



UNILA

Universidade Federal
da Integração
Latino-Americana

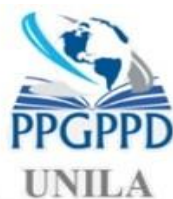
**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

**A DICOTOMIA INTEGRALIDADE *VERSUS* FRAGMENTAÇÃO NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS:
UM OLHAR A PARTIR DA GOVERNANÇA**

MARINA SALES RAMOS

DISSERTAÇÃO

Foz do Iguaçu,
2024



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

**A DICOTOMIA INTEGRALIDADE *VERSUS* FRAGMENTAÇÃO NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS:
UM OLHAR A PARTIR DA GOVERNANÇA**

MARINA SALES RAMOS

Proposta de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à elaboração da dissertação do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Jamur Johnas Marchi

Foz do Iguaçu,
2024

MARINA SALES RAMOS

**A DICOTOMIA INTEGRALIDADE *VERSUS* FRAGMENTAÇÃO NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS:
UM OLHAR A PARTIR DA GOVERNANÇA**

Proposta de Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à elaboração da dissertação do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

BANCA EXAMINADORA DE DEFESA

Orientador: Prof. Dr. Jamur Johnas Marchi
UNILA

Prof. Dr. Douglas Wegner
(FDC)

Prof^a. Gladys Amelia Velez Benito
(UNILA)

Foz do Iguaçu, 05 de novembro de 2024.

R175

Ramos, Marina Sales.

A dicotomia integralidade versus fragmentação no Sistema Único de Saúde - SUS: um olhar a partir da governança / Marina Sales Ramos. - Foz do Iguaçu, 2024.

106 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

RESUMO

A política pública de saúde brasileira possui o desafio de oferecer de forma integral e equitativa os serviços em saúde à toda população brasileira. A criação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) se deu com a proposta de organização do Sistema Único de Saúde - SUS e com a finalidade de superar esse desafio, através da gestão nas Regiões de Saúde e do processo de governança colaborativa. Sendo assim, o presente estudo objetivou analisar como a governança colaborativa processual pode contribuir para a integralidade nas Redes de Atenção à Saúde dos municípios com população até 25 mil habitantes. Para tanto foi realizado um estudo de caso, tendo como objeto de análise a Microrregião de Saúde de Pedra Azul-MG, com levantamento de dados através da aplicação de entrevistas semi-estruturadas à coordenadores municipais e realizada análise documental, foram 11 informantes de cidades dessa microrregião e 19 documentos analisados. Como resultados tem-se que os princípios de região de saúde não são atendidos; a governança a nível municipal utiliza-se de elementos da governança colaborativa processual para seu funcionamento. Entretanto a governança microrregional encontra dificuldades nos elementos de coordenação, representatividade e liderança, fragilidade nos níveis de confiança e de controle dos resultados e eficácia das ações. A integralidade em saúde pressupõe o atendimento em todos os níveis de complexidade e para seu acesso é necessário o trânsito dentro da rede, no entanto não foi que se verificou na região estudada, havendo fragmentação do cuidado. Entende-se que a RAS é a ferramenta que possibilita a efetivação do cumprimento da integralidade em saúde, todavia, se aplicada à luz da governança colaborativa.

Palavras-chave: SUS, Redes de Atenção à Saúde, Integralidade, Fragmentação, Regiões de Saúde, Governança Colaborativa Processual.

ABSTRACT

Brazilian public health policy has the challenge of offering health services in a comprehensive and equitable manner to the entire Brazilian population. The creation of the Health Care Network (RAS) took place with the proposal of organizing the Unified Health System - SUS and with the purpose of overcoming this challenge, through the management of the Health Regions and the collaborative governance process. Thus, the present study aimed to analyze how collaborative procedural governance can contribute to comprehensiveness in the Health Care Networks of municipalities with populations up to 25 thousand inhabitants. To this end, a case study was carried out, having as object of analysis the Health Microregion of Pedra Azul-MG, with data collection through the application of semi-structured interviews to municipal coordinators and documentary analysis, there were 11 informants from cities in this microregion and 19 documents analyzed. As a result, the principles of the health region are not met; Governance at the municipal level uses elements of procedural collaborative governance for its functioning. However, micro-regional governance encounters difficulties in the elements of coordination, representativeness and leadership, fragility in the levels of trust and control of results and effectiveness of actions. Comprehensiveness in health presupposes care at all levels of complexity and for its access it is necessary to transit within the network, however this was not the case in the region studied, with fragmentation of care. It is understood that the RAS is the tool that enables the effective fulfillment of integrality in health, however, if applied in the light of collaborative governance.

Keywords: SUS, Health Care Networks, Comprehensiveness, Fragmentation, Health Regions, Procedural Collaborative Governance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.2 PROBLEMA	15
1.3 PROPOSIÇÃO INICIAL DE ESTUDO	16
1.4 OBJETIVO(S).....	16
1.4.1 Objetivo Geral	16
1.4.2 Objetivos Específicos	17
1.5 JUSTIFICATIVA.....	17
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	18
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1 GOVERNANÇA.....	19
2.1.1 Governança em Redes.....	20
2.1.2 Governança Colaborativa.....	23
2.2 GOVERNANÇA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS	26
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	39
3.1 COLETA DE DADOS.....	41
3.2 TRATAMENTO DOS DADOS.....	46
3.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	47
4 RESULTADOS	49
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE PEDRA AZUL	49
4.2 MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE PEDRA AZUL: UM OLHAR A PARTIR DA GOVERNANÇA PROCESSUAL.....	53
4.2.1 Coordenação da Rede	54
4.2.1.1 Coordenação.....	54
4.2.1.2 Comunicação	59
4.2.1.3 Gestão do conhecimento e gestão de conflitos.....	60
4.2.1.4 Tomada de Decisão.....	63
4.2.2.1 Reconhecimento das lideranças nos municípios e na microrregião.....	65
4.2.2.2 Liderança e a promoção da colaboração na Rede.....	67
4.2.3 Construção da Legitimidade	68
4.2.3.1 Percepção da mutualidade.....	68
4.2.3.2 Percepção da formação de identidade coletiva.....	69
4.2.4 Construção da Confiança	70

4.2.4.1 <i>Percepção da confiança estrutural</i>	70
4.2.4.2 <i>Percepção da confiança comportamental</i>	71
4.2.5 Controle e Aferição dos Resultados	71
4.2.5.1 <i>Percepção sobre o controle dos resultados na RAS</i>	72
4.2.5.2 <i>Percepção sobre a eficácia das ações na RAS</i>	76
4.3 INTEGRALIDADE <i>VERSUS</i> FRAGMENTAÇÃO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE PEDRA AZUL-MG	78
4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS:	81
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICES	103
APÊNDICE – A: PROTOCOLO DE PESQUISA PARA ENTREVISTA.....	103
APÊNDICE – B: TERMO DE CONSENTIMENTO.....	105

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Sistema gerencial da governança na RAS	47
QUADRO 2 – Categorias de Análise	58
QUADRO 3 – Protocolo de pesquisa para entrevista	60
QUADRO 4 – Relação de Município X Cargo X Participante	62
QUADRO 5 – Documentos Analisados	62
QUADRO 6: Caracterização demográfica e socioeconômica da Microrregião de Pedra Azul - MG	68
QUADRO 7: Número de ESF e Hospitais na Micro	69
QUADRO 8: Distância territorial (KM) entre os municípios da Microrregião e principais locais de atendimento	69
QUADRO 9 – Evidências de Fragmentação e Integralidade na Coordenação da Rede	77

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Governança da RAS	29
FIGURA 2 – Modelo analítico sobre Governança Colaborativa	30
FIGURA 3 – Desenho do estudo	38
FIGURA 4 - Mapa de Minas Gerais com Divisão por Macro e Microrregiões	68
FIGURA 5 - Mapa Macrorregião Nordeste	69
FIGURA 6 - Mapa da Micro de Pedra Azul	69

1 INTRODUÇÃO

O Brasil possui uma extensão territorial de 8.510.295,91 km², com uma população estimada de 215.433.932 pessoas, apresenta uma densidade demográfica de 25,3 hab/km². Essas proporções grandiosas também representam grandes diferenças quanto às questões de distribuição da população, renda e oferta de serviços em saúde nesse território (IBGE, 2023).

A Constituição Brasileira traz a saúde como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, que deve ser universal e igualitário, abrangendo desde a prevenção até o tratamento dos agravos em saúde (BRASIL, 1988).

A política de saúde nacional é realizada através do Sistema Único de Saúde - SUS, com princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, autonomia, igualdade, direito à informação, divulgação de informações, epidemiologia como referencial, participação da comunidade, descentralização político administrativa, integração dos níveis de saúde, conjugação de recursos, capacidade de resolução, organização dos serviços. (BRASIL, 1990).

Contudo, a prevalência da oferta dos serviços públicos em saúde fundou-se por muito tempo em um modelo de atenção fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta. Somando-se a esse aspecto o cenário brasileiro de diversidade de contextos regionais com suas marcantes diferenças sócio econômicas e das necessidades de saúde da população entre as regiões, verificou-se que o sistema de saúde utilizado até aquele momento, mostrava-se insuficiente para dar conta dos desafios sanitários, assim como seria insustentável para os enfrentamentos futuros. Por conseguinte, o que se verificava era uma organização do SUS caracterizada por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas, com a presença de lacunas assistenciais importantes (BRASIL, 2010).

Em 2010 foi construída uma proposta de organização da política pública de saúde com a finalidade de superar essa fragmentação com a criação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), realizar a gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS para garantir ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

Através da Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, foi conceituada a RAS como “... arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Foram definidas as diretrizes

para a consolidação da organização da Rede de Atenção à Saúde, tendo como sua principal a Regionalização, que é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e deve ser referência ao orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a organização da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010). A RAS foi estruturada dessa maneira, para promover uma organização da atenção em saúde, contribuindo para uma atenção global e integral ao usuário do SUS.

A efetivação do funcionamento da RAS só se torna possível a partir da positiva prática da governança em saúde. Para tanto é fundamental a existência de um sistema de governança participativo, com interação entre Estado e sociedade que seja possível associar a descentralização dos serviços à necessidade de integração solidária entre os municípios (MENDES, 2011).

Diante disso, observa-se que em uma rede regionalizada o processo de governança é um componente relevante para o seu o funcionamento. Embora existam inúmeras vertentes de estudos que abordam o tema governança, seu conceito ainda é permeado de imprecisões, sendo aplicado muitas vezes de forma normativa no que concerne à saúde. Entretanto, o sistema de governança pode ser utilizado de diversos modos, de forma que as interações nas tomadas de decisão, articulação de processos, resoluções de conflitos entre sujeitos, bem como as regras do jogo, promovam uma nova dinâmica de decisões (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

No âmbito do SUS, o principal foco de debate e normatização relativo à governança tem sido sob a ótica de redes de atenção à saúde, também chamada de governança colaborativa, isso decorre, principalmente, da ideia de que o Sistema é formado por partes autônomas, mas interdependentes entre si (BRASIL, 2018). A governança da RAS implica o enfrentamento de questões políticas e estruturais ligadas ao processo de regionalização: relações federativas, relações público-privadas, capacidades internas de gestão, sustentabilidade financeira, regulação da atenção e estabelecimento de padrões de qualidade para a provisão de serviços (públicos e privados), bem como os padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros (BRASIL, 2010).

O presente estudo adotou a governança colaborativa processual como fundamentação teórica, pois a RAS possui como natureza ser uma rede colaborativa, em um arranjo composto por atores que possuem recursos complementares e interdependentes entre si, porém mantendo-se atores autônomos e a dimensão Processual como ótica de análise é ela que permite analisar quais são os processos e instrumentos que operacionalizam o

funcionamento da rede nas ações práticas do dia-a-dia, trazendo dessa forma elementos que favorecem a solução de problemas complexos (MILAGRES *et al.*, 2016).

Outra ótica de apoio para se buscar efetividade da política pública de saúde é a partir da integralidade, tendo em vista que superar a fragmentação no sistema de saúde também pode ser entendido como oferecer um atendimento integral ao usuário, pois a integralidade, diz respeito a possibilidade de acesso integral, de acordo com sua necessidade, mas não somente a nível individual, como também de forma coletiva (MENDES, 2011).

A Lei Orgânica da Saúde traz a Integralidade descrita como um princípio que regerá a forma como as ações e serviços em saúde deverão ser desenvolvidos. Ela é descrita como um conjunto articulado e contínuo das ações em saúde, compreendendo desde os serviços preventivos até os curativos nos âmbitos individuais e coletivos, observando a especificidade de cada demanda de acordo com todos os níveis de complexidade em que se encontre (BRASIL, 1990).

Pereira (2009) apresenta a Integralidade em Saúde como um princípio que busca conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço, para tanto, como modo de organizar as práticas exige-se horizontalização dos programas, a fim de superar a fragmentação das ações em saúde, pois ela é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Dessa maneira, a integralidade como eixo prioritário da política de saúde visa torna-la concreta, para tanto é necessário compreender sua operacionalização com vistas a superar obstáculos e implantar de inovações na prática do SUS, desde nas relações entre os níveis de gestão, quanto nas relações deste com a sociedade.

O delineamento de campo de estudo realizado é a Microrregião de Saúde de Pedra Azul – MG, composta por 5 municípios: Águas Vermelhas, Cachoeira de Pajeú, Divisa Alegre, Divisópolis e Pedra Azul, perfazendo uma população de 64.091 habitantes, municípios de pequeno porte. Essa Microrregião fica localizada no extremo nordeste do Estado de Minas Gerais, no Vale do Jequitinhonha, semiárido mineiro, IDH médio de 0,60, região marcada pelo baixo desenvolvimento sócio econômico. A distância territorial da Microrregião para a capital do estado, Belo Horizonte, é de 743 km, em que estão localizadas as maiores referências de Alta Complexidade, que incluem os procedimentos de alto custo, que necessitam de um maior suporte tecnológico e maior especificidade.

A escolha pela localidade deve-se ao baixo desenvolvimento social, dependência exclusiva uso do SUS pela maioria população, municípios de pequeno porte, diante disso tem-se possibilidade de descrever o funcionamento da governança nesse contexto e comparar e

compartilhar experiências exitosas com outras localidades semelhantes, assim como buscar soluções comuns. Por conseguinte, para se alcançar a integralidade é necessário romper as fragmentações através da consolidação e efetivação da interdependência dos níveis de atenção do SUS, que se coloca como objetivo final por meio da governança colaborativa na RAS.

1.2 PROBLEMA

O Brasil é um país com extensão continental, marcado por profundas diferenças nos âmbitos demográficos e socioeconômicos. As políticas públicas de saúde possuem como diretriz principal o objetivo de oferecer a toda a população as mesmas ações e serviços em saúde, com atendimento igualitário e integral, em todas as diferentes localidades, através dos princípios da equidade e da integralidade, assim como garantir a premissa ao direito universal à saúde (BRASIL, 1990).

Entretanto, sabe-se que os municípios com menor porte e mais distantes de grandes centros possuem dificuldades maiores de acesso à saúde, pois há carência de atendimentos médicos especializados e procedimentos clínicos de maior complexidade (NORONHA *et al.* 2020). Pois observa-se em todo território nacional uma situação de concentração da atenção em saúde que é diretamente proporcional à complexidade das internações e dos procedimentos, estando as primeiras nos grandes centros urbanos e as de menor complexidade mais descentralizadas em municípios menores (CARALHO *et.al.*, 2023).

Em todo o país há um número relevante de cidades consideradas de pequeno porte contando com uma população de até 20 mil habitantes, perfazendo um total de 3.770 municípios que correspondem a 67,7% do total de municípios brasileiros. Outros 1.096 municípios possuem entre 20.001 a 50 mil habitantes, que correspondem a 19,7% do total. (IBGE, 2023). Somando-se os municípios com populações até 50 mil habitantes, chega-se ao percentil de 87,4% das cidades brasileiras.

Em todo o país o primeiro nível de atenção em saúde está presente na vida da população em 76,08% dos municípios brasileiros (E-GESTOR, 2020). Contudo, atualmente o Brasil apresenta significativos vazios assistenciais quando se trata de cobertura de maior complexidade de cuidado e especialidades, sendo necessário que um paciente percorra uma distância média de 615 km para conseguir atendimento em leito de UTI na macrorregião de residência no estado do Amazonas, por exemplo (NORONHA *et al.* 2020).

Por conseguinte, observa-se que há uma grande abrangência e cobertura da atenção primária nos municípios de pequeno porte, sendo os fluxos de pacientes para os procedimentos de baixa média complexidade constituídos por pequenas distâncias percorridas. Porém para se alcançar a integralidade é necessário de percorrer grandes distâncias territoriais para alcançar os polos de especialidades e maiores complexidades (CARVAHO *et.al.*, 2023).

Dessa maneira, torna-se relevante estudar e compreender quais fatores estão relacionados à essa problemática e contribuem para manutenção desse cenário. Para tanto, no presente estudo visa-se realizar um recorte territorial e populacional, que constitua características comuns a outras localidades, podendo servir como referência para futuras análises e estudos comparativos. Sendo assim, será definido como objeto de estudo uma região de municípios de pequeno porte, baixa densidade populacional, grande distância territorial para outros centros e baixo nível socioeconômico: Rede de Atenção à Saúde da Microrregião de Pedra Azul-MG. A ótica escolhida para essa investigação é a governança processual, que permitirá, portanto, analisar quais são as dificuldades encontradas para atingir a integralidade em saúde.

Sendo assim, define-se como o problema de pesquisa: Como a governança colaborativa processual pode contribuir para a integralidade nas Redes de Atenção à Saúde dos municípios com população até 25 mil habitantes?

1.3 PROPOSIÇÃO INICIAL DE ESTUDO

O desenho da Rede de Atenção à Saúde no SUS na Microrregião de Saúde de Pedra Azul-MG é deficitário, com acesso à Atenção Secundária e Terciária muito difíceis, por fatores como pouca oferta de serviços em saúde desses referidos níveis; no componente territorial, uma distância muito grande para atender ao acesso e elementos de governança da rede frágeis.

1.4 OBJETIVO(S)

1.4.1 Objetivo Geral

Analisar como a governança colaborativa processual pode contribuir para a integralidade nas Redes de Atenção à Saúde dos municípios com população até 25 mil habitantes.

1.4.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever a organização da RAS na Microrregião de Saúde de Pedra Azul-MG.
- b) Identificar os elementos¹ envolvidos na governança processual da RAS na Microrregião de Saúde de Pedra Azul-MG.
- c) Analisar os aspectos que influenciam a integralidade e a fragmentação do SUS a partir da governança processual da RAS na Microrregião de Saúde de Pedra Azul-MG.

1.5 JUSTIFICATIVA

Compreender os fatores que contribuem para a não efetivação da integralidade em saúde na RAS é o caminho para superação da fragmentação (MENDES, 2019). Sendo assim, através da realização dessa investigação torna-se factível oferecer relevância científica sobre essa temática apresentada no presente estudo, com levantamento de informações, dados, estabelecer correlações e demais envolvidos neste processo contribuindo com o campo teórico da governança em saúde, tendo em vista que a unidade de análise definida é uma microrregião composta por municípios de até 25 mil habitantes, configurando um exemplo de funcionamento analisado pelo prisma da Governança Colaborativa Processual.

Por conseguinte, é possível através desse levantamento contribuir para a sociedade que utiliza o SUS como sua principal fonte de acesso aos serviços em saúde, avançar nos estudos e contribuições da governança em saúde em municípios de pequeno porte, trará base teórica, referenciais, bases comparativas e modelos para serem implementados em 87,4% do total de cidades brasileiras que enfrentam problemas e dificuldades de acesso à média e alta complexidade em saúde em todo o país, tendo em vista que as desigualdades sociais e de saúde no território brasileiro requerem um esforço cada vez

¹ Os elementos de governança processual investigados serão: coordenação da rede; liderança; construção de legitimidade/mutualidade; construção de confiança; controle e aferição de resultados, com base em um modelo de análise proposto por Milagres *et al.*, (2016).

maior para a construção de alternativas voltadas a reduzir iniquidades e estabelecer um caminho virtuoso para a promoção de equidade.

Outro ponto que torna este estudo relevante, é a inovação da temática, ao aplicar o modelo de análise sobre governança colaborativa de Milagres (2016) e investigar de forma detalhada os elementos que compõem a governança processual, fazendo um paralelo entre o que se verifica na prática no território investigado e como esses processos podem contribuir para o alcance da integralidade.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho foi estruturado em 5 partes, sendo elas: 1 Introdução, 2 Fundamentação teórica, 3 Procedimentos Metodológicos 4 Análise da governança da microrregião de saúde de Pedra Azul-MG e 5 Considerações Finais.

Na primeira parte é apresentado o tema proposto, com informações gerais sobre a saúde pública e a governança, a delimitação temática, objetivos propostos e atingidos com o estudo, assim como a importância da pesquisa. Em seguida, foram investigados aspectos sobre a governança, as diferentes interpretações e aplicações em áreas diversas, com especificidades relevantes, em especial sobre governança em redes e em saúde. Dando continuidade, foi estudada a temática sobre a Integralidade em Saúde, o Sistema Único de Saúde – SUS e sua organização, e a Rede de Atenção à Saúde. Posteriormente, é abordado a Governança na Rede de Atenção à Saúde. Na sessão 3, são apresentados os procedimentos metodológicos aplicados na presente pesquisa. Na seção seguinte foi realizada a análise dos dados levantados na pesquisa com a caracterização da microrregião de Saúde de Pedra Azul-MG, os dados coletados através das entrevistas e análise documental. Por fim, conclusões possíveis através do estudo, pontos a serem estudados em pesquisas posteriores e as considerações finais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O presente capítulo consiste em uma revisão de literatura. A primeira parte traz a temática da governança, em que se delimita como escopo principal de estudo as vertentes: colaborativa, em redes, na saúde. Na segunda parte é abordada a temática das políticas públicas de saúde brasileira o Sistema Único de Saúde, organização e a integralidade na saúde.

Para responder ao problema de pesquisa que possui dois eixos centrais: governança processual e integralidade da Rede de Atenção à Saúde RAS no SUS, é necessário compreender quais pontos são importantes em cada uma dessas temáticas para atender ao objetivo proposto, pois como destaca Mendes (2011) a governança das RASs é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos, pois maneja as relações entre esses pontos, com a finalidade de articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes, dessa maneira, a governança é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde.

2.1 GOVERNANÇA

A origem etimológica da palavra “governança” provém do latim “gubernare” e do grego “kybernan” ou “kubernetes” referia a antigos comandantes e Platão utilizou a expressão “kybernetes” para designar a arte de dirigir ou governar (CEPIKU, 2006). O conceito de governança tem como definição o ato de governar, dirigir ou guiar, e pode ser estabelecido como o desenvolvimento de ação coletiva que estabelece a interação entre os atores, a dinâmica, os processos e as relações formais e informais, mediante distintas formas com que uma sociedade ou instituição organizativa define, implementa e determina suas condutas (PIERRE; PETERS, 2000).

A origem e natureza do conceito de governança possui raízes teóricas muito diversas, entre as quais, as teorias provenientes do institucionalismo econômico, das relações internacionais, dos estudos organizacionais, dos estudos do desenvolvimento, da ciência política, da administração pública e das teorias de inspiração foucauldiana (STOKER, 1998).

O termo governança, de acordo com Vieira e Barreto (2019) se refere ao processo de direção e controle realizado pelo governo, sobre qualquer tipo de organização, sistema, território etc. Se relaciona a processos de coordenação social, nela não existe forma hierárquica e verticalizada, baseada no controle direto e formal, típico do governo do Estado.

Ela é exercida por esses múltiplos atores envolvidos ou partes interessadas, através de processos, regulamentos, normas, costumes, leis, rede, e assim, regulam o processo de tomada de decisão e implementação em favor do alcance de seus objetivos.

Contudo, o termo pode assumir diferentes definições, apresentando-se como um conceito guarda-chuva para ampla variedade de fenômenos como redes de políticas, gestão pública, coordenação de setores da economia, parceria público-privadas, colaboração entre atores públicos-privados e na prestação de serviços públicos (PIERE E PETERS, 2019)

De acordo com Secchi (2009) a governança pode ser conceituada de formas diferentes a partir da abordagem que recebem nas diferentes teorias. Sendo assim, este trabalho utilizará principalmente duas teorias sobre governança para aprofundamento que são a Governança em redes e a Governança colaborativa, que serão abordados nos tópicos seguintes.

2.1.1 Governança em Redes

A governança compreende um conjunto de instituições e de atores que são atraídos para a órbita do governo, compartilhamento das responsabilidades entre as questões econômicas e sociais, dependência entre as instituições, refere-se a redes de atores autônomos e auto-organizados, o governo assume ferramentas e novas técnicas para coordenar e guiar, sem comando direto e uso de sua autoridade, a ação fica a cargo das instituições da órbita (STOKER, 1998).

Segundo Pierre e Peters (1998), as configurações das estruturas institucionais que modelam a ação do Estado e as suas relações com outros atores, como empresas e ONG's. Diante disso, o estudo das redes (*networks*) surge como fundamental para o entendimento das mais recentes configurações da governança que, na atualidade, corporizam as dinâmicas relacionais de uma sociedade que está cada vez mais integrada a nível de fluxos e não apenas de relações unidimensionais de hierarquia. Sendo assim, o traço principal do modelo de governança é o argumento de que as redes passaram a dominar as políticas públicas, em que o controle da política é exercido pelos atores e não pelas instituições formais do governo.

Uma rede pode ser entendida como uma totalidade de unidades conectadas por um determinado tipo de relação, que se construiu ao encontrarem as relações existentes entre as organizações de uma determinada população (KLIJN, 2005).

O termo redes possui diferentes aplicações como representação de uma metáfora representativa da interação entre organizações ou como para definir uma estrutura social

específica. Nesses diferentes cenários, apresenta-se ou como uma forma organizacional em si, ou como um conjunto de relações (Cova et al., 2010).

