



08, 09, 10 e 11 de novembro de 2022
ISSN 2177-3866

REDUÇÃO DA RACIONALIDADE LIMITADA E DO COMPORTAMENTO OPORTUNISTA NA PUBLICIZAÇÃO DE UNIDADES HOSPITALARES: possibilidades a partir do uso de conceitos da governança de dados

LUCIANO ROCHA GOMES
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

DENISE RIBEIRO DE ALMEIDA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA)

REDUÇÃO DA RACIONALIDADE LIMITADA E DO COMPORTAMENTO OPORTUNISTA NA PUBLICIZAÇÃO DE UNIDADES HOSPITALARES: possibilidades a partir do uso de conceitos da governança de dados

1. INTRODUÇÃO

As pressões de organismos internacionais para a redução do aparato Estatal e da necessidade de se obter vantagens de custos de ganhos de eficiência fez com que o Estado se deparasse com o dilema estratégico estudado por Coase (1937) e Williamson (1985), entre outros teóricos dos Custos de Transação (TCT): “fazer internamente ou buscar no mercado?”. A assunção de um modelo gerencial, fundamentada em controle dos resultados e performance dos serviços oferecidos, em lugar do modelo burocrático, incutiu ao Estado o desenvolvimento de outros papéis, entre eles o de formulador e indutor de políticas públicas, definidor de metas, coordenador de atores públicos e privados, em detrimento do papel de provedor direto de produtos e serviços, característica predominante no Brasil até a década de 1990. (ABRUCIO e GAETANI, 2006; BRESSER-PEREIRA, 2010; EL-WARRAK, 2008; MATIAS-PEREIRA, 2010 e SOUZA, 2012). Nesse viés, a discussão de governança no serviço público permite tratar a produção de políticas públicas e ações governamentais por meio da sua leitura enquanto configurações de relações entre os múltiplos atores envolvidos (BRASIL, 2013).

Sorensen (2014) ressalta que o estudo da governança deve permitir reconhecer consequências e efeitos colaterais da estruturação de relações (não neutras e conflituosas) entre Estado e demais atores sociais no provimento de bens públicos, entre eles assimetria de informação, um dos elementos intrínsecos nesse tipo de transação, conforme apresentado por Williamson (1985) ao abordar o que denominou de pressupostos comportamentais da transação: racionalidade limitada e comportamento oportunista dos agentes envolvidos em determinada transação. Diferentemente do cenário vivenciado por Coase e Williamson, em que o acesso e o custo para obter informação eram obstáculos, atualmente uma das barreiras a serem transpostas pelas organizações é o excesso de dados, devido, em grande parte, ao desenvolvimento tecnológico. De acordo com a Policy paper – National Data Strategy (Reino Unido), vive-se a quarta revolução industrial, em que a inovação tecnológica tem trazido um crescimento exponencial na quantidade de dados gerados e utilizados, bem como elevado o grau de confiança nos dados. Se por um lado coexistem nas relações interorganizacionais os pressupostos comportamentais da TCT, como racionalidade limitada e comportamento oportunista, por outro lado, avançou-se consideravelmente no uso da tecnologia como aliada para reduzir tais pressupostos. O adequado uso da tecnologia, com propósito, dentre outros, de fazer mais do que apenas armazenar informação, mas torná-la útil e, principalmente, aprimorar aspectos como a classificação, segurança e armazenamento dos dados, tornando-os mais confiáveis e relevantes é uma das facetas da Governança de Dados - GD, conceituada como exercício de autoridade e controle (planejamento, monitoramento e controle) sobre a gestão dos ativos de dados (Damadmbok, 2017). Assim, a GD contribui para estabelecer um conjunto de estratégias para melhorar a gestão das informações que uma organização armazena, reduzindo a racionalidade limitada incidente sobre as transações e mitigando a possibilidade de ocorrência de comportamento oportunista.

2. CONTEXTO INVESTIGADO

Um dos modelos de gestão compartilhada mais difundidos no Brasil, em especial nos entes subnacionais, envolve parcerias entre ente estatal e Organização Social - OS, caracterizada

por promessas de eficiência, resolutividade, alta performance, entre outras qualidades que as diferenciariam daquele até então executado diretamente por organizações públicas na produção de políticas públicas (ABRUCIO e GAETANI, 2006). As parcerias com organismos privados mediante a pactuação de objetivos e de metas de desempenho tornaram-se uma alternativa identificada pelo Poder Público para assegurar a provisão de serviços de saúde no âmbito do SUS, diante de um cenário complexo sob o ponto de vista das tecnologias necessárias à operacionalização desses serviços, bem como da disponibilidade de recursos financeiros (EL-WARRAK, 2008; REIS e CELHO, 2018 e VECINA NETO e MALIK, 2011). Nesse contexto encontra-se a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – Sesab, que tem por finalidade a formulação da política estadual de saúde, a gestão do Sistema Estadual de Saúde e a execução de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com as disposições da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que constitui o Sistema Único de Saúde/SUS. Na execução de serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a Sesab é responsável por uma rede de serviços em saúde, composta de 39 hospitais, 05 unidades de pronto atendimento, 05 unidades de emergência e 06 centros de referência. Dessa rede, 23 unidades de saúde estão sob gestão indireta (contrato de gestão), sendo 17 hospitais gerais (13 no interior e 04 em Salvador), 01 maternidade de referência, 04 unidades de pronto atendimento (UPA) e 01 unidade de emergência. (BAHIA, 2016; REIS e COELHO, 2018 e SANTOS *et al.*, 2018).

O contrato de gestão adotado pela Sesab estrutura-se, basicamente, em sete elementos nucleares: descrição do perfil de atenção à região territorial; dimensões orçamentário-financeiras; dimensões técnico-administrativas; responsabilidades assistenciais; obrigações contratuais mínimas; metas de produção quantitativas; e indicadores de qualidade. No que tange à dimensão orçamentário-financeira, a Sesab se compromete a cumprir o repasse pactuado, global e mensalmente, composto por percentuais referentes a valor de repasse fixo (70%) e outra parte variável (30%), de repasse obrigatório condicionado à prestação de serviços, envolvendo atendimento à quantidade de procedimentos realizados e a atendimento a indicadores de qualidade. De modo geral, são estabelecidos oito indicadores relacionados geralmente com instituição de comissões hospitalares, taxas de satisfação do usuário, capacitação da equipe, reunião multiprofissional, discussão de casos clínicos, taxa de mortalidade institucional, taxa de ocupação e taxa de infecção hospitalar. Além de informações referentes a indicadores, que servirão inclusive para efeito de cômputo de pagamento, outros dados são mensalmente informados à Sesab por meio do Relatório de Informação Hospital (RIH), planilha eletrônica preenchida pela OS, na qual contém dados referentes a aspectos financeiros, patrimoniais, insumos, infraestrutura, censo hospitalar mensal por especialidade (nº de leitos, altas hospitalares, transferências, evasão, óbitos, média de permanência, taxa de ocupação, índice de rotatividade/leito, taxa de mortalidade geral e institucional), produção ambulatorial e hospitalar executada. Tais dados são de fundamental importância não só para avaliação do uso daquele equipamento hospitalar, mas para traçar um panorama da situação de saúde da população adstrita.

