

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
(MESTRADO PROFISSIONAL)

REJANE DE FIGUEIREDO SELDENREICH

GOVERNANÇA NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: UM
ESTUDO NA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA

CRICIÚMA, 2019

REJANE DE FIGUEIREDO SELDENREICH

**GOVERNANÇA NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: UM
ESTUDO NA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^(a). Dr^(a). Lisiane Tuon

CRICIÚMA, 2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

S464g Seldenreich, Rejane de Figueiredo.

Governança na atenção ambulatorial
especializada: um estudo na região sul de Santa
Catarina / Rejane de Figueiredo Seldenreich. -
2019.

132 p.:il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do
Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva, Criciúma, 2019.

Orientação: Lisiane Tuon.

1. Atenção ambulatorial especializada. 2.
Governança em saúde. 3. Governança colaborativa.
4. Saúde pública. Título.

CDD 23. ed. 362.12

FOLHA INFORMATIVA

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.

Dedico este trabalho, a todos os gestores de saúde, das Regiões Carbonífera e Extremo Sul Catarinense, por acreditarem neste trabalho e pelo relevante papel desempenhado, no enfrentamento dos entraves, possibilitando tornar a Atenção Ambulatorial Especializada efetiva, para a população do Sul de Santa Catarina.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial ao meu esposo Joel e minha filha Vitória, pelo incentivo, amor e parceria de sempre. Também, quero agradecer, a responsável pela minha vida e minha alfabetização. Sempre acreditou que a educação, é o caminho, despertando em cada um, o constante desejo de aprender, indiferente da idade. Marcou a história escolar, não só da família Figueiredo, mas de todos, que tiveram o privilégio de serem seus alunos. Minha Mãe, minha eterna”1ª professora”!

Agradeço a professora dra. Lisiane Tuon, orientadora dessa dissertação, pelo conhecimento, incentivo e disponibilidade para buscarmos compreender a estrutura de governança, na expectativa de contribuirmos na melhoria na Atenção Ambulatorial Especializada, e através dela, gostaria de agradecer a todos os demais professores do curso, principalmente pela capacidade de despertar em nós, alunos, que somos agentes de mudança e podemos contribuir de uma forma ou outra, para a efetividade do SUS.

Finalmente, agradeço a secretária Lu e aos meus colegas do mestrado em Saúde Coletiva da UNESC, que me encheram de energia, conhecimento e alegria, nesse retorno à vida acadêmica.

“O conhecimento e a informação são os recursos estratégicos para o desenvolvimento de qualquer país. Os portadores desses recursos são as pessoas”.

Peter Drucker

RESUMO

A saúde é um dos principais setores da economia dos países e sua gestão é complexa, nesse sentido é necessário a adoção de práticas de governança na sua gestão. A governança é explicitada no projeto regional de saúde, mediante a inter-relação das instâncias e dos atores envolvidos. Esse modelo abre espaço para interações entre os municípios, e requer um sistema de governança participativo, a governança colaborativa. Nesse contexto surge a necessidade de discussão e colaboração, na busca por soluções para a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no SUS, haja visto, que é considerada um entrave, um nó crítico para gestores, sociedade e principalmente aos usuários. Na forma fragmentada que opera na prática, repercute em dificuldades de acesso, filas e atendimento inadequado à população. Objetivou-se caracterizar o perfil da governança na AAE na região Sul de Santa Catarina (SC), a partir da caracterização do perfil dos gestores, do diagnóstico da AAE, bem como, através da percepção destes gestores em relação às especificidades da governança colaborativa. A formatação da estrutura da pesquisa, baseou-se no modelo analítico desenvolvido por Milagres *et al.* (2016). A população estudada é formada por 23 gestores, das Comissões de Intergestores Regionais (CIRs), das regiões de saúde Carbonífera e Extremo Sul Catarinense. A pesquisa caracteriza-se como quantitativa, aplicada, descritiva do tipo levantamento. O questionário, foi o instrumento de coleta de dados. O período de aplicação deste instrumento foi entre os meses de julho a setembro de 2018. Foi aplicado nas reuniões das CIRs, após serem devidamente autorizadas e aprovadas por todos os trâmites legais tanto da universidade como destes colegiados. Para os ausentes, no dia da aplicação do questionário, foi agendado outro momento, no próprio município, ou encaminhado por e-mail. Para análises estatísticas, os dados foram organizados, codificados, tabulados no software estatístico IBM SPSS, versão 20.0 ®, sendo apresentados em frequência absoluta e relativa, utilizando-se de estatística descritiva. Constatou-se que, o princípio da confiança é reconhecido por 68% dos gestores, assim como os elementos: **Antecedentes** em torno de 70%; **Governança contratual** 35,5%; **Governança Processual** em média 70%; e **Governança Relacional** aproximadamente 64%. No entanto, observou-se que os gestores não têm clareza em identificá-los com tamanha importância. Essa verificação sugere que a adoção da gestão colaborativa na AAE, está em apropriar-se de conhecimento, fornecendo subsídios para que seja possível o enfrentamento dos entraves, possibilitando tornar a AAE efetiva e gerar resultados, atendendo as demandas da população do Sul de Santa Catarina. Nesse propósito, foi elaborado uma cartilha sobre a estrutura da governança colaborativa para os gestores de saúde participantes desta pesquisa.

Palavras-chave: Atenção ambulatorial especializada; Governança colaborativa; Governança na saúde; Saúde pública.

ABSTRACT

Health is one of the main economic sectors of any country. Its management is complex, and in this sense it is necessary the adoption of governance practices. Governance is made explicit in the regional health project through the interrelation of the instances and involved actors. This model opens space for interactions among municipalities, and requires a participatory governance system, collaborative governance. In this context, there is a need for discussion and collaboration in the search for solutions for Specialized Ambulatory Care (SEC) in SUS, which is considered an obstacle, a critical node for managers, society and mainly users. In the fragmented form that operates in practice, it has repercussions on access difficulties, endless queues and inadequate care for the population. The objective of this study was to characterize the governance profile of the SEC in the southern region of Santa Catarina (SC), based on the profile of the managers, the diagnosis of SEC, and the perception of these managers in relation to the specificities of collaborative governance. The format of the research structure was based on the analytical model developed by Milagres *et al.* (2016). The study population consists of 23 managers, Regional Interagency Committees (RICs) of the Carboniferous and Southern health regions of Santa Catarina (Brazil). The research is characterized as quantitative, applied, and descriptive of the survey type. The questionnaire was the main instrument of data collection. The period of application of this instrument was between July and September 2018. It was applied in the meetings of the RICs, after being duly authorized and approved by all the legal procedures of the university and the collegiate. For the absentees on the day of application of the questionnaire, another time was scheduled in the municipality itself or it was sent by email. For statistical analysis, the data were organized, coded, tabulated in the statistical software IBM SPSS, versão 20.0®, being presented in absolute and relative frequency, using descriptive statistics. It was found that the trust principle is recognized by 68% of the managers, as well as the elements: Antecedents around 70%; Contractual governance 35,5%; Process Governance on average 70%; and Relational Governance approximately 64%. However, it was observed that managers are not clear on identifying them with such importance. This verification suggests that the adoption of collaborative management in the SEC is to appropriate knowledge, providing subsidies to face the obstacles, making the SEC effective and generating results, meeting the demands of the population of the South region of Santa Catarina. In this purpose, a booklet was elaborated about the structure of the collaborative governance for the health managers, participants in this research.

Keywords: Specialized ambulatory care; Collaborative governance; Health governance; Public health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Práticas e Princípios da Governança Corporativa.	19
Figura 3 -Localização do estado de Santa Catarina à nível de Brasil.....	35
Figura 4 - Mapa com as Regiões Geográficas de Santa Catarina.....	36
Figura 5- Mapa com as 16 Regiões de Saúde de Santa Catarina.....	38
Figura 6 - Mapa com a localização dos municípios da Região de Saúde Carbonífera -SC.....	39
Figura 7-Mapa com a localização dos municípios da Região de Saúde Extremo Sul Catarinense -SC.	39

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Grau de instrução dos gestores da região Sul de Santa Catarina-2018.....	46
Gráfico 2 - Graduação especificada como último grau de instrução, dos gestores da região Sul de Santa Catarina-2018.	47
Gráfico 3 - Tempo de cargo de gestor/ secretário na saúde na região Sul de Santa Catarina-2018.....	47
Gráfico 4 - Maior dificuldade na AAE na região Sul de Santa Catarina-2018.	53
Gráfico 5 - Motivos da lista de espera por atendimento, nas regiões de saúde do Sul de Santa Catarina-2018.	54
Gráfico 6 - Desempenho da efetividade dos processos na AAE, nas regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018.....	60
Gráfico 7 - Percepção de legitimidade nas CIRs. das regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018.....	61
Gráfico 8 - Questão aberta quanto a contribuição, crítica ou ênfase a itens não contemplados no questionário e considerados relevantes para a governança da AAE nas regiões de saúde - região Sul de Santa Catarina, 2018.....	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diferenças entre governança corporativa em instituição pública e privada	21
Quadro 2 -Componentes da Governança Colaborativa – Frameworks -sob a ótica destes autores.	26
Quadro 3-Municípios com dados populacionais (2017) -Região de Saúde Carbonífera.....	40
Quadro 4 - Municípios com dados populacionais (2017) - Região de Saúde Extremo Sul Catarinense.	40
Quadro 5 - Caracterização do <i>layout</i> do questionário.....	42
Quadro 6 - Percepção gestores municipais de saúde, sobre governança na AAE/Antecedentes, na região Sul de Santa Catarina,2018.	56
Quadro 7 - Percepção dos secretários municipais de saúde, com assentos nas CIRs, sobre governança na AAE/Contratual, da região Sul de Santa Catarina, 2018.	58
Quadro 8- Percepção dos gestores em relação aos princípios da governança colaborativa, nas regiões de saúde Sul de SantaCatarina-2018.....	63
Quadro 9 - Percepção dos elementos da Governança Relacional nas regiões de saúde - Sul de Santa Catarina-2018.....	64
Quadro 10- Realizações positivas na AAE. (Questão aberta).....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil epidemiológico dos gestores da região Sul de Santa Catarina-2018.	45
Tabela 2 - Experiência e área de atuação como gestor na região Sul de Santa Catarina-2018.	48
Tabela 3 - Instância de atuação no cargo de gestor na região Sul de Santa Catarina-2018.	48
Tabela 4 - Fontes de orientações, para cargo de gestor na região Sul de Santa Catarina-2018.	49
Tabela 5 - Filiação em partido político. Gestores de saúde na região Sul de Santa Catarina- 2018.....	49
Tabela 6 - Serviços de AAE no município, pertencente a região Sul de Santa Catarina-2018.	50
Tabela 7 - Especialidades oferecidas nos municípios, pertencentes a região Sul de Santa Catarina-2018.	50
Tabela 8 – Locais de encaminhamentos para atendimentos em especialidades atendidas em partes ou não atendidas, no município do gestor de saúde, pertencente à região Sul de Santa Catarina-2018.	52
Tabela 9 - Forma de contratação das especialidades, atendidas em parte ou não atendidas pelo município, pertencente a região Sul de Santa Catarina-2018.....	53
Tabela 10 - AAE na sua região de saúde, é considerada o entrave (gargalo) no SUS. Santa Catarina-2018	55
Tabela 11 - Administração/Gestão de Conflitos/Tomada de Decisão-Gestores da região Sul de Santa Catarina, 2018.	58
Tabela 12 - Liderança (não o gestor), nas regiões de saúde da região Sul de Santa Catarina, 2018.....	59
Tabela 13 - Prestação de Contas, nas regiões de saúde - região Sul de Santa Catarina, 2018.	59
Tabela 14 – Prejuízos em consequência das relações entre os gestores nas regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018.	61
Tabela 15 - Interação/Confiança em relação à opinião expressa dos gestores, das regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018.	62
Tabela 16 - Controle e Aferição, nas regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018. .	62
Tabela 17 - Conceito de governança na visão dos gestores das regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018.	65
Tabela 18 - Posicionamento sobre governança na AAE. nas regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018.	66