Segundo Rhodes (1996), a governança pode ser entendida na perspectiva de Redes Auto-organizadas, composta por um conjunto complexo formado por organizações do setor público e privado, sua principal característica são as ligações intergovernamentais (combinações diversas entre público e privado) para a prestação de serviços, como uma rede. Nesta rede há intercâmbios de recursos, seja financeiros ou informações e conhecimentos, para atingir os objetivos, contudo evita-se a dependência de um dado ponto da rede, assumem uma forma generalizada de coordenação social e a gestão das relações interorganizacionais, com características intrínsecas de reputação, confiança, reciprocidade e interdependência mútua.

As redes possuem uma definição de entidades emergentes, segundo Provan & Lemaire (2012), nesse aspecto são desenvolvidas a partir de interações entre as organizações que se relacionam a partir de um objetivo, cujo início é impulsionado por metas pré-definidas.

Existem algumas divergências no estudo em redes, de acordo Moretti (2017), em especial na confusão entre a análise de redes sociais/*social network analysis* e a abordagem da governança em redes. Fazendo uma distinção entre diferentes abordagens tem-se que a análise de redes sociais/*social network analysis* é tratada como uma abordagem analítica de rede, enfoca os recursos de arquitetura de rede, conta com explicações estruturais dos seus resultados; as unidades de análise são os atores da rede. Já a abordagem de governança em rede, possui como objeto de análise a estrutura da ação coletiva, ou seja, através de quê foram atingidos os resultados de rede, dessa forma detalhar os mecanismos de governança utilizados como a coordenação, processos e práticas desenvolvidos por membros da rede em diferentes níveis de interação.

Portanto, as essas duas linhas de investigação não são consideradas paralelas ou completamente independentes, mas sim que se desenvolveram com interseções e sobreposições marcantes. A diferença principal entre elas consiste em uma pré-condição para um estudo adequado de redes (MORETTI, 2017).

Outra distinção no estudo das redes distingue as redes entre redes emergentes e redes orquestradas. A rede emergente ou serendipitária possui como origem uma formação totalmente espontânea, de forma ocasional, emergem de forma mais orgânica, em consequência de interações e escolhas espontâneas dos atores, sem haver um agente central como orientador acerca de com quem se conectar e por quê. Já as redes orquestradas possuem como princípio ser orientada a objetivos, com uma cooperação planejada, ou seja, são

intencionalmente orquestradas ou planejadas por uma entidade, com definição de atores participantes e de forma de interação. Seu principal propósito é atingir uma meta coletiva, um objetivo específico comum, através do qual emergem a motivação para ação e desenvolvimento da rede, dessa maneira os esforços para alcançar os objetivos são coordenados entre si, pois os participantes compartilham de interesses e características semelhantes, o que também contribui para atrair novos participantes afins (MORETTI, 2017).

Da mesma maneira, os estudos de Hoffmann, Molina-Morales e Martínez-Fernández (2007) destacam que há um risco ao se pensar em tipologia dentro de redes, pois existem muitas equivalências nas classificações e conceitos. As diferentes tipologias ou configurações de redes materializam as distintas configurações da governança dos atores, pela qual se define as regras, critérios de decisão, responsabilidades e os limites de autonomia e ações dos participantes (Roth, Wegner, Júnior & Padula, 2012).

Dagnino, Levanti, & Destri (2016) trabalham com a descrição de uma governança em microescala, em que se torna possível a ideia de um gerenciamento efetivo da rede, dessa maneira é possível ajudar a organizar e coordenar esforços comuns, impactando positivamente os resultados da rede já é consolidada.

Segundo Dagnino et al. (2016), a governança de redes possui aspectos de macro e micro governança. A macro governança trata da coordenação da rede, e a micro governança trabalha em o gerenciamento em si, para tanto busca identificar os objetivos e mecanismos que tais estruturas de coordenação adotam para influenciar a dinâmica geral da rede.

As Redes Estratégicas Regionais (RER) caracterizam-se como redes heterárquicas espacialmente delimitadas, projetadas com objetivo de constituir um espaço com cooperação auto organizada e desenvolvimento conjunto, com a finalidade de atingir resultados individuais e coletivos (Johanson & Lundberg, 2010).

De acordo com Provan & Kenis (2008) para garantir o desempenho do arranjo interorganizacional estruturar um modo de governança como uma organização administrativa da rede não é suficiente, sendo assim é necessária a atuação de gestores através de mecanismos de coordenação. A coordenação da rede é, em essência, uma atividade interorganizacional, o principal objetivo é o de governar processos em redes, para tanto, utiliza-se de todas as atividades dedicadas a facilitar, guiar ou direcionar as interações dos atores nas redes (Kljin e Koppenjan, 2014).

O gerenciamento de redes compreende: discussões sobre papéis, atividades e funções gerenciais, com delimitações por vezes pouco claras entre estes elementos. Por sua vez, a governança determina as regras de funcionamento da rede e fornece diretrizes para o

gerenciamento das mesmas. A partir disso, o gerenciamento de rede pode ser visto como a etapa processual e operacional da governança (MARKOVIC, 2017).

Dessa maneira, a governança é expressa, no contexto de redes, pelo desenho, estrutura ou tipologia dos relacionamentos, bem como pela troca de elementos de entre organizações de forma coordenada, preservando objetivos individuais, sem prejudicar os objetivos comuns (Roth, Wegner, Júnior & Padula, 2012).

A governança em rede é um modo baseado na confiança estabelecida entre parceiros (SECCHI, 2009, VIEIRA e BARRETO, 2019).

As redes são um modo de governança baseada na confiança entre parceiros que instituem vínculos para o benefício mútuo, compartilhando recursos de forma contínua. Os parceiros de uma rede aprendem a cooperar devido ao benefício extraído de interações repetidamente vantajosas para ambos. Assim, a cada nova rodada de interação é mais fácil para os parceiros, estabelecendo uma relação de confiança, cooperarem para a realização de uma determinada vantagem mútua. Com o tempo, as relações de confiança solidificam as interações em redes de colaboração (Vieira e Barreto, 2019).

Os parceiros da rede estabelecem, portanto, relações de cooperação. Se somam à essa perspectiva os estudos de Kljin e Koppenjan (2014), que definem a rede a partir do contexto de governança como conjunto de atores que são autônomos, mas interdependentes, relacionando-se para gerenciar problemas específicos.

O modelo atual de saúde brasileiro baseia-se em uma estrutura em redes, com diferentes níveis de complexidade, funcionando de modo horizontalizado e se complementam com a finalidade de alcançar a integralidade do cuidado MENDES (2019). Uma das maneiras de estudar e compreender a governança em rede na saúde pública brasileira é sob a noção de governança colaborativa, noção esta que será detalhada no tópico seguinte.

2.1.2 Governança Colaborativa

O mundo contemporâneo busca como solução às diversas problemáticas a opção por uso de estratégias colaborativas, pois parece haver o entendimento que somente a partir da geração de consensos em torno da solução de problemas será possível alcançar avanços reais na busca por soluções (MILAGRES *et.al.*, 2016).

Nesse contexto a Governança colaborativa (GC) propõe formas de contribuir com as soluções consensuais, tendo em vista que ela se refere a processos que buscam compartilhar o poder na tomada de decisões em conjunto com as partes interessadas,

buscando desenvolver recomendações compartilhadas, alcançando soluções eficazes e duradouras para problemas públicos (PURDY, 2012)

Dessa maneira, a GC tem sido utilizada na solução dos problemas públicos, podendo ser definida nessa perspectiva como:

Processos e estruturas de decisão de gestão pública fazendo e administrando o envolvimento das pessoas de forma construtiva através das fronteiras dos órgãos públicos, dos níveis de governo, e/ou das esferas públicas, privadas e cívicas, a fim de proceder a uma finalidade pública que não poderia de outra forma ser conseguida (EMERSON, NABATCHI e BALOGH, 2012, p. 2).

Martins e Marini (2014) ressaltam que a GC é também uma governança em rede com duplo sentido, visto que por um lado se refere à atuação conjunta de múltiplas instituições, sejam governamentais ou não; e por lado, relacionado às interações com a “sociedade em rede” (grifo do autor). Colaboração indica o “com quem” e o “como” o processo de governança se estabelece”, nesse contexto, os autores constroem uma relação direta entre a GC e a governança em redes, ressaltando o caráter de viver em redes colaborativas inerente ao funcionamento da vida em sociedade, sob uma perspectiva de pensamento sistêmico, em que tudo está interconectado, sendo de extrema importância entender seus elos, seus padrões de conexão e as conexões críticas que mantêm a integridade da rede (MARTINS E MARINI, 2014).

Governança colaborativa é a ciência e a arte de gerar valor público de forma conectada: é a governança em rede entre instituições e entre estas e a sociedade. E a governança colaborativa é um fenômeno irresistível porque os indivíduos vivem numa sociedade em rede, fazem parte de um estado em rede, e são cada vez mais partícipes da coprodução de políticas públicas (MARTINS E MARINI, 2014).

Milagres *et al.* (2016), concorda com essa relação entre redes e GC, resalta que a característica das redes, como resultado de arranjos com múltiplos parceiros com características particulares, demanda a interação entre os atores interdependentes e suscita a necessidade do estabelecimento de uma GC, como fruto da própria interação e carecem de um conjunto de mecanismos e instrumentos para a sua coordenação e controle. A GC é composta por três componentes: governança contratual, governança processual e governança relacional (MILAGRES *et al.*, 2016). No tópico 2.3 estes componentes foram aprofundados em suas principais características, e, dado o destaque para a componente governança processual, cujas características principais compõem a lente sob a qual se analisou a RAS, objeto deste estudo. Para contextualizar a relevância da governança colaborativa processual para a integralidade da

RAS, o tópico seguinte aborda apresenta a noção de integralidade no SUS, com ênfase para a estrutura do sistema bem como a criação das redes de atenção à saúde.

2.2 GOVERNANÇA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a governança no setor da saúde se refere a diversas funções governamentais, realizadas pelos governos e decisores, para atingir os objetivos da política nacional de saúde favoráveis à sua cobertura universal. É um processo político que envolve equilibrar diferentes influências e demandas, por exemplo, dos usuários dos serviços de saúde, de profissionais da área, de fornecedores de insumos e medicamentos (BRASIL, 2009 *apud* OMS, 2007).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conceitua governança em saúde como o exercício das responsabilidades e competências da política pública em saúde, num contexto de novas relações entre governo e sociedade no Estado. Enfatiza que a maior ou menor capacidade do governo para o exercício da governança do setor saúde pode afetar todos os resultados do sistema de saúde (BRASIL, 2009 *apud* OPAS/ OMS, 2007).

O Banco Mundial estabelece que a governança deve ser realizada com instrumentos de incentivos e responsabilização, essenciais para melhorar o estado de saúde da população e capazes de garantir que os serviços prestados sejam de custo e qualidade aceitáveis (BANCO MUNDIAL, 2007).

Por fim, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) indica que para melhorar a governança do sistema de saúde, novos avanços podem ser feitos em três direções, incluindo alcançar uma melhor coordenação, melhorar o monitoramento de desempenho e fortalecer os incentivos (OCDE, 2015).

No âmbito do SUS, o principal foco de debate e normatização relativo à governança tem sido sob a ótica de redes de atenção à saúde, também chamada de governança colaborativa, cuja ideia central é a de que as diversas organizações e atores envolvidos devam atuar de forma horizontal, ou seja, sem hierarquia, para o alcance dos objetivos do SUS. Isso decorre, principalmente, da ideia de que o Sistema é formado por partes autônomas, mas interdependentes entre si (BRASIL, 2018).

Apesar de esta perspectiva ser de altíssima importância para o seu sucesso, o SUS deve estar alicerçado, primeiramente, nos principais nós dessas redes: as organizações responsáveis pelas diretrizes, planejamento, monitoramento, coordenação, execução e controle de serviços públicos de saúde, representadas principalmente pelos conselhos e secretarias estaduais e municipais de saúde. Nesse sentido pode-se falar que é necessário também aprimorar a governança organizacional (MENDES, 2011).

A Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da RAS, de acordo com esse documento, a governança envolve negociação entre os diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Cita um conceito que caracteriza a governança como complexos mecanismos, processos, relações e instituições por meio das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, obrigações e mediam diferenças (BRASIL, 2010).

Governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretar a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região.

Exercer uma governança solidária nas regiões de saúde implica o compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde. Assim, a governança da RAS é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos logísticos (BRASIL 2010).

Acrescenta, ainda, que o exercício da governança da RAS implica o enfrentamento de questões políticas e estruturais ligadas ao processo de regionalização: relações federativas, relações público-privadas, capacidades internas de gestão, sustentabilidade financeira, regulação da atenção e estabelecimento de padrões de qualidade para a provisão de serviços (públicos e privados), bem como os padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros (BRASIL, 2010).

Em uma rede regionalizada o processo de governança é um componente essencial, sendo imprescindível o funcionamento de uma rede regionalizada. Nela, a governança caracteriza-se por um processo de participação e negociação entre diversos sujeitos com diferentes graus de autonomia em distintos espaços, que representam um grupo diversificado de interesses (públicos e privados) em uma estrutura institucional estável que incentiva relações de cooperação entre governos, agentes, organizações e cidadãos para estabelecer vínculos e redes entre sujeitos e instituições (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

A governança é um modo que viabiliza a administração e a integração entre os componentes da rede, e é encarregada pelo processo de elaboração, monitoramento, análise e tomada de decisão (RODRIGUEZ et al., 2010). Esta pressupõe a eficácia e equidade, juntamente com mecanismos de atuação que devem pautar a operacionalização da assistência.

É um processo interativo de ação coletiva no plano das políticas de saúde (FRENK, MOON, 2013).

Sinclair *et al.* (2005), destaca que a governança das RASs é o arranjo organizativo, tanto uni-institucional quanto pluri-institucional, pela qual é possível realizar a gestão de todos os componentes dessas redes, por meio de um esforço cooperativo entre os atores sociais participantes, retroalimentando a interdependência entre eles, obtendo bons resultados sanitários para a população adscrita. Tendo em vista que a governança tem como objetivo criar uma missão e uma visão nas organizações, definir objetivos e metas de curto, médio e longo prazos, para tanto deve articular as políticas institucionais a fim de desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização (SINCLAIR *et al.*, 2005).

A portaria que institui a RAS traz como proposta alguns instrumentos e mecanismos de governança, de natureza organizacional: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas (BRASIL, 2010).

Segundo Mendes (2011), a governança das RASs se apresenta como um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde, o seu papel é governar as relações entre a APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. Há uma diferença, portando entre governança das RASs e a gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos. Dessa maneira, rompe com a governança dos sistemas fragmentados, que se caracterizam por incomunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio impõe um modelo de governança por estruturas em que se gerenciam, isoladamente, esses diferentes componentes. Assim como apresentado na figura 1.

FIGURA 1 – Governança da RAS



Fonte: Mendes (2011).

Mendes descreve a estrutura operacional da RAS tendo a governança como eixo transversal que perpassa por todos os elementos constituintes:

A estrutura operacional das RASs compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós (MENDES, 2011).

O sistema de governança na RAS tem por objetivo criar estratégias nas organizações que compõem a região de saúde para articular as políticas institucionais e desenvolver a capacidade de gestão. Exercer a governança nas regiões de saúde implica no compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, propiciando um processo contínuo de monitoramento e avaliação das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010a).

Mendes (2011) destaca que o sistema de governança é um arranjo organizativo que envolve distintos atores, utiliza-se de mecanismos e procedimentos para a gestão na perspectiva regionalizada, com vistas ao aumento da interdependência, propiciando resultados sanitários e econômicos para a população. Objetiva-se articular as políticas e desenvolver a capacidade de gestão, bem como o deslocamento de atribuições para os responsáveis locais e para os municípios, a participação cívica dos cidadãos e a utilização das redes.

A governança das RASs pode ser analisada sob três dimensões fundamentais: o desenho institucional, o sistema gerencial e o sistema de financiamento (MENDES 2011). O

desenho institucional é entendido pelo modo como os grandes blocos estruturais das RASs são considerados num arranjo organizacional, como alianças estratégicas entre diferentes organizações que se associam para gerir as RASs. No SUS a governança será multi-institucional, tendo em vista que RAS é composta por organizações públicas federais, estaduais e municipais e, como prestadores de serviços, organizações públicas, privadas lucrativas e não lucrativas, sendo a governança constituída, portanto, por meio de uma aliança estratégica (LEAT *et al.* 2000).

Os fatores que influenciam o desenho institucional, segundo Mendes (2011) são o ambiente regulatório, os interesses e as expectativas dos diferentes atores sociais, a capacidade de cooperação, o grau de integração gerencial e clínica, a valorização da promoção da saúde e da prevenção das condições de saúde, a prestação de contas e responsabilização (*accountability*) e a adaptabilidade a diferentes situações.

A construção do desenho institucional deve ser realizada de forma a facilitar a coordenação das ações gerenciais e assistenciais, um processo-chave nas RASs. Observa-se que a coordenação possui resultados mais positivos em sistemas de governança de RASs que favorecem a comunicação entre profissionais com funções comuns, que utilizam sistemas de informação integrados verticalmente e que utilizam a organização matricial (LONGEST e YOUNG, 2000). O desenho matricial envolve uma estrutura com um sistema de autoridade dual em que se combinam as estruturas e funções de cada ponto da rede com as áreas geográficas, sendo este o desenho institucional mais adequado para o SUS, combinando redes temáticas de atenção à saúde e territórios sanitários.

O sistema gerencial da governança das RASs ocorre por meio do processo de territorialização, do planejamento estratégico, do sistema de contratualização, do sistema de monitoramento e avaliação e do sistema de acreditação, sendo, para tanto, utilizados instrumentos gerenciais:

QUADRO 01 – Sistema gerencial da governança na RAS

Planos Diretores de Regionalização (PDR)	Instrumento pelo qual é realizado o processo de territorialização, com definição clara dos serviços que a RAS daquele território irá ofertar à sua população adscrita, pois os territórios são espaços de responsabilização sanitária para uma população definida e a rede de serviços em saúde deve ser construída com base nesses espaços e a atenção à saúde baseada nas demandas da população, ou seja, uma cooperação gerenciada.
Planejamento estratégico	Participa da institucionalização da RAS, realiza a convergência dos diferentes atores para objetivos comuns, através da construção de estratégias, percepções e valores compartilhados, fomenta uma racionalidade sistêmica através da ordenação dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações. O sistema de planejamento do SUS está ancorado na Programação Pactuada e Integrada (PPI), nos Planos Estaduais de

Saúde e nos Planos Municipais de Saúde.	
Plano Diretor de Investimentos (PDI)	Deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual, desde a APS, a atenção secundária (média complexidade), no desenho regional, até a atenção terciária (alta complexidade) na macrorregião. Fazem parte do PDI a elaboração da carteira de serviços, com base nas diretrizes clínicas baseadas em evidências e o diagnóstico da oferta dos serviços. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).
Sistema de Contratualização	Tem como objetivo transformar os contratos de instrumentos meramente burocráticos para um processo que se baseia na definição de metas quantitativas e qualitativas estabelecidas em função das necessidades de saúde da população e do perfil de oferta dos prestadores, através dele são especificadas obrigações e responsabilidades para as partes envolvidas e estabelecidos critérios para o monitoramento e a avaliação do desempenho dos prestadores.
Sistema de monitoramento e avaliação	O objetivo é criar complementaridades entre os atores, articulando as bases de suporte decisório para desenvolver atividades sinérgicas, e deslocando o eixo do controle dos processos para o controle dos objetivos e das metas, construídos coletivamente, e explicitados no planejamento estratégico (FLEURY e OUVÉRY, 2007). A avaliação consiste numa intervenção episódica sobre os serviços de saúde de modo a analisar explicações alternativas ou a utilizar múltiplas linhas de evidências; estabelece relações entre os componentes e analisa os resultados esperados e não esperados dos serviços de saúde; faz-se com utilização de técnicas de pesquisa avaliativa; é uma atividade organizacional especializada conduzida por avaliadores; pode ser feita interna e externamente; e ela produz evidências.
Sistema de acreditação	É um sistema de verificação periódico, voluntário e reservado, para o reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, nos processos e nos resultados, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da atenção à saúde e da proteção da saúde da população. A acreditação dos serviços de saúde é regulada, no país, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução RDC nº 93, de 26 de maio de 2006.

Fonte: elaborado pela autora com base em MENDES (2011).

As dimensões fundamentais para a governança das RASs proposta por Mendes (2011), tem-se o sistema de financiamento que consiste na mobilização de recursos financeiros de fontes primárias (indivíduos, famílias e empresas) ou secundárias (governo federal, estaduais e municipais e fontes externas), sua acumulação distribuição por meio de uma variedade de arranjos institucionais para produzir serviços de saúde, com desempenho de três papéis: o papel extrativo, o papel acumulativo e o papel alocativo. O sistema de financiamento se constitui como um dos elementos mais potentes para a governança das RASs, possibilitando alcançar seus objetivos de eficiência, qualidade e coordenação da atenção porque contém, em si, os incentivos econômicos que norteiam as ações de gestores e de prestadores de serviços (MENDES, 2011).

Mendes (2011) e Milagres *et.al.*, (2016) propõem a Governança Colaborativa como perspectiva de análise da Governança na Rede de Atenção à Saúde. A RAS possui como natureza ser uma rede colaborativa, em um arranjo composto por atores que possuem

recursos complementares e interdependentes entre si para o alcance de objetivos convergentes, porém esses atores permanecem funcionalmente autônomos. A forma de interação entre cada componente da rede se dá por meio de negociações recorrentes e operam por meio de regras, normas, conhecimento partilhado e entendimento coletivo da ambiência que as envolve. Sob a classificação de redes encontram-se diferentes formas de arranjo, com diversos tipos de contratos, objetivos, composição entre vários atores e múltiplas formas de coordenação dos envolvidos.

Diante disso, a própria natureza do funcionamento da RAS, através relações horizontais com interdependência entre si, que necessita da colaboração entre seus atores para manter seu funcionamento efetivo faz paralelo direto ao estabelecimento da governança colaborativa como elemento-chave de sua análise de governança, pois ela é fruto da necessidade de interação entre atores interdependentes, que demandam a concepção de um conjunto de mecanismos/instrumentos de coordenação e controle (MILAGRES *et.al.*, 2016).

Milagres *et al.*, (2016) propõem em seu estudo um modelo de análise da Governança Colaborativa, em que ela é composta pela interação de três elementos: governança contratual, governança processual e governança relacional, assim como apresentado na figura 2.

FIGURA 2 – Modelo analítico de Governança Colaborativa



Fonte: Milagres *et.al.* (2016).

A estruturação da governança colaborativa propriamente dita inicia-se ao constatar-se que o funcionamento da RAS é de rede com a presença de alguns princípios (interdependência, compartilhamento de risco, complementariedade de recursos e objetivos convergentes). Ela é composta pela governança contratual, onde se situam elementos formais

de coordenação dos parceiros, pela governança processual, na qual são estabelecidos os vários processos e instrumentos que conduzirão a rede no seu dia a dia (administração, liderança, construção de confiança e construção de legitimidade) e a governança relacional que trabalha com compostos intangíveis (a percepção de interdependência, a convergência de objetivos, a consciência da autonomia e a percepção de reciprocidade).

Por conseguinte, a governança colaborativa trata-se de um ciclo iterativo, com constantes impactos e reajustes, como um processo recorrente de aprendizagem concomitante com a prática, propiciada pela percepção mutante dos atores em relação ao problema e à solução, mas também de si mesmos e dos parceiros, contudo, mantendo o seu principal objetivo que é, no caso da RAS, oferecer uma saúde integral à população.

a. Governança Contratual

Na governança contratual tem-se a estrutura e os contratos. Os contratos são facilitadores do processo de coordenação, onde se situam os elementos formais entre os parceiros. O contrato é um instrumento que contém objetivos, funções, regras, normas, cláusulas, estabelecem limites, responsabilidades e direitos; através deles é possível sinalizar aos parceiros da rede o que é esperado de cada ator, se estabelece mecanismos de controle e de aferição de resultados, se conforma as expectativas e mitigam os riscos (HUXHAM, 2003; THOMPSON; PERRY, 2006). A estrutura de coordenação pode ser conformada por três possibilidades, sendo por estruturas de autogoverno (tomada de decisão ocorre por meio de reuniões periódicas dos membros), por uma organização líder (que concentra a tomada de decisão e as atividades de coordenação) e por uma organização administrativa da rede (como uma agência independente, formada para supervisionar as questões e temas da rede) (PROVAN; KENIS, 2005). Contudo a existência dos contratos e da estrutura de coordenação por si só não garantem a colaboração entre os atores da rede, sendo necessário que se somem processos – governança processual (THOMPSON; PERRY, 2006).

b. Governança Processual

A governança processual estabelece os processos e instrumentos que conduzirão o funcionamento das redes colaborativas em sua operação diária. Fazem parte os seguintes grupos de processos: coordenação da rede; liderança; construção de legitimidade/mutualidade; construção de confiança; controle e aferição de resultados (MILAGRES *et al.*, 2016).

i. Coordenação da rede: é o pilar responsável pelo relacionamento dos atores de forma conjunta através de regras que conduzam aos resultados esperados, para tanto utiliza-se de mecanismos como a definição de papéis e responsabilidades, a definição de metas e objetivos alcançáveis e as formas de comunicação. Os elementos que possibilitam a capacidade administrativa são: coordenação, comunicação, gestão do conhecimento, gestão de conflito e tomada de decisão (THONSON; PERRY, 2006).

Há três possíveis estruturas de coordenação segundo Provan e Kenis (2005), as estruturas de autogoverno, na qual a decisão é tomada através de reuniões periódicas dos membros ou por interações informais frequentes; por uma organização líder, responsável pela tomada de decisões e as atividades de coordenação; e através uma organização administrativa da rede, independente, criada para supervisionar as questões e temas relativos à rede. A escolha da estrutura teria como determinante o tamanho da rede e o grau de confiança entre os seus membros.