Resultados de auditorias interna e externa, identificam não conformidades frequentes e recorrentes (impropriedades e irregularidades) que permeiam os contratos de gestão de unidades hospitalares, em especial na fase *ex post* à contratação, ou seja, durante a execução contratual. Outrossim, conforme já demonstrado em estudos realizados por Santos e colaboradores (2018) e Gomes (2021), há lacunas nesse processo, propiciando a ocorrência de falhas na condução do processo de planejamento, contratação e monitoramento dos contratos de gestão, envolvendo, especialmente, o uso de informação.

No caso a que esta pesquisa se aplica, informações das mais diversas naturezas se relacionam com o contrato de gestão de unidades hospitalares, sob o qual se deseja reduzir a racionalidade limitada, entre elas: epidemiologia hospitalar, políticas públicas que incidem direta e indiretamente na saúde da população, informações financeiras, contábeis e orçamentárias da OS, recursos humanos, controle de insumos e medicamentos, indicadores de desempenho, parâmetros de indicadores de saúde, capacidade instalada da unidade, regionalização da saúde, entre outros. A dimensão territorial e diversidade de situação de saúde da população baiana torna mais complexa a variedade e quantidade de dados que devem ser utilizados e analisados para planejar, controlar, monitorar e avaliar a publicização de unidades hospitalares. Percebe-se, portanto, que o espaço institucional responsável pela coordenação, monitoramento e avaliação da publicização das unidades de saúde é um campo propício para a apontar a importância da governança de dados no âmbito da Sesab, possibilitando tomada de decisões céleres e baseadas em informações precisas, que muitas vezes precisam ser compartilhadas, devido a parceria estabelecida OS e Estado, assim como protegidas (SWEDEN, 2008).

3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

A fase exploratória da pesquisa foi executada por meio de entrevistas com atores envolvidos no processo de publicização, entre eles representantes da Sesab e das OS. Em paralelo, foram coletadas informações referentes aos pressupostos comportamentais da TCT em documentos oficiais, relatórios de auditorias internas e externas. Assim, buscou-se: 1-realizar o diagnóstico do uso de dados e informações no decorrer do processo de publicização de unidades hospitalares (planejamento, monitoramento e controle), a partir da percepção e condutas dos principais atores envolvidos, identificando a existência da categoria racionalidade limitada; 2- identificar possíveis comportamentos oportunistas.

Com base nas entrevistas realizadas foi possível identificar a percepção dos entrevistados a respeito presença da racionalidade limitada na definição dos serviços a serem contratados, na proposta de trabalho para operacionalização da unidade, demonstrando aderência ao conceito de racionalidade limitada apresentada por Williamson (1985).

Quadro 1 – Síntese da percepção de presença de racionalidade limitada no planejamento e controle dos contratos de gestão em saúde

Categorias	Subcategorias	Aspectos identificados
Racionalidade Limitada	Limitações cognitivas	Insuficiência de detalhamento dos serviços que a unidade publicizada deve oferecer; Metas contratuais sem correlação adequada à capacidade física da unidade; O perfil epidemiológico da região parece não ser analisado e considerado na elaboração do edital e dos serviços a serem oferecidos pela unidade a ser publicizada; Ausência de integração do que se exige como meta de produção, com a capacidade instalada e demanda regional; Ausência de integração com a rede da SESAB; Incoerência quanto ao cálculo do custo do hospital por leito; Fragilidade na análise da prestação de contas dos contratos.

Racionalidade Limitada		<p>Ausência de padronização dos critérios de avaliação da execução contratual;</p> <p>Avaliação dos indicadores da produção executada realizada pela contratante baseando-se exclusivamente nas informações disponibilizadas pela Contratada nos RIH (Relatório de Informação Hospitalar), não sendo efetuada compatibilização dessas informações com as constantes nos sistemas oficiais do SUS;</p> <p>A prestação de contas efetuada pela contratante não dialoga dentro da melhor técnica: ora eles utilizam o critério de caixa, ora utilizam critério de competência.</p>
	Limitações de linguagem	<p>Sinalização genérica do serviço a ser oferecido, dificultando a operacionalização;</p> <p>Ausência de informação no edital que agreguem dados referentes à realidade do hospital e da região na qual está inserida a unidade publicizada;</p> <p>Ausência de informações atualizadas da unidade hospitalar a ser publicizada;</p> <p>Ausência de tecnologia para contribuir na análise. RIH (Relatório de Informações Hospitalares) é um formulário que sempre foi uma fonte de informações incompletas, informações assimétricas, informações que a Sesab nunca desenvolveu uma metodologia de trabalho de validação dessas informações preenchidas pela OS;</p> <p>Relatórios exigidos pela Sesab não têm elementos suficiente pra garantir que as informações apresentadas pela OS de fato foram executadas. O próprio RIH é uma planilha em excel e deveria ser um sistema em tempo real, que a OS alimenta e a SESAB acompanha em tempo real;</p> <p>Informações referentes a prestação dos serviços incompletas com frequência;</p> <p>A fiscalização não deveria se limitar ao anexo de metas do contrato, se cumpriu ou não cumpriu. Deveria abordar os demais aspectos das cláusulas contratuais.</p>

Fonte: Elaboração própria, fundamentando-se em entrevistas, 2021.

Quadro 2– Síntese da percepção dos entrevistados a respeito de comportamento oportunista na relação do contrato de gestão

Categoria	Subcategoria	Trecho da entrevista
Comportamento Oportunista	Falsas Promessas	<p>Serviços oferecidos incompatíveis com a proposta de trabalho apresentada;</p> <p>Ausência de cumprimento das cláusulas contratuais. Atrasos nos pagamentos efetuados pela Sesab. Condições estruturais e tecnológicas das unidades diferentes das registradas no edital;</p> <p>Descumprimento das cláusulas de reajustes e reequilíbrios;</p>
	Informações Distorcidas	<p>As informações contidas no RIH, sobre as atividades assistenciais desenvolvidas no hospital, não estão compatíveis com as verificadas in loco e nos Sistemas Oficiais de Informação;</p> <p>Os valores de despesa informados no RIH não estão compatíveis com os valores dos processos de pagamentos e extratos bancários;</p>

		Informações incompatíveis entre o RIH e o Apurasus.
	Variações qualitativas e quantitativas no serviço	A produção de serviços não alcança as metas estabelecidas; OS não cumprem as metas estabelecidas para os indicadores de qualidade.

