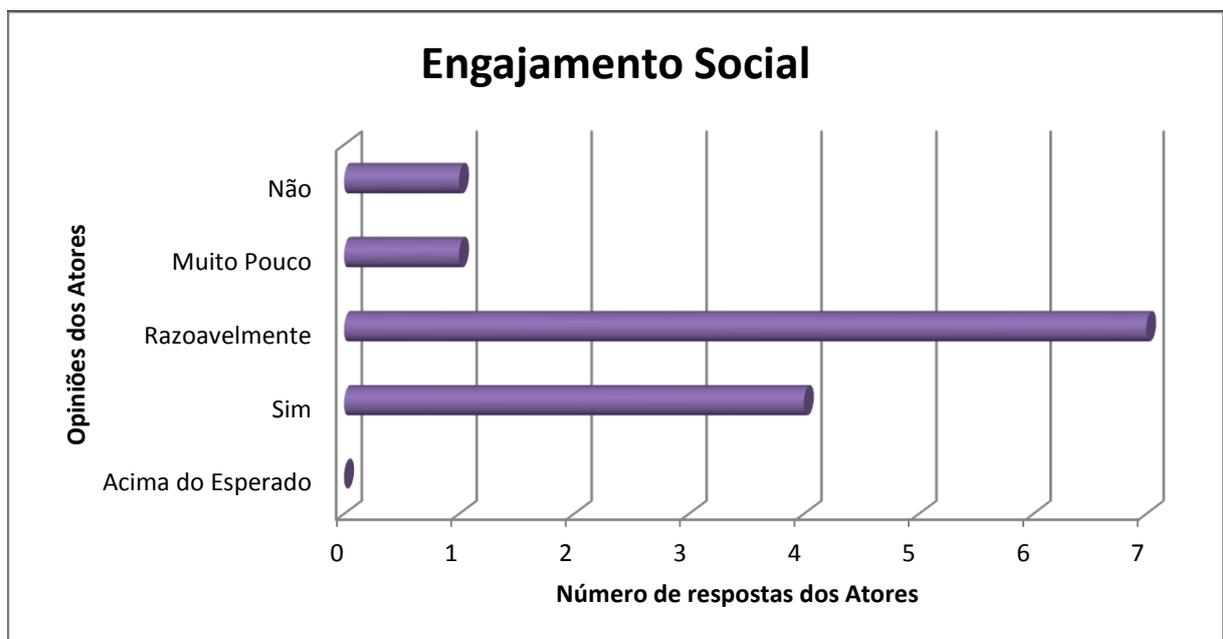


Gráfico 1 – Engajamento Social

Fonte: Elaboração Própria.

Desta forma é possível identificar que a maioria dos entrevistados (85%) considerou que o SSCX contribui para tornar o cidadão participativo com relação às questões da cidade. O que permite entender que em maior ou menor grau, este princípio é percebido pelos atores do SSCX.

4.3.2.1.2 Transparência

Quanto ao princípio da Transparência, o questionário quantitativo apresentou a questão “Você acha que o SSCX contribui para que os dados importantes para o cidadão

sejam divulgados?”. Onde a maioria dos entrevistados (6) que representa 46%, escolheu a alternativa “Sim” para o questionamento e 23% dos entrevistados (3) escolheram a alternativa “Razoavelmente”, o que somadas estas duas alternativas somam 69% dos entrevistados. Dentre o restante dos entrevistados (1) 8% escolheram a alternativa “Muito Pouco” e (3) 23% escolheram a alternativa “Não”, conforme o Gráfico 2.

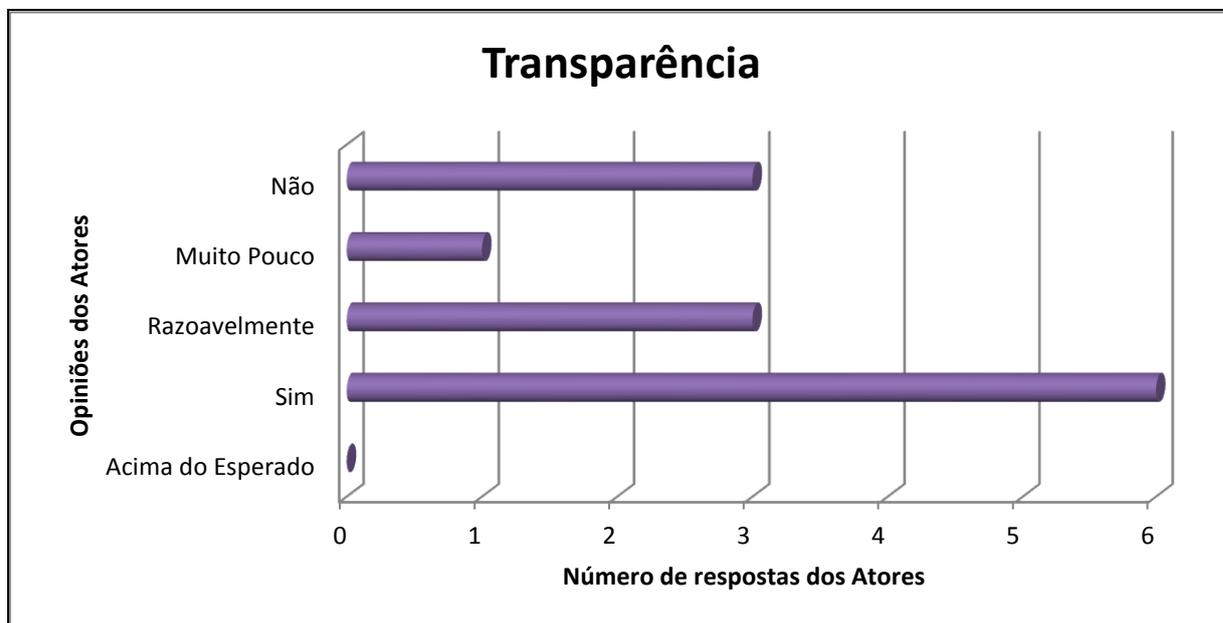


Gráfico 2 – Transparência

Fonte: Elaboração Própria.

Desta forma, é possível identificar que a maioria dos entrevistados (69%) considerou que o SSCX contribui para que os dados importantes para o cidadão sejam divulgados. Porém, neste princípio, 31% dos entrevistados consideraram a alternativa “Muito Pouco” ou “Não”. O que demonstra uma fragilidade neste princípio na visão de alguns atores importantes do SSCX.

4.3.2.1.3 Prestação de Contas

Quanto ao princípio da Prestação de Contas, onde o questionário quantitativo apresentou a questão “Você acha que o SSCX contribui para que seus atores assumam as consequências de seus atos, sejam bons ou ruins?”. Onde a maioria dos entrevistados (7) que representam 54%, escolheu a alternativa “Sim” para o questionamento e 31% dos entrevistados (4) escolheram a alternativa “Razoavelmente”, o que somadas estas duas alternativas formam um total de 85% dos entrevistados. Dentre o restante dos entrevistados

(1) 8% escolheu a alternativa “Muito Pouco” e (1) 8% escolheram a alternativa “Não”, conforme o Gráfico 3.

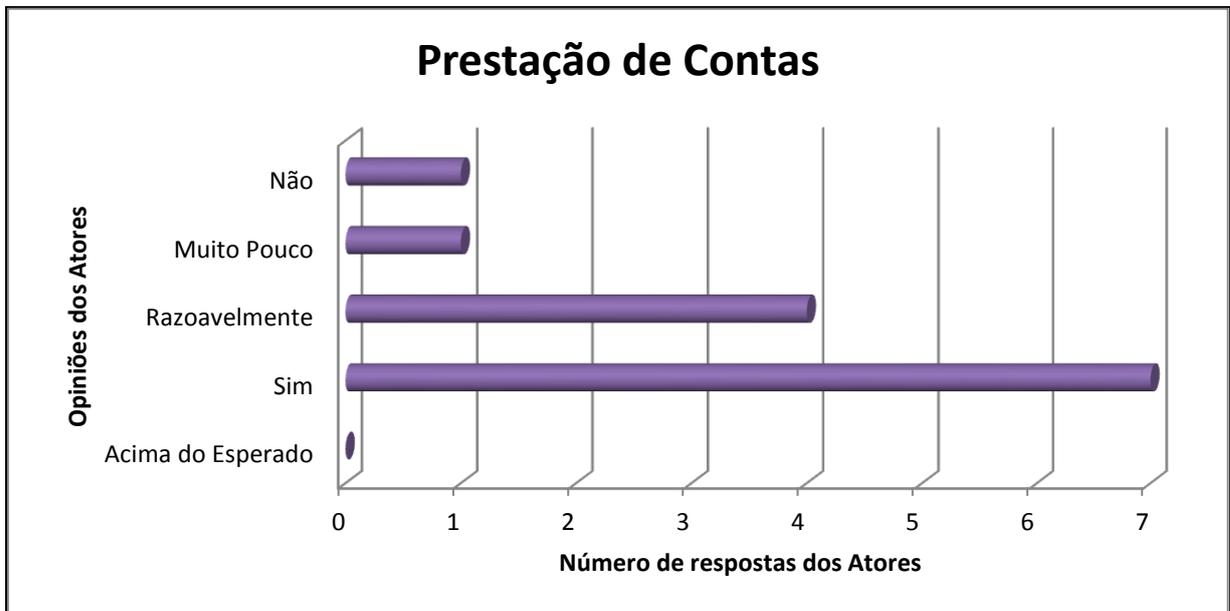


Gráfico 3 – Prestação de Contas

Fonte: Elaboração Própria.

Assim, é possível identificar que a maioria dos entrevistados (85%) considerou que o SSCX contribui para que seus atores assumam as consequências de seus atos, tanto bons quanto ruins. O que demonstra que em maior ou menor grau, este princípio é percebido pelos atores do SSCX.

4.3.2.1.4 Igualdade de Inclusão Social

Quanto a Igualdade de Inclusão Social, o questionário quantitativo apresentou a questão “Você acha que o SSCX contribui para a promoção da igualdade de sexo, religião, idade, etnia, etc?”. Questão esta em que a maioria dos entrevistados (10) que representa 77%, escolheu a alternativa “Sim” para o questionamento, 15% dos entrevistados (2), escolheu a alternativa Acima do Esperado e 8% dos entrevistados (1) escolheram a alternativa “Razoavelmente”, conforme o Gráfico 4.



Gráfico 4 – Igualdade de Inclusão Social

Fonte: Elaboração Própria.

Quanto ao princípio da Igualdade de Inclusão Social é plenamente possível afirmar que todos os entrevistados consideram que o SSCX contribui para a promoção da igualdade de sexo, religião, idade, etnia, etc. O que nos permite afirmar que o princípio da Igualdade de Inclusão Social é muito bem percebido pelos atores do SSCX.

4.3.2.1.5 Comportamento Honesto e Ético

Quanto ao Comportamento Honesto e Ético, o questionário quantitativo apresentou a questão “Você acha que o SSCX contribui para que os Atores do SSCX sejam éticos e honestos? Questão esta em que a maioria dos entrevistados (10) que representa 77%, escolheu a alternativa “Sim” para o questionamento e 8% dos entrevistados (1) escolheram a alternativa “Razoavelmente” e 8% dos entrevistados (1) escolheram a alternativa “Muito Pouco” e os 8% restantes (1) escolheram a alternativa “Não”, conforme o Gráfico 5.

