

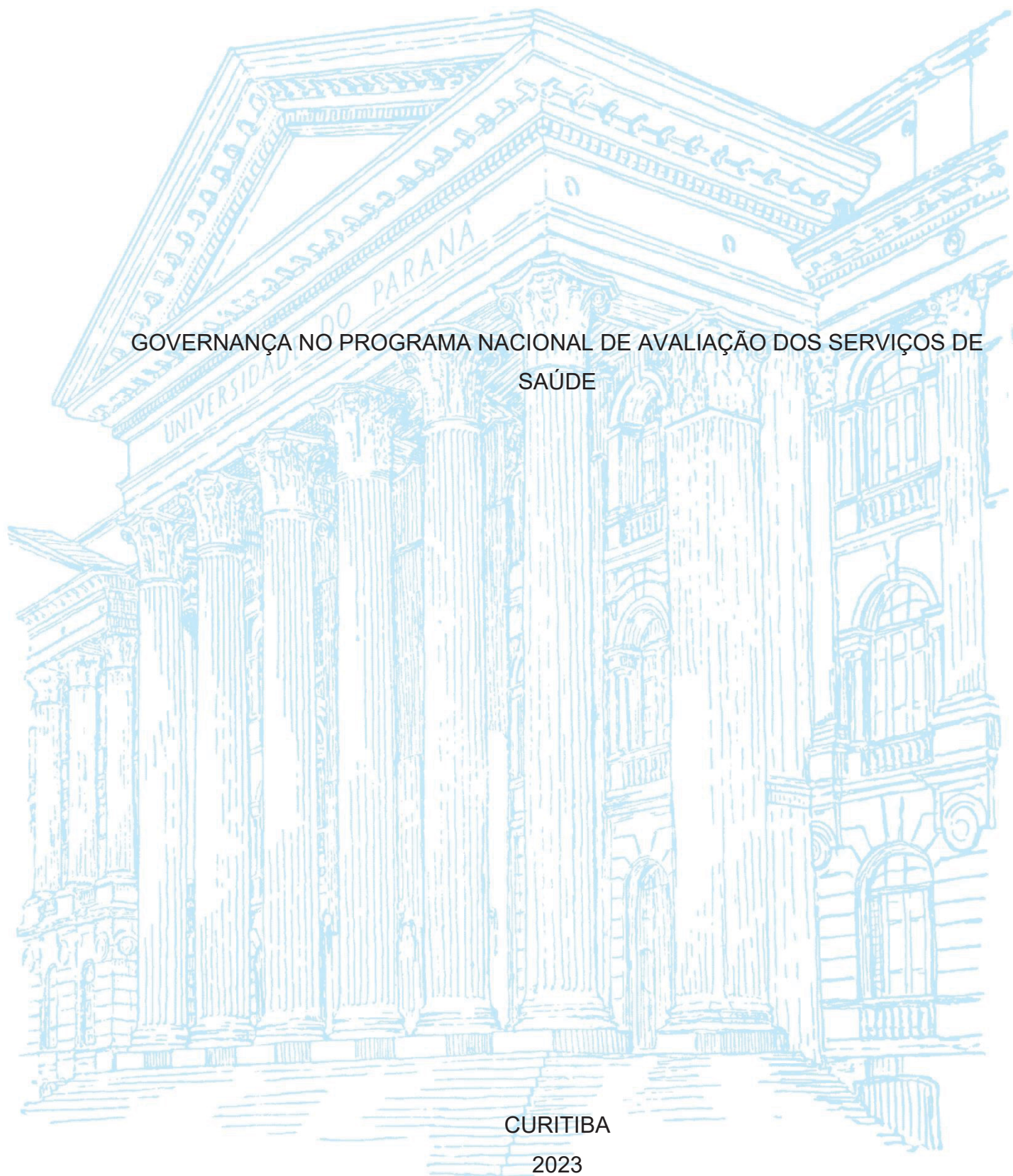
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FULVIO LEONARDO PICOLOTO

GOVERNANÇA NO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE

CURITIBA

2023



FULVIO LEONARDO PICOLOTO

GOVERNANÇA NO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Carolina Bagattolli

CURITIBA

2023

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Picoloto, Fulvio Leonardo

Governança no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde / Fulvio Leonardo Picoloto. – Curitiba, 2023.

1 recurso on-line : PDF.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Bagattolli.

1. Política pública. 2. Governança pública. 3. Políticas - Avaliação. 4. Serviços de saúde. I. Bagattolli, Carolina.
II. Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. III. Título.

Bibliotecária: Maria Lidiane Herculano Graciosa CRB-9/2008

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de FULVIO LEONARDO PICOLOTO intitulada: *Governança no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde*, sob orientação da Profa. Dra. CAROLINA BAGATTOLLI, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 02 de Março de 2023.

Assinatura Eletrônica

10/03/2023 14:48:23.0

CAROLINA BAGATTOLLI

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

07/03/2023 17:46:18.0

RAFAEL GOMES DITTERICH

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

07/03/2023 13:55:24.0

HELVO SLOMP JUNIOR

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos e todas que contribuíram direta e indiretamente com a elaboração da pesquisa.

À Deus pela saúde e vitalidade e por permitir uma pequena contribuição com a pesquisa científica do Brasil.

À professora Carolina, pela orientação e por todas as contribuições e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa.

Aos familiares pelo apoio e paciência nos momentos de afastamento do convívio familiar, em especial à Helena pela compreensão e carinho.

Ao Tafaél pelas contribuições críticas e apoio na compreensão do que significa realizar uma pesquisa científica.

Ao Rodrigo e ao Boo pelo companheirismo e apoio emocional.

Aos colegas do 4P pela rede de apoio psicológico constituída durante um período de grande fragilidade como o da pandemia do Covid-19.

Enfim, agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente com a pesquisa, na certeza de que ela resulta da contribuição de inúmeras e pessoas, escrita por um autor.

RESUMO

Considerando que a própria definição do conceito governança pode ser imprecisa, em razão da polissemia do termo, também a definição dos critérios que dela derivam em um contexto de avaliação de políticas públicas revelam-se complexas, porém necessárias, especialmente em um setor delicado como o da saúde. A pesquisa identifica, com base na revisão da literatura, a presença de critérios de governança no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). Um portfólio bibliográfico sobre os temas governança e avaliação de políticas públicas é apresentado mediante aplicação do *Methodi Ordinatio*, por meio do qual é identificada uma gama de autores e veículos de publicação sobre os temas. Por meio do emprego da Análise de Conteúdo, são identificados e estratificados dez critérios da dimensão governança aplicáveis à avaliação de políticas públicas: Alinhamento Estratégico, Liderança, Auditoria, Eficiência, Transparência, Justiça, Controle e Gestão de Riscos, Eficácia, Integridade e Responsabilidade. Ao cabo, a pesquisa sugere que, desses, apenas seis encontram uma relação de correspondência no PNASS, abrindo possibilidades para pesquisas futuras sobre a necessidade, ou não, de aperfeiçoamento do programa em relação aos critérios de governança avaliados.

Palavras-chave: governança; avaliação de políticas; serviços de saúde.

ABSTRACT

Considering that the very definition of the concept of governance may be imprecise, due to the polysemy of the term, the definition of the criteria that derive from it in a context of evaluating public policies also proves to be complex, but necessary, especially in a delicate sector such as health. The research identifies, based on the literature review, the presence of governance criteria in the National Health Services Assessment Program (PNASS). A bibliographic portfolio on the themes of governance and public policy evaluation is presented by applying the *Methodi Ordinatio*, through which a range of authors and publication vehicles on the themes is identified. Through the use of Content Analysis, ten criteria of the governance dimension applicable to the evaluation of public policies are identified and stratified: Strategic Alignment, Leadership, Auditing, Efficiency, Transparency, Justice, Control and Risk Management, Effectiveness, Integrity and Accountability. In the end, the research suggests that, of these, only six find a correspondence relationship in the PNASS, opening possibilities for future research on the need, or not, to improve the program in relation to the evaluated governance criteria.

Keywords: governance; policy evaluation; health services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Eixos temáticos de pesquisa.....	18
FIGURA 2 - Conformação estrutural proposta pelo Decreto n. 7.508/11.....	41
FIGURA 3 - Etapas do Methodi Ordinatio.....	52
FIGURA 4 - Palavras-chave utilizadas no estudo e as possíveis combinações.....	57
GRÁFICO 1 – Classificação dos periódicos com maiores números de publicações....	60
GRÁFICO 2 - Escala temporal de publicações sobre os temas abordados.....	63

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Modelos de Governança.....	24
QUADRO 2 – Tipos de avaliação segundo critérios de apreciação.....	33
QUADRO 3 – Tipologia indicadores para avaliação da qualidade.....	38
QUADRO 4 – Roteiro dos itens de verificação do PNASS.....	46
QUADRO 5 - Análise crítica dos estudos de relação entre Governança e Avaliação de Políticas Públicas.....	64
QUADRO 6 – Critérios da dimensão governança presentes no portfólio bibliográfico.....	69
QUADRO 7 - Objetivos específicos do PNASS.....	73
QUADRO 8 - Alinhamento dos critérios de governança aos objetivos específicos do PNASS	75
QUADRO 9 - Identificação de correspondência entre critérios de governança e critérios do PNASS	79

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Resultado do levantamento bibliográfico bruto.....	58
TABELA 2 - Etapas de filtragem do portfólio bruto.....	59
TABELA 3 - Classificação dos dez periódicos com maior JCI do portfólio selecionado	61
TABELA 4 - Classificação dos dez artigos mais citados do portfólio selecionado.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIB	- Comissão Intergestores Bipartite
CIT	- Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	- Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS	- Conselhos Municipais de Saúde
DEMAS	- Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS
DENASUS	- Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DOGES	- Departamento de Ouvidoria Geral do SUS
IAC	- Incentivo de Adesão à Contratualização
HPP	- Hospitais de Pequeno Porte
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PNASH	- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNASS	- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
SIA	- Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	- Sistema de Informação Hospitalar
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCU	- Tribunal de Contas da União
UTI	- Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 PERGUNTA DE PESQUISA	15
1.2 OBJETIVOS	16
1.3.1 Objetivo geral	16
1.2.2 Objetivos específicos.....	16
1.3 JUSTIFICATIVA	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 GOVERNANÇA.....	19
2.1.1 Modelos de Governança	23
2.1.2 Governança em saúde	25
2.2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	28
2.3.2 Tipologia da Avaliação de Políticas Públicas	33
2.3 GOVERNANÇA EM SAÚDE E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	35
3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (PNASS).....	40
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	40
3.2 O PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - PNASS44	
3.2.1 Roteiro De Itens De Verificação	46
3.2.2 Questionário Dirigido	48
3.2.3 Conjunto de Indicadores.....	49
4 METODOLOGIA	50
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	50
4.2 MATERIAIS E MÉTODOS.....	51
4.2.1 Levantamento do portfólio bibliográfico	51
4.2.2 Análise de Conteúdo	54
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	56
5.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO ACERCA DIMENSÃO GOVERNANÇA, AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	56
5.2 ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DO PORTFÓLIO BIBLIOGRÁFICO	60
5.3 ANÁLISE DO PORTFÓLIO BIBLIOGRÁFICO	63

5.4 CRITÉRIOS DA DIMENSÃO GOVERNANÇA APLICÁVEIS À AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	69
5.5 IDENTIFICAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE GOVERNANÇA NO PNASS.....	72
6 CONCLUSÃO	82
REFERÊNCIAS.....	86
ANEXO 1 – RELAÇÃO DOS ITENS DE VERIFICAÇÃO DO PNASS	101
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO PNASS DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS	116
ANEXO 3 – INDICADORES PNASS DA ATENÇÃO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (SIA)	124
ANEXO 4 - INDICADORES PNASS DA ATENÇÃO HOSPITALAR (SIH).....	127
ANEXO 5 – PORTFÓLIO BIBLIOGRÁFICO	129

1 INTRODUÇÃO

O uso eficiente dos recursos públicos na área da saúde é um desafio imposto aos sistemas universais de saúde desde muito. No cenário brasileiro, por força constitucional tem-se na eficiência uma base principiológica que impõe à administração pública o dever de zelo para com os recursos públicos (BRASIL, 1988). Por outra via, a carta magna também prevê que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, mediante acesso universal e igualitário.

Entretanto, quando faltam recursos para garantir a prestação dos serviços de saúde previstos na Constituição sob o argumento da reserva do possível, ou seja, de que o Estado não dispõe de dotação orçamentária para suportar uma dada despesa, surge a discussão sobre a existência da ineficiência estatal (BLANCHET, 2017).

Com isso à vista, pesquisadores se debruçam para compreender o uso eficiente de recursos em saúde a partir de diferentes perspectivas. Andrett *et al.* (2018) avaliaram a eficiência dos gastos públicos com saúde dos vinte e seis estados brasileiros, mais o Distrito Federal, no período de 2005 a 2014 e concluíram que apenas o estado do Maranhão dispunha dos recursos de modo eficiente para o atendimento da população com vacinação, internações, atendimento ambulatorial e número de estabelecimentos de saúde.

Um estudo análogo, realizado por Andrade *et. al.* (2017) ao analisar o desempenho das capitais brasileiras no ano de 2015, utilizando o método de Análise Envoltória de Dados, verificou que apenas onze capitais foram consideradas eficientes, sendo outras onze categorizadas com desempenho bom e cinco capitais com desempenho fraco.¹

No Brasil, tanto sob a esfera pública quanto sob a privada, a saúde é promovida e assistida por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, o qual carrega

¹ Análises regionais também são percebidas na literatura, Fonseca e Ferreira, (2009), Queiroz et al. (2013) e Mazon, Mascarenhas e Dallabrida (2015) lançam mão da Análise Envoltória de Dados para avaliar os gastos de recursos públicos em saúde nos municípios dos estados de Minas Gerais, Rio Grande do Norte e Santa Catarina e identificam que, mesmo nos municípios nos quais a média de gastos é superior à média, os gastos não se revertem de forma eficiente para a saúde da população. Marinho, Cardoso e Almeida (2009) avaliam a eficiência na provisão de serviços de saúde no Brasil com modelos de equilíbrio de curto e longo prazo, em comparação com os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), e concluem que, em modelos de equilíbrio de longo prazo, o Brasil não tem um bom desempenho em comparação com os demais países.

entre seus princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência (BRASIL, 1990).

Considerando a natureza pública da prestação do serviço e a livre iniciativa para os entes privados, o exercício da atividade de saúde supera a antinomia existente entre o público e o privado, tornando mais complexa a dinâmica de monitoramento e fiscalização da eficiência quanto à aplicação ou investimento de recursos públicos ou capital privado, bem como em relação ao cumprimento de leis e regulamentos setoriais (SILVA, 2006).

Nesta seara, em 2004 instituiu-se no Brasil o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) com a finalidade de avaliar estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde (CHAVES, *et al.* 2021).

A abrangência do SUS oferece grandes desafios à sua consolidação. Nesse sentido, a avaliação serve como instrumento para reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde, tornando possível intervir e melhorar no que foi definido previamente, além de contribuir para identificar problemas, reorientar o planejamento e mensurar o impacto da implementação de políticas e programas sobre o estado de saúde da população (STEIN, 2013; CHAVES *et al.* 2021).

Com o propósito de reduzir os potenciais conflitos de interesse entre o principal (proprietário), seja ele um agente privado ou o próprio Estado e o agente delegado (terceiro), além de melhorar o desempenho organizacional e trazer mais segurança às demais partes interessadas, a “Governança” passou a assumir um papel de protagonismo nas organizações (BRASIL, 2014).

Kurtz e Schrank (2007) reconhecem que, para os analistas, a corrupção política e a má governança estão entre as principais barreiras ao desenvolvimento econômico e à melhoria social no Terceiro Mundo.

O conceito de governança já foi empregado sob diversas formas e contextos (governança global, governança corporativa, governança em tecnologia da informação, etc), sendo, portanto, conceitualmente reconhecido como um termo polissêmico. Em se tratando da figura estatal, governança pode ser entendida como a capacidade do Estado em produzir políticas públicas que solucionem os problemas da sociedade (BRASIL, 2021).

O surgimento da governança no mundo enquanto discussão conceitual coincide com o momento em que organizações deixaram de ser geridas diretamente por seus proprietários e passaram a ser conduzidas por terceiros (BORGES e NETO, 2020).

Na década de 90, há uma busca pela separação entre o público e o privado e pelo aumento da transparência na prestação de contas. O Banco Mundial (1991) considera, a partir da forma como o poder é exercido na gestão econômica e social para o desenvolvimento de um país, que uma governança é pobre quando associada a alguns sintomas como: falha em uma clara separação entre o que é público e o que é privado, com a tendência de direcionar recursos públicos para o ganho privado; falha em estabelecer uma estrutura legal e governamental previsível; existência excessiva de regras; priorização inconsistente com o desenvolvimento e decisões não transparentes.

Mas a despeito das expectativas, segundo Borges e Neto (2020) o Tribunal de Contas da União (TCU), têm apontado diversos problemas atinentes à governança e à gestão pública da saúde no Brasil, especialmente nas esferas estadual e municipal. O aumento dos gastos e a recorrente detecção de falhas sistêmicas sugerem a necessidade de uma melhoria expressiva na aplicação dos recursos públicos em saúde, seja em termos de eficiência, eficácia e equidade; seja em efetividade das ações e serviços prestados à população (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, uma investigação quanto à metodologia de avaliação do PNASS, identificando a existência (ou não) de elementos de governança poderá contribuir para uma avaliação quanto à conformidade do programa aos critérios encontrados na literatura.

1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

De forma sintética, pode-se exprimir o problema de pesquisa deste trabalho na seguinte pergunta: o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde contempla os critérios de governança destacados pela literatura científica?

1.2 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Identificar, com base na revisão da literatura, a presença de critérios de governança no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Realizar um levantamento bibliográfico sistematizado acerca das dimensões governança e avaliação de políticas públicas;
- b) Estratificar os critérios da dimensão governança aplicáveis à avaliação de políticas públicas.

1.3 JUSTIFICATIVA

A busca pela melhoria, no sentido de fazer o aparato estatal funcionar melhor e com um custo menor, passa pela avaliação do desempenho dos programas públicos, estabelecendo efetividade como medidas de sucesso da ação governamental, impondo assim a criação de diferentes meios para avaliar diferentes alternativas para obtenção de resultados equivalentes (KETTL, 1998).

A função social institucional não pode mais ser vista como um simples usar, fruir e abusar, eis que dela decorrem deveres jurídicos (DAL POZZO, 2012). Nesse sentido, a implementação de uma estrutura de governança volta-se também ao bem-estar social, como forma de prover eficiência e minimizar os danos decorrentes dos eventos de corrupção. Isso porque estes, causados por uma supervisão deficiente ou ausente das políticas e procedimentos de controles internos, afeta as notas e valores reportados nas demonstrações financeiras aprovadas pela governança da instituição (MANCILLA-RENDÓN, et al. 2021).

É nesse sentido que os mecanismos de governança buscam assegurar o efetivo cumprimento aos objetivos governamentais estabelecidos, atingindo níveis superiores de desempenho e garantindo um comportamento em conformidade com os princípios éticos e legais estabelecidos (VIEIRA e BARRETO, 2019).

No campo acadêmico o tema da governança em saúde também tem despertado interesse. Yang e Qi (2022) realizaram uma extensa pesquisa com emprego de análise bibliométrica sobre governança pública em saúde durante a pandemia do COVID-19 e concluíram ser uma tendência a pesquisa sobre o tema da governança em saúde. De acordo com a pesquisa, o Brasil ocupa a 9ª posição em pesquisas sobre o tema, sendo que, dos 10 países com maior produção, sete são desenvolvidos, com EUA na liderança.

Segundo Sauerbronn (2017), em levantamento na base de dados Spell (www.spell.org.br) – encontrando, desde 1995, cerca de 90 artigos contendo a expressão “governança pública” – perante a academia, o tema tem despertado relativo interesse, em especial nas áreas de ciências sociais.

Considerando assim, a atualidade e relevância do tema, na tentativa de contribuir com estudos sobre o sistema de saúde a partir de instrumentos com potencial para conferir maior eficiência, transparência e combater a corrupção, verificam-se presentes os fatores sociais que justificam o desenvolvimento da presente pesquisa,

Além disso, esse estudo busca apresentar uma contribuição científica voltada para o atendimento das especificidades do setor de saúde no cenário brasileiro, de forma a conjugar uma análise a avaliação empregada no PNASS com critérios avaliativos de governança de uma forma ainda não percebida na literatura, gozando, portanto, de originalidade quanto ao objeto de estudo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

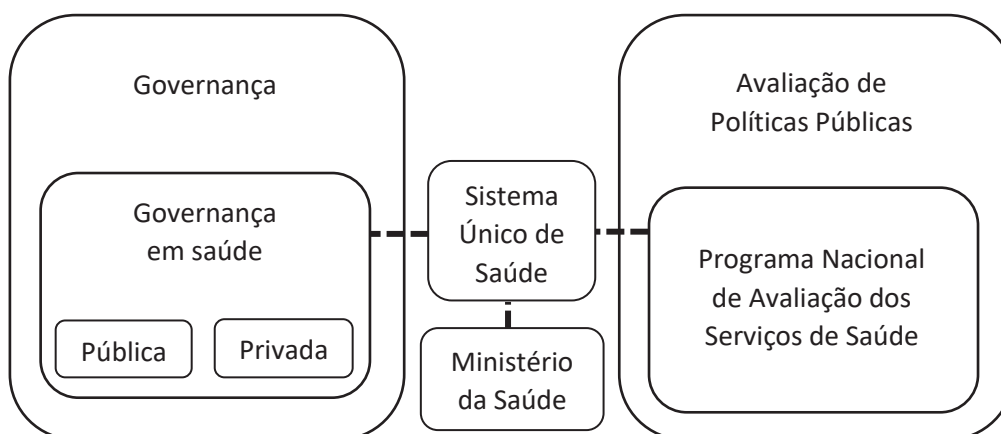
O presente capítulo se dedica a apresentar uma revisão de literatura sobre os temas abordados na pesquisa. Na primeira seção aborda-se o tema da governança, ao passo que a segunda se centra na avaliação de políticas públicas.

O emprego da palavra governança requer um cuidado analítico, a fim de que se compreenda o seu significado no contexto em que é aplicado, visto que tem aplicação em campos variados e com diferentes sentidos (GONÇALVES, 2005). Da mesma forma, o reconhecimento do que se entende por avaliação de políticas públicas exige uma apresentação acerca das principais correntes de pensamento com vistas a situar o leitor em relação aos usos e empregos na pesquisa.

Sendo assim, o principal objetivo deste capítulo é fornecer ao leitor um direcionamento acerca das redes de pensamento e concepções sobre os temas abordados de forma articulada, na tentativa de fornecer elementos relevantes ao desenvolvimento da pesquisa.

A Figura 1 apresenta a forma como os eixos temáticos encontram-se distribuídos na pesquisa e evidencia a interrelação entre eles:

FIGURA 1 – Eixos temáticos de pesquisa



Fonte: autor (2022)

2.1 GOVERNANÇA

Governança comporta um conceito polissêmico que, por vezes, é utilizado de forma vaga e imprecisa, a depender da intenção e da forma como é empregado (RHODES, 1996; HIRST, 2000; CÁRDENAS, 2010).

Diversos trabalhos se dedicaram ao estudo e compreensão dos diferentes contornos que a palavra assume por meio de revisão extensa da literatura, como os de Diniz (1995), Santos (1997), Gonçalves (2005), Castelo *et al* (2017) e Teixeira e Gomes (2019).

A Governança – quando ligada ao formato político institucional do processo decisório, às definições sobre o financiamento de políticas e o alcance de programas – se refere à forma pela qual as políticas governamentais são operadas. É preciso ressaltar, todavia, que o conceito não se restringe à aspectos gerenciais e administrativos do Estado. São incorporadas também questões relativas aos padrões de articulação entre os atores sociais e políticos e os arranjos institucionais que articulam interesses, como, partidos políticos, grupos de pressão e redes informais (SANTOS, 1997; GONÇALVES, 2005).

É por isso que Stoker (2019) afirma que governança está preocupada em criar as condições para um governo ordenado, e que, portanto, os resultados da governança não são diferentes dos do governo, de modo que as diferenças subsistam a nível de processos. Para o autor, parece haver um consenso na literatura de que a governança faz referência à forma como estilos de governo se desenvolvem, sendo que as fronteiras entre os setores público e privado remanescem tênues (STOKER, 2019).

Sob o viés de governança pública, pode ainda ser considerado requisito de governança a mensuração do desempenho da administração pública quanto ao alcance da sua finalidade no atendimento das demandas sociais, por meio de critérios avaliativos (MASSEY e JOHNSTON-MILLER, 2016).

Nesse sentido, o emprego do termo governança assume um contexto de análise a partir de uma perspectiva interna à instituição, ou seja, observado a partir do conjunto de estruturas e funções existentes em uma dada instituição com finalidade avaliativa.

A governança pública corresponde aos processos por meio dos quais os atores sociais interagem para estabelecer padrões de coordenação social,

responsáveis pelas estruturas de cooperação social necessárias para resolver os problemas públicos complexos do Estado. São os processos interativos por meio dos quais a sociedade e a economia são dirigidos em favor de objetivos coletivos comuns (TORFING, 2016).

A título de exemplo, o Instituto Federal do Acre - IFAC (2013) define governança no setor público como um arranjo (político, administrativo, econômico, social, legal, ambiental, etc.) implementado com a finalidade de garantir que os resultados pretendidos pelas partes interessadas sejam definidos e alcançados. Complementarmente, o IBGC (2015), como contribuição, apresenta os princípios básicos que permeiam a governança corporativa, sendo eles: a transparência, a equidade, a prestação de contas (*accountability*) e a responsabilidade corporativa.

Quando associada ao ambiente empresarial, governança pode ainda ser associada à estrutura que envolve os processos de direção e controle de uma dada instituição. Ela estabelece as formas de interação entre os gestores (agentes), os proprietários (*shareholders*) e as partes interessadas (*stakeholders*) da instituição, com o objetivo de garantir o respeito entre as partes, alinhando desempenho e conformidade (VIEIRA e BARRETO, 2019).

Para Casanova et al. (2018), quando inserida no campo das políticas públicas Governança pode ser concebida enquanto rede de políticas, caracterizadas por relações de interdependência, mediadas por regras, entre atores diversos em situação de relativa autonomia, sem subordinação formal ou controle predominante, a depender do grau de influência e recursos disponíveis.

Rhodes (1996) reforça a ideia de governança como referência a redes entre organizações auto-organizadas argumentando que elas complementam mercados e hierarquias como estruturas governamentais possibilitando a alocação de recursos para exercício de controle e coordenação.

Em outro sentido, governança pode ser compreendida enquanto fenômeno, referida a partir de um estado de coisas, um conjunto de práticas reconhecido como objeto de estudo, sintetizado a partir de três características: a) complexidade, entendida como elemento intrínseco ao processo de formulação de políticas públicas, b) participação, dos diversos atores presentes nos quadros de redes plurais e, c) nova postura dos poderes públicos, verificada nos processos de governo mediante adoção de novos papéis de desenvolvimento e de novos instrumentos orientados para a gestão da rede (CÁRDENAS, 2010).

Segundo o Banco Mundial, a definição geral de governança se traduz no “exercício da autoridade, controle, administração, poder de governo”, ou ainda “a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país visando o desenvolvimento”, de forma a implicar sobre a capacidade dos governos de planejar, formular e implementar políticas e cumprirem suas funções (BANCO MUNDIAL, 1992).

No cenário brasileiro, a ideia de governança quando associada ao interesse público possui uma ampla e múltipla abordagem conceitual, tornando seu estudo complexo. No entanto, parece haver consenso na literatura de que é essencial para otimizar o desenvolvimento social, econômico, político e cultural do Brasil (TEIXEIRA e GOMES, 2019).

No que se refere ao contexto governamental brasileiro, importa mencionar o entendimento do TCU sobre o conceito de governança pública. Para o Egrégio Tribunal, a governança pública consiste essencialmente nos mecanismos de liderança, de estratégia e de controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, de forma a contribuir para uma melhor condução das políticas públicas e da prestação de serviços de interesse social (BRASIL, 2014).

No âmbito da gestão pública brasileira, o termo encontra-se expresso de forma infralegal na Instrução Normativa Conjunta n. 01/16 do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e a Controladoria Geral da União (CGU), assim disposto: “Governança: combinação de processos e estruturas implantadas pela alta administração, para informar, dirigir, administrar e monitorar as atividades da organização, com o intuito de alcançar os seus objetivos” (BRASIL, 2016, Art. 2º, VIII).

Percebe-se assim que a governança pode ser utilizada na sociedade como forma de distribuição de poder e gestão recursos públicos (GOMIDES e SILVA, 2009).

Dentre os potenciais benefícios obtidos a partir do exercício de uma boa governança pública apontados pelo Tribunal de Contas da União (TCU) (BRASIL, 2020), destacam-se:

- a) garantia da entrega de benefícios econômicos, sociais e ambientais para os cidadãos;
- b) garantia de que a organização seja, e pareça, responsável para com os cidadãos;
- c) clareza acerca de quais são os produtos e serviços efetivamente prestados para cidadãos e usuários;

- d) transparência, mantendo a sociedade informada acerca das decisões tomadas e dos riscos envolvidos;
- e) utilização de informações de qualidade e mecanismos robustos de apoio às tomadas de decisão;
- f) diálogo com a sociedade e prestação de contas;
- g) garantia da qualidade e a efetividade dos serviços prestados aos cidadãos;
- h) desenvolvimento contínuo da liderança e dos colaboradores;
- i) definição clara de processos, papéis, responsabilidades e limites de poder e de autoridade;
- j) institucionalização de estruturas adequadas de governança;
- k) seleção da liderança tendo por base aspectos como conhecimento, habilidades e atitudes (competências individuais);
- l) avaliação do desempenho e conformidade da organização e da liderança, mantendo um balanceamento adequado entre eles;
- m) garantia da existência de um sistema efetivo de gestão de riscos;
- n) utilização de controles internos para manutenção dos riscos em níveis adequados e aceitáveis;
- o) controle das finanças de forma atenta, robusta e responsável; e
- p) promoção aos cidadãos de dados e informações de qualidade (confiáveis, tempestivas, relevantes e compreensíveis).

Com investimentos em governança pode-se obter retornos consideráveis em relação ao aumento da eficiência dos resultados, desde que, implementado com responsabilidade e considerando as características próprias de cada segmento de atuação (FRIGO e ANDERSON, 2009).

Os investimentos de governança, se revelam, portanto, relevantes para o desenvolvimento. Em países onde se identifica a presença de uma boa governança e orçamentos bem definidos, há grandes possibilidades de os gastos serem percebidos diretamente com os resultados, de forma a evitar desperdícios (KASHIWAKURA, *et al.*, 2021).

De acordo com Vian; Bicknell (2014), quando se identifica a presença de uma governança que funciona bem, os cidadãos são mais capazes de alcançar objetivos individuais e comuns. Todavia quando a governança é ruim, mesmo que se tenha

disponibilidade financeira e bons recursos técnicos, um país pode não atingir as metas de desenvolvimento.

2.1.1 Modelos de Governança

Diferentes modelos de governança são percebidos na literatura. Aristovnik *et al.* (2022) realizam extensa revisão da literatura sobre os modelos de governança, chegando a três grandes modelos: a) administração e gestão pública tradicional, b) modelos gerenciais e c) governança e modelos híbridos.

Desta forma, torna-se possível estabelecer uma correlação entre os achados para três modelos de governança, conforme descrito no QUADRO 1.

QUADRO 1 – Modelos de Governança

Dimensões do modelo	Modelos		
	I - Gestão Pública Tradicional	II - Gerenciais	III - Híbridos
Orientação	Administração Pública Weberiana	Nova Gestão Pública (NPM)	Boa Governança/ Nova Governança Pública Alternativo/ Híbrido (Interativo, Rede, Governança Colaborativa, Novo Serviço Público, Valor Público...)
Reivindicação principal	Sistemas estáveis e ordenados de autoridade e controle hierárquico com regras claras.	O governo deve operar como uma organização empresarial e utilizar técnicas baseadas no empreendedorismo.	Moderniza o aparato estatal tradicional para se tornar mais profissional, eficiente e responsivo. A governança é mais inclusiva e "boa" para um resultado específico (por exemplo, crescimento econômico, democracia ...).
Período principal	Do final do século XIX ao final dos anos 1970/início dos anos 1980	Os anos 1980 e 1990	Final da década de 1990 até o presente A partir dos anos 2000 em diante Desde a recente crise financeira
Princípios	Responsabilização por hierarquia, Estado de direito, igualdade perante a lei, objetividade, especialização funcional.	Eficiência, eficácia, economia, desregulamentação, competitividade, medição de desempenho, descentralização, redução de custos, empreendedorismo.	Participação, transparência, capacidade de resposta, equidade, eficiência, eficácia, prestação de contas, igualdade, credibilidade. Confiança, transformação, empatia, relações sustentáveis, colaboração entre público e privado, valores partilhados, consulta, participação, digitalização, integração.
Principais atores	Estado/legislador	Prestadores e consumidores	Estado, prestadores e consumidores
Cultura administrativa	Ética do serviço público	Espírito empreendedor	Atender as necessidades dos cidadãos Estado, prestadores e consumidores Governos abertos/abordagem mista
Limitações/Falhas	Regras rígidas, falta de descrição gerencial, sistema de incentivo complicado, impossibilidade de demitir trabalhadores incompetentes.	Não funciona se a falta de autoridade, os interesses financeiros sobre o interesse público, os indicadores de desempenho, o esquecimento do reconhecimento social, os cidadãos forem vistos como clientes.	Mecanismos de participação/coordenação desafiadores, falta de controle democrático devido à delegação de poder, princípios são difíceis de definir. Faltam fundamentos teóricos e práticos, causando medos: perda de confidencialidade, aumento do controle por parte do governo, preocupações com a segurança.