Fonte: Elaboração própria, fundamentando-se em entrevistas e relatórios de auditoria 2021.

Com base nas entrevistas e documentos analisados, constata-se:

a) a racionalidade limitada é uma característica presente nas transações realizadas entre a SESAB e as OS, conforme sintetizado no quadro 1, convergindo, portanto, ao postulado de Williamson (1985);

b) No âmbito da SESAB, essa limitação pode ser identificada mais notadamente nas funções de planejamento e controle, convergindo com o pensamento de Coase (1937) sobre as principais categorias de custos de transação. No primeiro caso, nota-se a partir de lacunas na caracterização do serviço a ser publicizado e consequente impacto nas propostas de trabalho apresentadas pelas OS. Destaca-se o reconhecimento pelos entrevistados de racionalidade limitada (nas subcategorias limitação cognitiva e limitação de linguagem) na descrição do perfil de atenção em saúde à região territorial, que embora seja um dos sete elementos nucleares do contrato, foi apontado como um problema no que concerne a completude da informação.

c) com relação à função controle, essa limitação pode ser percebida a partir dos processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação dos contratos de gestão, seja pelo volume de informação necessária para um adequado controle de uma unidade hospitalar, seja pela assimetria de informação, intrínseco aos processos de transação, ou mesmo ausência/intempestividade de informação. A avaliação adequada do contrato exige acompanhamento conjunto da execução do serviço assistencial e do aparato administrativo-financeiro que lastreia sua execução. Urge, portanto, ao uso de sistemas de informações para redução de riscos provenientes da racionalidade limitada, dado o volume de informações envolvidos nessas transações;

d) a adoção do RIH como fonte exclusiva de verificação, atrelada à ausência de acompanhamento de outras variáveis que extrapolam o cumprimento de indicadores quantitativos e qualitativos, contribui para aumentar a ocorrência de informações difusas e/ou incompletas para tomada de decisão (BEGNIS; ESTIVALETE; PEDROZO, 2007). Dos oito indicadores de qualidade previstos nos contratos de gestão, 05 deles têm como fonte de verificação o Relatório de Internação Hospitalar (RIH);

e) os itens identificados nas entrevistas e análise documental sinalizam ainda para outro aspecto que merece atenção: a assimetria de informação (WILLIAMSON, 1985). As OS que operacionalizam os serviços nas unidades hospitalares detêm as informações referentes à assistência realizada na unidade, perfil epidemiológico, custos para operacionalização, entre outros. A adoção de mecanismos que reduzam a assimetria, por meio de melhores práticas de evidenciação das informações, deve ser buscada, contribuindo para redução dos custos de transação;

f) ausência de sistema de informação que congregue os dados das unidades de saúde da rede própria (direta e indireta), dificultando (ou impedindo) realizar comparações de indicadores, cruzamentos de dados, *benchmarking*, e a geração informações para intervenções tempestivas, como readequações das especialidades oferecidas em determinada unidade, revisão da quantidade de leitos contratados, evitando ociosidade de leitos em determinadas especialidades e carência de leitos em outras especialidades, promovendo, assim, a otimização

dos leitos hospitalares. Tais dados contribuem para a qualificação das análises para tomada de decisão referentes a renovações contratuais, implementação de serviços existentes e implantação de novos serviços;

g) ausência de sistema de monitoramento em saúde integrado capaz de analisar dados epidemiológicos para, em seguida, fornecer informações e orientar de forma mais assertiva a tomada de decisão por parte da gestão. O gerenciamento de informações no âmbito da publicização encontra-se fragmentado ou impreciso, o que propicia fragilidade das informações ou tomadas de decisões ineficientes.

Avançando na problematização, aponta-se como questão problema neste artigo: **Como o uso de conceitos de governança de dados pode contribuir para reduzir a racionalidade limitada e comportamento oportunista na publicização de unidades hospitalares?** A partir desta questão, o estudo teve como objetivo geral identificar oportunidades de melhoria na utilização dos dados referentes a gestão hospitalar de unidades publicizadas a partir da aplicação de conceitos de GD, reduzindo a racionalidade limitada e comportamento oportunista. Esse objetivo desdobrou-se nos seguintes objetivos específicos: 1- caracterizar a existência de racionalidade limitada e comportamentos oportunistas na publicização de unidades de saúde; 2-mapear no âmbito da estrutura da Sesab os órgãos responsáveis, direta e indiretamente, pelo planejamento, monitoramento e controle da publicização de unidades de saúde; 3- identificar e definir os principais papéis dos envolvidos na garantia da qualidade de dados para a publicização de unidades de saúde, com a adoção da Matriz RACI (Responsável, Aprovador, Consultado e Informado) e 4 – Propor adequações a partir do uso de conceitos de Governança de Dados. Adotou-se no presente estudo o conceito de GD apresentado por Thomas (2006, p.6), que a define como sendo “o quadro organizacional, regras, decisões certas e responsabilidades das pessoas e dos sistemas de informação quanto ao desempenho de processos relacionados a informação”.

4. INTERVENÇÃO PROPOSTA

Uma vez diagnosticada a situação-problema que envolve a Sesab e o processo de gerenciamento de informações aplicada aos contratos de gestão, cabe, nesta seção, apresentar a proposta de intervenção para a solução do problema identificada na presente pesquisa. Para o sucesso dessa etapa, faz-se necessário, antes de tudo, descrever o caminho metodológico que permitiu a construção da proposta de intervenção para o presente estudo. Assim, tendo em vista que o objetivo do estudo é identificar oportunidades de melhoria na utilização dos dados referentes a gestão hospitalar de unidades publicizadas a partir da aplicação de conceitos de GD, verificou-se que quanto ao objetivo geral, a presente pesquisa classifica-se como do tipo exploratória, pois os pesquisadores não tinham, previamente, pleno conhecimento sobre o objeto de estudo e não dispunham de muitos dados, necessitando aprofundamento, conforme defende Denzin e Lincoln (2010).