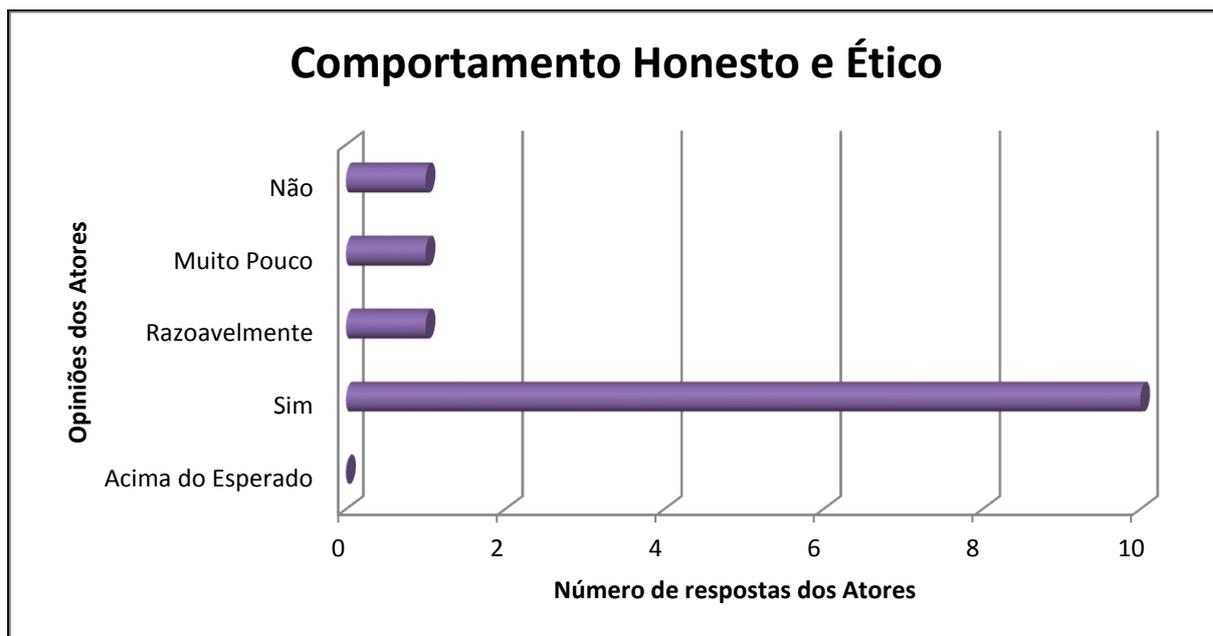


Gráfico 5 – Comportamento Honesto e Ético

Fonte: Elaboração Própria.

Quanto ao princípio do Comportamento Honesto e Ético é possível afirmar que 85% dos entrevistados consideram que o SSCX contribui para que os Atores do SSCX sejam Honestos e Éticos. Porém vale salientar que por não ser uma unanimidade este princípio demonstra em menor grau, fragilidade.

4.3.2.1.6 Equidade

Quanto ao princípio da Equidade, o questionário quantitativo apresentou a questão “Você acha que o SSCX contribui para que a vida do cidadão menos favorecido melhore?”. Questão esta em que a maioria dos entrevistados (11) que representam 85%, escolheu a alternativa “Sim” para o questionamento, 8% dos entrevistados (1) escolheram a alternativa “Acima do Esperado” e somente um entrevistado, 8%, escolheu a alternativa “Muito Pouco”, conforme o Gráfico 6.

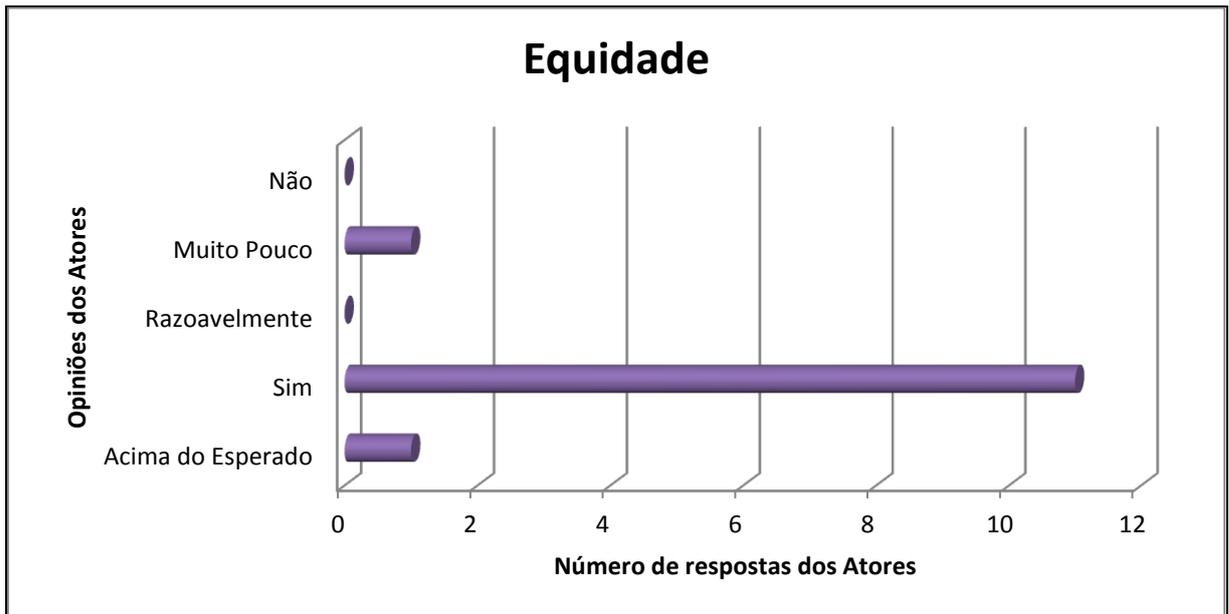


Gráfico 6 – Equidade

Fonte: Elaboração Própria.

Quanto ao princípio da Equidade, é possível afirmar que 92% dos entrevistados consideram que o SSCX contribui para que a vida do cidadão menos favorecidos melhora.

4.3.2.1.7 Capacidade para Competir em Ambiente Global

Quanto a Capacidade para Competir em Ambiente Global, o questionário quantitativo apresentou a questão “Você acha que o SSCX contribui para que os cidadãos considerem o SSCX importante?”. Questão esta em que a maioria dos entrevistados (9) que representa 69%, escolheu a alternativa “Sim” para o questionamento, 15% dos entrevistados (2) escolheu a alternativa “Razoavelmente” e 15% dos entrevistados (2) escolheram a alternativa “Muito Pouco”, conforme o Gráfico 7.

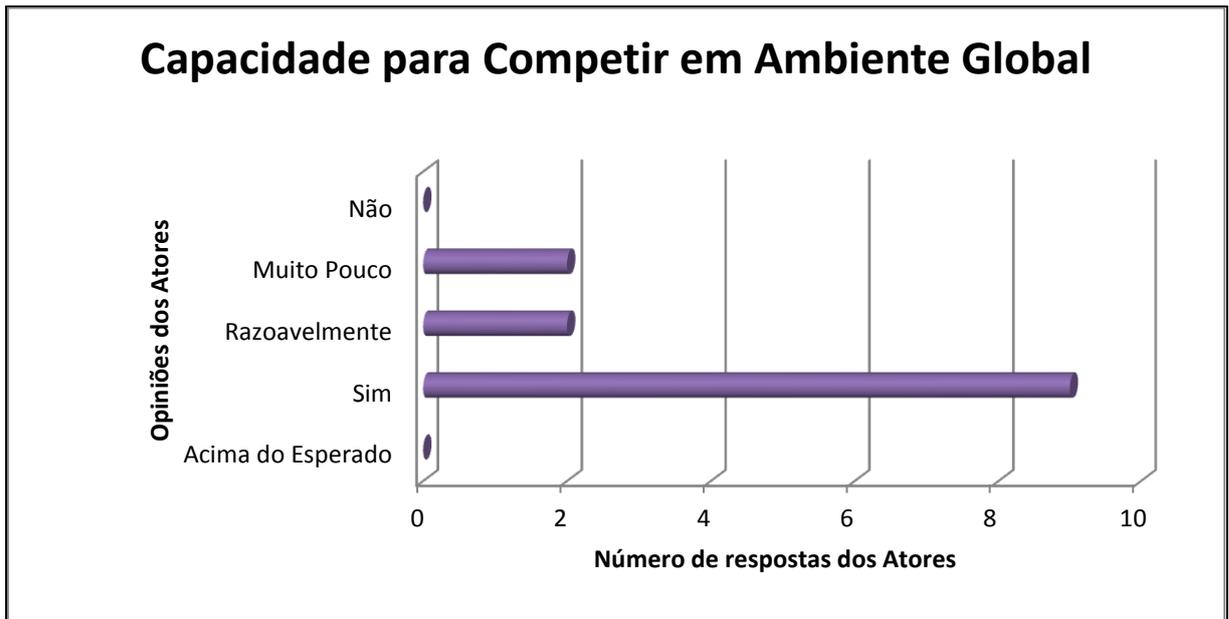


Gráfico 7 – Capacidade para Competir em Ambiente Global

Fonte: Elaboração Própria.

Quanto a Capacidade para Competir em Ambiente Global, 85% dos entrevistados avaliaram que o SSCX contribuiu para que os cidadãos considerem o SSCX importante. O que demonstra que em maior ou menor grau, o princípio da Capacidade para Competir em Ambiente Global é percebido pelos atores do SSCX.

4.3.2.1.8 Capacidade para Trabalhar Efetivamente em Parceria

Quanto a Capacidade para Trabalhar Efetivamente em Parceria, o questionário quantitativo apresentou a questão “Você acha que o SSCX contribuiu para que as parcerias entre o poder público, empresas, cidadãos e o próprio SSCX ocorram?”. Questão esta em que a maioria dos entrevistados (6) que representam 46%, escolheu a alternativa “Sim”, 8% dos entrevistados (1) escolheu a alternativa “acima do esperado” para o questionamento, 23% dos entrevistados (3) escolheram a alternativa “Razoavelmente” e 23% dos entrevistados (3) escolheram a alternativa “Muito Pouco”, conforme o Gráfico 8.

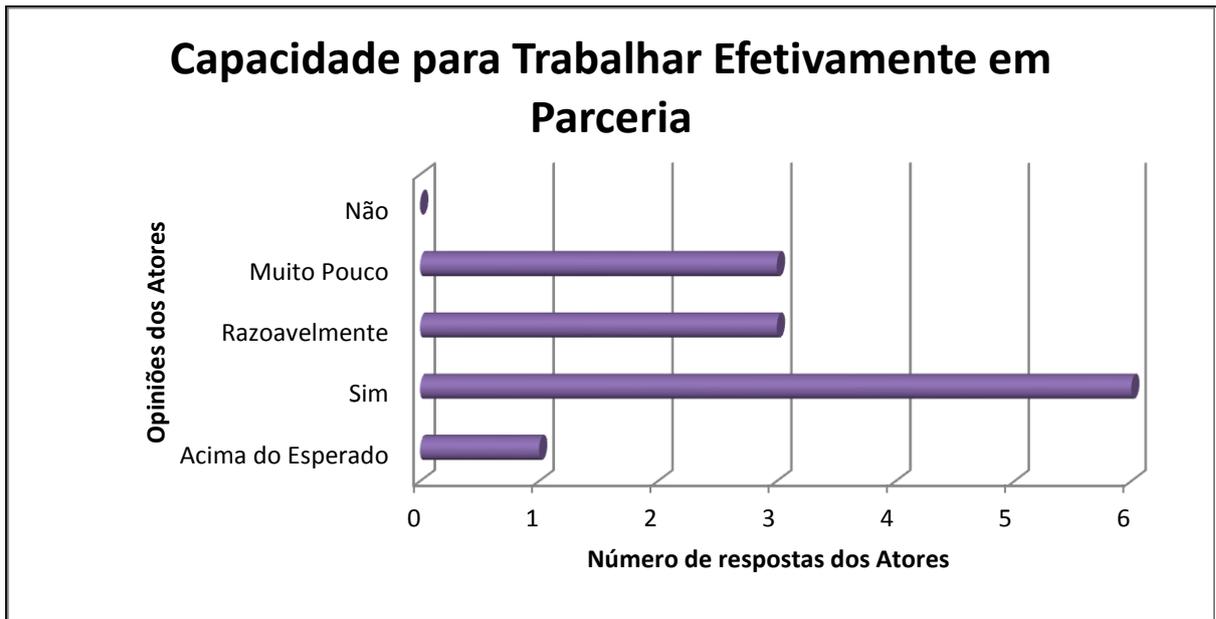


Gráfico 8 – Capacidade para Trabalhar Efetivamente em Parceria

Fonte: Elaboração Própria.

Quanto a Capacidade para Trabalhar Efetivamente em Parceria, 77% dos entrevistados consideram que o SSCX contribui para que as parcerias entre o poder público, empresas, cidadão e o próprio SSCX ocorram. Porém, este princípio da Capacidade para Trabalhar Efetivamente em Parceria apresentou fragilidade, sendo um dos princípios menos identificado pelos atores entrevistados.

4.3.2.1.9 Sustentabilidade

Quanto ao princípio da Sustentabilidade, o questionário quantitativo apresentou a questão “Você acha que o SSCX contribui para a melhora de seus Atores em relação à sustentabilidade, justiça social, viabilidade econômica e qualidade ambiental?”. Questão esta em que a maioria dos entrevistados (7) que representam 54%, escolheu a alternativa “Sim” para o questionamento, 31% dos entrevistados (4) escolheu a alternativa “Razoavelmente”, 8% dos entrevistados (1) escolheu a alternativa “Muito Pouco” e 8% dos entrevistados (1) escolheu a alternativa “Não”, conforme o Gráfico 9.