Segundo Kumar (2014) a coordenação possui o papel de construir um entendimento comum sobre aos padrões de comportamento que são adotados na rede, auxiliando para uma estabilidade e previsibilidade, por conseguinte, promover uma ação conjunta eficiente e se apoia no consenso estratégico e no envolvimento de todos. Outro papel destacado da coordenação relaciona-se ao relacionamento interpessoal, pois esse aspecto possibilita a manutenção de metas comuns, senso de compromisso coletivo, assim como fomenta o processo de negociação através de ferramentas como protocolos, modelos e acordos, aspectos que auxiliam no processo de comunicação.

O elemento comunicação contribui para que a informação seja clara e direta para todos os parceiros, sem distorções, contribuindo de forma direta na construção da confiança entre eles. Pois é necessário que o relacionamento entre os pares da rede seja construído como uma ligação social, baseada no relacionamento recíproco, confiante, no qual facilita que haja um canal informal de conhecimento sobre o parceiro (SCHEREINER; KALE; CORSTEN, 2009).

O elemento gestão do conhecimento, segundo Agranoff (2006) torna-se uma ferramenta indispensável na atividade administrativa nas redes, contribuem na solução de problemas complexos, promovendo a interação e a construção de novas bases de conhecimento.

A gestão de conflitos é utilizada pela coordenação nos momentos em que surgem diferentes objetivos e expectativas entre os parceiros da rede, com presença de diversos pontos de vista sobre estratégias, participações, funções e resultados (BRYSON; CROSBY; STONE, 2006).

O elemento tomada de decisão relaciona-se com os processos deliberativos em que a construção dos acordos é imperativa, uma vez que a autoridade na rede é compartilhada e as relações são horizontais (AGRANOFF, 2006).

ii. Liderança: função de construir conexões entre os grupos no intuito de promover a colaboração entre os atores participantes, afim de construir uma identidade compartilhada, atuando como um coordenador de integração da rede. Envolve o processo de influenciar e buscar consensos em prol dos objetivos desejados, atuando como um mediador, pois nas redes é fundamental trabalhar no fortalecimento dos relacionamentos. É um elemento transversal, envolve interações complexas entre a ação política e as estruturas sociais emergentes, possui reflexos diretos desde a constituição da rede, seu desenvolvimento, crescimento, maturidade, até falhas, descontinuidade e fim da relação na rede. É possível destacar algumas funções da liderança:

... facilitar a comunicação entre os diferentes níveis; organizar reuniões e fóruns; familiarizar-se com as políticas e os procedimentos das agências e dos prestadores de serviços e com os programas interagência; coordenar o fluxo de informação entre as instituições e os prestadores de serviços e identificar pessoas-chave na sua instituição e em outras. Por possuir uma posição estabelecida de poder e legitimidade, pode propor uma abordagem participativa, se consubstanciar em um centro de informações cruciais e ajudar na construção e manutenção de relacionamentos dentro e entre as agências envolvidas (SHEPHERD; MEEHAN, 2012).

Esse elemento compreende a capacidade de influenciar e direcionar afim de compreender e concordar sobre o que precisa ser feito para alcançar os objetivos desejados, dessa maneira, está presente em diferentes papéis ao longo da governança colaborativa, como durante momentos de deliberação, conflito e na condução diária do dia a dia da rede (EMERSON et al., 2012).

Com a rede em funcionamento e estruturada construir conexões entre os grupos formais ou organizações apresenta-se como o grande desafio da liderança, pois é necessária a colaboração entre eles a serviço de uma única visão e propósito.

O desempenho eficaz da rede se encontra na capacidade do líder em construir uma identidade compartilhada entre os parceiros. Por isso, deve: 1) enfatizar como a colaboração é essencial para alcançar os resultados que são valorizados pelo grupo; 2) evidenciar como o todo é significativamente maior do que o resultado das partes e depende das capacidades que cada um oferece (HOGG; KNIPPENBERG; RAST, 2012).

iii. Construção de legitimidade/mutualidade: envolve a construção de uma identidade coletiva, com ligações entre os participantes, construção conjunta de sentido sobre a colaboração. Na colaboração se pressupõe a interdependência entre as partes, que cada membro abra mão de interesse pessoais em prol do benefício coletivo e, quanto maior o consenso, maior a colaboração, sendo reconhecidas e respeitadas as necessidades de cada um. Ou seja, uma construção de uma cultura de rede, com crenças, valores e atitudes compartilhadas (MILAGRES *et al.*, 2016). Como exemplo prático desse elemento, Carvalho *et.al.* (2023) referem que no período de construção das regiões de saúde no RS, foi necessário que as cidades se reconhecessem com suas potencialidades e características comuns, realizada uma busca de organicidade entre as que eram limítrofes e assim, se reconhecendo como uma unidade coletiva de saúde.

iv. Construção de confiança: composto por dois componentes estrutural e comportamental, no primeiro trata-se de uma expectativa de que o parceiro agirá dentro do acordado e esperado, sem favorecimento inoportuno, o comportamental, do grau de confiança e integridade desse parceiro. Refere-se a um processo cíclico de negociação, interação, comprometimento e colocar em prática as ações prometidas, fundamentando-se no campo interpessoal e interorganizacional, torna-se assim, um elemento que contribui para a realização da governança e favorece o trabalho colaborativo, reduz possíveis conflitos, favorece a troca de informações e a obtenção de resultados positivos. Em termos práticos, se traduz na realização do compartilhamento de informações, conhecimento, que as opiniões de todos os participantes sejam proferidas, ouvidas e considerada, execuções com competência, acompanhamento dos processos e reconhecimento dos ganhos através da colaboração (HUXAM, 2003; 2005; MILAGRES *et al.*, 2016).

v. Prestação de contas e aferição de resultados: avalia a eficácia das ações através da capacidade de fornecer um amplo conjunto de serviços adequados, com acessibilidade, compatibilidade e abrangência. Entretanto, observa-se dificuldades para se estabelecer indicadores que avaliam o desempenho em redes, tendo como propostas os produtos como os

planos, projetos, coordenação de processos colaborativos e, por outro lado, os resultados desses produtos (MILAGRES *et al.*, 2016).

c Governança Relacional

Processo que analisa o contexto da rede através do mapeamento de expectativas das partes interessadas, com a verificação do ambiente interno e externo, através do qual será realizada a participação dos atores da rede com colaboração entre as partes, permitindo a definição de agendas estratégicas (MARTINS, 2010).

Compreende a capacidade de contribuir para a construção de um ambiente de colaboração, para a solução de problemas complexos, com resultado esperado de geração de excedente colaborativo, sendo portanto, fruto da construção de consensos. Ela é formada por um conjunto de elementos que trabalha com intangíveis, códigos vinculados à idealização dos aspectos simbólicos do arranjo colaborativo – sua identidade, seus valores, propósitos, contratos psicológicos e combinados; relaciona-se com o espaço de ambiência da Rede e ao direcionamento ideológico que a ela se quer atribuir (MILAGRES *et al.*, 2016).

Milagres *et al.* (2016) relaciona cinco elementos da governança relacional: 1 - Identidade da rede – elementos simbólicos e cognitivos como: enunciados, sinais valores estabelecidos e percebidos, entendimentos, conceitos; 2 – Contratos psicológicos – compreendem as expectativas e suposições não formais que guiam o relacionamento; 3 – Visão coletiva – objetivos a serem alcançados motivados por crenças e posições ideológicas; 4 – Sentimento de justiça, pertencimento e acolhimento; 5 – Ambiente seguro – onde recursos, informações e conhecimentos são compartilhados igualmente.

De forma fundamental a confiança perpassa por todos os elementos da governança relacional, sendo um pano de fundo que permite que a colaboração entre os parceiros ocorra, havendo equilíbrio entre o esperado e o realizado, dessa maneira controle-se contratos psicológicos e a visão coletiva. Quanto maior a confiança na atuação entre os parceiros, maior é facilidade de funcionamento no dia a dia, pois acreditam eles cumpriram suas promessas, possuem competência suficiente para realiza-las em direção ao objetivo comum a todos os atores (THONSON; PERRY, 2006; MILAGRES *et al.*, 2016).

Após apresentados os elementos constantes do modelo analítico sobre a governança colaborativa proposto por Milagres *et al.* (2016) formado pelo equilíbrio entre as governanças contratual, processual e relacional, retoma-se a ligação entre a RAS e esse modelo. Pois Mendes (2011) e Milagres *et al.*, (2016) concordam e propõem que a

Governança Colaborativa seja definida como a perspectiva de análise da Governança na Rede de Atenção à Saúde.

Diante disso, realizando-se uma delimitação conceitual, o presente trabalho utilizará como ponto de análise o elemento da Governança Processual, tendo em vista que através dela é possível compreender os processos e práticas que conduzem a coordenação da RAS em sua operação diária, trazendo dessa forma elementos que favorecem a solução de problemas complexos, pois ela é fruto da necessidade de interação entre atores interdependentes, que demanda a concepção de um conjunto de mecanismos/instrumentos de coordenação e controle (MILAGRES *et al.*, 2016).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Segundo Marconi (2017), procedimentos metodológicos compreendem um conjunto de atividades sistemáticas de investigação que possibilitam alcançar os objetivos de uma pesquisa, alcançados de modo científico quando cumprem determinadas etapas. Para tanto, é necessária a delimitação precisa de um problema; seleção de instrumentos ou técnicas para tentar resolvê-los; e por fim, alcançar uma resposta por meio de um instrumental conceitual ou empírico.

O presente estudo se caracteriza como descritivo, pois de acordo com Triviños (1987) este consiste em um tipo de estudo que visa descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade.

A trajetória metodológica quanto à abordagem do problema de acordo com seus objetivos é a qualitativa. Segundo Hoga (2016) a pesquisa qualitativa é uma abordagem interpretativa e naturalística do mundo e enxerga a sociedade enquanto integrante de um determinado espaço, que possui formação e configuração específicas, que não se preocupa com uma representatividade numérica, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, uma organização, entre outros.

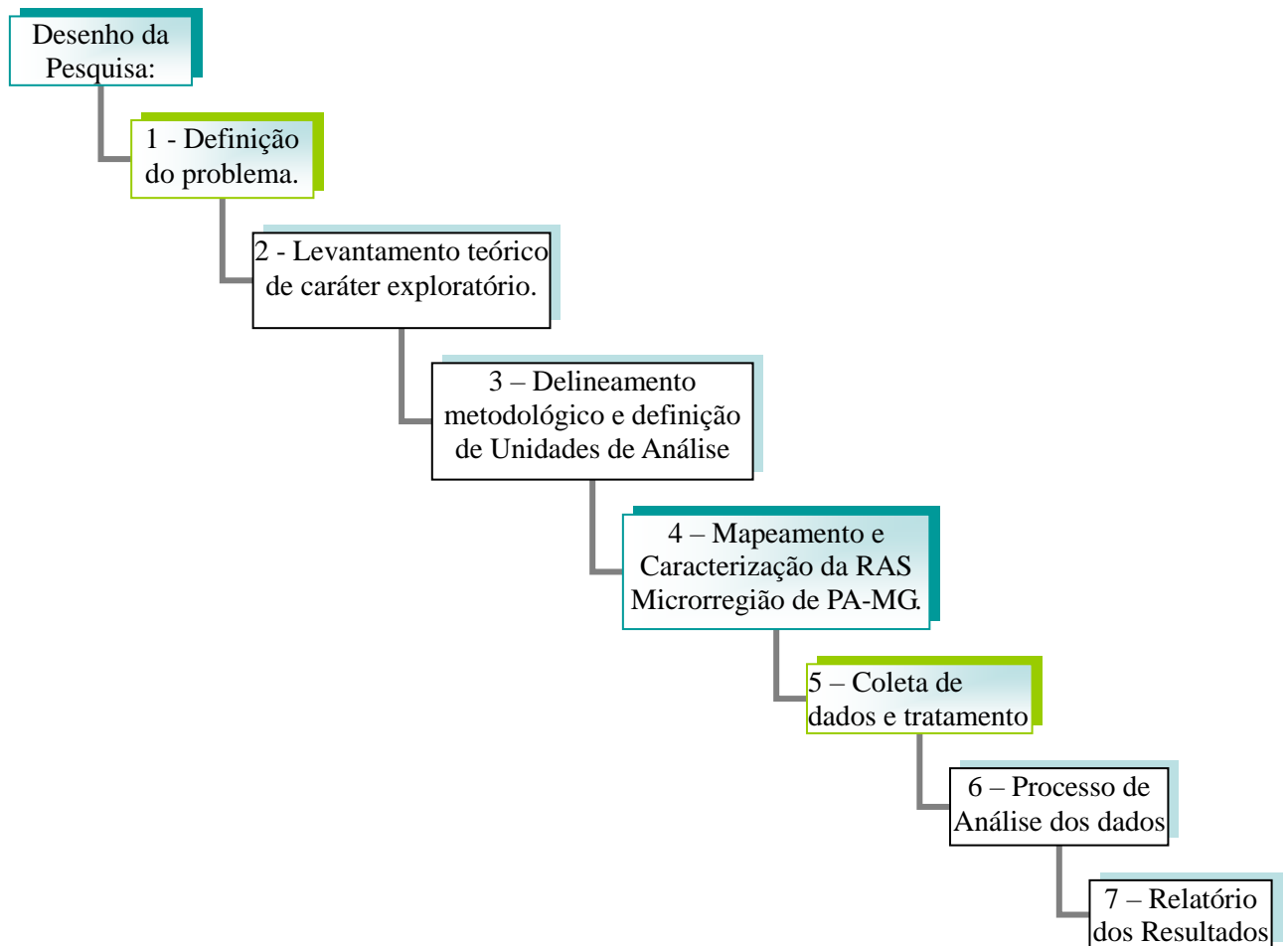
O método para construção da pesquisa é de estudo de caso, segundo Yin (2001), pois é a estratégia de pesquisa utilizada quando se objetiva responder a questões do tipo “como” e “por quê”, e ainda, quando o pesquisador possui pouco controle sobre os eventos pesquisados. O “estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2001, p. 32).

Para tanto, a perspectiva temporal adotada é a seccional ou transversal, em que a coleta será realizada em um único momento. É importante ressaltar que os princípios éticos na condução deste relato serão respeitados, de modo que as observações relatadas preservam o anonimato dos sujeitos envolvidos.

Segundo Blaikie (2009), o desenho de pesquisa tem como objetivo orientar o investigador a fim de se estabelecer uma relação de vínculo entre a teoria e a análise empírica. Dessa maneira, pode-se definir o desenho de pesquisa como uma sequência coerente que direciona os dados empíricos ao problema inicial do estudo, sendo assim, habilita a união entre resultados e as conclusões. Diante disso, seguindo o apresentado na Figura 3, a primeira parte do estudo compreendeu a definição do problema de pesquisa, em seguida foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a temática do Sistema Único de Saúde e sobre

Governança, afim de construir o arcabouço teórico de fundamentação do estudo. Tendo por base o levantamento teórico foi possível construir as categorias de análise do estudo de caso, assim como o protocolo de entrevista. Em seguida passou-se à coleta, análise e avaliação dos dados, foram realizadas análises construídas com base nas relações com a teoria e por fim, apresentadas as conclusões do estudo.

FIGURA 3 – Desenho do estudo



Fonte: elaborada pela autora.

O delineamento conceitual e definição da Unidade de Análise utiliza a Governança Processual como modelo de análise da Governança da Rede de Atenção à Saúde no SUS na Microrregião de Saúde de Pedra Azul-MG.

As Categorias de Análise do estudo de caso foram definidas com base no modelo de análise da governança colaborativa proposto por Milagres *et al.* (2016) composto por governança contratual, governança processual e governança relacional. Considerando esse modelo, foi definido como ponto de análise o elemento da Governança Processual, afim de realizar uma melhor delimitação conceitual. Pois através da governança processual é possível

estabelecer os processos e instrumentos que conduzem o funcionamento das redes colaborativas em sua operação diária, ela é constituída pelos seguintes grupos de processos: coordenação da rede; liderança; construção de legitimidade/mutualidade; construção de confiança; controle e aferição de resultados. Esses processos foram definidos as categorias de análise do estudo, apresentadas a seguir no Quadro 2.

QUADRO 2 – Categorias de Análise

DIMENSÃO	CATEGORIAS DE ANÁLISE	ELEMENTO INVESTIGADO
GOVERNANÇA PROCESSUAL	1. Coordenação da rede	1.1. Coordenação
		1.2. Comunicação
		1.3. Gestão de conhecimento
		1.4. Gestão de conflito
		1.5. Tomada de decisão
	2. Liderança;	2.1. Identificação de lideranças
		2.1. Promoção de colaboração
	3. Construção de legitimidade;	3.1. Mutualidade
		3.2. Identidade Coletiva
	4. Construção de confiança;	4.1. Estrutural
		4.2. Comportamental
	5. Controle e aferição de resultados	5.1. Controle de resultados
		5.2. Eficácia das ações

Fonte: elaborado pela autora, baseado em Milagres *et al.* (2016).

A unidade de análise é o da microrregião de saúde de Pedra Azul-MG, composta pelos municípios de pequeno porte: Águas Vermelhas, Cachoeira de Pajeú, Divisa Alegre, Divisópolis e Pedra Azul, localizados no extremo nordeste do Estado de Minas Gerais, perfazendo uma população de 64.091 habitantes. Essa Microrregião fica localizada no extremo nordeste do Estado de Minas Gerais, no Vale do Jequitinhonha, semiárido mineiro, IDH médio de 0,60, região marcada pelo baixo desenvolvimento sócio econômico. A distância territorial da Microrregião para a capital do estado, Belo Horizonte, é de 743 km, em que estão localizadas as maiores referências de Alta Complexidade.

3.1 COLETA DE DADOS

A coleta de dados para estudos de caso, segundo Yin (2001) pode ser baseada em diversas fontes de evidência como documentação, registros em arquivos, entrevistas e artefatos físicos. Foram realizadas, como uma das fontes de coleta de dados, entrevistas com

coordenadores das secretarias municipais de saúde de cada município municípios da microrregião, sendo eles Gestor de saúde (secretário de saúde), coordenador da atenção primária, coordenador de regulação. As entrevistas foram realizadas por meio de chamadas de vídeo, com registro de áudio e transcritas.

Os tipos de entrevistas variam de acordo com o propósito do entrevistador. Elas podem ser estruturadas, quando o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido a ser aplicado a determinadas pessoas, visando obter diferentes respostas a mesma pergunta; não estruturadas, onde o pesquisador tem a liberdade para desenvolver a situação na direção que considere adequada segundo as respostas obtidas (GERHARDT et al., 2009; MARCONI; LAKATOS, 2017), e semiestruturadas, nas quais o pesquisador organiza um roteiro com um conjunto de questões sobre o tema estudado a partir de uma ordem prevista, mas permite que o entrevistado fale sobre os assuntos que vão surgindo como desdobramentos das questões geradoras do tema (GERHARDT et al., 2009).

Para realização do presente estudo o levantamento de dados foi realizado por meio de análise de documentos e entrevistas, com utilização de roteiro semi-estruturado (Apêndice A). De acordo com Buy (2005) a entrevista semi-estruturada o pesquisador organiza um roteiro, um conjunto de questões sobre o tema que está sendo estudado, porém, este formato permite e incentiva que o entrevistado fale livremente sobre assuntos que possam surgir como desdobramentos do tema principal (Apêndice B), por conseguinte, utilizou-se para coleta das informações optou-se pela utilização da entrevista semi-estruturada, por meio da aplicação de um roteiro com perguntas previamente definidas que foram combinadas com eventuais perguntas de esclarecimento.

Sendo assim, foi elaborado um roteiro a partir das categorias de análise apresentadas acima e utilizando como base o referencial teórico. Cada um desses dos processos foi desdobrado em elementos a serem investigados, com base na teoria investigada da seguinte forma: coordenação da rede – Coordenação, Comunicação, Gestão do conhecimento, Gestão de conflito, Tomada de decisão; liderança – Identificação de lideranças, Promoção de colaboração; construção de legitimidade/mutualidade – Mutualidade, Identidade Coletiva; construção de confiança – Estrutural, Comportamental; controle e aferição de resultados – Controle de resultados, Eficácia das ações. Cada um desses elementos foi apresentado como pergunta para os entrevistados com base na teoria. Dessa maneira, foi elaborado o protocolo de entrevista apresentado no quadro 3 a seguir:

QUADRO 3 – Protocolo de pesquisa para entrevista

CATEGORIAS DE ANÁLISE	ELEMENTO INVESTIGADO	PERUNTAS	
<i>RAPPORT</i>	Introdução/ ”quebra-gelo”	1. Qual a sua função na Política Pública de Saúde?	
		2. Para você o que representa o termo: Integralidade em Saúde?	
		3. Quais são os papéis e responsabilidades da instituição que você representa?	
Coordenação da rede	Coordenação	4. Você identifica um coordenador central na RAS? Em caso afirmativo, ele contribui para a formação de consensos e decisões que favoreçam o coletivo? De que forma?	
		5. Na sua instituição quais são os principais coordenadores e quais cargos eles ocupam? Em caso afirmativo, ele contribui para a formação de consensos e decisões que favoreçam o coletivo?	
	Comunicação	6. Como é realizada a comunicação entre os diferentes atores da RAS? (internos/municipais e externos/microrregião)	
	Gestão do conhecimento	7. Quais são as principais dificuldades encontradas na execução da política pública de saúde?	
	Gestão de conflito	8. De que maneira essas dificuldades são solucionadas? Pode me dar um exemplo?	
	Tomada de decisão		7. Como se dá o processo de decisão (definição de agenda, PPI) e a resolução de conflitos?
			8. Existe um setor separado na gestão municipal para a Regulação em Saúde? Como ela funciona?
9. Existe uma regulação em Saúde Microrregional?			
Liderança	Identificação de lideranças	10. Qual a principal liderança você reconhece na RAS, a nível municipal? Por quê?	
		11. Qual a principal liderança você reconhece na RAS, a nível microrregional? Por quê?	
Promoção de colaboração		12. Na sua opinião, as lideranças contribuem para melhorar as conexões e colaboração entre o grupo, sendo mediadores e auxiliando nas decisões comuns? De que forma?	
Construção de legitimidade	Mutualidade	13. Nos momentos de resolução de demandas do seu município nas reuniões da RAS (microrregional) você sente acolhido, representado e tendo suas demandas reconhecidas pelos outros atores da rede? Pode me dar um exemplo?	
	Identidade Coletiva	14. Você avalia que os atores da RAS possuam interdependência e colaboração entre si? Nas resoluções de conflitos são buscadas soluções coletivas, que beneficiam a todos os atores da RAS?	
Construção de confiança	Estrutural	15. Você avalia que há confiança mútua entre os atores da RAS? Existe confiança que um compromisso assumido por um ator da rede será realizado de acordo com o combinado?	
	Comportamental	16. A relação de confiança entre os atores da RAS é baseada em contratos formais ou informais?	

Controle e aferição de resultados	Controle de resultados	17. Como é realizada a prestação de contas (local e global) da RAS e quais indicadores são utilizados?
		18. Como você avalia a acessibilidade, compatibilidade (entre necessidade e serviço) e abrangência dos usuários aos serviços de saúde da RAS?
		19. Você avalia que a microrregião de saúde que você pertence possui todos os elementos necessários descritos como Atenção Primária e Atenção Secundária - Média complexidade?
		20. Você avalia que a macrorregião de Saúde abrange todos os elementos necessários para atingir o nível terciário?
Fechamento da entrevista	Eficácia das ações	21. Na sua opinião como é realizada a aferição de resultados (local e global) da RAS e quais indicadores você acredita que são válidos?
		22. Quais são as principais dificuldades para atender as demandas de acesso à Atenção Secundária?
		23. . Quais são as principais dificuldades para atender as demandas de acesso à Atenção Terciária?
Fechamento da entrevista	Considerações Finais	24. Há algum outro comentário ou informação adicional que você queira adicionar à entrevista?
		25. Quais são as principais dificuldades encontradas para atingir a integralidade?

Elaborado pela autora.

As questões foram estruturadas com o propósito de orientar a abordagem e obter respostas para as questões fundamentais a serem exploradas, segundo os objetivos b) e c), respectivamente.

As entrevistas ocorreram por meio de chamadas de vídeo, por meio do *google meet*, no período entre os meses de janeiro e fevereiro de 2024, com duração média de 45 minutos cada uma, foram conduzidas pela autora da pesquisa, que aplicou o roteiro do Quadro 04 aos gestores de saúde (secretário de saúde) e coordenadores municipais (da atenção primária e de regulação) das 4 cidades da Microrregião de Saúde. Foram planejadas a realização de 15 entrevistas nos 5 municípios da micro, entretanto, um dos municípios não participou da pesquisa e foram realizadas 11 entrevistas, conforme Quadro 6. Neste Quadro, os informantes foram classificados de acordo com o município, que foram enumerados de 1 a 5 e o cargo, que foi descrito por letras A – Gestor em Saúde, B – Coordenador de Atenção Primária a Saúde (APS) e C – Coordenador de Regulação, que foram descritas no Quadro 6. A finalidade dessa descrição é garantir o anonimato dos autores participantes, sendo assim, foram criados códigos padronizados para caracterizar cada participante. O código padronizado foi elaborado através da razão entre o número de ordem do município e a letra correspondente ao cargo que o entrevistado ocupa.

QUADRO 4 – Relação de Município X Cargo X Participante

	A - Gestor em Saúde	B - Coordenador APS	C - Coordenador de Regulação
Município 1	Entrevistado 1 ^a	Entrevistado 1B	Entrevistado 1C
Município 2	-	Entrevistado 2B	Entrevistado 2C
Município 3	-	-	-
Município 4	Entrevistado 4 ^a	Entrevistado 4B	Entrevistado 4C
Município 5	Entrevistado 5 ^a	Entrevistado 5B	Entrevistado 5C

Elaborado pela autora.