Inicialmente a revisão da literatura especializada foi aprofundada, por meio de levantamento bibliográfico (referências teóricas em meio escrito ou digital) referente à problemática abordada nesta pesquisa. A revisão de literatura seguiu o percurso: 1º) identificação de palavras-chave ou descritores relacionados ao problema e ao tema (governança de dados, pressupostos comportamentais da TCT, gestão de dados); 2º) recolhimento de fontes (livros, teses e artigos relevantes), destacando-se a pesquisa nas seguintes bases/bancos: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Latin American and Caribbean Health Science Literature* (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); 3º) leitura crítica e fichamento.

Para a realização do estudo, foram recolhidos dados de diferentes tipos fontes. O estudo foi realizado a partir de três tipos de dados: primários, bibliográficos e documentais. Para estes

últimos, contou-se com ampla documentação da Sesab referente aos contratos de gestão (processos de contratação, contratos de gestão, termos aditivos aos contratos, relatórios de auditorias), bem como documentos públicos produzidos por outros órgãos como TCE e Ministério Público. Os contratos de gestão objeto da análise foram selecionados, utilizando-se como critérios aqueles que tenham sido auditados entre os anos de 2015 e 2020, considerando que os relatórios de auditoria são fontes de informação que contribuem para a enriquecer a análise dos dados obtidos por meio da análise documental e das entrevistas.

Os dados primários foram levantados pelos próprios pesquisadores, de forma remota com atores vinculados de alguma forma à governança para operacionalização e gestão de hospitais do Estado da Bahia mediante Contratos de Gestão, sendo devidamente transcritas. O estudo requereu a identificação e a seleção de pessoas-chave para serem entrevistadas, dentre as que estivessem em uma posição capaz de fornecer informações sobre o ambiente dos contratos de gestão celebrados pela SESAB, identificando-se os seguintes órgãos:

Quadro 3 – Distribuição de entrevistados da pesquisa

Órgão	Entrevistados	Tempo médio
Diretoria de Apoio Operacional às Unidades Próprias – DAOUP/SAIS/SESAB*	01	45 minutos
Coordenação de Economia da Saúde- SAFTEC/SESAB	01	
Conselho Estadual de Saúde	01	
Auditoria SUS/BA/SESAB	04	
Coordenação Executiva de Monitoramento da Prestação de Serviços de Saúde – CEMPSS/SESAB	01	
OSS com Contrato de Gestão com a SESAB entre os anos de 2015 e 2020.	04	

Fonte: Elaboração própria, 2021

Na pesquisa, a entrevista voltou-se a captar que significados, relações e visões os diferentes atores partícipes do processo de planejamento, monitoramento e controle de contratos de gestão possuem a respeito de aspectos relativos a racionalidade limitada e comportamento oportunistas, analisando-as a partir das categorias: limitações cognitiva, situacional e informacional; e variações quantitativas e qualitativas na prestação do serviço, falsa promessa e informações distorcidas, respectivamente, conforme demonstrado no quadro abaixo:

Quadro 4 – Resumo dos procedimentos metodológicos

Objetivos Específicos	Categorias de Análise	Subcategorias	Autores	Instrumentos de coleta
1. Realizar o diagnóstico do uso de informações no processo de publicização de unidades hospitalares, a partir da percepção dos principais atores envolvidos; 2. identificar possíveis comportamentos oportunistas;	Racionalidade Limitada	Limitações cognitivas	Williamson (1985)	Documental
		Limitações de linguagem		Entrevistas
	Comportamento Oportunista	Variações qualitativas e quantitativas do Serviço	Williamson (1985)	Documental
		Falsas promessas Informações distorcidas		Entrevistas

Fonte: Elaboração própria, 2022

Quanto a classificação da pesquisa, a mesma encontra-se detalhada no quadro abaixo:

Quadro 5 – Modelo de Análise e Classificação da Pesquisa

Características			Tipo de Pesquisa		
Estratégia de Pesquisa	Quanto aos Procedimentos técnicos	Tipos de Instrumentos	Natureza	Abordagem	Técnica de Análise
Estudo de caso	Pesquisa bibliográfica	Livros/ Periódicos	Descritiva	Qualitativa	Análise de Conteúdo
	Pesquisa documental	Documentos Reportagens			
	Entrevista	Roteiro Semiestruturado			

Fonte: Elaboração própria, 2021.

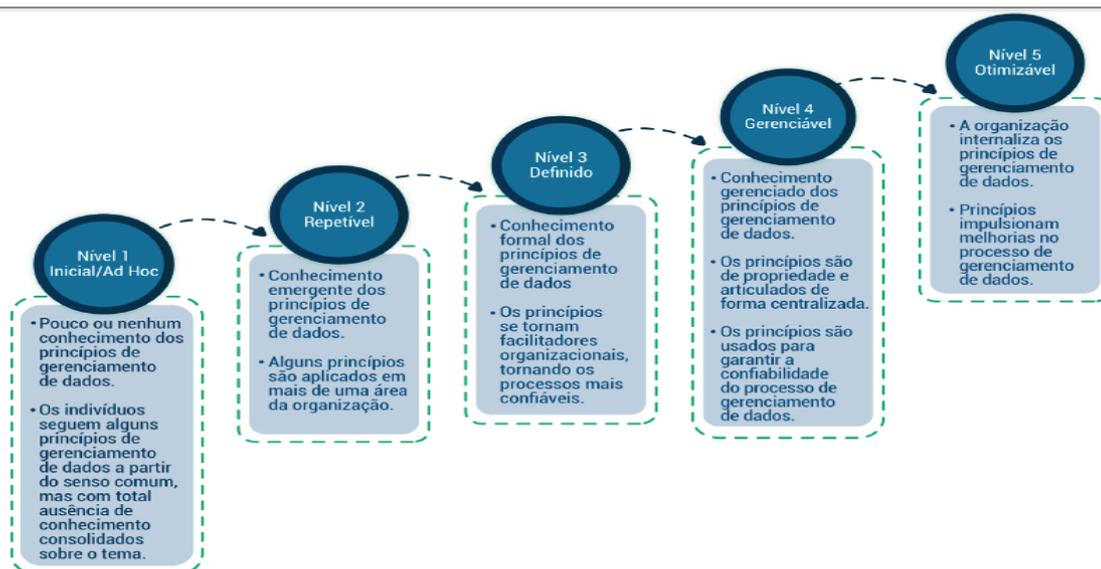
De acordo com a abordagem da racionalidade limitada, soluções baseadas em modelos heurísticos, em que são empregados experiência, conhecimento empírico e preferências do tomador de decisão, podem levar a soluções simplistas. Dessa forma, as relações entre o processo decisório e os sistemas de informações são fundamentadas na abordagem da racionalidade limitada (AUDY& BRODBECK, 2003). Outro ponto relevante dessa perspectiva teórica é considerar as limitações cognitivas dos indivíduos no processamento de informações. Assim, para tornar possível a decisão, indivíduos utilizam mecanismos de simplificação de informações, são eles: a) Edição: problemas e situações complexos são simplificados; b) Decomposição: problemas são reduzidos a suas partes componentes; c) Heurística: reconhecimento de padrões nas situações enfrentadas e aplicação de regras adequadas a essas situações; e, d) Enfoques: concentram a atenção e simplificam a análise, de acordo com as opções e preferências (Bandeira, Gonçalves e Silva, 2014).