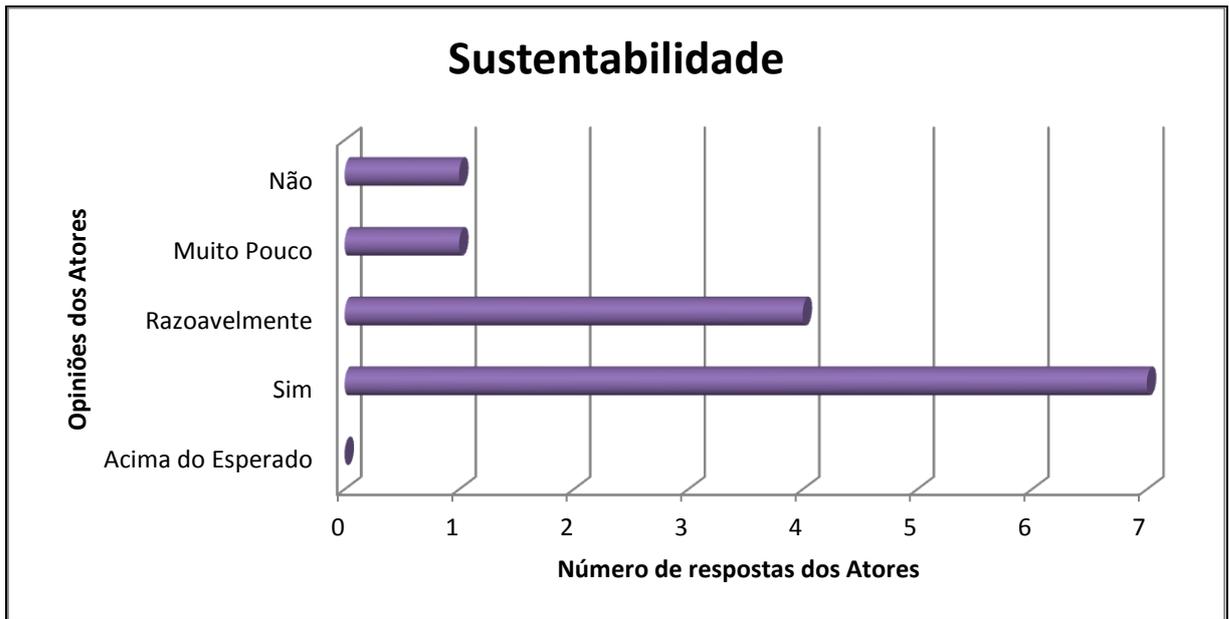


Gráfico 9 – Sustentabilidade

Fonte: Elaboração Própria.

Quanto a Sustentabilidade, 85% dos entrevistados consideram que o SSCX contribui para a melhora de seus Atores em relação à sustentabilidade, justiça social, viabilidade econômica e qualidade ambiental. O que demonstra que em maior ou menor grau, este princípio da Sustentabilidade é percebido pelos atores do SSCX.

4.3.2.1.10 Respeito às Leis

Quanto ao princípio do Respeito às Leis, o questionário quantitativo apresentou a questão “Você acha que o SSCX contribui para que seus Atores respeitem as leis em suas ações?”. Questão esta em que a maioria dos entrevistados (10) que representa 77%, escolheu a alternativa “Sim” para o questionamento, 15% dos entrevistados (2) escolheu a alternativa “Razoavelmente” e 8% dos entrevistados (1) escolheram a alternativa “Muito Pouco”, conforme o Gráfico 10.



Gráfico 10 – Respeito às Leis

Fonte: Elaboração Própria.

Quanto ao Respeito às Leis, 92% dos entrevistados consideram que o SSCX contribui para que seus Atores respeitem as leis em suas ações. O que permite demonstrar que, o princípio do Respeito às Leis é muito bem percebido pelos atores do SSCX.

Desta forma, é possível evidenciar que entre os atores do SSCX, que atendem aos usuários do SUS, existem relações de governança; onde, em todas as questões, 69% a 100% responderam entre as alternativas “Razoavelmente” e “Acima do esperado”. Porém, se dentre os atores prestadores de serviços, considerarmos somente os filantrópicos estes percentuais passam a ser de 80% a 100%.

Assim, é possível afirmar que, entre os prestadores não filantrópicos, a governança fica menos evidenciada. Porém, entre os prestadores filantrópicos e os demais atores, a governança fica fortemente identificada, conforme Quadro 2.

Princípios	Com todos os Atores	Sem os prestadores não filantrópicos
Engajamento Social	85%	100%
Transparência	69%	80%
Prestação de Contas	85%	100%
Igualdade de Inclusão Social	100%	100%
Comportamento Honesto e Ético	85%	100%
Equidade	92%	100%
Capacidade para Competir em Ambiente Global	85%	100%
Capacidade para Trabalhar Efetivamente em Parceria	77%	100%
Sustentabilidade	85%	100%
Respeito as Leis	92%	100%

Quadro 2 – Percentual de Respostas “Razoavelmente” a “Acima do Esperado”

Fonte: Elaboração Própria.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para conclusão deste trabalho, cabe ressaltar neste capítulo as considerações finais, a análise dos objetivos propostos, as limitações encontradas na pesquisa e as sugestões para pesquisas futuras. As evidências e discussões, ora apresentadas, tem por objetivo estimular o debate, fornecendo subsídios, colaborando na construção do conhecimento sobre o tema. Porém, quando o tema é saúde, encontramos muitos estudos; bem como, um vasto campo para novas pesquisas.

5.1 CONCLUSÕES

Através deste estudo, realizado com os atores do SSCX, esta pesquisa analisou as relações destes atores com base nos princípios de governança. Esta análise se deu através de entrevistas individuais com os representantes dos atores, com a aplicação de um questionário semiestruturado e também através da aplicação de um questionário quantitativo. Através deste estudo ficou possível evidenciar, relações de governança aparentemente mais fortes entre os prestadores de serviços de saúde filantrópicos e os gestores públicos como: a SMS e a 5ª Coordenadoria de Saúde. Porém, apesar de ser possível evidenciar relações de governança com os demais prestadores de serviços de saúde do SSCX, nos demais prestadores esta governança é mais difícil, demonstrando-se de forma mais fraca. Entre os demais atores a relação estabelecida é considerada uma relação comercial, regida por contrato.

5.2 DO OBJETIVO GERAL DA PESQUISA

O objetivo geral desta pesquisa consiste em identificar a existência ou não de governança no SSCX, a partir dos estudo das relações entre os atores que fazem parte do SSCX, identificados por Munhoz (2009), com base nos princípios de governança baseados em Slomski et al. (2008) e os princípios para medir a boa governança propostos por Bovaird e Loffer (2003).

Para atingir o objetivo geral proposto neste estudo, foram realizadas entrevistas com os atores selecionados e atualizados por esta pesquisa, onde através destes atores foram identificados os demais que fazem parte deste trabalho.

Depois de identificados todos os atores, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com cada representante dos atores; bem como, foram aplicados questionários quantitativos a cada um dos entrevistados.

5.3 DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA PESQUISA

Para atingir o objetivo geral acima descrito, foram elencados os objetivos específicos descritos a seguir.

O primeiro objetivo específico foi identificar as relações de governança entre os atores do SSCX. Esse objetivo foi alcançado com a realização das entrevistas da primeira parte da pesquisa, referente à pesquisa exploratória, onde na sua primeira etapa, conforme a subseção “4.3.1.1.1 Ratificação da Identificação dos Atores do SSCX” e, na segunda etapa, conforme a subseção “4.3.1.1.2 Ratificação das Entrevistas da Segunda Etapa”.

O segundo objetivo específico foi efetuar um estudo comparativo entre as características de governança identificadas na bibliografia e as características encontradas no SSCX. Este objetivo também foi atingido, no qual foi possível identificar características dos princípios de governança no SSCX, conforme a seção 4.3.2.1 Análise e Interpretação dos Dados Estatísticos, obtidos com a aplicação do questionário estruturado.

O terceiro objetivo específico foi verificar se os atores do SSCX consideram-se parte de um sistema de governança. Este objetivo também foi plenamente atingido, pois foi possível identificar que a maior parte dos representantes dos atores entrevistados se considera parte de um sistema de governança, mesmo que alguns poucos não se sintam parte deste sistema, como é o caso do entrevistado I, quando relata sua relação com a SMS “[...] a relação que a gente tem é basicamente, eles autorizam que a gente trabalhe [...]”, e no relato do mesmo entrevistado quando afirma “[...] é cada um por si e deus por todos [...]” e complementa “[...] é uma relação estritamente comercial [...]”.

O quarto objetivo específico foi identificar os benefícios deste sistema de governança. Objetivo este que também foi plenamente atendido, conforme pode ser observado nos relatos do entrevistado C, onde afirma “[...], eu acho que cada vez mais a gente tem que ter esse bom entrosamento porque, de certa maneira, os problemas a gente consegue resolver através do bom diálogo [...]”.

É possível visualizar, também, os benefícios na fala do usuário D “[...] a gente não estava conseguindo fazer e a gente conseguiu uma parceria com a universidade e a gente promoveu o curso, foi muito bom [...]”, e complementa dizendo “[...] vamos percebendo a parceria da universidade com a sociedade [...]” e finaliza “[...] a gente chega lá com a demanda e a gente chega até se espantar às vezes, por ser uma universidade particular e ter todo esse interesse [...]”.

E nas palavras do entrevistado N, os benefícios são relatados a partir da sua relação com a SMS “[...] ai nós temos uma relação muito boa [...]”. Bem como nos relatos do entrevistado quanto à ação em parceria “[...] no enfrentamento a Gripe A, tivemos um trabalho em conjunto, com prestadores e gestores, todos juntos [...]”.

Mesmo que esta governança precise ainda evoluir, como é possível perceber no relato do entrevistado N, onde coloca que “[...] ela só acontece para discutir interesses que podem conflitar, mas não existe até uma reunião assim uma reunião mais efetiva [...]”, ou nos relatos do entrevistado A “[...] mas nós temos que construir para se falar em governança, integração e sustentabilidade. Não basta apenas discutir financiamento, nós temos que discutir padrão e qualidade [...]”]; existe, hoje, um número razoável de benefícios encontrados nos relatos apanhados durante as entrevistas, conforme foi explanado nos parágrafos anteriores.

5.4 LIMITAÇÕES E LIÇÕES DA PESQUISA

Por tratar-se de um estudo de caso com foco especificamente nos atores do SSCX que prestam serviços ao SUS, este estudo limitou-se a considerar as relações entre os atores que interagem como SUS, não permitindo assim um maior aprofundamento nos demais atores do SSCX.

Quanto às lições da pesquisa, merece destaque a organização do SSCX, organização esta de forma consistente, onde permite o fortalecimento das relações de governança entre seus atores, com ênfase aos que prestam serviços ao SUS. Porém como o SSCX tem uma organização jovem, deverá apresentar evolução quanto a sua organização, permitindo um melhor desenvolvimento de estudos futuros.

5.5 OPORTUNIDADES E DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS FUTURAS

Esta pesquisa limitou-se a identificar relações de governança no SSCX, com base nos atores identificados por (MUNHOZ, 2009) e adaptado pelo pesquisador, voltados para o atendimento da população atendida pelo SUS, o que permite no futuro um novo e maior mapeamento do SSCX, ou até mesmo da área de abrangência da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde.

O tema governança associado à saúde, também gera uma oportunidade futura de estudo muito interessante. Essa oportunidade se deve pela consolidação da aplicação do Decreto 7.508 (BRASIL, 2011), que veio para elucidar a Lei 8.080, eliminando as portarias que procuravam regulamentar a lei da saúde, estabelecendo instrumentos para organização do sistema. Esta elucidação deve proporcionar mudanças nas relações entre os diversos atores dos sistemas locais de saúde, inclusive no SSCX. Assim, este novo estudo, após um tempo de adaptação ao Decreto 7.508, torna-se um tema muito relevante.

Como sugestão de tema, a regulação surge como uma abordagem para uma pesquisa futura, onde poderá contribuir substancialmente na construção do conhecimento sobre esta ferramenta de regulação. Esse estudo poderá ser efetuado sobre o SSCX, ou até mesmo sobre a região de abrangência da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Outro tema de grande importância é o acesso, os usuários do SUS enfrentam dificuldade de acesso aos serviços, e falta da garantia efetiva de atendimento, situações que se configuram em problemas do cotidiano dos usuários do SUS (CEPAL, 2009).

Também como tema de vital importância no âmbito do SUS, e talvez o que cause maior controvérsia, o financiamento, que certamente é insuficiente e mal distribuído. As distorções da tabela SUS não encontram paralelo na experiência internacional, além de mostrarem uma desvalorização absoluta e uma dinâmica perversa de reajustes (BRASIL, 2006).