Tabela 19 - Posicionamento sobre ambiente colaborativo nas regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018.	66
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE-Atenção Ambulatorial Especializada
ADR-Agência de Desenvolvimento Regional
AB- Atenção Básica
AC- Alta Complexidade
AMESC-Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense
AMREC-Associação dos Municípios da Região Carbonífera
APS-Atenção Primária à Saúde
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade
CF-Constituição Federal
CIB- Comissão Intergestores Estaduais
CIR-Comissão Intergestores Regionais
CIT-Comissão Intergestores Federais
COAP- Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASS-Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS-Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS- Colegiado de Secretários Municipais de Saúde
IBGC-Instituto Brasileiro de Governança Corporativa
LRF-Lei de Responsabilidade Fiscal
MC-Média Complexidade
MS-Ministério da Saúde
NOAS-Norma Operacional de Assistência à Saúde
ONG-Organização Não Governamental
RAS-Redes de Atenção à Saúde
SAS-Secretaria de Atenção à Saúde
SES-Secretaria Estadual de Saúde
SDR-Secretaria de Desenvolvimento Regional
SUS-Sistema Único de Saúde
TFD-Transporte Fora do Domicílio

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 GOVERNANÇA CORPORATIVA	18
2.2 GOVERNANÇA PÚBLICA	20
2.3 GOVERNANÇA NA SAÚDE	22
2.4 GOVERNANÇA COLABORATIVA	24
2.4.1 Modelo Analítico sobre Governança Colaborativa	27
2.5 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA.....	30
3 OBJETIVOS	34
3.1 OBJETIVO GERAL	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4 MÉTODOS	35
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	35
4.2 LOCAL DO ESTUDO	35
4.2.1 Estado de Santa Catarina - Brasil	35
4.2.2 Região Sul de Santa Catarina	37
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	38
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	41
4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISES DOS DADOS	44
5 RESULTADOS	45
6 DISCUSSÃO	70
7 CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
APÊNDICE(S)	100
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO	101
APÊNDICE B-CARTILHA SOBRE GOVERNANÇA NA SAÚDE PARA GESTORES MUNICIPAIS	111
ANEXO(S)	130
ANEXO A- CARTA DE ACEITE REGIÃO EXTREMO SUL CATARINENSE	131
ANEXO B- CARTA DE ACEITE REGIÃO DE SAÚDE CARBONÍFERA	132

1 INTRODUÇÃO

Diversos fenômenos foram responsáveis, nas últimas décadas, pelas transformações ocorridas no mundo moderno, como a crise econômica que exigiu um novo modelo para melhorar o desempenho do Estado. Aliado a isso, no Brasil, a preocupação e os desafios tornaram-se maiores em virtude da sequência de escândalos e corrupções no governo. Nesse sentido, Tonelli *et al.* (2016) afirma que considerando as relações entre Estado, sociedade e mercado, o contexto atual emoldura a adoção de práticas mais dinâmicas e inovadoras no âmbito da administração pública.

A saúde é um dos principais setores na economia dos países e a sua gestão é complexa. No Brasil, desde 1988, a prestação universal dos serviços em saúde foi garantida na Constituição Federal (CF) e considerada como um direito do cidadão e dever do Estado. Hoje há um movimento crescente de transformação no modo de fazer gestão pública e nesse contexto, Schulze (2015) ressalta que a qualificação dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) exige necessariamente, a adoção de práticas de boa governança na gestão da saúde, por isso deve ser almejada pelos gestores e exigida pela sociedade.

A saúde brasileira vem sendo constantemente questionada dentro do amplo campo, denominado saúde pública, quanto ao desempenho do SUS. A população da região Sul de Santa Catarina (SC) não é exceção e da mesma forma tem questionamentos à área da saúde. Hoje, a sociedade, principalmente a parcela mais desassistida, se depara com um verdadeiro labirinto de impedimentos ao acesso à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), haja visto que baseada em ideias de senso comum, ela é considerada como o “gargalo do SUS” (CONASS, 2016a).

O Ministério da Saúde (MS) definiu atenção especializada média/alta complexidade, como um conjunto de serviços ambulatoriais e hospitalares, além de recursos de apoio diagnóstico e terapêutico, dotados de maior densidade tecnológico que os diferenciam da atenção primária à saúde (APS) (BRASIL 2001).

Vargas *et al.* (2015) refere que a organização do sistema brasileiro em redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, como forma de concertar a fragmentação e proporcionar maior interação entre as ações e os serviços de atenção em diferentes níveis de complexidade, requer um **sistema de governança participativo, a governança colaborativa**. Tal modelo, abre espaço para interações entre os municípios, em busca de organizar seu sistema de saúde, com base nas necessidades da sua população, permitindo intervenções como forma de acionar a engrenagem dessa máquina chamada saúde.

É relevante considerar o papel dos municípios, representados na figura de seus gestores, na influência e na definição das políticas de saúde, por meio dos colegiados (instâncias federativas) de governança do SUS. De acordo com Kehrig *et al.* (2014), a governança é explicitada no projeto regional de saúde, mediante a inter-relação das instâncias e dos atores envolvidos.

Nesse contexto surge a necessidade de discussão e colaboração, na busca por soluções para a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), pois diante da forma que esta opera na prática, repercute em dificuldades de acesso, com filas e atendimento inadequado à população, representando um nó crítico para gestores e sociedade em geral.

E nesse entendimento que surgiu o interesse desta pesquisa em compreender como os agentes se organizam para produzir de maneira colaborativa, abordagem dos problemas públicos, mais efetivamente, nesse caso a AAE. Ao mesmo tempo que é referida por muitos autores e profissionais como motivadora de estrangulamento dos serviços de saúde, parece haver percepção por parte deste mesmo público, que a partir da geração de consensos em torno da compreensão dos problemas e do formato colaborativo na busca de soluções, que as saídas serão encontradas.

Nessa perspectiva, uma das hipóteses levantadas nesse estudo é que a adoção da gestão colaborativa na AAE, está em apropriar-se de conhecimento, para desenvolver estratégias para enfrentamento dos entraves, que impedem a sua efetiva aplicabilidade pelos gestores municipais. Também, apesar do conceito de governança ser amplamente difundido nas empresas privadas, supõe-se que na saúde pública, este conceito se apresenta de forma embrionária e para os indivíduos e instituições foco desta pesquisa, a governança colaborativa é ainda um conceito distante.

Perante este cenário, a questão que buscou-se responder foi: Qual o perfil de governança na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), nos municípios da Região Sul de Santa Catarina?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Existe uma diversidade de enfoques sobre governança, pautados a partir de ideias e referenciais diferentes em várias áreas do conhecimento. Considerando a complexidade deste tema e pelo fato de existirem diversos conceitos e frameworks sobre o assunto, foi necessário fazer um recorte e abordar alguns conceitos básicos e/ou modos de governança.

É relevante destacar, que dentre os principais frameworks sobre governança, optou-se para a construção da estrutura fundamental deste trabalho, o modelo analítico de governança colaborativa, proposto por Milagres *et al.* (2016).

2.1 GOVERNANÇA CORPORATIVA

Historicamente, a evolução nos negócios empresariais modificou o modo de gerenciar as atividades dentro das instituições (BOMFIM, 2016). Atualmente, as organizações precisam encontrar diferenciais para manter o crescimento e a perpetuidade, também é clara a percepção que ninguém mais, individualmente, detém 100% da informação, nem da capacidade de gestão.

Segundo Peters (2013), a raiz da palavra governança vem do grego que significa direção. Quando a governança ocorre no âmbito de mercado, é denominada de governança corporativa.

A vertente mais aceita indica que o conceito de governança corporativa surgiu quando Jensen e Meckling (1976) publicaram estudos focados em empresas norte-americanas e britânicas, mencionando o que convencionaram chamar de problema de agente-principal, que deu origem à Teoria da Agência. Esta teoria visa analisar os conflitos e custos resultantes da separação entre a propriedade e o controle de capital. Para isso, considera-se acionistas (principal) e administradores (agentes). Em 1992 foi publicado na Inglaterra o Relatório Cadbury, considerado o primeiro código de boas práticas de Governança Corporativa (IBGC, 2015).

Nesse sentido, Pereira (2010), ressalta a relevância das teorias de governança dos *stakeholders* e da ação coletiva para a compreensão da governança. Utiliza-se as denominações de *stakeholder*, para referir-se a pessoa ou um grupo que legitima as ações de uma organização e que tem um papel direto ou indireto na gestão e nos resultados dessa mesma organização. Fazem parte desse grupo pessoas físicas ou jurídicas de diversos perfis.

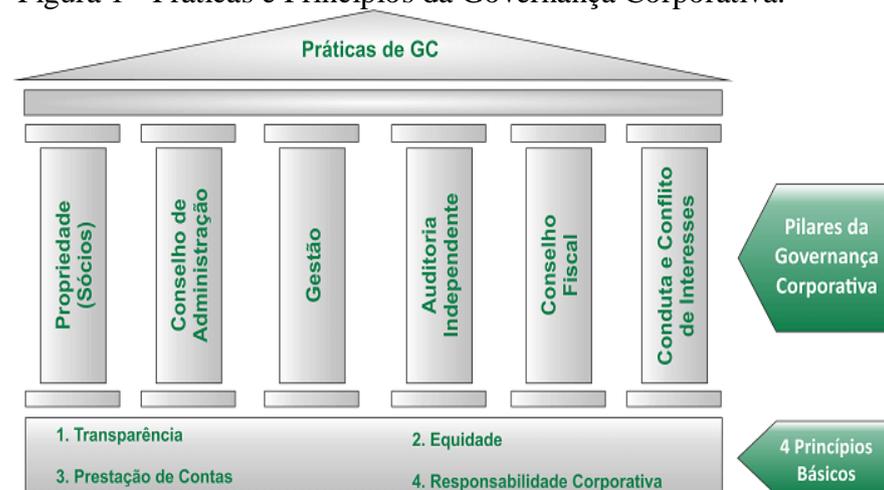
Por exemplo, clientes, colaboradores, fornecedores, comunidade, governo, ONGs, credores, funcionários entre outros.

No Brasil, o debate sobre governança corporativa se intensificou nas últimas décadas e abrange um campo de estudos envolvendo conceitos em várias áreas, como administração, contabilidade, direito, economia, finanças. Esse debate aconteceu em decorrência de mudanças nas relações entre acionistas e administradores, entrada de investidores estrangeiros no mercado de capitais brasileiro, entre outros. De acordo com Bedicks (2009), esse contexto levou à criação do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC), entidade sem fins lucrativos fundada em 1995, cujo objetivo é disseminar para o mercado o conceito e práticas de governança corporativa.

Segundo IBGC (2015), as boas práticas de governança corporativa convertem princípios básicos em recomendações objetivas, alinhando interesses com a finalidade de preservar e otimizar o valor econômico de longo prazo da organização, facilitando seu acesso a recursos e contribuindo para a qualidade da gestão da organização, sua longevidade e o bem comum.

A governança corporativa para se tornar efetiva deve estar baseada nos princípios fundamentais e alicerçada em estruturas consideradas como pilares de sustentação, bem como priorizar ferramentas de controle e análise, pois com informações mais precisas, a tomada de decisão se torna mais assertiva (Figura 1).

Figura 1 - Práticas e Princípios da Governança Corporativa.



Fonte: NUTRICELER, 2019

Acredita-se que a governança corporativa, sirva como estratégia para mitigar os conflitos de agência e que os recursos sejam empregados de forma eficiente e eficaz na organização. É relevante considerar as expectativas e/ou necessidades de todos stakeholders,

igualmente a participação dos mesmos para assegurar o bom desempenho de um projeto, programa ou gestão.

2.2 GOVERNANÇA PÚBLICA

Quando a governança acontece no âmbito das organizações públicas estatais ou em qualquer nível federativo é denominada governança pública, também referenciada com alguns sinônimos, como governança democrática, boa governança, governança participativa, dentre outras.