A principal dificuldade encontrada no processo metodológico foi a marcação de horário para a realização das entrevistas, tendo em vista que o público escolhido como informante é composto por profissionais que trabalham nas principais coordenações de saúde municipais e possuem agendas bem concorridas, sendo necessário entrar em contato muitas vezes com os entrevistados, variando entre 3 e 8 tentativas para cada participante, antes de fechar a data e horário definidos. Apesar disso, três dos informantes de um mesmo município não finalizaram a marcação do encontro e não responderam à pesquisa.

Os documentos utilizados como fonte de evidências para análise de dados são provenientes de leis, decretos, portarias, planos, normas, avaliações, conforme apresenta o Quadro 5. Os principais elementos investigados estão relacionados ao que é preconizado pelas leis e portarias para o funcionamento da RAS, assim como os planejamentos realizados dentro do Estado de Minas Gerais. A análise de documentos, segundo Oliveira (2007) evidencia-se pela busca de informações que não tiveram qualquer tratamento científico como: projetos, programas, relatórios, ofícios, portarias, editais, decretos, planos de gestão, contratos, políticas, planos, leis, normas, avaliações, entre outros.

QUADRO 5 – Documentos Analisados

Ordem	Descrição do Documento
01	Lei 8080, de 19 de setembro de 1990
02	Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006
03	Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008
04	NOTA TÉCNICA Nº 15 – ABRIL de 2008 - Centrais de Regulação Assistencial
05	NOTA TÉCNICA Nº 16 – ABRIL 2008 – Centrais de Regulação Assistencial
06	Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010
08	Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011
09	Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011
10	Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais - 2020 (PDR/MG)

11	Plano Regional Integrado (PRI) - Macrorregião De Saúde Nordeste
12	Análise Da Evolução Do Indicador De Resolubilidade Da Assistência Hospitalar Terciária E Secu
13	Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais – 2020 a 2023
14	Portaria Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008
15	Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011
16	Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de Maio de 2023
17	Resolução SES/MG nº 6.946, de 04 de Dezembro de 2019
18	Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019
19	Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.

Fonte: elaborado pela autora.

As Leis e Portarias analisadas possuem orientações sobre o funcionamento operacional das políticas públicas de saúde, sendo assim os elementos analisados em cada item estão relacionados ao recorte proposto pela regulamentação, como por exemplo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que orienta sobre as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS e descreve de forma detalhada o que é esperado como funcionamento dentro da RAS. Nos documentos estaduais, os Planos, foram analisadas todas as descrições relativas à Macrorregião de Saúde Nordeste, na qual está inserida a Microrregião de Saúde de Pedra Azul.

3.2 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados levantados foram obtidos por meio de duas fontes de evidências: entrevistas e análise de documentos, como detalhado no item anterior em que foi apresentado o protocolo de pesquisa e a lista de documentos avaliados.

As entrevistas foram gravadas em mídia digital e transcritas em editor de texto. Para a análise, foi realizada a comparação das evidências empíricas encontradas nas respostas dos entrevistados com os padrões derivados das matrizes teóricas (YIN, 2006).

Os dados transcritos das entrevistas foram organizadas em planilha eletrônica através do programa Office Excel de acordo com as respectivas categorias de análise, de maneira que as respostas de cada participante foram transcritas em uma dada coluna da planilha, por exemplo: toda a entrevista do Entrevistado 1A foi transcrita na “Coluna F”, organizada de forma vertical, as respostas do Entrevistado 1B foram transcritas na “Coluna G” mantendo-se a mesma linha para cada número da questão, a partir dessa organização é

possível visualizar as respostas de participantes diferentes para a mesma questão, o que facilitou a triangulação dos dados.

Os documentos foram lidos na íntegra e foram selecionados recortes que pudessem corroborar como evidência para cada elemento investigado. O foco principal eram elementos que indicassem parâmetros de funcionamento das políticas públicas e orientações quanto ao seu funcionamento e operacionalização prática. Em seguida esses achados foram elencados e direcionados a cada elemento investigado de acordo com a pertinência dos temas, dessa maneira foi avaliado o que é orientado e preconizado como funcionamento e operacionalização e o que foi verificado de prática utilizada nos municípios investigados.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

A partir dos dados levantados, documentos e entrevistas, foi realizada a análise dos dados. Segundo Yin (2001), em estudos de caso, a análise pode ser realizada pela comparação dos relatos e evidências com as categorias teóricas, ou seja, se realiza uma adequação ao padrão. Isto se refere a realizar uma comparação fundamentalmente empírica com outra de base teórica, buscando concordâncias e discordâncias, ou mesmo novas ideias e alternativas para o corpo teórico.

Para tanto foi verificado na teoria o que era apresentado para cada unidade de análise e para cada elemento investigado, sendo elaborada uma matriz teórica em que cada pergunta do protocolo recebeu na coluna seguinte o recorte teórico destinado àquela temática, por exemplo: a pergunta nº 10 está na linha 16, na coluna B está a categoria de análise: Liderança, na coluna C o elemento investigado: Identificação de lideranças, na coluna D a pergunta do protocolo de entrevista referente à essa temática, na coluna E a teoria com o recorte pertinente à temática. Dessa maneira, na coluna E tem-se a matriz teórica do protocolo de perguntas.

Nas colunas subsequentes: de F a Q, estão transcritas as respostas de cada entrevistado, por exemplo: na coluna F todas as respostas do Entrevistado 1A e assim sucessivamente, de maneira que ao se avaliar a linha 16 tem-se nas colunas as respostas dos diferentes entrevistados, sendo possível fazer uma análise horizontal.

Posteriormente realizou-se a análise, avaliando se as evidências empíricas (respostas dos entrevistados) eram concordantes ou não com os elementos da matriz teórica dentro das categorias elencadas e dos elementos de governança processual presentes na mesma, de forma interpretativa. A segunda análise possível foi observar as respostas dos

entrevistados de acordo com os cargos ocupantes, se há ou não concordância de análises e impressões do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde e da Governança Colaborativa Processual.

4 RESULTADOS

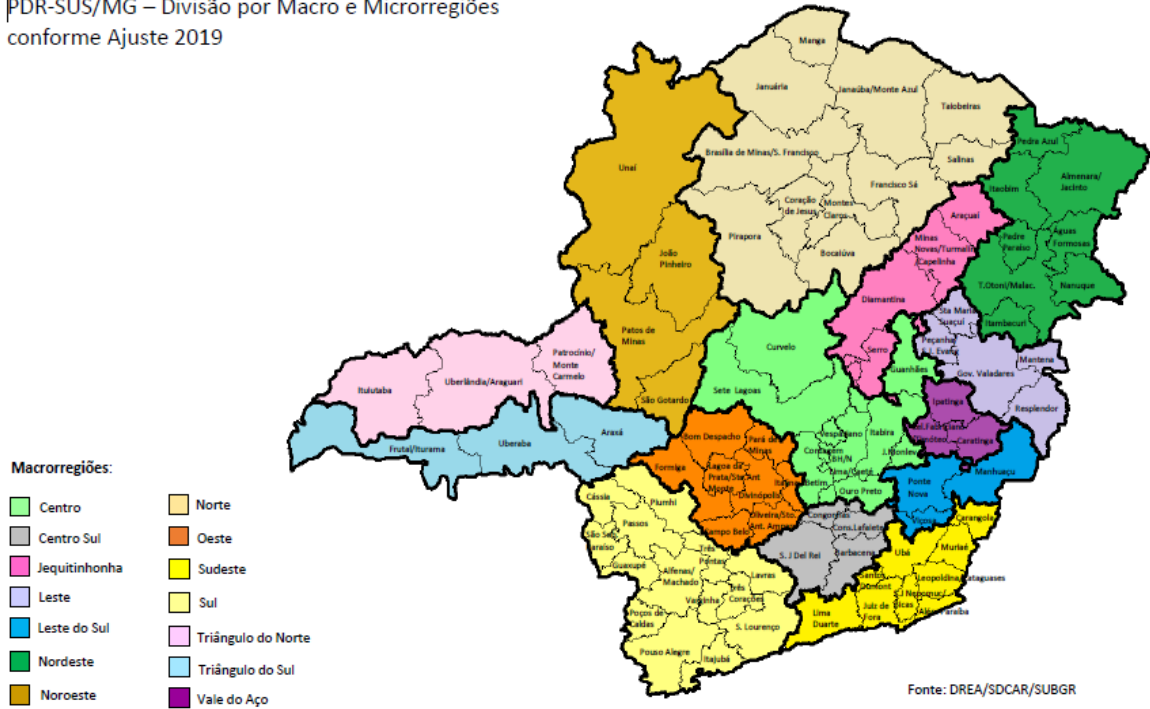
Neste capítulo apresenta-se os resultados do presente estudo. Inicia-se com a contextualização da unidade de análise “Microrregião de Saúde de Pedra Azul-MG”, seguido da análise das entrevistas e documentos e a relação com a matriz teórica. Para melhor compreensão do estudo, foi realizado um levantamento socioeconômico da unidade de análise, assim como um mapeamento das instituições de saúde do SUS de cada município.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE PEDRA AZUL

As regiões de saúde são formas de operacionalizar os princípios de descentralização e regionalização do SUS na Rede de Atenção à Saúde – RAS, possuem como objetivos principais o papel de garantir o acesso resolutivo da população à saúde em todos os níveis de complexidade, em tempo oportuno e com qualidade e dentro da delimitação territorial a que pertence essa região de saúde. Vista como um todo, os municípios contíguos são denominados Macrorregião de saúde com uma população adscrita de cerca de 700.000 mil habitantes, que por sua vez é subdividida em Microrregiões de saúde com cerca de 100 mil habitantes cada. A Macrorregião de saúde possui sob sua responsabilidade atender às demandas da atenção terciária, a Microrregião de Saúde deve ofertar e planejados a atenção secundária à saúde, os municípios de forma individual a atenção primária à saúde (SES-MG, 2020).

O Estado de Minas Gerais possui 14 Macrorregiões de Saúde, apresentado na figura 4 abaixo. O objeto de estudo desse trabalho é a Microrregião de saúde de Pedra Azul - MG, que está inserida na Macrorregião de Saúde Nordeste, que possui o município de Teófilo Otoni como Município Pólo da Macro.

FIGURA 4 - Mapa de Minas Gerais com Divisão por Macro e Microrregiões
 PDR-SUS/MG – Divisão por Macro e Microrregiões
 conforme Ajuste 2019



Fonte: (SES-MG 2020, pg. 319).

A Macrorregião Nordeste, apresentada na figura 5 abaixo, é composta por 8 Microrregiões: Pedra Azul, Almenara, Itaobim, Padre Paraíso, Teófilo Otoni, Nanuque, Águas Formosas e Itambacuri, constituindo uma população de 844.254 habitantes. A distância territorial entre Pedra Azul e a cidade Pólo Micro e a Pólo Macro é de 254 km.

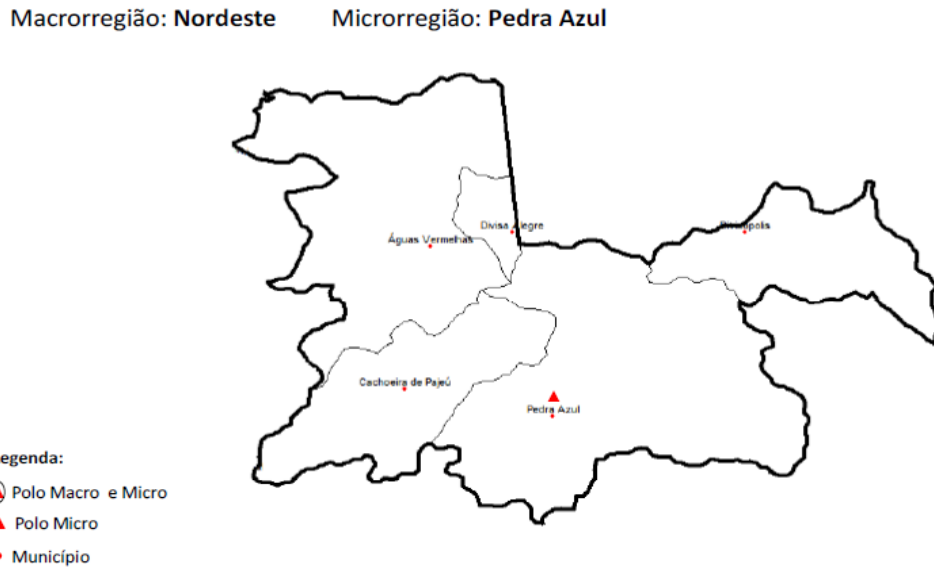
FIGURA 5 - Mapa Macrorregião Nordeste



Fonte: SES-MG (2020, p. 383).

A microrregião de Saúde de Pedra Azul, apresentada na figura 6 abaixo, é composta por 5 municípios: Pedra Azul – Pólo da Micro, Águas Vermelhas, Cachoeira de Pajeú, Divisa Alegre e Divisópolis. Possui uma extensão territorial total de 4.234,7 km² e uma população total de 64.091 habitantes (IBGE, 2022).

FIGURA 6 - Mapa da Micro de Pedra Azul



Fonte: Tabwin - DREA/SDCAR

Fonte: SES-MG (2020, pg. 387).

A microrregião de Saúde de Pedra Azul, está localizada no Vale do Jequitinhonha, reconhecido como região de dificuldades climáticas, por se tratar do sertão mineiro, e sociais.

QUADRO 6: Caracterização demográfica e socioeconômica da Microrregião de Pedra Azul-MG

Município	Extensão territorial (KM ²)	População Estimada (Censo 2022)	IDH	Renda Média Domiciliar <i>per capita</i>	Taxa de analfabetismo
Águas Vermelhas	1257,6	14.037	0,601	R\$ 299,85	28,5
Cachoeira de Pajeú	673,8	9.110	0,578	R\$ 261,79	28,3
Divisa Alegre	118,5	6.321	0,608	R\$ 295,07	22,5
Divisópolis	566,1	10.213	0,609	R\$ 286,77	23,9
Pedra Azul	1618,7	24.410	0,627	R\$ 313,18	18,7
Minas Gerais*	586.513,983	20.539.989	0,774	R\$ 1918,00	5,8
Brasil*	8.510.295,91	215.433.932	0,759	R\$ 1893,00	7,0

Fonte: elaborado pela Autora com base em: SES-MG (2023); * IBGE (2024)

A microrregião de saúde possui cobertura de 100% da Atenção Primária e Hospitais de Média Complexidade, sendo o Hospital Ester Faria de Almeida no município de Pedra Azul o responsável pelos atendimentos de Urgência e Emergência nas áreas de Ortopedia, Pediatria, Obstetrícia e Clínica Médica. A seguir, no quadro 9 serão apresentadas a quantidade de equipes de ESF e a quantidade de hospitais existentes em cada município da micro.

QUADRO 7: Número de ESF e Hospitais na Micro

Município	Nº de Equipes de Saúde da Família	Nº de Hospitais
Águas Vermelhas	7	1
Cachoeira de Pajeú	4	1
Divisa Alegre	4	0
Divisópolis	5	0
Pedra Azul	8	1

Fonte: elaborado pela Autora.

A distância territorial entre os municípios da microrregião e a sede da microrregião – Pedra Azul, da sede da macrorregião – Teófilo Otoni e os municípios de Salinas, Montes Claros e Belo Horizonte são apresentados no quadro a seguir, ambos foram citados pelos entrevistados como locais de referência para atendimentos em saúde:

QUADRO 8: Distância territorial (KM) entre os municípios da Microrregião e principais locais de atendimento

Município	Pedra Azul	Teófilo Otoni	Belo Horizonte	Montes Claros	Salinas	Jequitinhonha
Águas Vermelhas	67	321	810	340	123	194
Cachoeira de Pajeú	31	254	743	328	111	158
Divisa Alegre	53	276	742	364	139	180
Divisópolis	91	314	756	394	177	218
Pedra Azul	-	254	743	365	148	158

Fonte: Elaborado pela Autora

Como ressaltado anteriormente, os informantes da pesquisa citaram cidades não pertencentes à macro como destino para atendimento em saúde. O PDR – 2020 apresenta Teófilo Otoni como um polo com vazios significativos na atenção terciária e com capacidade instalada deficitária para atender a macrorregião. No entanto, a macro não tem outros municípios com potencial para se tornarem polo macro e Teófilo Otoni (SES-MG/2020).

Diante disso, fazendo uma análise desse item, dos resultados encontrados na microrregião investigada, observa-se que a microrregião de saúde possui cobertura de 100% da Atenção Primária e um Hospital de Média Complexidade localizado na cidade pólo da

micro, Pedra Azul, é o responsável pelos atendimentos de Urgência e Emergência nas áreas de Ortopedia, Pediatria, Obstetrícia e Clínica Médica. Há outros dois hospitais de pequeno porte e baixa complexidade nos municípios de Águas Vermelhas e Cachoeira de Pajeú.

A Macrorregião com pólo em Teófilo Otoni, atende à algumas demandas da média complexidade, entretanto, não é nesta região de saúde que são atendidas todas as demandas propostas para esse nível, tanto de acordo com o desenho da política de saúde da RAS quanto pelo Plano Diretor de Regionalização – PDR que organizou a rede de saúde. A proposta é de que à nível microrregional espera-se a oferta dos elencos denominados Média Complexidade Hospitalar 1 e Média Complexidade Hospitalar 2, abrangendo especialidades a nível secundário, assim como a Terapia Renal Substitutiva (TRS) e no nível macrorregional, atender a totalidade do nível terciário, ou seja, o elenco Alta Complexidade/Média Complexidade Especial, que abrange uma maior diversidade de procedimentos de alto custo e complexidade tecnológica.

Como resultados da análise da microrregião de saúde de Pedra Azul – MG observou-se que a nível Microrregional não há a oferta dos serviços públicos e privados que contemplem a proposta de atendimento para esse nível. Sendo atendidos em microrregiões vizinhas, como Itaobim e Jequitinhonha, que fazem parte da mesma macrorregião Nordeste, e também em outras mais distantes, como Salinas, Taiobeiras e Montes Claros, evidenciando dessa maneira um aspecto de fragmentação da RAS.

No nível Macrorregional não se verificou o atendimento completo proposto para esse nível, sendo necessário acessar outras macros, sendo em sua maioria atendidos na capital do estado, Belo Horizonte, havendo, portanto, a centralização do elenco de alta complexidade, contrários à proposta da RAS, por conseguinte, figurando como elemento de fragmentação da RAS.

4.2 MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE PEDRA AZUL: UM OLHAR A PARTIR DA GOVERNANÇA PROCESSUAL

Neste item são analisados os elementos obtidos através das coletas de dados com as entrevistas e documentos, dados das características geográficas e dados das características de infraestrutura de saúde da microrregião, como uma apresentação global dos dados encontrados no estudo realizado. A organização das informações foi realizada de acordo com os seguintes grupos de processos que constituem a governança processual: coordenação da

rede; liderança; construção de legitimidade/mutualidade; construção de confiança; controle e aferição de resultados.

4.2.1 Coordenação da Rede

A Coordenação da Rede é possibilitada, segundo o referencial teórico, pelos elementos: coordenação, comunicação, gestão do conhecimento, gestão de conflito e tomada de decisão. Neste tópico detalha-se as principais evidências encontradas.

4.2.1.1 Coordenação

Assim como verificado na análise documental na legislação federal, como evidência de pesquisa, a forma como foi estruturado o desenho da política pública de saúde a partir da implantação das Redes de Atenção à Saúde - RAS, traz como diretriz primordial que a Atenção Primária à Saúde (APS) possui papel de coordenadora e ordenadora da RAS, através da definição dos fluxos e contra fluxos dessa Rede (BRASIL, 2017).

O protocolo de perguntas traz esse elemento da seguinte forma: você identifica um coordenador central na RAS? Em caso afirmativo, ele contribui para a formação de consensos e decisões que favoreçam o coletivo? De que forma?

Dois informantes destacam a função de coordenação da rede como definida por uma estrutura formal, visto que essa função é designada pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), através do desenho do fluxo da regulação, tendo o município sede de micro um coordenador que opera o programa SUSFácil. Esta estrutura, aproxima-se da ideia de Organização Líder, conforme Provan e Kenys (2005). Ou seja, a SES-MG exerce esta liderança formal na Rede. Entretanto, quanto ao papel do coordenador, parece ser reduzido em apenas operador do sistema, do software do SUSFácil, que necessita de comandos para aprovar e direcionar a regulação de um dado paciente ao serviço de saúde que o mesmo necessite, conforme relatos do Entrevistado 2C.

Na microrregião tem um coordenador central e o estado direciona a microrregião de saúde de PA com uma coordenação central para o que é destinado via PPI, esse coordenador central tem uma senha específica central, que é realizada todos os agendamentos dos procedimentos que são realizados em BH, então tudo que são dos outros municípios, dos outros 4 tem que passar pelo gestor da microrregião que é da SMS de PA, que faz a gestão desse sistema e é gerido pelo município polo, é nomeado pelo Secretário Municipal de Saúde (Entrevistado 2C).

Alguns conceitos são importantes de serem destacados aqui, a questão da regulação em saúde, o Sistema SUSFácil e a PPI. A regulação em saúde é o termo utilizado para descrever ações em diferentes âmbitos que possibilitam, por exemplo, que um paciente seja direcionado de um hospital para outro de acordo com a demanda que o caso necessite. Ela foi regulamentada pela Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que Institui a Política Nacional de Regulação do SUS, como um instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas. Essa política está organizada em três dimensões de atuação que estão necessariamente integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde (exemplo software SUSFácil), Regulação da Atenção à Saúde (objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde) e Regulação do Acesso à Assistência (tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS) (BRASIL, 2008).

O SUSFácil é um sistema informatizado de Regulação Assistencial cujo intuito é agilizar a troca de informações entre as unidades administrativas (por exemplo as secretarias de saúde municipais) e executoras dos serviços de saúde (por exemplo hospitais dos diversos níveis de complexidade) do estado de Minas Gerais, garantindo, assim, melhorias constantes no acesso e atendimento prestado à população. Esse sistema de informações está integrado ao Sistema Estadual de Regulação Assistencial, que possui como objetivo regular o acesso aos serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade credenciados ao SUS em gestão compartilhada com os municípios (Minas Gerais, 2008).

A PPI - Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde foi instituída como sendo um elemento que aliaria o processo de planejamento, definição e que sejam quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, e, posteriormente, realizadas as pactuações com os intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. A pactuação intergestores é um acordo entre os gestores das diferentes esferas do governo para negociar e decidir sobre aspectos operacionais do SUS, as pactuações são realizadas nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), que são espaços de negociação e deliberação intergovernamentais, políticos e técnicos. (BRASIL, 2006).

Parágrafo único. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (BRASIL, 2006).

Outro participante relaciona a coordenação da microrregião à uma Referência Técnica Funcionária da SES –MG: “[...] referência técnica da Gerência Regional de Saúde (GRS) - referência da atenção primária e promoção em saúde. Ela auxilia na construção de consensos, porque ela é muito resolutiva, inteligente, sempre pronta a ajudar e tirar as dúvidas” (Entrevistado 2B).

No município 5, os três participantes atribuem a coordenação à Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde (APS): “A coordenadora da atenção primária. Porque lida com bastante profissionais diretamente, são 170 pessoas na atenção primária. Pela característica da UBS ser a porta de entrada e gerenciar desde a recepcionista até a supervisão” (Entrevistado 5C). Um aspecto demonstrado para a escolha da Coordenadora da APS é o conhecimento e a experiência da respectiva colaboradora na área da APS, outra característica ressaltada é a forma como essa profissional demonstra engajamento com a área e o SUS.

A coordenadora da atenção primária. Você vê de acordo com esse amor, esse crédito que ela tem na ação, no trabalho que ela desenvolve que você vê os resultados. A atuação é conjunta em todas as decisões. Um exemplo é uma Lei municipal, foi elaborada uma nota técnica com os protocolos do ministério da saúde e as legislações que respalda a enfermagem e isso foi colocado em prática ampliando os atendimentos à população na atenção primária (Entrevistado 5A).

Sobre a Coordenação da Rede na RAS, os onze informantes responderam primeiro sobre a rede local, a partir dessa evidência faz-se a inferência de que os mesmos possuem dificuldades de se perceberem como parte de uma rede colaborativa microrregional e macrorregional, pois consideram somente a rede à nível municipal.

A nível local observa-se que há muitas diferenças entre os municípios analisados, que vão desde reconhecer o Gestor em Saúde ou o Coordenador da APS até não reconhecer nenhuma coordenação central. Apreende-se, a partir disso, o quanto a coordenação local parece não possuir definição e atuação estabelecidas de maneira uniforme, ou seja, parece que, na prática, não se verifica o esperado para a função de coordenação de rede. Segundo Thonson e Perry (2006) essa função deveria ocupar o lugar de pilar central, que é responsável pelo relacionamento dos atores de forma conjunta através de regras que conduzam aos resultados esperados, para tanto utiliza-se de mecanismos como a definição de papéis e responsabilidades, a definição de metas e objetivos alcançáveis e as formas de comunicação. Sob esta perspectiva, essas evidências sugerem possíveis fragilidades e contribuem para que

ações em saúde sejam pouco padronizadas e fragmentadas, pois a coordenação possui papel primordial na ordenação de todo o funcionamento de qualquer organização.

A nível microrregional observa-se também uma diversidade de percepções dos entrevistados, evidenciado por não haver consenso entre a maioria das respostas dos entrevistados em relação a coordenação da rede, isto sugere que o papel de coordenação microrregional não possui um representante para a RAS Microrregional, assim como se verificou que seria a coordenação de rede um elemento importante na condução de busca de soluções coletivas, como proposto por Thonson e Perry (2006).

Nesse nível, outra evidência que confirma que não há uma coordenação estabelecida é a citação de colaboradores da GRS como coordenador de micro ou o exemplo somente pela função exercida para lançamento no sistema de regulação do SUSFácil. Quanto à construção de consensos microrregionais observa-se que há fragilidades e dificuldades nesse aspecto, evidenciando que contribuem para a fragmentação da RAS. De forma diversa, foi verificado no estudo realizado por Medeiros *et. al.* (2017) que a maioria das pautas levadas às reuniões regionais são aprovadas, com poucos questionamentos sobre propostas; há descompromisso com as questões de saúde regionais e ineficiência para a resolução dos problemas práticos, havendo foco nas questões individuais de cada município se afastando de soluções coletivas.