Porém, além das sugestões dadas deve ser considerado que o tema saúde traz uma gama variada de oportunidades, pois se relaciona com áreas como educação, segurança, assistência social entre outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAKER, D. A.; KUMAR, V.; DAY, G. S. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 2004.
- ALCOFORADO, F. **O Instituto de governança social: avanços e perspectivas no desenho de um novo arranjo organizacional**. In: II Congresso Consad de Gestão Pública. Brasília, 2009.
- ALMEIDA, E. S. **Distritos sanitários: concepção e organização**. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Série Saúde & Cidadania, v. 1. São Paulo: 1998.
- ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. São Paulo: Atlas, 2004.
- BID - BANCO INTERAMERICANDO DE DESENVOLVIMENTO. **Perfil de Estratégia de Meio Ambiente**. 2002.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa Edições 70. Lisboa, 2004.
- BERTONE, A. A. **As Idéias e as Práticas: A Construção do SUS**. Dissertação de Mestrado em Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- BENNETT, J. C.; PLUM, F. **Cecil Tratado de Medicina Interna**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais**. Revista Eletrônica de Pós-Graduação em Sociologia Política da UFSC. Opinião Pública, Campinas, v. 2, n. 1 (3), 2005, p. 68-80. Disponível em: <http://www.emtese.ufsc.Br/3_art5.pdf>. Acessado em 10/08/2010.
- BOORSE C. **On the distinction between disease and illness**. Philosophy and Public Affairs 5, 1975. p. 49-68.
- BOORSE C. **Health as a theoretical concept**. Philosophy of Science 44, 1977. p. 542-573.
- BORDIN, R. **Definição de Prioridades em Saúde – Os Conselhos Municipais de Saúde e os Critérios para Hierarquização de Prioridades**. Porto Alegre: Dacasa, 2002.
- BOVAIRD, T.; LOFFLER, E. Evaluating the Quality of Public Governance: Indicators Models and Methodologies. **International Review of Administrative Sciences**, v. 69, n. 3, p. 313-328, 2003. Disponível em: <<http://ras.sagepub.com/cgi/content/abstract/69/3/313>>. Acessado em 10/08/2010.
- BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. **Pesquisa participante: a partilha do saber**. Aparecida: Idéias & Letras, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 17-21 de março 1986. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 429 páginas. Brasília, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília. 1990. Disponível em: <[http://www.ensp.fiocruz.br/radis/web/ABC doSUS.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/radis/web/ABC%20doSUS.pdf)>. Acessado em 05/04/2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** (1988). In: CÂMARA DOS DEPUTADOS, Coordenação de Publicações, Brasília, 1998.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7,508, de 28 de Junho de 2011** – Regulamenta a Lei – 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. In: Casa Civil, Junho, 2011.

BUSATTO, C. **Governança Solidária Local**, desencadeando o processo. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Coordenação Política e Governança Local. Porto Alegre. 2005. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/gsl_desencadeando_o_processo.pdf>. Acessado em 09/01/2011.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. **Estabelecimento de Saúde.** Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=43&VMun=430510>. Acessado em 05/04/2010.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. **Estabelecimento de Saúde.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?VTipo=0>. Acessado em 15/05/2012.

CÂMARA DE INDÚSTRIA, COMÉRCIO E SERVIÇOS DE CAXIAS DO SUL – CIC. **Apresentação.** Disponível em: <<http://www.cic-caxias.com.br/institucional/apresentacao.asp>>. Acessado em 20/01/2012.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias.** Ano 4, n. 7, jan./jun. Porto Alegre: 2002, p. 122-135.

CEZARE, P. J. **Conselhos Municipais e Governança: uma análise do Conselho de Representantes de Paranapiacaba e Parque Andreense do Município de Santo André – SP.** Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Ambiental, São Paulo, 2009.

CHIZZOTI, A. **A pesquisa em ciências humanas e sociais.** 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em administração.** 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

COMMISSION ON GLOBAL GOVERNANCE. **Our Global Neighborhood.** Report of the Commission on Global Governance 1996. Disponível em: <<http://www.regg.ufrgs.br/r01.htm>>. Acessado em 15/09/2010.

CGG - COMMISSION ON GLOBAL GOVERNANCE. **Our Global Neighbourhood**. The Basic Vision. The Commission on Global Governance, Geneva, 1995.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE - CEPAL. **Saúde no Brasil: Algumas Questões Sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: CEPAL/IPEA, 2009. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/brasil/publicaciones/sinsigla/xml/4/35734/LCBRSR200SaudenoBrasil.pdf>>. Acessado em 12/06/2011.

CRESWELL, J. W. **Research desing: qualitative e quantitative approaches**. Thousand Oaks: Sage Pulications, 2002.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. Atlas: São Paulo, 2002.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. Campinas: Autores Associados, 2008.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The sage handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2005.

DINIZ, E. “**Governabilidade, Democracia e Reforma do Estado: Os Desafios da Construção de uma Nova Ordem no Brasil dos Anos 90**”. In: Dados – Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, volume 38, n. 3, 1995. p. 385-415.

DORSET, P.; BAKER, D. **Webster’s new universal dictionaty**. London: 1979. Disponível em: <<http://www.webster-online-dictionary.org>>. Acessado em 16/09/2010.

ESCOREL, S. et al. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: historia e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

ELIAS, P. E. **Sistemas de saúde**. Material de disciplina. 2009. Disponível em: <<http://www.fm.usp.br/cedem/>>. Acessado em 25/05/2010.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. São Paulo: Saraiva, 2001.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONSECA, R. C. V. **Metodologia de trabalho científico**. 1. ed. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2007.

FREY, K. Desenvolvimento sustentável local na sociedade em rede: o potencial das novas tecnologias de informação e comunicação. **Revista da Sociologia e Política**, Curitiba, n. 21, p. 165-185, nov/2003.

GARCIA, M. **A Hora e a Vez de Debater Governança Social**. Revista Governança Social, ano I, edição 1, Belo Horizonte, Dez07/Março08, p. 18-23.

- GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GIOSA, L. Governança Municipal. Congresso dos Secretários Municipais de Administração do Estado de São Paulo, I, 2007, Caraguatatuba, São Paulo. **Apresentação**. Caraguatatuba; 2007. Disponível em: <<http://www.administrasp-caragua.adm.br>>. Acessado em 30/04/2010.
- GOODE, W. J.; HATT, P. K. **Métodos em pesquisa social**. São Paulo: Nacional, 1977.
- GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.
- GOEDERT, A. R. **Governança em rede de desenvolvimento e a experiência em Santa Catarina**. 2005. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- GOHN, M.G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo, Cortez, v. 84, 3. ed, 2007.
- GONÇALVES, A. O Conceito de Governança. Congresso Nacional do CONDEPI, XIV, 2005, Fortaleza. **Anais**. Florianópolis: Fundação Boileux; 2006.
- HARRISON, J. H. **Corporate governance in the NHS – na assessment of boardroom practice**. Corporate Governance, v. 3, n. 3, 07/1998.
- HSIAO, W. C. **What is a health system? Why should we care?**. Harvard School of Public Health. August, 2003. Disponível em: <<http://www.hsph.harvard.edu/phcf/Papers>>. Acessado em 12/08/2010.
- JUNIOR, J. P. B.; MESSIAS, K. L. M. **Sistemas de Serviços de Saúde: Principais Tipologias e suas Relações com o Sistema de Saúde Brasileiro**. Revista Saúde, n. 1, p. 78-89, 2005.
- KALKICKERT, W. J. M. Public governance in the Netherlands: in the alternative to anglo-american ‘managerialism’. Public Administration, v. 75, p. 731-752, 1997.
- KALMANOVITZ, S. **Economia y nación**. Bogota: Siglo XXI, 1988.
- KAUFMANN, D. Repensando a Governança e a Anti-Corrupção – Ortodoxia Desafiadora. Seminário da Comissão de Ética Pública, IV, 2003, Rio de Janeiro. **Apresentação**. Rio de Janeiro: Banco Mundial; 2003. Disponível em: <<http://www.woldbank.org/wbi/governance>>. Acessado em 10/11/2010.
- KAZANCIGIL, A. A Regularização social e a governança democrática da mundialização. Traduzido por Luíz Augusto Junges Lopes. Em Milani C.; Arturi, C.; Solinís G. (orgs.) **Democracia e Governança Mundial: que regulações para o século XXI?**. Porto Alegre: ed. Universidade/UFRGS/UNESCO, 2002. p. 47-62.

KNOPP, G. ALCOFORADO, F. **Governança Social, intersetorial e territorialidade em políticas públicas: o caso da OSCIP centro mineiro de alianças intersetoriais (CeMAIS)**. In: III Congresso Consad de Gestão Pública. Brasília, 2010.

KORN/FERRY INTERNATIONAL; MCKINSEY & COMPANY. **Panorama de Governança Corporativa no Brasil, 2001**. Disponível em: <<http://www.mckinsey.com>>. Acessado em 12/05/2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2005.

LEVCOVITZ, E. 1998. **Transição x Consolidação – o dilema estratégico da construção do SUS**. Tese de Doutorado. IMS/UERJ. 1997.

LUNA, S. V. **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. 2. ed. São Paulo: EDUC, 1999.

MALHOTRA, N. K.; **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Bookmann, 2001.

MALHOTRA, N. K.; et al. **Introdução à pesquisa de marketing**. 1. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2005.

MARQUES, M. C. C. **Aplicação dos Princípios da Governança Corporativa ao Setor Público**. **RAC**, v. 11, n. 2, p. 11-26, abril/junho. 2007.

MARTINS, H. F. **Publicização e Organizações Sociais: construindo organizações multicêntricas**. In: III Congresso Internacional do Centro Latino-americano de Administração para o Desenvolvimento. Madrid, 1998, pp.1-11.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing: metodologia, planejamento, execução e análise**, 2.a. ed. São Paulo: Atlas, 1994, 2v.,v.2.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MCGUIRE, A.; et al. **The economics of health: an introductory text**. London: Routledge and Kegan Paul, 1992.

MÉDICI, A. C. **Evolução da Estrutura do Sistema de Saúde**. Disponível em: <<http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/estsist/apresent.htm>>. Acessado em 05/05/2010.

MENDES, E. V. et al. **Distrito Sanitário: conceitos-chave**. In: MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993. p. 159-85.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Escola de saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2002.

MENDES, E. V. **Redes de Atenção à Saúde**. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MERHY, E. E. et al. **Desafios para os gestores do SUS hoje**. Compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese, E. (org.). *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife-PE: UFPE, 2004. pp. 45-76.

MILANI, C.; SOLINÍS, G. Pensar a democracia na governança mundial: algumas pistas para o futuro. Em Milani, C.; Arturi, C.; Solinís G. (orgs.) **Democracia e Governança Mundial: que regulações para o século XXI?**. Porto Alegre: ed. Universidade/UFRGS/UNESCO, 2002. p. 226-291.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MISOCZKY, M. C. A. **O Campo da Atenção à Saúde Após a Constituição de 1988**: uma narrativa de sua produção social. Porto Alegre: Dacasa/PDG Saúde, 2002.

MUNHOZ, L. P. S. **Sistemas Locais de Saúde: Estudo do Sistema de Saúde de Caxias do Sul - RS**. Dissertação de Mestrado em Administração. Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2009.

NEGRI, B.; GIOVANNI, G. **Brasil: Radiografia da Saúde**. 2. ed. Campinas: UNICAMP, 2001.

NODARI, C. H. **Inovação da atenção primária à saúde de Caxias do Sul - RS**. Dissertação de Mestrado em Administração. Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2010.

OLIVEIRA, D. L. **A nova saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2005, p. 423-31.

PAIM, J. S. **Políticas de descentralização e atenção primária a saúde**. In: Rouquayrol & Almeida. *Epidemiologia & Saúde*. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, cap. 20, p. 473-487.

PAGANINI, J. M; CHORNY, A. H. **Los sistemas locales de salud: desafios para la década de los 90**. In: *Sistemas locales de salud*, v. 109, n. 5-6. Washington: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1990.

PATTON, E.; APPELBAUM, S. H. The case for case studies in management. **Research Management**, v. 26, n. 5, 2003.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PINHEIRO, R. **Os Conselhos Municipais de Saúde: o direito e o avesso**. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1995.

PUGLISI, M. L.; FRANCO, B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília: Líber Livro, 2005.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **A User's Guide to Measuring Gender-sensitive Basic Service Delivery**, Oslo: Centro de Governança do PNUD em Oslo, 2008.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. **Strategy Note on Governance for Human Development**. Washington, D.C, 2000. Disponível em: <<http://www.undp.org>>. Acessado em 10/06/2010.