A gestão no setor público brasileiro tem seus alicerces fixados nos princípios da legalidade, isto é, para o gestor somente é possível fazer o que é previsto em lei, conforme a Lei Complementar 101 de, 4 de maio de 2000, denominada lei de Responsabilidade fiscal (LRF), (BRASIL,2000). Segundo Santos (2002), a LRF tem por objetivos fortalecer os principais eixos da administração pública, que são: planejamento, transparência, controle, responsabilidade na gestão fiscal dos recursos públicos e prestação de contas.

Para Silva *et al.* (2013), a governança pública considera as interações interinstitucionais para a busca de melhores resultados da atuação governamental, enfatizando a efetividade das políticas públicas, assim como maior transparência das ações empreendidas com os recursos públicos para a sociedade.

O conceito de governança, no setor público foi introduzido com as reformas gerenciais implementadas nas décadas de 70 a 90 e mais recentemente tomou destaque com as redes de atenção (PETERS, 2012; MENDES, 2010).

A realidade do setor privado, bem como a influência da literatura em economia, administração e ciência política, despertou o debate, atenção e análise de governantes, políticos e especialistas sobre o novo mecanismo de governar na gestão pública. Conforme Bomfim (2016), podemos de maneira mais objetiva e prática, fazer duas análises: primeiro, em relação à Governança Corporativa Privada, em segundo, em relação à Governança Corporativa Pública.

Em relação à primeira, o autor supracitado, refere que os sócios majoritários, das organizações que possuem esse perfil, precisam de alguma forma influenciar seus diretores para que suas ações consigam realmente estar alinhadas com os interesses do negócio da empresa. Já na segunda, destaca-se a necessidade dos gestores das diferentes instituições em desenvolver ações que realmente atendam às necessidades da população. Esta, em geral é

responsável (pelo menos de maneira teórica) por estabelecer quais são as necessidades que precisam ser atendidas e isso deve ser executado pelos gestores públicos (agentes).

A diferença da Governança Corporativa no setor privado e público, não seria conceitual, mas estaria embutida na finalidade da adoção de boas práticas inerentes ao conceito. O objetivo no setor privado estaria na busca pelo resultado e no setor público, a busca, pela conformidade (RODRIGUES, 2010).

Nessa perspectiva, Bevir (2011), refere que a adoção da governança na administração pública põe em relevo a noção de redes como arranjo de governança. A ideia de rede é vista como uma alternativa ao modelo burocrático de administração, na medida em que busca envolver diferentes atores interessados em determinada questão e coordenação mais horizontal.

Rocco (2014) expressa de maneira simples e didática, os pontos relevantes a serem considerados, quando compara a Governança Corporativa na Instituição Pública e na Instituição Privada (Quadro1). O autor destaca que as mesmas, convergem em função de necessitarem de planejamento, organização, aplicação e controle das ações, mas divergem na forma de aplicação desses processos.

Quadro 1 - Diferenças entre governança corporativa em instituição pública e privada

	Instituição Pública	Instituição Privada
Destinatário	Cidadão	Cliente
Meta Financeira	Redução de custos	Lucro da empresa
Mercado	Monopólio	Competitivo
Legal	Nada pode ser feito, se não for determinado por lei	Tudo pode ser feito, exceto se já proibido por lei
Planejamento	Descontínuo	Contínuo e metodológico
Processo decisório	Diluído	Bem definido
Receita	Tributos	Venda
Controle	Ênfase no processo	Ênfase no resultado
Processo	Burocrático e lento	Objetivo e rápido
Resultado esperado	Eficácia	Eficiência
Objetivo	Coletividade	Indivíduo
Decisão	Política	Mercadológica
Valor	Pilares da Governança	Reconhecimento do mercado
Indicador de sucesso	Padronização, regularidade e bem-estar do cidadão	Inovação, participação no mercado e satisfação do consumidor

Fonte: Rocco (2014).

O fato é que em ambos os casos as instituições precisam estar abertas à necessidade de melhorar seus processos de gestão. Esse fato requer uma mudança de

mentalidade e ações concretas para o desenvolvimento de uma governança efetiva. (BOMFIM, 2016).

De acordo com Pinto *et al.* (2018), nos últimos 20 anos os estudos acadêmicos com a temática “governança pública”, percebe-se uma mudança de paradigmas, de uma racionalidade burocrática para democrática (Peters, 2005; Brugué, 2011; Speer, 2012), de um Estado gestor (hierárquico, burocrático, controlador) para um Estado cooperativo (que atua em conjunto com uma rede de parceiros ou colaboradores) e de uma sociedade consumidora de políticas *públicas* para protagonista na construção de projetos coletivos (MAYNTZ, 2000; PETERS, 2005; SCHNEIDER, 2005; MILANI, 2008; BRUGUÉ, 2011).

Diante disso, Ribeiro *et al* (2017) enfatiza que a disseminação e a apropriação do conceito de governança, reflete as crescentes necessidades de concertação política social e intergovernamental, no plano nacional e internacional, reforçando a ideia e as práticas de ação multiníveis de cooperação.

2.3 GOVERNANÇA NA SAÚDE

A gestão da saúde passou por inúmeras transformações significativas ao longo do tempo. Martins e Waclawovskiy (2015), resumem bem alguns destes fatos. O marco decisivo foi a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS) em 1986, devido sua influência na construção do SUS; a Constituição Federal em 1988, determina que a saúde seja um direito de todos e dever do Estado; a lei 8080/90 dispõe sobre a organização e serviços do SUS; a lei 8142/90, dispõe sobre a participação popular na gestão do SUS.

Aqui cabe fazer algumas considerações básicas a respeito da estrutura do SUS. O SUS é o conjunto de todas as ações e **serviços de saúde** prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 2019). A organização do SUS, por nível de complexidade, engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

Em todo o país, o SUS deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização. Juntamente com o conceito ampliado de saúde, o SUS traz consigo dois outros conceitos importantes: o de sistema e a ideia de unicidade. Sistema significa um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum. Já na lógica de sistema público, os serviços contratados e

conveniados seguem os mesmos princípios e as mesmas normas do serviço público. Todos os elementos que integram o sistema referem-se ao mesmo tempo às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2019).

Conforme determina a Constituição Federal, o SUS é composto pelo Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estadual de Saúde (SES), Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Conselhos de Saúde no âmbito nacional, estadual e municipal, Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Comissão Intergestores Regionais (CIR). Cada ente tem suas corresponsabilidades (BRASIL, 1988).

De acordo com Linard *et al.* (2011), os princípios do SUS, podem ser divididos em dois grupos: doutrinários e organizacionais. Os doutrinários são: universalidade, integralidade, equidade. Os organizacionais são: descentralização, regionalização, e participação popular.

Nesse mesmo sentido, Kehrig *et al.* (2015) apontam as normativas do MS, que induziram a regionalização da saúde: as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) em 2002; bem como o Pacto pela Saúde em 2006 (portaria nº 399), a portaria de Redes em 2010, (portaria nº 4.279) e o Decreto 7.508/2011. Ainda enfatizam que os princípios de descentralização, regionalização e participação popular no SUS, foi resultado de negociação e política das esferas governamentais, CIT), CIB e Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com, Bretas Junior, Shimizu (2017), as CIRs, estabelecem relações entre municípios à nível regional; as CIBs, estabelecem relações entre estados e municípios; e as CITs, estabelecem relações entre união, estados e municípios. Nesses colegiados são negociados e estabelecidos prioridades, estratégias, recursos entre outras pautas. Planejar é tarefa das três esferas de governo.

No contexto de regionalização, Almeida (2013) argumenta que essas relações intergovernamentais devem ser analisadas como um dos componentes da prática de gestão, denominada governança. Ainda refere, que a governança é mais ampla que governo ou que governabilidade, visto que, além das instituições públicas, ela é formada por outras instituições que não são governamentais, o que permite que diversos atores, como a própria sociedade, participem deste processo. Mesmo que muitas vezes os interesses sejam diferentes, podem ser negociados e ajustados com objetivos comuns de modo a garantir o direito maior que é o acesso universal à saúde.

Os autores supracitados evidenciam que em toda a década de 90, o movimento de municipalização da saúde fortaleceu a Atenção Primária, todavia a Atenção de Média Complexidade na grande maioria dos pequenos municípios era deficitária. Do mesmo modo,

Ribeiro *et al.* (2017), enfatizam que a regionalização tem reforçado a autonomia local, na gestão de iniciativas de associações intermunicipais, por exemplo os consórcios. Igualmente, frisam que no decorrer dos anos 2000, a normativa federal priorizou a região como escala de planejamento, bem como instâncias de pactuação e cogestão, para provisão de cuidados de média e alta complexidade.

Cabe aqui destacar neste histórico que o decreto 7.508/11 instituiu ainda, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), considerado por Mendes *et al.* (2015), como um dispositivo jurídico-executivo, que objetiva organizar e integrar as ações nas regiões de saúde. Portanto, houve uma sequência de movimentos na saúde, desde o modo de planejamento governamental, formatação das políticas públicas e na lógica da estrutura do sistema. Esta conjuntura atingiu, é claro os mecanismos e arranjos de governança na saúde de nosso país.

Em tempos de contenção de despesas, é importante que os entes públicos estabeleçam políticas adequadas na gestão da saúde. Os gestores do SUS estão sentindo cada vez mais a necessidade de organizar, internamente nas secretarias de saúde, as rotinas e os processos de trabalho, para as questões de planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação. A adoção de práticas adequadas de governança permite estabelecer, critérios objetivos de administração, participação popular, transparência, indicadores de desempenho, metas e mais qualidade na gestão (SCHULZE, 2015).

Os autores supracitados, ressaltam o trabalho e esforço do COSEMS-Colegiado de Secretários Municipais de Saúde em cada estado, CONASEMS-Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde e CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde, no sentido de proporcionar conhecimento, aumentar a capacidade de governança e apoio aos gestores nas regiões de saúde.

O conceito e o entendimento de governança na saúde, vem sendo constituídos e utilizados ainda na grande maioria, de forma normativa. No entanto, o sistema de governança representa muito mais, pois possibilita aos seus atores, interagir e compreender as “regras do jogo”, bem como clareza para condutas e tomada de decisão.

2.4 GOVERNANÇA COLABORATIVA

Emerson, Nabatchi e Balogh (2011) destacam a existência de muitos estudos sobre governança colaborativa na área da administração pública e expõem que ela está sendo considerada o novo paradigma de gestão pública em sistemas democráticos.

Para Ansell e Gash (2007), a governança colaborativa emergiu como uma resposta aos fracassos da implementação de políticas públicas, impostas de cima para baixo e devido ao alto custo e politização da regulação. Esta seria uma alternativa para as relações conflituosas de grupos de interesse e as falhas de accountability.

A governança colaborativa, no setor público, pode ser definida como processos e estruturas de gestão e tomadas de decisão em políticas públicas, que envolvem as pessoas construtivamente a fim de realizar um propósito público que de outra forma não poderia ser alcançado (EMERSON; NABATCHI; BALOGH, 2011).

Encontram-se diferentes formas e arranjos, classificados como “rede”, que podem envolver um único setor ou serem intersetoriais; entretanto, Milagres. *et al.* (2016), ressaltam que uma característica marca esse tipo de arranjo: o fato de almejarem alcance de objetivo(s) convergente(s) e serem pautados pela lente da colaboração.

Nesse mesmo sentido Roth *et al.* (2012), caracteriza governança colaborativa como: “o conjunto de instrumentos que permitem a coordenação dos atores envolvidos em redes. Incluem um conjunto de processos de tomada de decisão e controle, que viabiliza a execução de políticas. Tem a ver com o exercício de poder e autoridade, mas, principalmente, com o exercício da influência e da negociação. Define regras, normas, rotinas e outros procedimentos que estabeleçam os limites de autonomia, a divisão de responsabilidades, o estabelecimento de bases para o compartilhamento de recursos e de resultados.”

Em relação ao papel do Estado, na governança colaborativa, Bryson, Crosby e Blomberg (2014), relatam que o Estado continua sendo percebido como o responsável pela geração de valores e bens públicos, mas os cidadãos, as organizações, com e sem fins lucrativos, as universidades e outras instituições são vistos como atores fundamentais e co-partícipes, na geração de soluções. Para as agências governamentais cabe tanto o papel de organizadoras, quanto o de catalisadoras e colaboradoras, que por vezes conduzem, em outras se alinham, aliam, ou até mesmo ficam de fora de acordos colaborativos, no gerenciamento do valor público.