Dentro do elemento coordenação, também buscou-se compreender como é a estrutura administrativa e operacional de cada município, para tanto, foi elaborada a seguinte pergunta: Na sua instituição quais são os principais coordenadores e quais cargos eles ocupam? Em caso afirmativo, ele contribui para a formação de consensos e decisões que favoreçam o coletivo?

Todos os municípios investigados possuem ao menos duas coordenações estruturadas: de Atenção Primária à Saúde - APS e de Regulação. Nos documentos analisados tem-se a referência da importância desses dois centros de coordenação, pois a APS deve ser a ordenadora da rede, (BRASIL, 2017) e a importância da regulação que reúne em si três grandes funções. Lembrando que o caráter de ordenadora demanda que a APS seja o ponto central a partir do qual serão realizados os encaminhamentos para os outros pontos de atenção da rede, por isso é muito importante que ela esteja bem organizada e coordenada, pois é onde se inicia toda a interação futura da RAS.

Art. 2º - As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde, Regulação do Acesso à Assistência (BRASIL, 2008).

No Município 2, a Coordenação de atenção primária abrange também as áreas de Imunização e Epidemiologia. Nele é destacada por três entrevistados, deste município, a facilidade de tomada de decisões em suas respectivas coordenações pois possuem autonomia e assumem as responsabilidades de seus setores e quando há necessidade de decisões e consensos coletivos, como ressaltado por dois entrevistados também não referem entraves neste processo e alcançam graus de resolutividade positivos.

O secretário de saúde atua como um coordenador geral. Dentro no município não é difícil de tomar decisões e formar consensos, porque todos tem autonomia desde quando assumiram os cargos, aqui cada um assume a sua responsabilidade dentro seu setor e sobre a gestão do todo, uma hora ou outra os pensamentos são diferentes mas tem que chegar num denominador comum para atender a população no geral, então aqui não tem essa dificuldade quando é necessário uma decisão comum porque todos tem perfil de liderança e de resolução dentro de sua coordenação, lógico que tem impasse de ideias e pensamentos, mas é tranquilo, vida que segue (Entrevistado 2C).

O Município 5 possui além das duas coordenações comuns, a de Vigilância em Saúde, Imunização e o Núcleo de Gestão de trabalho. Os três entrevistados destacam o papel marcante da Coordenadora da APS nas tomadas de decisões e formação de consensos. Apontam como barreiras nesse processo a falta de coordenadores e colaboradores com perfil de liderança, assim como um processo atual de busca por maior interação e comunicação entre as coordenações.

No Município 1 há três coordenações, sendo a terceira a de Vigilância em Saúde e Imunização (as duas áreas estão sob uma mesma coordenação. Segundo os entrevistados não há dificuldades para as tomadas de decisões e formação de consensos, nesses momentos todos interagem satisfatoriamente e participam de forma uniforme deste processo.

O município 4 possui três coordenações, sendo elas “*Coordenadoria de Regulação, Coordenadoria da Atenção Primária, contudo apresenta uma coordenação que nenhum dos outros municípios entrevistados possui, que é a Coordenadoria de Transporte em Saúde, sim, ambos contribuem para a formação de consensos e decisões que favorecem o coletivo municipal*” (Entrevistado 4B). Chama a atenção a característica da coordenação de Transporte em Saúde, devido ao volume imenso de transferências de pacientes a outros municípios para serem atendidos a nível hospitalar e em atendimentos de especialistas, visto

que o hospital desta cidade foi fechado por decisão judicial em 2017, segundo o Entrevistado 4A.

4.2.1.2 Comunicação

Na coordenação de rede o elemento comunicação é meio pelo qual se relacionam os diferentes pontos da rede colaborativa (MENDES, 2011). Diante disso, buscou-se investigar o elemento comunicação a partir da seguinte pergunta: Como é realizada a comunicação entre os diferentes atores da RAS? (internos/municipais e externos/microrregião).

Todos os entrevistados (onze informantes) referem o uso de comunicação informal no âmbito interno ou através de conversas diretamente com o interlocutor, pois em todos os municípios as coordenações funcionam em prédios comuns, a referência principal foi da comunicação através da troca de mensagens de celular via aplicativo *whats app*.

A comunicação é em maioria informal, através do whats app, marcam reuniões, e quando há um problema ou transmissão de alguma coisa mais importante, uma diretriz nova, são realizadas reuniões com todos (Entrevistado 1B).

Já com a comunicação externa, todos os municípios se comunicam de forma mais formal, através de ofícios ou e-mails, podendo, em alguns casos, acertar o assunto de forma informal via *whats app* e formalizar via ofício.

Para os outros municípios é tudo via ofício ou via reunião de CIB microrregional, a depender do tema, do assunto. Por exemplo, se você precisa de uma consulta especializada com neurologia em BH e quem detém a senha é Pedra Azul, ele que vai ter que te colocar na fila, isso é um pouco gargalo, pra você saber se a fila está andando direitinho, mas aí você manda via ofício, porque fica oficiado, qual foi a solicitação, para qual especialidade, mas tudo na cordialidade, a gente tenta ser o mais próximo possível, porque é um por si e Deus por todos, todo mundo buscando pela mesma política de saúde, por melhoria da política de saúde, por construção de política de saúde, então não é uma guerra, é uma construção (Entrevistado 2C).

Em demandas de ordem técnica, três informantes ressaltaram a facilidade de acesso às referências técnicas da GRS-PA, com as quais conseguem tirar dúvidas e receber orientações via chamada telefônica, quando necessário. *“Na microrregião [a comunicação] é nas reuniões formais, ou quando precisa tirar alguma dúvida aí por telefone, ou por e-mail, eles (GRS) sempre estão mandando conteúdo para auxiliar (Entrevistado 2B).* Para as demandas Microrregionais cinco informantes destacaram as reuniões de CIB micro e CIB

regional como espaços de comunicação importantes para o funcionamento da rede: “*A Comunicação externa se dá principalmente através de e-mail, ofícios, reuniões de CIB micro e CIB regional*” (Entrevistado 5A). Também foi destacado a necessidade de formalização da comunicação, mesmo nas relações internas, devido às falhas na execução da política de saúde, para quando necessário realizar cobranças mais formais.

Sendo assim, observa-se que tanto a nível interno quanto a nível externo não se verifica maiores dificuldades para a realização da comunicação dentro da RAS, assim como expressa um maior nível de confiança ao se utilizar mais predominantemente a comunicação informal (SCHEREINER; KALE; CORSTEN, 2009).

4.2.1.3 Gestão do conhecimento e gestão de conflitos

Neste item serão abordados de forma conjunta dois elementos: gestão de conhecimento e gestão de conflitos, pois avalia-se que são extremamente interligados e complementares. O elemento gestão do conhecimento, segundo Agranoff (2006) tornou-se uma ferramenta indispensável na atividade administrativa nas redes, pois contribui na solução de problemas complexos, promovendo a interação e a construção de novas bases de conhecimento. De forma complementar, a gestão de conflitos é utilizada para solucionar as dificuldades encontradas quando houver diferenças nos objetivos e expectativas dos parceiros da rede (BRYSON; CROSBY; STONE, 2006).

Para alcançar o primeiro elemento a pergunta elaborada foi a seguinte: Quais são as principais dificuldades encontradas na execução da política pública de saúde?

As repostas em sua maioria foram direcionadas para aspectos práticos da execução da política pública de saúde. As principais dificuldades elencadas nesse quesito foram a escassez de profissionais nas mais diversas áreas como médicos especialistas, psicólogos e fonoaudiólogos.

A principal dificuldade é a indisponibilidade de recurso, não necessariamente financeira, mas de recurso humano, porque existe uma Política Pública de Saúde construída, existe um fluxo construído, você direciona dentro do fluxo, mas quando chega na porta final não tem a execução porque não tem o profissional que executa. (Entrevistado 2C).

Como dificuldade a falta de conhecimento técnico/teórico e prático para os profissionais que atuam na PPS na ponta nos serviços de saúde municipais, foi destacada por 5 informantes.

A maior dificuldade é na parte de recursos humanos. Nós temos muitos profissionais que acabam não se adequando muito ao perfil de trabalhar no serviço de saúde, como exemplo os agentes de saúde, são contratadas pessoas que não tem perfil para o cargo e muitas vezes não tem boas respostas à isso (Entrevistado 1B)

Outra demanda apresentada foi a dificuldade de execução de algumas portarias que destinam recursos emergenciais, nesses casos as soluções contam com o apoio do setor jurídico municipal e da equipe de licitação e compras (Entrevistado 1C).

Como exemplo tem a portaria que veio para a Dengue, estamos em estado crítico e governo estadual mandou a portaria 9316 de 2024, é um recurso para comprar material para usar com a dengue, soro teste rápido, eu não consegui comprar, eu pedi para o pessoal da licitação lançar no sistema, na portaria falou que era compra direta, mas na hora de pagar não entrou, não autorizou o pagamento por que precisava de licitação, e precisou comprar com recursos próprios (Entrevistado 1C).

A gestão do conhecimento aplicados à solução problemas complexos auxilia à promover a interação e a construção de novas bases de conhecimento, em especial através da capacidade de transferir, receber e integrar o conhecimento (AGRANOFF, 2006), contribuindo dessa maneira para fortalecer o funcionamento da rede colaborativa.

A gestão de conflitos é utilizada pela coordenação nos momentos em que surgem diferentes objetivos e expectativas entre os parceiros da rede, com presença de diversos pontos de vista sobre estratégias, participações, funções e resultados (BRYSON; CROSBY; STONE, 2006). Diante disso, buscou-se investigar o elemento gestão de conflito a partir da seguinte pergunta: De que maneira essas dificuldades são solucionadas? Pode me dar um exemplo?

Nesse sentido para solucionar as dificuldades citadas acima é enfatizado a importância dos espaços de discussão, negociação e busca de consensos nas reuniões de CIB Micro e CIB Regional.

Para solucionar os empasses tudo é levado para colegiados regionais, para tentativa de construção de fluxo juntos, porque sozinho você não consegue aprovar nada, tenta se unir os municípios para tentar contratar o profissional 'X', que não viria para executar 10 [procedimentos], mas viria para executar 100 (Entrevistado 2C).

Foi destacada por dois informantes a importância de realizar reuniões internas com os responsáveis da área específica em que se verifica uma dificuldade na prática, acertar as demandas e dividir responsabilidades, estabelecer metas e prazos (Entrevistado 5A). Um participante ressalta como exemplo o surto de dengue “*Através de reuniões, a gente chama os responsáveis, agora mesmo a gente trabalha muito com os comitês, como por exemplo a dengue e as arboviroses, nós estamos num cenário de urgência, como que a gente está solucionando*” (Entrevistado 2B).

Nas demandas com dificuldades na temática organizacional no setor de pessoal foram apresentadas algumas soluções utilizadas pelos municípios, sendo destacado por um dos entrevistados o planejamento estratégico como principal recurso.

Enfrentar essas dificuldades requer um esforço contínuo de planejamento estratégico, alocação eficiente de recursos, colaboração entre diferentes atores do sistema de saúde e uma abordagem integrada e abrangente para garantir que as políticas de saúde atinjam seus objetivos de melhorar o bem-estar e a qualidade de vida da população (Entrevistado 4B).

Alguns informantes destacam a importância de realizar reuniões internas com os responsáveis da área específica em que se verifica uma dificuldade na prática, acertar as demandas e dividir responsabilidades, estabelecer metas e prazos (Entrevistado 5A). Um participante ressalta como exemplo o surto de dengue:

Através de reuniões, a gente chama os responsáveis, agora mesmo a gente trabalha muito com os comitês, como por exemplo a dengue e as arboviroses, nós estamos num cenário de urgência, como que a gente está solucionando: agente reúne o comitê da Dengue, onde todos vão opinar, procura estratégias e ações que a gente possa estar fazendo para diminuir esses casos, então sempre tem uma discussão com o gestor, com alguma referência, com o coordenador, com algum profissional, alguém sempre pra contribuir (Entrevistado 2B).

Nas demandas com dificuldades na temática organizacional no setor de pessoal foram apresentadas algumas soluções utilizadas pelos municípios, sendo destacado por um dos entrevistados o planejamento estratégico como principal recurso.

Enfrentar essas dificuldades requer um esforço contínuo de planejamento estratégico, alocação eficiente de recursos, colaboração entre diferentes atores do sistema de saúde e uma abordagem integrada e abrangente para garantir que as políticas de saúde atinjam seus objetivos de melhorar o bem-estar e a qualidade de vida da população (Entrevistado 4B).

A gestão do conhecimento se relaciona diretamente com as múltiplas facetas da coordenação em saúde pública, em especial nos municípios de pequeno porte, pois é

necessário integrar diferentes saberes de distintas áreas para alcançar a solução dos impasses e conflitos. Para tanto, é necessário não somente compreender esse conhecimento como também transmitir, realizar trocas constantes na busca de entendimentos comuns, alcançando a possibilidade de convergir objetivos e contribuir para o bom funcionamento na rede colaborativa (MILAGRES *et al*, 2016).

4.2.1.4 Tomada de Decisão

O elemento tomada de decisão relaciona-se com os processos deliberativos em que a construção dos acordos é imperativa, uma vez que a autoridade na rede é compartilhada e as relações são horizontais (AGRANOFF, 2006). Para avaliar esse elemento foi elaborada a seguinte pergunta: Como se dá o processo de decisão na definição de agenda e PPI?

Para a tomada de decisões a nível microrregional dois participantes ressaltaram a atuação determinante do colegiado de gestores, o COSEMS (Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde), na solução de problemas e direcionamento das demandas.

Existe o COSEMS que é o colegiado dos gestores, que possuem uma força imensa, que se decide tudo que vai acontecer dentro do estado de MG, a decisão não é unilateral, não é o Estado mandou desceu 'guela' a baixo, vai se analisar, vai se estudar se é isso que nossa região cabe, é isso que nossa região atende e vai aceitar ou não, então existe um fluxo, reunião de COSEMS, reunião CIB microrregional, reunião CIB macrorregional e reunião CIB estadual que é onde se chega à decisão geral e que se consolida ou não a PPS e qual fluxo que ela vai seguir, os conflitos são sempre decididos por negociação. Já chegaram decisões prontas do estado e que não cabiam na nossa região de saúde e teve que ser devolvido, renegociado e mudada a PPS para que conseguisse atender a demanda da nossa região (Entrevistado 2 C).

Para dois municípios, as agendas são definidas internamente sem dificuldades e posteriormente levadas para a apreciação nas reuniões deliberativas da CIB Micro e CIB Regional: “A agenda é definida internamente, passa pela aprovação do conselho municipal de saúde, leva para as reuniões de CIB e realizadas as pactuações. Não sente dificuldade” (Entrevistado 5A).

A maioria dos participantes, direcionou as respostas para o ambiente interno/municipal. Diante disso, apresentam as dificuldades a nível de regulação em que há carência de profissionais especialistas, sendo necessário, quando possível, realizar a contratação dos mesmos.

Na definição de agenda nós focamos nas ações que são mais emergenciais, que estão precisando mais naquele momento, os consensos não são difíceis de se alcançar. Os enfermeiros argumentam, pois eles conhecem a realidade de quem está na ponta e vão passando para a gente (Entrevistado 1B).

Outra dificuldade apresentada na definição de agenda e na programação de procedimentos através da PPI se refere à relação município-prestador de serviços, no que se refere aos hospitais da microrregião, pois são direcionados à eles os procedimentos e os recursos correspondentes, entretanto não há execução como programado, diante disso os municípios realizam reprogramação dessas PPI's e alocam em prestadores com melhores resultados.

Recentemente agente teve que retirar PPI de PA, mas eles não estavam executando para gente, antes a programação era trimestral, agora é mensal. Então a gente vê em qual local está executando e reprograma, retira de um lugar e transfere para outro onde está executando mais, onde está dando maior suporte, a gente vai colocando na balança (Entrevistado 1 C).

Compreendendo que a PPI relaciona-se diretamente com a regulação em saúde foi elaborada a seguinte questão: Existe um setor separado na gestão municipal para a Regulação em Saúde? Como ela funciona? Existe uma regulação a nível microrregional?

Todos os municípios investigados possuem o setor de Regulação separado das demais funções e com coordenação própria. As formas de atuação e funcionamento são próximas uns dos outros, serão citadas a seguir algumas experiências.

Um dos municípios apresenta modificações recentes em seu funcionamento no setor de Regulação Municipal, o primeiro é quanto às solicitações de consultas e exames na própria unidade de saúde, em que nestes locais a recepcionista já orienta, recebe toda a documentação necessária e encaminha para o setor da Regulação já com todo o processo pronto, o segundo momento é feita uma qualificação dos pedidos de consultas e exames por um médico que realiza a triagem de acordo com a urgência das demandas.

Atualmente o médico qualifica os encaminhamentos que chegam da atenção primária de exames, de consulta, é feita uma estratificação de acordo com o risco e urgência dos casos, eles chamaram os médicos e prescritores da AP e futuramente se reunirão com a Atenção secundária para organizar as contra-referências que são direcionadas para a APS. (Entrevistado 5C).

Um dos municípios ressalta que toda a equipe participa das tomadas de decisão, contudo ressalta que muitas ações são direcionadas pela GRS através de suas referências técnicas, que realizam reuniões, treinamentos e propõem planos de ações para determinadas

temáticas na APS: *“Participa toda a equipe no processo de decisão de agenda, primeiro a GRS propõe a agenda e vai nos passar, manda por e-mail, ou a Referência Técnica Estadual manda todo o material e agenda a reunião”* (Entrevistado 1C).

Diante do exposto, observa-se a relação entre a tomada de decisão na solução e direcionamento das demandas com a atuação da coordenação em saúde, em que são utilizados os processos deliberativos e formação de consensos na busca de soluções coletivas, contudo, através do direcionamento e mediação dessa coordenação.

4.2.2 Liderança da Rede

A liderança como capacidade de orquestrar todos os elementos presentes em uma rede é um aspecto essencial que necessita estar presente desde a face que antecede a formação em si da rede, é um papel cuja importância é imprescindível, devendo possuir uma postura imparcial nos momentos de solução de conflitos e intermediar as negociações (EMERSON et. al., 2012).

4.2.2.1 Reconhecimento das lideranças nos municípios e na microrregião

Com o objetivo de investigar a identificação das lideranças a nível local, foi elaborada a seguinte pergunta: Qual principal liderança você reconhece na RAS, a nível municipal? Por quê?

O gestor Municipal de saúde foi apontado como a principal liderança para seis informantes, características de perfil como liderança, conhecimento sobre a Política Pública de Saúde, com capacidade para construir e gerir instrumentos de gestão, pela representatividade diante da população local: *“O secretário de saúde que vai construir e direcionar os instrumentos de gestão de pessoas e para investimento”* (Entrevistado 2C).

A principal liderança é o gestor, porque você percebe que a pessoa tem o perfil, sabe organizar muito bem o seu setor, querendo ou não são muitas pessoas, trabalho com ele há muitos anos, vejo que as coisas funcionam de forma correta, de forma mais precisa sem muitos rodeios, o que é ‘pra’ ser é, o que não é pra ser não é (Entrevistado 2B).

Um destaque importante para liderança municipal foi apresentado pela Entrevistada 2C, que apresenta a participação do conselho Municipal de Saúde como um

elemento de liderança, tendo em vista que todas as políticas públicas precisam da aprovação desse órgão, assim como o seu papel de fiscalizador.

Em segundo lugar Conselho Municipal de Saúde, porque ele que manda tudo, todas as políticas de saúde que você vai construir, se o conselho não aprovar não existe a construção, todo o financeiro é o conselho que tem que aprovar, ele é fiscalizador e aprovador, se não tiver a aprovação você não consegue nem construir nem investir nada (Entrevistado 2C).

Um dos entrevistados apresenta como liderança a nível municipal a Coordenadora de atenção primária, pela quantidade de serviços que são diretamente subordinados à APS e, por sua vez, a quantidade de colaboradores.

A coordenadora da atenção primária, pois desafio é grande e porque é a terceira pessoa neste cargo, somente nessa gestão. São muitos setores que fazem parte como a farmácia básica – Farmácia de Minas, o serviço é modelo da macrorregião, foi destaque em reunião de CIR pela organização (Entrevistado 5).

Com o objetivo de investigar a identificação das lideranças da RAS microrregional de Pedra Azul, foi elaborada a seguinte pergunta: Qual a principal liderança você reconhece na RAS a nível microrregional? Por quê?

Foi destacado como liderança a gestora de saúde do município de Pedra Azul, que é o de maior população e sede da microrregião: “Na micro é a gestora de PA, porque é sede de micro, a regional de saúde é aqui, pela busca da qualificação profissional através da instrumentalização da gestão” (Entrevistado 5B).

Seguindo o mesmo princípio, foi elencado como liderança o colaborador que é responsável pela regulação microrregional, executada pela Secretaria Municipal de Saúde de Pedra Azul.

O Coordenador de Regulação em Saúde Microrregional, porque essa liderança é fundamental para coordenar a regulação dos serviços de saúde em uma escala menor, abrangendo uma microrregião (Entrevistado 4B).

Por outro lado, dois entrevistados destacaram o papel da Gerência Regional de Saúde (GRS) do estado de Minas Gerais e suas referências técnicas como lideranças importantes na microrregião de saúde.

Como a GRS está dentro da nossa microrregião, ela acaba saindo como líder de muitas ações, mesmo entendendo que muitas ações deveriam sair da liderança do pólo, que seria da SMS de PA, mas acaba que a equipe técnica da GRS consegue dar um suporte que sobressai a liderança da SMS de PA, mas entende que a

liderança que não tem a sede da GRS acaba sendo o município sede da micro (Entrevistado 2C).

A liderança possui a função de construir conexões entre os grupos no intuito de promover a colaboração entre os atores participantes, afim de construir uma identidade compartilhada, atuando como um coordenador de integração da rede (SHEPHERD; MEEHAN, 2012). Entretanto, o que se observa nas evidências investigadas é uma grande diversidade de representações, contribuindo para os aspectos de fragmentação, visto que esse papel não possui uma representatividade marcante na microrregião investigada.

4.2.2.2 Liderança e a promoção da colaboração na Rede

A capacidade de influenciar e direcionar afim de compreender e concordar sobre o que precisa ser feito para alcançar os objetivos desejados, dessa maneira, está presente em diferentes papéis ao longo da governança colaborativa, como durante momentos de deliberação, conflito e na condução diária do dia a dia da rede (EMERSON et al., 2012).

Para investigar o elemento Promoção da colaboração na rede foi elaborada a seguinte pergunta: Na sua opinião as lideranças contribuem para melhorar as conexões e colaboração entre o grupo, sendo mediadores e auxiliando nas decisões comuns? De que forma?

Apesar de haver uma grande diversidade de respostas no quesito anterior sobre a identificação de liderança, essa participação foi reconhecida como positiva na formação das conexões e formação de consensos, por seis informantes, dos quais destaco os seguintes pontos:

Sim contribuem, em boa parte sim, porque nem sempre as opiniões vão ser iguais: por exemplo vamos fazer alguma ação assim nesse momento, mas pode ser que não seja viável, por falta de recurso ou alguma assim, pode ser que não acate naquele momento (Entrevistado 2B).

Por outro lado, um dos participantes destacou que percebe na GRS o papel de liderança regional, contudo que não observa construções positivas na construção e fortalecimento das conexões, assim como na formação de consensos.

Não observa facilidade na construção de colaborações e conexões a nível regional. A GRS busca indicadores, mas não sente muita parceria entre os atores. A não ser no Hospital de Medina. Eles não entendem como conseguimos operar tanto em Medina, mas também os municípios não querem gastar, nós já deixamos tudo pronto (Entrevistado 1C).

Um dado relevante diz respeito ao não reconhecimento de lideranças microrregionais por dois informantes do estudo, seja por estar a pouco tempo trabalhando na função de coordenação, seja por não haver interação direta com temas relacionados à rede de saúde.

A liderança possui a função de construir conexões entre os grupos no intuito de promover a colaboração entre os atores participantes, afim de construir uma identidade compartilhada, atuando como um coordenador de integração da rede (SHEPHERD; MEEHAN, 2012). O que se observa é que há, apesar da variabilidade de representação de lideranças, uma percepção de esse líder, dentro do escopo de sua representatividade, exerce a função de promoção da colaboração, contribuindo para relações positivas dentro da rede colaborativa.

4.2.3 Construção da Legitimidade

As redes colaborativas necessitam, desde a sua constituição, que os seus participantes possuam uma percepção de que há interdependência entre si e que se complementem quanto à recursos e objetivos. Dessa maneira, para que seja legítima uma rede, é necessário que somente seja pertinente o alcance de objetivos coletivos, que atenda a todos e não um participante da rede de forma isolada e essa identificação/percepção precisa estar presente e é indispensável para um bom funcionamento da rede (EMERSON et. al., 2012).

4.2.3.1 Percepção da mutualidade

Na colaboração se pressupõe a interdependência entre as partes, que cada membro abra mão de interesse pessoais em prol do benefício coletivo (MILAGRES et al., 2016), dessa maneira para se investigar o elemento Percepção da Mutualidade foi elabora a seguinte pergunta: Nos momentos de resolução de demandas do seu município nas reuniões da RAS (microrregional) você se sente acolhido, representado e tendo suas demandas reconhecidas pelos outros atores da rede? Pode me dar um exemplo?

Todos os onze informantes manifestaram que se sentem acolhidos, representados e que possuem suas demandas reconhecidas pelos outros integrantes da RAS, em especial porque na maioria das vezes as demandas são comuns. Pois mesmo sendo a solicitação de um

único município, esta pode, em outros momentos, atender aos demais municípios, tendo em vista a realidade muito próxima entre todos eles.