A necessidade de interpretar os dados para tomar decisões mais qualificadas fez com que o segmento de desenvolvimento de software percebesse o nicho de mercado quanto a soluções particulares para atender às demandas. As ofertas das empresas pautam-se, em geral, por dois conceitos básicos. O primeiro deles é baseado numa abordagem fundamentada na concepção de utilidade, procurando maximizar esse valor. O segundo apoia-se na concepção da racionalidade limitada do tomador de decisão, na perspectiva de que o processo decisório é complexo e inclui conflito de valores e interesses individuais, informações incompletas, inadequação do conhecimento. Verifica-se que esta última abordagem coaduna-se com as características apresentadas pelos entrevistados e sintetizadas nos quadros 1 e 2. Nesse sentido, a proposta ora apresentada pretende contribuir para que a estrutura organizacional da Sesab disponha sempre de dados organizados, controlados, integrados e disponíveis para uso atendendo aos requisitos da qualidade, adotando como objeto de estudo a publicização de unidades, com intuito de potencializar a análise de situação de saúde, da gestão do cuidado, da qualificação clínica, da programação das ações e conseqüentemente a tomada de decisão na publicização.

Se adotamos como premissa que a tomada de decisão é um processo responsável pela escolha da melhor solução para um problema ou oportunidade e que, de acordo com a teoria da decisão, as organizações são sistemas de decisão e que cada funcionário dentro da organização participa da tomada de decisões individuais sobre determinado assunto na empresa (SIMON, 1987), faz-se necessário não somente munir-se de dados, mas garantir que estes estejam contemplados pelas dimensões da acurácia, temporalidade, completude e consistência, possibilitando redução de erros e possibilidade de realizar análises preditivas, gerando valor e otimizando as decisões do negócio. A acurácia diz respeito ao fato dos dados serem representativos da realidade (exatidão); a temporalidade está relacionada à atualidade dos dados e ao fato de estar acessível e disponível quando é necessário; a consistência faz referência à perseverança dos dados, ao fato destes não sofrerem mudanças, e a completude

está associada aos dados estarem completos, sem valores nulos ou faltantes (ESPÍNDOLA, *et al.*, 2018). As dimensões da qualidade dos dados são importantes parâmetros para diagnosticar a situação atual relacionada aos dados e também para identificar o nível de qualidade dos dados que se almeja alcançar para a tomada de decisão. Nesse sentido, o DMBOK 2 recomenda a avaliação da maturidade institucional do uso dos princípios de gerenciamento de dados, que pode progredir conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 1: Níveis de maturidade do uso de gerenciamento de dados



Fonte: ENAP (2019, P. 35)

Segundo Sadiq (2013), o controle proporcionado com a Governança de Dados é necessário considerando o ritmo crescente de dados produzido nas instituições, além de cada vez mais múltiplos, exigindo o uso de softwares e hardwares capazes de processar a quantidade de dados no menor prazo de tempo. Essa compreensão imbrica-se com a identificação dos achados desta pesquisa com relação ao volume e diversidade dos dados referentes a publicização das unidades hospitalares, os quais podem ser encarados como problemas ou oportunidade, dependendo do nível de gerenciamento que se faça desses dados.

Sobre o processo de implementação de governança de dados, Cochrane (2009) explica ser constituído em cinco etapas: 1- a formação de um grupo de trabalho pequeno, que represente o negócio sob várias óticas; 2 - o desenvolvimento de uma estrutura operacional que defina como o programa funciona, englobando estratégias, pessoas, processos, políticas e TI; 3 - a escolha por iniciar um processo tático capaz de agregar valor rapidamente e atender aos objetivos organizacionais de longo prazo, a fim de identificar os processos que não funcionam e estabelecer o ritmo pelo qual o processo de implementação da governança de dados seguirá; 4 - o refinamento e 5 - o crescimento. Complementarmente, Barbieri (2013) aponta que a correta união entre infraestrutura de TI e um plano de governança de dados, resultará num conhecimento avançado na criação e utilização das informações e, por consequência, agregará valor a um ativo vital para a organização. Evidencia-se, a partir da classificação proposta por Cochrane (2009), que outros atores são responsáveis pela GD na organização, desmitificando-se a ideia de que a GD refere-se exclusivamente à área de TI.

Considerando que a GD é uma prática moderna que se propõe a garantir que os dados sejam confiáveis e que as pessoas possam ser responsabilizadas por qualquer evento adverso que

aconteça devido à baixa qualidade ou ao uso indevido dos dados (KRUSE et al., 2016), o foco deve estar na qualidade de dados, passando por avaliação, gerência, melhoria, monitoração do uso e na preservação dos aspectos de segurança e privacidade associados a eles. Para tal, as organizações deverão definir objetivos e processos institucionalizados, que deverão ser implementados dentro do equilíbrio fundamental entre TI e áreas de negócios.

As ferramentas de tecnologia propostas para governar os dados são importantes e necessárias de muitas formas para ajudar neste processo, mas é através da realização de atos administrativos de gestão que as regras e as políticas de governança poderão ser implementadas, capacitando as pessoas envolvidas diretamente nesta governança e assim obtendo o melhor uso dos dados. Depreende-se, assim, que a GD deve ser vista como uma competência central e evolutiva, e não ser rotulado como um projeto com data inicial e final vinculada a um setor específico.

A governança de dados traz consigo benefícios tangíveis e intangíveis. Na visão de Lopes (2016), os benefícios tangíveis referem-se ao retorno financeiro quanto a pontos relacionados a uma má gestão de dados como: “[...] multas, quebras de contrato, reprocessamentos, solicitações operacionais (processos de negócio) devido a erros nos dados, correções manuais, retrabalho no desenvolvimento das aplicações devido à utilização de fontes incorretas [...]” (LOPES, 2016). Como benefícios intangíveis, o referido autor destaca: a mudança cultural da organização quanto à relevância dos dados e informações como ativos estratégicos, melhor alinhamento entre o setor de TI e demais áreas da organização, além da criação e utilização de uma cultura referente ao uso de indicadores de qualidade e desempenho dos dados, o entendimento de quais dados e informações são de necessidade da empresa, redução na quantidade de informações duplicadas ou incompletas. Tais benefícios são contrapontos aos principais problemas usualmente vividos pelas corporações, quando sentem a necessidade de implantar a gestão ou governança de dados, como perda de tempo na localização de dados e informações, armazenamento de dados incompletos, prejudicando o uso futuro, números divergentes apresentados por diversas áreas quando deveriam ser iguais, duplicidade de dados e informações, foco em ações corretivas em vez de foco em ações preventivas, utilização de informação errada para tomada de decisão, entre outros.