A governança colaborativa pode melhorar os resultados das políticas públicas, pois aumenta a legitimidade percebida das ações, supera os diferentes níveis hierárquicos das instituições, aumenta o alcance ou abrangência das ações, realiza economia de escalas e diversifica a abordagem de tratamento dos problemas públicos (SCOTT; THOMAS, 2017).

Já, Milagres *et al.* (2016) destacam que, diferentemente das outras formas tradicionais de governança, a colaborativa, promove maior envolvimento, comprometimento, habilidade de negociação e disponibilidade de troca de informações entre os agentes,

desencadeando tomada de decisão que não é necessariamente hierarquizada, mas que visa interação e empoderamento dos envolvidos. Sedgwick (2017) considera que a governança colaborativa é a forma mais envolvente de parceria.

Vale lembrar ainda, que a população assistida na AAE pelo SUS, argumenta em entrevistas na mídia, que a forma atual como vem sendo praticada a AAE, é ineficiente. Levando em consideração o reclame estabelecido e a perspectiva de contribuir na busca de possível solução para AAE, Sul Catarinense, fez-se necessário conhecer e compreender os elementos centrais da governança colaborativa, nessa lógica é interessante pautar alguns dos principais modelos de governança colaborativa (frameworks), bastante utilizados na literatura (Quadro 2).

Quadro 2 -Componentes da Governança Colaborativa – Frameworks -sob a ótica destes autores.

Modelo de análise	Bryson, Crosby e Stone (2006)	Thomson e Perry (2006)	Ansell e Gash (2007)	Emerson, Nabatchi e Balogh (2011)	Bryson, Crosby e Stone (2015)
Principais componentes	<p>Condições iniciais</p> <p>Processos formais e informais</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Acordos</i> • <i>Liderança</i> • <i>Legitimidade</i> • <i>Confiança</i> • <i>Gerenciamento de conflito</i> • <i>Planejamento</i> <p>Estruturas formais e informais</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Parceria</i> • <i>Configurações estruturais</i> • <i>Estruturas de governança</i> • <i>Contingência e restrições</i> • <i>Tipo de colaboração</i> • <i>Assimetria de poder</i> • <i>Lógicas institucionais concorrentes</i> <p>Resultados e accountabilities</p>	<p>Antecedentes</p> <p>Processos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Governança</i> • <i>Administração</i> • <i>Autonomia organizacional</i> • <i>Mutualidade</i> • <i>Normas de confiança e reciprocidade</i> <p>Resultados</p>	<p>Condições de partida</p> <p>Processo colaborativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Diálogo face-a-face</i> • <i>Construção de confiança</i> • <i>Compromisso com o processo</i> • <i>Entendimento compartilhado</i> • <i>Resultados intermediários</i> • <i>Liderança facilitadora</i> <p>Resultados</p>	<p>Contexto do sistema</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Drivers</i> <p>Regime de Governança Colaborativa</p> <p>Dinâmicas da colaboração</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Engajamento de princípios</i> • <i>Capacidade de ação conjunta</i> • <i>Motivação compartilhada</i> <p>Ações</p> <p>Impactos</p> <p>Adaptação</p>	<p>Condições antecedentes gerais</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ambiente institucional</i> • <i>Necessidade de solução de problemas públicos</i> <p>Condições iniciais, drivers e mecanismos de vinculação</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Acordo inicial</i> • <i>Relações prévias</i> <p>Processos colaborativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Confiança e compromisso</i> • <i>Comunicação</i> • <i>Legitimidade</i> • <i>Planejamento</i> <p>Estruturas de colaboração</p> <p>Conflitos e tensões endêmicas</p> <p>Resultados e accountabilities</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Resultados tangíveis e intangíveis</i> • <i>Accountabilities informais</i>
Ênfase do modelo em frente aos demais frameworks	Colaboração intersetorial, lógicas institucionais, planejamento, contingências, poder, importância de remediar assimetria de poder e necessidade de alinhamento entre parceiros.	Aprendizagem, autonomia organizacional, liderança e administração.	Diálogo face-a-face, incentivos e restrições, importância de remediar assimetria de poder.	Regimes colaborativos, fatores de sucesso para a colaboração, capacidade de construir ação conjunta; Separação dos resultados e impactos das ações colaborativas.	Colaborações voltadas para políticas públicas; Presença de indutores da colaboração; Planejamento e articulação entre processos e estruturas colaborativas.

Fonte: Adaptado de Bryson, Crosby e Stone (2015, p.248-249 apud Oliveira, 2018 p.39).

Constata-se no resumo da sistematização textual dos principais frameworks apresentados na tabela acima, que embora haja uma variação no escopo, nomenclaturas e na escala de perspectivas sobre governança colaborativa, percebe-se que ao mesmo tempo, a estrutura geral e suas dinâmicas internas podem ser adaptadas para diferentes arenas e níveis de complexidade, contudo, é possível perceber que a linha condutora desses modelos, é mantida.

Observa-se como principais pontos mantidos em todos os modelos: **antecedentes** (condições iniciais/ antecedentes/ condições de partida/ contexto do sistema-drivers/condições antecedentes gerais, ainda condições iniciais, drivers e mecanismos de vinculação); **processos** (processos formais e informais, estruturas formais e informais / processos / processo colaborativo / regime de governança colaborativa, dinâmica da colaboração, ações, impactos e adaptação / processo colaborativo, estrutura de colaboração, conflitos e tensões endêmicas); **resultados** (resultados e *accountabilities* e somente considerados como resultados). Ainda, é interessante observar a ênfase de cada modelo em relação ao outro, permitindo não só a comparação, mas a evolução desses modelos. Os modelos de Bryson, Crosby e Stone de 2006 para 2015, observa-se que enfatiza a colaboração para políticas públicas, de uma forma objetiva e direcionada, com destaque a articulação entre processos e estruturas colaborativas.

2.4.1 Modelo Analítico sobre Governança Colaborativa

Milagres *et al.* (2016) consideram como elemento-chave, nas redes colaborativas, a governança colaborativa. Destacam ainda, que pela relevância desta, buscam entender o seu funcionamento, sendo que o resultado desta busca, foi a configuração de um modelo analítico. Modelo este, utilizado como eixo central e norteador de todo o processo utilizado nesta dissertação.

Os elementos, ou muitas vezes também denominados de componentes de governança, no entendimento destes autores são: **princípios** (percepção de interdependência/ convergência de objetivos/ consciência da autonomia e percepção de reciprocidade), **antecedentes** (elementos políticos, jurídicos, sócioeconômicos, ambientais, regulatórios e econômicos/ interdependência e complementariedade de recursos/compartilhamento de riscos/história prévia entre os membros, confiança e conflitos preexistentes /experiência em redes colaborativas/grau de aceitação-legitimidade/seleção de parceiros), **contratos** (estrutura e contratos), **processos** (administração, liderança, construção de legitimidade/mutualidade,

construção de confiança, prestação de contas e aferição de resultados) e **resultados** propriamente dito.

Nesse sentido, é preciso ressaltar que alguns autores, como Emerson *et al.* (2012), consideram os elementos do contexto como influenciadores dos agentes, tanto na decisão em formar a governança colaborativa, quanto na montagem da estrutura em si.

Milagres *et al.* (2016), na descrição desse possível modelo, considera como antecedentes, os elementos do contexto citado acima, além disso denomina de **governança contratual**, os contratos e a estrutura. Nessa estrutura, são estabelecidos os elementos formais de coordenação dos parceiros (contrato e estabelecimento das responsabilidades).

Também faz parte do modelo, a **governança processual**, onde são considerados e estabelecidos os processos e instrumentos capazes de nortear a rede no dia a dia, como: simetria de informações, gestão de conflitos, objetivos convergentes, entre outros, mas sempre privilegiando relações horizontais entre os parceiros. Um importante processo a ser observado é aquele que se ocupa da liderança, tanto que, é apontado como elemento chave em ambientes de colaboração.

Os tipos de processos, podem variar e segundo a literatura especializada, essa variação está relacionada, inclusive, com os objetivos estabelecidos para o arranjo colaborativo. Esse modelo analítico destaca os seguintes processos: administração/coordenação; liderança; construção de legitimidade/mutualidade; construção de confiança; controle e aferição de resultados.

Outro aspecto importante a destacar para esse entendimento, é diferenciar o líder da rede, que é responsável pela criação da ambiência para o florescimento da colaboração, do gestor/coordenador, que por sua vez, é encarregado pela operação dos diferentes processos, assim como, dos representantes legais, políticos ou *sponsors* da rede – aqueles que apoiam e por vezes criam condições para sua existência (FELDMAN; KHADEMIAN, 2002; THOMSON; PERRY, 2006; WEBER; KHADEMIAN, 2008; WHELAN, 2011; SHEPHERD; MEEHAN, 2012).

O último componente na composição da governança colaborativa, é a **governança relacional**. Milagres *et al.* (2016), refere ainda, que esse componente é formado por um conjunto de elementos que trabalha com intangíveis. São eles: (1) a identidade da rede; (2) os contratos psicológicos; (3) a visão coletiva; (4) o sentimento de justiça, pertencimento e acolhimento; e (5) criação de ambiente seguro. Entretanto, justifica que a governança relacional foi separada da processual, e que de certa forma foi exigida nesse modelo, em virtude da complexidade desse ambiente. Ainda argumenta, que o critério utilizado para essa

inclusão, está relacionado com a capacidade dos itens, que formatam este componente da governança, em contribuir de forma decisiva para o alcance de **resultados** importantes, também denominados de excedente colaborativo.

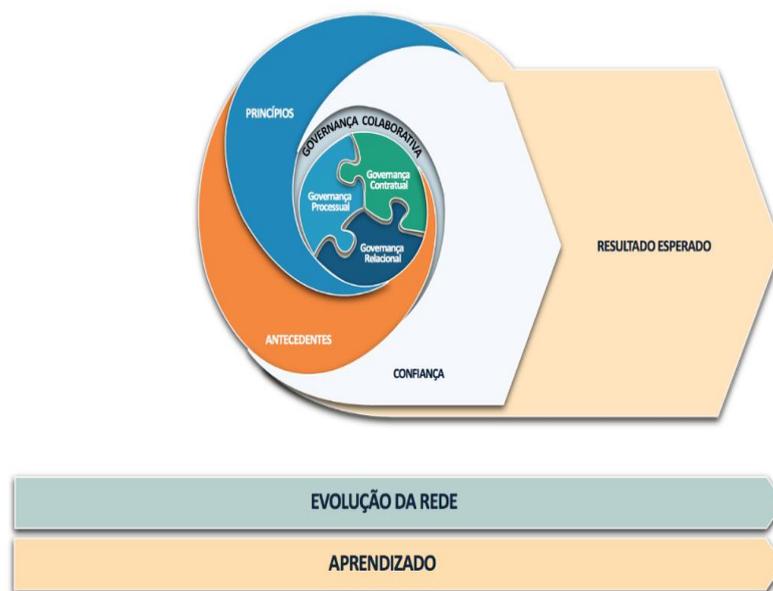
Para os autores criadores desse modelo analítico, o conceito de excedente colaborativo, é definido como a disponibilidade do grupo em estabelecerem novas redes de colaboração, justamente por perceberem o mérito, desse sistema nas soluções de problemas complexos.

Na publicação, Milagres *et al.* (2016), destacam que a **confiança**, é central nos ambientes colaborativos e que além do que é proposto na literatura, é considerada como elemento suporte, ou seja, é a base que sustenta a constituição da governança relacional. Igualmente, outros autores também, advogam em prol do papel significativo da confiança.

Ainda, conforme os autores supracitados, a combinação entre os elementos da governança contratual e processual, suportados pela confiança estabelecida entre os membros, abre espaço para a criação de contratos psicológicos, crenças, identidade, visão coletiva entre outros. Ainda o modelo proposto, refere-se também aos princípios, ressaltando que eles devem estar presentes para dar o suporte na criação e desenvolvimento da rede. Estes princípios influenciarão e serão influenciados por todo o desenvolvimento da rede, incluindo sua governança e seus resultados.