Fonte: adaptado de Aristovnik *et al.* (2022) e Oomkens *et al.* (2015)

A gestão pública tradicional é caracterizada essencialmente pelo modelo de regulação estatal orientada pelo pensamento weberiano, tendo o Estado como principal ator e os comandos burocráticos orientados a partir da legislação (ARISTOVNIK *et al.* 2022).

A Nova Gestão Pública por sua vez, caracteriza-se pela incorporação ao aparato estatal dos elementos de governança corporativa, ou seja, dos elementos de governança existentes no mercado (OOMKENS *et al.* 2015). A governança corporativa é um modelo de gestão administrativa e liderança de longo prazo por meio do qual as corporações devem ser controladas e operadas com transparência. A OCDE (2004) sugere a existência de uma influência relevante da liderança da alta administração, vez que é a responsável pela implementação de procedimentos de verificação e salvaguarda da integridade dos relatórios financeiros da empresa, seu conselho de administração e os terceiros interessados (MANCILLA-RENDÓN *et al.* 2021).

Aristovnik *et al.* (2022) explicam que modelos híbridos podem ser identificados mais como correntes de pensamento sobre governança do que modelos mais próximos à uma classificação estanque. Nessa medida, assumem diferentes contornos locais e fluem como movimentos de governança com alguns pontos em comum (ARISTOVNIK *et al.* 2022).

2.1.2 Governança em saúde

A governança em saúde é um tema de grande importância, pois envolve a estruturação e o funcionamento dos sistemas de saúde e a garantia de acesso à assistência à saúde para toda a população.

Para Kickbusch e Gleicher (2012), os desafios percebidos para a governança em saúde decorrem, portanto, dos próprios desafios impostos aos sistemas de saúde, tais como:

- a. assegurar o financiamento tanto para a saúde pública como para os serviços de cuidados de saúde;
- b. garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde;
- c. empoderar cidadãos e usuários;

- d. usar recursos de forma eficiente por meio de avaliação de tecnologia de saúde, acordos de compra competitivos, métodos inovadores de prestação de serviços e estudos de custo-efetividade;
- e. monitoramento e avaliação;
- f. intermediação de conhecimento: alinhamento dos objetivos de pesquisa e necessidades políticas;
- g. interligação da atenção primária e especializada; e
- h. formação de recursos humanos, incluindo o reforço do papel das universidades

Os indicadores de saúde exercem grande influência no desenvolvimento econômico e social. Trata-se de um campo complexo que guarda relação de dependência com os recursos públicos no qual existem interações a partir de uma rede em que estão presentes diferentes atores e interesses que devem convergir para o atendimento eficaz e de qualidade (KASHIWAKURA e GONÇALVES, 2021).

No âmbito da saúde, a utilização do termo governança emerge de modelos de governança discutidos internacionalmente. No Relatório Mundial da Saúde de 2000, já se percebia a importância de os países definirem prioridades por meio de uma governança criteriosa dos agentes de saúde (OMS, 2000).

Em 2007, a OMS considerou ser a forma de garantir que existem quadros políticos estratégicos combinados com uma supervisão eficaz, formação de coligações, a regulação, a atenção ao sistema de concepção e prestação de contas (OMS, 2007; PRADO et al. 2020).

Barbazza e Tello (2014) ressaltam que a governança da saúde tem sido debatida pela OMS como um meio para o fortalecimento dos sistemas de saúde. Nesse sentido a noção de governança volta-se para a organização de atividades com participação da sociedade, como por exemplo, em ações saúde pública.

Em que pese os agentes da rede geralmente apresentarem interesses divergentes, a governança em saúde incentiva que todos participem do processo, estimulando que sejam organizados e direcionados para objetivos comuns, negociados, tudo com vistas a assegurar o direito ao acesso universal à saúde (SANTOS, 2018).

Para Oomkens et al. (2015), uma estrutura de governança em saúde refere-se à forma como os serviços de saúde são organizados, regulados e controlados e

pode ser definida pelas relações entre os atores da atenção à saúde (profissionais, pacientes, operadoras de saúde, dentre outros) e o Estado e seus órgãos.

Os sistemas de governança em saúde não se refletem apenas nas atividades regulares de governança, mas apresentam certa sensibilidade ao nível de resposta quando percebida uma crise na saúde pública (ZHANG; ZHANG 2020).

Segundo Santos e Giovanella (2014), a governança em saúde é uma nova forma de gestão em saúde na qual os secretários de saúde são peças-chave, já que as demandas por ações e serviços de saúde, as fontes de recursos humanos, financeiros e estruturais são oriundas do ente público e a tomada de decisão é pública também.

Já para Fleury et al. (2010) a governança na área da saúde se destaca por ser um locus privilegiado para a construção da política de saúde no âmbito regional e nacional, desempenhado pelo conjunto de atores sociais, instituições e instâncias os quais exercem o poder decisório, a responsabilização, a formulação, a execução e prestação de contas da política municipal de saúde.

A governança em saúde tem se destacado ainda pelas reformas em nível global, nesse sentido, compreender o papel dos atores envolvidos, as tradições culturais e o contexto histórico, institucional e profissional em que estão inseridos os profissionais da saúde, é essencial para que avanços nessa área possam ser efetivados (UDDIN *et al.* 2020).

Na visão de Bretas Jr. e Shimizu (2017) para que a governança na saúde aconteça, deve atender a seis critérios: a) a iniciativa do fórum deverá ser do órgão público, b) os atores do fórum incluem participantes não estatais, c) os envolvidos contribuem também para a tomada de decisão e não apenas para uma consulta; d) o fórum é organizado de maneira formal e se opera coletivamente, e) o fórum tem por objetivo a tomada de decisão baseada no consenso e, f) o foco da colaboração está na ordem pública ou gestão pública.

Com uma visão mais ampla, a governança da saúde tem sido debatida pela OMS como proposta para o fortalecimento dos sistemas de saúde, tendo sido pensada a partir de ações de saúde organizadas que contam com a participação da sociedade (BARBAZZA e TELLO, 2014).

Assim, mesmo que construída sob diferentes abordagens e eventuais divergências entre os autores, há um ponto em comum quando se trata de governança pública em saúde. Ela não é vista como um produto pronto e acabado, mas sim, um

objeto de múltiplas funções, gestões, relações e articulações entre público e o privado, bem como da articulação entre as diferentes regiões (AZEVEDO e ANASTASIA, 2002).

Nesse sentido, Azevedo e Anastacia (2002) assumem que, pelo fato de a governança em saúde combinar eficiência na prestação do serviço de saúde às reformas que regulam regras de transparência entre o setor público e o privado, torna-se necessária a construção de uma estrutura adequada capaz de garantir uma eficiência operacional, sendo, portanto, necessária a colaboração de todas as esferas de governo.

No Brasil O Sistema Único de Saúde (SUS) é o principal sistema de saúde e foi criado em 1988 com o objetivo de garantir acesso universal e gratuito à assistência à saúde. Ele é composto por diversos níveis de atenção, desde a atenção básica até a atenção especializada, e é responsável por garantir a cobertura de saúde para a população brasileira (BRASIL, 1990).

A governança em saúde no Brasil é estruturada através de uma série de mecanismos e instituições, incluindo o Ministério da Saúde, os estados, os municípios e as comunidades. O Ministério da Saúde é responsável por estabelecer as políticas e diretrizes para o SUS, enquanto os estados e municípios são responsáveis pela implementação dessas políticas e pelo gerenciamento dos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

2.2 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O campo das políticas públicas enquanto área do conhecimento surge nos Estados Unidos da América, rompendo com a tradição europeia que concentrou estudos sobre a análise do Estado, debruçando-se mais especificamente sobre o comportamento dos próprios governos, como geradores de políticas públicas (FREY, 2000; SOUZA, 2006).

Pela característica própria da arena política, tem-se que a construção de políticas públicas perpassa diferentes perspectivas e interesses, motivo pelo qual seu estudo exige uma análise sob os mais diversos campos ou áreas de atuação. O campo de públicas configura-se, assim, em uma esfera de estudo multidisciplinar, a qual

demanda aplicação de conhecimentos de diferentes áreas de conhecimento, como sociologia, ciência política, economia, direito e psicologia (SOUZA, 2006).

Do ponto de vista conceitual, o emprego do termo Políticas Públicas é polissêmico e encontra uma multiplicidade de sentidos na literatura. Para Easton (1953), se configura com a alocação autoritária de valores para toda a sociedade. Todavia, para Dye (1984), apenas os governos podem atuar em favor de toda a sociedade. Para Lasswell e Kaplan (1970), uma política pública pode ser compreendida como um programa projetado, com metas, valores e práticas – excluindo da definição aqueles comportamentos governamentais desprovidos de metas, por exemplo. Isso porque, para Lasswell (1958), as decisões sobre políticas públicas ensejam a resposta aos questionamentos sobre quem ganha o quê, por que e que diferença faz. Após discussões sobre aspectos subjetivos das políticas públicas, Dye (1984) simplifica a questão, concebendo que políticas públicas são tudo o que um governo decide fazer ou não fazer.

As políticas públicas podem ainda ser definidas como ações ou inações materiais ou simbólicas adotadas pelas autoridades públicas. Nesse sentido, não é o simples não agir que configura uma política pública, mas sim a decisão de não agir frente a um problema público (MICHEL, 2002).

Esse trabalho não tem como objetivo esgotar as discussões sobre o tema e tampouco, elaborar uma propositura autoral para a definição de políticas públicas, limitando a destacar que as definições em geral, conduzem ao entendimento sobre a ação, potencial ação ou inação que os governos adotam na consecução de suas atividades, sendo que, para alguns se traduzem das ações ou inações com enfoque em um problema específico.

Uma apreciação cuidadosa do tema avaliação de políticas públicas, exige um esclarecimento quanto ao uso e emprego do termo. Ressalta-se, desde logo, que o presente trabalho não tem por objeto discorrer ou abordar profundamente o tema de análise de políticas públicas, senão com a finalidade didática de distingui-la em relação à avaliação, a qual consideramos como instrumento distinto daquela.

Ainda que possa existir algum emprego sinonímico entre as palavras, uma distinção inicial pode ser estabelecida a partir do ponto de vista etimológico, considerando que o verbo avaliar provem do latim, *valere*, cujo significado se traduz em ser forte, vigoroso, mas também naquilo que tem valor, que tem por fim, que tem

objetivo, ao passo que o verbo analisar tem origem no grego *analysis*, traduzível na dissecação do todo em partes, uma oposição à síntese (MACHADO, 1987).

Embora relacionada à uma prática antiga, a avaliação como área de produção de conhecimento surge de forma não sistematizada na metade dos anos 1960. Somente a partir de meados dos anos 1970 passa a ser objeto de atenção em diversos campos, embora ainda insuficientes para caracterização efetiva de uma disciplina acadêmica. O conhecimento acerca de uma caracterização do que seria avaliação de políticas públicas se deu de acordo com as transformações sociais, motivo pelo qual se considera que a disciplina demanda consolidação no campo epistemológico, teórico e metodológico (SCRIVEN, 1991; NOVAES, 2000; DIAS SOBRINHO, 2003).

O crescimento da literatura sobre avaliação de políticas públicas nas décadas de 1970 e 1980 revelou diferenças e semelhanças entre as preferências filosóficas e metodológicas dos autores. É fato que houve acordo quanto ao entendimento de que a avaliação demanda um esforço técnico e político multidimensional, e exige a necessidade de novas conceituações sobre quando e como as metodologias existentes em outros campos podem ser instrumentalizadas de forma adequada na avaliação (FITZPATRICK, et al. 2011).

Se até a década de 1980 persistia uma indefinição acerca da importância da avaliação de políticas públicas nos Estados Unidos da América, a eleição de Ronald Reagan em 1980 marcou o declínio nas avaliações em nível federal, pois os estados passaram a receber subsídios em bloco e as decisões sobre gastos e os requisitos de avaliação foram delegadas aos estados, diversificando assim, tanto a natureza quanto os métodos de avaliação (FITZPATRICK, et al. 2011).

Considerando a análise de políticas públicas como instrumento de referência inicialmente conhecido e, com o aumento da produção acadêmica sobre avaliação de políticas públicas, foi necessário um período de consolidação do conhecimento de forma tal, que permitisse à parte da doutrina estadunidense explicar a avaliação por meio do estabelecimento de distinções quanto a definição, objetivos, métodos, públicos e resultados próprios, em comparação com a análise.

Tem-se assim, que a pesquisa em avaliação de políticas é retrospectiva e se debruça então sobre questões de impacto, causais, geralmente conduzidas após o evento, privando-se da promoção de recomendações, ao passo que a análise obedece ao diametralmente oposto, visando usualmente à promoção de recomendações, assumindo assim, seu viés prospectivo. Embora se reconheça a

existência e uma sobreposição conceitual na dedicação à resposta para um problema, uma tende a permanecer orientada para o passado e para a promoção de feedback ao passo que a outra pende à busca de alternativas (GEVA-MAY e PAL, 1999).

Enquanto a avaliação de políticas utiliza métodos predominantemente objetivos para avaliar a continuidade de um programa, pessoal, orçamentos e procedimentos operacionais dentro das estruturas organizacionais, a análise lança mão de métodos predominantemente empíricos e teorias das ciências sociais para descobrir antecipadamente a consequência de determinadas alternativas (GEVA-MAY e PAL, 1999).

Na definição do problema a avaliação deve buscar um entendimento em relação à política em si, ao passo que a análise permeia uma diversidade de problemas, atores, valores, entre outros elementos que permitem o uso da criatividade pelo analista para proposição de uma solução autêntica. Nesta interpretação, os analistas acabarão por fazer maior exercício da retórica e do convencimento na defesa de seus argumentos, enquanto os avaliadores buscarão uma aproximação à neutralidade axiológica (GEVA-MAY e PAL, 1999).

A avaliação de políticas guarda uma relação importante com o neoliberalismo. Do ponto de vista teórico, o pensamento neoliberal espera que, de um lado, o Estado assuma um papel de poder secundário, montando o cenário para as funções de mercado e, de outro, que ele seja ativo na criação de um clima de negócios favorável e se comporte como entidade competitiva na política global (HARVEY, 2008).

A crise fiscal do final da década de 1970, associada aos governos de Margareth Thatcher, na Inglaterra, e Ronald Reagan, nos Estados Unidos da América e ao pensamento neoliberal oriundo da escola de Chicago culminaram em um debate sobre o papel do Estado trazendo para o ambiente público conceitos antes aplicados somente na esfera privada (CAVALCANTE, 2017).

A avaliação de políticas vem então, a reboque do neoliberalismo para robustecer a racionalidade de um governo liderado por especialistas. Harvey (2008) se inclina a afirmar que há uma suspeita relação entre os pensadores neoliberais e a democracia, pois o regime da maioria revela-se uma ameaça aos direitos individuais e liberdades constitucionais, de modo que os pensadores tendem a favorecer um governo liderado por especialistas e pelas elites.

Além do pensamento neoliberal, o movimento do *New Public Management* (NPM), também trouxe elementos que contribuíram com o desenvolvimento da

avaliação de políticas. Em um período de recessão na economia mundial na década de 1980, o NPM emerge como mecanismo de valorização do sistema de gerenciamento público com emprego de técnicas de qualidade e desempenho trazidas do ambiente privado (PAIVA, 2014).

Em relação à avaliação de políticas no Brasil, pode-se dizer que a década de 1980 também guarda importantes marcos. Em função da crise econômica e do alto endividamento externo, o país atravessou uma série de reformas, consolidando importantes mudanças estruturais na década seguinte, tais como: abertura comercial e integração, reforma do Estado, desestatização, entre outras. A conjuntura econômica desfavorável levou ao crescimento das demandas por ações sociais face ao Estado (COSTA e CASTANHAR, 2003).

O NPM também foi introduzido no Brasil mediante conceitos e métodos de gestão e administração privados, oriundos por vezes do mercado financeiro, fazendo incidir a aplicação da lógica de mercado serviços prestados no ambiente da administração pública (CAVALCANTE, 2017).

Com o agravamento da escassez de recursos pela crise fiscal frente a todo esse cenário, se coloca a pressão pelo aumento da eficiência e maior impacto dos investimentos realizados em programas sociais. A avaliação de programas de forma sistemática, contínua e eficaz passou a ser vista como um instrumento fundamental para o controle de recursos, bem como para fornecer dados aos formuladores de políticas e gestores de programas para elaboração e gestão de políticas de forma mais eficaz (COSTA e CASTANHAR, 2003).

A partir de 1988, as atividades governamentais passam a marchar sob o ritmo de uma nova Constituição Federal Brasileira, carregando consigo o princípio da eficiência da administração pública, de modo a permitir a estruturação de um modelo orçamentário que visa não somente a prestação de contas, como também a demonstração de cumprimento aos objetivos e metas propostos (FARIA, 2005).

A partir dos anos 1990 inicia-se na América Latina um questionamento crescente acerca da eficiência e do tamanho do setor público, abrindo espaço para iniciativas em processos de avaliação. Deste modo, a avaliação ganhou protagonismo ao assumir o papel de instrumento de reforma do setor público (MOKATE, 2002; FARIA, 2005).

A adoção de uma perspectiva de contenção dos gastos públicos, de busca de melhoria da eficiência e da produtividade, de ampliação da flexibilidade gerencial e da capacidade de resposta dos governos, bem como de maximização da transparência da gestão pública e de responsabilização dos gestores, em um processo no qual o “consumidor” dos bens e serviços públicos estaria, supostamente, em primeiro plano. O segundo propósito ou expectativa é de que tais reformas pudessem contribuir para uma reavaliação da pertinência das organizações governamentais preservarem todo o seu leque tradicional de atribuições, prevalecendo um contexto de valorização da provisão privada de bens e serviços

2.3.2 Tipologia da Avaliação de Políticas Públicas

A polissemia no campo fica expressa nas diferentes tipologias de avaliação. Cavalcanti (2007) realiza uma síntese dos tipos (alternativas) de avaliação existentes na literatura que adota o Enfoque de Avaliação de Políticas Públicas como método de pesquisa em políticas públicas, compondo uma classificação quanto: à sua função ou finalidade, o momento em se realiza e a posição onde se situa o ator que a realiza. Rua (2010, 2011), de modo semelhante, apresenta também uma síntese segundo os mesmos critérios.

O QUADRO 2 apresenta uma reunião não exaustiva quanto aos critérios e tipos de avaliação sintetizados pelas autoras:

QUADRO 2 – Tipos de avaliação segundo critérios de apreciação

Critérios de classificação	Tipos de avaliação
Função da avaliação (para que se avalia?)	- formativa - somativa - de conformidade
Momento em que se avalia (quando se avalia?)	- <i>ex-ante</i> - concomitante (processo) - <i>ex-post</i>
Posição do avaliador (quem avalia?)	- interna - externa - auto-avaliação - mista - participativa

Aspectos avaliados (o que se avalia?)	- necessidades - planejamento - gestão e execução - procedimentos - empenho (esforço, cobertura, produtividade qualidade) - produto (eficácia, eficiência e efetividade) - resultados - impactos - custo-benefício - opinião dos beneficiários
---------------------------------------	---

FONTE: Adaptado de CAVALCANTI (2007) e RUA (2011)

Em relação à função, a avaliação é formativa quando se preocupa com os elementos de um programa, podendo incluir os mecanismos do programa, mas com o objetivo de determinar áreas onde podem ocorrer melhorias. A avaliação somativa, por sua vez, pressupõe a que o programa já tenha passado por uma avaliação formativa extensa e preocupa-se, portanto, com os mecanismos do programa; ou seja, com as ligações lógicas pensadas para o caso concreto. É uma espécie de avaliação quanto ao sentido do programa, buscando assim uma compreensão da causalidade para compreender os mecanismos do programa que estão produzindo os resultados da avaliação. (ALKIN, 2011)

A avaliação de conformidade corresponde ao exame dos normativos e de atos dos gestores da política perante a legislação vigente. Sua função é verificar a conformidade dos atos do gestor na gestão da coisa pública e aderência dos atos normativos, predominando em instituições de controle interno e externo, tendo como objeto um processo e não o resultado das políticas públicas. Em outra direção, a avaliação de desempenho institucional busca identificar em que medida uma instituição realizou a missão que lhe foi atribuída, por meio do atingimento de objetivos e alcance de metas (RUA, 2010).

Quanto ao momento da avaliação, tem-se que ela pode acontecer antes da implementação (ex ante), depois da implementação (ex post), ou ainda durante a implementação (in itinere), usualmente denominada concomitante ou de meio-termo. Uma avaliação que ocorre durante a execução de um programa também é denominada avaliação de processo, segundo a qual são monitoradas e avaliadas as funções administrativas para identificar se o programa está sendo administrado de modo eficaz (CAIN e HOLISTER, 1972; COSTA e CASTANHAR, 2003; RUA, 2010; FITZPATRICK, SANDERS e WORTHEN, 2011).

Em relação à posição do avaliador, tem-se como interna quando realizada pelos atores pertencentes à instituição gestora do programa não envolvidos com a execução e, autoavaliação, como um subtipo da interna, quando esses atores estão envolvidos diretamente com a execução. A avaliação externa é aquela realizada por profissionais que não pertencem à instituição gestora do programa, portanto, supostamente dotada de maior grau de neutralidade axiológica e de objetividade. A avaliação mista, por sua vez, reúne profissionais externos e internos, em momentos de trabalho conjunto ou independente. Em uma avaliação participativa, os critérios, indicadores e perguntas avaliativas são negociadas com os clientes (CAVALCANTI, 2007; RUA, 2010).

Os aspectos ou atividades avaliados (o quê se avalia?) podem assumir diversos contornos, a depender do propósito da avaliação, podendo-se realizar avaliações de: necessidades, planejamento, elaboração (objetivos e metas), gestão ou execução (implementação, monitoramento e seguimento), procedimentos, empenho (esforço, cobertura, produtividade qualidade), produto (eficácia, eficiência e efetividade), resultados, impactos, custo-benefício e opinião dos beneficiários (CAVALCANTI, 2007).

2.3 GOVERNANÇA EM SAÚDE E AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Para Bovaird e Loffler (2003) a governança deve ser específica ao contexto e, portanto, pode ser compreendida de modo distinto a depender do interesse das partes envolvidas. Para os autores, define-se como as formas como os atores interagem uns com os outros para influenciar os resultados das políticas públicas. A boa governança se traduz pela negociação por todas as partes interessadas de uma questão acerca dos melhores resultados de políticas públicas e princípios de governança acordados, os quais são implementados e avaliados regularmente por todas as partes interessadas (BOVAIRD; LOFLLER, 2003).

Historicamente, a partir do debate público internacional, o termo *governance* passou a ser introduzido pelo Banco Mundial com a finalidade de aprofundar o conhecimento de condições que garantam um Estado eficiente. Dessa forma, a preocupação com ações econômicas foi deslocada para dimensões sociais e políticas da gestão pública (DINIZ, 1995).

Para Marques (2019), no âmbito das políticas públicas, o termo governança é empregado para destacar as diversas transformações ocorridas no Estado, que descentralizaram a produção de políticas das autoridades públicas, inserindo assim diversos atores de outros níveis de governo, da sociedade local ou nacional, empresas privadas, organizações não governamentais (ONGs) e organizações da sociedade civil e até mesmo atores supranacionais, entendendo-se que as políticas são constituídas sob a influência de conjuntos mais amplos de atores e instituições em diversos novos formatos de provisão - convênios, parcerias, contratos, concessões, esferas participativas, contratos de gestão, entre outros.

No Brasil, especialmente a partir dos anos 1980 e 1990, em um ambiente de transformação e de sucessivas reformas administrativas também com vistas à eficiência como efeito do pensamento neoliberal, muito se contribuiu para o fortalecimento das etapas de formulação, implantação, monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde (PRADO *et al.*, 2020).

A relação estabelecida entre governança e eficiência não é isenta de críticas, embora minoritária na literatura. Para Marques (2019), tanto a interpretação de governança associada a formatos institucionais e práticas de gestão que geram eficiência econômica quanto as relacionadas à participação e controle social apresentam problemas conceituais, pois resumem a governança aos formatos com certo tipo de resultado (positivo), produzidos pela redução relativa da presença do Estado na produção de políticas (com maior presença do setor privado ou de entidades associativas).

O autor defende a noção de governança como a decorrente dos padrões de conexão entre atores e instituições por diversos tipos de vínculo, formais e informais, legais e ilegais, na produção de políticas, compreendendo essas conexões como a conformação do próprio tecido relacional do Estado, sem considerar, contudo, o papel da governança como subsídio para a avaliação (MARQUES, 2019). 99

A avaliação dos serviços de saúde está ligada à governança, uma vez que esta é definida como o conjunto de atores e instituições, instâncias e processos, que participam da agenda pública e definem não só as ações de tomada de decisões, mas também de avaliação, para as próprias políticas de saúde. Nesse sentido, a governança em saúde não só exerce influência sobre a gerência dos recursos do setor, como também ocupa um espaço privilegiado no processo de construção e avaliação da política de saúde em âmbito regional e nacional (FLEURY, 2014).

É preciso ressaltar, no entanto, que a avaliar a governança a partir de formatos pré-determinados, sem levar em consideração as peculiaridades regionais ou de cada órgão, cria uma falsa realidade a partir da imposição de uma expectativa de conduta homogênea em realidades que não comportam homogeneidade, de modo que não se torna possível avaliar um estado de conformidade com a governança instituída (WILDBERGER e GILEÁ, 2020).

A qualidade da governança quando voltada à aplicação de recursos públicos é essencial para o desenvolvimento de uma nação, especialmente em países com maior grau de escassez de recursos e resultados pobres de gestão de políticas públicas, como o Brasil; considerando que a maior ou menor efetividade das despesas públicas se reflete respectivamente na provisão de melhores ou piores condições sociais (KASHIWAKURA *et al*, 2021).

Para Bovaird e Lofler (2003), a avaliação é, portanto, necessária por duas motivações chave: para medir os resultados das políticas públicas e para implementação de um conjunto de princípios e processos por meio dos quais as políticas públicas serão desenhadas e colocadas em prática. (BOVAIRD; LOFLER, 2003).

Na área da saúde, a avaliação é um processo técnico-administrativo e político de julgamento do valor ou mérito de algo, visando fornecer subsídio à tomada de decisão, apoiando, assim, uma intervenção baseada na utilização de métodos e técnicas de pesquisa de forma oportuna (TANAKA e MELO, 2008).

Pode-se dizer que a avaliação tem origem no momento em que há a identificação de uma situação identificada como problema, instruída a partir da definição de um propósito, vale dizer: a avaliação deve ser compreendida como um instrumento para enfrentar e resolver um problema do serviço ou do programa de saúde, fornecendo elementos para um processo de decisão oportuno no tempo, atendendo-se ainda aos objetivos das distintas audiências (TANAKA e MELO, 2008).

Para Tanaka e Tamaki (2012), um obstáculo para uma utilização mais ampla da avaliação na tomada de decisão nos serviços de saúde é que a sua implementação exige recursos e tempo, dificultando assim a sua utilização para problemas que demandem soluções imediatas. Para os autores, nessas situações, que são comuns na área da saúde, é a existência de um conhecimento prévio acumulado decorrente de avaliações anteriores que contribuirá efetivamente para a tomada de decisão.

A avaliação em saúde também constitui uma importante ferramenta melhoria da gestão dos estabelecimentos, bem como das condições de trabalho, contribuindo assim para a criação de uma cultura de avaliação na administração pública em saúde (PERIN, *et al*, 2016)

De acordo com Bovaird e Loffer (2003) o interesse dos políticos no resultado de uma avaliação, como também dos indivíduos tem se voltado cada vez mais para uma medição quanto ao sucesso das intervenções públicas do que para os métodos quantitativos tradicionais. Significa dizer que ganha relevância a medição em termos de mudanças na qualidade de vida que as políticas públicas trazem para aqueles que são afetados por elas, mais do que uma medição do resultado das próprias atividades (BOVAIRD e LOFFER, 2003). Os autores sugerem então uma tipologia dos indicadores a serem utilizados para medição da qualidade de vida dos indivíduos, sintetizada no QUADRO 3:

QUADRO 3 - Tipologia indicadores para avaliação da qualidade

Avaliação da qualidade	Visão holística	Visão de determinado aspecto de vida
Indicadores gerais	Ex: grau de satisfação com a qualidade geral de suas vidas	Ex: porcentagem de entrevistados que relatam estar satisfeitos com a sua saúde
Indicadores parciais	Ex: porcentagem de inquiridos que pretendem mudar-se para outro país	Ex: porcentagem de entrevistados que desejam se mudar para melhorar suas condições de moradia

Fonte: Adaptado de BOVAIRD e LOFFER (2003)

Considerando a importância da participação da sociedade no planejamento e implementação de políticas públicas, um modelo compartilhado de decisão quanto à forma de avaliação de políticas de saúde contribui para desconstrução do paradigma clássico da administração pública centrada em um único indivíduo (SANTOS, 2018).

Uma segunda geração de NPM, também chamada de Pós NPM, é caracterizada pelo empoderamento do cidadão na elaboração de políticas, contando também com a participação dos agentes privados como agentes de inovação e transformação em relação à forma de prestação do serviço público, além de

assumirem a execução das atividades propriamente dita por meio da privatização e contratualização com o terceiro setor (CAVALCANTE, 2019).

Nesse sentido, o exercício da governança pode ser percebido de forma compartilhada na avaliação de políticas na área da saúde, pois, embora a responsabilização pela implementação de políticas públicas aconteça em diversos níveis, são frequentes os casos em que as políticas são elaboradas e avaliadas por uma esfera, geralmente a que realiza repasses ou aportes financeiros, que, por sua vez, convida as outras à adesão mediante responsabilização (BRETAS e SHIMITZU, 2017).

3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (PNASS)

O capítulo 3 é dedicado à apresentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do modelo avaliativo do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), tendo como objetivo o aprofundamento dos conhecimentos sobre o funcionamento do programa e sobre a metodologia empregada na avaliação dos serviços de saúde.

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve seu início marcado pela promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990) e carrega entre seus princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência (BRASIL, 1990).

Segundo o mesmo diploma legal, a avaliação dos serviços de saúde é de competência concorrente entre União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios (BRASIL, 1990). Nesse sentido, por força da reforma legal da organização dos entes federativos imposta pela Lei n. 12.466 de 24 de agosto de 2011, foram constituídas as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é a instância de articulação e pactuação na esfera federal vinculada à direção nacional do SUS e é integrada por gestores do SUS das três esferas de governo – União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo que, desses, cinco são indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, portanto é indicado um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação (BRASIL, 2009).

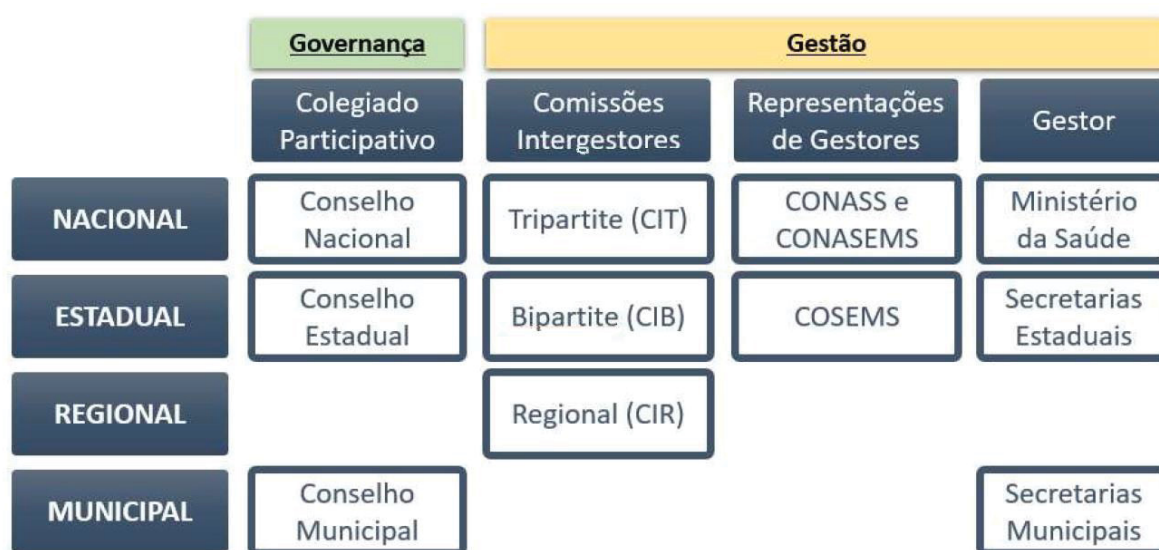
A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) constitui espaço estadual de articulação para orientação, regulamentação e avaliação dos aspectos operacionais

do processo de descentralização das ações de saúde. São paritárias, constituídas por representantes do governo estadual – indicados pelo Secretário de Estado da Saúde – e dos secretários municipais de Saúde – indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, em geral denominado Conselho e Secretários Municipais de Saúde (Cosems) (BRASIL, 2009).