Se sente representada, todos são ouvidos, tudo que se é falado é registrado em ata e a partir desse registro se torna um documento, tem coisas que aconteceram há 10 anos atrás e hoje ainda valem, todas as idéias são construídas juntas, se vai construir uma PPS é nesse colegiado que faz a construção do todo, é nesse momento que faz a reunião da CIB micro, com estado e com o COSEMS que se faz a junção para levar para a reunião estadual, para consolidar realmente a política de saúde, mas tudo é relevante de todos (Entrevistado 2C).

Na colaboração se pressupõe a interdependência entre as partes, que cada membro abra mão de interesse pessoais em prol do benefício coletivo e, quanto maior o consenso, maior a colaboração, sendo reconhecidas e respeitadas as necessidades de cada um, ou seja, uma construção de uma cultura de rede, com crenças, valores e atitudes compartilhadas (MILAGRES et al., 2016). Foi exatamente o que se observou na investigação desse elemento, a presença desse compartilhamento de demandas e da cultura da rede.

4.2.3.2 Percepção da formação de identidade coletiva

Nas relações de uma rede colaborativa há como destaque a importância da participação de cada parceiro no desenho das soluções, o que permite a formação do sentimento de pertencimento e a construção de uma identidade coletiva, com ligações entre os participantes, construção conjunta de sentido sobre a colaboração (MILAGRES et al., 2016).

Para investigar o elemento Percepção da formação da identidade coletiva foi elaborada a seguinte questão: Você avalia que os atores da RAS possuam interdependência e colaboração entre si? Nas resoluções de conflitos são buscadas soluções coletivas, que beneficiam a todos os atores da RAS?

Todos os onze entrevistados se reconhecem em uma relação de interdependência com os demais atores da RAS e acreditam que as resoluções de conflitos e dificuldades são buscadas para atender soluções coletivas e, portanto, beneficiam a todos os atores da rede. Dentre essas percepções ressalta-se as seguintes:

Em alguns casos sim, porque por exemplo vai solicitar um plano de ação para cada município, eu nunca vou conseguir fazer sozinha, então vou perguntar como você está fazendo o seu, que linha de pensamento você está seguindo, está conseguindo fazer. Se a GRS tiver um bom planejamento, fazer uma reunião e explicar detalhadamente como tem que ser, deixar claro a participação de todos sim (Entrevistado 5B).

Ao se reconhecerem como interdependentes e com demandas e culturas comuns, os participantes demonstram que há uma contribuição positiva de todos os integrantes da rede microrregional para a formação de uma identidade coletiva. Portanto, assim como ressaltado por Milagres *et. al.* (2006), os parceiros ao se alinharem à rede reconhecem que os resultados só serão alcançados a partir da soma dos recursos disponibilizados, compreendem que sozinhos não chegariam à solução pretendida.

4.2.4 Construção da Confiança

As redes colaborativas precisam que os parceiros possuam entre si um elevado grau de confiança, de que os objetivos comuns são importantes para todos, de que a parte que cabe ao outro parceiro será desempenhada conforme foi acordado, seja por meios formais ou informais esses acordos. Alguns processos podem estar presentes no elemento confiança, como contratos, mecanismos de controle e avaliação de desempenho, ou mesmo ser dispensável a depender do nível de confiança entre os parceiros (HUXHAM, 2003).

4.2.4.1 Percepção da confiança estrutural

Dentro das relações na rede há um fator preponderante que é confiança estrutural que se trata de uma expectativa de que o parceiro agirá dentro do acordado e esperado (HUXAM, 2003; 2005; MILAGRES *et al.*, 2016). Diante disso, para se avaliar este elemento se formulou o seguinte questionamento: Você avalia que há confiança mútua entre os atores da RAS? Existe confiança de que um compromisso assumido por um ator da rede será realizado de acordo com o combinado?

Nesse elemento as evidências sugerem fragilidades na percepção de confiança estrutural, assim como demonstrado nos relatos a seguir:

Nem sempre há confiança mútua entre os atores da RAS, porque umas pessoas são de mais fácil comunicação e umas são de mais difícil comunicação, e a confiança pra ser mútua todo mundo tinha que ter o mesmo nível de conhecimento e as vezes não tem, as vezes você precisa ficar alertando o caminho que se tem que percorrer, até porque se troca muito de gestor, essa troca quebra o conhecimento e essa troca quebra, regride o conhecimento, existe confiança, o elo é grande de confiança, mas tem que ficar alerta pra ver se não está ficando nenhuma política pra traz. Tem que ser realizado o que foi combinado porque está documentado, não tem que querer somente, precisa de outros atores que participem, por exemplo, negocia com o HEFA 'pra' ser porta aberta de todas as suas gestantes, mas o profissional prestador não sabe e não executa, aí quebra o contrato, mas a culpa não é da SMS

PA, nessa situação todos os municípios se reúnem e cobram o que estava em contrato (Entrevistado 2C).

Observa-se que os informantes buscam estabelecer relações de confiança, entretanto ao apresentar de forma mais prática se confiam no compromisso assumido por um ator da rede não evidenciam que essa ocorra, pois diante dos exemplos apontados demonstram que há fragilidades na confiança estrutural.

4.2.4.2 Percepção da confiança comportamental

Nas relações de rede o grau de confiança e integridade entre os parceiros é entendido como a percepção da confiança comportamental e refere-se a um processo cíclico de negociação, interação, comprometimento e colocar em prática as ações prometidas, em termos práticos, são baseados em contratos formais ou informais (HUXAM, 2003; 2005; MILAGRES et al., 2016).

Para avaliar a confiança comportamental foi elaborada a seguinte pergunta: A relação de confiança entre os atores é baseada em contratos formais ou informais? Entre os entrevistados a grande maioria, sendo sete dos informantes, define que as suas relações entre os demais atores da rede, são baseadas em contratos formais, dos quais se ressalta os seguintes relatos:

Contratos formais, por exemplo tudo é documentado, tudo agente tem registro, por mais que tem a tecnologia hoje a gente fala assim não vamos guardar papel, mas tudo que eu preciso tem que ser via ofício, uma pessoa receber, assinar o recebimento, se a gente fez alguma reunião tem que registrar em ata o que foi feito, a assinatura dos participantes para a gente ter um respaldo, porque se eu tiver uma parceria com você algo da rede que eu precise e eu só for lá e conversar com você o que vai me dar garantia de que a gente firmou esse contrato (Entrevistado 2B).

O grau de confiança comportamental nas redes relaciona-se com como estão construídas as relações entre os parceiros e torna-se um elemento que contribui para a realização da governança e favorece o trabalho colaborativo, pois auxilia no reconhecimento do alcance de ganhos para todos os membros da rede, através do compartilhamento de informações, conhecimento e do acompanhamento de todos os processos envolvidos nessas relações (HUXAM, 2003; 2005).

4.2.5 Controle e Aferição dos Resultados

A prestação de contas e a aferição de resultados avaliam a eficácia das ações através da capacidade de fornecer um amplo conjunto de serviços adequados, com acessibilidade, compatibilidade e abrangência. Entretanto, observa-se dificuldades para se estabelecer indicadores que avaliam o desempenho em redes, tendo como propostas os produtos como os planos, projetos, coordenação de processos colaborativos e, por outro lado, os resultados desses produtos (MILAGRES et al., 2016).

4.2.5.1 Percepção sobre o controle dos resultados na RAS

As redes colaborativas possuem melhores resultados quando possuem capacidade de monitorar seus resultados, pois avaliação da eficácia está relacionada com a obtenção dos resultados positivos (PROVAN, KENIS, 2008). Diante disso, foi elaborada a seguinte pergunta, para se investigar sobre prestação de contas e indicadores utilizados: Como é realizada a prestação de contas (local e global da RAS e quais indicadores são utilizados?)

Pelo sistema GEICON faz a prestação de contas financeira, com anexo de empenhos, você tem que executar uma portaria com o financeiro dela e fica aberto até prestar contas, programa estadual. Um indicador é não ter prestação de conta aberta. Atualmente o município recebe portarias e cada uma tem um indicador, por exemplo a portaria da dengue, são o número de casas visitadas, número de ciclos de pesquisa de dengue que foi realizado, vem discriminado em cada portaria o indicador de execução, com o que vai gastar, contratar (Entrevistado 2C).

A SES-MG (2021) apresenta o Indicador de Resolubilidade Microrregional utilizando os dados da quantidade de internações realizadas pelos residentes da micro no próprio território e o número total de internações realizadas dentro da macro, ambos na complexidade média.

O indicador de Resolubilidade Microrregional mensura a capacidade de cada território micro responder às suas próprias demandas. O cálculo deste indicador pode ser sintetizado da seguinte forma: Resolubilidade Micro = Quantidade de internações realizadas pelos residentes da micro no próprio território nos elencos micro (MCH1 e MCH2) x 100 dividido por Total de internações realizadas pelos residentes da micro nos elencos micro (MCH1 e MCH2) (SES-MG/2021).

Esse indicador está relacionado à procedimentos como cirurgias e internações hospitalares, pois ambos consideram dados relacionados número de internações realizadas, como média estadual tem-se o percentil de 77,33 no ano de 2020 (SES-MG/2021).

Da mesma forma, a SES-MG propõe como Indicador de Resolutividade da Macrorregional que considera os dados de internações realizadas e procedimentos realizados:

Para avaliar a regionalização da assistência e identificar estas áreas desprovidas de serviços, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) utiliza o indicador de resolubilidade, que permite verificar se a população tem acesso aos procedimentos demandados próximo ao local em que reside ou se necessitam recorrer a outras áreas para realizá-los.

Em síntese, a resolubilidade aponta a capacidade de cada Região de Saúde responder às suas próprias demandas, ou seja, em que medida, em determinado nível de atenção à saúde, as Regiões de Saúde atendem as internações de seus residentes, sendo calculada da seguinte forma: Resolubilidade = Total de internações realizados por residentes da macro na própria macro de residência no nível x 100 dividido por Total de procedimentos realizados por residentes da macro no nível (SES-MG/2021).

De acordo com esse indicador, a macrorregião Nordeste apresenta um coeficiente de 81,29% de resolutividade no ano de 2020, relacionado à procedimentos a nível hospitalar. Entretanto, não são apresentados os dados analisados para alcançar esse resultado (SES-MG/2021).

Outra forma possível de aferir os resultados é avaliar a razão entre demanda e oferta de serviços em saúde ou a acessibilidade/necessidade e compatibilidade de serviços de saúde da RAS, para tanto foi elaborada a seguinte questão: Como você avalia a razão entre acessibilidade, compatibilidade (entre necessidade e serviço) e a abrangência entre os serviços de saúde da RAS?

Está muito acessível hoje, porque tem cobertura de 100% do PSF, esse usuário é atendido 100%, ele se for referenciado é que vai sinalizar a urgência ou a eletividade é o profissional médico que vai atendê-lo, hoje entende que tem uma igualdade de demanda e necessidade. Na secundária tem compatibilidade na urgência, na eletividade não, na urgência tem que sair dos pés de São Francisco, porque é risco de vida, tem que entrar na porta tendo financeiro ou não, nós chamamos de extrapolação (Entrevistado 2C).

Dentro desse aspecto, pode-se refinar a demanda e a oferta de acordo com níveis de atenção à saúde, sendo assim, inquirir-se o seguinte ponto: você avalia que a microrregião de saúde que você pertence possui todos os elementos necessários descritos como Atenção Primária e Atenção Secundária – Média Complexidade? No que se refere à oferta de serviços descritos como - Média complexidade os entrevistados referem que na microrregião de saúde não há todos os elementos necessários para atender às demandas desses referidos níveis.

Nunca, falta especialidades, tem que comprar tudo de fora. Uma ressonância por exemplo, é um procedimento de alto custo, quem está na fila demora anos. Então o

município compra esse serviço terceirizado através de credenciamento ou de consórcios de saúde ou o usuário não vai ter acesso. Porque o cálculo de acesso que foi feito para ressonância em 1983 era um, nessa época era feito o pedido de RX, e hoje é pedido é ressonância. A PPS não evoluiu quanto a isso, não mudou, não teve um reestudo para mudar esses parâmetros (Entrevistado 2C).

Na perspectiva de auxiliar nas demandas não atendidas pela atenção primária e para apoiar essas equipes na efetivação da rede de serviços e ampliar sua abrangência, o Ministério da Saúde (MS) criou os NASF 1 e 2 por meio da Portaria GM/MS nº 154, publicada em 4 de março de 2008, foi revogada pela revogada pela Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, representando a busca crescente pela integralidade da atenção e interdisciplinaridade nas ações em saúde, pois permite que os municípios contratem profissionais de nível superior de acordo com suas necessidades.

Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2011).

A proposta de trabalho do NASF não é de oferecer simplesmente atendimentos de especialistas como nos modelos convencionais de prestação de cuidados, que primam pela assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, mas sim a de superar essa lógica em direção à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família (MENDES, 2011).

Atualmente, foi instituída a eMulti, por meio da Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, com o objetivo de fortalecimento ao cuidado multiprofissional na APS e dá continuidade ao trabalho do NASF, porém com reformulações e mudanças para atender as demandas do perfil demográfico e epidemiológico atual.

Art. 1º Esta portaria institui incentivo financeiro federal de implantação e custeio para as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde – eMulti.
Parágrafo único. Para efeitos desta Portaria entende-se por eMulti equipes compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da Atenção Primária à Saúde - APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde – RAS (BRASIL, 2023).

Com objetivo de atender às especialidades o governo de Minas Gerais implanta o Centro Estadual de Atenção Especializada – CEAE, que se configura como um ponto de atenção ambulatorial especializado que busca potencializar e qualificar a atenção à saúde nas linhas de cuidado prioritárias ofertadas (SES/MG, 2019). Esse programa dispõe de assistência multiprofissional, ofertam consultas e exames especializados, considerados essenciais para garantir a resolubilidade assistencial nas linhas de cuidado prioritárias: Saúde Materno-infantil de risco; Propedêutica do câncer de colo de útero e de mama e Atenção ao Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial Sistêmica; Doença Renal Crônica de alto e muito alto risco, e Saúde do Idoso Frágil, que buscam impactar na redução dos dados de morbimortalidades por complicações evitáveis associadas a esses agravos não transmissíveis. Não há esse centro na microrregião de Pedra Azul, sendo os pacientes direcionados à cidade de Jequitinhonha que possui o CEAE de menor distância territorial e de referência da localidade.

O governo do estado de Minas Gerias elaborou o Plano Diretor de Regionalização - PDR com o objetivo de organizar espacialmente a oferta de serviços do SUS/MG entre os municípios, demarcando a responsabilidade de cada unidade administrativa para as ações em saúde, para tanto utilizou princípios de economia de escala e escopo buscando aumentar a acessibilidade ao tratamento demandado, pois muitos procedimentos não são ofertados em todos os municípios (SES-MG/2020). Sendo assim, esse plano foi utilizado como evidência de pesquisa, nele tem-se que a Microrregião de saúde compreende um território contínuo que deve atender às demandas da atenção primária e secundária.

Microrregião de saúde: Base territorial de planejamento da atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e, excepcionalmente, de alguns serviços de Alta Complexidade (AC), caso da Terapia Renal Substitutiva (TRS). Deve ser constituída por um conjunto de municípios contíguos, com população de cerca de 100.000 habitantes que estão adscritos a um município de maior porte (município polo) com oferta mais ampla do elenco proposto para o nível micro.

Cada “micro” é um território de atendimento da “Atenção Secundária”. A não prestação de serviços em alguma das especialidades previstas na Tipologia de Serviços do nível microrregional também indicará “vazios” ou prestação de serviços com baixa resolubilidade. Os “vazios”, ou seja, a ausência total da oferta de determinado serviço ou, por “equivalência”, ofertas de serviços com resolubilidade abaixo de 30%, apontam necessidades de investimentos em planos e contratos específicos (SES-MG/2020).

Para avaliar a nível macrorregional a cobertura de maior complexidade foi perguntado: Você avalia que a macrorregião de saúde abrange todos os elementos necessários para atingir o nível terciário? Da mesma forma, quando se trata dos serviços em saúde de alto

custo, pertencentes ao nível terciário, todos os participantes apontam que não possuem acesso a eles dentro da macrorregião de Saúde, pois não há oferta suficiente, tendo na maioria das vezes que recorrer a Belo Horizonte para realizar esses serviços.

Conseguimos em parte, por exemplo a gente tem em Jequitinhonha o CEAE que tem muitas especialidades, o paciente que é carteira, que ele entra lá, a gente consegue suprimir muita coisa, as vezes o paciente entra com a necessidade de um cardiologista e lá ele consegue passar em inúmeras especialidades, onde agente já consegue suprir tudo que ele precisa lá ao invés de estar mandando para outros lugares, tendo mais gasto, então a gente consegue usar esse serviço bem bacana (Entrevistado 2B).

Segundo a SES-MG (2020) a Macrorregião de saúde engloba uma base territorial de planejamento da atenção terciária à saúde (serviços de maior densidade tecnológica), que contém microrregiões de saúde, sua população total é cerca de 700.000 habitantes, ou seja, a macrorregião possui em si os três níveis atenção terciária, secundária e a básica.

Esses indicadores estão relacionados à procedimentos como cirurgias e internações hospitalares, pois ambos consideram dados relacionados número de internações realizadas, entretanto, o que se observa ao se analisar as respostas dos entrevistados sobre os atendimentos dos níveis secundários e terciários possui uma percepção diferente da apontada pelos índices apresentados. A SES- MG reconhece que o indicador de resolubilidade tem sido um instrumento que auxilia na avaliação da regionalização, na descentralização, mas que não alcança a totalidade das medidas correspondentes, tendo como outros elementos a serem avaliados como a fila de espera, a recusa de atendimento, entre outros, dessa maneira o indicador atua como complementar às demais informações (SES-MG/2021).

4.2.5.2 Percepção sobre a eficácia das ações na RAS

Avaliar a eficácia das ações através da capacidade de fornecer um amplo conjunto de serviços adequados, com acessibilidade, compatibilidade e abrangência é obter uma percepção se há ou não a obtenção dos resultados esperados. Entretanto, observa-se dificuldades para se estabelecer indicadores que avaliam o desempenho em redes, sendo uma proposta os produtos, como os planos, projetos, coordenação de processos colaborativos e, por outro lado, os resultados desses produtos (MILAGRES *et al.*, 2016).

Para avaliar esse elemento foi elaborada a seguinte questão: Na sua opinião como é realizada a aferição de resultados (local e global) da RAS e quais indicadores você acredita que são válidos? Todos os municípios investigados, os quatro, utilizam como indicadores o

número de consultas realizados, número de procedimentos realizados, o volume da lista de espera para atendimentos com especialistas e para procedimentos.

O estado colocou o Previne Brasil com 7 indicadores e cada 4 meses é avaliado, isso da APS, por exemplo na hipertensão, gestação. A secundária e terciária é medida pela execução de fila de espera de cirurgia. Os municípios criam instrumentos para avaliar, eu uso a fila de espera (Entrevistado 2C).

A Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, instituiu o Programa Previne Brasil - PPB, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde - APS no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e será constituído por: I - capitação ponderada (baseada no quantitativo da população cadastrada por Estratégia de Saúde da Família e Equipe de Atenção Primária, com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica); II - pagamento por desempenho (considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes); e III - incentivo para ações estratégicas.

Os indicadores desse programa serão constituídos pelo Ministro de Estado da Saúde e deverão considerar: a relevância clínica e epidemiológica, disponibilidade, simplicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade. As metas quantitativas que compõem a avaliação de desempenho do PPB consideram sete indicadores relacionados às ações estratégicas de pré-natal, saúde da mulher, saúde da criança e doenças crônicas. São eles: 1) proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação; 2) Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; 3) proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; 4) proporção de mulheres com coleta de exame citopatológico; 5) proporção de crianças de um ano de idade vacinadas; 6) proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; 7) proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Considerando atender completamente o nível da atenção secundária como um resultado esperado pela RAS (MENDES, 2011), foi realizada a seguinte pergunta: Quais as principais dificuldades para atender as demandas de acesso à Atenção Secundária? Diante disso, os entrevistados responderam como principais fatores o elemento financeiro, o número de vagas disponíveis muito inferior à demanda, falta de profissionais capacitados e especialistas, transporte sanitário, como se destaca algumas respostas a seguir:

O financeiro, a oferta menor que a procura, a PPI não te atende nem em 1% do que se precisa e para compra com os 15% tem que comprar, mas se usa muito mais que isso. Alguns serviços conseguem comprar na micro, tem tomografia há cerca de 4 anos. Precisa comprar fora da micro, fora da macro (Entrevistado 2C).

Da mesma forma, é importante destacar quais são as principais dificuldades para atender as demandas de acesso à Atenção Terciária e dessa maneira impedem que haja uma elevada eficácia das ações em saúde. Foram apresentadas pelos participantes as principais dificuldades para atender as demandas de acesso a esse nível as dificuldades práticas com os fluxos, baixa quantidade de vagas disponíveis, recursos financeiros, dificuldades com transporte sanitário, alta demanda no TFD – Tratamento Fora do Domicílio, distância territorial muito grande, pois não há oferta dentro da macrorregião, como se retrata nas respostas a seguir:

Dificuldade são os fluxos que são construídos, mas não são atendidos, por exemplo ressonância magnética o município tem direito a uma ressonância mês em BH, muitas coisas são realizadas só em BH todos os serviços da alta complexidade de ortopedia são realizados em BH, e em outras especialidades também. As dificuldades são para agendar na central de marcação de BH para conseguir a consulta W, tem a dificuldade de levar o paciente inúmeras vezes para realizar o procedimento em uma distância de 800km, com despesa de deslocamento, veículo, TFD e o financeiro porque lá trabalha com físico financeiro, aí as vezes 30 mil pra execução na alta complexidade, mas uma cirurgia só é 30 mil na alta complexidade, dessa forma um paciente consome toda a minha cota para o ano inteiro (Entrevistado 2C).

A aferição dos resultados é uma das formas de se avaliar o desempenho da rede, assim como medir seu desempenho a fim de construir retroalimentações e melhorias nas ações desempenhadas, sendo assim ressalta-se a importância do consenso para todos os membros da rede sobre do estabelecimento de indicadores comuns a serem utilizados e o quanto isso torna-se fruto de um processo colaborativo da rede (MILAGRES *et al.*, 2016).

O tópico seguinte procura discutir, a partir da teoria e das evidências encontradas, a dicotomia entre integralidade e fragmentação do SUS. A finalidade aqui foi lançar luz sobre as principais evidências encontradas afim de verificar se contribuem para a integralidade ou para a fragmentação do SUS na região de Pedra Azul-MG, sob a ótica da dimensão processual da governança colaborativa.

4.3 INTEGRALIDADE VERSUS FRAGMENTAÇÃO NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE PEDRA AZUL-MG

A integralidade relaciona-se à prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população de cada região de saúde, nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (MENDES, 2011).

A referência contrária à integralidade na saúde pode ser apresentada como uma fragmentação do sistema de saúde, caracterizada pela falta de acesso aos serviços, descontinuidade do cuidado, falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população, falta de integração e frágil comunicação entre os pontos da RAS, falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, multiplicação de serviços e infraestrutura, capacidade ociosa e atenção à saúde em lugar não apropriado (MENDES, 2019).

A estruturação de redes de atenção à saúde no SUS apresenta-se como um desafio voltado à consolidação de um sistema integrado que garanta o acesso do usuário a qualquer instância do sistema, favoreça a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes. Para que essas redes possam ser estruturadas, há que se estabelecer um amplo processo de governança colaborativa entre estados e municípios, assim como entre os municípios de uma determinada região sanitária, consolidando, assim, a descentralização e a regionalização do sistema, sendo, portanto, a RAS a proposta de Integralidade no SUS.