A governança colaborativa na visão dos autores deste modelo constitui-se em um ciclo interativo, em que o estágio inicial de amadurecimento desses princípios, conforma todos os componentes, em contrapartida, são impactados e reajustados pela execução destes componentes. Da mesma forma, afirmam que é indispensável ressaltar que o equilíbrio entre os três componentes da governança, ou melhor, a governança contratual, processual e relacional, é fundamental. Na figura abaixo, é possível visualizar a representação gráfica do modelo analítico da governança colaborativa proposto.

Figura 2- Modelo Analítico sobre Governança Colaborativa



Fonte: CONASS, 2016b.

Ressalva-se, no entanto, a preocupação dos autores, ao construir um modelo, uma vez que ao mesmo tempo, facilita o entendimento do fenômeno, ele pode ser reducionista, não dando conta de trabalhar todas as variações possíveis, vivenciadas na realidade.

Por último, explicam os autores, que além do equilíbrio dos componentes é importante que haja abertura e flexibilidade para análise e adequação de indicadores estabelecidos ao longo do caminho, em razão de ser um ambiente que muda constantemente, baseado no aprendizado que se acumula com a evolução da rede.

2.5 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Como partícipes de um sistema, as organizações de saúde, formam uma complexa rede. Cavalcanti (2011), reforça o exposto, quando explica que a fragilidade da capacidade de gerar assistência integral por parte dos municípios, quando isolados, fortaleceu a concepção de regiões de saúde como estratégia de atenção no SUS.

Nesse sentido, o decreto nº 7.508/ 2011, prevê que uma região de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: 1. Atenção primária; 2. Urgência e Emergência; 3. Atenção Psicossocial; **4. Atenção Ambulatorial Especializada** e Hospitalar; e 5. Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011).

No decreto supracitado, também está preconizado que o acesso da população a AAE, deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, entretanto, na prática

não é o que se observa, até porque os limites entre a atenção especializada e a atenção básica, não são precisos e apresentam-se de forma fragmentada. Conforme Brasil (2009), o SUS de A-Z, os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade, são os seguintes: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumatológico-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnóstico; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia.

O gestor deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade, considerando a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações; os dados epidemiológicos e sócio demográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e a capacidade resolutive diagnóstica e terapêutica; a complexidade e o custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações.

Quando se buscam pesquisas relevantes em AAE, encontram-se poucos trabalhos comparativamente com a Atenção Primária à Saúde (APS) e com a Atenção Hospitalar (CONASS, 2016a). Da mesma forma, Canonici (2014) destaca a escassa disponibilidade de material conceitual. Na própria indexação de palavras-chave nas bases de dados utilizadas, não contém a expressão “atenção especializada” e suas variantes no inglês como termo descritivo catalogado. Diante do exposto, permite-se supor que a AAE consiste em uma das áreas menos estudadas nos sistemas de atenção à saúde.

Em decorrência da imprecisão conceitual, frequentemente as ações e os serviços de média complexidade (MC), são considerados por exclusão, ou seja, tudo que não “cabe”, na atenção básica (AB), e que também não “cabe” na alta complexidade (AC) (SPEDO *et al.* 2010).

Para Rocha (2014), consoante com as formulações que caracterizam as ações e serviços especializados no âmbito dos sistemas ou das redes integradas, a AAE é: “um conjunto de ações e serviços de saúde caracteristicamente demarcadas pela incorporação de tecnologias especializadas, englobando processos de trabalho de densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar. Ainda este autor, com base na construção de Merhy (2002),” refere-se às tecnologias como: tecnologia dura, aos equipamentos; aos conhecimentos específicos, como tecnologias leveduras; e as tecnologias

relacionais, como tecnologias leves, sendo transversais a todas as modalidades de cuidado em saúde”.

Canonici (2014) ainda faz referência, que para o *sensu comum*, a atenção especializada tem sido tratada como sinônimo de consultas e exames especializados. Entretanto, independentemente do conceito, o autor ressalta que, na realidade brasileira as consultas especializadas encontram-se desvinculadas dos exames complementares ou das terapias especializadas, resultando em intensa fragmentação dos processos diagnósticos e terapêuticos. Esse fato incorporado a múltiplos agendamentos, atrasos significativos na definição e início dos tratamentos, resultam em perda da oportunidade terapêutica, mudando o estágio clínico e o prognóstico do tratamento.

De acordo com a portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, “na rede de saúde, a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária.” Interpretada, também, como procedimentos de média complexidade (BRASIL, 2010).

No Brasil, também é comum o uso das expressões como atenção secundária e nível secundário na área da saúde (CANONICCI, 2014). Nesse sentido, Erdmann (2013), refere que esse nível, compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, atendimento de urgência e emergência. É oferecido nesse nível, serviços odontológicos especializados, atendimentos em saúde mental, certos tipos de exames laboratoriais e de imagem e cirurgias. O acesso aos procedimentos e especialidades de maneira detalhada é viabilizado pelo Sistema de Regulação do SUS, (Sisreg). Esses serviços, podem ser contratados, conveniados e/ou ainda pactuados com outros municípios. Em Santa Catarina, na Deliberação 047/CIB/2016, estão previstas as Diretrizes de Procedimentos para a Operacionalização das Centrais de Regulação Ambulatoriais deste estado (SANTA CATARINA, 2016b).

Historicamente, esses serviços têm sido organizados e financiados com base na lógica de oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico da população (SOLLA; CHIORO, 2012).

Vale ressaltar, que a atenção especializada no SUS, é também segmentada em dois níveis de complexidade: média e alta Complexidade e os locais que prestam serviços ambulatoriais especializados, são referenciados na literatura, com diferentes denominações, como: centro ou ambulatório de especialidades médicas, núcleo de especialidades da saúde, centro de referência especializada, policlínicas entre outros. Essas denominações, se deve muito, com o momento histórico e as estratégias de comunicação social adotadas pelos

gestores públicos, também é pertinente considerar a dificuldade da população em associar o nível de complexidade e o local onde ela tem acesso ao serviço.

Para fins de entendimento na sequência do trabalho, salienta-se que o foco deste trabalho, está na **atenção ambulatorial especializada, média complexidade/atenção secundária**, que está organizada para atender a população em condições não agudizadas, portanto, não se considera nesse contexto a atenção ambulatorial especializada estruturada na rede hospitalar, como média complexidade. Por uma questão de organização, a partir deste momento, será utilizada a denominação Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), para estes serviços.

Na Espanha, segundo Griffel (2012,) a Atenção Especializada é o segundo nível de acesso dos cidadãos à assistência sanitária e atua como referência e consultora da Atenção Primária”.

De acordo com Rocha *et al.* (2014), a AAE é caracterizada por elevada fragmentação, com frágil interação com os demais níveis de atenção e dificuldades operacionais significativas, que vem repercutindo no acesso dos usuários, na adequação e qualidade das tecnologias disponibilizadas e, sobretudo nos resultados assistenciais.

Nesse contexto, a ex-secretária de atenção à saúde do ministério da saúde, Lumena Furtado em Consensus (2015), menciona que a atenção especializada no SUS, tem a função de promover coordenadamente serviços especializados em saúde, oferecendo à população acesso qualificado e em tempo oportuno.

Nos sistemas de atenção à saúde em geral e no SUS em particular a AAE, constitui um problema importante. As razões são várias, mas há de se ressaltarem duas dimensões fundamentais desse problema: constitui, ao mesmo tempo, um vazio assistencial e cognitivo; e tem sido analisada e operada na lógica dos sistemas fragmentados de atenção à saúde distante, portanto, das propostas contemporâneas de constituírem-se como pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (CONASS, 2016a).

Nessa direção, a AAE, tem se constituído um nó crítico para gestores, pesquisadores e sociedade em geral. A busca por possíveis soluções, tem identificado algumas causas, como dificuldade de acesso, filas intermináveis, superposição de oferta de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração em locais de alta densidade populacional e vazios em outros locais, o sub financiamento, entre outras. No entanto, não foi encontrado, de forma efetiva a fórmula que possa ser aplicada e que realmente atenda na prática a população brasileira. Na forma que está organizada, se transforma, realmente, em um grande obstáculo para a concretização da integralidade no SUS.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil de governança realizada, na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), nos municípios da Região Sul de Santa Catarina (SC).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos gestores municipais de saúde da Região Sul de Santa Catarina (SC).
- Verificar quais são os princípios de governança presentes, na atenção ambulatorial especializada (AAE).
- Relacionar os elementos centrais da governança colaborativa, com a percepção dos gestores na governança da atenção ambulatorial especializada (AAE).
- Construir uma cartilha, que dê subsídios para tornar efetivo o sistema de governança na atenção ambulatorial especializada (AAE) para os gestores municipais.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo caracteriza-se, como transversal, com abordagem quantitativa, de natureza, aplicada, descritivo, e quanto aos procedimentos é tipo levantamento, utilizando o questionário, como instrumento de investigação.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

4.2.1 Estado de Santa Catarina - Brasil

Santa Catarina é um dos três estados pertencentes à região sul do Brasil (Figura 3). Suas dimensões territoriais abrangem uma área de 95.346,181 km², sendo em extensão territorial o 20º. menor estado entre os 26 estados brasileiros. (SANTA CATARINA, 2019a).

Figura 3 -Localização do estado de Santa Catarina à nível de Brasil



Fonte: Cerqueira (2019).

Os índices sociais estão entre os melhores do país. É o 6º estado mais rico da Federação, com uma economia diversificada e industrializada. Importante polo exportador e consumidor, o Estado é um dos responsáveis pela expansão econômica nacional, respondendo

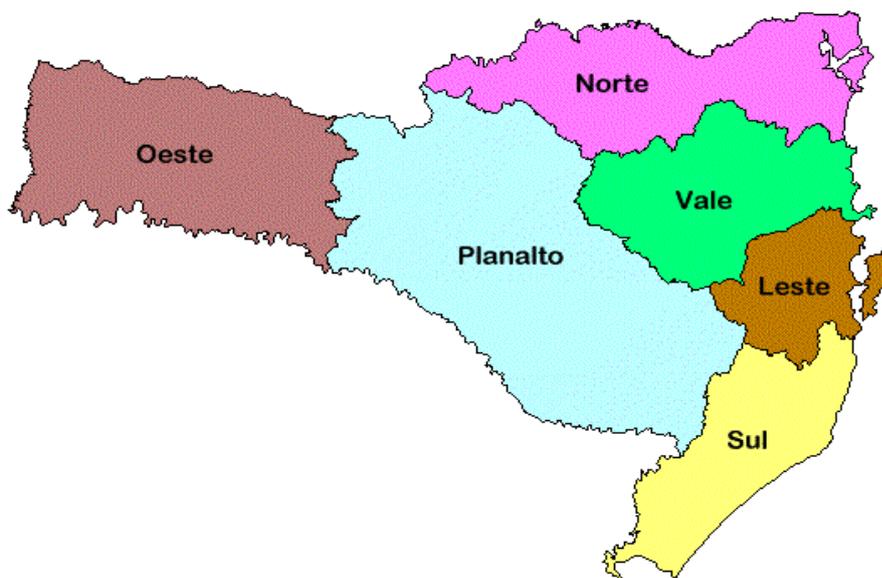
por 4% do produto interno bruto do país. Tem apenas 3,27% da população do país (SANTA CATARINA, 2019a).

De acordo com o censo demográfico de 2010, Santa Catarina aparece com 293 municípios, porém, com a emancipação de Pescaria Brava e Balneário Rincão em 2013, o estado passou a ter 295 municípios. Este estado tem 6.248.436 habitantes, com uma densidade demográfica de 65,27 hab./km. (SANTA CATARINA, 2016b).

Ainda conforme a fonte supracitada, a grande maioria dos municípios são de pequeno porte, ou seja, de até 20.000 habitantes, porém encontramos áreas com densidade demográfica superior a 200 habitantes por km.