Enquanto o objetivo da gestão de dados é garantir que uma organização obtenha valor a partir de seus dados, a governança de dados observa como decisões são tomadas com base em dados e como pessoas e processos devem se comportar em relação aos dados (DAMA-DMBOK, 2017). Para analisar esse comportamento, a presente pesquisa adotou o uso da matriz RACI. Trata-se de uma ferramenta referenciada por modelos de governança de TI, sendo utilizada para atribuir responsabilidades em processos, projetos e serviços. Sua nomenclatura significa: R - responsável pela execução da atividade; A - autoridade, quem responde; C - consultado, quem participa da decisão ou atividade no momento de sua execução; I - informado, recebe a informação de uma atividade executada. Essa matriz importante no processo de implantação ou implementação, pois evita que os participantes-chave do processo sejam ignorados ou esquecidos, além de evidenciar as responsabilidades por atividade.

No âmbito da Sesab, as atividades de planejamento, acompanhamento, monitoramento, avaliação e pagamento dos contratos de gestão concentram-se basicamente na Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS, que tem por finalidade a formulação, o apoio e o acompanhamento da implementação da Política de Atenção à Saúde no Estado da Bahia, bem como **gerenciar, controlar e avaliar as unidades de saúde, sob administração direta e indireta**. Nessa Superintendência, duas Diretorias contribuem mais diretamente no planejamento e controle da publicização das unidades: 1- a Diretoria de Atenção Especializada – DAE (responsável por formular, implantar e implementar as Políticas de

Atenção Especializadas, compreendendo as políticas de urgência e emergência, média e alta complexidade e atenção hospitalar) e 2- Diretoria Geral de Gestão das Unidades Próprias - DGGUP (responsável por implementar as políticas estaduais de saúde nos estabelecimentos de saúde sob gestão direta e indireta da SESAB, garantindo o acesso à assistência com qualidade e resolutividade), sendo esta Diretoria composta pelas Diretoria de Apoio Operacional às Unidades da Própria (DAOUP) e Diretoria de Gestão de Serviços de Saúde – DGESS.

De acordo com os processos de contratação, a DAE fornece as informações referentes à região de saúde na qual está inserida a unidade a ser publicizada, as competências ambulatoriais e hospitalares que contemplam a vocação das unidades hospitalares, a quantidade mínima dos procedimentos a serem realizados na unidade. Por sua vez, a DAOUP e DGESS atuam do planejamento ao monitoramento e controle da execução contratual. Na DGESS está instituída a Coordenação de Monitoramento, Avaliação e Supervisão das unidades da rede própria - COMASUP, que tem como atribuição o monitoramento e avaliação técnica da execução dos Contratos de Gestão. Em agosto de 2021 foi instituída uma nova instância de fiscalização de contratos, a Comissão de avaliação dos contratos de gestão, que compõe a estrutura da COMASUP e tem como atribuições: fiscalização dos serviços na modalidade "in loco" tanto sob o aspecto quantitativo quanto no qualitativo; acompanhar e fiscalizar a execução do Contrato de Gestão quanto ao aprimoramento da gestão da Organização Social e à otimização do padrão de qualidade na execução dos serviços e no atendimento ao cidadão ;requerer a qualquer momento à apresentação de relatórios pertinentes a execução do contrato de gestão, contendo comparativo das metas propostas com os resultados alcançados; elaborar relatório conclusivo da avaliação procedida; comunicar, mediante relatório circunstanciado, as irregularidades/ilegalidades de que tiver conhecimento, envolvendo a utilização de recursos ou bens de origem pública pela organização social; acompanhar e fiscalizar o cumprimento do objeto e das obrigações contratuais. Destaca-se, no âmbito da DAOUP/SAIS, a existência do Núcleo de Prestação de Contas, responsável por analisar a prestação de contas encaminhadas mensalmente pelas OS referentes às unidades de saúde publicizadas, utilizando-se do Sistema de Prestação de Contas, ferramenta na qual as OS anexam documentações digitalizadas referentes as despesas para operacionalização da unidade publicizada.

Outros órgãos da Sesab participam pontualmente de ações pertinentes ao contrato de gestão, quais sejam: Coordenação de Economia da Saúde, subordinada à Coordenação Executiva de Monitoramento da Prestação de Serviços em Saúde (CEMPSS), participa essencialmente da formação de preço de referência para operacionalização da unidade, fundamentando-se nos dados de porte da unidade, serviços ofertados e produção mínima exigida. A formação de preço de referência utiliza os dados informados pela SAIS sobre a unidade, adotando como parâmetro os custos registrados no Sistema APURASUS. É responsável, ainda, pela análise econômico-financeira das propostas de preços apresentadas pelas participantes do chamamento público, avaliando a exequibilidade do preço apresentado, assim como pela emissão de parecer nos pleitos de reequilíbrio econômico-financeiro, resumindo-se à análise do ponto de vista econômico. Auditoria SUS/BA, cuja finalidade é promover a fiscalização técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial das ações e dos serviços de saúde do SUS/BA. Entre os anos de 2016 a 2019, o planejamento estadual da Auditoria SUS/BA previu a realização de auditorias em contratos de gestão, com objetivo de fiscalizar e fortalecer os controles nos contratos com OS. De acordo com os Relatórios de Gestão dos anos de 2017 e 2018 produzidos pela Auditoria SUS/BA, entre os resultados identificados em auditorias dessa natureza nos referidos anos destaca-se divergência entre as informações de produção

fornecidas pelas Organizações Sociais, que resultaram na avaliação do alcance de metas e as efetivamente comprovadas através dos sistemas de informação e das fontes primárias e baixo desempenho em relação a metas de procedimentos ambulatoriais, aspecto que possui aderência com o objeto do presente estudo, seja pelas possíveis causas relacionadas à racionalidade limitada (limitação cognitiva, de linguagem, conforme apresentado no quadro 1), seja pelas possíveis consequências oriundas de comportamentos oportunistas. Por sua vez, a Coordenação de Controle Interno (CCI), responsável por desempenhar as funções de acompanhamento, controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira e patrimonial da Sesab, efetua o acompanhamento e o controle da implementação de providências recomendadas nos relatórios de auditoria elaborados pelo TCE/BA, pela AGE/BA, Auditoria SUS/BA e demais órgãos de fiscalização referentes à execução da política de saúde no âmbito do SUS.