QUADRO 9 – Evidências de Fragmentação e Integralidade na Coordenação da Rede

Categoria/Elemento	Evidências de fragmentação	Evidências de integralidade
Coordenação da rede/Coordenação	<p>Os informantes trouxeram para o âmbito local a pergunta.</p> <p>No âmbito microrregional e local houveram muitas diferenças nas referências de coordenação</p> <p>Função nomeada como coordenador microrregional, porém a prática é de operador do sistema de informações SUSFácil.</p> <p>Nas reuniões microrregionais as formações de consenso são alcançadas com dificuldades.</p>	<p>Presença de estrutura de coordenações municipais, estando presentes ao menos a de Atenção Primária e a de Regulação (coordenação que mais se relaciona com os outros pontos da rede).</p> <p>Coordenações destacadas: - Município 4: Transporte em Saúde - Município 5: Núcleo de Gestão de Trabalho</p> <p>As coordenações locais foram caracterizadas como muito atuantes e participativas de forma efetiva na construção de consensos a nível local.</p>

Coordenação da rede/Comunicação		<p>A comunicação a nível local é realizada de forma informal, na maioria das vezes, havendo presença de formalidade quando há necessidade de comunicações oficiais.</p> <p>A nível microrregional há presença de comunicação informal, comunicação formal por meio de email e ofícios, assim como diretamente nos momentos de reuniões microrregionais e colegiadas.</p>
Coordenação da rede/Gestão do Conhecimento e Gestão de Conflitos	<p>Respostas para aspectos práticos do dia-a-dia da execução da política de saúde.</p> <p>Escassez de profissionais especialistas.</p> <p>Falta de conhecimento teórico e prático dos profissionais de nível superior.</p>	<p>Importância dos espaços colegiados como locais de discussão e negociação.</p> <p>Realização de reuniões, treinamentos e capacitações para os profissionais da rede.</p>
Coordenação da rede/Gestão do Conhecimento e Gestão de Conflitos	<p>Respostas para aspectos práticos do dia-a-dia da execução da política de saúde.</p> <p>Escassez de profissionais especialistas.</p> <p>Falta de conhecimento teórico e prático dos profissionais de nível superior.</p>	<p>Importância dos espaços colegiados como locais de discussão e negociação.</p> <p>Realização de reuniões, treinamentos e capacitações para os profissionais da rede.</p>
Coordenação da rede/Tomada de decisão	<p>Dificuldades na programação e execução da PPI – Programação Pactuada Integrada, em especial relacionada ao elo executor da rede.</p> <p>Dificuldade de relacionamento com órgão prestador.</p>	<p>Participação do COSEMS na solução de problemas complexos e direcionamento na tomada de decisões.</p> <p>Presença de setor específico para a regulação em saúde com coordenação própria.</p> <p>O município 5 apresenta uma inovação com a figura do médico regulador.</p>
Liderança/Identificação de Lideranças e Promoção da Colaboração	<p>A nível microrregional não identificado uma liderança representativa.</p>	<p>A nível municipal houve coerência nas indicações de liderança.</p> <p>Principais representações: Gestor municipal e Coordenador da APS</p> <p>Percepção de líder como promotor de colaboração.</p>
Construção de legitimidade/Percepção da Mutualidade e Percepção da formação da identidade coletiva		<p>Presença de percepção de mutualidade.</p> <p>Presença de percepção de interdependência.</p>
Construção da confiança/Estrutural e Comportamental	<p>Dificuldades de cumprimento dos contratos formais por prestadores.</p> <p>Não prevalece a percepção de confiança entre os informantes.</p>	

<p>Controle e aferição de resultados / Controle dos resultados</p>	<p>Realização de prestações de contas dos resultados da saúde realizada por assessoria externa e não compartilhamento dos resultados com profissionais da ponta.</p> <p>Utilização de indicadores diferentes em cada município.</p> <p>Não proporcionalidade entre a necessidade, compatibilidade e abrangência na cobertura de serviços em saúde.</p> <p>Os elementos da Atenção secundária não são completamente atendidos na Microrregião de Saúde.</p> <p>Acesso a especialidades no CEAE de Jequitinhonha-MG (fica fora da Micro).</p> <p>Os elementos da Atenção Terciária não são atendidos na Macrorregião de Saúde.</p>	<p>Cobertura da Atenção Primária à 100% da população de cada município.</p> <p>Utilização de Consórcios de Saúde para atendimento às especialidades.</p> <p>Identificada a ineficiência de cobertura da atenção secundária e terciária e incluída como uma diretriz e um objetivo a ser atingido pelo último Plano Estadual de Saúde de MG.</p>
<p>Controle e aferição de resultados / Eficácia das Ações</p>	<p>Sem levantamento de indicadores válidos como consenso.</p> <p>Fluxos descritos, mas não executados na prática.</p> <p>Insuficiência: recursos financeiros, PPI e número de vagas.</p> <p>Dificuldades do nível Secundário: Falta de especialistas na micro e macrorregião.</p> <p>Dificuldades com transporte sanitário.</p> <p>Referências de atendimento na Atenção Secundária e Terciária muito distantes, territorialmente.</p>	<p>Indicadores para Atenção Primária no Programa Previne Brasil.</p> <p>Utilização de consórcios de saúde.</p>

Fonte: Elaborado pela Autora

Dessa maneira ficam esquematizados os principais resultados encontrados no presente estudo. A seguir será realizada uma análise de cada um dos elementos apresentados no quadro esquemático apresentado acima com os resultados encontrados será analisado no item a seguir.

4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS:

No elemento coordenação, não se observou na prática o que foi preconizado na teoria para o elemento de coordenação. Pois parece haver pouca clareza de papéis e responsabilidades, dificultando o alcance de resultados coletivos, sendo preocupante a

ausência de uma representação de coordenação micro regionalizada na RAS-PA, o que pode contribuir para a fragmentação da rede. Como evidências de integralidade, verificou-se os principais pontos que serão destacados a seguir. A presença de uma coordenação de regulação separada na gestão de todos os municípios evidencia um aspecto muito positivo, visto que é através da regulação que é realizada a ligação entre os pontos da rede, sejam locais, micro ou macrorregionais, que contribui para a integralidade da rede local e microrregional.

Nos aspectos de coordenação da rede local, quando analisados de forma municipal, houve coerência entre as respostas dos entrevistados e tomando-se as respostas dos informantes de um mesmo município, evidenciando que a nível local que a maioria dos municípios possui uma coordenação definida e satisfatória.

Neste tópico se observou mais evidências de fragmentação na RAS do que de integralidade, havendo prevalência desta última somente relacionadas ao nível das redes municipais. Importante salientar a relação direta entre não haver de fato uma representatividade de coordenação da rede microrregional, contribuindo para a fragmentação da RAS. O papel proposto para esta função deve ser o de construir um entendimento comum, auxiliar para uma estabilidade e previsibilidade, promover uma ação conjunta eficiente através do consenso estratégico e envolvimento de todos (KUMAR, 2014), sendo um dos pilares para a construção de atividades colaborativas.

No elemento comunicação todas as evidências demonstram aspectos que contribuem para integralidade. O elemento comunicação contribui para que a informação seja clara e direta para todos os parceiros, sem distorções, contribuindo de forma direta na construção da confiança entre eles, isso se verificou tanto a nível local quanto microrregional. A comunicação informal está presente nos níveis internos e externos, o que confirma que há um ambiente recíproco e de confiança para a comunicação, assim como verificado na teoria. De acordo com Schereiner; Kale; Corsten (2009), o relacionamento entre os pares da rede seja construído como uma ligação social, baseada no relacionamento recíproco, confiante, no qual facilita que haja um canal informal de conhecimento sobre o parceiro.

No elemento Gestão do Conhecimento verifica-se como evidência relacionada à fragmentação a principal dificuldade elencada por todos os 11 entrevistados, foi a escassez de profissionais nas mais diversas áreas, no estudo realizado por Medeiros *et.al.* (2017) essa também foi uma dificuldade reconhecida na região de saúde 29 do RS em que realizaram seu estudo, assim como foi verificado no estudo de Carvalho *et.al.* (2023), em que o acesso às especialidades foi apresentado como elemento de fragmentação da rede. Este elemento trata-se de uma ferramenta administrativa que contribui na solução de problemas complexos e

promoção da interação (AGRANOFF, 2006), nesse sentido os coordenadores buscam interações com os outros municípios, com divulgação de vagas, realização de reuniões, treinamentos e capacitações, ao mesmo tempo que essas ações contribuem para a construção de novos conhecimentos, também auxiliam na resolução dos problemas causados pelos mesmo, esse aspecto contribui para alcançar a integralidade.

Por outro lado, o elemento gestão de conflitos parece contribuir para a integralidade. Na análise observou-se a importância dos espaços de discussão e negociação, nas reuniões de CIB Micro e CIB Regional, assim como a importância de realizar reuniões internas com os responsáveis da área específica em que se verifica uma dificuldade na prática, acertar as demandas e dividir responsabilidades, estabelecer metas e prazos. Ou seja, assim como proposto por Brisson; Crosby, Stone (2006) que ressaltam como a gestão de conflitos é utilizada na presença de diferentes objetivos e expectativas pelos parceiros, nesses espaços foi possível estabelecer a busca de consensos e alinhamento de demandas.

Neste elemento, como aspectos de fragmentação ressalta-se as dificuldades na definição de agenda para as reuniões colegiadas. Também nos aspectos da PPI, relacionadas principalmente aos entraves com as entidades prestadoras, no que se refere aos hospitais da microrregião, pois são direcionados a eles os procedimentos e os recursos correspondentes, entretanto não há execução dos serviços como programado. Contudo, a busca de negociação é realizada e tenta-se resolver o impasse, mas nos relatos dos informantes observa-se que, no caso do hospital regional de Pedra Azul não se tem alcançado soluções positivas. Diante disso, a tomada de decisão não é negociada, mas sim unilateral e os municípios realizam reprogramação dessas PPI's e alocam em prestadores com melhores resultados em outros hospitais.

Relacionada à integralidade tem-se a participação do COSEMS (Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde), que possui um representante regional muito atuante segundo as descrições da maioria dos informantes. Agranoff (2006) ressalta que o elemento tomada de decisão relaciona-se com os processos deliberativos em que a construção dos acordos é imperativa, uma vez que a autoridade na rede é compartilhada e as relações são horizontais. Observou-se como a atuação do colegiado de gestores na solução de problemas e direcionamento das demandas é determinante para a tomada de decisões complexas a nível microrregional. Dois participantes destacaram que as decisões passam por um processo deliberativo e compartilhado como esperado nesse elemento. Da mesma forma que a definição das agendas também são auxiliadas pela atuação desse órgão colegiado, em que as demandas regionais são reconhecidas e se busca as deliberações necessárias.

Como contraponto a essa participação na reunião da CIB (Colegiado Intergestores Bipartite), Medeiros *et.al.* (2017) refere que nas reuniões colegiadas que seu estudo avaliou, período de junho a outubro de 2014, na região de saúde 29 do RS, os gestores municipais se apresentam mais como ouvintes do que como tomadores de decisão, ficando o momento mais como informativo do que como espaço colegiado e participativo.

No elemento Liderança como evidência de fragmentação observa-se que a nível microrregional houve uma diferença marcante das respostas entre os participantes, demonstrando que não há uma representação de liderança consolidada. Por outro lado, foi destacado a importância dos papéis desempenhados por referências técnicas na GRS, que desempenham a função de liderança e direcionamento das ações. Um dos motivos seria por estarem localizados na microrregião e terem o acesso, além de relações facilitadas com os municípios, pois a sede fica localizada no município de Pedra Azul. Ou seja, esses Técnicos Estaduais possuem a capacidade, como preconizado por Thomson e Perry (2006), de construção e gerenciamento das relações entre os diferentes pontos da rede e auxiliam no desenvolvimento e sustentação das relações interpessoais efetivas entre parceiros. São também auxiliados pela função de liderança que o cargo público os oferece, legitimando-os. Esse resultado corrobora com o encontrado por Carvalho *et.al.* (2023) que verificou que as reuniões de CIB regionais realizadas no RS não havia participação marcante dos municípios, estando os mecanismos de governança muito dependentes da gestão estadual. Assim como verificado no estudo de Medeiros *et.al.* (2017) que sugere como fragilidade a participação dos gestores municipais nas reuniões da CIR no RS, em que figuram mais como expectadores, tendo os servidores estaduais o papel de protagonista. Por outro lado, um grande número de informantes, quatro, não reconhecem nenhuma liderança microrregional, sendo assim percebe-se que esse aspecto contribui para uma maior fragmentação do sistema.

Na categoria liderança de rede observa-se que a nível municipal há maior convergência nas respostas, em que seis informantes, ou seja, a maioria dos entrevistados destacam como liderança o Gestor Municipal de Saúde, fator que contribui para a integralidade, em especial na RAS municipal. Assim como proposto por Shepherd; Meehan (2012), são pessoas-chave na instituição, nos exemplos de funções desenvolvidas por essa liderança a função de facilitador da comunicação e mediador foi uma das mais ressaltadas, o que demonstra possuir uma posição estabelecida de poder e legitimidade, assim como a atuação como centro de informações cruciais auxiliando na construção e manutenção de relacionamentos nas diferentes áreas da saúde local. Essa representatividade explícita a nível local contribui para que a integralidade no nível municipal da RAS ocorra, pois esse papel de

liderança é bem desempenhado quando se necessita da sua atuação, auxiliando na construção das conexões da rede interna.

No elemento que trata sobre a promoção da colaboração em rede a maioria dos entrevistados (seis informantes) responderem que há contribuição para melhorar as conexões e os consensos. Quando se relaciona esta resposta com a anterior, verifica-se que apesar da diversidade na representação, as lideranças indicadas por cada informante, auxiliam na construção das decisões comuns e atuam como mediadores. Ou seja, exercem a liderança como proposto por Shepherd; Meehan (2012) que apontam que essa função deve abarcar: construir conexões entre os grupos no intuito de promover a colaboração entre os atores participantes, afim de construir uma identidade compartilhada, atuando como um coordenador de integração da rede.

Na categoria Percepção da Mutualidade e Percepção da formação da identidade coletiva não se observou aspectos que contribuem para a fragmentação da rede. Pois se observa a presença de percepção de mutualidade e de interdependência em todos os municípios investigados, fator que contribui para maior integralidade da RAS.

Na categoria construção da legitimidade há um consenso entre os onze entrevistados quanto ao reconhecimento de relação de interdependência com os demais atores da RAS, se sentem representados e acreditam que as resoluções de conflitos e dificuldades são buscadas para atender soluções coletivas e, portanto, beneficiam a todos os atores da rede.

Sendo assim, observa-se a presença de elementos que contribuem para a formação de uma identidade coletiva. Como Milagres *et. al.* (2006) aponta, nas relações de uma rede colaborativa, há como destaque a participação de cada parceiro no desenho das soluções, na produção de consensos, entendimentos comuns e na construção dos resultados da rede. Isto abre caminho para a formação do sentimento de pertencimento e acolhimento o que se traduz em uma percepção de interdependência, pois envolve a construção de uma identidade coletiva, com ligações entre os participantes, construção conjunta de sentido sobre a colaboração. O mesmo se verifica no estudo descrito por, Carvalho *et.al.* (2023) referem que no período de construção das regiões de saúde no RS, foi necessário que as cidades se reconhecessem com suas potencialidades e características comuns, realizada uma busca de organicidade entre as que eram limítrofes e assim, se reconhecendo como uma unidade coletiva de saúde.

Na categoria construção da confiança verificou-se que os contratos e acordos são baseados em contratos formais. Porém, podem acontecer negociações informais via telefone ou comunicação via *whatsapp*, contudo a conclusão é formalizada. Como aspecto que

contribui para a fragmentação da RAS observou-se que a confiança entre os parceiros da rede não está bem estabelecida, esse em especial quando se trata dos prestadores de serviço da micro e macro (hospitais), sendo necessário um grande esforço para que ações já acordadas e pactuadas através de contratos formais sejam garantidas.

Observa-se, em mais de um apontamento, que houve a necessidade do município realocar a PPI (Programação Pactuada Integrada) em outro prestador, pois ocorreu a quebra do contrato inicialmente firmado, devido ao não cumprimento de uma das partes. Lembrando que a PPI é uma forma de programar onde serão realizados um número “x” de procedimentos como cirurgias, por exemplo. A descrição dos informantes é a de que o hospital não atendeu os procedimentos que lhe foram destinados, necessitando realizar a retirada desse dado hospital de redirecionar essa programação de procedimentos, redirecionar a PPI. Ou seja, houve uma de quebra de confiança com aquele prestador, por conseguinte, assim como destacado por Huxham (2003), ocorrerá uma mudança na visão futura dessa relação, colocando em reavaliação desde a continuidade da relação como as novas interações futuras, baseando-se na reputação que foi construída com base no desempenho anterior. Por conseguinte, utilizando a teoria de Provan; Kenis (2008), como esse elemento direciona a forma ideal da estrutura das redes tem-se que, de acordo com as evidências encontradas, a rede investigada demonstra uma confiança limitada, com maior risco de conflito, demandando maior necessidade de controle.

No elemento Controle dos Resultados observa-se como evidências de fragmentação a falta de acesso dos profissionais de saúde aos resultados das prestações de contas, que são realizados por empresas terceirizadas, esse dado foi apresentado por 4 informantes de 3 municípios diferentes. Pois assim como ressaltado por Provan e Kenis (2005) os membros da rede quando compartilham dos resultados e observam que há contribuições positivas coletivas podem incrementar seus relacionamentos e melhorar seus indicadores. Ou seja, seria possível aproximar dos profissionais da ponta os desdobramentos de seu trabalho e visualizar o todo, podendo também auxiliar como parâmetros para avaliações futuras.

Observa-se que não houve apontamentos sobre a utilização de indicadores padronizados entre os municípios, a não ser quando já estão estabelecidos através de portarias estaduais que direcionam os recursos e detalham quais atividades devem desenvolvidas para essa execução, como ressaltado pelo Entrevistado 2C. Tendo em vista a importância do levantamento de dados para que haja melhor participação nas colaborações, essa ausência evidencia aspectos de fragmentação, pois quando há presença desse panorama ele tende a

obter maior sucesso quando possuem um sistema de prestação de contas claro, passível de ser coletado e mapeado, segundo Provan, Kenis (2005).

O Indicador de Resolubilidade Microrregional é utilizado pela SES-MG (2021) e considera a quantidade de internações realizadas pelos residentes da micro no próprio território e o número total de internações realizadas dentro da macro, ambos na complexidade média, entretanto a publicação que trata esses dados não apresenta detalhamento por região, apenas o valores estaduais, não sendo possível realizar análise regional com dados precisos, entretanto, ao se avaliar a média estadual apresentada de 77,33% de resolutividade, contudo, o estado de Minas Gerais é composto por realidades muito distintas, sendo por esse motivo a média estadual uma referência pouco fidedigna para utilizar como parâmetro no Vale do Jequitinhonha.

Seguindo essa pontuação acima, observa-se ao analisar as respostas dos onze entrevistados que a razão entre demanda e oferta de serviços em saúde dentro da microrregião, há uma demanda muito maior que a oferta, em especial quando se trata das especialidades. Diante disso, é necessário um esforço muito maior para atender essas demandas, seja buscando em outras regiões de saúde, seja com maior investimento financeiro, sendo necessário complementar com recursos próprios para atender às demandas. Mesmo na atenção secundária não há compatibilidade, pois, a totalidade dos entrevistados respondeu que há carência de profissionais de nível superior como psicólogos, fonoaudiólogos e principalmente médicos especialistas, contribuindo dessa maneira para a fragmentação da rede.

Quando se avalia as ofertas disponíveis a nível municipal e microrregional o que se observa é que os quatro municípios apresentam cobertura de 100% da APS, entretanto, de acordo com a recomendação da SES/MG no PDR-2020, esse nível deveria oferecer procedimentos denominado elenco Média Complexidade Hospitalar Básica, o que não se observa na prática, sendo uma evidência marcante de fragmentação.

Assim como, de acordo com esse plano, mencionado acima, o recomendado seria a presença de uma unidade de CEAE – Centro Estadual de Atenção Especializada em cada microrregião do Estado de MG, contudo, a população da microrregião de Pedra Azul utiliza o centro que fica à 158 km (por via asfaltada) no município de Jequitinhonha.

Por conseguinte, de acordo com o PDR-MG/2020 à nível microrregional espera-se a oferta dos grupos de procedimentos de saúde denominados Média Complexidade Hospitalar 1 e Média Complexidade Hospitalar 2, abrangendo especialidades a nível secundário, assim como a Terapia Renal Substitutiva (TRS) deveria ser ofertada nesse nível.

O que se verifica de acordo com as respostas dos onze entrevistados é que a Microrregião analisada não possui a oferta destes serviços, havendo a oferta de Hemodiálise, por exemplo, na microrregião de Itaobim, evidenciando mais um aspecto de fragmentação da RAS.

A SES-MG (2020) apresenta um fluxo que evidencia uma frequência muito maior à macrorregião para os atendimentos de nível secundário do que o esperado, pois de acordo o plano, deveriam ser atendidos dentro da micro. E de acordo com os onze informantes, a totalidade, mesmo nesse nível é necessário recorrer a outras microrregiões, à sede de macrorregião (Teófilo Otoni, Montes Claros) ou até mesmo à Belo Horizonte, ou seja, demonstra fragmentação na RAS.

A SES-MG propõe como Indicador de Resolutividade da Macrorregional que considera os dados de internações realizadas e procedimentos realizados. A SES-MG reconhece que o indicador de resolubilidade tem sido um instrumento que auxilia na avaliação da regionalização, na descentralização, mas que não alcança a totalidade das medidas correspondentes, tendo como outros elementos a serem avaliados como a fila de espera, a recusa de atendimento, entre outros, dessa maneira o indicador atua como complementar às demais informações (SES-MG/2021).

De acordo com esse indicador, a macrorregião Nordeste apresenta um coeficiente de 80 a 90% de resolutividade. Porém, quando se realiza um cruzamento entre os dados apresentados nessa análise da SES-MG e as respostas apresentadas pelos entrevistados, verifica-se que poucas demandas de nível terciário são encaminhadas para a sede da Macrorregião, a cidade de Teófilo Otoni, sendo em sua maioria direcionados à Belo Horizonte, os casos de oncologia são atendidos em Montes Claros.

O nível macrorregional, deveria ser atendido em sua totalidade abrangendo até o nível terciário em Teófilo Otoni, deve ofertar o elenco Alta Complexidade/Média Complexidade Especial, que abrange uma maior diversidade de procedimentos de maior custo, de acordo com o PRD-MG/2020, entretanto, não é o que se observa de acordo com os onze informantes, sendo que os procedimentos de maior complexidade são atendidos na capital do estado em Belo Horizonte, em sua maioria.

A SES-MG (2020) apresenta um levantamento do fluxo das internações da macro nordeste, entretanto nele não há representação de fluxo de internação para outras Macrorregiões, contudo de acordo com as evidências colhidas nas entrevistas o maior fluxo de Atenção Terciária é realizado para as Macrorregiões de Montes Claros e de Belo Horizonte. O que não se verifica nessa demonstração gráfica apresentada no PDR-MG/2020.

No elemento eficácia das ações e aferição dos resultados não se observa uma padronização de indicadores entre os municípios entrevistados, cada um adota um tipo de indicador, que variam desde números de procedimentos realizados à tamanho da fila de espera, o que é um elemento de fragmentação. Foi ressaltado por um informante os indicadores do Programa Previne Brasil, porém esses dados são somente da atenção primária, por outro lado, nenhum outro informante cita esses indicadores, mesmo os coordenadores da atenção primária, podendo evidenciar que esses dados não sejam utilizados com toda potencialidade que possuem para avaliações e planejamento das ações. Milagres *et al.* (2016) ressaltam que se observa dificuldades para se estabelecer indicadores que avaliam o desempenho em redes, tendo como propostas os produtos como os planos, projetos, coordenação de processos colaborativos e, por outro lado, os resultados desses produtos.

No estudo realizado por Medeiros *et al.* (2017), verificou-se que as ações dos gestores são baseadas em problemas pontuais e individualizados, não se percebendo movimentos de organização efetiva da rede, assim como dificuldades para se elaborar planejamentos e diagnósticos mais amplos.

Tomando como um produto os fluxos de atendimentos, verifica-se que existem alguns descritos, porém, de acordo com um dos informantes, ele não é executado como planejado, deixando muitas falhas e fomentando a fragmentação. Assim como se verifica outras dificuldades evidenciadas como a insuficiência de recursos financeiros, de quantidade de PPI abaixo das necessidades e número de vagas para consultas desproporcionais à demanda. O financiamento insuficiente também foi uma das dificuldades apresentadas por gestores do RS no estudo realizado por Carvalho *et al.* (2023) e também ressaltado no estudo de Medeiros *et al.* (2017), verificando-se o quanto a temática do financiamento do SUS é prevalente.

Houve unanimidade ao apontar a dificuldade de acesso à especialistas na atenção secundária, sendo apontado pelos onze informantes. Essa realidade também é verificada em outro estudo realizado com cidades de pequeno porte, havendo dificuldades para acessar o nível secundário e terciário (MEDEIROS *et al.*, 2017).

Quando se analisa a proposta do Plano Diretor de Regionalização (PDR), este aponta que se deve conseguir atender a todas as demandas desse nível de atenção dentro da microrregião, entretanto, o que se verificou é que grande parte dos atendimentos ocorre em outras micros, até mesmo as oferecidas pelo governo do estado através do CEAE, que fica localizado em Jequitinhonha-MG pertencente à outra micro, ou atendimentos pagos com recursos próprios dos municípios realizados em Salinas, Montes Claros e até mesmo em Belo

Horizonte. Da mesma forma o acesso ao nível terciário é de extrema dificuldade, sendo em sua grande maioria atendido em Belo Horizonte, onde há a maior centralização de oferta nesse nível.

Importante ressaltar que os mapas de fluxos de atendimentos apresentados no elemento anterior, controle dos resultados, não demonstra nenhum fluxo de atendimento da micro para as cidades de Montes Claros, Salinas ou para a capital do Estado, havendo representação gráfica somente para o pólo da macro – Teófilo Otoni, dado que não se verificou nas evidências coletadas através dos informantes.

Esse ponto já introduz o outro fator dificultador que também foi unanimidade, pois as distâncias territoriais são bastante significativas, assim como apontado no Quadro 10 na sessão anterior, em que para se ter acesso às cidades de Belo Horizonte é necessário percorrer uma distância de até 810 km e para Montes Claros, de até 394 km .

As longas distâncias territoriais demandam a presença de grande oferta de transporte sanitário, que é um elemento amplo, com muitas complexidades envolvidas. Pois o transporte sanitário impõe uma série de outras demandas que vão desde a disponibilidade de ambulâncias, veículos, motoristas, profissionais da saúde para acompanhar à pontos de apoio nas cidades de destino. Há que se ressaltar que estes municípios são de pequeno porte, tendo recursos financeiros limitados, assim como não há grande número de veículos e ambulâncias disponíveis, assim como, no caso de viagens para Belo Horizonte, por exemplo, o percurso é de cerca de 12 horas de viagem da microrregião à capital, não sendo possível retornar no mesmo dia e com isso a necessidade de hospedagem, alimentação, apoio logístico, entre outros.

Dessa maneira, o não cumprimento do PDR resulta em um marcante ponto de fragmentação da rede, pois impede que as colaborações na Rede de Atenção à Saúde sejam mais efetivas, pois há grande distanciamento entre os elos, dificulta também a realização de avaliações, levantamento de resultados e novos planejamentos com maior clareza.

A governança necessária nesse aspecto implica a busca de negociações para que sejam implantados mais serviços de maior complexidade, tanto a nível micro quanto a macrorregional, nas esferas ambulatoriais e hospitalares. Implica uma maior oferta e com melhor distribuição territorial dos serviços de saúde. Se espera que parte dessa demanda seja atendida a partir da finalização da construção do Hospital Regional de Teófilo Otoni, porém a obra foi iniciada em 2013, ficou paralisada por 6 anos e possui revisão de entrega para o ano de 2026.

Retomando a integralidade como objetivo principal a ser atendido pela política pública de saúde, verificou-se que no âmbito da atenção primária há efetividade no cumprimento desse nível através do exercício prático da governança colaborativa processual pelos coordenadores das principais áreas no âmbito municipal.