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

ROEMER M. **National Health Systems of the World**. (v. 1: The Countries). Oxford University Press, Oxford, Inglaterra. 1991.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

ROSENAU, J. N. “**Governança, Ordem e Transformação na Política Mundial**”. In: Rosenau, J. N. e C, E. O. **Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial**. Brasília: Ed. Unb e São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000. p. 11-46.

RÚDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 2001.

SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde**. In: **PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (1): 29-41, 2007.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE – SES. **Governo do Estado do Rio Grande do Sul**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/>>. Acessado em 16/04/2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS. **Prefeitura Municipal de Caxias do Sul**. Disponível em: <<http://www.caxias.rs.gov.br/>>. Acessado em 10/01/2011.

SILVA, A. B. da; GODOI, C.K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R. **Pesquisa Qualidade em Estudos Organizacionais: Paradigmas, Estratégias e Método**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SKINNER, D.; TAGG, C.; HOLLOWAY, J. Managers and research: the pros and cons of qualitative approaches. **Management Learning**, v. 31, n. 2, 2000, p. 163-179.

SLOMSKI, V.; et al. **Governança Corporativa e Governança na Gestão Pública**. São Paulo: Atlas, 2008.

STARFIELD, B. State of art on research in equity. **J Health Polit Policy Law**, 2006. p. 31-32.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNITED NATION – UN. **Presupuestos Participativos: marco conceptual y análisis de su contribución a la gobernanza urbana y a los objetivos de desarrollo del milênio**. Programa de Gestión Urbana; Coordinación para America Latina y El Caribe: Quito, Ecuador, 2004.

UNITED NATION DEVELOPMENT PROGRAMME, UNITED NATION ENVIRONMENT PROGRAMME, WORLD BANK, WORLD RESOURCE INSTITUTE - UNDP, UNEP, WB, WRI. **A Guide do World Resources 2002-2004: Decisions for the Earth – Balance, Voice and Power** [online]. Washington, D.C., United States of America. World Resource Institute, 2003. Disponível: <<http://pdf.wri.org/wr2002-execsumm.pdf>>. Acessado em 09/03/2010.

VAN MAANEN, J. **Qualitative methodology**. California: Sage Publications, 1983.

WEIAND, S. G. **Identificação das Inovações: Um estudo de Caso nos Hospitais que Integram o Sistema de Saúde de Caxias do Sul - RS**. Dissertação de Mestrado em Administração. Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems, improving performance**. Geneva: WHO; 2000.

WOLCOTT, H.F. **Transforming qualitative data: description, analysis, and interpretation**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisas em administração**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PROCEDIMENTOS PARA CONDUÇÃO DAS ENTREVISTAS

APÊNDICE B – ROTEIRO BÁSICO DE QUESTÕES DA PRIMEIRA ETAPA

APÊNDICE C – ROTEIRO BÁSICO DE QUESTÕES DA SEGUNDA ETAPA

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO QUANTITATIVO DO SSCX

APÊNDICE E – BREVE REFERENCIAL TEÓRICO

APÊNDICE F – ATA DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO

APÊNDICE G – RATIFICAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES DO SSCX

APÊNDICE H – RATIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS DA SEGUNDA ETAPA

APÊNDICE A - PROCEDIMENTOS PARA CONDUÇÃO DAS ENTREVISTAS

A seguir serão elencados os procedimentos a serem utilizados na condução nas entrevistas:

- 1) Entrega da carta de apresentação e apresentação do entrevistador;
- 2) Apresentação do entrevistado;
- 3) Apresentação da instituição de ensino envolvida;
- 4) Agradecimento ao entrevistado, pela disponibilidade em participar da pesquisa;
- 5) Apresentação do objeto de pesquisa;
- 6) Explicação sobre a utilização das informações bem como a finalidade acadêmica e científica da pesquisa;
- 7) Explicação dos conceitos de governança, sistemas locais de saúde e do sistema de saúde de Caxias do Sul. Bem como esclarecimento de possíveis dúvidas em relação a estes conceitos;
- 8) Esclarecimento de possíveis dúvidas em relação da sistemática da entrevista;
- 9) Informação ao entrevistado sobre os envolvidos na pesquisa;
- 10) Solicitação e obtenção de permissão de gravação da entrevista;
- 11) Indicação do início da gravação da entrevista;
- 12) Indicação do termino da gravação e da entrevista;
- 13) Agradecimento ao entrevistado pelas informações prestadas.

APÊNDICE B - ROTEIRO BÁSICO DE QUESTÕES DA PRIMEIRA ETAPA

Identificação do Entrevistado

Nome:

Cargo que ocupa:

Instituição:

Telefone:

Localização:

Nº de Leitos:

Nº de Funcionários:

Tipo: () Clínica () Laboratório () Hospital () Operadora de Saúde () Outro

Classificação: () Público () Privado Filantrópico () Privado Não Filantrópico

As questões que seguem devem ser respondidas a partir da relação do Sistema de Saúde de Caxias do Sul (SSCX), com relação aos princípios de governança: Engajamento Social; Transparência; Prestação de Contas; Igualdade e Inclusão Social como gênero, ética, idade, religião; Comportamento Honesto e Ético; Equidade; Capacidade para competir no ambiente global; Capacidade para trabalhar efetivamente em parceria; Sustentabilidade; Respeito pelas Leis.

1. Em sua opinião quais são os atores que integram o SSCX?
2. O que motivou a escolha desses atores?
3. É possível identificar relações de governança entre esses atores?
4. Que tipo de relação é possível identificar entre estes atores?
5. Qual a importância das relações entre esses atores do SSCX para a promoção da saúde no município?
6. Existe algum tipo de rede ou atividade cooperativa entre os atores identificados?
7. Existe algum evento que reúna os atores do SSCX e promova um espaço de troca e interação?
8. Sendo positiva a resposta a questão anterior, que evento é este e quais os atores que dele participam?
9. Em sua opinião, que outras pessoas poderiam contribuir para a identificação do atores do SSCX?
10. Gostaria de Fazer algum comentário adicional?

Grato pela colaboração

APÊNDICE C - ROTEIRO BÁSICO DE QUESTÕES DA SEGUNDA ETAPA

Identificação do Entrevistado

Nome:

Cargo que ocupa:

Instituição:

Telefone:

Localização:

Nº de Leitos:

Nº de Funcionários:

Tipo: () Clínica () Laboratório () Hospital () Operadora de Plano de Saúde () Outro

Classificação: () Público () Privado Filantrópico () Privado Não Filantrópico

As questões que seguem devem ser respondidas a partir da relação do Sistema de Saúde de Caxias do Sul (SSCX), com relação aos princípios de governança: Engajamento Social; Transparência; Prestação de Contas; Igualdade e Inclusão Social como gênero, ética, idade, religião; Comportamento Honesto e Ético; Equidade; Capacidade para competir no ambiente global; Capacidade para trabalhar efetivamente em parceria; Sustentabilidade; Respeito pelas Leis.

1. A instituição entrevistada apresenta algum tipo de relação com os Hospitais de Caxias do Sul? Caso exista: Com quais? É possível definir que tipo de relação é estabelecida com cada um deles? A relação é formal ou informal?
2. A instituição entrevistada possui algum tipo de relação com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Caxias do Sul? Caso exista: Com quais? É possível definir o tipo de relação estabelecida com cada uma delas? A interação é formal ou informal?
3. A instituição entrevistada possui algum tipo de relação com os Laboratórios de Análises Clínicas de Caxias do Sul? Caso exista: Com quais? É possível definir o tipo de relação estabelecida com cada um deles? A interação é formal ou informal?
4. A instituição entrevistada possui algum tipo de relação com as empresas farmacêuticas e de tecnologia? Caso exista: Com quais? É possível definir o tipo de relação estabelecida com cada uma delas? A relação é formal ou informal?
5. A instituição entrevistada possui algum tipo de relação com o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Caxias do Sul? Caso exista: É possível definir o tipo de relação estabelecida com ele? A relação é formal ou informal?

6. A instituição entrevistada possui algum tipo de relação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caxias do Sul? Caso exista: É possível definir o tipo de relação estabelecida com ela? A relação é formal ou informal?
7. A instituição entrevistada possui algum tipo de relação com a 5ª Coordenadoria de Saúde? Caso exista: É possível definir o tipo de relação estabelecida com ela? A relação é formal ou informal?
8. A instituição entrevistada possui algum tipo de relação com a Universidade de Caxias do Sul (UCS)? Caso exista: É possível definir o tipo de relação estabelecida com ela? A relação é formal ou informal?
9. A instituição entrevistada possui algum tipo de relação com as Operadoras de Planos de Saúde de Caxias do Sul? Caso exista: Com quais? É possível definir o tipo de relação estabelecida com elas? A relação é formal ou informal?
10. A instituição entrevistada possui algum tipo de relação com outros atores do SSCX? Caso exista: Com quais? É possível definir o tipo de relação estabelecida com eles? A relação é formal ou informal?

Grato pela colaboração.

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO QUANTITATIVO – DO SSCX

1. Você acha que o SSCX contribui para tornar o cidadão participativo com relação às questões da cidade?
(1) não
(2) muito pouco
(3) razoavelmente
(4) sim
(5) acima do esperado
2. Você acha que o SSCX contribui para que os dados importantes para o cidadão sejam divulgados?
(1) não
(2) muito pouco
(3) razoavelmente
(4) sim
(5) acima do esperado
3. Você acha que o SSCX contribui para que seus atores assumam as consequências de seus atos, sejam bons ou ruins?
(1) não
(2) muito pouco
(3) razoavelmente
(4) sim
(5) acima do esperado
4. Você acha que o SSCX contribui para a promoção da igualdade de sexo, religião, idade, etnia, etc?
(1) não
(2) muito pouco
(3) razoavelmente
(4) sim
(5) acima do esperado
5. Você acha que o SSCX contribui para que os Atores do SSCX sejam éticos e honestos?
(1) não
(2) muito pouco
(3) razoavelmente
(4) sim
(5) acima do esperado
6. Você acha que o SSCX contribui para que a vida dos cidadãos menos favorecidos melhore?
(1) não
(2) muito pouco
(3) razoavelmente
(4) sim
(5) acima do esperado
7. Você acha que o SSCX contribui para que os cidadãos considerem o SSCX importante?
(1) não
(2) muito pouco
(3) razoavelmente
(4) sim
(5) acima do esperado
8. Você considera que o SSCX contribui para as parcerias entre o poder público, empresas, cidadãos e o próprio SSCX?
(1) não
(2) muito pouco
(3) razoavelmente
(4) sim
(5) acima do esperado
9. Você acha que o SSCX contribui para melhora de seus Atores em relação a sustentabilidade? Justiça social, viabilidade econômica e qualidade ambiental.
(1) não
(2) muito pouco
(3) razoavelmente
(4) sim
(5) acima do esperado
10. Você acha que o SSCX contribui para que seus atores respeitem as leis em suas ações?
(1) não
(2) muito pouco
(3) razoavelmente
(4) sim
(5) acima do esperado

APÊNDICE E - BREVE REFEÊNCIAL TEÓRICO

GOVERNANÇA

Governança é um conceito mais amplo do que governo, abrange além das instituições governamentais, os mecanismos informais, de caráter não-governamental, que fazem com que as pessoas e as organizações, tenham uma conduta determinada, satisfaçam suas necessidades e respondam às suas demandas (ROSENAU, 2000).

A governança é distinta da administração, governança não está interessada em executar apenas o negócio, e sim em dar direção global à empresa, em supervisionar e controlar as ações executivas da administração e em satisfazer as expectativas, através da prestação de contas e da regulação, tendo interesses além dos limites incorporados (HARRISON, 1998).

Governança é a interação entre estrutura, processos e tradições que determina como o poder e as responsabilidades são exercidos, como decisões são tomadas e como os cidadãos e outros parceiros envolvidos são ouvidos (UNDP, UNEP, WB, WRI, 2003).

SISTEMA DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL (SSCX)

Sistema integrado por atores diversos ligados à área da saúde, com o objetivo de gerar o bem-estar da comunidade de Caxias do Sul, promover a inovação na área da saúde. Apresentando como Atores o governo, o polo científico, o polo tecnológico e a sociedade civil (MUNHOZ, 2009).

PRINCIPIOS BASE DE GOVERNANÇA

Os princípios base de governança são: a transparência (*disclosure*), o senso de justiça (*fainess*), a prestação de contas (*accountability*), o cumprimento das leis (*compliance*) e a ética (*ethics*) (SLOMSKI et al., 2008).