Do ponto de vista funcional, esses são os órgãos da Sesab relacionados com a publicização de unidades de saúde, seja inerente ao planejamento da contratação (DAE e DGGUP, ambas subordinadas à SAIS e Coordenação da Economia da Saúde/CEMPSS, subordinada ao Gabinete do Secretário de Saúde), seja na fase de acompanhamento, monitoramento e controle (NPC/DAOUP, COMASUS/DGESS, responsáveis pelos controles primários e CCI e Auditoria SUS, responsáveis pelos controles secundário e terciário). Conforme relatado em entrevistas, inexistente sistema de informações que congregue os dados relativos a essas unidades de saúde, uma possível causa que favorece a racionalidade limitada identificada no quadro 1. As áreas que atuam diretamente na execução do contrato de gestão, seja planejando ou monitorando, ambas subordinadas a SAIS, os dados são apresentados ora por meio de planilhas eletrônicas (RIH) ora por meio de documentos digitalizados no SISPC. Neste último caso, os arquivos apresentados são em PDF, não permitindo nenhuma ação de processamento e cruzamento de dados, restringindo-se apenas à recepção de documentos em PDF oriundos das OS, sendo de uso exclusivo do Núcleo de Prestação de Contas/DAOUP/SAIS. Com relação ao RIH, a precariedade fica evidente na síntese das entrevistas, por tratar-se de planilha eletrônica mensal, autodeclaratória, que dificulta significativamente a extração de informações fidedignas e preditivas, devido, em especial, a dificuldade de garantir que os dados estejam contemplados pelas dimensões da acurácia, temporalidade, completude e consistência, fundamentais para a tomada de decisão.

Embora desde o ano de 2004 existam contratos de gestão na Sesab, ampliando com o passar dos anos, apenas em 2021 foi contratado o serviço para prestação de serviço de monitorização em tempo real, da ocupação e da gestão de informações clínico-epidemiológicas de pacientes de alta complexidade: indicadores, qualidade e desempenho em terapia intensiva adulto, pediátrico e neonatal, com comparação relacionados à atividade-fim, em tempo real e online, com outras unidades de saúde do Brasil **para subsidiar o planejamento e a gestão da sua utilização permitindo o acompanhamento do desempenho e da qualidade assistencial dos leitos de cuidados intensivos e demais leitos hospitalares** (Internação, Complementar de Internação, Hospital Dia e Observação) dos hospitais gerenciados pela SESAB por meio de painéis de gestão a vista, painel pandemia - COVID entre outros online. Das 17 unidades em que o serviço foi implantado inicialmente 07 estavam sob gestão indireta (mediante contrato de gestão), embora, ainda naquele ano o número de unidades enquadradas no perfil ultrapassassem 15. A justificativa apresentada para a contratação fundamenta-se na considerável riqueza de informações produzidas no ambiente hospitalar, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, em que a tecnologia desempenha um significativo papel como aliada na constante busca pelo aprimoramento na prestação dos serviços.

5. CONTRIBUIÇÃO TECNOLÓGICA E SOCIAL

Percebe-se na estrutura da Sesab, no que concerne aos contratos de gestão, uma estrutura voltada para acompanhamento, monitoramento e controle, dado o caráter de controle das instâncias retrocitadas. Entretanto, essa estrutura pode ser racionalizada adotando-se a governança de dados. É importante chamar atenção que embora nos parágrafos anteriores tenham sido frisados a ausência de sistema de informação no objeto de estudo, a governança de dados não se confunde com a governança de TI, uma vez que esta resulta da evolução de padrões baseados em estruturas tecnológicas organizacionais que tradicionalmente tem centralizado foco em aplicações, como, por exemplo, emprego de softwares, aquisição e manutenção de servidores, entre outros, conforme apontado por Panian (2010). Por outro lado, a governança de dados, de acordo com Abraham *et al.*(2019), especifica uma estrutura multifuncional com propósito de administrar dados como ativos organizacionais estratégicos. Ainda de acordo com o autor a governança de dados é responsável por formalizar, políticas, padrões, procedimentos e monitoramento da conformidade dos dados. Supera, portanto, apenas a adoção de uso de ferramentas ligadas à TI, embora englobe esta. Nesse sentido, Jansen *et al.*,(2020) assinala que com tal processo implantado pretende-se assegurar a qualidade e o uso apropriado dos dados, atender aos requisitos de conformidade e auxiliar na utilização dos dados para criar valor público.

Utilizando-se da contribuição de Jansen *et al.* (2020), referente ao caráter multifuncional da governança de dados, propõe-se, a partir deste estudo a instituição de Comissão de Acompanhamento da Publicização em Saúde, coordenada pela CEMPSS, subordinada ao Gabinete do Secretário, composta por representantes da Sesab e das OS, com espaço aberto na gestão desenvolver as etapas de implementação da GD propostas por Cochrane, conforme disposto no quadro 6, sendo responsável por conduzir o processo de governança de dados no processo de publicização de unidades de saúde, estimulando a internalização desse processo e disseminação do modelo para outras áreas da Sesab. Considerando a proposta de governança de dados, duas áreas da Sesab, que não foram identificadas no mapeamento realizado no presente estudo, merecem ser incluídas no processo ao abordar governança de dados: 1- a Diretoria de Modernização Administrativa - DMA, responsável pela tecnologia da informação e comunicação na Sesab e 2 – Assessoria de Planejamento e Gestão – APG, considerando sua finalidade precípua de promover a gestão organizacional, do planejamento estratégico, do orçamento e de tecnologias da informação e comunicação - TIC, dos sistemas formalmente instituídos, com foco nos resultados institucionais, ambas subordinadas diretamente ao Gabinete do Secretário de Saúde.