Os Cosems funcionam como instâncias de articulação política entre gestores municipais de Saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesses espaços, ao passo que o Conass e o Conasems foram criados como entidades representativas dos entes estaduais e municipais, respectivamente, como o objetivo de tratar de matérias referentes à saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Assim, a estrutura de governança e gestão definida pelo Decreto n. 7.508 de 2011, restou conformada de acordo com o ilustrado na FIGURA 2:

FIGURA 2 – Conformação estrutural proposta pelo Decreto n. 7.508/11



Fonte: BRASIL (2020)

Além dos serviços prestados diretamente pelo poder público, admite-se também os serviços privados de assistência à saúde, os quais se caracterizam pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Em 2008, por meio da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde decidiu pela implantação de uma política de saúde que funcionasse como instrumento que possibilitasse a plenitude das responsabilidades

assumidas pelas esferas de governo, definindo três dimensões de atuação: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência (BRASIL, 2008).

A Regulação de Sistemas de Saúde apresenta como dimensões:

- I. Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão;
- II. Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde;
- III. Controle Social e Ouvidoria em Saúde;
- IV. Vigilância Sanitária e Epidemiológica;
- V. Regulação da Saúde Suplementar;
- VI. Auditoria Assistencial ou Clínica; e
- VII. Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

A Regulação da Atenção à Saúde aborda:

- I. Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;
- II. Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde - CNS;
- III. Contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério;
- IV. Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;
- V. Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;
- VI. Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;
- VII. Programação Pactuada e Integrada - PPI;
- VIII. Avaliação analítica da produção;
- IX. Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários - PNASS;
- X. Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;
- XI. Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e
- XII. Utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

A Regulação do Acesso à Assistência:

- I. Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- II. Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- III. Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e
- IV. O estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

Verifica-se, portanto que, uma vez composta por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, dispondo ainda de participantes da iniciativa privada de forma complementar, essa rede precisa atuar de maneira integrada e coordenada, respeitando as necessidades e particularidades locais para assistir à população de maneira adequada (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, a avaliação dos serviços de saúde tem um papel fundamental. Além de ações que visam o estabelecimento de normas, a elaboração de políticas de saúde, a administração dos recursos e a execução das ações e serviços de saúde, precisam estar definidos também os mecanismos de controle, de avaliação e de fiscalização como parte do escopo da gestão (BRASIL, 2020).

A pesquisa passa a debruçar então sobre o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS, sem deixar de reconhecer o Previnir Brasil como outro programa de avaliação que, no entanto, não será aprofundado por se tratar de um modelo de financiamento dos serviços de Atenção Primária à Saúde, assumindo assim, um enfoque de análise predominantemente econômico-financeira, distanciando-se do tema da governança (SILVA, 2022).

3.2 O PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - PNASS

Desde 1998, por meio de um esforço conjunto entre as esferas de governo federal, estadual e municipal, os serviços hospitalares são avaliados por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), cujo escopo se concentrava na avaliação da qualidade dos serviços de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2004; BRASIL, 2015; BRASIL ____).

Naquele momento, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Regulação, coordenava o programa, de modo que o PNASH consistia em uma avaliação dos hospitais da rede do SUS mediante a aplicação de quatro formulários para cada unidade hospitalar, sendo eles:

- I. Avaliação técnica;
- II. Avaliação para usuários de ambulatório;
- III. Avaliação para usuários de internação;
- IV. Avaliação para usuários de emergência.

De acordo com Silva e Barreto (2005), o PNASH tinha como resultado da avaliação, a classificação dos estabelecimentos em cinco níveis de qualidade: péssimo, ruim, regular, bom e ótimo e, ao longo dos anos foi sofrendo alterações. Em 2001 e 2002, os questionários passaram a ser aplicados com o uso de ferramenta na internet e, nos anos de 2002 e 2003 incorporou também a área de psiquiatria, gerando um desdobramento na gestão e financiamento de leitos psiquiátricos.

Em 2004, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC/SAS/MS, constituiu parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e com o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) ampliando o escopo de avaliação, de forma a abranger a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde; movimento que culminou com a substituição do PNASH pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS (BRASIL, 2015).

Como resultado, o PNASS visa, portanto, avaliar os estabelecimentos brasileiros de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2015; CHAVES, *et al.* 2021). Mais especificamente, seu objetivo geral é de avaliar os serviços de saúde a partir de

desdobramentos das dimensões da Política Nacional de Regulação do SUS. Para tanto, estabelece as dimensões de avaliação a partir da tríade donabediana: estrutura, processo, resultado, acrescidas das dimensões: produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido (BRASIL, 2015; VIEIRA DA SILVA, 2020; SILVA, 2022).

As dimensões são avaliadas segundo três instrumentos distintos:

- I. roteiro de itens de verificação,
- II. questionário dirigido aos usuários e,
- III. conjunto de indicadores

A coleta dos dados é realizada via *web* por meio do Sistema de Informação do Pnass (Sipnass) e tem caráter censitário para os estabelecimentos que atendam os critérios de inclusão definidos pelo Ministério da Saúde, sendo facultativo aos demais (BRASIL, 2015).

Embora o programa tenha previsão para realização bianual, a última avaliação foi realizada nos anos de 2015/2016 (BRASIL, 2015). Observa-se que, ainda que não existam evidências de uma descontinuidade formal do programa, Silva (2022) afirma que o PNASS foi descontinuado e substituído pelo programa Previne Brasil, instituído por meio da Portaria GM/MS nº 2.979, em novembro de 2019.

Sabe-se, no entanto, que o programa Previne Brasil versa exclusivamente sobre um modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, de modo a não encontrar compatibilidade com a proposta definida para o PNASS enquanto sistemática de avaliação dos serviços de saúde (BRASIL, 2019).

A ausência de documentos oficiais que apontem para a descontinuidade do programa impossibilita afirmar que o programa foi descontinuado do ponto de vista formal, assumindo-se assim, uma descontinuidade do ponto de vista material desde 2015/2016. Naquela oportunidade a amostra de estabelecimentos foi definida por conveniência, sendo critério básico os estabelecimentos nos quais o Ministério da Saúde efetuou aporte de recursos financeiros, decorrente de políticas prioritárias. Ao todo participaram 1.681 hospitais (BRASIL, 2015; CHAVES *et al.*, 2021).

Foram incluídos os estabelecimentos que receberam recursos financeiros do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) e que estavam habilitados na Rede Cegonha; Rede de Urgências e Emergências; terapia renal substitutiva; centros

especializados de reabilitação; centros de oncologia e estabelecimentos hospitalares de natureza jurídica pública (federal, estadual e municipal). Excluíram-se os hospitais de pequeno porte (HPP), com 49 leitos ou menos (leitos de especialidades mais os complementares), uma vez que esses foram avaliados pelo Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências do Ministério da Saúde (DAHU/SAS/MS) por meio de outro instrumento avaliativo. Entretanto, foram incluídos HPP que possuíam algum tipo de habilitação de acordo com os critérios eleitos (BRASIL, 2015; CHAVES *et al*, 2021).

Pesquisadores que participaram do processo de avaliação relatam que a condução do questionário em forma de uma conversa semiestruturada se revelou eficaz para a coleta de dados, relatando ainda que os colaboradores se demonstraram bastante interessados e entusiasmados com a avaliação (PERIN, *et al*, 2016).

De acordo com a análise de Chaves *et al.* (2021), os hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade, assim como os de grande porte e especiais, obtiveram melhor desempenho. Além disso, hospitais públicos federais, de gestão municipal, também alcançaram os melhores resultados, sendo que as regiões com hospitais que tiveram um melhor desempenho foram as do Sul e Sudeste do país.

3.2.1 Roteiro De Itens De Verificação

O roteiro de itens de verificação consiste na avaliação dos elementos da gestão compostos por cinco blocos que se subdividem em trinta critérios, conforme ilustra o QUADRO 4.

QUADRO 4 – Roteiro dos itens de verificação do PNASS

Blocos	Crítérios
Gestão organizacional	Gestão de contratos
	Planejamento e organização
	Gestão da informação
	Gestão de pessoas
	Modelo organizacional
Apoio técnico e logístico para a produção de cuidado	Gerenciamento de risco e segurança do paciente
	Gestão da infraestrutura e ambiência
	Gestão de equipamentos e materiais
	Alimentação e nutrição (Serviço/Unidade)
	Assistência farmacêutica
	Processamento de roupas e materiais
	Serviços de apoio técnico e administrativo à atividade finalista do estabelecimento
Gestão da atenção à saúde e do cuidado	Integração nas Redes Atenção à Saúde (RAS)
	Protocolos administrativos e clínicos

Blocos	CrITÉRIOS
	Gestão do cuidado
	Acesso à estrutura assistencial
Serviços/unidades específicas	Atenção imediata – urgência e emergência
	Atenção em regime ambulatorial especializado
	Atenção em regime de internação
	Atenção em regime de terapia intensiva
	Atenção cirúrgica e anestésica
	Atenção materna e infantil
	Atenção em Terapia Renal Substitutiva
	Atenção em Hemoterapia
	Atenção em serviços de reabilitação
	Obrigações dos estabelecimentos e responsabilidades
Assistência oncológica	Atenção Radioterápica
	Atenção em Oncologia Clínica
	Atenção Hematológica
	Atenção Oncológica Pediátrica

FONTE: Adaptado de BRASIL (2015).

Os blocos conjugam um agrupamento de critérios e surgem como desdobramentos a partir das dimensões definidas no escopo do programa. Os critérios, por sua vez, correspondem a um conjunto de variáveis qualitativas mutuamente exclusivas ou independentes entre si e são avaliados a partir de seis itens de verificação definidos para cada critério, cujas respostas são aceitas somente em padrão binário (sim ou não), compondo ao total cento e oitenta itens de verificação (BRASIL, 2015).

O roteiro de itens de verificação é aplicado por um grupo externo ao Ministério da Saúde, constituído por meio de parcerias com universidades federais (BRASIL, 2015). Além disso, visando garantir homogeneidade na avaliação, cada um dos 180 (cento e oitenta) itens de verificação conta com material descritivo/explicativo sobre o que se espera da avaliação de cada item (BRASIL, 2015). A versão completa do roteiro de itens de verificação com a relação de todos os critérios avaliados consta no anexo 1.

O bloco relativo à gestão organizacional compreende a avaliação do ambiente administrativo e de gestão da instituição por meio da verificação dos critérios de gestão de contratos, planejamento e organização, gestão da informação, gestão de pessoas e modelo organizacional (BRASIL, 2015).

O bloco relativo a apoio técnico e logístico para a produção de cuidado compreende a avaliação das estruturas voltadas à segurança do paciente por meio da verificação dos critérios: gerenciamento de risco e segurança do paciente, gestão da infraestrutura e ambiência, gestão de equipamentos e materiais, alimentação e

nutrição, assistência farmacêutica, processamento de roupas e materiais, serviços de apoio técnico e administrativo à atividade finalista do estabelecimento (BRASIL, 2015).

O bloco relativo à gestão da atenção à saúde e do cuidado compreende a avaliação da gestão do cuidado com o paciente e interação com a rede assistencial por meio da verificação dos critérios de integração nas Redes Atenção à Saúde (RAS), protocolos administrativos e clínicos, gestão do cuidado, acesso à estrutura assistencial (BRASIL, 2015).

O bloco relativo à serviços específicos compreende a avaliação de determinados serviços e processos, que por suas peculiaridades, demandam avaliação em separado por meio da verificação dos critérios: atenção imediata – urgência e emergência, atenção em regime ambulatorial especializado, atenção em regime de internação, atenção em regime de terapia intensiva, atenção cirúrgica e anestésica, atenção materna e infantil, atenção em Terapia Renal Substitutiva, atenção em Hemoterapia e atenção em serviços de reabilitação (BRASIL, 2015).

O bloco relativo à assistência oncológica compreende a avaliação do serviço específico de oncologia por meio da verificação dos critérios: obrigações dos estabelecimentos e responsabilidades, atenção radioterápica, atenção em oncologia clínica, atenção hematológica e atenção oncológica pediátrica (BRASIL, 2015).

3.2.2 Questionário Dirigido

O questionário dirigido aos usuários, constante no anexo 2, consiste na avaliação do próprio usuário quanto à satisfação em relação à assistência recebida. Como o nome sugere, corresponde a um questionário com questões fechadas, realizado por amostragem, com confiabilidade mínima de 95% e margem de erro de 5%. (BRASIL, 2015)

O questionário é aplicado pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa por meio de ligação telefônica aos usuários que serão relacionados pelo estabelecimento no período avaliado. Em seguida são entregues aos avaliadores das universidades no momento da aplicação do roteiro de itens de verificação nos estabelecimentos (BRASIL, 2015).

Os itens verificados são: a) agilidade no agendamento do atendimento, b) agilidade no atendimento, c) acolhimento, d) confiança, e) ambiência (conforto,

limpeza, sinalização, ruído), f) roupas, g) alimentação, h) marcas da humanização e, i) expectativa sobre o serviço (BRASIL, 2015).

3.2.3 Conjunto de Indicadores

O conjunto de indicadores constante nos anexos 3 e 4, por sua vez, corresponde à uma composição de indicadores construída a partir de dados disponíveis em determinados bancos de dados ou sistemas de informação alimentados pelos estabelecimentos avaliados e considera os resultados obtidos para a avaliação (BRASIL, 2015).

Para avaliação, o grupo técnico do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) extrai vinte e nove indicadores do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e vinte e quatro indicadores do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), aos quais são aplicados métodos estatísticos Padronização Indireta por Faixa Etária, Sexo e uso de UTI para diminuir a influência causada pela composição quantitativa diferenciada das faixas etárias e do sexo e média ponderada entre a taxa bruta da localidade e a taxa global da região (taxa bayesiana) para diminuir o efeito da variação do resultado de indicadores em pequenas populações (BRASIL, 2015).

É reconhecido, no entanto, que o programa demanda constantes melhorias, motivo pelo qual Perin *et al* (2016) sugerem que a inclusão de elementos como a política de Regionalização, o incremento de hospitais-referência por especialidades em saúde, questões relativas à maternidade e parto, entre outras, para somar à avaliação de modo a torna-la mais completa.

4 METODOLOGIA

O presente capítulo tem por objetivo apresentar caracterização da pesquisa, bem como a metodologia empregada na identificação dos critérios de governança aplicáveis ao PNASS. Para tanto, o capítulo será dividido em duas seções: a primeira voltada à caracterização do estudo e sua classificação e a segunda, destinada a explanar os materiais e método empregados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A proposta de identificação dos critérios avaliativos da dimensão governança apresentada neste trabalho busca definir as variáveis correspondentes aplicáveis ao PNASS. Em se tratando de uma pesquisa de caráter científico, demanda explicitação quanto à metodologia sob os pontos de vista da natureza, objeto, abordagem e procedimentos técnicos

Nesse sentido, adotando-se as definições de Gil (2008), tem-se que a natureza da pesquisa é aplicada, visto que proposta contempla diversos critérios, estratificados nas dimensões definidas e pode resultar em um incremento à avaliação do PNASS com o intuito de possibilitar a avaliação do quanto os serviços de saúde atendem aos critérios definidos.

Os objetivos da pesquisa voltam-se para estudo de nível predominantemente exploratório, pois têm como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, considerando a identificação dos critérios de governança presentes na literatura em comparação com o modelo de avaliação atualmente empregado pelo PNASS. Dentre as finalidades de uma pesquisa exploratória, encontra-se a realização de levantamento bibliográfico que possibilite tornar explícito o problema, bem como formular hipóteses (MARCONI e LAKATOS, 2003). Confirmando assim o caráter exploratório da pesquisa, uma vez que faz uso de revisão bibliográfica para mapeamento da dimensão governança aplicável à uma política pública e, por consequência, ao seu instrumento de avaliação.

Quanto à abordagem, pode-se dizer que a pesquisa é qualitativa, pois fundamenta-se sobre portfólio bibliográfico elaborado a partir de revisão sistemática da literatura, procedida da aplicação de Análise de Conteúdo para estabelecer os critérios aplicáveis ao PNASS. Segundo Godoy (1995), a pesquisa qualitativa volta-se

para a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos a partir do contato entre o pesquisador e a situação estudada.

A pesquisa quantitativa, por sua vez, visa apresentar dados, indicadores e tendências desde que sejam verificáveis e possam abarcar conjuntos de informações. Tais informações são classificadas forma objetiva (MINAYO e SANCHES, 1993).

Em relação ao método de pesquisa, há a predominância do método indutivo ao se partir dos achados bibliográficos para identificação de correspondência entre os critérios de governança presentes na literatura e os encontrados no PNASS. O método indutivo parte da observação de fatos para compará-los e descobrir as relações existentes entre eles (GIL, 2008).

Finalmente, quanto aos procedimentos técnicos, foram adotadas a coleta de dados por meio de pesquisa documental e a Análise de Conteúdo. Quando os dados são obtidos de maneira indireta, na forma de documentos, livros jornais, papéis oficiais, registros estatísticos etc. tem-se a pesquisa na forma documental. Quaisquer objetos que possam contribuir com a pesquisa no sentido de esclarecer determinada coisa servem de esteio à pesquisa documental. Assim, registros, dados, documentos públicos e privados podem contribuir para o estudo (GIL, 2008).

4.2 MATERIAIS E MÉTODOS

4.2.1 Levantamento do portfólio bibliográfico

A construção da base teórica utilizada no desenvolvimento da pesquisa acerca da dimensão governança em avaliação de políticas públicas se deu mediante constituição de portfólio bibliográfico (objetivo específico “a”) com a aplicação do *Methodi Ordinatio*.

O *Methodi Ordinatio* (PAGANI *et al.*, 2018) consiste em uma metodologia de revisão bibliográfica sistematizada, cuja finalidade é identificar as variáveis pertencentes aos temas de estudo, possibilitando ao pesquisador identificar os trabalhos relacionados com o tema estudado e contribuindo diretamente com pesquisa realizada.

Parte do desafio colocado ao pesquisador consiste na seleção de fontes de informação científica empregada na pesquisa. O *Methodi Ordinatio* diferencia-se de outras metodologias de revisão sistemática pela utilização da equação *InOrdinatio*, a

qual permite classificar os artigos a partir de três critérios de análise: o número de citações, o fator de impacto e o ano de publicação (PAGANI *et al.*, 2018).

Com o advento dos sistemas de informação e consolidação do *Institut for Scientific Information* (ISI), a quantificação da ciência (cientometria) passou a se expandir, de forma a possibilitar a construção de uma base (*Isiknowledge*) para referenciar o fator de impacto das produções científicas indexadas. A adoção dessa perspectiva induziu à lógica de que as publicações realizadas em periódicos com maior fator de impacto seriam mais relevantes. (PRICE, 1965; VANTI, 2002)

McKiernan *et al.* (2019), por meio de uma meta-pesquisa analisaram a frequência e maneira com que o fator de impacto é usado atualmente em documentos de revisão de uma amostra representativa de universidades dos Estados Unidos e Canadá e concluíram que 40% das instituições de pesquisa mencionaram o Journal Impact Factor (JIF), sendo que, dessas, 87% apoiaram seu uso em pelo menos um de seus documentos, 13% manifestaram cautela quanto ao seu uso e nenhuma o criticou fortemente ou proibiu seu uso.

Sabe-se, contudo, que o fator de impacto pode ser eficiente para avaliar a qualidade de um periódico, mas não para avaliar a qualidade de um artigo isolado ou de um pesquisador em específico (THOMAZ *et al.* 2011).

Além disso, ao se restringir o escopo de análise unicamente à produção indexada, correr-se-ia o risco de desqualificar a produção de trabalhos em periódicos não indexados, de forma a limitar o potencial do estudo (MUGNAINI, *et al.* 2019).

Por todos esses motivos, optou-se por considerar também a inclusão de artigos não indexados à metodologia de revisão sistemática e ao desenvolvimento da pesquisa.

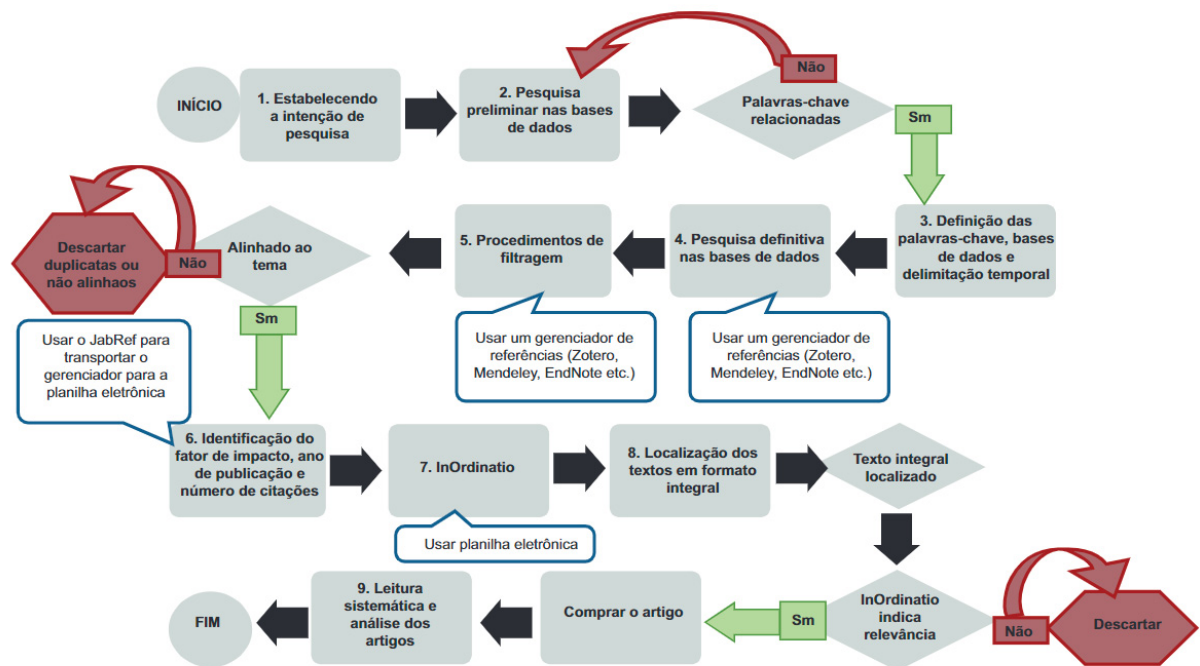
A metodologia de Pagani *et al.* (2018) consiste na persecução de nove etapas para seleção e classificação de um portfólio bibliográfico:

1. Definição da intenção de pesquisa
2. Pesquisa preliminar exploratória nas bases de dados bibliográficos
3. Definição das palavras-chave e combinações; definições das bases de dados a serem utilizadas; e recorte ou amplitude temporal
4. Busca definitiva nas bases de dados e coleta;
5. Procedimentos de filtragem;
6. Identificação do fator de impacto e número de citações;
7. Ordenação dos artigos pelo *InOrdinatio*;

8. Localização do texto integral;
9. Leitura sistemática e análise dos artigos.

A FIGURA 3 ilustra o cadenciamento das nove etapas, bem como o uso das tecnologias envolvidas:

FIGURA 3 – Etapas do Methodi Ordinatio



FONTE: Pagani *et al.* (2018, p. 169).

Mediante emprego da metodologia, os artigos relacionados ao tema tidos como os mais relevantes são priorizados para leitura. As etapas definidas no método auxiliam também na seleção de autores, localização dos textos e na leitura e análise sistematizada dos artigos. O resultado esperado a partir da aplicação da metodologia do *Methodi Ordinatio* consiste, assim, no estabelecimento de portfólio da bibliografia considerado relevante para a pesquisa.

Resultando no portfólio final da análise sistemática, estabelece uma análise bibliométrica. A bibliometria consiste na utilização de técnicas quantitativas e estatísticas para medir a produção e a transmissão do conhecimento científico, além de relatar padrões da comunicação escrita e aspectos da literatura (KOSEOGLU *et al.*

2016). Permitindo delinear o comportamento e o desenvolvimento da área de conhecimento.

De maneira quantitativa realizou-se uma análise bibliométrica para identificar características sobre os temas da pesquisa. As características levantadas são em relação aos periódicos que mais publicaram sobre o tema estudado, classificação dos periódicos com os maiores JCI, escala temporal de publicação sobre o tema e apontar os artigos com maiores números de citações.

4.2.2 Análise de Conteúdo

Para estratificação dos critérios da dimensão governança aplicáveis à avaliação de políticas públicas (objetivo específico “b”) optou-se pelo emprego do método da Análise de Conteúdo.

A Análise de Conteúdo foi sintetizada inicialmente por Berelson na década de 1970, com definição posterior de que “análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que visa uma descrição do conteúdo manifesto de comunicação de maneira objetiva, sistemática e quantitativa” (BERELSON, 1984, p. 18). Já para Bardin (1977), é por meio da aplicação da Análise de Conteúdo que se torna possível a investigação e análise das comunicações, mediante emprego de procedimentos sistemáticos e objetivos para descrição do conteúdo das mensagens. Ainda, diversos documentos e objetos investigados podem ser submetidos à diferentes procedimentos de análise, de modo a tornar evidente mensagens indiretas e conteúdos latentes (BARDIN, 2016).

O método leva em consideração os sentidos semânticos empregados nas significantes do discurso e os sentidos sociológicos, além das variáveis psicossociais, o contexto cultural e o processo de elaboração da mensagem (MINAYO, 2013). Entende-se assim, que a análise temática de conteúdo pode ser utilizada na investigação qualitativa com vistas a identificar a presença ou ausência de uma característica ou de um conjunto de características em uma mensagem considerada. (BARDIN, 2011).

A Análise de Conteúdo organiza-se a partir de três momentos. O primeiro momento é a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação sendo que o primeiro momento consiste em uma sistematização inicial das ideias e visa três objetivos: a escolha dos documentos, a

formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

O segundo momento compreende a operacionalização das ideias sistematizadas em operações de codificação, decomposição ou enumeração. Por fim, no terceiro momento os resultados são tratados, permitindo o estabelecimento de quadros de resultados que condensam as ideias e informações fornecidas pela análise (BARDIN, 2011).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos com a aplicação da metodologia, bem como as discussões atinentes aos temas pesquisados de forma associada a cada um dos objetivos específicos pretendidos para a dissertação. O objetivo deste capítulo será apresentar, analisar e interpretar os achados, com vistas a identificar o atingimento dos objetivos de pesquisa. Para tanto, será dividido em três seções: a primeira voltada a apresentar e discutir os resultados quantitativos relativos ao portfólio bibliográfico obtido com a aplicação do *Methodi Ordinatio*, a segunda destinada a apresentar e interpretar os achados acerca dos critérios da dimensão governança em avaliação de políticas públicas e a terceira voltada analisar a aplicabilidade dos critérios da dimensão governança aplicáveis ao PNASS, sendo que na segunda e terceira seções serão analisados os resultados obtidos mediante emprego do método de Análise de Conteúdo.

5.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO ACERCA DIMENSÃO GOVERNANÇA, AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A intenção de pesquisa (etapa 1) foi definida a partir da necessidade de construção de portfólio bibliográfico sobre os temas avaliação de serviços de saúde e governança, visando identificar os critérios das dimensões governança encontrados.

A pesquisa preliminar (etapa 2) foi realizada de forma aleatória nas bases de dados constantes no portal de periódicos da CAPES, dentre as quais se destacaram *Scopus*, *Scielo*, *Academic One File* e *Web of Science* em razão da quantidade de trabalhos produzidos, de onde foram extraídas as principais palavras-chave a serem utilizadas na busca de artigos para composição do portfólio a partir da verificação dos termos mais recorrentes.

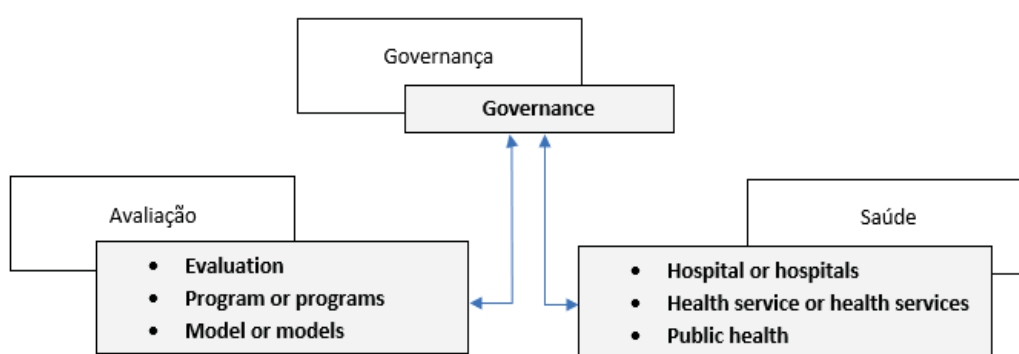
A definição das palavras-chave, bases de dados e delimitação temporal (etapa 3) foi realizada a partir da pesquisa preliminar, sendo definidos um eixo principal (Governança) dois eixos acessórios de pesquisa (Avaliação e Saúde).

Para o eixo Governança foi definida apenas a palavra-chave “governança”. Para o eixo Avaliação, foram definidas as palavras-chave: “avaliação”, “avaliação de programas” e “modelo”. Finalmente, para o eixo Saúde, foram definidas as palavras-

chave: “hospital”, “serviço de saúde” e “saúde pública”. Decidiu-se incluir na pesquisa a busca das palavras-chave também no plural, quando possível.

Uma vez definidas as palavras-chave, optou-se pela sua transcrição para a língua inglesa, no intuito de se aumentar a abrangência da pesquisa. As palavras-chaves e as combinações cruzando o eixo principal com os eixos secundários, utilizadas para realizar a busca na base de dado está apresentado na FIGURA 4.

FIGURA 4: Palavras-chaves utilizadas no estudo e as possíveis combinações



Fonte: autor (2022)

O cruzamento das palavras-chaves resultou em 06 combinações diferentes para a busca na base de dados.

Para continuidade da pesquisa optou-se pela utilização da base de pesquisa *Web Of Science*, dada a grande disponibilidade de publicações na sua coleção principal em comparação com outras bases. (LEEUEWEN, 2013)

Não por acaso, Yang; Qi (2022) debruçaram seus estudos sobre o tema da governança pública em saúde durante a pandemia do COVID-19, munidos das informações coletadas na coleção principal da *Web of Science*, fazendo um recorte temporal de janeiro de 2020 a outubro de 2021. Em nossa pesquisa, porém, optamos por não realizar um recorte temporal direto, pelo fato de ser um estudo mais amplo sobre o tema da governança em saúde, bem como pelo fato de o *Methodi Ordinatio* possibilitar uma seleção das publicações mediante cruzamento do ano da publicação com fator de impacto e número de citações, importando em um recorte temporal indireto.

A busca definitiva na base de dado (etapa 4) foi realizada utilizando todas as combinações criadas, realizando a busca pelos títulos da pesquisa e obteve-se um total bruto de 2036 estudos. O resultado individual de cada combinação está representado no TABELA 1.

TABELA 1: Resultado do levantamento bibliográfico bruto

Combinação das palavras-chaves	Resultado	Combinação das palavras-chaves	Resultado
Governance x Evaluation	270	Governance x Hospital(s)	213
Governance x Program(s)	189	Governance x Health service(s)	57
Governance x Model(s)	1188	Governance x Public health	119
Total: 1647		Total: 389	
Total do portfólio bruto da pesquisa: 2036 estudos			

Fonte: autor (2022)

Para refinar a pesquisa de acordo com a etapa 5, foram realizados quatro passos consecutivos:

- I. Exclusão de trabalhos que não são artigos e duplicatas;
- II. Leitura de títulos e exclusão de artigos que não estão alinhados com os temas de pesquisa;
- III. Leitura dos resumos e exclusão de artigos que não estão alinhados com os temas de pesquisa;
- IV. Leitura completa dos artigos remanescentes e exclusão dos que não estão alinhados com o objetivo da pesquisa

Na TABELA 2 tem-se a representação das etapas de eliminação e filtragem do portfólio bruto.