PRINCIPIOS PARA MEDIR A BOA GOVERNANÇA

Os princípios para medir a boa governança são: Engajamento social; Transparência; Prestação de contas; Igualdade e inclusão social; Comportamento honesto e ético; Equidade; Capacidade para competir no ambiente global; Capacidade de trabalhar efetivamente em parceria; Sustentabilidade e Respeito pelas leis (BOVAIRD e LOFFTER, 2003).

APÊNDICE F - ATA DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

ATA DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO

Aos vigésimo primeiro dia do mês de julho do ano de dois mil e onze na sala 408-A do Bloco F, às quinze horas, teve início o Exame de Qualificação de **Samuel Meoti** como parte das atividades do Programa de Mestrado em Administração da Universidade de Caxias do Sul. O mestrando apresentou o projeto intitulado “Governança em sistemas locais de saúde: estudo do sistema de saúde de Caxias do Sul”, para banca composta pelos professores Dr. Pelayo Munhoz Olea (orientador), Dra. Janaína Macke, Dr. Rolando Vargas Vallejos, tendo obtido o seguinte parecer:

- Aprovado
 Não Aprovado

Caxias do Sul, 21 de julho de 2011.

Prof. Dr. Pelayo Munhoz Olea

Profa. Dra. Janaína Macke

Prof. Dr. Rolando Vargas Vallejos

APÊNDICE G – RATIFICAÇÃO DA IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES DO SSCX

O entrevistado A considera como ator do SSCX a rede básica “ [...] bem nós temos uma rede própria do SUS, composta por 44 unidades básicas, policlínica e a rede de saúde mensal, compõem vários serviços[...]”. Também, cita os hospitais “[...] nós temos hospitais públicos filantrópicos e privados que compõem o sistema [...]”, bem como, cita os laboratórios “[...] temos laboratórios de análises clínicas laboratórios de imagenologia [...]”.

O entrevistado A considera a SMS e a 5CRS como atores importantes do sistema, exercendo o papel de normatização e intermediação “[...] temos órgãos governamentais que são normativos, que fazem a intermediação [...]”. Ainda destaca como ator importante do SSCX a Universidade de Caxias do Sul “[...] como instituições formadoras temos a Universidade de Caxias do Sul, que se debruçam na questão da formação de profissionais para o mercado de trabalho da saúde, nós temos escolas técnicas que formam profissionais na área da saúde, nos temos faculdades, mais duas faculdades que oferecem serviços e profissionais formados na área da saúde [...]”.

Justificando sua escolha, o entrevistado A relata “[...] o SUS, gestão de saúde pública, ela é muito mais do que a gestão do SUS, quando se pensa em política de saúde e a governabilidade desta política e, em determinado território, se compõem com todos os atores, aqueles que prestam e dão acesso a política pública, a questão assistencial e aqueles que compõem o cenário de oferta de serviços à população [...]”.

Para o entrevistado B, são atores do SSCX: a Universidade de Caxias do Sul “[...] a UCS [...]”, os usuários “[...] essencialmente os usuários [...]”, a SMS e a 5CRS “[...] na sequência os gestores públicos [...]”. E, por fim, o entrevistado cita as ONGS “[...] não podemos deixar de citar as parcerias externas da SMS, como a própria UCS, mas não só a UCS, as ONGS [...]”.

Para justificar suas escolhas, o entrevistado B afirma que dentre vários fatores “[...] o primeiro deles, o principal deles a equidade de atuação, acho importante que vários entes estejam presentes na tomada de decisões e na própria participação [...]”.

Nos relatos do entrevistado C, os Hospitais aparecem como atores importantes “[...] a importância dos hospitais é fundamental [...]”, e destaca “[...] nós podemos destacar o HG que na nossa região é o único que atende 100% SUS, é o único, também, que a gente resalta que alguns dos outros hospitais, eles atendem SUS, mas eles não atendem 100%, eles atendem

também privados [...]”. Também, nos relatos do entrevistado C, surge a Universidade de Caxias do Sul “[...] a própria UCS, por ela ter vários cursos na área da saúde [...]”.

A justificativa da escolha destes atores por parte do entrevistado C é de que “[...] a importância deles é fundamental para que a gente possa dar um processo cada vez melhor ao atendimento SUS [...]”.

O entrevistado D considera como atores importantes do SSCX: o CMS, a UCS, a SME, a 4º CRE, a 5º CRS, a SMS, os Hospitais, os Laboratórios “[...] o Conselho Municipal de Saúde, a Universidade de Caxias do Sul, a Secretaria Municipal de Educação, que também está envolvida. Nós temos, também, 4º Coordenadoria Regional de Educação que também é da educação, só que estadual. Nós temos a 5º Coordenadoria Regional de Saúde, a própria Secretaria Municipal e Saúde, o Hospital Pompéia, o Hospital Geral. Agora, temos também o Hospital Fátima, que entrou na filantropia, a Clínica Paulo Guedes [...]”, “[...] laboratórios, se não me engano, temos 6 ou 7 laboratórios; porém, estão encerrando o contrato. Também, tínhamos o Instituto Gaúcho de Oftalmologia, mas foi encerrado o contrato; pois, agora os hospitais estão em condições de assumir a demanda [...]”.

E, o entrevistado D justifica a escolha destes atores pelo “[...] princípio do atendimento, a questão do SUS, que entre aspas é gratuito a comunidade, mas gratuito não é, porque todo mundo paga seus impostos, e é só um retorno. Mas todos eles atendem pelo SUS, e dentro dos princípios da lei 8080, em cima da integralidade, equidade, e do respeito a todos sem distinção de classes sociais, independente de plano de saúde ou condição financeira. Passa por um processo seletivo nas UBS, que é a porta de entrada, e depois as demandas vão até estes locais [...]”.

Já para o entrevistado E, são atores fundamentais do SSCX: “[...] os Hospitais de Caxias do Sul, Os hospitais, a SMS, o CMS, as UBS, os Planos de Saúde A 5ª CRS [...]”. E justifica sua escolha “[...] porque na realidade eles são complementares na organização dos serviços de saúde, quer ele seja público ou privado. Mas no público, esses atores, todos eles, são envolvidos, são uma engrenagem em que cada um deles dá uma parte [...]”, “[...] o CMS tem que estar alinhado com o hospital, com a SMS, com a 5ªCRS [...]”, “[...] E a 5ªCRS mais do que nunca, porque onde a saúde não é plena, a 5ªCRS é a porta voz dos municípios [...]”, “[...] eles tem uma relação umbilical [...]”.

APÊNDICE H – RATIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS DA SEGUNDA ETAPA

Quando questionado quanto à relação com os hospitais de Caxias do Sul, o entrevistado A afirma que mantém relações formais, justificando que, “[...] em nível de prestação de serviço, nós temos o contrato com o Hospital Pompéia (um hospital filantrópico), Hospital Geral (que é um hospital público executado com uma divisão filantrópica), Hospital do Circulo operário (hospital filantrópico também), a Clínica Paulo Guedes (que é uma clinica psiquiatra que funciona em forma de hospital) [...]”. O entrevistado A, também, afirma que “[...] do ponto de vista da vigilância sanitária e de controle de cadastro de estabelecimentos de saúde, nós temos uma relação com todos, públicos e privados, ela é formal, ela faz vistorias, auditorias, liberação de alvarás para funcionamento [...]”.

Também em relação aos hospitais, o entrevistado B afirma ter relações formais onde “[...] firma essas parcerias, seja por convênio ou por contratos [...]” sendo “[...] na sua grande maioria. Nós temos o convênio assinado para o desenvolvimento de atividades práticas [...]”, isso “[...] tanto nos hospitais quanto nas secretarias municipais de saúde. Isso acontece já há bastante tempo [...]”. Porém, o entrevistado B coloca que “[...] mais especialmente, com alguns hospitais, nós temos uma parceria talvez um pouco maior. Então, por exemplo, o Hospital Geral [...]”, bem como “[...] o Hospital Pompeia, por exemplo, onde nós temos um convênio bem específico [...]”. Por fim, o entrevistado conclui que “[...] nós temos o Hospital da Unimed com alguma coisa [...]”, “[...] nós temos também o Hospital Fátima, agora Virvi Ramos, também para o desenvolvimento, nós temos o Círculo Operário Caxiense. Basicamente, com todos os hospitais de Caxias do Sul nós temos um convênio [...]”.

Quando questionado se mantém relações com os Hospitais de Caxias do Sul, o entrevistado C afirma que “[...] sim, com certeza. Existe uma relação. Os nossos hospitais, os de Caxias, são referência, por exemplo, o Hospital Pompéia, ele é referência para os nossos 48 municípios. O Hospital Geral, ele é referência para gestante de alto risco. Então, a gente tem esse controle, esse contato direto com os hospitais [...]”. Quando questionado se a relação é formal ou informal o entrevistado afirma que “[...] as duas [...]”, e também “[...] reguladora [...]”.

Quanto ao entrevistado D coloca que “[...] não existe relação, o que existe em Caxias é que existem 3 hospitais credenciados pelo SUS. Em um que é 100%, o HG; e dois que são 60%, o Hospital Pompeia e o Fátima. A Paulo Guedes é uma clinica e, dai não seria um

hospital, mas também, só que daí na parte de saúde mental [...]”, depois o entrevistado revê sua posição e coloca que “[...] existe sim um forte relacionamento dos [...]” membros [...] com os hospitais e, vice-versa, dos hospitais com os [...]” membros.

O entrevistado E afirma que sim, mantém contato com os hospitais de Caxias do Sul, e coloca “[...] na verdade, nossa diretoria é um grande encontro de interesses na área da saúde. A gente reuniu lá todos os hospitais de Caxias do Sul [...]”.

Em relação aos Hospitais de Caxias do Sul, o entrevistado F afirma que “[...] ultimamente não, porque como a gente tem a regulação de leitos. Antigamente sim [...]”.

O entrevistado G afirma “[...] na realidade a relação existe [...]” com os Hospitais de Caxias do Sul, “[...] principalmente com o Hospital Pompéia, que é um hospital do SUS, onde tem uma organização do SUS, gerido pelo município de Caxias do Sul [...]”, mas “[...] não existe uma relação direta entre [...]”, “[...] exceto em alguns serviços que por ventura o hospital não tenha o que a gente pede de suporte a eles e eles pedem a nós [...]”, “[...] a gente tem uma relação, existe um contrato, um contrato de parceria, mas fora isso quem regula os hospitais é o município de Caxias do Sul, que regula o atendimento SUS [...]”.

Para o entrevistado H, a relação que ele mantém com os demais hospitais é “[...] só uma relação de transferência de paciente [...]”. O entrevistado I afirma “[...] não [...]” ter relação com os hospitais de Caxias, segundo ele, “[...] a única relação que temos, é que nós recolhemos exames nos hospitais [...]”, afirma que “[...] é uma relação formal. Quando vai lá recolher, é só recolher o exame, não existe nenhum outro tipo de relação [...]”.

O entrevistado J afirma que “[...] sim, trabalha com todos os hospitais de Caxias [...]” complementando “[...] nós somos prestadores de serviço [...]”. Finaliza “[...] é uma relação formal [...]”, “[...] tem contrato de prestação de serviços [...]”.

Segundo o Entrevistado L, existem relações com os hospitais de Caxias do Sul afirmando, “[...] nós trabalhamos formalmente com parceria com o hospital Saúde [...]” e complementa “[...] com outros hospitais a gente só tem uma relação formal no sentido de realização de exames eventuais [...]” e finaliza dizendo “[...] é uma relação mais comercial de prestação de serviços [...]”.

Para o entrevistado N, afirma ter relação entre os hospitais de Caxias do Sul. Porém, “[...] a relação que existe entre os hospitais ela é informal, de uma forma que ela só acontece para discutir interesses que podem conflitar, mas não existe uma reunião, assim uma reunião

mais efetiva, de a gente sentar entre os hospitais e fazer linhas de ações, vendo assim o sistema público de saúde [...]”.

Nos relatos do entrevistado O, ele afirma que “[...] sim, não temos assim parceria para suporte em algumas áreas diagnósticas [...]”, coloca “[...] também um convênio com o Hospital Pompéia, para referenciar alguns casos de gestante de alto-risco, algumas cirurgias de alta complexidade, como cirurgias cardíacas. Então, a gente tem como uma referência, como um suporte para o hospital, mas são casos bem excepcionais [...]”, e finaliza “[...] são formalizados esses convênios, tem contratos amarrando [...]”.

Com relação às UBS’s, o entrevistado B, informa que “[...] nos temos hoje das 44 UBS, mais de 20 em que nós utilizamos também como campus estágio [...]”. O entrevistado B classifica a relação que mantém como um “[...] convênio grandão, convênio guarda-chuva [...]”.