Quadro 6 - Matriz RACI – Responsabilidades na adoção de ações propiciadoras da implantação da GD, fundamentando-se nas etapas e qualidade dos dados na publicização de unidades

	OS	CMA	NPC	DGESS	SAIS	AUDITORIA	C
Formar Grupo de Trabalho que represente a publicização de unidades sob várias óticas (Assistencial, econômica-financeira, administrativa, formal (renovações, repactuações), etc, com fito de diagnosticar de que forma o fluxo de informação sobre publicização é tratado na Sesab	C	X	X	C	R	C	
Identificar nível de maturidade do uso de gerenciamento de dados na publicização.	C	C	C	C	C	C	
Desenvolver estrutura operacional que defina como o programa de governança de dados deve funcionar na publicização de unidades.	C	I	I	C	C	I	
Identificar processo tático capaz de agregar valor rapidamente e atender aos objetivos organizacionais de longo prazo.	C	C	C	C	R	I	
Estabelecer mecanismos de uso da informação	I	I	I	I	C	C	
Qualidade de dados na fonte de informação	R	R	R	R	A	X	
• Acurácia	C	C	C	R	A	X	
• Completude	R	R	R	R	A	X	
• Consistência	R	R	R	R	A	X	
• temporalidade	C	C	C	R	A	X	
Monitorar e avaliar a conformidade com políticas e padrões de dados	I	I	I	I	I	R	

Fonte: elaboração própria, a partir de Cochrane (2009) e Espíndola *et al.*, 2018

Legenda:

R – Responsável (quem assume a atribuição de realizar as tarefas e entregas)

A – Aprovador (quem tem a autoridade final sobre a aprovação do projeto)

C – Consultado (quem detém informações valiosas para a continuidade do projeto)

I – Informado (quaisquer pessoas que devam ser atualizadas sobre o andamento do projeto)

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, R.; SCHNEIDER, J.; BROCKE, J.V. Data Governance: A conceptual framework, structure review, and research agenda. *International Journal of Information Management*, n.49,2019.
- ABRUCIO, F. L.; GAETANI, F. Avanços e perspectivas da gestão pública nos estados: agenda, aprendizado e coalizão. In: Consad. Avanços e perspectivas da gestão pública nos estados. Brasília: Consad, 2006.
- Audy, J. N.; Brodbeck, A. F.. *Sistemas de Informação: Planejamento e Alinhamento Estratégico nas Organizações*. Porto Alegre: Bookman.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 40 n. 3, 2016. Suplemento.
- BARBIERI, C. Uma visão sintética e comentada do Data Management Body of Knowledge (DMBOK). Belo Horizonte: FUMSOFT, 2013.
- BEGNIS, H. S. M.; ESTIVALETE, V. F. B.; PEDROZO, E. A. Confiança, comportamento oportunista e quebra de contratos na cadeia produtiva do fumo no sul do Brasil. *Gestão e Produção*, v. 14, n. 2, p. 311-322, 2007.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública. Versão 2 – Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2013. 80 p. Disponível em: http://https://portal.tcu.gov.br/data/files/6A/B6/39/85/1CD4671023455957E18818A8/Referencial_basico_governanca_1_edicao.PDF. Acesso em: 05 ago. 2020.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. Primeiros passos da reforma gerencial do Estado de 1995. In: DINCAO, M. A.; MARTINS, H. (orgs). *Democracia, Crise e Reforma: Estudos sobre a era Fernando Henrique Cardoso*, São Paulo: Paz e Terra, 2010. p. 171-212.
- COASE, R. H. The Nature of the Firm. *Economica*, v. 4. p. 386–405, nov. 1937. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1468-0335.1937.tb00002.x>. Acesso em: 24 nov. 2019.
- COCHRANE, M. Five Steps to Data Governance. *Information Magazine*. 2009. Disponível em <https://www.information-management.com/news/5-steps-to-data-governance>. Acesso em 05 julho 2022.
- DAMA-DMBOK2 Editorial Board. *The DAMA Guide to the Data Management Body of Knowledge*. Bradley Beach, NJ: Technics Publications, 2017.
- Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. (2010). Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In N. K. Denzin & Y, S. Lincoln (Orgs). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. (2ª Ed). Porto Alegre, RS: Editora Artmed.
- DEPARTMENT FOR DIGITAL, CULTURE, MEDIA & SPORT OF UNITED KINGDOM. Policy paper: National Data Strategy, 2020. Disponível em <https://rb.gy/yd0t8n>. Acesso em 26/06/2022.
- EL-WARRAK, L. O. A contratualização no âmbito da gestão pública em saúde: a experiência da área de planejamento 4 do município do Rio de Janeiro. 2008.182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.
- ESPINDOLA, P. et al. Governança de dados aplicada à ciência da informação: análise de um sistema de dados científicos para a área da saúde. **Revista Digital de Biblioteconomia & Ciência da Informação**, v. 16, n. 3, p. 274-298, 2018.
- Gomes, L. R.; Governança e pressupostos comportamentais: possíveis relações nos contratos de gestão de saúde na Bahia. 2021.122 f. Dissertação. Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.
- JANSSEN, M.; BROUS, P.; ESTEVEZ, E.; BARBOSA L.S.; JANOWSK, T. Data Governance: Organizing data for trust worthy artificial intelligence. *Government Information Quarterly*, n. 37, junho, 2020.

LOPES, B. Como identificar os principais ganhos na adoção da Gestão de Dados. Disponível em: <https://www.blrdata.com.br/single-post/2016/03/08/como-identificar-os-principais-ganhos-na-ado%C3%A7%C3%A3o-da-gest%C3%A3o-de-dados>. Acesso em 13 junho 2022.

MATIAS-PEREIRA, J. Governança no Setor Público. São Paulo: Atlas, 2010.

PALMA, F. A matriz RACI é a solução dos seus problemas! Disponível em: <https://www.portalgsti.com.br/2013/04/a-matriz-raci-e-a-solucao-de-seus-problemas.html>. Acesso em: 13 de julho 2022.

PANIAN, Z. Some practical Experiences in Data Governance. World Academy of Science, Enginnerig and Technology, n. 62, 2010.

SORENSEN, E. Conflict as driver of pluricentric coordination. Planning Theory, v. 13, n. 2, 152–169, 2014.

REIS, M. C.; COELHO, T. C. B. Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das Organizações Sociais de Saúde. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, p. 1-32, 2018.

SADIQ, S. Handbook of data quality research and practice. Australia: Springer, 2013.

SANTOS, T. B. S. et al. Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 2, p. 247-261, outubro 2018.

SOUZA, R. L. S. Gestão na Administração Pública Federal: ainda em transição para uma administração pública gerencial. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 17., 2012, Cartagena. Anais [...] Colômbia: CLAD, 2012.

Sweden, E. Data Governance – Managing information as an enterprise asset. NASCIO - National Association of State Chief Information Officers, April, 2008. Disponível em <https://www.nascio.org/wp-content/uploads/2019/11/NASCIO-DataGovernance-Part1.pdf>. Acessado em 08 de julho de 2022.

Thomas, G. (2006). Alpha males and data disasters: the case for data governance. Brass Cannon Press, Orlando, 2006.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

WILLIAMSON, O. E. The Economic Institutions of Capitalism: firms, markets, relational contracting. New York: The Free Press, 1985.