TABELA 2: Etapas de filtragem do portfólio bruto

Etapas	Quantidade de documentos eliminados	Resultante
Artigos brutos	-	2036
Eliminação de estudos que não são artigos	750	1286
Exclusão de duplicatas	51	1235
Leitura de títulos	691	544
Leitura dos resumos	340	204
Limitações de pesquisa	10	194
Leitura completa dos artigos	10	184

Fonte: autor (2022)

Em seguida, aplicou-se o cálculo *InOrdinatio* aos artigos selecionados, ordenando-os de forma decrescente (etapa 7) a partir do resultado obtido com a Equação 1 (PAGANI; KOVALESKI; RESENDE, 2015).

$$\text{InOrdinatio} = (F_i / 1000) + \alpha^* [10 - (\text{AnoPesq} - \text{AnoPub})] + (C_i) \quad (1)$$

Onde:

F_i = fator de impacto (JCR, Cite Score, SJR ou SNIP) da revista em que foi publicado o artigo;

α^* = valor que o pesquisador atribui ao ano (usualmente se atribui peso 10);

AnoPesq = ano em que a pesquisa está sendo realizada;

Ano Pub = ano de publicação do artigo;

ΣC_i = total de citações que o artigo possui (obtido com o Google Scholar).

Utilizando a Equação (1) os 184 artigos foram classificados de acordo com seu volume de citações e impacto, compondo assim o portfólio bibliográfico constante no ANEXO 5 destinado à análise bibliométrica.

A partir de então, iniciou-se uma leitura cuidadosa para encontrar as variáveis que são discutidas na literatura internacional e para centralizar e aprofundar o estudo, sendo realizada uma análise crítica dos 30 primeiros artigos selecionados, observando-se a presença pontos fortes e limitações na relação com os temas de pesquisa.

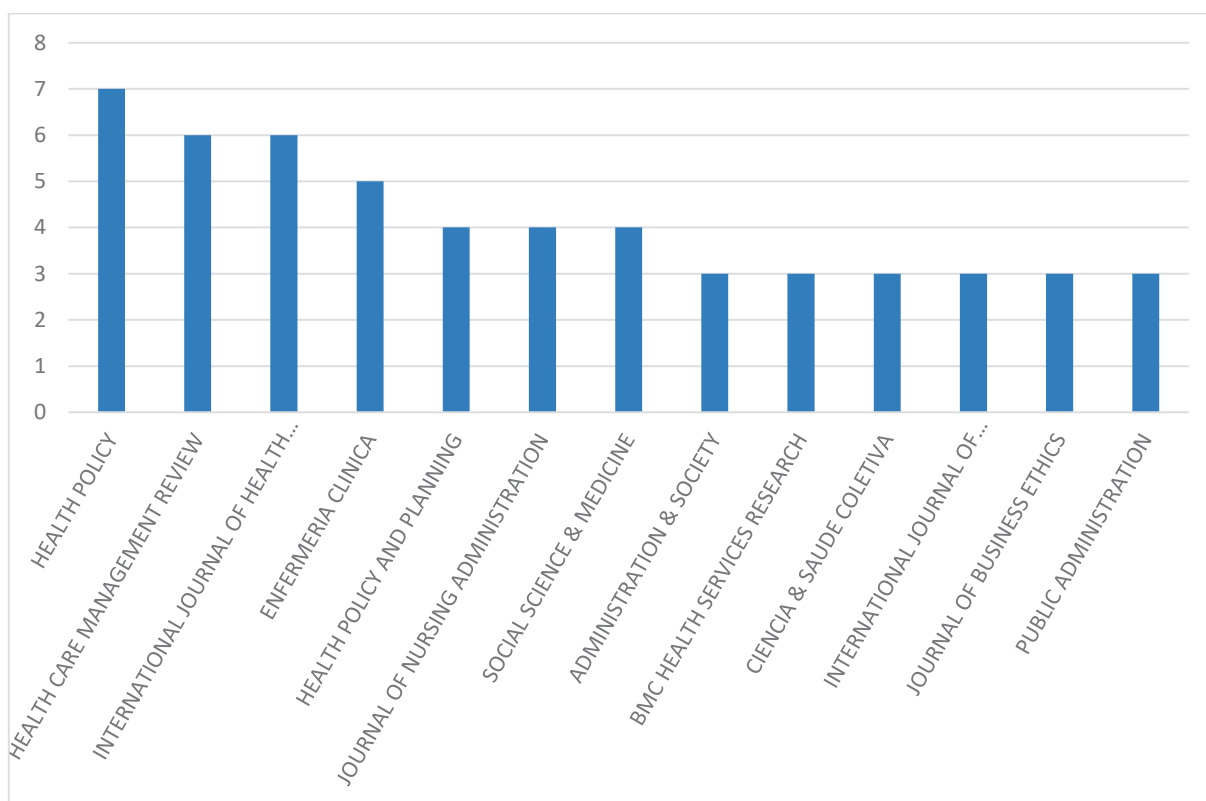
5.2 ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DO PORTFÓLIO BIBLIOGRÁFICO

Com a obtenção dos 184 artigos mais relevantes sobre o tema, estabeleceu-se uma análise bibliométrica para identificar características quantitativas sobre o tema da pesquisa.

As características levantadas são em relação aos periódicos que mais publicaram sobre o tema estudado, quais são os periódicos com os maiores JCI, escala temporal de publicação sobre o tema e apontar os artigos com maiores números de citações.

A classificação dos periódicos em relação a quantidade de publicações realizadas sobre o tema estudado é apresentada no GRÁFICO 1.

GRÁFICO 1 – Classificação dos periódicos com maiores números de publicações



Fonte: autor (2022)

O periódico que publicou o maior número de artigos, com sete publicações foi a revista *Health Policy*, seguido pelos periódicos *Health Care Management Review* e *International Journal Of Health Planning And Management* com seis artigos cada. O

periódico Enfermeria Clínica apresentou 5 artigos, *Health policy and Planning*, *Journal Of Nursing Administration* e *Social Science & Medicine*, com 4 artigos cada.

Os periódicos *Administration & Society*, *BMC Health Services Research*, *Ciencia & Saude Coletiva*, *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, *Journal Of Business Ethics*, *Public Administration* publicaram 3 artigos cada. Ainda, treze periódicos publicaram igualmente, duas publicações sobre o tema e cento e dois diferentes periódicos publicaram sobre o tema estudo uma vez. Desta forma, verificamos a disciplinaridade do tema em questão.

Quanto à relevância dos periódicos encontrados no portfólio final, a TABELA 3 demonstra a classificação dos dez primeiros periódicos que apresentam um maior fator de impacto (JCI/JCR).

Mubarak e Seemee (2022) explicam que representação do indicador funciona da seguinte maneira: um valor de JCI equivalente a 1,0, representa o desempenho no mesmo nível da média mundial, sendo que valores acima de 1,0 são considerados acima da média e valores abaixo de 1,0 são considerados abaixo da média, logo, um valor de JCI equivalente a 2,0 é considerado com desempenho equivalente ao dobro da média mundial.

TABELA 3 - Classificação dos dez periódicos com maior JCI do portfólio selecionado

Periódico	JCI
<i>Global Environmental Change-Human And Policy Dimensions</i>	2,69
<i>Public Administration Review</i>	2,59
<i>Journal Of Marketing</i>	2,43
<i>Business Strategy And The Environment</i>	2,23
<i>Journal Of Public Economics</i>	2,17
<i>Human Relations</i>	2,16
<i>Mathematics</i>	2,14
<i>International Journal Of Project Management</i>	1,94
<i>Journal Of Business Ethics</i>	1,92
<i>Milbank Quarterly</i>	1,84

Fonte: autor (2022)

Com base na definição de Mubarak e Seemee (2022) 4,3% dos periódicos estão com JCI maior que 2,0, 38% estão com JCI entre 1,0 e 2,0 e 57,6% estão com o JCI inferior a 1,0. O estudo analisou os artigos individualmente para encontrar o número de citações dos artigos no meio acadêmico.

O número de citações contribui significativamente para averiguar seu nível de importância em relação à construção de novos estudos. A TABELA 4 contém a caracterização dos estudos mais citados presentes no portfólio bruto obtido.

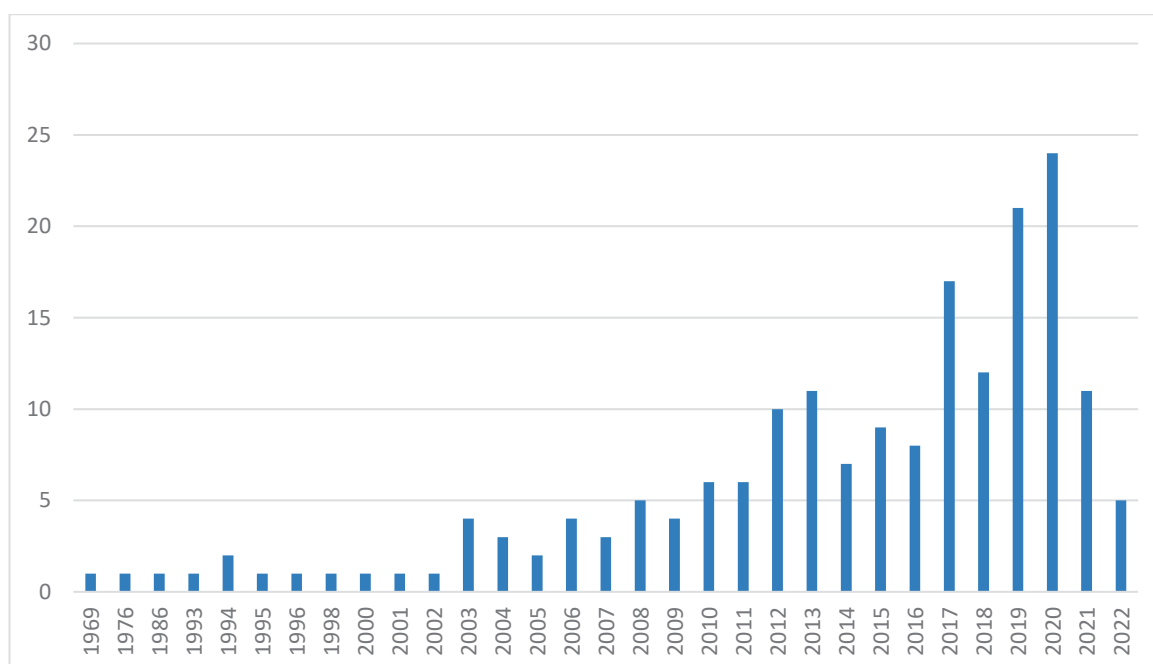
TABELA 4 - Classificação dos dez artigos mais citados do portfólio selecionado

Autor/Ano	Título	Nº De citações
Nooteboom, B. (1996)	Trust, opportunism and governance: A process and control model	1132
Kurtz, M.J. and Schrank, A. (2007)	Growth and governance: Models, measures, and mechanisms	821
Bovaird, T. and Loffler, E. (2003)	Evaluating the quality of public governance: indicators, models and methodologies	598
Considine, M. and Lewis, J.M. (2003)	Bureaucracy, network, or enterprise? Comparing models of governance in Australia, Britain, The Netherlands, and New Zealand	524
Eldenburg, L., Hermalin, B.E., Weisbach, M.S. and Wosinska, M. (2004)	Governance, performance objectives and organizational form: evidence from hospitals	224
Eeckloo, K., Van Herck, G., Van Hulle, C. and Vleugels, A. (2004)	From Corporate Governance to Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management	157
Nobbie, P.D. and Brudney, J.L. (2003)	Testing the implementation, board performance, and organizational effectiveness of the policy governance model in nonprofit boards of directors	137
Jansson, E. (2005)	The stakeholder model: The influence of the ownership and governance structures	125
Alexander, J.A. and Lee, S.-Y.D. (2006)	Does governance matter? Board configuration and performance in not-for-profit hospitals	124
Oomkens, R., Hoogenboom, M. and Knijn, T. (2015)	Continuity and Change: Comparative Case Study of Hospital and Home Care Governance in The Netherlands	114

Fonte: autor (2022)

Realizando uma análise temporal verifica-se que o início das publicações sobre o tema abordado iniciou em 1996 com o autor Nooteboom, B., com o artigo “*Trust, opportunism and governance: A process and control model*” publicado no periódico *Organization Studies*. Em uma análise temporal das publicações, nota-se uma crescente no número de publicações e nos últimos dois anos com maior destaque, conforme ilustrado no GRÁFICO 2.

GRÁFICO 2 - Escala temporal de publicações sobre os temas abordados



Fonte: autor (2022)

Com a abordagem temporal, verifica-se uma crescente nas publicações a partir do ano de 2017. Em 2019 houve um aumento significativo em relação aos anos anteriores, passando de 12 publicações no ano de 2018 para 21 artigos publicados. Esta crescente continuou para o ano de 2020, com 24 artigos publicados sobre o tema de estudo.

Acredita-se que o crescimento na publicação sobre o tema a partir de 2020, em comparação com os anos anteriores, se deve ao estudo dos temas associados ou associáveis à pandemia do COVID-19. Por se tratar de um infeliz evento de proporções globais, o interesse em pesquisa sobre temas associados à saúde ganhou ainda mais relevância no âmbito acadêmico, não sendo diferente para os temas da governança e avaliação.

Não se pode analisar completamente o resultado do ano de 2022, porque a pesquisa limita-se ao primeiro semestre do mesmo ano.

5.3 ANÁLISE DO PORTFÓLIO BIBLIOGRÁFICO

Com a delimitação do portfólio bibliográfico, através de uma revisão sistematizada, abordou-se as principais dimensões e variáveis relacionadas aos

temas de interesse, sendo capaz de suprir as necessidades bibliográficas do estudo e principalmente auxiliar o desenvolvimento dos passos seguintes.

Devido a isso, após a leitura dos 184 artigos resultantes da análise sistemática, o QUADRO 5 foi elaborado para analisar os estudos científicos com melhor classificação na metodologia *InOrdinatio* que atuaram diretamente com a relação entre os temas estudados. Esta análise foi realizada através de uma verificação de pontos fortes e limitações.

QUADRO 5: Análise crítica dos estudos de relação entre Governança e Avaliação de Políticas Públicas

Nº	Título	Periódico	Métodos	Pontos Fortes	Limitações
1	Trust, opportunism and governance: A process and control model (1996)	Organization Studies	Revisão bibliográfica	Aborda a confiança como elemento de governança Demonstra a relação entre confiança e cooperação	Deixa de considerar outras variáveis de governança, além da confiança, na construção do modelo
2	Growth and governance: Models, measures, and mechanisms (2007)	Journal Of Politics	Revisão bibliográfica	Tece considerações sobre a boa governança Combate a tese de que boa governança necessariamente gera desenvolvimento econômico	Não estabelece uma definição sobre os elementos da boa governança
3	Evaluating the quality of public governance: indicators, models and methodologies (2003)	International Review Of Administrative Sciences	Revisão bibliográfica	Fornecer uma visão histórica sobre o uso da expressão governança Fornecer elementos de avaliação da governança Sintetiza os princípios de governança percebidos internacionalmente Estabelece uma correlação entre a melhoria na qualidade dos serviços e a melhoria da qualidade de vida	Desconsidera os diferentes modelos de governança na construção das dimensões adotadas
4	Bureaucracy, network, or enterprise? Comparing models of governance in Australia, Britain, The Netherlands, and New Zealand (2003)	Public Administration Review	Survey	Examina características de três modelos de governança	Afirma a existência de modelos genéricos de governança

5	Governance, performance objectives and organizational form: evidence from hospitals (2004)	Journal Of Corporate Finance	Regressão matemática Logit	Analisa a composição dos conselhos de administração Analisa as diferenças nas estruturas de governança de hospitais públicos e privados Fornece uma análise de correlação entre o nível de rotatividade dos conselheiros e o desempenho financeiro	Considera apenas a composição dos conselhos e performance como variáveis de governança
6	Continuity and Change: Comparative Case Study of Hospital and Home Care Governance in The Netherlands (2015)	Administration & Society	Estudo de caso	Estabelece quatro modelos ideais de governança Fornece elementos históricos sobre o fenômeno da Nova Getão Pública	Dificuldade da extrapolação dos resultados do caso estudado para outros ambientes
7	BPM governance: a literature analysis of performance evaluation (2017)	Business Process Management Journal	Proknow-C	Evidencia uma carência da literatura sobre avaliação associado à governança com foco em processos de negócios	Não apresenta critérios de avaliação de uma governança não associada à processos de negócio
8	What Drives Good Governance? A Structural Equation Model of Nonprofit Board Performance (2018)	Nonprofit And Voluntary Sector Quarterly	Survey	Estabelece variáveis para aferição do desempenho em governança	A análise restringe-se à perspectiva dos conselhos de administração
9	Challenging the necessity of New Public Governance: Co-production by third sector organizations under different models of public management (2021)	Public Administration	Estudo de caso	Promove uma análise comparativa entre os diferentes modelos de governança	Limita a análise dos elementos comuns a partir do viés da co-produção
10	Comparative study on the strands of research on the governance model of international occupational safety and health issues (2020)	Safety Science	Análise comparativa	Apresenta a evolução dos modelos de governança em saúde e segurança de países considerados desenvolvidos	Impossibilita o isolamento da análise dos resultados sobre governança em saúde da governança em segurança Desconsidera vantagens e desvantagens dos modelos de países não considerados desenvolvidos

					Deixa de ponderar quais são os elementos de governança do modelo
11	Good governance and COVID-19: The digital bureaucracy to response the pandemic (Singapore as a model) (2021)	Journal Of Public Affairs	Estudo de caso	Apresenta os princípios que regem a boa governança Demonstra os benefícios da burocracia digital à governança Demonstra os benefícios sociais da boa governança	A pesquisa limita-se às variáveis eleitas para o caso de Singapura Dificuldade na reprodução do modelo em outros ambientes
12	A sustainable governance model to prevent corporate corruption: Integrating anticorruption practices, corporate strategy and business processes (2020)	Business Strategy And The Environment	Estudo de caso	Fornecer elementos estruturais de metagestão e de um modelo de governança sustentável	Desconsidera a potencial existência de diferentes elementos em razão das diferenças geográficas ou regionais.
13	From Neo-Weberian to Hybrid Governance Models in Public Administration: Differences between State and Local Self-Government (2022)	Administrative Sciences	Survey	Elabora uma comparação entre os modelos de governança pública Evidencia os modelos predominantes Utiliza critérios avaliativos segundo cada modelo de governança	Reflete apenas a realidade local da amostra
14	The Public Health Governance of the COVID-19 Pandemic: A Bibliometric Analysis (2022)	Healthcare	Análise bibliométrica	Reforça a os interesses de pesquisa sobre governança Apresenta a governança em saúde como tendência de pesquisa	Utiliza apenas uma base para pesquisa Não aborda os critérios de governança em saúde
15	Contributing to collaborative health governance in Africa: a realist evaluation of the Universal Health Coverage Partnership (2022)	Bmc Health Services Research	Estudo de caso	Estabelece os componentes da governança colaborativa Busca compreender como as diferenças regionais afetam as relações de governança	A análise restringe-se à perspectiva da parceria
16	Civil society-mediated governance: Making social security programs work through	Journal Of Public Affairs	Estudo de caso	Define a importância da Audiência Pública como instrumento de governança	A análise restringe-se à perspectiva da Audiência Pública como meio de

	public hearings in India (2022)				comunicação entre partes relacionadas
17	Hospital service networks: governance as a practice of control and regulation of bureaucratic processes (2022)	Revista Gestao Organizacional	Estudo de caso	Apresenta categorias operacionais de governança e possíveis indicadores Indica prevalência das categorias de controle	Pequena amostragem Dificuldade no extrapolar dos resultados
18	COVID-19 in China: Power, Transparency and Governance in Public Health Crisis (2020)	Healthcare	Estudo de caso	Relaciona as diferenças de interesse nacional e local em saúde Enfatiza a necessidade de transparência na governança	Limita-se a um estudo de um caso de crise (atípica) de saúde pública
19	Communication and leadership in healthcare quality governance Findings from comparative case studies of eight public hospitals in Australia (2020)	Journal Of Health Organization And Management	Estudo de caso	Analisa alguns elementos de governança	Resultados limitam-se ao contexto analisado Reconhece a insuficiência dos elementos de governança analisados
20	Institutionalising participatory health governance: lessons from nine years of the National Health Assembly model in Thailand (2019)	Bmj Global Health	Estudo de caso	Demonstra como a Assembleia Nacional de Saúde possibilitou aos cidadão contribuírem com a governança em saúde	A análise restringe-se ao uso da Assembleia Nacional como mecanismo de diálogo entre as partes
21	Private management and governance styles in a Japanese public hospital: A story of west meets east (2020)	Social Science & Medicine	Estudo de caso	Explica sobre as interferências dos médicos nas decisões de governança Evidencia uma resistência local ao modelo da Nova Getão Pública	Resultados limitam-se ao contexto analisado Insuficiência dos elementos de governança analisados
22	An Integrated Power and Efficiency Model of Contractual Channel Governance: Theory and Empirical Evidence (2019)	Journal Of Marketing	Survey	Concilia uma visão das teorias do poder com teorias da eficiência sobre o desenho da governança contratual	O modelo guarda relação de dependência em relação ao controle exercido pelo poder judiciário
23	Managing in a Complex World: Accounting and Governance Choices in Hospitals (2013)	European Accounting Review	Revisão bibliográfica	Estabelece uma relação entre governança e desempenho Apresenta algumas relações entre atores de governança internos e externos	A análise limita-se à perspectiva contábil

24	Examining Governance in Hospital Operations: The Effects of Trust and Physician Employment in Achieving Efficiency and Patient Satisfaction (2020)	Decision Sciences	Survey e Modelagem de Equações Estruturais Moderadas	Analisa a integração de processos, eficiência operacional e satisfação do paciente como elementos de governança. Fornece dados relevantes sobre como a confiança e o emprego de médicos podem melhorar o desempenho da governança.	Utiliza a aplicação do modelo Lean como ponto de partida. Considera apenas os profissionais médicos para uma análise da confiança.
25	Fuzzy Governance Model (2021)	Mathematics	Fuzzy	Evidencia por meio de um modelo matemático uma relação positiva entre as funções dos agentes de governança corporativa em um sistema de gestão.	Incerteza quanto à replicabilidade do modelo em outras áreas de negócio.
26	Public Voice via Social Media: Role in Cooperative Governance during Public Health Emergency (2020)	International Journal Of Environmental Research And Public Health	Estudo de caso	Indica a importância da participação pública como mecanismo de governança cooperativa.	A análise limita-se à documentação disponibilizada pelo governo local.
27	Beyond theory: Towards a probabilistic causation model to support project governance in infrastructure projects (2017)	International Journal Of Project Management	Pontuação Baynesiana	Propõe um modelo de governança para projetos a partir de variáveis eleitas.	Desconsidera a fatores associados a mecanismos informais de governança.
28	Anarchy as a Model for Network Governance (2012)	Public Administration Review	Revisão bibliográfica	Aborda uma perspectiva de teorias de rede na governança pública. Objetiva a uma construção orgânica das redes de governança.	Reconhece uma diminuição no nível de responsabilidade dos agentes no modelo proposto.
29	Governance and the effectiveness of public health subsidies: Evidence from Ghana, Kenya and Uganda (2017)	Journal Of Public Economics	Survey	Explora problemas acerca da efetividade da governança em saúde.	Escopo de pesquisa limitado.
30	Applying Metaethical and Normative Claims of Moral Relativism to (Shareholder and Stakeholder) Models of Corporate	Journal Of Business Ethics	Revisão bibliográfica	Fornece meios de compreender a aplicação do relativismo moral à governança corporativa.	Deixa de relacionar os elementos de governança com a teoria da acomodação.

	Governance (2016)				
--	----------------------	--	--	--	--

Fonte: Autor (2022)

A análise foi realizada em 30 artigos, divididos quanto ao seu método em oito estudos de Revisão bibliográfica, seis em pesquisa *Survey*, 12 estudos de estudo de caso. Os métodos Pontuação Baynesiana, Análise comparativa, Fuzzy e Análise bibliométrica foram utilizados em 01 estudo cada.

5.4 CRITÉRIOS DA DIMENSÃO GOVERNANÇA APLICÁVEIS À AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Através da leitura do portfólio bibliográfico foi realizada segunda etapa da Análise de Conteúdo por meio da decomposição da dimensão governança enquanto critério de avaliação de políticas públicas. Para tanto, as ideias foram operacionalizadas a partir da descrição do conteúdo manifesto nas comunicações (artigos), de modo a localizar as variáveis recorrentes e, portanto, comuns entre os autores pesquisados.

Ao se analisar o conteúdo dos achados bibliográficos, complementado por referências adicionais como guias operacionais de avaliação, dez critérios de governança foram identificados como recorrentes. Os critérios com aproximação ou identidade semântica foram aglutinados e considerados como um único critério, por guardarem uma relação de sentido aproximada ou correspondente, embora com eventual distinção sintática.

O QUADRO 6 sintetiza os principais achados, definindo os critérios avaliados, seus significados e os autores que abordaram e enalteceram estes critérios.

QUADRO 6 – Critérios da dimensão governança presentes no portfólio bibliográfico

Critério avaliado	Definição	Autores
Alinhamento estratégico/estratégia organizacional/propósito	Definição e comunicação da missão ou propósito institucional às partes interessadas	Brown (1994); Mazurenko Et Al. (2019); Yang Et Al. (2018); Thiel Et Al. (2018); Bertonecello Et Al. (2015); Ensslin Et Al. (2017); Chauvin Et Al. (2016)
Liderança	Direção estratégica de uma organização ou ainda a capacidade de inspirar orientada para objetivos	Thiel Et Al. (2018); Ayalew (2021); Fan Et Al. (2020); Agyepong Et Al. (2018); Veronesi Et Al. (2015); Brown (2020); Kanninen Et Al. (2019); Chauvin Et Al. (2016); Culica; Prezio (2009); Lira Et Al.

		(2017); Underwood; Hayne (2017); Dobrzykowski; Mcfadden (2020); Bertoncello Et Al. (2015); Gazley; Nicholson-Crotty (2018)
Auditoria	Existência de mecanismos de testagem de controles	Barroso Et Al. (2018); Merino Et Al. (2010); Mills (2016); Cardoni Et Al. (2020); Mancilla-Rendon Et Al. (2021); Duran Et Al. (2019)
Controle e gestão de riscos	Medidas adotadas para evitar erros e inibir oportunismos	Chauvin Et Al. (2016); Veloso Et Al. (2022); Naryshkina V Et Al. (2019); Macgillivray; Richards (2015); Cardoni Et Al. (2020)
Eficiência	Capacidade de escolha dos meios adequados à obtenção dos resultados institucionais	Ayalew (2021); Chauvin Et Al. (2016); Blank; Van Hulst (2011); Carson; Ghosh (2019); Pavroz (2017); Pirozek Et Al. (2015); Martynyshyn Et Al. (2021); Dollery; Johnson (2007); Mohammadi Et Al. (2019); Blank; Van Hulst (2011); Zhudi Et Al. (2021); Pinto Et Al. (2021); Abdou (2021); Vian; Bicknell (2014)
Eficácia	Capacidade de o alcance dos objetivos institucionais	Vian; Bicknell (2014); Ayalew (2021); Chauvin Et Al. (2016). Pirozek Et Al. (2015); Nobbie; Brudney (2003); Dizon-Ross Et Al. (2017); Cardinaels (2009); Alexander Et Al. (2008); Bezenjani Et Al. (2020); Pinto Et Al. (2021); Von Danwitz (2018); Abdou (2021)
Integridade/corrupção	Conformidade às leis e regulamentos vigentes	Chauvin Et Al. (2016); Pavroz (2017); Agyepong Et Al. (2018); Weiner; Alexander (1993)
Transparência/prestação de contas	Comunicação dos resultados operacionais da instituição	Vian; Bicknell (2014); Yang Et Al. (2018); Chauvin Et Al. (2016); Pinto Et Al. (2021); Zhang; Zhang (2020); Eeckloo Et Al. (2004); Abdou (2021); Rusydi Et Al. (2020b); Martynyshyn Et Al. (2021); Rusydi Et Al. (2020a)
Responsabilidade	Capacidade de responsabilização de um indivíduo em decorrência dos atos praticados	Chauvin Et Al. (2016); Vian; Bicknell (2014); Duran Et Al. (2019); Eeckloo Et Al. (2004); Abdou (2021); Rusydi Et Al. (2020a); Rusydi Et Al. (2020b); Martynyshyn Et Al. (2021); Yang Et Al. (2018)
Justiça/equidade	Garantia de tratamento do indivíduo com respeito e em conformidade com a legislação	Martynyshyn Et Al. (2021); Rusydi Et Al. (2020b); Rusydi Et Al. (2020a); Clarke Et Al. (2013); Dzulkifli Et Al. (2020); Thompson (2020)

Fonte: autor (2022)

Os critérios identificados na literatura se verificam mais ou menos presentes nos guias referenciais de governança. Em guias referenciais internacionais, os elementos tradicionalmente avaliados em governança em saúde são: propósito, liderança, auditoria, controle, gerenciamento de riscos, eficiência, efetividade, integridade, transparência e responsabilidade (VOLUNTEER NOW, 2022).

Para o Banco Mundial (2007), os requisitos de uma boa governança são: a legitimidade, a equidade, a responsabilidade, a eficiência, a probidade, a transparência e a responsabilidade.

No Brasil, o Guia de Governança e Gestão em Saúde do Tribunal de Contas da União estabelece que os mecanismos de governança desdobram-se em três componentes, a saber: liderança, estratégia e controle, os quais, por sua vez, desdobram-se em dez práticas, sendo: a) pessoas e competências, b) princípios e comportamentos, c) liderança organizacional e, d) sistema de governança associadas ao componente liderança; a) relacionamento com partes interessadas, b) estratégia organizacional e, c) alinhamento “transorganizacional” associadas ao componente estratégia e controle e; a) gestão de riscos e controles internos, b) auditoria interna e, c) *accountability* e transparência associados ao componente controle (BRASIL, 2018).

Observa-se, assim que, estabelecidas as correlações com os critérios identificados na literatura, o guia do TCU não considera eficiência, eficácia e equidade como critérios de governança a serem avaliados nas instituições públicas de saúde. No entanto, trata-se de boas práticas percebidas no ambiente privado e aplicáveis ao público de acordo com o IBGC (2009).

A necessidade de um alinhamento da estratégia dos processos está intrinsecamente ligada à noção de propósito da uma instituição. Sabe-se que os processos da instituição precisam estar alinhados à estratégia organizacional também por meio de práticas e métodos de governança que visam a melhoria contínua dos processos (ENSSLIN et al. 2017). Traduzido para a área da saúde se refere à capacidade de articular e integrar os objetivos, prioridades e ações do setor de saúde com as políticas públicas e as estratégias gerais do governo, envolvendo a coordenação e o planejamento eficiente dos recursos para maximizar o impacto na saúde da população.

Quanto à liderança, pode ser exercida em diferentes níveis: um nível de equipe voltado a um pequeno grupo focado em uma determinada tarefa ou tarefas, um nível operacional que envolve a liderança de vários líderes de equipe, ou ainda um nível estratégico, que envolve a liderança de toda uma organização ou divisão principal de uma organização com vários líderes operacionais sob sua direção (AGYEPONG et al. 2018). Na saúde a liderança é importante para estabelecer direção clara e visão compartilhada no setor de saúde e para inspirar pessoas a trabalhar juntas em busca de resultados.

O tipo de liderança reflete em diversos aspectos dos resultados de uma instituição. Os conselhos de administração de entidades hospitalares que contam com a participação de diretores executivos e especialistas médicos têm desempenho operacional financeiro superior na comparação com conselhos de hospitais constituídos apenas por membros da comunidade local (CARDINAELS; SODERSTROM 2013). Além disso, o estudo de Veronesi et al. (2015) indica a existência de uma relação positiva entre uma maior participação clínica nos conselhos hospitalares e a experiência do paciente.

A auditoria também guarda um papel fundamental e complementar ao do Estado enquanto agente fiscalizador. Mills (2016) afirma que pesquisadores debatem acerca da eficiência e eficácia da mudança da regulação unicamente pelo Estado para modelos autorregulados. Nesse sentido, o modelo de auditoria interna ou voluntária podem ser entendidos como mecanismos de autorregulação privada orientados pelas melhores práticas para desenvolver uma reputação de responsabilidade social corporativa bem como para melhorar continuamente a eficiência e a conformidade de uma instituição (MILLS, 2016). Na área da saúde e auditoria contribui na verificação da conformidade com as normas, políticas e procedimentos estabelecidos, bem como a identificação de possíveis problemas e oportunidades de melhoria.