É relevante ressaltar, que o estado de Santa Catarina é organizado geograficamente (mas não politicamente), em 6 mesorregiões (Figura 4). Estas regiões, congregam diversos municípios que por similaridade econômica e social, formam as microrregiões. Esta formatação é utilizada para fins estatísticos e de planejamento público.

Figura 4 - Mapa com as Regiões Geográficas de Santa Catarina



Fonte: Martins (2019).

De maneira geral, os municípios das microrregiões, com interesses e características territoriais comuns se unificam em associações, buscando o fortalecimento regional. Atualmente o estado de Santa Catarina tem 21 associações de municípios.

Associação dos municípios da região de Laguna (AMUREL), Associação dos municípios da região Carbonífera (AMREC), e a Associação dos municípios da região do Extremo Sul Catarinense (AMESC), conformam a região Sul Catarinense.

No sentido de “governo de Santa Catarina”, é pertinente destacar, que este Estado estruturava sua administração, de forma diferente, era organizado em Agências de Desenvolvimento Regionais (ADRs), estas eram órgãos de descentralização, da administração direta e substituíram as antigas Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDRs). O objetivo para essa configuração era pautado na aproximação do governo e cidadão, seriam responsáveis por fomentar o engajamento, a integração e a participação da sociedade, buscando desenvolvimento e equidade entre as pessoas e entre as regiões. Eram 20 ADRs no total, sendo que cada uma possuía uma Gerência de Saúde, que deveria representar o Governo do Estado no âmbito da respectiva região, promovendo a compatibilização do planejamento regional com as metas do Governo do Estado e com as necessidades da região.

Se faz necessário fazer um esclarecimento, pois no decorrer do desenvolvimento desta pesquisa, na etapa de finalização, a estrutura administrativa sofreu alterações, com o início do novo governo estadual, assumido em janeiro de 2019. No entanto, foi mantido a descrição de como era esta organização, em virtude de ser modelo político utilizado na época de desenvolvimento e coleta de dados desta pesquisa. Registra-se, ainda que a partir do decreto de 2019, nº03/19 a desativação das 20 ADRs, foi oficializada e assinada pelo governador de Santa Catarina, Carlos Moisés. O documento detalha a forma como a desarticulação será feita, sob a coordenação de um grupo composto por representantes de diversos órgãos do governo. A previsão para a concretização é final de abril de 2019. (SANTA CATARINA, 2019b).

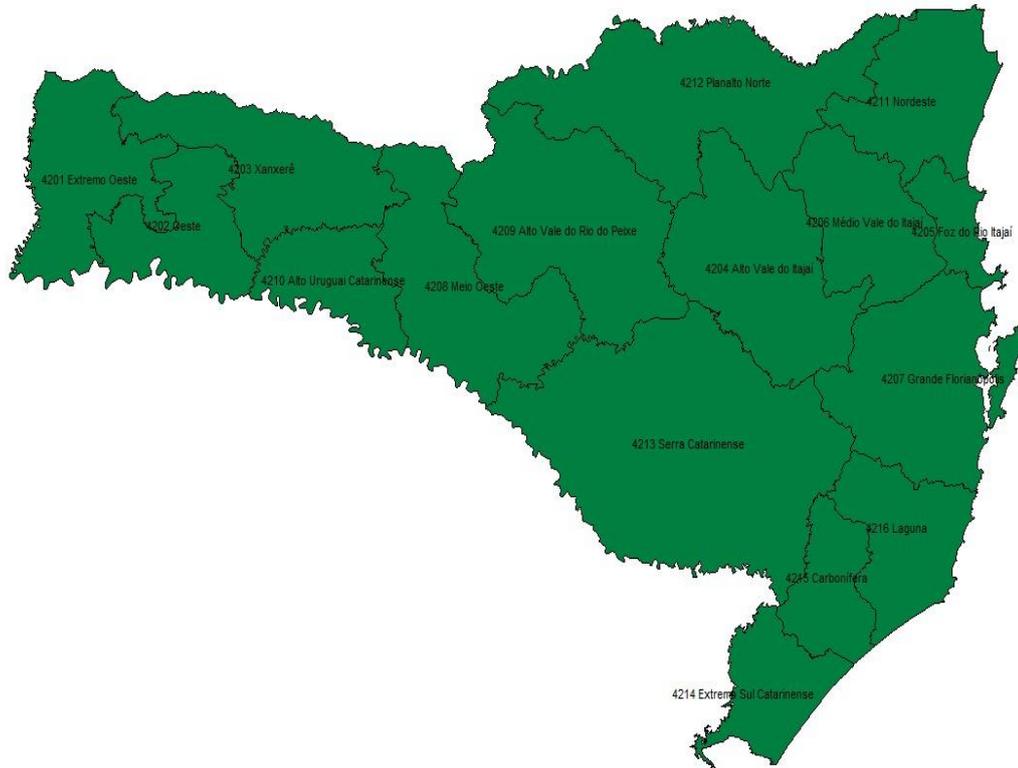
4.2.2 Região Sul de Santa Catarina

Com a intenção de concretizar a proposta de regionalização, objetivando o desempenho do SUS em termos de acesso, equidade, eficiência econômica, eficácia clínica e de saúde coletiva, constituíram-se as regiões de saúde (BRASIL, 2011).

A Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), com base em leis e decretos referentes à saúde e ainda conforme a deliberação 457-CIB/2012, estruturou o Estado Catarinense em várias macrorregiões de saúde (SANTA CATARINA, 2012). Dentre as macrorregiões de saúde, foi escolhida como foco deste estudo, a macrorregião Sul, que corresponde a região Sul de Santa Catarina.

Nesse contexto, é importante ressaltar que pela liberação da CIB 195/18, uma nova configuração macrorregional de saúde, foi formatada, ficando 16 regiões de saúde e sete (7), macrorregiões de saúde (Figura 5) (SANTA CATARINA, 2018).

Figura 5- Mapa com as 16 Regiões de Saúde de Santa Catarina.



Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica (2019).

Nesse mesmo sentido, este documento declara que a população apresentada nas macrorregiões de Saúde refere-se, à estimativa populacional 2017, conforme Resolução IBGE nº 04, de 28 de agosto de 2017, publicado no DOU nº 167, de 30 de agosto de 2017 (IBGE, 2017).

A Macrorregião Sul é composta por 03 Regiões de Saúde, com uma população de referência de 992.541 habitantes. Região de Saúde de Laguna, Região de Saúde Carbonífera e Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

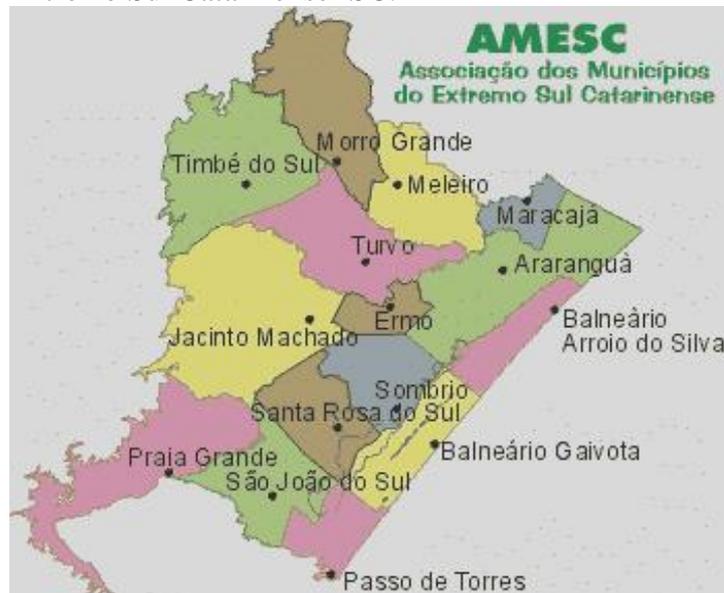
A população foco desta pesquisa, é composta pelas regiões de saúde Carbonífera e Extremo Sul Catarinense, representadas pelos seus Gestores (secretários) de Saúde, que ao mesmo tempo, compõe o colegiado da Comissão de Intergestores Regionais (CIRs) e integrantes da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC) e Região do Extremo Sul Catarinense (AMESC), Região Sul de Santa Catarina.

Figura 6 - Mapa com a localização dos municípios da Região de Saúde Carbonífera -SC.



Fonte: Santa Catarina (2019c).

Figura 7-Mapa com a localização dos municípios da Região de Saúde Extremo Sul Catarinense -SC.



Fonte: Santa Catarina, 2018.

O total dos 27 municípios que constituem estas regiões, apresentam uma população de 628.976 habitantes, conforme os dados do IBGE (2017), sendo que a região da AMREC, apresenta uma população total de 430.202 habitantes (Quadro 03). Já a região da AMESC, tem uma população total de 198.774 (Quadro 4) (FLORIANO, 2018).

Quadro 3-Municípios com dados populacionais (2017) -Região de Saúde Carbonífera

Cod. IBGE	Município	Pop. 2017
4220000	Balneário Rincão	12.403
4204251	Cocal do Sul	16.446
4204608	Criciúma	211.369
4205456	Forquilha	25.988
4207007	Içara	54.845
4209607	Lauro Muller	15.149
4211207	Morro da Fumaça	17.532
4211603	Nova Veneza	14.837
4211702	Orleans	22.723
4217600	Siderópolis	13.870
4218350	Treviso	3.863
4219002	Urussanga	21.177
		430.202

Fonte: Resolução IBGE nº04, de 28 de agosto de 2017,

Quadro 4 - Municípios com dados populacionais (2017) - Região de Saúde Extremo Sul Catarinense.

Cod. IBGE	Município	Pop. 2017
4201406	Araranguá	67.110
4201950	Balneário Arroio do Silva	12.344
4202073	Balneário Gaivota	10.413
4205191	Ermo	2.076
4208708	Jacinto Machado	10.539
4210407	Maracajá	7.139
4210803	Meleiro	7.047
4211256	Morro Grande	2.915
4212254	Passo de Torres	8.370
4213807	Praia Grande	7.364
4215653	Santa Rosa do Sul	8.356
4216404	São João do Sul	7.268
4217709	Sombrio	29.710
4218103	Timbé do Sul	5.377
4218806	Turvo	12.746
		198.774

Fonte: Resolução IBGE nº04, de 28 de agosto de 2017.

A escolha desta população, foi baseada pelo fato da CIR, ser considerada como “espaço de governança regional e de gestão, e ainda por este colegiado, envolver os três entes federados.

Destaca-se também, que o objetivo da CIR, expresso na Deliberação 039CIB/13, é “operar como espaço permanente de proposição, negociação, deliberação e cogestão solidária, por meio da instituição de um processo de planejamento na região de saúde”.

Foi considerado como critério de inclusão, neste estudo, os gestores das referidas regiões de saúde, que estivessem no cargo por no mínimo 6 meses, pois era relevante à esta pesquisa que o participante tivesse um tempo mínimo de experiência na sua região de saúde. Como critério excludente dos sujeitos da pesquisa, foi considerado os gestores que estivessem afastados do cargo, por motivos de licença saúde, motivos judiciais ou outros que impedissem de estarem efetivos no cargo, no período da aplicação do instrumento de coleta- questionário.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade (UNESC), foi encaminhado à presidência das referidas CIRs, (AMREC e AMESC), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme o modelo da universidade, com o objetivo de convidar a instituição a participar da pesquisa, bem como, relatar os procedimentos que seriam utilizados para a coleta de dados e obter consentimento do colegiado. Recebido as cartas de aceite conforme anexos (A e B), foi agendado a data e o local para a coleta de dados, ou seja, aplicação do questionário com os gestores de saúde municipais.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Utilizou-se nesta pesquisa, como instrumento de coleta de dados o questionário. O local escolhido para aplicação deste instrumento, foram as reuniões mensais das respectivas CIRs, (AMREC e AMESC). Em 05 de julho de 2018, foi aplicado com os secretários de saúde da AMREC e 20 de julho de 2018, com os secretários de saúde que fazem parte da AMESC. As datas foram previamente agendadas e marcadas pelas respectivas CIRs.