No entanto, quando se analisa a complementariedade da integralidade, por meio dos atendimentos dos níveis secundários e terciários, verifica-se que esses não são alcançados como o esperado, sendo atravessados por vários pontos de fragmentação. Verificou-se ausência de governança nos níveis microrregionais e macrorregionais, que seria necessário para realizar os relacionamentos em rede, não havendo um efetivo funcionamento como uma rede colaborativa, tendo como principal elemento a ausência de uma coordenação e liderança microrregional.

Nessa sessão, foi possível verificar e confirmar o que Mendes (2019) apresentou no seu estudo, pois os elementos de falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção se apresentam como fragmentação no desempenho geral do sistema, assim como para os usuários na medida em que ocorre a falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política pública de saúde brasileira busca o seu reordenamento com a finalidade de superar a fragmentação a partir da implantação das Redes de Atenção à Saúde – RAS. Os princípios de regionalização e descentralização estão intrínsecos nessa política, efetivando-se por meio das regiões de saúde organizadas em rede e níveis de atenção ascendentes. Sendo assim a RAS possui como finalidade atingir a integralidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, o presente estudo teve objetivo analisar como a governança colaborativa processual pode contribuir para a integralidade nas Redes de Atenção à Saúde dos municípios com população até 25 mil habitantes.

Para atingir ao objetivo foi descrita a organização dessa microrregião, que fica localizada na Macrorregião Nordeste de MG é composta por 5 municípios: Pedra Azul – Pólo da Micro, Águas Vermelhas, Cachoeira de Pajeú, Divisa Alegre e Divisópolis. A microrregião de Saúde de Pedra Azul, está localizada no Vale do Jequitinhonha, reconhecido como região de dificuldades climáticas e sociais, tratando-se do semiárido mineiro com IDH médio de 0,60, região marcada pelo baixo desenvolvimento sócio econômico.

A microrregião de saúde possui cobertura de 100% da Atenção Primária e um Hospital de Média Complexidade localizado na cidade pólo da micro, Pedra Azul, é o responsável pelos atendimentos de Urgência e Emergência nas áreas de Ortopedia, Pediatria, Obstetrícia e Clínica Médica. Há outros dois hospitais de pequeno porte e baixa complexidade nos municípios de Águas Vermelhas e Cachoeira de Pajeú.

Nos níveis da atenção secundária e terciária, a Macrorregião com pólo em Teófilo Otoni, atende à algumas demandas da média complexidade, entretanto, não é nesta região de saúde que são atendidas todas as demandas propostas para esse nível, tanto de acordo com o desenho da política de saúde da RAS quanto pelo Plano Diretor de Regionalização – PDR que organizou a região de saúde e sua rede. Dessa maneira, é necessário acessar outras macros para os atendimentos nesses níveis, sendo em sua maioria atendidos na capital do estado, Belo Horizonte, havendo, portanto, a centralização do elenco de alta complexidade, contrários à proposta da RAS, por conseguinte, figurando como elemento de fragmentação da RAS.

Foram analisados os elementos de governança colaborativa processual envolvidos na governança processual da RAS na Microrregião de Saúde de Pedra Azul-MG. Nesse aspecto os principais resultados encontrados demonstram que a rede local dos municípios investigados possui um funcionamento efetivo e com contribuição da governança, em especial

com características positivas que contribuem com a integralidade nos elementos de coordenação e liderança. Sendo assim observou-se que a governança processual contribui de forma efetiva para o alcance do nível de atenção primária em cada um dos municípios investigados.

Contudo, a integralidade em saúde pressupõe o atendimento em todos os níveis de complexidade, que para serem alcançados é necessário o acesso aos serviços em outras localidades, outros pontos da rede, ou seja, é necessário que haja o trânsito do paciente pelos diversos níveis de atenção à saúde que estão dispostos na RAS. A governança da rede poderia direcionar esse deslocamento dentro da rede e pode favorecer o atendimento integral, tornando-o efetivo.

Entretanto, o que se verificou como resultados nos elementos de governança colaborativa processual foi que parece existir fragilidade nas relações nos níveis microrregionais e macrorregionais. Os resultados sugeriram que há falhas de coordenação, representatividade e liderança microrregional. Sugeriu também fragilidade nos níveis de confiança, pois parece não haver prevalência dessa percepção para os informantes de que há confiança entre eles e os prestadores de serviço e também entre os outros municípios da rede, assim como parece haver dificuldades no cumprimento dos contratos, mesmo nos formais. Apesar de ser verificado predominantemente que os atores percebem que há uma identidade coletiva formada entre todos da rede microrregional, com percepção de mutualidade e interdependência, sugere-se níveis de confiança pouco satisfatórios para a integralidade.

Nos elementos de governança de controle dos resultados e eficácia das ações o que se percebeu foi a ausência de indicadores válidos como consenso para os informantes. Há certo desconhecimento, para a maioria dos coordenadores informantes, de quais indicadores são utilizados como referência para avaliação e monitoramento das ações em saúde, uma vez que são colhidos e sistematizados por assessoria externa. Ainda, não foi percebido o uso destes indicadores para reflexões e avaliações em equipe e com os profissionais da ponta, visando melhorias e planejamentos futuros.

Foram verificadas dificuldades na razão entre demanda e oferta de serviços em saúde ou a acessibilidade/necessidade, na micro e macro o que se verifica é que há uma demanda muito maior que a oferta, em especial quando se trata das especialidades, sendo necessário um esforço muito maior para atender essas demandas, seja buscando em outras regiões de saúde, seja com maior investimento financeiro, sendo necessário complementar com recursos próprios para atender às demandas. Mesmo na atenção secundária não há compatibilidade, pois, a totalidade dos entrevistados respondeu que há carência de

profissionais de nível superior como psicólogos, fonoaudiólogos e principalmente médicos especialistas, contribuindo dessa maneira para a fragmentação da rede.

Também foi verificado um déficit marcante na oferta de serviços de alta complexidade, ficando deficitária a razão acessibilidade/necessidade, evidenciadas com a insuficiência de recursos financeiros, de quantidade de PPI abaixo das necessidades e número de vagas para consultas e de internação desproporcionais à demanda. Diante disso, os pacientes dessas localidades precisam percorrer grandes distâncias territoriais, até 810 Km, para terem acesso aos atendimentos de maior complexidade, implicando a demanda de transporte sanitário, impõe uma série de outras demandas que vão desde a disponibilidade de ambulâncias, veículos, motoristas, profissionais da saúde para acompanhar à pontos de apoio nas cidades de destino. Esse aspecto atinge uma complexidade maior, pois trata-se de ausência de oferta de serviços dos níveis secundários e terciários dentro da macrorregião, sendo assim, é uma demanda que abarca a infraestrutura dos serviços de saúde, com distribuição territorial aquém das necessidades.

A descrição legislativa da Rede de Atenção à Saúde e sua organização de funcionamento como tal não correspondem à compreensão de ator pertencente à uma rede colaborativa por parte dos informantes a partir dos elementos analisados neste trabalho, estando mais à nível de descrição do que de funcionamento prático e efetivo em redes. Os estudos de governança colaborativa têm muito a contribuir com a aplicação da política pública de saúde, no entanto a maioria dos coordenadores municipais não possuem formação em gestão, sendo que esta seria uma das formas de buscar melhorias na governança.

Esse estudo traz luz a um recorte que pode trazer muitos benefícios ao estudo da governança em saúde. Porém, há limitações no presente trabalho, pois pela característica de estudo de caso e pesquisa qualitativa descritiva com escolha intencional de participantes, os resultados obtidos são apenas referentes e aplicados ao objeto de estudo, ou seja, à RAS-PA. Isso impede que sejam extrapolados para outros contextos. Entretanto, pesquisas futuras podem se servir do mesmo marco teórico para analisar outras regiões de saúde. De qualquer forma as reflexões aqui realizadas podem contribuir para ampliar a compreensão da fragmentação e integralidade do SUS, no processo de descentralização e de regionalização da saúde pública brasileira.

Como contribuições adicionais se propõe realizar uma Oficina Devolutiva com os municípios pertencentes à microrregião de saúde objeto do estudo realizado. Nela serão apresentados os resultados da pesquisa, assim como apresentado uma proposta aberta de plano de trabalho, que será construída e finalizada com a participação dos profissionais presentes, de

acordo com a percepção dos mesmos, assim como embasadas nas necessidades verificadas no estudo.

A Rede de Atenção à Saúde é a ferramenta que possibilita a efetivação do cumprimento da integralidade em saúde, todavia, se aplicada à luz da governança colaborativa. A governança colaborativa em rede parece contribuir significativamente para aprimorar e direcionar a prática de gestão em rede das RAS, através do processo de cooperação solidária entre todos os atores, consolidando um sistema que garanta o acesso do usuário a qualquer instância do sistema. Assim, possibilitando uma efetiva execução da política pública de saúde no território brasileiro.

REFERÊNCIAS

AGRANOFF, R. **Inside collaborative networks: ten lessons for public managers.** Public Administration Review, v. 66, n. s1, p. 56-65, 2006.

BAHIA, Ligia. **Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente.** Caderno de Saúde Pública vol.34 no.7. Rio de Janeiro 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00067218.pdf>> Acesso em 02 de setembro de 2022.

BRASIL.. Ministério da Saúde. **Conceitos e Definições em Saúde.** Brasília:1977. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>> Acesso em: 28 de agosto de 2022.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília- DF: Senado, 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 25 de março de 2022.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 25 de março de 2022.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 b.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm> Acesso em: 25 de junho de 2022.

_____. **Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006.** Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação de Tecnologias em Saúde.** Brasília: 2009, 112 páginas.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde, Brasília: 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> Acesso em: 10 de setembro de 2022.

_____. **Resolução nº 1, de 29 de setembro de 2011.** Ministério da Saúde, Brasília: 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html#:~:text=%C2%A7%201%C2%BA%20Considera%2Dse%20Regi%C3%A3o,organiza%C3%A7%C3%A3o%2C%20o%20planejamento%20e%20a> Acesso em 10 de setembro de 2022.

_____. 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, 2014. 80 p.

_____. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html> Acesso em 25 de agosto de 2021.

_____. **Guia de governança e gestão em saúde : aplicável a secretarias e conselhos de saúde**. Brasília : TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2018. 112 p.

BLAIKIE, N. **Designing social research**. 2. ed. Cambridge: Polity, 2009.

BRAGA, JCS & PAULA, SG. **Saúde e previdência: estudos de política social**. CEBES-Hucitec: 1981. São Paulo.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção de Saúde: Sujeito e Mudança**. 2ª edição — São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS** – 3. ed. rev. atual. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014. 82p. Disponível em: <<https://fatebta.edu.br/novosite/wp-content/uploads/2022/08/29-Politicass-Saude-Fundamentos-e-diretrizes-do-SUS.pdf>> Acesso em: Agosto de 2022.

CARVALHO *et.al.* **Regionalização da saúde no Rio Grande do Sul: olhar dos gestores estaduais**. (2023). Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v.32, n.3, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MgcdYxPYpwyjRdZ4zvRHHd/?lang=pt>> Acesso em: março de 2024.

CEPIKU, Denita. **Public Governance: research and operational implications of a literature review**. Comunicação apresentada no *Tenth international research symposium on public management (IRSPM X) – Panel track on “conceptual and empirical models of governance and public management*, Glasgow Caledonian University, 2006.

COSTA NR. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. Vozes-Abrasco: Petrópolis-Rio de Janeiro, 1985.

COSTA SILVA, Cristiane Maria da; MENEGHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antonio Carlos; MIALHE, Fábio Luiz. **Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas**. Temas Livres • Ciênc. saúde coletiva 15 (5) • Ago 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500028>

COVA, B.; PREVÓT, F.; SPENCER R. **Navigating between dyads and networks**. *Industrial Marketing management*, 39(6), 879-886. 2010.

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. **Sistema Único de Saúde - SUS: princípios**. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. *Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

E-gestor Atenção Básica – **Informação e gestão da Atenção Básica. Cobertura nacional da Atenção Básica.** [Dezembro, 2020] Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>> Acesso em: 15 de setembro de 2022.

EMERSON, K.; NABATCHI, T.; BALOGH, S. **An integrative framework for collaborative governance.** *Journal of Public Administration Research and Theory*, v. 22, n. 1, p. 1-29, 2012.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ANDRADE, Selma Regina de; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de and DRAGO, Livia Crespo. **A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2013, vol.21, n.spe, pp.131-139. ISSN 1518-8345. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700017&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 31 de agosto de 2020.

FONSECA, J.J.S. **Metodologia da Pesquisa Científica.** Fortaleza: UEC, 2002.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **SUS, um sistema fundado na solidariedade e na equidade, e seus desafios.** *Vida Pastoral*, janeiro-fevereiro 2011. Ed. Paulus, São Paulo, ano 52, n. 276, p. 22-27.

GERHARDT, et al. **Estrutura do projeto de pesquisa científica.** In: Métodos de pesquisa. (orgs.) Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS, Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em 02 de maio. 2022.

GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM. **Atenção primária à saúde.** In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. pág. 575-625.

GONÇALVES, A. O Conceito de Governança. In: Congresso Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito - CONPEDI, 2006. Manaus, Anais. Florianópolis: Editora, 2006.

GONÇALVES, Márcio Augusto. **Organização e funcionamento do SUS.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES : UAB, 2014. 132p.

GRANOVETTER, M.. **Economic action and social structure: The problem of embeddedness.** *American journal of sociology*, 91(3), 481-510. 1985.

HARTZ, Z. M. de A. & CONTANDRIOPOULOS, A. **Integralidade da atenção e integração de serviços: desafios para avaliar um sistema “sem muros”.** *Cadernos de Saúde Pública*, 20: 5331-5336, 2004.

HOCHMAN G. **A era do saneamento.** Hucitec-ANPOCS, São Paulo:1998.

HOGA, Luiza Akiko Komura, BORGES, Ana Luiza Vilela. **Pesquisa empírica em saúde guia prático para iniciantes.** São Paulo: EEUSP, 2016.

KLIJN, E. H., & KOPPENJAN, J. **Complexity in governance network theory.** Complexity, Governance & Networks, 1(1), 61-70. 2014.

Klijn 2005

KUMAR, R. **Managing ambiguity in strategic alliances.** California management review, v. 56, n. 4, p. 82-102, 2014.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. 1996. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: **O Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República.** In: MAIO, Marcos Chor, SANTOS, Ricardo (Orgs.). Raça, ciência e sociedade. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz. p 252

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina O; HOCHMAN, Gilberto. **A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: a reforma sanitária em perspectiva histórica.** In: Lima, Nísia Trindade et al. (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005

MACEDO, Lilian Magda de, MARTINS, Sueli Terezinha Ferrero. **Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS):** significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220140597.pdf>>

Acesso em: 31 de agosto de 2020

MACHADO, R. M. **A Danação da Norma.** Graal. 1978

MARCONI, M. DE A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa.** 8. ed. São Paulo, Editora Atlas S.A, 2017.

MARTÍNEZ, Agustí Cerrillo I. **La gobernanza hoy: 10 textos de referencia.** — 1.ª ed. — Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública, 2005. 262 p.

MARTINS E MARINI,. **Governança Pública Contemporânea: uma tentativa de dissecação conceitual.** 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/USER/Downloads/40-Texto%20do%20artigo-70-1-10-20141215.pdf> Acesso em: 02 de agosto de 2022.

MASSON-VINCENT, Michelle. **Governance and geography - explaining the importance of regional planning to citizens, stakeholders in their living space.** Boletín de la A.G.E., 46 - 2008, pp. 77-95

MEDEIROS, *et. al.* **Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios.** Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, , v.26, n.1, p.129-140, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KVyqFXPY8LsdX4ZHtXWGzKp/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: março de 2024.

MILAGRES, Rosiléia *et.al.* **Governança Colaborativa.** In: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS - Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2016. 118 p. – (CONASS Debate, 6)

MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 15 fev. 2022.

MENDES E. V. 1993. **A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário, Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**. n. 10,: 7-19, Brasília, OPS.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019.

MORAES, NA. **Saúde e poder na República Velha: 1914-1930**. Dissertação de mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1983.

MORETTI, Anna. **The Network Organization: A governance perspective on structure, dynamics and performance**. Veneza: Palgrave Macmillan, 2017. 157 p.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza, *et. al.* **Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. / Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. / The COVID-19 pandemic in Brazil: analysis of supply and demand of hospital and ICU beds and mechanical ventilators under different scenarios**. Caderno de Saude Publica; 36(6): e00115320, 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-32578805>> Acesso em: 01 de setembro de 2020.

PEREIRA, S. O. **Reabilitação de pessoas com deficiência física no SUS: elementos para um debate sobre integralidade**. 2009. Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia, Salvador. Retrieved from <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10898>

PETERS, B. Guy. **Governance as Political Theory**. In: LEVI-FAUR, David. (ed.). Oxford Handbook of Governance. New York: Oxford University Press, 2012, p. 19-20.

PIERRE, John e PETERS, Guy. **Governance without Government? Rethinking Public Administration.**, Journal of Public Administration, Research and Theory, 8(2), 1998, pp. 223-243

PIERRE, Jon; PETERS, B.Guy. **Governance, Politics and the State**. London: Palgrave Macmilan, 2000.

PINHO, Ellen Christiane Corrêa; CUNHA, Thais Amanda Nunes da; LEMOS Messias; FERREIRA, Glenda Roberta Oliveira Naiff; LOURENÇÃO, Luciano Garcia Helder;

PINHEIRO, Henrique Costa; BOTELHO, Eliã Pinheiro; CUNHA Carlos Leonardo Figueiredo. **Acesso e acessibilidade na Atenção Primária à saúde no Brasil**. Revista Enfermagem em Foco. v. 11, n. 2. 2020. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3449/786>> Acesso em: 01 de setembro de 2021.

PROVAN, K. G.; KENIS, P. **Modes of network governance and implications for public network management**. Eighth National Public Management Research Conference, Los Angeles, CA, September. 2005.

PROVAN, K.G.; LEMAIRE,R.H. **Core Concepts and Key Ideas for Understanding Public Sector Organizational Networks: Using Research to Inform Scholarship and Practice**. Public Administration Review, 72(5), 638-648. 2012.

PURDY, J. M. A Framework for Assessing Power in Collaborative Governance Processes. **Public Administration Review**, v. 72, n. 3, p. 409-417, May-Jun 2012.

RHODES, R. A. W. **The new governance: Governing without government**. Political Studies, v. 44, n. 4, p. 652-667, Sep 1996.

ROTH, A. L, WEGNER, D., JÚNIOR, J. A. V. A., & PADULA, A. D. **Diferenças e inter-relações dos conceitos de governança e gestão de redes horizontais de empresas: contribuições para o campo de estudos**. R. Adm.,São Paulo, v. 47, n. 1, p. 112-123, jan/fev/mar, 2012.

SANTOS, Luiz Antônio de Castro. **O pensamento sanitário na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade**. Dados - Revista de Ciências Sociais, v.28, n.2. 1985 p. 193-210.

SANTOS AM, GIOVANELLA L. **Regional governance: strategies and disputes in health region management**. Revista de Saúde Pública. 2014;48(4):622-631.

SECCHI, Leonardo. **Modelos organizacionais e reformas da administração pública**. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 43(2):347-69, MAR./ABR. 2009

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 437, de 17 de abril de 2008**. Aprova as Notas Técnicas – Centrais de Regulação Assistencial nº 15 e 16, de Abril de 2008.

_____. Subsecretaria de Gestão Regional. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: 14 de novembro de 2023.

_____. Subsecretaria de Gestão Regional. **Indicador de Resolubilidade da Assistência Hospitalar Terciária e Secundária**. 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2021. Disponível em: www.saude.mg.gov.br.

_____. **Plano Regional Integrado (PRI) - Macrorregião de Saúde Nordeste Nordeste**. Belo Horizonte: SES-MG, 2023. Disponível em:

<https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/06_2023/1-out-nov-dez/planos-macrorregionais/Plano_Nordeste.pdf> . Acesso em: 14 de fevereiro de 2024.

STOKER, Gerry. **Governance as Theory: Five Propositions**. International Social Science Journal, v. ra, n.155, p. 17-28. 1998.

THOMSON, A. M.; PERRY, J. L. **Collaboration processes: Inside the black box. Public administration**. review, v. 66, n. s1, p. 20-32, 2006.

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

VIEIRA, J. B.; BARRETO, R. T. D. S. **Gestão de riscos e governança pública**. Brasília, DF: (2019): 1-241. SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça: A política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus. 1979.

VIEIRA, James Batista, BARRETO, Rodrigo Tavares de Souza. **Governança, gestão de riscos e integridade**. Brasília: Enap, 2019. 240 p.

VÁZQUEZ, M. L. N. et al. **Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis**. Revista Española de Salud Pública, v. 79, p. 633-643, 2005.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE – A: PROTOCOLO DE PESQUISA PARA ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)

PROTOCOLO DE PESQUISA PARA ENTREVISTA

O presente protocolo faz parte integrante de pesquisa do curso de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da UNILA. Os resultados obtidos por meio deste, serão considerados sigilosos e restrito somente a atividades científicas.

Responda as seguintes questões:

CATEGORIAS DE ANÁLISE	ELEMENTO INVESTIGADO	PERUNTAS
<i>RAPPORT</i>	Introdução/ "quebra-gelo"	1. Qual a sua função na Política Pública de Saúde?
		2. Para você o que representa o termo: <i>Integralidade em Saúde</i> ?
		3. Quais são os papéis e responsabilidades da instituição que você representa?
Coordenação da rede	Coordenação	4. Você identifica um coordenador central na RAS? Em caso afirmativo, ele contribui para a formação de consensos e decisões que favoreçam o coletivo? De que forma?
		5. Na sua instituição quais são os principais coordenadores e quais cargos eles ocupam? Em caso afirmativo, ele contribui para a formação de consensos e decisões que favoreçam o coletivo?
	Comunicação	6. Como é realizada a comunicação entre os diferentes atores da RAS? (internos/municipais e externos/microrregião)
	Gestão de conhecimento	7. Quais são as principais dificuldades encontradas na execução da política pública de saúde?
	Gestão de conflito	8. De que maneira essas dificuldades são solucionadas? Pode me dar um exemplo?
	Tomada de decisão	7. Como se dá o processo de decisão (definição de agenda, PPI) e a resolução de conflitos?
		8. Existe um setor separado na gestão municipal para a Regulação em Saúde? Como ela funciona?
9. Existe uma regulação em Saúde Microrregional?		
Liderança	Identificação de lideranças	10. Qual a principal liderança você reconhece na RAS, a nível municipal? Por quê?

		11. Qual a principal liderança você reconhece na RAS, a nível microrregional? Por quê?
	Promoção de colaboração	12. Na sua opinião, as lideranças contribuem para melhorar as conexões e colaboração entre o grupo, sendo mediadores e auxiliando nas decisões comuns? De que forma?
Construção de legitimidade	Mutualidade	13. Nos momentos de resolução de demandas do seu município nas reuniões da RAS (microrregional) você sente acolhido, representado e tendo suas demandas reconhecidas pelos outros atores da rede? Pode me dar um exemplo?
	Identidade Coletiva	14. Você avalia que os atores da RAS possuam interdependência e colaboração entre si? Nas resoluções de conflitos são buscadas soluções coletivas, que beneficiam a todos os atores da RAS?
Construção de confiança	Estrutural	15. Você avalia que há confiança mútua entre os atores da RAS? Existe confiança que um compromisso assumido por um ator da rede será realizado de acordo com o combinado?
	Comportamental	16. A relação de confiança entre os atores da RAS é baseada em contratos formais ou informais?
Controle e aferição de resultados	Controle de resultados	17. Como é realizada a prestação de contas (local e global) da RAS e quais indicadores são utilizados?
		18. Como você avalia a acessibilidade, compatibilidade (entre necessidade e serviço) e abrangência dos usuários aos serviços de saúde da RAS?
		19. Você avalia que a microrregião de saúde que você pertence possui todos os elementos necessários descritos como Atenção Primária e Atenção Secundária - Média complexidade?
		20. Você avalia que a macrorregião de Saúde abrange todos os elementos necessários para atingir o nível terciário?
	Eficácia das ações	21. Na sua opinião como é realizada a aferição de resultados (local e global) da RAS e quais indicadores você acredita que são válidos?
		22. Quais são as principais dificuldades para atender as demandas de acesso à Atenção Secundária?
		23. . Quais são as principais dificuldades para atender as demandas de acesso à Atenção Terciária?
Fechamento da entrevista	Considerações Finais	24. Há algum outro comentário ou informação adicional que você queira adicionar à entrevista?
		25. Quais são as principais dificuldades encontradas para atingir a integralidade?

APÊNDICE – B: TERMO DE CONSENTIMENTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)

Concordo em participar, como voluntário, do estudo que tem como investigadora **Marina Sales Ramos**, do Curso de Pós Graduação *Strictu Sensu* (mestrado) em **Políticas Públicas e Desenvolvimento**, da Universidade Federal da Integração Latino Americana (UNILA), situada em Foz do Iguaçu – Paraná, que tem como Orientador o Professor Dr. Jamur Johnas Marchi, que pode ser contactado através do e-mail: jamur.marchi@unila.edu.br e pelo telefone (45) 9970-0600. Tenho consciência de que este estudo tem em vista realizar entrevistas com membros e representantes da Coordenação de Saúde dos Municípios da Microrregião de Saúde de Pedra Azul-MG, por parte da referida aluna para realização do trabalho de conclusão do Curso –TCC, cujo título: A DICOTOMIA INTEGRALIDADE VERSUS FRAGMENTAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: UM OLHAR A PARTIR DA GOVERNANÇA COLABORATIVA. Minha participação consistirá em conceder uma entrevista que será gravada e transcrita. Entendo que esse estudo possui finalidade de investigação acadêmica, que os dados obtidos não serão divulgados, a não ser com prévia autorização e que nesse caso será preservado o anonimato dos participantes, assegurando assim a privacidade. O aluno providenciará uma cópia da transcrição da entrevista para meu conhecimento. Ademais disso, posso abandonar minha participação na investigação quando quiser e que não receberei nenhum pagamento por essa participação.

_____, _____ de fevereiro de 2024.