5.5 IDENTIFICAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE GOVERNANÇA NO PNASS

Na terceira etapa da aplicação da Análise de Conteúdo é analisada a identificação de correspondência entre os critérios de governança encontrados na fase anterior e os elementos do PNASS, de acordo com a descrição dos conteúdos encontrados nas mensagens, entendidas como os achados resultantes da pesquisa bibliográfica e dos documentos oficiais e normativos que orientam o Programa.

A análise será realizada sob duas perspectivas, uma primeira voltada para a base orientativa/principiológica do programa, visando identificar se, do ponto de vista da concepção do programa os critérios de governança são compatíveis e, uma segunda voltada para a identificação da presença dos critérios de governança nos instrumentos do PNASS.

Dessa fase espera-se como resultado a condensação das ideias e informações obtidas a partir da análise. Pretende-se ainda a organização dos resultados em quadros sinóticos que resumem a análise.

Considerando que o PNASS tem como objetivo geral a avaliação dos serviços de saúde que recebem recursos financeiros provenientes do Ministério da Saúde, uma análise da governança é realizada a partir dos objetivos que orientam o programa:

QUADRO 7 – Objetivos específicos do PNASS

Objetivo	Descrição
Objetivo 01	Consolidar o processo de avaliações sistemáticas dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares.
Objetivo 02	Conhecer o perfil da gestão dos estabelecimentos de Atenção Especializada avaliados.
Objetivo 03	Aferir a satisfação dos usuários do SUS nos estabelecimentos avaliados.
Objetivo 04	Incorporar indicadores que meçam o resultado da atenção/assistência prestada pelos estabelecimentos avaliados.
Objetivo 05	Conhecer a inserção dos estabelecimentos de Atenção Especializada avaliados como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde.
Objetivo 06	Incentivar, pedagogicamente, a cultura avaliativa no processo de trabalho dos gestores de saúde.
Objetivo 07	Incentivar a cultura avaliativa em estabelecimentos de saúde do SUS.
Objetivo 08	Consolidar o Pnass como um instrumento de gestão do SUS.
Objetivo 09	Transformar o Pnass em uma ferramenta estratégica de regulação do SUS.

Fonte: BRASIL (2015)

Para identificação de alinhamento de um dado critério de governança ao programa, levou-se em consideração mensagens contidas nos objetivos específicos do PNASS.

O critério Alinhamento estratégico refere-se à capacidade de articular e integrar os objetivos, prioridades e ações do setor de saúde com as políticas públicas e as estratégias gerais do governo, atendendo assim aos objetivos específicos n. 1, 6, 7, 8 e 9 do PNASS.

O critério Liderança refere-se à capacidade de influenciar e motivar pessoas para alcançar objetivos comuns e, por esse motivo, alinhando-se aos objetivos específicos n. 1 e 2 do PNASS.

O critério Auditoria refere-se à avaliação independente e sistemática das atividades, transações e decisões do setor de saúde, envolvendo a verificação da conformidade com as normas, políticas e procedimentos estabelecidos (MANCILLA-

RENDON *ET AL*, 2021), coadunando-se aos objetivos específicos n. 1, 4, 6, 7, 8 e 9 do PNASS.

O critério Controle e gestão de riscos refere-se à capacidade de identificar, avaliar e gerenciar os riscos associados às atividades e ações do setor de saúde, garantindo a segurança dos pacientes, a qualidade dos cuidados de saúde e a proteção dos recursos públicos (MACGILLIVRAY E RICHARDS, 2015; CARDONI *ET AL*, 2020), atendendo, deste modo aos objetivos específicos n. 1, 4, 6, 7, 8 e 9 do PNASS.

O critério Eficiência é compreendido a partir da capacidade de alcançar os resultados desejados com o uso mínimo possível de recursos com vistas a garantir a sustentabilidade do sistema de saúde (PAVROZ, 2017; PIROZEK *ET AL*, 2015; MOHAMMADI *ET AL*, 2019) atendendo, deste modo aos objetivos específicos n. 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 9 do PNASS.

O critério Eficácia consiste na capacidade de alcançar os resultados desejados de forma consistente e confiável, servindo de esteio também para avaliar a efetividade do sistema de saúde e para garantir que os recursos sejam utilizados de maneira apropriada para alcançar os resultados desejados (CHAUVIN *ET AL*. 2016. PIROZEK *ET AL*, 2015; CARDINAELS 2009), alinhando-se aos objetivos específicos n. 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 9 do PNASS.

O critério Integridade atua na prevenção de corrupção e conflitos de interesses, bem como a garantia de que as decisões e ações dos líderes de saúde sejam guiadas pelos melhores interesses da população em vez de influências externas ou pessoais (PAVROZ, 2017; AGYEPONG *ET AL*, 2018), alinhando-se aos objetivos específicos n. 1, 2, 3, 4, 7, 8 e 9 do PNASS.

O critério Transparência possibilita a disponibilidade e acessibilidade de informações relevantes às partes interessadas do sistema para que compreendam o seu funcionamento, possibilitando julgamentos informados sobre sua eficácia e eficiência (YANG *ET AL*, 2018; ZHANG; ZHANG, 2020) atendendo, deste modo aos objetivos específicos n. 1, 3, 4, 7, 8 e 9 do PNASS.

O critério Responsabilidade enquanto obrigação de prestar contas pelas ações e decisões dos líderes e pelo uso de recursos do setor de saúde incentiva a transparência e a integridade, ao permitir que as ações dos líderes sejam submetidas a um escrutínio adequado (VIAN; BICKNELL, 2014; DURAN *ET AL*, 2019), coadunando-se aos objetivos específicos n. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 e 9 do PNASS.

O critério Justiça consiste na garantia de que todos tenham acesso aos serviços de saúde de qualidade, independentemente de sua raça, gênero ou classe social, minimizando as desigualdades para garantir que todos tenham as mesmas oportunidades de atingir e manter uma boa saúde (RUSYDI ET AL, 2020A; THOMPSON, 2020) e, por isso, coaduna-se aos objetivos específicos n. 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 9 do PNASS.

O QUADRO 8 sintetiza os achados na identificação de alinhamento entre os critérios de governança e os objetivos específicos do PNASS:

QUADRO 8 – Alinhamento dos critérios de governança aos objetivos específicos do PNASS

Critério	Alinhamento ao PNASS
Alinhamento estratégico/estratégia organizacional/propósito	Objetivos específicos n. 1, 6, 7, 8 e 9
Liderança	Objetivos específicos n. 1 e 2
Auditoria	Objetivos específicos n. 1, 4, 6, 7, 8 e 9
Controle e gestão de riscos	Objetivos específicos n. 1, 4, 6, 7, 8 e 9
Eficiência	Objetivos específicos n. 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 9
Eficácia	Objetivos específicos n. 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 9
Integridade/corrupção	Objetivos específicos n. 1, 2, 3, 4, 7, 8 e 9
Transparência/prestação de contas	Objetivos específicos n. 1, 3, 4, 7, 8 e 9
Responsabilidade	Objetivos específicos n. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 e 9
Justiça/equidade	Objetivos específicos n. 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 9

Fonte: autor (2022)

Considerando que, os critérios de governança extraídos da revisão de literatura constituem elementos de avaliação de políticas públicas de saúde, é possível inferir que todos atendem ao objetivo específico n. 1 do PNASS, visto que contribuem como elementos de avaliação e auxiliam na compreensão do comportamento das instituições de saúde de forma sistematizada.

Uma vez identificado que todos os critérios de governança se encontram alinhados aos objetivos específicos do PNASS, passou-se à análise de uma identificação de correspondência entre os critérios de governança e os instrumentos de avaliação do PNASS no intuito de verificar se os critérios de governança estão também refletidos nos instrumentos de avaliação.

O critério Alinhamento Estratégico, avaliado a partir da existência de uma definição e comunicação da missão ou propósito institucional com partes interessadas, coaduna-se aos objetivos específicos do PNASS na medida em que contribui para a consolidação do PNASS como um instrumento de gestão do SUS.

O planejamento orientado a partir da missão institucional contribui para que as ações sejam concretizadas de forma estratégica, evitando o desvirtuamento do propósito institucional (YANG ET AL, 2018). Nesse sentido, o critério Planejamento e organização, itens 7 a 12 do Roteiro de Verificação do PNASS cuida de explorar o critério Alinhamento Estratégico ao verificar, por exemplo, a existência de planejamento institucional em relação à objetivos, missão e diretrizes da instituição nos últimos anos.

O critério Liderança, entendido como direção estratégica de uma organização ou ainda a capacidade de inspirar orientada para objetivos, permite compreender o modo de funcionamento da instituição no nível estratégico - vale dizer, o funcionamento da liderança da instituição avaliada (AGYEPONG ET AL, 2018; KANNINEN ET AL, 2019; BERTONCELLO ET AL. 2015). Sendo assim, o critério Modelo Organizacional, itens 25 a 30 do Roteiro de Verificação do PNASS contribui para apreciação do critério Liderança ao avaliar, por exemplo, a definição quanto a existência de cargos de liderança (item 25), ou ainda, a formação em gestão de serviços de saúde dos gestores administrativos (item 27)

O critério Auditoria, avaliado a partir da existência de mecanismos de testagem de controles permite aferir o resultado dos serviços prestados pelos estabelecimentos avaliados a partir dos controles existentes. Nesse sentido, contribui para o fortalecimento de uma cultura de avaliação ao incentivar o estabelecimento de controles voltados à prestação do serviço de saúde.

No caso do PNASS, o que se verifica no critério Gestão de Contratos, itens 1 a 6 do Roteiro de Verificação, é a avaliação e testagem de controles no que diz respeito aos contratos com prestadores de serviço terceirizados, de modo a estabelecer uma correlação com o critério de governança Auditoria, como por exemplo a verificação quanto à existência de instrumentos de acompanhamento dos contratos com prestadores de serviço (item 4).

O critério Controle e Gestão de Riscos, compreendido a partir da existência de medidas adotadas para evitar erros e inibir oportunismos é adotado a partir da perspectiva institucional, portanto compreende uma análise dos riscos associados à gestão do serviço de saúde.

No âmbito do PNASS, o critério Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente, itens 31 a 36 do Roteiro de Verificação, volta-se à perspectiva técnica e/ou do paciente, motivando, mormente, uma avaliação quanto aos requisitos sanitários.

Nesse sentido, não é possível estabelecer uma correlação imediata entre o critério de governança Controle e Gestão de Riscos e o critério Gerenciamento de Risco e Segurança do Paciente do PNASS, de modo que não se verifica observável a presença do critério de governança Controle e Gestão de Riscos na versão atual do PNASS.

O critério Eficiência contribui para uma avaliação do resultado da atenção/assistência prestada pelos estabelecimentos de saúde tal qual o critério da Eficácia. Enquanto o critério da Eficiência pode apreendido por meio da verificação quanto à capacidade de escolha dos meios adequados à obtenção dos resultados institucionais, o critério da Eficácia é verificado a partir da Capacidade de alcance dos objetivos institucionais.

A partir deste raciocínio, verifica-se que os seguintes critérios do PNASS encontram correspondência com o critério da Eficiência:

- a) Gestão da Infraestrutura e Ambiente, itens 37 a 42 do Roteiro de Verificação;
- b) Gestão de Equipamentos e Materiais, itens 43 a 48 do Roteiro de Verificação;
- c) Serviços de Apoio Técnico e Administrativo à Atividade Finalista do Estabelecimento, itens 67 a 72 do Roteiro de Verificação;
- d) Protocolos Administrativos e Clínicos, itens 79 e 84 do Roteiro de Verificação;
- e) Atenção Imediata – Urgência e Emergência, itens 97 a 102 do Roteiro de Verificação;
- f) Atenção em Regime Ambulatorial Especializado, itens 103 a 108 do Roteiro de Verificação;
- g) Atenção em Regime de Internação, itens 109 a 114 do Roteiro de Verificação;
- h) Atenção em Regime de Terapia Intensiva, itens 115 a 120 do Roteiro de Verificação;
- i) Atenção Cirúrgica e Anestésica, itens 121 a 126 do Roteiro de Verificação;
- j) Atenção Materna e Infantil, itens 127 a 132 do Roteiro de Verificação;
- k) Atenção em Terapia Renal Substitutiva, itens 133 a 138 do Roteiro de Verificação,

- l) Atenção em Hemoterapia, itens 139 a 144 do Roteiro de Verificação,
- m) Atenção em Serviços de Reabilitação, itens 145 a 150 do Roteiro de Verificação,
- n) Obrigações dos Estabelecimentos Oncológicos e Responsabilidades, itens 151 a 156 do Roteiro de Verificação;
- o) Atenção em Radioterapia, itens 157 a 162 do Roteiro de Verificação;
- p) Atenção em Oncologia Clínica, itens 163 a 168 do Roteiro de Verificação;
- q) Atenção Hematológica, itens 169 a 174 do Roteiro de Verificação e;
- r) Atenção Oncológica Pediátrica, itens 175 a 180 do Roteiro de Verificação

Quanto ao critério da Eficácia, muito embora não encontre correspondência com os critérios do PNASS, guarda uma estreita relação com o resultado da avaliação obtido por meio do Questionário da Avaliação da Satisfação dos Usuários e do Conjunto de Indicadores.

O alcance dos objetivos institucionais aferido pelo Questionário da Avaliação da Satisfação dos Usuários decorre de avaliação quanto ao grau de satisfação do usuário em relação ao serviço efetivamente prestado.

O Conjunto de Indicadores, por sua vez, possibilita a comparação dos resultados de uma dada instituição com as demais a partir das informações cadastradas no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e no Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Logo, ambos contribuem para uma verificação quanto ao alcance dos objetivos institucionais, sendo que o Questionário da Avaliação da Satisfação dos Usuários afere o alcance dos objetivos de acordo com o ponto de vista do usuário do serviço, ao passo que o Conjunto de Indicadores possibilita avaliar o alcance dos objetivos de uma dada instituição em comparação com outras.

O critério Integridade possibilita uma avaliação quanto à conformidade às leis e regulamentos vigentes, permitindo uma compreensão refinada sobre o comportamento institucional quanto ao cumprimento dos dispositivos legais. Na versão atual do PNASS não se verifica observável o estabelecimento de correspondência com o critério de governança Integridade.

O critério Transparência estabelece a necessidade de comunicação dos resultados operacionais e oportuniza o acesso à informação aos interessados. No âmbito do PNASS, o objetivo específico n.4 estabelece a incorporação de indicadores que meçam o resultado da atenção/assistência prestada pelos estabelecimentos e

resta complementado pelo critério Gestão da Informação, itens 13 a 18 do Roteiro de Verificação, o qual, por sua vez, estabelece no item 18 uma verificação quanto à divulgação da informação e dos indicadores de gestão e da assistência com o objetivo de coletizá-los de forma transparente.

O critério Responsabilidade a partir do qual se verifica a capacidade de responsabilização de um indivíduo em decorrência dos atos praticados permite conhecer melhor o perfil da gestão de uma instituição. Na versão atual do PNASS não se verifica observável o estabelecimento de correspondência com o critério de governança Integridade.

O critério Equidade, por meio do qual se busca verificar a existência de garantia de tratamento do indivíduo de acordo com as suas necessidades com respeito e em conformidade com a legislação, contribui para a mensuração quanto ao resultado da atenção/assistência prestada pelos estabelecimentos, mas também do tratamento adequado aos próprios empregados e colaboradores da instituição, permitindo uma aferição quanto à justiça na atenção recebida.

À vista disso, no contexto do PNASS, os critérios Gestão de Pessoas, itens 19 a 24 do Roteiro de Verificação e Gestão do Cuidado, itens 85 a 90 do Roteiro de Verificação cuidam de estabelecer itens de verificação na busca pelo tratamento respeitoso ao indivíduo, seja ele usuário direto do serviço, como por exemplo no item 86, onde se avalia a existência de acolhimento e estratégias de atendimento às necessidades dos usuários, seguindo critérios de avaliação de risco/vulnerabilidade, ou então um colaborador de uma dada instituição, como por exemplo no item 20, no qual se verifica se os trabalhadores possuem vínculos com contrato de trabalho assegure seus direitos trabalhistas previstos nas leis trabalhistas.

QUADRO 9 – Identificação de correspondência entre critérios de governança e critérios do PNASS

Critério de governança	Critério de correspondência no PNASS	Correspondência no PNASS
Alinhamento estratégico/estratégia organizacional/propósito	- Planejamento e organização	Itens 7 a 12 do Roteiro de Verificação
Liderança	- Modelo organizacional	Itens 25 a 30 do Roteiro de Verificação
Auditoria	- Gestão de Contratos	Itens 1 a 6 do Roteiro de Verificação
Controle e gestão de riscos	-	-

Eficiência	- Gestão da Infraestrutura e Ambiência - Gestão de Equipamentos e Materiais - Serviços de Apoio Técnico e Administrativo à Atividade Finalista do Estabelecimento - Protocolos Administrativos e Clínicos - Atenção Imediata – Urgência e Emergência - Atenção em Regime Ambulatorial Especializado - Atenção em Regime de Internação - Atenção em Regime de Terapia Intensiva - Atenção Cirúrgica e Anestésica - Atenção Materna e Infantil - Atenção em Terapia Renal Substitutiva - Atenção em Hemoterapia - Atenção em Serviços de Reabilitação - Obrigações dos Estabelecimentos Oncológicos e Responsabilidades - Atenção em Radioterapia - Atenção em Oncologia Clínica - Atenção Hematológica - Atenção Oncológica Pediátrica	Itens 37 a 48, 67 a 72, 79 a 84 e 97 a 180 do Roteiro de Verificação
Eficácia	-	Questionário da Avaliação da Satisfação dos Usuários e Conjunto de Indicadores
Integridade/corrupção	-	-
Transparência/prestação de contas	- Gestão da Informação	Itens 13 a 18 do Roteiro de Verificação
Responsabilidade	-	-
Justiça/equidade	- Gestão de Pessoas - Gestão do Cuidado	Itens 19 a 24 e 85 a 90 do Roteiro de Verificação

Fonte: autor (2022)

A partir dos resultados obtidos é possível identificar que os critérios de governança: Alinhamento Estratégico, Liderança, Auditoria, Eficiência, Eficácia, Transparência e Justiça são avaliados em alguma medida no PNASS, ao passo que os critérios: Controle e Gestão de Riscos, Integridade e Responsabilidade não possuem uma identificação de correspondência na versão atual do programa.

A partir da literatura pesquisada não foi possível identificar as causas e/ou fatores que levaram os responsáveis pelo programa a considerar ou não a inclusão dos critérios de Controle e Gestão de Riscos, Integridade e Responsabilidade na avaliação. Imagina-se, contudo, que tal fato se deva à uma ausência de uniformidade dos critérios de governança nos dispositivos que orientam o programa.

6 CONCLUSÃO

No presente capítulo são tecidas as conclusões obtidas com a realização da pesquisa, sendo realizada uma avaliação quanto ao cumprimento dos objetivos pretendidos com o trabalho, bem como eventuais arestas e possibilidades para novas produções.

Embora nem sempre a correlação entre governança e avaliação possa parecer óbvia, ambas emergem ganham destaque a partir do pensamento neoliberal e das práticas do NPM. O neoliberalismo buscou reduzir o papel do Estado, reposicionando-o como um agente de mercado, favorecendo a aplicação dos instrumentos de avaliação como mecanismos de avaliação da eficiência e/ou desempenho estatal, tendo o Banco Mundial um papel de destaque nesse sentido por meio do fomento não somente da aplicação da avaliação com essa finalidade, como também do comparativo do desempenho estatal a partir de uma lógica de mercado.

A incorporação da lógica do ambiente privado ao público por meio do NPM, por sua vez, contribuiu para a aproximação entre o público e o privado, de modo que o próprio termo governança passou a assumir uma pluralidade de significados do modo tal, que mesmo quando pensada para no ambiente público, a governança considera elementos de participação dos agentes privados e da sociedade civil, limitando a atuação estatal ao papel de mero agente regulador, ao invés de organizador e provedor dos serviços de saúde.

No que tange à governança em saúde e avaliação dos serviços de saúde, é preciso reconhecer a importância do controle social exercido a partir da participação da sociedade civil, destinatária do serviço, de modo a permitir que as necessidades e expectativas da população sejam consideradas nas tomadas de decisões. Além disso, a governança em saúde também envolve a cooperação entre diferentes atores e níveis de governo, o que é fundamental para garantir a eficiência e a eficácia dos sistemas de saúde.

Um dos seus principais desafios é garantir a equidade no acesso à assistência à saúde, especialmente para as populações mais vulneráveis. Para tanto, se faz necessária a implementação de políticas e programas que promovam a inclusão social e a redução das desigualdades socioeconômicas.

Outro desafio importante é a garantia da qualidade dos serviços de saúde, incluindo também a capacitação e formação dos profissionais de saúde e gestores,

além da implementação de mecanismos de regulação e monitoramento que garantam o cumprimento de requisitos de governança, sendo a avaliação um instrumento recomendado para tanto.

A pesquisa, amparada em revisão da literatura, debruçou-se sobre a identificação da presença de critérios avaliativos de governança no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde.

Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico sistematizado acerca das dimensões governança e avaliação de políticas públicas, seguido da estratificação dos critérios da dimensão governança aplicáveis à avaliação de políticas públicas encontrados.

Por meio da revisão de literatura foi possível constituir portfólio bibliográfico sólido, identificando os principais autores e veículos de publicação sobre os temas pesquisados a partir da metodologia eleita.

Ao todo foram identificados dez critérios de governança aplicáveis em avaliação de políticas públicas, sendo que os critérios: Alinhamento Estratégico, Liderança, Auditoria, Eficiência, Eficácia, Transparência e Justiça são avaliados em alguma medida no PNASS, ao passo que os critérios: Controle e Gestão de Riscos, Integridade e Responsabilidade não possuem uma identificação de correspondência na versão atual do programa.

Tendo atingido ao objetivo pretendido, novas possibilidades de análise do PNASS surgem a partir dos resultados obtidos com a presente pesquisa, uma vez que, identificados os critérios de governança que guardam correspondência com o PNASS, torna-se possível imergir para uma análise qualitativa sobre o conteúdo de cada critério avaliativo presente no programa no intuito de melhor compreender se são avaliados em nível satisfatório, ou se necessitam de aperfeiçoamento.

Do ponto de vista prático, a pesquisa também sinaliza quanto aos critérios de governança não avaliados na versão atual do PNASS, de forma a abrir espaço para discussão quanto à necessidade, ou não, de aprimoramento do programa neste aspecto.

Há, no entanto, dúvidas sobre a continuidade do programa, tendo em vista que iniciou com uma proposta de aplicação bianual, que, de fato, não chegou a acontecer, de modo que a sua última avaliação aconteceu em 2015.

A mercantilização dos serviços de saúde é um fator preocupante e que pode ter afetado a regularidade do programa. Ainda que o PNASS seja um programa

voltado à avaliação dos serviços de saúde que recebem recursos públicos, seus instrumentos avaliam, em última análise, a expectativa versus efetiva entrega dos serviços de saúde. Uma análise voltada predominantemente para a distribuição de recursos e para a eficiência econômica, como a feita pelo programa Previne Brasil, coloca em ênfase a análise econômica como fator de decisão para alocação de recursos.

Além disso, transformações no cenário econômico, como a entrada de grandes fundos de investimento no segmento da saúde, podem ter afetado a qualidade da prestação dos serviços de saúde, considerando que estes voltam seus interesses, em última análise, para os resultados distribuídos aos acionistas/investidores.

Acredita-se ainda que fatores e interesses políticos podem ter contribuído para uma descontinuidade material do programa. Não foram localizadas informações oficiais a respeito da descontinuidade do programa, ou de sua substituição pelo Previne Brasil, abrindo possibilidade para duas hipóteses: a) não há desejo político de formalizar a descontinuação do programa e, b) a complexidade de avaliação é tamanha, que não foi viabilizada nos últimos anos.

A primeira se justifica por diversos motivos: no plano político a transparência nem sempre é a regra. Um modelo que democratiza o acesso à informação é desejado e temido, pois pode fornecer elementos objetivos contrários aos interesses dos especialistas e das elites filiados ao pensamento neoliberal. Do ponto de vista político-econômico, os destinatários beneficiários dos recursos públicos podem nem sempre obter um desempenho bom ou ótimo do ponto de vista da avaliação, o que dificultaria justificar o repasse de recursos públicos em atendimento aos interesses dos agentes políticos, muito embora seja digno do Estado o papel de divulgar de forma transparente os dados relativos aos contratos estabelecidos e convênios firmados. Finalmente, a área da saúde é complexa e, em alguma medida, o programa pode não ter atendido às expectativas das partes interessadas.

A segunda, embora nos pareça mais remota, pode ser compreendida a partir da necessidade de disponibilidade de recursos junto às entidades participantes, especialmente as universidades federais, para aplicação dos instrumentos de avaliação. A dimensão continental de um país como o Brasil também pode se apresentar como barreira à aplicação de um programa de avaliação de maneira uniforme, gerando eventuais discrepâncias na comparação entre dados regionais.

A despeito de eventual descontinuidade do programa, não há dúvidas de que PNASS pode contribuir como instrumento para a melhoria da gestão dos serviços de saúde, bem como para os respectivos processos de decisão, além de contribuir com a melhoria da qualidade serviços de saúde fornecidos à população.

REFERÊNCIAS

- ABDOU, A. M. Good governance and COVID-19: The digital bureaucracy to response the pandemic (Singapore as a model). **Journal of Public Affairs**, v. 21, n. 4, p. ____ - 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary-wiley.ez22.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1002/pa.2656>. Acesso em 20 mai. 2022.
- AGYEPONG, I. A.; LEHMANN, U.; RUTEMBERWA, E.; et al. Strategic leadership capacity building for Sub-Saharan African health systems and public health governance: a multi-country assessment of essential competencies and optimal design for a Pan African DrPH. **Health Policy And Planning**, v. 33, n. 2, p. 35–49, 2018.
- ALEXANDER, J. A.; LEE, S. Y. D. Does governance matter? Board configuration and performance in not-for-profit hospitals. **Milbank Quarterly**, v. 84, n. 4, p. 733–758, 2006.
- ALEXANDER, J. A.; YOUNG, G. J.; WEINER, B. J.; HEARLD, L. R. Governance and community benefit: Are nonprofit hospitals good candidates for Sarbanes-Oxley type reforms? **Journal Of Health Politics Policy And Law**, v. 33, n. 2, p. 199–224, 2008.
- ALKIN, M. C. **Evaluation Essentials: From A to Z**. The Guilford Press, 2011.
- ANDRADE, B. H. S.; SERRANO, A. L. M.; BASTOS, R. F. S.; FRANCO, V. R. Eficiência do gasto público no âmbito da saúde: uma análise de desempenho das capitais brasileiras. **Rev. Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba, v. 38, n. 132, p. 163-179, jan./jun, 2017.
- ANDRETT, M.; LUNKES, R. J.; ROSA, F. S.; BRIZOLLA, M. M. B. Eficiência dos gastos públicos em saúde no Brasil: um estudo sobre o desempenho dos estados brasileiros. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 114-128, maio/agosto, 2018.
- ARISTOVNIK, A.; MURKO, E.; RAVSELJ, D. From Neo-Weberian to Hybrid Governance Models in Public Administration: Differences between State and Local Self-Government. **Administrative Sciences**, v. 12, n. 1, p. ____, 2022. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2076-3387/12/1/26/htm>>.
- AZEVEDO, S.; ANASTASIA, F. Governança, Accountability e Responsividade. **Revista de Economia Política**, vol. 22, nº 1, p. 85, janeiro-março, 2002.
- AYALEW, Y. Leadership, Management and Governance (LMG) Practices in Ethiopian Public Hospitals: 2018-and 2019. **Ethiopian Journal Of Health Development**, v. 35, n. 2, p. 97–104, 2021.
- BANCO MUNDIAL. **Managing Development – The Governance Dimension**. Washington, 1991.
- BANCO MUNDIAL. **Governance and Development**. Washington: World Bank

Books; 1992.

BANCO MUNDIAL. **Sourcebook for Evaluating Global and Regional Partnership Programs**. Indicative Principles and Standards. Washington: IEG – Worldbank, 2007. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/6601/483940PUB0IEG010Box338903B01PUBLIC1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 21 de nov. de 2022.

BARBAZZA, E; TELLO, J. E. A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. **Health Policy**. v. 1, n. 16, p. 1–11, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BERTONCELLO, C.; BUJA, A.; SILENZI, A.; et al. Good governance competencies in public health to train public health physicians. **International Journal Of Public Health**, v. 60, n. 6, p. 737–749, 2015.

BARROSO, R.; BEN ALI, C.; LESAGE, C. Blockholders' Ownership and Audit Fees: The Impact of the Corporate Governance Model. **European Accounting Review**, v. 27, n. 1, p. 149–172, 2018.

BERELSON, B. **Content analysis in communication research**. New York: Hafner; 1984.

BEZENJANI, T. S. Z.; TAVAKOLI, A. M.; NIKPOUR, A. Providing an Effective Model of Good Governance Based on the Criteria Proposed by Muslim Thinkers for Organizational Health in Governmental Organizations in Kerman Province. **Propósitos Y Representaciones**, v. 8, n. SI, 2020.

BLANCHET, Luiz Alberto. Eficiência e Reserva do Possível: a Trivialização do Desprezo ao Direito Fundamental à Saúde e a Perpetuação da Ineficiência Estatal. *In*: LIBÓRIO, D; GUIMARÃES, E.; GABARDO, E. **Eficiência e Ética no Direito Administrativo**. Curitiba: Íthala, 2017, pp.97-104.

BLANK, J. L. T.; VAN HULST, B. L. Governance and Performance: The Performance of Dutch Hospitals Explained by Governance Characteristics. **Journal Of Medical Systems**, v. 35, n. 5, SI, p. 991–999, 2011.

BORGES, G; NETO, L. M. Governança em saúde pública: mecanismos e critérios avaliativos em processos de participação cidadã. **Revista de Gestão do Unilasalle**, v. 9, n. 3, p. ____, 2020.

BOVAIRD, T.; LÖFFLER, E. Evaluating the Quality of Public Governance: Indicators, Models and Methodologies. **International Review of Administrative Sciences**, v. 69, n. 3, p. 313–328, 2003.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Presidência da República, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 15 set. 2022.

BRASIL. Tribunal de Contas da União – TCU **Governança Pública**: referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública e ações indutoras de melhoria/Tribunal de Contas da União. Brasília: Tribunal de Contas da União – TCU, 2014.

BRASIL. Tribunal de Contas da União, Secretaria de Controle Externo da Saúde **Guia de governança e gestão em saúde**: aplicável a secretarias e conselhos de saúde. Brasília: Tribunal de Contas da União, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/guia-de-governanca-e-gestao-em-saude.htm>. Acesso em 05 mai.2022.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Guia de Governança e Gestão em Saúde**. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2019. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/0A/52/94/E4/5F3F561019190A56E18818A8/GUIA%20GOVERNANCA%20EM%20SAUDE_WEB.PDF. Acesso em 10 jun. 22.

BRASIL. Presidência da República. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e Controladoria Geral da União **Instrução Normativa Conjunta, n. 1, de 10 de maio de 2016**. Brasília: Presidência da República. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e Controladoria Geral da União, 2016.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 15 set. 2022.

BRASIL. **Lei n. 12.466 de 24 de agosto de 2011**. Brasília: Presidência da República, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. **Manual do (a) gestor(a) municipal do SUS**. Diálogos do cotidiano. Brasília: Conasems, 2021. Disponível em: www.conasems.org.br. Acesso em 15 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria nº 2.979, em novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH**:. Folder. _____ Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/10006002756.pdf> . Acesso em: 18 set. 2022.

BRASIL. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS**. Ministério da Saúde: Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de governança organizacional para organizações públicas e outros entes jurisdicionados ao TCU**. Brasília: Tribunal de Contas da União, 2020.

BRASIL. Controladoria Geral Da União (CGU). **Relatório de avaliação**. Exercício 2019. Brasília, 2020. Publicado em 17 de março de 2020. Disponível em: <<file:///C:/Users/fulvi/Downloads/Relatorio-201900777%20-%20Brasilia%20-%20DF.pdf>>. Acesso em 15 set. 2022.

BRETAS N.; SHIMIZU, H. E. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. ____, Abr, 2017.

BROWN, M. Commentary - the purpose of hospital governance is - purpose. **Health Care Management Review**, v. 19, n. 2, p. 89–93, 1994.

BROWN, A. Communication and leadership in healthcare quality governance Findings from comparative case studies of eight public hospitals in Australia. **Journal Of Health Organization And Management**, v. 34, n. 2, p. 144–161, 2020. Disponível em: <<https://www-emerald.ez22.periodicos.capes.gov.br/insight/content/doi/10.1108/JHOM-07-2019-0194/full/html>>.