Nas datas determinadas, antes da distribuição do questionário, foi brevemente reforçado o objetivo do estudo, a importância da participação e exposto que após a conclusão do estudo, teriam o retorno dos resultados e um exemplar da cartilha que seria elaborada sobre governança na saúde. Também foi esclarecido como o instrumento estava estruturado e em caso de dúvidas na interpretação das questões, poderiam se dirigir à mestrandia, procurando não interferir nos demais respondentes.

As bibliografias que reportam a respeito da aplicação de questionário em pesquisas, fazem referência, que uma das desvantagens deste instrumento é que um número considerável de questionário não é devolvido. Assim, optou-se como local de aplicação deste

instrumento, a reunião mensal das CIRs, como maneira de interferir positivamente no fator devolução, buscando garantir e superar este viés.

Para o número mínimo de faltantes neste dia, foi entrado em contato por telefone e oferecido a opção de responderem por e-mail, ou agendamento de um horário, no qual o aplicador se deslocaria até seu município.

Dois (2) secretários, optaram por responder no dia e horário agendado, ainda no mês de julho. Os outros cinco (5) respondentes, no entanto, preferiram que fosse encaminhado por e-mail para em momento oportuno responderem. Somente um (1) secretário não devolveu o questionário da pesquisa. Foram realizados vários contatos com sua assessoria, contudo não foi obtido retorno. O último prazo, combinado com sua assessoria foi final de setembro do corrente ano, no entanto, o questionário não foi devolvido. O período de aplicação, portanto, foi entre os meses de julho a setembro de 2018.

É importante destacar que para a construção deste instrumento específico, foi tomado o cuidado em seguir várias sequências de etapas lógicas, tanto no conteúdo, formulação e sequência das perguntas, bem como o formato das respostas e apresentação, ou seja, *lay-out* (características físicas) do questionário. Este foi construído por Blocos Temáticos, obedecendo a ordem lógica das perguntas (Quadro 05).

Quadro 5 - Caracterização do *layout* do questionário

Blocos Temáticos	Descrição
Bloco A	Caracterização dos gestores
Bloco B	Caracterização da AAE no Município
Governança na AAE	
Bloco C	Antecedentes
Bloco D	Governança Contratual/Estrutura e Contratos
Bloco E	Governança Processual/Processos
Princípios - Governança Relacional / Blocos C/D/E	
Governança Conceito e Posicionamento	
Bloco F	Conceito e Posicionamento
Bloco G	Considerações/críticas /ênfases

Fonte: Elaborado pelo autor.

A formatação e sequência lógica do conteúdo das perguntas, foi baseado no modelo analítico sobre Governança Colaborativa, proposto por Milagres *et al.* (2016). O

questionário apresentava questões fechadas e mistas, com algumas de múltipla escolha. Oferecia igualmente, várias opções de alternativas como respostas, evitando limitar e restringir a pesquisa. Caso ainda não tivessem sido contempladas, todas as possíveis alternativas, foi oferecido um espaço para considerações, críticas ou contribuições, se o entrevistado considerasse relevante e oportuno acrescentar.

O Bloco A, foi composto por questões que abrangiam dados epidemiológicos e experiência profissional, principalmente como gestor na saúde (questões A1 a A9). O Bloco B (questões B1 a B8), foi organizado com questões que favorecessem formar um diagnóstico da realidade na AAE de cada município. Já os Blocos C-D-E, foram elaborados com questões sobre governança colaborativa, de maneira que o conhecimento dos gestores sobre esse tema e a vivência diária na AAE em sua região de saúde, fossem capazes de possibilitar apontar e sistematizar o perfil da governança deste sistema. Nesses mesmos blocos, é possível identificar também, os princípios de governança, (percepção de interdependência; convergência de objetivos; consciência de autonomia e percepção de reciprocidade) bem como, verificar a presença da governança Relacional (identidade da rede (valores, códigos, conceitos, entendimentos...); contratos psicológicos (expectativas e suposições no relacionamento entre os participantes); visão coletiva; sentimento de pertencimento e justiça; criação de ambiente seguro para permitir o compartilhamento sem medo de exposição).

No Bloco C (questões C1 a C2f), buscavam identificar os elementos considerados importantes para influenciar a decisão em estabelecer ou não a governança colaborativa. De acordo com Milagres *et al.* (2016), há de se considerar: Níveis de interdependência e de Complementaridade de Recursos; Seleção de Parceiros; Compartilhamento de Riscos; História Prévia entre os Membros, Nível de Confiança e Conflitos Preexistentes, igualmente Elementos Políticos Ambientais e Sócio econômicos, Experiência em redes colaborativas e Grau de aceitação, Legitimidade.

Quando o resultado da conjunção dos antecedentes, direcionarem para a constituição da rede, se faz necessário estabelecer estrutura de coordenação e contratos. No Bloco D (questões D1 a D3), buscavam identificar esses elementos considerados importantes para a construção da estrutura formal da governança colaborativa, bem como garantir o funcionamento da rede. Nessa mesma perspectiva o Bloco E, foi organizado (questões E1 a E8), de forma que favorecesse perceber a existência dos Processos e outros elementos intangíveis necessários para garantir a colaboração. A literatura especializada e a utilizada neste trabalho, aponta os seguintes processos: administração/ coordenação da rede; liderança;

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

No Bloco F (questões F1 a F4), foi montado com questões sobre conceitos e posicionamentos do gestor sobre o tema e finalmente o Bloco G (questão G1), apresentou um espaço para considerações, se houvessem necessidades.

4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISES DOS DADOS

A partir da coleta de dados, foi montado um banco de dados no software estatístico IBM SPSS, versão 20.0 ®. Para a análise estatística os resultados foram codificados, tabulados e revisados por duas pessoas diferentes. Foram apresentados em tabelas e gráficos utilizando a estatística descritiva. Foram apresentados cálculos da frequência relativa (n) e a porcentagem (%) correspondente em relação ao total encontrado de respostas.

Do total de 27 municípios que compõem as duas regiões de saúde, foco desta pesquisa, 03 secretários de saúde não possuíam o tempo mínimo de gestão estabelecido nos critérios de inclusão para participação da população do estudo. Também, um (01) secretário não devolveu o questionário no prazo estabelecido. Portanto, o número total de gestores da região Sul Catarinense participantes deste estudo, foi de 23 secretários de saúde.

É importante destacar, que para facilitar o entendimento dos dados e suas respectivas análises, deve-se atentar para as informações em cada gráfico e tabela, embora pareça repetitivo, fez-se necessário pois em grande parte das questões era permitido aos profissionais marcarem mais de uma alternativa, assim sendo, o total calculado de cada alternativa relaciona-se ao n= encontrado, nem sempre com n=23 (total de indivíduos participantes).

Foram consideradas neste estudo, como variáveis independentes a idade, sexo, escolaridade, tempo e experiência de gestão em saúde, filiação partidária, bem como, o diagnóstico da AAE de cada município pertencentes as regiões de saúde Carbonífera e Extremo Sul Catarinense/Região Sul de Santa Catarina. Por outro lado, considerou-se, como variáveis dependentes, os princípios e os componentes principais dos elementos, considerados essenciais para a existência da governança colaborativa, baseado no modelo analítico de governança colaborativa. Milagres *et al.* (2016). Já foram devidamente descritos no lay-out do instrumento de coleta (questionário).

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos nesta pesquisa, seguem a mesma ordem lógica da formatação do questionário aplicado aos gestores de saúde. (Blocos A/B/C/D/E/F/G).

É importante, destacar na leitura e interpretação dos resultados, quando nos Blocos C e D, que os resultados foram agrupados e apresentados no formato de um único quadro por considerar que desta forma facilitaria a compreensão e entendimento, no entanto nos demais blocos, principalmente no bloco E, não foi possível aplicar esse mesmo critério para apresentação dos resultados, em virtude do grande número de opções de respostas oferecidas aos respondentes.

Bloco A: Caracterização do perfil dos gestores de saúde

Tabela 1 - Perfil epidemiológico dos gestores da região Sul de Santa Catarina-2018.

Faixa etária	n (%)
20-29 anos	2 (8,7)
30-39 anos	7 (30,4)
40-49 anos	8 (34,8)
50-59 anos	4 (17,4)
Acima de 60 anos	2 (8,7)
Sexo	n (%)
Masculino	8 (34,8)
Feminino	15 (65,2)
Total	23 (100)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total n=23.

No tocante ao perfil epidemiológico dos gestores participantes da pesquisa, (tabela 01), observou-se quanto à faixa etária, que apenas 2 entrevistados estão na faixa etária entre 20 a 29 anos, bem como acima de 60 anos. A maioria, encontram-se nas faixas entre 30 a 39 e 40 a 49 anos, cada uma com percentuais de 30,4 % e 34,8% respectivamente. Os quatros (4) indivíduos restantes, estão entre 50 e 59 anos.

Quanto ao sexo identificou-se, quinze (15) de um total de 23 respondentes são mulheres, representando 65,2% em relação ao total.

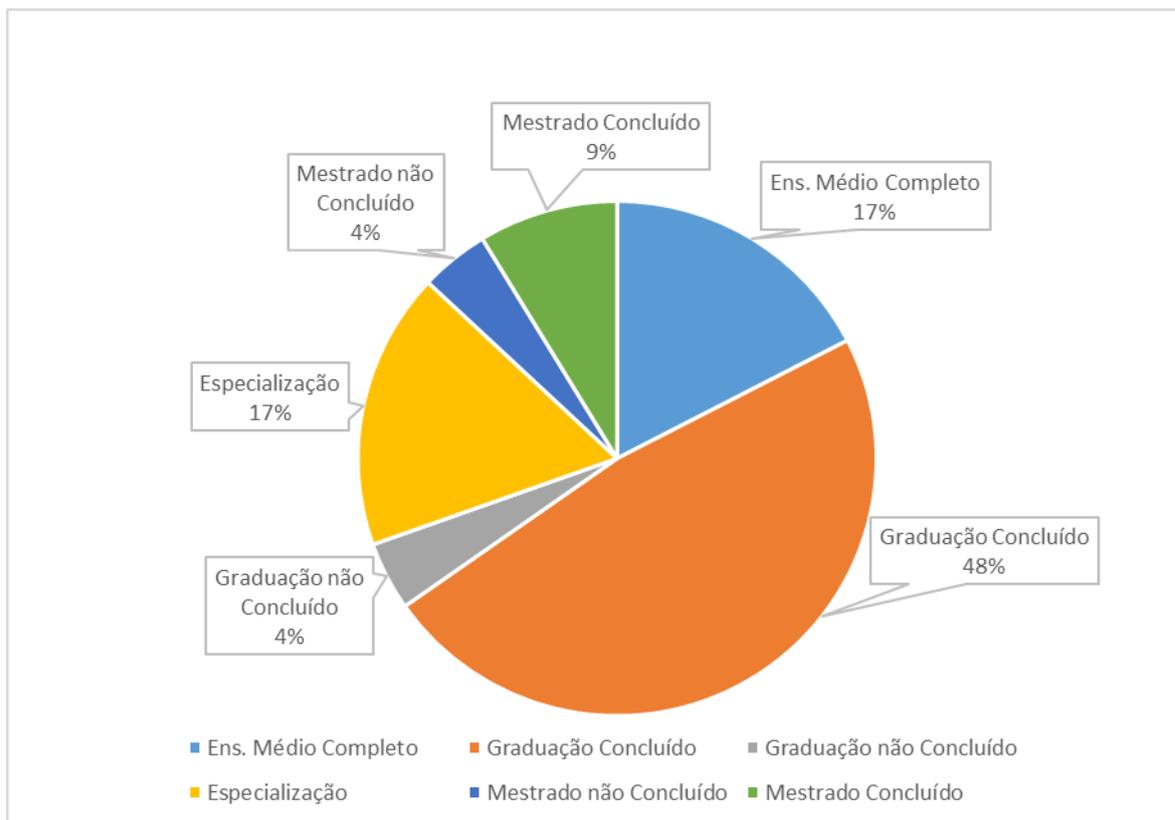


Gráfico 1- Grau de instrução dos gestores da região Sul de Santa Catarina-2018

Fonte: dados fornecidos através do questionário. Cálculo da porcentagem (%) arredondada, em relação ao total, n=23.