Quando questionado sobre sua relação com as UBS’s de Caxias do Sul, o entrevistado C afirma que “[...] não, na verdade não. Caxias tem gestão plena. Então Caxias é responsável pelos serviços dentro da sua própria região [...]”.

Para o entrevistado D, a relação entre ele e as UBS é de “[...] intercâmbio direto e também gerado pelo fato da gente tá no bairro também, a gente tá sempre passando pela UBS, a gente tem contato com os agentes comunitários, com os enfermeiros e com os próprios médicos [...]” com isso “[...] existe, sim, um bom relacionamento, e uma boa atuação [...]”, promovendo com isso “[...] melhoria do atendimento da UBS [...]”.

Em relação às UBS’s, o entrevistado E coloca não ter “[...] Nenhuma [...]” relação e afirma “[...] não tem relação [...]”.

Com relação às UBS, o entrevistado G afirma que “[...] não, basicamente nenhuma. A relação é das UBS’s com o hospital [...]”, porém “[...] tem uma, mas daí é uma questão de coleta de exames. Nós temos uma parceria com o município aonde nós vamos a uma ou duas UBS’s, onde nós vamos coletar exames na própria comunidade, é regido pelo contrato da contratualização e pelo plano operativo [...]”.

Quanto as UBS’s, o entrevistado H coloca que a relação se dá quando “[...] recebemos os pacientes e quando a gente dá alta [...]”.

Com as UBS’s “[...] a gente não tem relação direta, o que acontece é o seguinte, os exames das UBS’s, vão para Centro Vida e de lá são distribuídos para os laboratórios [...]” é o

que afirma o entrevistado I, que também alega ser semelhante a relação com os hospitais “[...] recolhemos o exame, só, única e exclusivamente [...]”. Seguindo a mesma linha, o entrevistado J afirma “[...] não temos relação com as UBS’s [...]”.

Segundo o entrevistado L, sua relação com as UBS’s se restringe a prestação de serviços através do SMS, afirmando “[...] nós prestamos atendimento no laboratório para todos os encaminhamentos do Centro Especializado em Saúde, que fica no postão 24 horas aqui, este tem encaminhamentos de alguns exames especiais que outros postinhos de saúde, UBS, não tem [...]”.

O entrevistado N, coloca que a relação com as UBS’s “[...] é informal, apenas através dos ambulatórios, quando o paciente é atendido ou tem alta ele é encaminhado para a rede, mas não há uma sequência nisso [...]”. Para o entrevistado O, sua relação com as UBS se dá pela prestação de serviços sendo “[...] referência para alguns exames de análises clínicas, para algumas UBS’s [...]” e finaliza “[...] não existe relação informal, como existe hoje o sistema gestão plena. O fluxo é todo regulado, então não tem a relação direta da UBS com o hospital, com o prestador de serviços. Existe sempre uma intermediação através da regulação do município, para estes fluxos aí [...]”.

Em relação aos laboratórios, o entrevistado A afirma que tem relação “[...] com todos eles também [...]”, através da “[...] vigilância sanitária [...]” e o “[...] serviço de credenciamento de estabelecimento de saúde; todos, sejam eles prestadores ou não do SUS, [...]” e esta é uma “[...] relação formal, contratual jurídica, com processo licitatório, renovado anualmente [...]”.

O entrevistado B afirma que não tem relação com os laboratórios do SSCX “[...] Não. Nem de fora. [...]”. Afirma também que “[...] nós temos um laboratório [...]”, com atendimento exclusivamente ao SUS, onde “[...] a própria legislação prevê certa autonomia e até uma prioridade das instituições consideradas filantrópicas [...]”. O entrevistado C, também afirma “[...] não [...]” ter relação com os laboratórios de Caxias do Sul.

Para o entrevistado D a relação “[...] com os laboratórios é mais formal mesmo, informal seria muito pouco [...]” e finaliza que os laboratórios “[...] estão saindo do sistema e estão indo para os hospitais, para a própria secretaria de saúde [...]”. Assim o entrevistado acredita que esta relação “[...] vai acabar [...]”. Já o entrevistado E declara “[...] também não [...]” ter relações com os laboratórios de Caxias do Sul.

O entrevistado F também não possui relação com os laboratórios de Caixas do Sul, conforme afirma “[...] só com a central de exames da própria SMS, com os demais não [...]”. O entrevistado G afirma que “[...] não temos relação com os laboratórios de Caxias, só de fora [...]”. Segundo o entrevistado H, “[...] temos com os laboratórios dos convênios, e os que precisam daqui são encaminhados para o Hospital Geral [...]”, uma relação de prestação de serviços.

Em relação aos laboratórios de Caxias, o entrevistado I, afirma “[...] não temos nenhuma relação [...]”. Da mesma forma o entrevistado J afirma “[...] não [...]” ter relação com os demais laboratórios de Caxias do Sul.

O entrevistado L afirma que “[...] formalmente nós temos alguns laboratórios clientes [...]” e coloca também que “[...] com outros laboratórios de Caxias, nós temos um relacionamento, enfim de amizade, mas de troca de informações laboratoriais ocorre muito pouco. Esta questão de estudo, discussão de caso, não existe [...]”.

Quando questionado se mantém relação com os laboratórios de Caxias do Sul, o entrevistado N afirmou que “[...] não [...]”. Já o entrevistado O afirma que sim “[...] existe, nós temos [...]” relacionamento com os laboratórios de Caxias do Sul, “[...] é formal [...]” esta relação.

Quanto as Indústrias farmacêuticas, o entrevistado B afirma que “[...] dentro da questão da indústria farmacêutica existe sim, com várias indústrias farmacêuticas. A primeira relação, a mais antiga relação, mais uma vez, é a questão dos estágios [...]”. Existindo “[...] convênios com várias, inclusive no Brasil todo, para o desenvolvimento do currículo de estágio [...]”. Já o entrevistado C afirma “[...] não [...]” manter relação com nenhuma indústria do ramo farmacêutico.

Para o entrevistado D, sua relação com as indústrias farmacêuticas se dá “[...] só através, no caso dos comitês de ética tanto do Hospital Pompéia [...]”, também “[...] eu participo da UCS [...]” e agora provavelmente “[...] do Fátima [...]” e finaliza “[...] o único contato que a gente tem é com os comitês de ética [...]”.

Já o entrevistado E coloca que não tem relações com as indústrias farmacêuticas, afirmando que com as indústrias farmacêuticas “[...] também não [...]”. O entrevistado F segue a mesma linha e também afirma “[...] não [...]” manter relação com as indústrias farmacêuticas.

Quanto às indústrias farmacêuticas, o entrevistado G coloca que “[...] Isso nós temos. Por sermos um hospital de ensino, de ensino e pesquisa, a gente tem projetos de pesquisa onde envolve pesquisas farmacêuticas [...]”. Já o entrevistado H, afirma que “[...] não [...]” tem relação com as indústrias farmacêuticas, mas afirma que já tiveram, “[...] pesquisa forte [...]”. O entrevistado I e o entrevistado J afirmam “[...] não [...]” ter relações com a indústria farmacêutica.

O entrevistado L coloca que “[...] a gente está sempre aberto a estes tipos de estudo, mas com indústrias farmacêuticas é muito pouco, partindo de Caxias [...]”. Já o entrevistado N coloca que “[...] não tem [...]” relacionamento com as indústrias farmacêuticas, afirmando “[...] não tenho este conhecimento, nesta área não temos relacionamento não [...]” e admite “[...] é uma deficiência [...]”.

Segundo os relatos do entrevistado O, onde afirma “[...] nós temos várias parcerias com fornecedores nessa área [...]” e complementa “[...] principalmente na área de alguns insumos, através de comodato de alguns equipamentos [...]”.

Para o entrevistado A, sua relação com o CMS se dá “[...] das duas formas [...]”, formal e informal. “[...] O CMS é a instância máxima da secretaria de saúde, por ele passa o processo de discussão, de fiscalização, de análise da política municipal [...]”. Segundo o entrevistado A, o CMS “[...] é a extensão da sociedade, composta pelos diferentes atores, às vezes conflituosa outras vezes extremamente democrática [...]”.

O CMS é um ator que o entrevistado B afirma ter relação formal “[...] desde que o conselho foi criado na legislação de 80 [...]”, o ator representado pelo entrevistado B “[...] tem uma cadeira como conselheiro do conselho. Porém “[...] não saberia se precisaria se haveria outra relação com o CMS que extrapole o âmbito da participação desses conselheiros nas reuniões”. Acredito que não [...]”.

Já o entrevistado C coloca que “[...] na verdade [...]” o entrevistado C “[...] participa do CMS [...]”. O entrevistado C “[...] tem sim uma representação no CMS. É uma relação como membro [...]”. Ao contrário do entrevistado E que “[...] também não [...]” mantém relações com mais este ator.

Quanto sua relação com o CMS, o entrevistado F afirma que “[...] Sim! Nós temos conselhos locais de saúde, por área de abrangência, e aí as unidades, as coordenações, as equipes participam das reuniões locais, dos conselhos. E tem alguns representantes que participam do municipal. Uma relação formal [...]”.

Para o entrevistado G, sua relação como CMS é classificada como “[...] uma forte relação com o CMS [...]”, também coloca que “[...] temos assento junto ao conselho, temos um conselheiro que vai a todas as reuniões. E todos os nossos credenciamentos, projetos financeiros para buscar equipamentos, todos eles passam pela apreciação do CMS. Nós temos um envolvimento muito forte, prestação de contas passam pelo CMS, ou seja, temos um vínculo muito forte com este conselho [...]”. Segundo o entrevistado H, sua relação com o CMS é de controle social, conforme o entrevistado “[...] ele sempre vem nos visitar [...]”, também afirma existir “[...] um relatório que tem que ser aprovado pelo CMS, por causa de uma verba do estado. É um relatório de prestação de atividades, de objetivos a serem atingidos [...]”. Com o CMS o entrevistado I “[...] não tem relacionamento [...]”. Da mesma forma o entrevistado J afirma que “[...] não [...]” mantém relacionamento com o CMS.

O entrevistado L coloca que “[...] em Caxias do Sul, nós temos muito pouco contato com o CMS, a gente sabe que ele aprova muitas questões relacionadas à saúde, mas a gente não tem nenhum contato [...]”.

O entrevistado N, classifica sua relação como CMS como “[...] uma relação efetiva [...]” e complementa “[...] ela acontece, ela é formalizada, o hospital se faz representar no CMS, participa de forma ativa [...]”. Para o entrevistado O, sua relação com o CMS é “[...] é indireta, porque existe um representante, que ocupa uma das cadeiras junto ao conselho, que é o representante dos hospitais filantrópicos [...]”.

Quanto a SMS, o entrevistado B coloca “[...] sem dúvida [...]” e continua “[...] mantemos um convênio guarda-chuva com a secretaria de saúde. Nós apresentamos as nossas demandas para a secretaria da saúde e a secretaria nos indica que unidades [...]”, isso “[...] tanto nos hospitais quanto nas secretarias municipais de saúde. Isso acontece já há bastante tempo [...]”. Afirma “[...] nós temos vários projetos em andamento com SMS [...]”. “[...] Nós somos muito parceiros [...]”.

Em relação à SMS, o entrevistado C afirma que “[...] tem uma relação muito boa, várias relações [...]” e também coloca que trabalha efetivamente em parceria com a SMS, afirmando que “[...] e a gente está batalhando inclusive ainda assim, muitas coisas junto com o município [...]”.

Quanto a SMS, o entrevistado D coloca que “[...] nesse caso, é o dia a dia, com contato, conversa, até nem tem como ser diferente [...]”, afirma que “[...] existe sim um contato direto, a gente não pode, nesse ponto, eu não posso reclamar da transparência com

que é passado para nós em todas as demandas que chegam até a secretaria, é dado todas as informações, e aberto ali. É formal e informal [...].

Para o entrevistado E, a relação com a SMS “[...] não [...]”, mas admite que “[...] com essas questões de médicos, problemas de funcionários, a gente acaba discutindo juntos para achar uma alternativa [...]”.

Em relação à SMS o entrevistado F afirma que “[...] sim [...]”, mantém relação, uma “[...] relação direta [...]”.

O entrevistado G classifica sua relação com a SMS uma relação de reguladora com regulado, afirmando que “[...] a SMS é nossa grande reguladora, de todas das ações, à medida que o SUS é pleno, nós temos a plena aqui em Caxias, é ela que determina, ela que orienta, ela que regula todo o acesso e o atendimento do SUS em Caxias do Sul e região [...]”. O entrevistado G, classifica a relação afirmando que “[...] também é uma relação bastante intensa, aonde ela, além de nos regular e de nos orientar, discute com nós os novos credenciamentos, as novas possibilidades, e distribui para os hospitais filantrópicos que tem os serviços [...]”.