CAIN, G. G. and HOLISTER, R. **Evaluating social program**: theory, practice, and politics. Nova Iorque, 1972.

CÁRDENAS, A. V. El enfoque de la gobernanza en el estudio de la transformación de las políticas públicas: limitaciones, retos y oportunidades. **Estudios De Derecho**, v. 67, n. 149, p. 243–260, 2010.

CARDINAELS, E. Governance in non-for-profit hospitals: Effects of board members' remuneration and expertise on CEO compensation. **Health Policy**, v. 93, n. 1, p. 64–75, 2009.

CARDINAELS, E.; SODERSTROM, N. Managing in a Complex World: Accounting and Governance Choices in Hospitals. **European Accounting Review**, v. 22, n. 4, p. 647–684, 2013.

CARDONI, A.; KISELEVA, E.; LOMBARDI, R. A sustainable governance model to prevent corporate corruption: Integrating anticorruption practices, corporate strategy

and business processes. **Business Strategy And The Environment**, v. 29, n. 3, p. 1173–1185, 2020. Disponível em: <<https://onlinelibrary-wiley.ez22.periodicos.capes.gov.br/doi/full/10.1002/bse.2424>>. .

CARSON, S. J.; GHOSH, M. An Integrated Power and Efficiency Model of Contractual Channel Governance: Theory and Empirical Evidence. **Journal Of Marketing**, v. 83, n. 4, p. 101–120, 2019. Disponível em: <<https://journals-sagepub-com.ez22.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1177/0022242919843914>>. .

CASANOVA, A. O; GIOVANELLA, L; CRUZ, M. M; FERREIRA, M. F. D. C. Atores, espaços e rede de políticas na governança em saúde em duas regiões de saúde da Amazônia Legal. **Ciênc. saúde colet.** 23 (10) Out 2018.

CASTELO, S. L.; CASTELO, A. D.; CASTELO, J. L.; ARAUJO, H. S.; ARAUJO, V. F. Governança pública e performance: uma revisão sistemática de literatura. **Rev. Controle**, Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 289-319, jul./dez., 2017

CAVALCANTE, P. **Gestão pública contemporânea**: Do movimento gerencialista ao pós-NPM. Brasília: IPEA, 2017.

CAVALCANTE, P. L. C. **Convergências entre a governança e o pós-nova gestão pública**. Brasília: IPEA, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8965>. Acesso em 28 jan. 2022.

CAVALCANTI, P. A. **Sistematizando e comparando os enfoques de avaliação e de análise de políticas públicas**: uma contribuição para a área educacional. 2007. 289 f. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, 2007.

CHAUVIN, J.; SHUKLA, M.; RICE, J.; RISPEL, L. A survey of the governance capacity of national public health associations to enhance population health. **BMC Public Health**, v. 16, 2016. Disponível em: <<https://bmcpublichealth-biomedcentral-com.ez22.periodicos.capes.gov.br/articles/10.1186/s12889-016-2935-y>>.

CHAVES, L. A. *et al.* Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) 2015-2016: uma análise sobre os hospitais no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 24, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YjGx8RCSJgcnJJ8dzZYjvbd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 14 jul. 2022.

CLARKE, C.; HARCOURT, M.; FLYNN, M. Clinical Governance, Performance Appraisal and Interactional and Procedural Fairness at a New Zealand Public Hospital. **Journal of Business Ethics**, v. 117, n. 3, p. 667–678, 2013. Disponível em: <<https://link-springer-com.ez22.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s10551-012-1550-9>>. Acesso em 14 jul. 2022.

CONSIDINE, M.; LEWIS, J. M. Bureaucracy, Network, or Enterprise? Comparing Models of Governance in Australia, Britain, the Netherlands, and New Zealand. **Public Administration Review**, v. 63, n. 2, p. 131–140, 2003.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 962-969, set./out. 2003.

CULICA, D.; PREZIO, E. Hospital Board Infrastructure and Functions: The Role of Governance in Financial Performance. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, v. 6, n. 3, p. 862–873, 2009.

DAL POZZO, Emerson Luís. **Sistema de Responsabilidade dos Administradores de Sociedades Anônimas em Contexto de Crise**. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

DIAS SOBRINHO, J. **Avaliação**: políticas educacionais da educação superior. São Paulo: Cortez, 2003.

DINIZ, Eli. Governabilidade, democracia e reforma do Estado: os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil dos anos 90. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 35, n.3, pp. 385-415, 1995.

DIZON-ROSS, R.; DUPAS, P.; ROBINSON, J. Governance and the effectiveness of public health subsidies: Evidence from Ghana, Kenya and Uganda. **Journal Of Public Economics**, v. 156, p. 150–169, 2017. Disponível em: <<https://www-sciencedirect.ez22.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0047272717301482?via%3Dihub>>. Acesso em 14 jul. 2022.

DOBRYKOWSKI, D. D.; MCFADDEN, K. L. Examining Governance in Hospital Operations: The Effects of Trust and Physician Employment in Achieving Efficiency and Patient Satisfaction. **Decision Sciences**, v. 51, n. 1, p. 74–109, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary-wiley.ez22.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/deci.12414> . Acesso em 14 jul. 2022.

DOLLERY, B.; JOHNSON, A. An analysis of the joint board or county model as the structural basis for effective Australian local governance. **Australian Journal Of Public Administration**, v. 66, n. 2, p. 198–209, 2007.

DURAN, A.; CHANTURIDZE, T.; GHEORGHE, A.; MORENO, A. Assessment of Public Hospital Governance in Romania: Lessons From 10 Case Studies. **International Journal Of Health Policy And Management**, v. 8, n. 4, p. 199–210, 2019.

DYE, T. R. **Policy Analysis**: What Governments Do, Why They Do it, and What Difference it Makes. Tuscaloosa: University of Alabama Press, 1984

DZULKIFLI, A. M.; ARIFIN, M. A.; SALMAH, A. U. Effect of the principles of good corporate governance on satisfaction of inpatients at Bahagia type c hospital, Makassar City. **Enfermeria Clinica**, v. 30, n. 4, p. 257–260, 2020.

EASTON, David. **The Political System**. Nova Iorque: Knopf, 1953.

ECKLOO, K.; VAN HERCK, G.; VAN HULLE, C.; VLEUGELS, A. From Corporate

Governance to Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. **Health Policy**, v. 68, n. 1, p. 1–15, 2004.

ELDENBURG, L.; HERMALIN, B. E.; WEISBACH, M. S.; WOSINSKA, M. Governance, performance objectives and organizational form: Evidence from hospitals. **Journal of Corporate Finance**, v. 10, n. 4, p. 527–548, 2004.

ENSSLIN, L.; ENSSLIN, S. R.; DUTRA, A.; NUNES, N. A.; REIS, C. BPM governance: a literature analysis of performance evaluation. **Business Process Management Journal**, v. 23, n. 1, p. 71–86, 2017.

FAN, X.-L.; ZHOU, Y.; WANG, C.-X.; CHANG, X.-X. The Interactive Effect of Employee-Involved Governance and CEO Change-Oriented Leadership on Organizational Innovation: A Moderated Mediation Model. **Group & Organization Management**, v. 45, n. 3, p. 417–455, 2020. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1059601119862896>>. .

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, out. 2005.

FITZPATRICK, J. L., SANDERS, J. R. e WORTHEN B. R. **Program Evaluation: Alternative Approaches and Practical Guideliness**. Nova Jersey: Pearson, 2011

FLEURY, Sônia; OOVERNEY, Assis Luiz Mafort; KRONEMBERGER, Thais Soares.; ZANI, Felipe Barbosa. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 28, n. 6, p. 446–55, 2010.

FLEURY S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. 477p. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2014

FONSECA, P. C.; FERREIRA, M. A. M. Investigação dos níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, pp. 199-213, 2009.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, Brasília, IPEA, n. 21, jun., 2000.

FRIGO, M. L.; ANDERSON, R. J. 10 Strategic GRC: steps to implementation: a structured, informed approach to governance, risk, and compliance efforts can help leverage cross-functional synergies and increase organizational efficiency. **Internal Auditor**, v. 66, n. 3, p.33, jun., 2009.

GAZLEY, B.; NICHOLSON-CROTTY, J. What Drives Good Governance? A Structural Equation Model of Nonprofit Board Performance. **Nonprofit And Voluntary Sector Quarterly**, v. 47, n. 2, p. 262–285, 2018.

GEVA-MAY, I. PAL, L. A. Good Fences Make Good Neighbours: Policy Evaluation and Policy Analysis – Exploring the Differences. **Evaluation**, v. 5 n. 3, p. 259–77, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, A. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. v. 35 n.2, p. 57-63, 1995.

GOMIDES, J. E.; SILVA, A. C. O surgimento da expressão “governance”, governança e governança ambiental. Um resgate teórico. **Revista de Ciências Gerenciais**. v. 13, n. 18, 2009

GONÇALVES, A. O conceito de governança. XIV Congresso Nacional do CONPEDI. **Anais**. Fortaleza, 3, 4 e 5 de novembro de 2005. Disponível em: < https://www.unisantos.br/upload/menu3niveis_1258398685850_alcindo_goncalves_o_conceito_de_governanca.pdf >. Acesso em 07 set. 2021.

HARVEY, D. **O neoliberalismo**: história e implicações. São Paulo: Loyola, 2008.

HIRST, Paul. Democracy and governance. In: PIERRE, Jon. Debating Governance. Oxford: **University Press**, p. 13-35, 2000.

IFAC – International Federation Of Accountants. **Good Governance in the Public Sector** – Consultation Draft for na International Framework. 2013. Disponível em: <https://www.ifac.org/system/files/publications/files/Good-Governance-in-the-Public-Sector.pdf>. Acesso em 15 jan. 2022.

IBGC. Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. **Código das melhores práticas de governança corporativa**, São Paulo: IBGC, 2009.

IBGC – Instituto Brasileiro De Governança Corporativa. **Código das melhores práticas de governança corporativa**. São Paulo: IBGC, 2015.

JANSSON, E. The stakeholder model: The influence of the ownership and governance structures. **Journal of Business Ethics**, v. 56, n.1, p. 1–13, 2005.

KANNINEN, T. H.; HAGGMAN-LAITILA, A.; TERVO-HEIKKINEN, T.; KVIST, T. Nursing shared governance at hospitals - it's Finnish future? **Leadership In Health Services**, v. 32, n. 4, p. 558–568, 2019.

KASHIWAKURA, H. K., *et al.* Retrato da atenção básica no Brasil: gastos e infraestrutura em municípios brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, 2021

KURTZ, M. J.; SCHRANK, A. Growth and governance: Models, measures, and mechanisms. **Journal Of Politics**, v. 69, n. 2, p. 538–554, 2007.

KETTL, D. F. A revolução global: reforma da administração do setor público. In: BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

KICKBUSCH, Ilona; GLEICHER, David. **Governance for health in the 21st century**. World Health Organization, 2012. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326429>>. Acesso em 20 jan. 2023.

KOSEOGLU, M. A., Rahimi, R., Okumus, F., & Liu, J. Bibliometric studies in tourism. **Anais**. Annals of Tourism Research, 61, 180–198, 2016.

LASSWELL, H.D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland: Meridian Books, 1958.

LASSWELL, H. D.; KAPLAN, A. **Power and Society**. New Haven: Yale University Press, 1970.

LEEUEWEN, Thed van. **Bibliometric research evaluations, Web of Science and the Social Sciences and Humanities: a problematic relationship?** CWTS Leiden University, vol. 2, 2013.

LIRA, C. DE A.; DA SILVA, G.; DE LIMA, C. R.; DE LIMA, M. A. Corporate Governance In The Private Hospital: A Case Study On The Impact On Hospital Performance. **Revista De Gestao Em Sistemas De Saude-Rgss**, v. 6, n. 3, p. 229–244, 2017.

MACGILLIVRAY, B. H.; RICHARDS, K. Approaches to evaluating model quality across different regime types in environmental and public health governance. **Global Environmental Change-Human And Policy Dimensions**, v. 33, p. 23–31, 2015. Disponível em: <<https://www-sciencedirect.ez22.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0959378015000540?via%3Dihub>>. .

MANCILLA-RENDON, E.; LOZANO, C.; TORRES-ESTEVA, E. Fuzzy Governance Model. **Mathematics**, v. 9, n. 5, 2021. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2227-7390/9/5/481/htm>>. Acesso em 18 mar. 22.

MARTYNYSHYN, Y.; KUKIN, I.; KHLYSTUN, O.; ZRYBNIEVA, I.; PIDLISNYI, Y. Analysis of the Features of Corporate Governance by the State: Similarity and Difference of Models. **International Journal Of Computer Science And Network Security**, v. 21, n. 6, p. 29–34, 2021.

MAZURENKO, O.; COLLUM, T.; MENACHEMI, N. Trends in governance structure and activities among not-for-profit US hospitals: 2009-2015. **Health Care Management Review**, v. 44, n. 3, p. 263–273, 2019.

MCKIERNAN, Erin. **Meta-Research: Use of the Journal Impact Factor in academic review, promotion, and tenure evaluations**. eLife 8:e47338, 2019.

MERINO, B. D.; MAYPER, A. G.; TOLLESON, T. D. Neoliberalism, deregulation and Sarbanes-Oxley The legitimization of a failed corporate governance model. **Accounting Auditing & Accountability Journal**, v. 23, n. 6, p. 774–792, 2010.

MILLS, R. W. The interaction of private and public regulatory governance: The case of association-led voluntary aviation safety programs. **Policy And Society**, v. 35, n. 1, SI, p. 43–55, 2016. Disponível em: <<https://academic.oup.com/policyandsociety/article/35/1/43/6374365?login=true>>.

MOHAMMADI, F.; ASL, I. M.; MAHFOOZPOUR, S.; HESSAM, S. A Model Development For Hospital Holding Governance In The Iranian Social Security Organization. **International Transaction Journal Of Engineering Management & Applied Sciences & Technologies**, v. 10, n. 8, p. 1061–1069, 2019.

MUBARAK, Muhammed; SEEMEE, Shabana. The Journal Citation Indicator: Have we found the Holy Grail for optimal assessment of research impact? **J Pak Med Assoc.** Vol. 72, No. 7, Jul. 2022.

MACHADO, J. P. **Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa**. Lisboa: Livros Horizonte, 1987.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MARINHO, A.; CARDOSO, S.; ALMEIDA, V. **Brasil e OCDE: avaliação da eficiência em sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Ipea, 2009, disponível em: <https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1370.pdf>. Acesso em 12 jul. 2022.

MARQUES, E. C. L. Notas sobre redes, Estado e políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 35. Rio de Janeiro, 2019.

MASSEY, A.; JOHNSTON-MILLER, K. Governance: public governance to social innovation? **Policy & Politics**, v. 44, n. 4, pp. 663-675, out, 2016.

MAZON, L. M.; MASCARENHAS, L. P. G.; DALLABRIDA, V. R. Eficiência dos gastos públicos em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, pp. 23-33, 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 239-262, 1993.

MICHEL, E. F. K. Las políticas públicas: algunos apuntes generales. **Revista Ecofronteras**, México, n.16, ago. 2002. Disponível em: <www.ecosur.mx> Acesso: 08 mai. 2006.

MOKATE, Karen Marie. Convirtiendo el “monstruo” en aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 53, n. 1, p. 89-131, jan./mar. 2002.

MUGNAINI, R.; DAMACENO, R. J. P.; DIGIAMPIETRI, L. A.; MENA-CHALCO, J. P. Panorama da produção científica do Brasil além da indexação: uma análise exploratória da comunicação em periódicos. **Transinformação**, Campinas, n. 31, e190033, 2019.

NARYSHKINA V, M.; BEYDINA, T. E.; NOVIKOVA V, A.; KUKHARSKY, A. N. Risk Management Model In Public Governance In Russia: Regional Aspects. **Analele Universitatii Bucuresti-Stiinte Politice**, V. 21, n. 1–2, p. 3–23, 2019.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.

NOBBIE, P. D.; BRUDNEY, J. L. Testing the implementation, board performance, and organizational effectiveness of the policy governance model in nonprofit boards of directors. **Nonprofit And Voluntary Sector Quarterly**, v. 32, n. 4, p. 571–595, 2003.

NOOTEBOOM, B. Trust, opportunism and governance: A process and control model. **Organization Studies**, v. 17, n. 6, p. 985–1010, 1996.

OCDE - Organización Para la Cooperación y el Desarrollo Económico. **Principios de Gobierno Corporativo de la OCDE**; París, France: Organización Para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2004.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde 2000**. Genebra: OMS, 2000. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/whr-2000.pdf?sfvrsn=95d8b803_1&download=true. Acesso em 15 ago. 2022.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Assembleia Mundial da Saúde**: papel e responsabilidades da OMS na pesquisa em saúde. Genebra: OMS, 2007.

OOMKENS, R.; HOOGENBOOM, M.; KNIJN, T. Continuity and Change: Comparative Case Study of Hospital and Home Care Governance in The Netherlands. **Administration & Society**, v. 47, n. 7, p. 851–880, 2015.

PAGANI, R. N.; KOVALESKI, J. L.; RESENDE, L. M. M. Methodi Ordinatio: A Proposed Methodology to Select and Rank Relevant Scientific Papers Encompassing the Impact Factor, Number of Citation, and Year of Publication. **Scientometrics**, v. 105, n. 3, p. 2109-2135, 2015.

PAGANI, R. N.; KOVALESKI, J. L. e RESENDE, L. M. M. Avanços da composição do Methodi Ordinatio para revisão sistemática de literatura. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 46 n.2, p. 161-187, mai./ago. 2018.

PAIVA, N. S. **Avaliação de Políticas Públicas**: análise dos impactos sociais e econômicos do programa Universidade Para Todos. Monografia. Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

PAVROZ, A. Corruption-oriented model of governance in contemporary Russia.

Communist And Post-Communist Studies, v. 50, n. 2, p. 145–155, 2017.

PERIN, G.; BOZZETTI, G. C.; KAUSS, B. Percepções da Realidade dos Serviços de Saúde a Partir do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS): um Relato de Experiência. **NAU Social**, v. 7, n. 13, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/31365>. Acesso em: 20 jan. 2023.

PINTO, R. R.; MONTEIRO, M. H.; MARTINS, M. M.; DE CARVALHO, E. R. The quality of health governance in Portugal: an evaluation of the Troika's intervention period. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2225–2241, 2021.

PIROZEK, P.; KOMARKOVA, L.; LESETICKY, O.; HAJDIKOVA, T. Corporate governance in Czech hospitals after the transformation. **Health Policy**, v. 119, n. 8, p. 1086–1095, 2015.

PRADO, N. M. B. L.; SANTOS, H. L. P. C.; OLIVEIRA, J. S. Gestão e governança em saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Rev. Gestão & Saúde**, Vol. 11, n. 02, Maio-Agosto. p 211-227, 2020.

PRICE, D. J. S. Networks of scientific papers. **Science**, v. 149, n.3683, p. 56-64, jul. 1965

QUEIROZ, M. F. M.; SILVA, J. L. M.; FIGUEIREDO, J. S.; VALE, F. F. R. Eficiência no gasto público com saúde: uma análise dos municípios do Rio Grande do Norte. **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza v. 44, n.3, pp. 761-776, jul-set, 2013

RHODES, R. A. W. (1996). The New Governance: Governing without Government. **Political Studies**, v.44, n.4, p.652–667, 1996

RUSYDI, A. R.; PALUTTURI, S.; NOOR, N. B.; PASINRINGI, S. A. The comparison of good corporate governance on human resources performance in regional general hospital of Labuang Baji and Ibnu Sina hospital Makassar, South Sulawesi. **Enfermeria Clinica**, v. 30, n. 2, p. 482–486, 2020a.

RUSYDI, A. R.; PALUTTURI, S.; NOOR, N. B.; PASINRINGI, S. A. The implementation of good corporate governance (GCG) at public hospital in Indonesia: A literature review. **Enfermeria Clinica**, v. 30, n. 4, p. 145–148, 2020b.

RUA, M. G. **Avaliação de Políticas, Programas e Projetos: Notas Introdutórias** (versão atualizada em 2010). Disponível em: < https://jacksondetoni.files.wordpress.com/2014/05/texto-apoio-05-_grac3a7as-rua.pdf >. Acesso em 27 set. 2021.

RUA, M. G. **Monitoramento e avaliação de política públicas**. In: Curso de formação para os cargos de especialista em políticas públicas e gestão governamental. 2011. 16 slides. Disponível em: < <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1006/2/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Maria%20das%20Gra%C3%A7as%20Rua.pdf> >. Acesso em: 26 set. 2021.

SANTOS, Maria H. C. Governabilidade, governança e democracia: criação da capacidade governativa e relações Executivo-Legislativo no Brasil pós-Constituinte. Dados - **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 335-376, 1997.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, n. 48, v.4, ago. 2014.

SANTOS, G. T. F. Governança em Saúde na Microrregião Geográfica de Francisco Beltrão no Olhar dos Secretários Municipais de Saúde. Dissertação. Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2018.

SAUERBRONN, F. F. Governança Pública em Saúde Pós-Reforma Gerencial no Brasil: Reconciliando Perspectivas para uma Análise Multinível. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 1, n. 3, p. 148-158, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/5154/pdf>. Acesso em 18 abr. 2022.

SCRIVEN, M. **Evaluation Thesaurus**. Newbury Park: Sage Publications, 1991.

SILVA, G. G. A. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. **Interface, Comunic, Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.7-24, jan/jun, 2006

SILVA, R. P.; BARRETO, H. I. L. A Melhoria dos Indicadores de Saúde: qual a participação da enfermagem? Novas perspectivas para avaliação do impacto de ações de saúde: Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. **Anais. 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. 03 a 07 de novembro de 2005b. Goiânia: 2005.

SILVA, S. S. S. **Avaliação da qualidade em saúde**: delineamento para os serviços de prestação local com enfoque baseado no paciente. Monografia. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia: Cachoeira, 2022.

STEIN, A. T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.22 n.1, mar. 2013

STOKER, Gerry. Governance as theory: five propositions. **International Social Science Journal**, v. 50, p. 17–28, 1998.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, n.16, p. 20-45, 2006.

TANAKA, O. Y; MELO, C. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In: Rocha AM, Cesar CLM, editores. **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 119-131.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M.. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, _____, v. 17, n. 4, pp. 821-828, abr. 2012.

TEIXEIRA, A. F.; GOMES, R. C. Governança pública: uma revisão conceitual. **Rev. Serv. Público**, Brasília, v. 70, n. 4, pp. 519-550, out./dez. 2019.

THIEL, A.; WINTER, V.; BUECHNER, V. A. Board characteristics, governance objectives, and hospital performance: An empirical analysis of German hospitals. **Health Care Management Review**, v. 43, n. 4, p. 282–292, 2018.

THOMAZ, P. G.; ASSAD, R. S.; MOREIRA, L. F. P. Uso do fator de impacto e o índice H para avaliar pesquisadores e publicações. **Arq. Bras. Cardiol.** n. 96, v. 2. fev. 2011.

THOMPSON, A. G. H. Contextualising co-production and co-governance in the Scottish National Health Service. **Journal Of Chinese Governance**, v. 5, n. 1, SI, p. 48–67, 2020.

TORFING, Jacob.. In handbook on theories of governance. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2016.

UDDIN, S.; MORI, Y.; SHAHADAT, K. Private management and governance styles in a Japanese public hospital: A story of west meets east. **Social Science & Medicine**, v. 245, 2020. Disponível em: <<https://www-sciencedirect.ez22.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0277953619307142?via%3Dihub>>. .

UNDERWOOD, C. M.; HAYNE, A. N. System-Level Shared Governance Structures and Processes in Healthcare Systems With Magnet (R)-Designated Hospitals A Descriptive Study. **Journal Of Nursing Administration**, v. 47, n. 7–8, p. 396–398, 2017.

VANTI, N. A. P. Da bibliometria à webometria: uma exploração conceitual dos mecanismos utilizados para medir o registro da informação e a difusão do conhecimento. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 152-162, 2002

VELOSO, C. F.; BAZANINI, R.; MACHADO JUNIOR, C.; ADRA, R. D. Hospital Service Networks: Governance As A Practice Of Control And Regulation Of Bureaucratic Processes. **Revista Gestao Organizacional**, v. 15, n. 2, p. 212–232, 2022. Disponível em: <<http://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/6427>>. .

VERONESI, G.; KIRKPATRICK, I.; ALTANLAR, A. Clinical Leadership And The Changing Governance Of Public Hospitals: Implications For Patient Experience. **Public Administration**, v. 93, n. 4, SI, p. 1031–1048, 2015.

VIAN, T.; BICKNELL, W. J. Good governance and budget reform in Lesotho Public Hospitals: performance, root causes and reality. **Health Policy And Planning**, v. 29, n. 6, p. 673–684, 2014.

VIEIRA, J. B.; BARRETO, R. T. S. **Governança, gestão de riscos e integridade**. Brasília: ENAP, 2019.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FURTADO, J. P. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n.9, 2020.

VOLUNTEER NOW. **Revised Governance Health Check**. Belfast/Inglaterra; Developing Governance Group, 2022. Disponível em: <https://www.diycommitteeguide.org/article/revised-governance-health-check#:~:text=The%20Governance%20Health%20Check%20is,the%20Code%20of%20Good%20Governance.>

VON DANWITZ, S. Organizing inter-firm project governance - a contextual model for empirical investigation. **International Journal Of Managing Projects In Business**, v. 11, n. 1, SI, p. 144–157, 2018.

WEINER, B. J.; ALEXANDER, J. A. Corporate And Philanthropic Models Of Hospital Governance - A Taxonomic Evaluation. **Health Services Research**, v. 28, n. 3, p. 325–355, 1993.

WILDBERGER, M.; GILEÁ, J. Post-New Public Management, governance and external control: a necessary dialogue. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e1000986647, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6647>. Acesso em: 28 jan. 2023.

YANG, C.-W.; YAN, Y.-H.; FANG, S.-C.; INAMDAR, S. N.; LIN, H.-C. The association of hospital governance with innovation in Taiwan. **International Journal Of Health Planning And Management**, v. 33, n. 1, p. 246–254, 2018.

YANG, K.; QI, H. The Public Health Governance of the COVID-19 Pandemic: A Bibliometric Analysis. **Healthcare**, v. 10, n. 2, 2022.

ZHANG, J.; ZHANG, R. COVID-19 in China: Power, Transparency and Governance in Public Health Crisis. **Healthcare**, v. 8, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/8/3/288/htm>.

ZHUDI, Y.; YICHENG, Y.; GUANHAO, S. Between Global Governance and Local Governance: the Shanghai Model of Anti-Covid-19 Epidemic Measures. **European Review**, v. 29, n. 6, p. 781–793, 2021

ANEXO 1 – RELAÇÃO DOS ITENS DE VERIFICAÇÃO DO PNASS

1. Gestão organizacional

1.1. Gestão de contratos

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	1	Possui instrumento de contratualização formal com o SUS.		
I	2	O estabelecimento possui contratos vigentes com seus prestadores de serviços		
N	3	O estabelecimento cumpriu acima de 70% das metas estabelecidas no contrato com o SUS nos últimos dois anos.		
N	4	Existem instrumentos de acompanhamento dos contratos com os prestadores de serviços terceirizados.		
R	5	O estabelecimento acompanha o instrumento de contratualização com o SUS por meio de indicadores qualitativos.		
R	6	O estabelecimento possui comissão interna de acompanhamento do instrumento de contratualização com o SUS.		

1.2. Planejamento e organização

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	7	Houve planejamento institucional em relação a objetivos, à missão e às diretrizes nos últimos quatro anos.		
I	8	Possui Programação Orçamentária para o ano do exercício atual.		
N	9	Possui estudos de custos implantados.		
N	10	Há revisão periódica do processo de planejamento institucional quanto as suas prioridades e metas, com monitoramento dos resultados.		
R	11	Há contratualização interna das equipes com metas e resultados.		
R	12	Trabalha com gestão a vista para os trabalhadores/ usuários.		

1.3. Gestão da informação

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	13	O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde está atualizado.		
I	14	Há prontuário único com registros sistemáticos e regulares dos atendimentos, das evoluções e das intercorrências no prontuário dos pacientes.		
N	15	O estabelecimento responsabiliza-se pela guarda e pelo acesso do prontuário do paciente.		
N	16	Existe Comissão de Revisão de prontuários formalmente instituída.		
R	17	O estabelecimento utiliza as informações e os indicadores de gestão e da assistência para adequar rotinas assistenciais e processos gerenciais.		
R	18	Divulga a informação e os indicadores de gestão e da assistência com o objetivo de coletivizá-los de forma transparente.		

1.4. Gestão de pessoas

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	19	A política de recursos humanos preconiza a Educação Permanente.		
I	20	Os trabalhadores possuem vínculos protegidos, cujo contrato de trabalho assegure seus direitos trabalhistas.		
N	21	Existe programa de atenção integral à saúde do trabalhador.		
N	22	O estabelecimento possui espaço formal e permanente de negociação que envolva trabalhadores e gestores.		
R	23	O estabelecimento conta com plano de cargo ou carreiras estruturado ou em estruturação, que estimule a fixação dos trabalhadores.		
R	24	Existe programa de incentivo financeiro ou premiação individual e/ou coletivo, atrelado ao atingimento de metas e resultados esperados, como parte de um processo de Avaliação de Desempenho.		

1.5. Modelo organizacional

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	25	O estabelecimento conta com direção e responsáveis técnicos ou coordenadores/gerentes com atribuições formalmente definidas.		
I	26	Conta com colegiados gestores, grupos estratégicos ou outras instâncias de gestão compartilhada, com participação dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários, com agenda de funcionamento regular.		
N	27	Os diretores administrativos e técnicos possuem formação/qualificação na gestão de serviço de saúde.		
N	28	O estabelecimento desenvolve periodicamente mecanismos de análise de resultados.		
R	29	Há conselhos gestores de unidade ou outros fóruns de controle social vinculados ao estabelecimento de saúde.		
R	30	Conta com ouvidoria ou outros tipos de serviços de escuta voltados para usuários.		

2. Apoio técnico e logístico para a produção de cuidado

2.1. Gerenciamento de risco e segurança do paciente

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	31	Há programa de controle de infecção que realiza análise sistemática do seu perfil epidemiológico e disponibiliza os indicadores de infecção relacionados à assistência para o corpo clínico e a direção.		
I	32	Conta com Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de maneira geral, e por serviços específicos.		
N	33	Trabalha com mecanismos de notificação e apuração de eventos adversos (hemovigilância, farmacovigilância, tecnovigilância e os relacionados à assistência).		
N	34	Possui núcleo de segurança do paciente constituído.		
R	35	Desenvolve ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente.		
R	36	Faz acompanhamento sistemático de medicamentos utilizados no estabelecimento considerados potencialmente perigosos de acordo com a lista do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP).		

2.2. Gestão da infraestrutura e ambiência

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	37	Possui condições físicas, de fluxo e de limpeza adequadas.		
I	38	Garante a continuidade da assistência em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica.		
N	39	Realiza manutenção predial corretiva e preventiva.		
N	40	Garante ambiente acolhedor, incluindo sinalização, climatização e iluminação, entre outros.		
R	41	Garante acessibilidade a usuários e trabalhadores.		
R	42	Existe programa de segurança que atenda as normas de prevenção, combate e segurança contra incêndios.		

2.3. Gestão de equipamentos e materiais

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	43	Os equipamentos necessários estão em condições de uso para o exercício de suas atividades.		
I	44	Disponibiliza materiais e insumos adequados e em quantidade suficiente para exercício de suas atividades.		
N	45	Realiza manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos com garantia de reposição de peças.		
N	46	Possui sistema/mecanismos de controle de estoque, reposição, padronização e qualidade dos materiais e insumos disponibilizados.		
R	47	Materiais, insumos e equipamentos são armazenados/ acondicionados de forma adequada		
R	48	Tem Comissão de Padronização de Materiais que avalia sistematicamente a inclusão/exclusão de itens, na instituição.		

2.4. Alimentação e nutrição (Serviço/Unidade)

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	49	A instituição possui um sistema de avaliação de fornecedores.		
I	50	Realiza avaliação de qualidade dos alimentos disponibilizados a pacientes, acompanhantes e funcionários.		
N	51	Possui mecanismos de avaliação da manipulação do alimento em todas as etapas de produção e distribuição das refeições.		
N	52	Quando necessário, os pacientes admitidos são avaliados por nutricionistas para receber a dieta prescrita.		
R	53	Os pacientes desnutridos ou em risco nutricional são avaliados.		
R	54	Os pacientes desnutridos ou em risco nutricional recebem orientação nutricional de alta.		

2.5. Assistência farmacêutica

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	55	O estabelecimento dispõe de uma relação de medicamentos padronizados.		
I	56	O estabelecimento realiza controle de estoque.		
N	57	Há procedimentos gerenciais para definição de necessidades e aquisições, incluindo metodologia de aquisição de medicamentos não padronizados.		
N	58	Os medicamentos sujeitos a controle especial possuem controle de dispensação.		
R	59	Os medicamentos são distribuídos por dosagem unitária/individual.		
R	60	A equipe de saúde do estabelecimento tem acesso a alguma fonte de informação sobre os medicamentos.		

2.6. Processamento de roupas e materiais

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	61	O estabelecimento possui um sistema de avaliação de fornecedores de produtos para higiene de roupas, no caso de serviços próprios, ou fornecedores de roupas e materiais, no caso de terceirizados.		
I	62	Os fluxos de processamento de roupas e materiais da instituição são aprovados pela CCIH ou setor da qualidade/avaliação de protocolos.		
N	63	Os materiais possuem mecanismo de rastreabilidade e controle definidos.		
N	64	A instituição realiza monitoramento e controle de estoque de roupas e materiais.		
R	65	Os profissionais recebem orientação do fluxo de processamento de roupas e materiais.		
R	66	Possui metodologia definida para utilização racional de roupas e materiais cirúrgicos.		

2.7. Serviços de apoio técnico e administrativo à atividade finalista do estabelecimento

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	67	Garante acesso com fluxos estabelecidos de atendimento a serviços de apoio diagnóstico.		
I	68	Garante os serviços de apoio ao processo assistencial como higienização, segurança patrimonial e recepção de forma regular e sistemática.		
N	69	Possui acompanhamento de indicadores de qualidade dos serviços de apoio disponibilizados.		
N	70	Há protocolos e normativas acerca da utilização dos serviços de apoio, bem como rotinas atualizadas dos serviços disponibilizados.		
R	71	Possui documentação que comprove a necessidade dos serviços de apoio.		
R	72	Há integração dos serviços de apoio com os serviços/ unidades, em relação às atividades finalísticas.		

3. Gestão da atenção à saúde e do cuidado

3.1. Integração nas Redes Atenção à Saúde (RAS)

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	73	O estabelecimento atua sob regulação do gestor do SUS no limite do complexo regulador.		
I	74	Há observância pelo estabelecimento do que está pactuado no contrato com o gestor do SUS para a área de abrangência.		
N	75	Há sistema/mecanismo de contrarreferência efetivo garantido mediante alta responsável e articulação com a equipe que dará continuidade ao cuidado.		
N	76	O estabelecimento possui mecanismo definido ou estrutura interna de regulação de acesso aos seus serviços.		
R	77	Desenvolve alguma atividade de educação permanente para os trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde (RAS).		
R	78	Organiza o seu processo de trabalho visando a sua inserção como componente/ponto de atenção na RAS conforme a pactuação.		

3.2. Protocolos administrativos e clínicos

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	79	O estabelecimento possui protocolos e rotinas administrativas formalmente instituídas e acessíveis		
I	80	O estabelecimento possui protocolos/diretrizes clínicos formalmente instituídos e acessíveis		
N	81	Possui estratégia de educação permanente e/ou relacionadas com a implantação dos protocolos administrativos e clínicos.		
N	82	Os protocolos, as rotinas e os procedimentos operacionais usados são validados e atualizados sistematicamente.		
R	83	Instituiu protocolos clínicos compatibilizados com a RAS de acordo com o modelo de atenção preconizado nela.		
R	84	Os protocolos e as rotinas são definidos com a participação dos trabalhadores obedecendo a especificidades técnicas e administrativas deles.		

3.3. Gestão do cuidado

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	85	Possui mecanismos de gestão da clínica instituídos.		
I	86	Há acolhimento e estratégias de atendimento às necessidades dos usuários, seguindo critérios de avaliação de risco/vulnerabilidade.		
N	87	Conta com equipes estruturadas na lógica de equipes multiprofissionais de referência atuando conforme as diretrizes da clínica ampliada.		
N	88	Possui plano terapêutico individualizado ou singular para o paciente de acordo com a condição patológica.		
R	89	Possui dimensionamento de trabalho dos profissionais com garantia de horizontalidade em escala.		
R	90	Possui mecanismos de vínculo e responsabilização com o cuidado aos usuários por meio de metodologias específicas.		

3.4. Acesso à estrutura assistencial

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
	91	A recepção e o setor de internação são os mesmos para pacientes do SUS e convênios/particulares.		
	92	O horário de visita é similar em todas as unidades assistenciais, diferenciando apenas as unidades fechadas.		
	93	A relação funcionário/leito obedece a critérios técnicos respeitando o perfil da unidade assistencial.		
	94	O estabelecimento possui protocolo/normativa técnica para priorização/definição na ocupação dos leitos.		
	95	As acomodações obedecem a critérios mínimos contidos na legislação vigente, sem diferenciar a estrutura, conforme o tipo de convênio.		
	96	O estabelecimento possui kit de roupas padronizado em todas as unidades assistenciais.		

4. Serviços/unidades específicas

4.1. Atenção imediata – urgência e emergência

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	97	A unidade possui infraestrutura, equipamentos em condições de uso, insumos e medicamentos destinados ao atendimento imediato.		
I	98	A unidade conta com acesso a serviços de apoio diagnóstico, minimamente análises clínicas, radiologia simples e eletrocardiógrafo.		
N	99	A equipe utiliza protocolos de urgência e emergência na sua prática diária.		
N	100	Existe equipe técnica de atuação exclusiva na unidade e em tempo integral, minimamente médico, enfermeiro e técnicos de Enfermagem.		
R	101	Existe articulação com a Atenção Básica de Saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde no seu território de atuação.		
R	102	Existe iniciativa de gestão clínica na unidade de emergência.		

4.2. Atenção em regime ambulatorial especializado

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	103	O ambulatório possui local destinado ao atendimento imediato com equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigênio.		
I	104	A atenção ambulatorial é complementar e integrada à atenção básica.		
N	105	A unidade gerencia a lista de espera ambulatorial e de cirurgias em conjunto com o gestor público responsável pelo agendamento.		
N	106	Os pacientes têm assegurado o acesso aos serviços de diagnóstico e terapia para elucidação do diagnóstico e intervenção necessária.		
R	107	Os pacientes atendidos neste serviço têm assegurado atendimento de retorno, caso seja necessário.		
R	108	O estabelecimento contrarreferencia os pacientes às unidades que solicitaram o atendimento após definirem a conduta terapêutica deles.		

4.3. Atenção em regime de internação

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	109	A unidade de internação possui médico disponível no estabelecimento em tempo integral para atendimento imediato.		
I	110	A unidade de internação possui equipamentos e disponibilidade de oxigênio destinado ao atendimento imediato.		
N	111	O dimensionamento da equipe e o planejamento das ações de assistência são baseados nas necessidades individuais do paciente.		
N	112	A unidade adota métodos que garantam a continuidade da conduta diagnóstica e terapêutica, como prontuário único e alta responsável, entre outros.		
R	113	Os manuais de normas, rotinas e procedimentos estão atualizados e disponíveis e são de conhecimento dos trabalhadores.		
R	114	A unidade orienta os pacientes e familiares quanto aos autocuidados.		

4.4. Atenção em regime de terapia intensiva

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	115	A unidade dispõe de um responsável técnico habilitado em terapia intensiva e de médico, enfermeiro e técnicos de Enfermagem exclusivos em período integral.		
I	116	A unidade possui, para uso exclusivo, carro de reanimação cardiorrespiratória (CRCR) ou o equivalente em equipamentos e medicamentos, além da monitorização cardiovascular e suporte ventilatório em todos os leitos.		
N	117	A unidade possui manuais e/ou protocolos clínicos atualizados e disponíveis, com equipe capacitada para o uso deles e sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos da assistência realizada na UTI.		
N	118	A unidade de terapia intensiva está instalada em local exclusivo e de acesso restrito, garantindo privacidade ao paciente e ambiente adequado para o desenvolvimento das ações dos profissionais.		
R	119	A unidade conta com apoio de equipe multiprofissional.		
R	120	A unidade realiza avaliações periódicas da sua efetividade, dispondo de sistema de informação e indicadores que permitem a avaliação do setor e comparações com referenciais adequados para realizar o gerenciamento da qualidade de suas ações.		

4.5. Atenção cirúrgica e anestésica

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	121	A unidade dispõe de roupas, equipamentos e materiais para a realização das cirurgias eletivas e mantém uma margem de segurança em estoque para casos de urgência.		
I	122	A unidade dispõe de enfermeiro exclusivo durante o período de realização de cirurgias.		
N	123	A unidade realiza gerenciamento das salas cirúrgicas, monitorando indicadores específicos como percentual de atraso e/ou suspensão de cirurgias, tempo de desinfecção das salas, entre outros.		
N	124	A unidade possui protocolos atualizados e disponíveis, inclusive de segurança do paciente (Cirurgia Segura).		
R	125	A unidade garante a atenção por anestesta habilitado, incluindo o atendimento pré-anestésico e na recuperação pós-anestésica (RPA), controle da dor e complicações.		
R	126	A unidade tem implantado o plano de gerenciamento da qualidade do ar interior climatizado.		

4.6. Atenção materna e infantil

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	127	O serviço garante acesso a hemocomponentes nas 24 horas do dia e nos sete dias da semana.		
I	128	O serviço garante os insumos essenciais para a atenção obstétrica: (i) ocitocina; (ii) misoprostol; (iii) sulfato de magnésio; (iv) hidrazina ou nifedipina.		
N	129	O serviço garante acesso ao exame de ultrassonografia de urgência 24 horas/dia.		
N	130	O serviço assegura mecanismos de gestão interna dos leitos obstétricos e neonatais de forma a otimizar a rotatividade dos leitos.		
R	131	A maternidade tem contrato de gestão atualizado estabelecendo metas para os indicadores da Rede Cegonha.		
R	132	O serviço garante equipe horizontal de cuidado (mínimo médico e enfermeiro) com carga horária mínima de 4 horas/dia.		

4.7. Atenção em Terapia Renal Substitutiva

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	133	O serviço dispõe de 1 médico e 1 enfermeiro para cada grupo de 35 pacientes em hemodiálise, e 1 técnico de Enfermagem para 4 pacientes por sessão de hemodiálise, presentes durante todo o período do funcionamento do serviço.		
I	134	O serviço controla periodicamente a qualidade da água utilizada na diálise com análise microbiológica de físico-química.		
N	135	O serviço garante a confecção da fístula arteriovenosa para o acesso à hemodiálise.		
N	136	O serviço garante a realização periódica, em seus pacientes, dos exames de diagnose.		
R	137	O estabelecimento realiza acompanhamento multiprofissional do paciente renal crônico em estágios 4 e 5 dialíticos.		
R	138	Os pacientes são orientados por equipe multiprofissional quanto à sua doença aos autocuidados, ao tratamento e ao prognóstico, bem como a poderem optar pela modalidade de diálise que desejem realizar.		

4.8. Atenção em Hemoterapia

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	139	A unidade de hemoterapia é gerenciada por médico hemoterapeuta, hematologista.		
I	140	Os hemoderivados e hemocomponentes são estocados a temperatura recomendada.		
N	141	Existem ações de educação continuada para os profissionais que atuam em hemoterapia, hemocomponentes e hemoderivados.		
N	142	O serviço realiza ações de hemovigilância.		
R	143	Existe comitê transfusional.		
R	144	O estabelecimento utiliza a Garantia da Qualidade como ferramenta de gerenciamento.		

4.9. Atenção em serviços de reabilitação

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	145	Os profissionais fazem uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para avaliação das perdas funcionais, formas de tratamento e prognósticos, na construção do projeto terapêutico, autocuidados e centrado na produção de autonomia.		
I	146	Os usuários atendidos nestes serviços têm atenção integral às suas necessidades de saúde, por meio da articulação de outros pontos de atenção da Rede SUS (Atenção Básica; Especializada; Hospitalar e de Urgência e Emergência), assegurado o agendamento de retornos/acompanhamentos e terapias especializadas.		
N	147	O serviço possui transporte sanitário, com veículos adaptados para garantir o acesso das pessoas com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.		
N	148	O serviço oferece atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas com deficiência e seus familiares e/ou cuidadores.		
R	149	O serviço promove ações de educação em saúde para usuários, familiares e cuidadores.		
R	150	O serviço possui serviço de apoio ou referência regulada para concessão de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e outras tecnologias assistivas, necessárias ao processo de reabilitação/habilitação.		

5. Assistência oncológica

5.1. Obrigações dos estabelecimentos e responsabilidades

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	151	O serviço habilitado oferta serviço de Pronto Atendimento que funcione nas 24 horas para os casos de urgência oncológica dos doentes matriculados no hospital.		
I	152	O serviço habilitado realiza o planejamento global do tratamento oncológico, bem como os atendimentos, as evoluções e as intercorrências do paciente, e registra em um único prontuário todas as informações sobre os procedimentos de tratamento em Oncologia.		
N	153	O serviço habilitado disponibiliza o exame de biópsia por congelamento durante o ato cirúrgico.		
N	154	O serviço habilitado presta cuidados paliativos aos usuários e disponibiliza medicamentos para o controle da dor.		
R	155	O serviço habilitado mantém atualizado regularmente o sistema de informação vigente, Registro Hospital de Câncer (RHC).		
R	156	O serviço habilitado mantém atualizado regularmente os sistemas de informação vigente, Sistema de Informação do Câncer (Siscan).		

5.2. Atenção Radioterápica

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	157	Todos os procedimentos de radioterapia registrados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) são realizados nos equipamentos instalados no próprio estabelecimento.		
I	158	O médico e o físico permanecem no serviço durante todo o período de utilização dos equipamentos e fontes radiativas.		
N	159	O serviço habilitado comprova que os profissionais médicos possuem qualificação e titulação devida para a função e o cargo pelos quais são responsáveis.		
N	160	Os protocolos, manuais de normas, rotinas e procedimentos estão atualizados e disponíveis.		
R	161	O serviço atende aos requisitos necessários para a segurança e a proteção radiológica.		
R	162	Os pacientes são orientados quanto aos riscos do tratamento e de sua descontinuidade.		

5.3. Atenção em Oncologia Clínica

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	163	O serviço habilitado conta com uma central de quimioterapia na estrutura organizacional do hospital.		
I	164	O serviço habilitado garante a permanência de, pelo menos, um médico clínico durante todo o período de aplicação da quimioterapia.		
N	165	O serviço habilitado comprova que os profissionais médicos possuem qualificação e titulação devida para a função e o cargo pelos quais são responsáveis.		
N	166	Na rotulagem dos medicamentos antineoplásicos manipulados constam: nome do paciente, composição qualitativa e quantitativa dos componentes, volume total, data e hora da preparação, prazo de validade, identificação do responsável pela preparação, com o devido registro no conselho profissional.		
R	167	Os protocolos apresentam orientação de que a terapia deve ser prescrita por médico especialista (oncologista clínico, oncologista clínico pediátrico ou hematologista).		
R	168	O serviço possui protocolos para minimizar eventos adversos e erros em todas as etapas do processo relacionado à quimioterapia.		

5.4. Atenção Hematológica

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	169	O serviço habilitado conta com uma central de quimioterapia em sua estrutura física.		
I	170	O serviço habilitado possui quarto(s) com leito de isolamento para adultos.		
N	171	O serviço habilitado possui quarto(s) com leito de isolamento para atender crianças e adolescentes, se habilitado em Pediatria.		
N	172	O serviço habilitado possui sala equipada com microscópio óptico para análise de lâminas de sangue periférico, de medula óssea e/ou amostras, como imprints e líquidos orgânicos.		
R	173	O serviço habilitado disponibiliza atendimento em serviço de Hemoterapia com aférese e transfusão de plaquetas.		
R	174	O serviço habilitado comprova que os profissionais e responsáveis técnicos possuem qualificação e titulação em hematologia para a função e o cargo pelos quais são responsáveis.		

5.5. Atenção Oncológica Pediátrica

		ITENS DE VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
I	175	O serviço habilitado conta com uma central de quimioterapia em sua estrutura física.		
I	176	O serviço habilitado possui sala de aplicação de quimioterapia exclusiva para crianças e adolescentes.		
N	177	O serviço habilitado possui quarto(s) com leito de isolamento para crianças e adolescentes.		
N	178	O serviço habilitado comprova que os profissionais e responsáveis técnicos possuem qualificação e titulação em Cancerologia Pediátrica, para o atendimento de crianças e adolescentes.		
R	179	O serviço habilitado possui quarto(s) de enfermarias para crianças e adolescentes.		
R	180	Os protocolos, manuais de normas, rotinas e procedimentos estão atualizados e disponíveis.		

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO PNASS DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

Perfil do usuário entrevistado

Idade _____

() Não sabe/Não respondeu

Sexo

() Masculino

() Feminino

() Não sabe/ Não respondeu

Estado Civil

() Casado(a)

() Solteiro(a)

() Viúvo(a)

() Divorciado(a)

() Separado(a)

() União Estável

() Não sabe/Não respondeu

Raça/cor?

() Branco(a)

() Preto(a)

() Amarelo(a)

() Pardo(a)

() Indígena

() Não sabe/Não respondeu

Escolaridade

() Não sabe ler/escrever

() Alfabetizado

() Nível Fundamental

Incompleto

☐ () Nível Fundamental

Completo

☐ () Nível Médio Incompleto

☐ () Nível Médio Completo

☐ () Superior Incompleto

☐ () Superior Completo

☐ () Especialização/Residência

☐ () Mestrado

☐ () Doutorado

☐ () Pós-doutorado

☐ () Nível Médio Completo – Normal magistério

☐ () Nível Médio Completo – Normal magistério indígena

☐ () Não sabe/Não respondeu

Renda familiar

☐ () Não tem renda

☐ () Menos de 1 Salário Mínimo

☐ () Entre 1 e 2 Salários Mínimos

☐ () Mais de 2 e até 5 Salários Mínimos

☐ () Mais de 5 e até 10 Salários Mínimos

☐ () Mais de 10 Salários Mínimos

☐ () Não sabe/Não respondeu

Pergunta 1– (E/A/I/C):

Para ser atendido neste estabelecimento de saúde, o(a) senhor(a):

☐ () Preciso agendar/ marcar o procedimento (já chegou com data e hora marcada para realizar o procedimento).

☐ () Foi atendimento de emergência (procurou o estabelecimento de saúde por livre procura, não precisou agendar/marcar o procedimento).

☐ () Não sabe/não respondeu.

Pergunta 2– (A/I/C):

Quanto tempo o(a) senhor(a) esperou para marcar este procedimento?

- ☐ até 15 dias
- ☐ de 16 a 30 dias
- ☐ de 31 a 60 dias
- ☐ de 61 a 90 dias
- ☐ de 3 meses a 6 meses
- ☐ de 6 meses a 1 ano
- ☐ mais de 1 ano
- ☐ Não sabe/Não respondeu

Pergunta 2B – (A/I/C):

O(a) senhor(a) considera que esse tempo de espera para marcar o procedimento foi:

- ☐ Muito Bom
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim
- ☐ Não sabe/Não respondeu

Pergunta 3 – (E/A/I/C):

No dia do procedimento, quanto tempo o(a) senhor(a) levou para ser atendido dentro do serviço?

- ☐ Até 30 minutos
- ☐ Até 1 hora
- ☐ Até 2 horas
- ☐ Até 4 horas
- ☐ Até 12 horas
- ☐ Mais de 12 horas
- ☐ Não sabe/não respondeu

Pergunta 3B – (E/A/I/C):

O(a) senhor(a) considera que esse tempo de espera para ser atendido foi:

- ☐ Muito Bom
- ☐ Bom

- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim
- ☐ Não sabe/Não respondeu

Pergunta 4 – (E/A/I/C):

No geral, como o(a) senhor(a) julga a limpeza dos ambientes?

- ☐ Muito Bom
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim
- ☐ Não sabe/Não respondeu

Pergunta 5 – (E/A/I/C):

Como o(a) senhor(a) avalia a sinalização do estabelecimento para encontrar o local onde precisa ir?

- ☐ Muito Boa
- ☐ Boa
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim
- ☐ Não sabe/Não respondeu

Pergunta 6 – (E/A/I/C):

Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento da recepção?

- ☐ Muito Bom
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim
- ☐ Não sabe/Não respondeu

Pergunta 7 – (E/A/I/C):

Como o(a) senhor(a) avalia o atendimento da equipe de saúde?

- ☐) Muito Bom
- ☐) Bom
- ☐) Regular
- ☐) Ruim
- ☐) Muito ruim
- ☐) Não sabe/Não respondeu

Pergunta 8 – (E/A/I/C):

O(a) senhor(a) sentiu segurança/confiança na equipe de saúde durante o atendimento?

- ☐) Sim
- ☐) Não
- ☐) Não sabe/Não respondeu

Pergunta 9 - (E/A/I/C):

Como o(a) senhor(a) avalia as informações e esclarecimentos que você teve sobre o seu estado de saúde no estabelecimento?

- ☐) Muito Bom
- ☐) Bom
- ☐) Regular
- ☐) Ruim
- ☐) Muito ruim
- ☐) Não sabe/Não respondeu

Pergunta 10 – (E/A/I/C):

De uma maneira geral, como o(a) senhor(a) avalia este estabelecimento de saúde?

- ☐) Muito Bom
- ☐) Bom
- ☐) Regular
- ☐) Ruim
- ☐) Muito ruim
- ☐) Não sabe/Não respondeu

Pergunta 11 – (E/A/I/C):

O(a) senhor(a) sabe onde reclamar quando não é bem atendido?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe/Não respondeu

Pergunta 12 – (E/A/I/C):

O(a) senhor(a) pagou por algum valor durante este atendimento?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe/Não respondeu

Pergunta 12B – (E/A/I/C):

O quê pagou? _____

Pergunta 13 – (E/A/I/C):

O(a) senhor(a) sabe o nome do profissional de saúde que lhe atendeu?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe/Não respondeu

Pergunta 14 – (E/I/C):

O(a) senhor(a) fi cou internado neste estabelecimento de saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe/Não respondeu

Questões exclusivas em caso de internação

Pergunta 15 – (E/I/C):

Quantos dias o(a) senhor(a) ficou internado neste estabelecimento de saúde?

- ☐ de 1 a 3 dias
- ☐ de 4 a 10 dias
- ☐ mais de 10 dias

☐ Não sabe/Não respondeu

Pergunta 16 – (E/I/C):

Como o(a) senhor(a) avalia a limpeza das roupas fornecidas pelo estabelecimento de saúde?

☐ Muito Bom

☐ Bom

☐ Regular

☐ Ruim

☐ Muito ruim

☐ Não sabe/Não respondeu

Pergunta 17 – (I/C):

Como o(a) senhor(a) avalia a alimentação fornecida pelo estabelecimento de saúde?

☐ Muito Bom

☐ Bom

☐ Regular

☐ Ruim

☐ Muito ruim

☐ Não sabe/Não respondeu

☐ Não foi fornecida alimentação

Pergunta 18 – (I/C):

Como o(a) senhor(a) avalia o tempo de permanência da visita permitido pelo estabelecimento de saúde?

☐ Muito Bom

☐ Bom

☐ Regular

☐ Ruim

☐ Muito ruim

☐ Não sabe/Não respondeu

Pergunta 19 – (I/C):

O(a) senhor(a) teve acompanhante durante a internação?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe/Não respondeu

Pergunta 20 – (I/C):

Qual foi o motivo de não ter acompanhante?

- ☐ Por opção
- ☐ Não foi permitido pelo estabelecimento de saúde
- ☐ Não foi informado do direito ao acompanhante
- ☐ Não tinha ninguém para acompanhar
- ☐ Não sabe/Não respondeu

Pergunta 21 – (I/C):

O acompanhante foi de sua livre escolha?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe/Não respondeu

Pergunta 22 – (I/C):

O estabelecimento de saúde forneceu alimentação ao acompanhante?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe/Não respondeu

Pergunta 23 – (I/C):

De um modo geral, como o(a) senhor(a) avalia as acomodações para o acompanhante (cadeira reclinável, banheiro etc.):

- ☐ Muito Boa
- ☐ Boa
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim
- ☐ Não sabe/Não respondeu

ANEXO 3 – INDICADORES PNASS DA ATENÇÃO AMBULATORIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (SIA)

1. Proporção das altas a pedido, por evasão e por outros motivos em relação ao total de altas dos pacientes em hemodiálise (sem padronização ou ajuste).
2. Proporção das transferências para outros estabelecimentos em relação ao total de altas e transferência dos pacientes em hemodiálise (sem padronização ou ajuste).
3. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para hemodiálise, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.
4. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de CA de mama – estágio I, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
5. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de CA de mama – estágio II, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
6. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de CA de mama – estágio III, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
7. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de CA de mama – estágio avançado, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
8. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de colo uterino, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
9. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de colo uterino avançado, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
10. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma do endométrio avançado, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
11. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de CA células germinativas do ovário, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.
12. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de CA epitelial de ovário ou tuba uterina, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.

13. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de CA epitelial de ovário ou tuba uterina avançado, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.

14. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de próstata avançado, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.

15. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de pulmão, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.

16. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de pulmão avançado, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.

17. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de esôfago e estômago, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.

18. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de esôfago e estômago avançado, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.

19. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de cólon e reto, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.

20. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de adenocarcinoma de cólon e reto avançado, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.

21. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de doença de Hodgkin, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.

22. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de linfomas não Hodgkin de baixo grau, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.

23. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de linfomas não Hodgkin – grau intermediário ou alto, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.

24. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de leucemias agudas, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.

25. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de leucemias crônicas, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.

26. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de neoplasia de células plasmáticas, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.

27. Proporção de óbitos de pacientes em tratamento para quimioterapia de câncer na infância e adolescência, padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.

28. Proporção de diagnósticos não informados ou indefinidos em relação ao total de diagnósticos na Atenção Ambulatorial de Média Complexidade (sem padronização ou ajuste).

29. Proporção de diagnósticos não informados ou indefinidos em relação ao total de diagnósticos na Atenção Ambulatorial de Alta complexidade (sem padronização ou ajuste).

ANEXO 4 - INDICADORES PNASS DA ATENÇÃO HOSPITALAR (SIH)

1. Proporção de óbitos de pacientes internados por doenças infecciosas intestinais, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
2. Proporção de óbitos de pacientes internados por outras doenças bacterianas, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
3. Proporção de óbitos de pacientes internados por dengue, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
4. Proporção de óbitos de pacientes internados por dengue hemorrágica, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
5. Proporção de óbitos de pacientes internados por diabetes mellitus, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
6. Proporção de óbitos de pacientes internados por insuficiência cardíaca, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
7. Proporção de óbitos de pacientes internados por AVC, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
8. Proporção de óbitos de pacientes internados por IAM e outras isquemias agudas do coração, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
9. Proporção de óbitos de pacientes internados por hipertensão essencial, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
10. Proporção de óbitos de pacientes internados por arritmias cardíacas, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
11. Proporção de óbitos de pacientes internados por AVC hemorrágico, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
12. Proporção de óbitos de pacientes internados por pneumonias bacterianas, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
13. Proporção de óbitos de pacientes internados por gripe e pneumonias virais, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.
14. Proporção de óbitos de pacientes internados por doenças glomerulares e túbulointersticiais, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.

15. Proporção de óbitos de pacientes internados por insuficiência renal, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.

16. Proporção de óbitos de recém-nascidos por transtornos do período perinatal, padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.

17. Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, com uso das unidades de terapia intensiva (UTI), padronizado por faixa etária, sexo e ajuste pelo Bayes empírico.

18. Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, sem uso das unidades de terapia intensiva (UTI), padronizado por faixa etária, sexo, uso de UTI e ajuste pelo Bayes empírico.

19. Proporção de partos normais nas gestações sem risco, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.

20. Proporção de partos normais nas gestações de risco, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.

21. Proporção de óbitos nas complicações dos partos, nas cirurgias obstétricas e nos tratamentos durante a gestação, parto e puerpério, padronizado por faixa etária e ajuste pelo Bayes empírico.

22. Proporção de internações clínicas por sintomas e sinais maldefinidos: Cap. XVIII, CID-10.

23. Proporção de internações cirúrgicas por sintomas e sinais maldefinidos: Cap. XVIII, CID-10.

24. Proporção de internações para diagnósticos e/ou atendimentos de urgência por sintomas e sinais maldefinidos: Cap. XVIII, CID-10.