Para o entrevistado H, sua relação com a SMS é de prestador para gestor, conforme relata “[...] a SMS aqui. A Secretaria são gestores, eles que mandam gestão plena, nós temos a vistoria deles, nós temos toda a hora que prestar esclarecimentos, temos toda a fiscalização. Quando um paciente passa de um período de tratamento, a gente tem que solicitar prorrogação, vai pra lá e eles avaliam toda a parte pericial, a regulação que eles chamam [...]”.

A relação que é mantida entre o entrevistado I e a SMS é de regulação onde, segundo o entrevistado, “[...] eles autorizam que a gente trabalhe ou não, uma relação formal, totalmente formal. Nem conheço as pessoas lá [...]”. O entrevistado J coloca que tem relação de prestação de serviços com a SMS, onde “[...] atendemos o SUS, só em laboratório. É uma relação formal com a SMS. Tem contrato de prestação de serviços [...]”.

Em seus relatos, o entrevistado L coloca que sua relação com a SMS é de “[...] fiscalização [...]”, entre eles o “[...] setor da vigilância sanitária [...]”. Também coloca que tem contato em casos “[...] alguns que a gente pergunta, dúvidas, às vezes nós temos questões sobre atendimento, e fluxo e questionamos [...]”. Por fim coloca que a relação com a SMS é “[...] tudo muito formal, muito burocrático [...]”.

Quanto a SMS, o entrevistado N afirma “[...] ai nós temos uma relação muito boa [...]” e complementa “[...] existe o contrato formalizado, em que define os quantitativos tanto físico

como financeiro. E, além disso, existem reuniões praticamente mensais e até quinzenais, em que sempre está se buscando melhorar a relação de serviços e de troca e trabalho, de forma assim bem efetiva [...]”.

O entrevistado O afirma que mantém relacionamento com a SMS, onde “[...] hoje mais do que nunca, para poder atingir os objetivos da filantropia, a gente tem que ter a chancela da SMS [...]” e complementa “[...] além de satisfazer a filantropia, a gente tá contribuindo aí para o sistema público, na oferta de leitos, com internações clínicas, uma parceria com o gestor [...]”.

Quanto à relação existente com a 5ª CRS, entrevistado A declara “[...] ela vem alterando os papéis, conforme a política nacional avança [...]”. O entrevistado afirma que “[...] há uma relação formal, uma relação de parceria e uma relação bastante normativa [...]”. Afirma também que esta relação é formal e informal e reforça “[...] sim. Essa é uma parceria forte, sim [...]”.

A relação com a 5ª CRS, o entrevistado B coloca que “[...] nós temos uma parceria um pouco menos sólida [...]”. Porém o entrevistado B comenta que “[...] também somos muitos parceiros em algumas no sentido de algumas ações deles aqui dentro [...]”. O entrevistado B ainda afirma que “[...] no passado nós já tivemos [...]”, mas “[...] no momento não temos nenhum, é mais uma política da boa vizinhança, é mais informal [...]”.

O Entrevistado D classifica seu relacionamento com a 5ª CRS como “[...] um contato mais a nível de colega de conselho. A gente não tem aquela cumplicidade como temos com a secretaria [...]”. Porém coloca que “[...] todas as vezes que nós procuramos saber de alguma situação com a 5ª CRS, em nível de algum medicamento, nós fomos muito bem atendidos [...]”.

Segundo o entrevistado E, “[...] não [...]” mantém relações com a 5ª CRS e complementa “[...] nunca participou, não tem envolvimento [...]”. Na mesma linha, nos relatos do entrevistado F, o mesmo afirma que não mantém “[...] contato direto com a 5ª CRS não. Mas participam de todos os eventos que a 5ª CRS proporciona. Eventos de capacitação [...]”.

Em relação à 5ª CRS, o entrevistado G afirma que “[...] a gente tem um envolvimento com a 5ª, mas não muito forte, porque tudo passa pelo município [...]”. Porém o entrevistado G coloca que “[...] nossos projetos, as aprovações de plantas da vigilância sanitária, todos eles são feitos através da 5ª, mas sempre com o aval e com a apreciação do município de Caxias

[...]”. O entrevistado H afirma “[...] tem sim [...]”, quando questionado se mantem relacionamento com a 5ª CRS. Porém, o entrevistado I, “[...] não [...]” mantem relações com a 5ª CRS. Na mesma linha, o entrevistado L relata que, quanto a 5ª CRS “[...] Não [...]” mantem relações, exceto para aprovação de projetos. Porém “[...] depois da aprovação do projeto físico o relacionamento é com a SMS [...]”.

Para o entrevistado N sua relação com a 5ª CRS “[...] é formal [...]” e complementa “[...] existe ai são mais ocasionais, esses contatos, mais em função de algum contrato que o estado repassa algum recurso pelo estado, ou para custeio, ou para investimento, mas essa, essa, esse contato ainda é muito, dou uma nota baixa para isso [...]”.

Quando questionado sobre sua relação com a 5ª CRS, o entrevistado O classifica a relação como eventual, quando “[...] eventualmente tem algumas situações de aprovações, aprovação de plantas, para projetos de reformas, ou construções ou ampliações. Isso, obrigatoriamente, por força da legislação, tem que ter a aprovação do estado. Então, a coordenadoria acaba por ser a nossa referência [...]”.

O entrevistado A afirma que em relação à UCS “[...] existe uma relação formal também, que vem se estreitando, apesar de alguns momentos com conflitos. Porque a UCS prepara a academia prepara profissional e a assistência absorve esses profissionais [...]”.

Com relação à UCS, o entrevistado C afirma que “[...] diretamente não, com quem nós temos um contato maior é com o Hospital Geral. Então, com a universidade nós não temos um vínculo muito forte [...]” e complementa “[...] com a universidade é uma relação mais informal [...]”.

A relação com a UCS é classificada como de parceria pelo entrevistado D, onde afirma “[...] a gente tem a UCS como um parceiro [...]” e complementa “[...] a universidade está sempre presente no dia a dia. Posso te dizer que preocupada com a situação que chega até eles. O que a gente solicita e a pressa com que eles tem de resolver a situação, a gente chega lá com a demanda e a gente chega até se espantar as vezes, por ser uma universidade particular e ter todo esse interesse [...]”. Também classifica a relação como “[...] formal e informal [...]”. Já o entrevistado E, afirma “[...] não temos [...]” relacionamento com a UCS.

O entrevistado F afirma que se relaciona “[...] também através de capacitações. E, muitas vezes, a UCS vai até as unidades para fazer a divulgação de cursos dos serviços. Essa é a relação direta que elas têm. É informal. Depende da necessidade da UCS fazer o contato, a gente agiliza, e está aberto o canal [...]”.

Em relação à UCS, o entrevistado G afirma que “[...] tem uma relação fiel [...]”, “[...] temos aqui mensalmente mais de 600 acadêmicos de diversos cursos ligados a área de saúde, que são envolvidos na aprendizagem, professores que vem fazer suas preceptorias, sua orientação aqui dentro. Então, temos uma ligação muito forte [...]”. O entrevistado H, também, afirma ter relação com a UCS, “[...] tem alguns estágios [...]”. Já o entrevistado I afirma não ter “[...] nenhuma, nenhuma, nenhuma [...]” relação com a UCS.

O entrevistado L afirma “[...] a gente tem trabalho de pesquisa com a UCS, às vezes setores de farmacologia entram em contato. Um relacionamento muito bom e o laboratório sempre participa com a análise, com material para análise, e as vezes trabalhos de alunos [...]”. O entrevistado L também relata “[...] com a universidade nós temos um contrato muito interessante, que é com o estudo. O aluno formando pratica aqui aquela parte da conclusão de curso que é de horas, horas práticas. Então são 400 horas, praticamente um semestre [...]”.

Nos relatos do entrevistado N, o mesmo afirma que em relação à UCS “[...] existe um contrato formal sim [...]” e complementa “[...] nós servimos de campo de internado ou de estágio para vários cursos da própria universidade, nas áreas da saúde [...]”.

Quanto ao relacionamento com a UCS, o entrevistado O afirma que “[...] temos essa íntima relação com esta área das ciências da saúde [...]”, relação essa que é “[...] formalizado através de termos de convênios de cooperação [...]”.

Em relação às Operadoras de Planos de Saúde, o entrevistado B afirma que “[...] não [...]” mantem relações. E, afirma que, “[...] como a grande parte das operadoras, dos planos estão vinculados a hospitais já bem tradicionais, e que a gente tem algum tipo de relação com o hospital [...]”. Seguindo a mesma linha os entrevistados C e D afirmam que “[...] não tem [...]” relações com as operadoras de saúde de Caxias do Sul.

O entrevistado E, afirma que não tem relações normalmente, mas que já teve relações em momentos pontuais, conforme o relato “[...] a gente fez toda uma articulação, depois as operadoras foram tratando com os próprios hospitais [...]”. Já o entrevistado F, afirma que “[...] não tem contato [...]” com nenhuma operadora de saúde de Caxias do Sul.

Em relação às operadoras de saúde de Caxias do Sul, quando questionado se mantem algum relacionamento, o entrevistado G afirma que “[...] não, nenhuma relação [...]”. Também em relação às operadoras o entrevistado H diz ter “[...] relação comercial, atendimento de pacientes, com Unimed, Circulo, Fátima e IPAM [...]”.

O entrevistado E afirmou “[...] não [...]” lembrar-se de nenhum outro ator que devesse ser citado. O entrevistado I afirma que “[...] Sim [...]” mantém relações com as operadoras de saúde de Caxias do Sul, e coloca “[...] nós somos considerados prestadores de serviços [...]” e complementa “[...] a nossa relação é essa de prestação de serviços. A hora que eles quiserem, colocam a gente para correr [...]”, finalizando com a afirmação de que é uma “[...] relação totalmente comercial [...]”. Na mesma linha, o entrevistado J afirma “[...] nós não temos contratos com os hospitais, nós temos contratos com os planos [...]” e complementa “[...] nosso principal cliente é o médico e, não o paciente [...]”.

Para o Entrevistado L, o relacionamento com as operadoras de saúde ocorre conforme declarado “[...] nós temos atendimentos [...]”, também coloca que há uma prestação de serviços para as operadoras de saúde. Porém “[...] todas elas tem serviços próprios, isso acaba deixando a relação um pouco mais delicada, assim, que não é uma prestação de serviços, é uma prestação de serviços e concorrência [...]”.

O entrevistado N afirma “[...] nós temos todos os planos de saúde, todos os planos, tem convênio [...]”, complementando “[...] tudo dependente de contrato, mas não existe assim uma relação assim de, mais assim, corporativa, é uma questão mais comercial. Não tem uma questão assim, mais crescimento, pra que lado se vai, não existe isso, nenhum estímulo [...]”.

Para o entrevistado O, sua relação com as operadoras de saúde acontece da seguinte forma “[...] a gente oferta serviço para outros planos de saúde [...]” e complementa, é “[...] um contrato de prestação de serviços como qualquer outro [...]”.

Foram citados como outros atores do SSCX pelo entrevistado A, o Ministério da Saúde, afirmando “[...] nós temos uma relação bem interessante com o MS [...]”. Para o entrevistado B “[...] existem outros atores, mas não tão firmados, esses seriam os mais importantes [...]”, os identificados.

O entrevistado C, considera outros atores, como sendo “[...] os próprios acadêmicos do centro de ciências da saúde.com uma relação informal [...]”. Para o entrevistado D, são outros atores do sistema, a educação, as “[...] duas secretarias, a 4ª CRE, estadual e a municipal [...]”.

O entrevistado F indica os “[...] Centros de Referência de Assistência Social - CRAS [...]”. O entrevistado I, quando questionado se mantém relação com algum outro ator do SSCX não citado, afirma “[...] não, aqui não, não existe nada mais, nada mais [...]”. Já o entrevistado J, “[...] não [...]” consegue identificar no momento, nenhum outro ator do SSCX.

Porém, o entrevistado L faz uma colocação onde considera que “[...] o ator que mais tem crescido em participação desse cenário, é o usuário final, é o paciente, o cliente. De pouco tempo pra cá, a quantidade de informações que o individuo recebe ou procura e questiona, principalmente. Sinto esta mudança de perfil [...]”.

Questionado da existência de algum outro ator que merecesse ser citado, o entrevistado N coloca que “[...] de atores aqui na saúde, agora, no momento, não me lembro de outra questão, quem poderia ajudar ai [...]”. Já o entrevistado O, indica a “[...] onda muito grande da judicialização da saúde como fator preocupante [...]” e classifica como ator “[...] deveria ser considerado o vigilante da lei, o Ministério Público [...]”.