ANEXO 5 – PORTFÓLIO BIBLIOGRÁFICO

Autor	Título	Ano	Periódico	Tipo	DOI/ URL	Citações Scholar	JCI 2021	InOdina tio
Nooteboom, B.	Trust, opportunism and governance: A process and control model	1996	Organization studies	article	DOI	1132	1,31	973,31
Kurtz, M.J. and Schrank, A.	Growth and governance: Models, measures, and mechanisms	2007	Journal of politics	article	DOI	821	1,75	772,75
Bovaird, T. and Loffler, E.	Evaluating the quality of public governance: indicators, models and methodologies	2003	International review of administrativ e sciences	article	DOI	598	0,97	508,97
Considine, M. and Lewis, J.M.	Bureaucracy, network, or enterprise? Comparing models of governance in Australia, Britain, The Netherlands, and New Zealand	2003	Public administratio n review	article	DOI	524	2,59	436,59

Eldenburg, L., Hermalin, B.E., Weisbach, M.S. and Wosinska, M.	Governance, performance objectives and organizational form: evidence from hospitals	2004	Journal of corporate finance	article	DOI	224	1,83	145,83
Oomkens, R., Hoogenboom, M. and Knijn, T.	Continuity and Change: Comparative Case Study of Hospital and Home Care Governance in The Netherlands	2015	Administration & society	article	DOI	114	1,08	145,08
Ensslin, L., Ensslin, S.R., Dutra, A., Nunes, N.A. and Reis, C.	BPM governance: a literature analysis of performance evaluation	2017	Business process management journal	article	DOI	73	0,82	123,82
Gazley, B. and Nicholson-Crotty, J.	What Drives Good Governance? A Structural Equation Model of Nonprofit Board Performance	2018	Nonprofit and voluntary sector quarterly	article	DOI	45	1,35	106,35
McMullin, C.	Challenging the necessity of New Public Governance: Co-production by third sector organizations under different models of public management	2021	Public administration	article	DOI	14	1,54	105,54

Chen, H., Hou, C., Zhang, L. and Li, S.	Comparative study on the strands of research on the governance model of international occupational safety and health issues	2020	Safety science	article	DOI	24	1,17	105,17
Abdou, A.M.	Good governance and COVID-19: The digital bureaucracy to response the pandemic (Singapore as a model)	2021	Journal of public affairs	article	DOI	13	0,65	103,65
Cardoni, A., Kiseleva, E. and Lombardi, R.	A sustainable governance model to prevent corporate corruption: Integrating anticorruption practices, corporate strategy and business processes	2020	Business strategy and the environment	article	DOI	20	2,23	102,23
Aristovnik, A., Murko, E. and Ravselj, D.	From Neo- Weberian to Hybrid Governance Models in Public Administration: Differences between State and Local Self- Government	2022	Administrativ e sciences	article	DOI	1	0,61	101,61
Yang, K. and Qi, H.	The Public Health Governance of the COVID-19 Pandemic: A Bibliometric Analysis	2022	Healthcare	article	DOI	0	0,92	100,92

Robert, E., Zongo, S., Rajan, D. and Ridde, V.	Contributing to collaborative health governance in Africa: a realist evaluation of the Universal Health Coverage Partnership	2022	Bmc health services research	article	DOI	0	0,84	100,84
Singh, S. and Kumar, Y.	Civil society-mediated governance: Making social security programs work through public hearings in India	2022	Journal of public affairs	article	DOI		0,65	100,65
Veloso, C.F., Bazanini, R., Machado Junior, C. and Adra, R.D.	Hospital service networks: governance as a practice of control and regulation of bureaucratic processes	2022	Revista gestao organizacional	article	DOI		0,02	100,02
Zhang, J. and Zhang, R.	COVID-19 in China: Power, Transparency and Governance in Public Health Crisis	2020	Healthcare	article	DOI	19	0,92	99,92
Brown, A.	Communication and leadership in healthcare quality governance Findings from comparative case studies of eight public hospitals in Australia	2020	Journal of health organization and management	article	DOI	17	0,55	97,55

Rajan, D., Mathurapote , N., Putthasri, W., Posayanond a, T., Pinprateep, P., de Courcelles, S., Bichon, R., Ros, E., Delobre, A. and Schmets, G.	Institutionalising participatory health governance: lessons from nine years of the National Health Assembly model in Thailand	2019	Bmj global health	article	DOI	24	1,57	95,57
Uddin, S., Mori, Y. and Shahadat, K.	Private management and governance styles in a Japanese public hospital: A story of west meets east	2020	Social science & medicine	article	DOI	12	1,52	93,52
Carson, S.J. and Ghosh, M.	An Integrated Power and Efficiency Model of Contractual Channel Governance: Theory and Empirical Evidence	2019	Journal of marketing	article	DOI	21	2,43	93,43
Cardinaels, E. and Soderstrom, N.	Managing in a Complex World: Accounting and Governance Choices in Hospitals	2013	European accounting review	article	DOI	82	0,99	92,99

Dobrzykowski, D.D. and McFadden, K.L.	Examining Governance in Hospital Operations: The Effects of Trust and Physician Employment in Achieving Efficiency and Patient Satisfaction	2020	Decision sciences	article	DOI	12	0,8	92,8
Mancilla-Rendon, E., Lozano, C. and Torres-Esteve, E.	Fuzzy Governance Model	2021	Mathematics	article	DOI		2,14	92,14
Yang, Y. and Su, Y.	Public Voice via Social Media: Role in Cooperative Governance during Public Health Emergency	2020	International journal of environmental research and public health	article	DOI	11	0,93	91,93
Ayalew, Y.	Leadership, Management and Governance (LMG) Practices in Ethiopian Public Hospitals: 2018-and 2019	2021	Ethiopian journal of health development	article		1	0,13	91,13
Martynyshyn, Y., Kukin, I., Khlystun, O., Zrybnieva, I. and Pidlisnyi, Y.	Analysis of the Features of Corporate Governance by the State: Similarity and Difference of Models	2021	International journal of computer science and network security	article	DOI	1	0,09	91,09
Barbazza, E., Langins, M., Kluge, H. and Tello, J.	Health workforce governance: Processes, tools and actors towards a competent workforce for integrated health services delivery	2015	Health policy	article	DOI	60	1,01	91,01

Duran, A., Chanturidze, T., Gheorghe, A. and Moreno, A.	Assessment of Public Hospital Governance in Romania: Lessons From 10 Case Studies	2019	International journal of health policy and management	article	DOI	20	0,99	90,99
Fayed, A.M.S., Elshoura, S.M.Y. and Mosallam, R.A.	Governance structures and practices in for-profit and not-for profit hospitals in Egypt	2021	International journal of health planning and management	article	DOI		0,6	90,6
Morrissey, M.B.Q. and Ellis, B.D.	The Introduction to Law, Medicine, and Bioethics: Role of Interdisciplinary Leadership in Influencing Health and Public Health Policy and Democratic Systems of Governance	2021	Journal of theoretical and philosophical psychology	article	DOI		0,59	90,59
Zhudi, Y., Yicheng, Y. and Guanhao, S.	Between Global Governance and Local Governance: the Shanghai Model of Anti-Covid-19 Epidemic Measures	2021	European review	article	DOI		0,54	90,54
Pinto, R.R., Monteiro, M.H., Martins, M.M. and de Carvalho, E.R.	The quality of health governance in Portugal: an evaluation of the Troika's intervention period	2021	Ciencia & saude coletiva	article	DOI		0,46	90,46
Rusydi, A.R., Palutturi, S., Noor, N.B. and Pasinringi, S.A.	The comparison of good corporate governance on human resources performance in regional general hospital of Labuang Baji and Ibnu Sina	2020	Enfermeria clinica	article	DOI	10	0,34	90,34

	hospital Makassar, South Sulawesi							
Mohammed, K. and Ahmed, B.	Evaluation of governance framework of basic health insurance coverage in Morocco	2021	Pan african medical journal	article	DOI		0,2	90,2
Santos Coelho, S.P.	The neoliberal governance in Public Health: Analysis of Indicators Present in Outsourcing Contracts for Public Hospital Management	2021	Cadernos gestao publica e cidadania	article	DOI		0,07	90,07
Cardenas, I.C., Voordijk, H. and Dewulf, G.	Beyond theory: Towards a probabilistic causation model to support project governance in infrastructure projects	2017	International journal of project managemen t	article	DOI	38	1,94	89,94
Khraisat, O., Al-awamreh, K., Hamdan, M., AL- Bashtawy, M., Al khawaldeh, A., Alqudah, M., Qaddumi, J.A.S. and Haliq, S.	Shared governance: a children's hospital journey to clinical nursing excellence	2020	Journal of research in nursing	article	DOI	9	0,8	89,8
Avelino, G., Barberia, L.G. and Biderman, C.	Governance in managing public health resources in Brazilian municipalities	2014	Health policy and planning	article	DOI	68	1,08	89,08

Trape, T.L. and Campos, R.O.	The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment	2017	Revista de saude publica	article	DOI	38	0,66	88,66
Hunter, D. and Perkins, N.	Partnership working in public health: the implications for governance of a systems approach	2012	Journal of health services research & policy	article	DOI	87	0,73	87,73
Shon, C. and You, M.	Evaluation of Health Policy Governance in the Introduction of the New DRG-Based Hospital Payment System from Interviews with Policy Elites in South Korea	2020	International journal of environmental research and public health	article	DOI	5	0,93	85,93
Afriyie, S.O., Kong, Y., Lartey, P.Y., Kaodui, L., Bediako, I.A., Wu, W. and Kyerematen g, P.H.	Financial performance of hospitals: A critical obligation of corporate governance dimensions	2020	International journal of health planning and management	article	DOI	5	0,6	85,6
Wachhaus, T.A.	Anarchy as a Model for Network Governance	2012	Public administration review	article	DOI	83	2,59	85,59
Dzulkifli, A.M., Arifin, M.A. and Salmah, A.U.	Effect of the principles of good corporate governance on satisfaction of inpatients at Bahagia type c hospital, Makassar City	2020	Enfermeria clinica	article	DOI	5	0,34	85,34

Veronesi, G., Kirkpatrick, I. and Altanlar, A.	Clinical leadership and the changing governance of public hospitals: implications for patient experience	2015	Public administration	article	DOI	53	1,54	84,54
Thompson, A.G.H.	Contextualising co-production and co-governance in the Scottish National Health Service	2020	Journal of chinese governance	article	DOI	3	1,33	84,33
Fan, X.-L., Zhou, Y., Wang, C.-X. and Chang, X.-X.	The Interactive Effect of Employee-Involved Governance and CEO Change-Oriented Leadership on Organizational Innovation: A Moderated Mediation Model	2020	Group & organization management	article	DOI	3	1,13	84,13
Omori, S. and Alagon, M.	Polycentric governance and the provision of free healthcare services at public hospitals in the Philippines	2020	Health Policy and Planning	article	DOI	3	1,08	84,08
Dizon-Ross, R., Dupas, P. and Robinson, J.	Governance and the effectiveness of public health subsidies: Evidence from Ghana, Kenya and Uganda	2017	Journal of public economics	article	DOI	31	2,17	83,17
Greenwood, D. and Mills, T.	Steering, Knowledge and the Challenge of Governance Evaluation: The Case of National Health Service Governance and Reform in England	2020	Administration & society	article	DOI	2	1,08	83,08

Rodo Cobo, M., Medina Moya, J.L., Garrido Aguilar, E. and Sola Pola, M.	A qualitative model for evaluating and improving nursing governance in medium- and long-term intermediate care	2020	Journal of nursing management	article	DOI	1	1,69	82,69
Burns, L.R., Alexander, J.A. and Andersen, R.M.	How different governance models may impact physician-hospital alignment	2020	Health care management review	article	DOI		1,22	81,22
Glenngard, A.H.	Pursuing the objectives of support to providers and external accountability through enabling controls - a study of governance models in Swedish primary care	2019	Bmc health services research	article	DOI	10	0,84	80,84
Anggraeni, R., Irwandy, Rizki, F. and Basman, M.H.	Does the health insurance governance system support health care programs?	2020	Enfermeria clinica	article	DOI		0,34	80,34
Anggraeni, R., Marzuki, D.S., Mangilep, A.U., Irwandy, Rizki, F., Basman, M.H. and Darussalam, F.A.	The evaluation of national health assurance governance program in Makassar City and Gowa District of South Sulawesi Province	2020	Enfermeria clinica	article	DOI		0,34	80,34

Rusydi, A.R., Palutturi, S., Noor, N.B. and Pasinringi, S.A.	The implementation of good corporate governance (GCG) at public hospital in Indonesia: A literature review	2020	Enfermeria clinica	article	DOI		0,34	80,34
Pecaric, M.	Understanding Differences between Equal Public Governance Models	2020	Central european public administratio n review	article	DOI		0,19	80,19
Sapparojpatana, W.	Management, collaboration and new public governance: a case study of a public hospital in thailand	2020	Voprosy gosudarstvennogo i munitsipalnogo upravleniya-public administratio n issues	article	DOI		0,18	80,18
Bezenjani, T.S.Z., Tavakoli, A.M. and Nikpour, A.	Providing an Effective Model of Good Governance Based on the Criteria Proposed by Muslim Thinkers for Organizational Health in Governmental Organizations in Kerman Province	2020	Propositos y representaciones	article	DOI		0,17	80,17
da Cruz, N.F. and Marques, R.C.	An Application of a Multicriteria Model to Assess the Quality of Local Governance	2019	Urban affairs review	article	DOI	9	1	80
Houngbo, P.T., Coleman, H.L.S., Zweekhorst, M., Buning, T.D.C., Medenou, D. and Bunders, J.F.G.	A Model for Good Governance of Healthcare Technology Management in the Public Sector: Learning from Evidence-Informed Policy Development and Implementation in Benin	2017	Plos one	article	DOI	29	0,88	79,88

Lipunga, A.M., Tchereni, B.M.H. and Bakuwa, R.C.	Emerging structural models for governance of public hospitals	2019	International journal of health governance	article	DOI	9	0,34	79,34
Ropret, M., Aristovnik, A. and Kovac, P.	A Content Analysis of the Rule of Law within Public Governance Models: Old vs. New EU Member States	2018	Nispacee journal of public administration and policy	article	DOI	18	0,43	78,43
Freeman, T., Millar, R., Mannion, R. and Davies, H.	Enacting corporate governance of healthcare safety and quality: a dramaturgy of hospital boards in England	2016	Sociology of health & illness	article	DOI	37	1,03	78,03
Eeckloo, K., Van Herck, G., Van Hulle, C. and Vleugels, A.	From Corporate Governance to Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management	2004	Health policy	article	DOI	157	1,01	78,01
Kanninen, T.H., Haggman-Laitila, A., Tervo-Heikkinen, T. and Kvist, T.	Nursing shared governance at hospitals - it's Finnish future?	2019	Leadership in health services	article	DOI	7	0,66	77,66
Nong, S. and Yao, N.A.	Reasons behind stymied public hospital governance reform in China	2019	Plos one	article	DOI	6	0,88	76,88
von Danwitz, S.	Organizing inter-firm project governance - a contextual model for empirical investigation	2018	International journal of managing projects in business	article	DOI	16	0,61	76,61

Sheard, D.J., Clydesdale, G. and Maclean, G.	Governance structure and public health provision	2019	Journal of health organization and management	article	DOI	6	0,55	76,55
Mazurenko, O., Collum, T. and Menachemi, N.	Trends in governance structure and activities among not-for-profit US hospitals: 2009-2015	2019	Health care management review	article	DOI	5	1,22	76,22
Fabbrini, S.	Alternative governance models: "hard core" in a differentiated Europe	2019	Comparative european politics	article	DOI	5	0,95	75,95
Agyepong, I.A., Lehmann, U., Rutembembwa, E., Babich, S.M., Frimpong, E., Kwamie, A., Olivier, J., Teddy, G., Hwabamungu, B. and Gilson, L.	Strategic leadership capacity building for Sub-Saharan African health systems and public health governance: a multi-country assessment of essential competencies and optimal design for a Pan African DrPH	2018	Health policy and planning	article	DOI	14	1,08	75,08
Walton, M.	Setting the context for using complexity theory in evaluation: boundaries, governance and utilisation	2016	Evidence & policy	article	DOI	33	1,3	74,3

Scholten, G., Muijsers-Creemers, L., Moen, J. and Bal, R.	Structuring ambiguity in hospital governance	2019	International journal of health planning and management	article	DOI	3	0,6	73,6
Thiel, A., Winter, V. and Buechner, V.A.	Board characteristics, governance objectives, and hospital performance: An empirical analysis of German hospitals	2018	Health care management review	article	DOI	12	1,22	73,22
Mirzaei, S., Noorihekmatis, S., Oroomiei, N. and Vali, L.	Administrative challenges of clinical governance in military and university hospitals of Kerman/Iran	2019	International journal of health planning and management	article	DOI	1	0,6	71,6
Pavroz, A.	Corruption-oriented model of governance in contemporary Russia	2017	Communist and post-communist studies	article	DOI	21	0,44	71,44
Hushie, M.	Developing governance models and funding mechanisms of state-civil society partnerships for HIV/AIDS treatment and prevention based on lessons from Ghana	2019	Ajar-african journal of aids research	article	DOI	1	0,41	71,41
DePalma, S.M.	The value of PAs in hospital medical staff governance	2019	Jaapa-journal of the american academy of physician assistants	article	DOI	1	0,28	71,28
Dahler-Larsen, P. and Boodhoo, A.	Evaluation culture and good governance: Is there a link?	2019	Evaluation	article	DOI		1,25	71,25

Bosakova, I., Kubicek, A. and Strouhal, J.	Governance codes in the developing and emerging countries: do they look for the international role model?	2019	Economics & sociology	article	DOI		0,98	70,98
de Mesa, J.	Towards network governance model that assume the increasing of complexity	2019	Athenea digital	article	DOI		0,15	70,15
Mohammadi, F., Asl, I.M., Mahfoozpou r, S. and Hessam, S.	A model development for hospital holding governance in the iranian social security organization	2019	International transaction journal of engineering management & applied sciences & technologies	article	DOI		0,08	70,08
Naryshkina V, M., Beydina, T.E., Novikova V, A. and Kukharsky, A.N.	Risk management model in public governance in russia: regional aspects	2019	Analele universitatii bucuresti-stiinte politice	article			0	70
Yang, C.-W., Yan, Y.-H., Fang, S.-C., Inamdar, S.N. and Lin, H.-C.	The association of hospital governance with innovation in Taiwan	2018	International journal of health planning and management	article	DOI	8	0,6	68,6
Sharmin, S., Khan, N.A. and Belal, A.R.	Governance Capabilities and Sustainability Concerning ``Corporate-NGO" Collaboration: the Case of Lifebuoy Friendship Hospital in Bangladesh	2018	Global social welfare	article	DOI	6	0,65	66,65

Allen-Gilliam, J., Kring, D., Graham, R., Freeman, K., Swain, S., Faircloth, G. and Jenkinson, B.	The Impact of Shared Governance Over Time in a Small Community Hospital	2016	Journal of nursing administration	article	DOI	25	0,87	65,87
Alexander, J.A. and Lee, S.-Y.D.	Does governance matter? Board configuration and performance in not-for-profit hospitals	2006	Milbank quarterly	article	DOI	124	1,86	65,86
Kuhlmann, E., Rangnitt, Y. and von Knorring, M.	Medicine and management: looking inside the box of changing hospital governance	2016	Bmc health services research	article	DOI	25	0,84	65,84
Miller, K.S. and Wilson, W.W.	Governance Structure and Exit: Evidence from California Hospitals	2018	Review of industrial organization	article	DOI	5	0,35	65,35
Heimer, C.A.	The uses of disorder in negotiated information orders: information leveraging and changing norms in global public health governance	2018	British journal of sociology	article	DOI	3	1,3	64,3

Minoletti, A., Sepulveda, R., Gomez, M., Toro, O., Irazazabal, M., Diaz, R., Hernandez, V. and Chacon, S.	Analysis of Governance in the Implementation of the Chilean Community Mental Health Model	2018	Revista panamericana de salud publica-pan american journal of public health	article	DOI	1	0,53	61,53
Burau, V. and Clavier, C.	Understanding Gaps in the Coexistence between Different Modes of Governance: A Case Study of Public Health in Schools in a Multilevel System	2018	Politics & policy	article	DOI	1	0,43	61,43
Allen, P., Keen, J., Wright, J., Dempster, P., Townsend, J., Hutchings, A., Street, A. and Verzulli, R.	Investigating the governance of autonomous public hospitals in England: multi-site case study of NHS foundation trusts	2012	Journal of health services research & policy	article	DOI	60	0,73	60,73
Zanatta, J.M., Trevisan, J.K.D.V. and Baggio, D.K.	Corporate governance structure of a hospital philanthropic: a case	2018	Holos	article	DOI		0,03	60,03
Bafarasat, A.Z.	Meta-governance and soft projects: A hypothetical model for regional policy integration	2016	Land use policy	article	DOI	18	1,37	59,37

Juven, P.-A.	Measured Governance: The Soft Adjustment of Hospitals Budgets (1983-2003)	2017	Sociologie du travail	article	DOI	9	0,06	59,06
Schang, L. and Morton, A.	Complementary logics of target-setting: hierarchist and experimentalist governance in the Scottish National Health Service	2017	Health economics policy and law	article	DOI	8	1,04	59,04
West, A.	Applying Metaethical and Normative Claims of Moral Relativism to (Shareholder and Stakeholder) Models of Corporate Governance	2016	Journal of business ethics	article	DOI	16	1,92	57,92
Pirozek, P., Komarkova, L., Leseticky, O. and Hajdikova, T.	Corporate governance in Czech hospitals after the transformation	2015	Health policy	article	DOI	26	1,01	57,01
Jansson, E.	The stakeholder model: The influence of the ownership and governance structures	2005	Journal of business ethics	article	DOI	125	1,92	56,92
Greve, C. and Pedersen, A.R.	Denmark's Master of Public Governance program: Assessment and lessons learned	2017	Teaching public administration	article	DOI	6	0,65	56,65

Mattozo Rover, M.R., Vargas Pelaez, C.M., Faraco, E.B., Farias, M.R. and Leite, S.N.	An evaluation of governance capacity of the specialized component of pharmaceutical services in Brazil	2017	Ciencia & saude coletiva	article	DOI	6	0,46	56,46
Danshina, Y. and Britchenko, I.	Adaptation of domestic state governance to international governance models	2017	Baltic journal of economic studies	article	DOI	6	0,17	56,17
Appiah, K.O., Amos, K.-N.M., Bashiru, J., Drammeh, P.H. and Tuffour, S.	Corporate governance and records management in private and public hospitals in Ghana	2017	Records managemen t journal	article	DOI	5	0,48	55,48
Chauvin, J., Shukla, M., Rice, J. and Rispel, L.	A survey of the governance capacity of national public health associations to enhance population health	2016	Bmc public health	article	DOI	14	1,02	55,02
Argyrou, A., Blomme, R.J., Lambooy, T. and Kievit, H.	Unravelling the participation of stakeholders in the governance models of social enterprises in Greece	2017	Corporate governance- the international journal of business in society	article	DOI	4	1,01	55,01
Underwood, C.M. and Hayne, A.N.	System-Level Shared Governance Structures and Processes in Healthcare Systems With Magnet (R)- Designated Hospitals A Descriptive Study	2017	Journal of nursing administratio n	article	DOI	4	0,87	54,87

Lira, C.d.A., da Silva, G., de Lima, C.R. and de Lima, M.A.	CORPORATE GOVERNANCE IN THE PRIVATE HOSPITAL: A CASE STUDY ON THE IMPACT ON HOSPITAL PERFORMANCE	2017	Revista de gestao em sistemas de saude-rgss	article	DOI	3	0,04	53,04
Sogaard, R., Kristensen, S.R. and Bech, M.	Incentivising effort in governance of public hospitals: Development of a delegation-based alternative to activity-based remuneration	2015	Health policy	article	DOI	21	1,01	52,01
Vian, T. and Bicknell, W.J.	Good governance and budget reform in Lesotho Public Hospitals: performance, root causes and reality	2014	Health policy and planning	article	DOI	30	1,08	51,08
Bertoncello, C., Buja, A., Silenzi, A., Specchia, M.L., Franchino, G., Lazzari, A., Baldo, V., Ricciardi, W. and Damiani, G.	Good governance competencies in public health to train public health physicians	2015	International journal of public health	article	DOI	20	0,94	50,94
Altgeld, T.	Governance - Government Action: Strengthening the Public's Health by more Public Accountability for Health Results of the Working Group 11 of the Forum Future	2017	Gesundheitswesen	article	DOI		0,31	50,31

	Public Health, Berlin 2016							
Greenwood, D.	Governance, Coordination, and Evaluation: The Case for an Epistemological Focus and a Return to C. E. Lindblom	2016	Political research quarterly	article	DOI	9	1,2	50,2
Pessoa, R.M., Muniz, R.M. and Ckagnazarof f, I.B.	Collaborative governance for research in health: an analysis of the design of the Unified Health System Research Program	2017	Revista gestao & tecnologia- journal of managemen t and technology	article	DOI		0,07	50,07
Mansnerus, E.	Using model- based evidence in the governance of pandemics	2013	Sociology of health & illness	article	DOI	39	1,03	50,03
Nobbie, P.D. and Brudney, J.L.	Testing the implementation, board performance, and organizational effectiveness of the policy governance model in nonprofit boards of directors	2003	Nonprofit and voluntary sector quarterly	article	DOI	137	1,35	48,35
Degeling, P., Zhang, K., Coyle, B., Xu, L., Meng, Q., Qu, J. and Hill, M.	Clinicians and the governance of hospitals: A cross-cultural perspective on relations between profession and management	2006	Social science & medicine	article	DOI	104	1,52	45,52
Botje, D., Klazinga, N.S. and Wagner, C.	To what degree is the governance of Dutch hospitals orientated towards quality in care? Does this really affect performance?	2013	Health policy	article	DOI	34	1,01	45,01

Barkey, K. and Godart, F.C.	Empires, Federated Arrangements, and Kingdoms: Using Political Models of Governance to Understand Firms' Creative Performance	2013	Organization studies	article	DOI	32	1,31	43,31
MacGillivray , B.H. and Richards, K.	Approaches to evaluating model quality across different regime types in environmental and public health governance	2015	Global environmental change- human and policy dimensions	article	DOI	9	2,69	41,69
Blank, J.L.T. and van Hulst, B.L.	Governance and Performance: The Performance of Dutch Hospitals Explained by Governance Characteristics	2011	Journal of medical systems	article	DOI	50	1,33	41,33
Sullivan, N.	Enacting Spaces of Inequality: Placing Global/State Governance Within a Tanzanian Hospital	2012	Space and culture	article	DOI	40	0,6	40,6
Maron, A.	Activation via Intensive Intimacies in the Israeli Welfare- to-Work Program: Applying a Constructivist Approach to the Governance of Institutions and Individuals	2014	Administratio n & society	article	DOI	19	1,08	40,08
Clarke, C., Harcourt, M. and Flynn, M.	Clinical Governance, Performance Appraisal and Interactional and Procedural Fairness at a New Zealand Public Hospital	2013	Journal of business ethics	article	DOI	27	1,92	38,92
Fazzi, L.	Social Enterprises, Models of Governance and	2012	Public managemen t review	article	DOI	37	1,56	38,56

	the Production of Welfare Services							
Bevan, G.	Incentives and models of governance	2015	Health economics policy and law	article	DOI	6	1,04	37,04
Bismark, M.M., Walter, S.J. and Studdert, D.M.	The role of boards in clinical governance: activities and attitudes among members of public health service boards in Victoria	2013	Australian health review	article	DOI	26	0,67	36,67
Gurung, G. and Tuladhar, S.	Fostering good governance at peripheral public health facilities: an experience from Nepal	2013	Rural and remote health	article		26	0,42	36,42
Pettersen, I.J., Nyland, K. and Kaarboe, K.	Governance and the functions of boards An empirical study of hospital boards in Norway	2012	Health policy	article	DOI	35	1,01	36,01
Helgesen, M.K.	Governance of public health: Norway in a Nordic context	2014	Scandinavian journal of public health	article	DOI	12	0,8	32,8
Nguyen, T.V., Bosch, O.J.H. and Nguyen, N.C.	Using the Evolutionary Learning Laboratory Approach to Establish a World First Model for Integrated Governance of Haiphong, Vietnam	2014	Systems research and behavioral science	article	DOI	12	0,65	32,65
Christofides, S. and Sharp, P.	The European federation of organisations for medical physics policy statement no. 15: Recommended guidelines on the role of the medical physicist within the hospital governance board	2015	Physica medica-european journal of medical physics	article	DOI		0,77	30,77

Wright, J.S.F., Dempster, P.G., Keen, J., Allen, P. and Hutchings, A.	The new governance arrangements for nhs foundation trust hospitals: reframing governors as meta-regulators	2012	Public administration	article	DOI	29	1,54	30,54
Myers, M., Parchen, D., Geraci, M., Brenholtz, R., Knisely-Carrigan, D. and Hastings, C.	Using a Shared Governance Structure to Evaluate the Implementation of a New Model of Care	2013	Journal of nursing administration	article	DOI	19	0,87	29,87
Khestanov, R.	The role of culture in early Soviet models of governance	2014	Studies in east european thought	article	DOI	9	0,25	29,25
Jha, A.K. and Epstein, A.M.	Governance Around Quality of Care at Hospitals that Disproportionately Care for Black Patients	2012	Journal of general internal medicine	article	DOI	26	1,4	27,4
Plottu, B. and Plottu, E.	Participatory Evaluation: The Virtues for Public Governance, the Constraints on Implementation	2011	Group decision and negotiation	article	DOI	36	1,14	27,14
Tenbensel, T., Mays, N. and Cumming, J.	A successful mix of hierarchy and collaboration? Interpreting the 2001 reform of the governance of the New Zealand public health system	2011	Policy and politics	article	DOI	31	1,76	22,76
Kuntz, L., Pulm, J. and Wittland, M.	Hospital Governance and the Structure of German Hospital Supervisory Boards	2014	Gesundheitswesen	article	DOI	1	0,31	21,31

Guisado-Gonzalez, M., Guisado-Tato, M. and Vila-Alonso, M.	Using public aid programs to finance innovation in multi-level governance systems	2013	Transylvanian review of administrative sciences	article		9	0,32	19,32
Bazyar, A., Teimoury, E. and Fesharaki, M.N.	A decision-process model of relational risk and governance and their impact on performance	2013	International journal of advanced manufacturing technology	article	DOI	8	0,67	18,67
Greener, I. and Powell, M.	The changing governance of the NHS: Reform in a post-Keynesian health service	2008	Human relations	article	DOI	54	2,16	16,16
Marks, L., Cave, S. and Hunter, D.J.	Public health governance: views of key stakeholders	2010	Public health	article	DOI	35	0,88	15,88
Fredriksson, M. and Winblad, U.	Consequences of a decentralized healthcare governance model: Measuring regional authority support for patient choice in Sweden	2008	Social science & medicine	article	DOI	53	1,52	14,52
Bueno, R.E., Moyses, S.T., Reis Bueno, P.A. and Moyses, S.J.	Governance, sustainability, and equity in the health program for the municipality of Sao Jose dos Pinhais, Brazil	2013	Revista panamericana de salud publica-pan american journal of public health	article			0,53	10,53
Cardinaels, E.	Governance in non-for-profit hospitals: Effects of board members' remuneration and expertise on CEO compensation	2009	Health policy	article	DOI	38	1,01	9,01

Galizzi, M.M. and Miraldo, M.	The effects of hospitals' governance on optimal contracts: Bargaining vs. contracting	2011	Journal of health economics	article	DOI	17	1,37	8,37
Maliapen, M. and Dangerfield, B.C.	A system dynamics-based simulation study for managing clinical governance and pathways in a hospital	2010	Journal of the operational research society	article	DOI	26	0,68	6,68
Bulai, A.	Power, knowledge and interests a three-dimensional model of good governance	2012	European journal of science and theology	article			1,7	1,7
Manzeschke, A.	Governance and health-on structural and cultural transformation in hospitals	2012	Ethik in der medizin	article	DOI		0,19	0,19
Gore, T. and Wells, P.	Governance and evaluation: The case of EU regional policy horizontal priorities	2009	Evaluation and program planning	article	DOI	29	1,12	0,12
Callaghan, G. and Wistow, G.	Governance and public involvement in the British National Health Service: Understanding difficulties and developments	2006	Social science & medicine	article	DOI	58	1,52	-0,48
Culica, D. and Prezio, E.	Hospital Board Infrastructure and Functions: The Role of Governance in Financial Performance	2009	International journal of environmental research and public health	article	DOI	27	0,93	-2,07
Alexander, J.A., Young, G.J., Weiner, B.J. and Hearld, L.R.	Governance and community benefit: Are nonprofit hospitals good candidates for Sarbanes-Oxley type reforms?	2008	Journal of health politics policy and law	article	DOI	36	1,06	-2,94

Gauld, R.	Are elected health boards an effective mechanism for public participation in health service governance?	2010	Health expectations	article	DOI	16	0,91	-3,09
Dollery, B. and Johnson, A.	An analysis of the joint board or county model as the structural basis for effective Australian local governance	2007	Australian journal of public administration	article	DOI	46	0,65	-3,35
Blum, J.D.	The quagmire of hospital governance finding mission in a revised licensure model	2010	Journal of legal medicine	article	DOI	14	0,42	-5,58
Jackson, C.L., Nicholson, C., Doust, J., Cheung, L. and O'Donnell, J.	Seriously working together: integrated governance models to achieve sustainable partnerships between health care organisations	2008	Medical journal of australia	article		32	1,6	-6,4
Sampaio, J., de Carvalho, E.M., Coelho Pereira, G.F. and de Mello, F.M.	Evaluation of the capacity for governance of a State Health Department in monitoring and evaluation of basic health care provision - lessons learned	2011	Ciencia & saude coletiva	article	DOI		0,46	-9,54
Walker, P.E. and Shannon, P.T.	Participatory governance: towards a strategic model	2011	Community development journal	article	DOI		0,41	-9,59
Braithwaite, V.	The Value Balance Model and Democratic Governance	2009	Psychological inquiry	article	DOI	12	1,24	-16,76
Merino, B.D., Mayper, A.G. and Tolleson, T.D.	Neoliberalism, deregulation and Sarbanes-Oxley The legitimization of a failed corporate	2010	Accounting auditing & accountability journal	article	DOI		1,6	-18,4

	governance model							
Gorsky, M.	Community involvement in hospital governance in Britain: evidence from before the national health service	2008	International journal of health services	article	DOI	20	0,65	-19,35
Cezanne, C.	A Renewed Model of Firm Governance Evidence from French Firm Data	2010	Revue d'économie politique	article	DOI		0,07	-19,93
Morrell, K.	Governance, ethics and the national health service	2006	Public money & management	article	DOI	21	0,88	-38,12
Grossmeier, J.C.	Adopting and implementing a policy governance model	2007	Journal of healthcare management	article	DOI	3	0,49	-46,51
Roche, S.	Prevention and security: A new governance model for France through a contract-based territorial approach	2005	Canadian journal of criminology and criminal justice	article	DOI	8	0,68	-61,32
Barnett, P., Perkins, R. and Powell, M.	On a hiding to nothing? Assessing the corporate governance of hospital and health services in New Zealand 1993-1998	2001	International journal of health planning and management	article		45	0,6	-64,4
Holden, L.C. and Moore, R.S.	The development of a model and implementation process for clinical governance in primary dental care	2004	British dental journal	article	DOI	13	0,94	-66,06

Hartley, A.M., Griffiths, R.K. and Saunders, K.L.	An evaluation of clinical governance in the public health departments of the West Midlands Region	2002	Journal of epidemiology and community health	article	DOI	17	1,35	-81,65
Subramaniam, V.	Quality governance for sustainable development: India's obligation to set a model	2003	International review of administrative sciences	article	DOI		0,97	-89,03
Stolzenberg, E.A.	Governance change for public hospitals	2000	Journal of healthcare management	article	DOI	11	0,49	-108,51
Havens, D.S.	An update on nursing involvement in hospital governance: 1990-1996	1998	Nursing economics	article		29	0,48	-110,52
WEINER, B.J. and ALEXANDER, J.A.	Corporate and philanthropic models of hospital governance - a taxonomic evaluation	1993	Health services research	article		68	1,11	-120,89
K, EVAN, AUBRY, K., HAWKINS, M., CURLEY, T.A. and PORTER GRADY, T.	Whole systems shared governance - a model for the integrated health system	1995	Journal of nursing administration	article	DOI	38	0,87	-131,13
JOHNSON, R.L.	Hospital governance in a competitive environment	1995	Health care management review	article	DOI	25	1,22	-143,78
JOHNSON, R.L.	Hcmr perspective - the purpose of hospital governance	1994	Health care management review	article		12	1,22	-166,78
BROWN, M.	Commentary - the purpose of hospital governance is - purpose	1994	Health care management review	article		8	1,22	-170,78

MORLOCK, L.L. and ALEXANDE R, J.A.	Models of governance in multihospital systems - implications for hospital and system-level decision-making	1986	Medical care	article	DOI	53	1,01	-205,99
HIRSCH, S. and SHULMAN, L.C.	Participatory governance - model for shared decision-making	1976	Social work in health care	article	DOI	17	0,89	-342,11
MANNING, H.E.	Future governance of public hospitals	1969	Bulletin of the new york academy of medicine	article			1,38	-428,62