Em referência ao grau de instrução (Gráfico 01), constatou-se que apenas quatro (04) secretários de saúde, apresentavam somente ensino médio completo, onze (11), haviam concluído a graduação, quatro (4) pós-graduação a nível de especialização e dois (2) já haviam concluído pós-graduação a nível de mestrado. Ainda, 2 secretários estavam em curso. Destes, um (1) secretário a graduação e o outro mestrado.

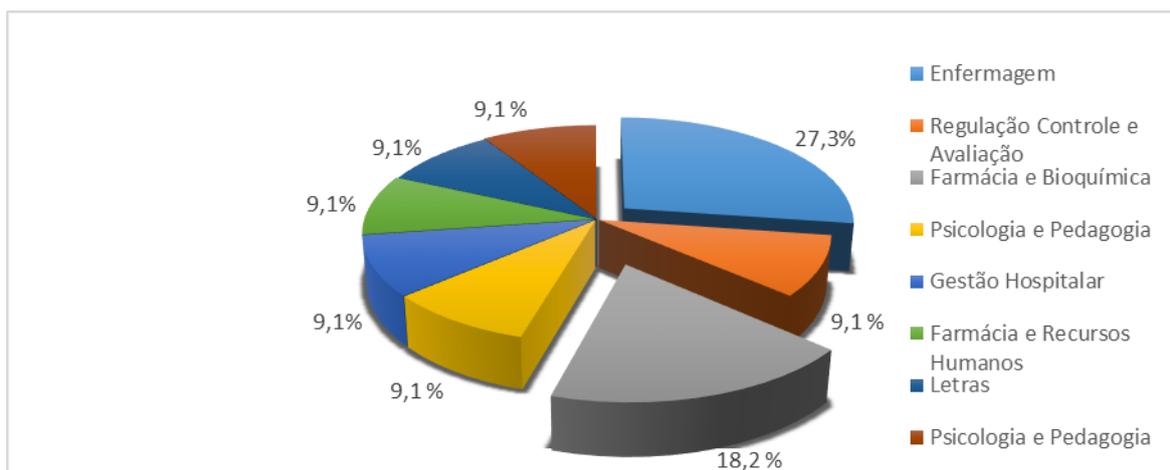


Gráfico 2 - Graduação especificada como último grau de instrução, dos gestores da região Sul de Santa Catarina-2018.

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da porcentagem (%), em relação ao total, n=11.

Considerando-se como último nível de instrução a graduação (gráfico 02), podem ser visualizados os cursos especificados. Constatou-se que do total de 11 gestores, três (3), tinham graduação em enfermagem, dois (2) em farmácia/bioquímica e os demais cursos citados, com apenas um (1) secretário.

Apurou-se também que, quatro (04) gestores, tinham pós-graduação, sendo dois (02), com especialização nas áreas de Auditoria / Controladoria (Direito) e em Gestão Pública Municipal, os outros dois (2), não especificaram a área. Ainda, três (3) gestores tinham mestrado, todos em Saúde Coletiva, destes, um (1), estava em fase de conclusão.

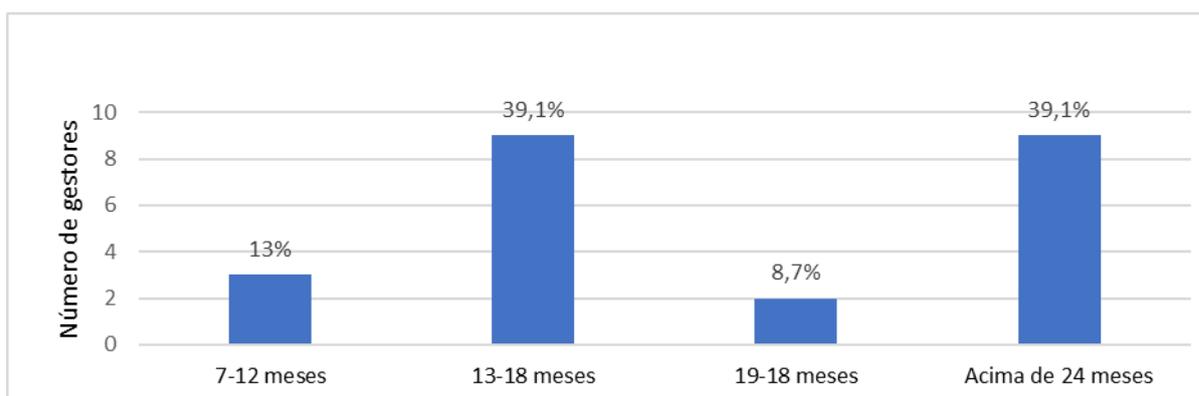


Gráfico 3 - Tempo de cargo de gestor/ secretário na saúde na região Sul de Santa Catarina-2018.

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da porcentagem (%), em relação ao total n=23.

A despeito ao tempo no cargo de gestor/secretário da saúde, verificou-se que do total de 23 participantes, três (03), estavam no cargo entre 7 a 12 meses, dois (02) entre 19 a 18 meses e nas faixas de 13 a 18 meses e acima de 24 meses, nove (09) gestores cada.

Tabela 2 - Experiência e área de atuação como gestor na região Sul de Santa Catarina-2018.

Já foi gestor público anteriormente?	n (%)
Sim, na área da saúde	10 (43,5) *
Não, nunca fui gestor	12 (52,2) *
Sim, mas em outra área	2 (8,7) *
Total	24

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem válida (%) em relação ao total. *Os profissionais eram permitidos marcar mais de uma alternativa nessa questão, assim sendo, o total calculado de cada alternativa relaciona-se ao n=23, mas totalizando 24 respostas assinaladas.

Em relação ao questionamento se já tinha sido ou não gestor anteriormente e no caso de afirmativo, especificar a área, observou-se que do total de 23 secretários de saúde, 10 já tinham sido gestores na área da saúde, inclusive 1 deles também já havia atuado, em outra área como gestor (infraestrutura), 1 já tinha sido gestor, entretanto em outra área que não a da saúde (área social) e 12 nunca tinham sido gestores.

Tabela 3 - Instância de atuação no cargo de gestor na região Sul de Santa Catarina-2018.

Esfera da experiência anterior	n (%)
No município atual	9 (60) *
Em outro município	4 (26,7) *
No governo estadual	1 (6,7) *
No governo federal	1 (6,7) *
Total	15

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem válida (%) em relação ao total. *Os profissionais eram permitidos marcar mais de uma alternativa nessa questão, assim sendo, o total calculado de cada alternativa relaciona-se ao n=11, com 12 valores omissos, mas totalizando 15 respostas assinaladas.

No que tange à esfera de governo, onde o gestor público, havia atuado anteriormente, adquirindo experiência de gestão, constatou-se que: nove (9) das respostas assinaladas referiam que os profissionais haviam exercido no mesmo município que hoje atuam no cargo de secretário de saúde; 4 respostas em outros municípios da região, uma (1) no governo estadual, como gerente de saúde e uma (1) no governo federal (Fundação Nacional de Saúde-Funasa). Destaca-se ainda, que o mesmo profissional, havia atuado em várias

esferas governamentais. Por exemplo: teve experiência no município atual ou em outros municípios e ainda a nível federal, ou em outros municípios e no município atual.

Tabela 4 - Fontes de orientações, para cargo de gestor na região Sul de Santa Catarina-2018.

Buscou orientações	n (%)
Em cursos promovidos por CONASS**, CONASEMS***, Estado, CIR****	8 (30,8) *
Buscou por iniciativa própria (internet, assessorias)	13 (50) *
Outro	5 (19,2) *
Total	26 (100%)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem válida (%) em relação ao total de alternativas assinaladas, n=26. *Os profissionais eram permitidos marcar mais de uma alternativa nessa questão. **CONASS: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde; ***CONASEMS: Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde; ****CIR: Comissão de Intergestores Regional.

Em relação a forma encontrada de buscar orientações ao assumirem a função de gestores de saúde, constatou-se que a alternativa, através dos cursos promovidos pelo CONASS, CONASEMS, Estado e CIR, foi escolhida com um percentual de 30,8%, já, buscar por iniciativa própria teve um percentual de 50% enquanto que, buscar através de “outros” meios de orientação, foi escolhida com percentual de 19,2 %.

Tabela 5 - Filiação em partido político. Gestores de saúde na região Sul de Santa Catarina-2018.

É filiado a partido político?	n (%)
Sim, mesmo partido/coligação do prefeito	14 (60,9)
Não sou filiado a nenhum partido político	6 (26,1)
Sim, mas de partido/coligação diferente do prefeito	3 (13)
Total	23 (100)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total.

A despeito da interrogativa se o gestor era filiado a partido político, percebeu-se que 60,9% dos gestores, eram filiados ao partido ou coligação do prefeito, 26,1% não eram filiados a partidos políticos e somente 13 % eram filiados, entretanto em partido ou coligação diferente do prefeito.

Bloco B: Caracterização da AAE no município

Tabela 6 - Serviços de AAE no município, pertencente a região Sul de Santa Catarina-2018.

O município tem atenção ambulatorial especializada?	n (%)
Sim	16 (69,6)
Não	7 (30,4)
Total	23 (100)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem válida (%) em relação ao total.

Em referência ao questionamento, se o referido município possuía os serviços de AAE, verificou-se que do total, 16 (69,6%) dos gestores, assinalaram que dispunham ao menos alguns destes serviços, e 7(30%), responderam que não ofereciam este nível de atenção local.

Tabela 7 - Especialidades oferecidas nos municípios, pertencentes a região Sul de Santa Catarina-2018. (Continua)

Especialidades	n (%)
Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, ou outros profissionais de nível superior e médio	8 (44,4) *
Cirurgias ambulatoriais especializadas (cirurgias eletivas)	4 (22,2) *
Procedimentos traumato-ortopédico	2 (11,1) *
Ações especializadas em odontologia	5 (27,8) *
Exames de patologia clínica (laboratório)	14 (77,8) *
Citopatologia e anatomopatologia	6 (33,3) *
Radiodiagnóstico	7 (38,9) *
Exames ultrassonográficos	10 (55,6) *
Diagnose	2 (11,1) *
Fisioterapia	18 (100) *
Terapias especializadas	6 (33,3) *
Próteses e órteses	3 (16,7) *
Gastroenterologia	1 (5,6) *
Cardiologia/vascular	8 (44,4) *
Oftalmologia	4 (22,2) *
Ginecologia e obstetrícia	13 (72,2) *
Ortopedia	8 (44,4) *
Neurologia	4 (22,2) *
Dermatologia	7 (38,9) *
Endocrinologia	5 (27,8) *
Pneumologia	3 (16,7) *
Outras	5 (27,8) *
Psiquiatria	3 (75) **
Otorrinolaringologia	2 (50) **

Tabela 7 - Especialidades oferecidas nos municípios, pertencentes a região Sul de Santa Catarina-2018

	(conclusão)
Mastologia	1 (25) **
Pediatria	2 (50) **
Dermatologia por telemedicina	1 (25) **
Nutricionista	1 (25) **
Urologia	1 (25) **
Homeopatia	1 (25) **
Infectologia	1 (25) **

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem válida (%) em relação ao total. *O total calculado de cada alternativa relaciona-se ao n=18, com 05 valores omissos. **Dentro da alternativa “outras”, o total calculado de cada alternativa relaciona-se ao n=04, com 19 valores omissos, podendo novamente marcar mais de uma opção. Uma pessoa que assinalou a opção “outras”, não especificou as áreas, por isso no total de “outras” consta 05.

É importante notar que na pergunta que originou a tabela 7, do bloco B, foi apresentado aos entrevistados a lista com 21 especialidades referentes aos serviços de AAE. Também foi oportunizado complementar a resposta, no item “**outras**”, especificando as especialidades, caso estas não tivessem sido contempladas nas opções.

No que tange às especialidades, constatou-se que: Fisioterapia, foi assinalada por 18 (100%) dos respondentes, seguido por Exames de patologia clínica, com 14 (77,8%); Ginecologia e obstetrícia 13 (72,2%), Exames ultrassonográficos 10 (55,6%), Cardiologia/vascular, Ortopedia e Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, ou outros profissionais de nível superior e médio, 8 (44,4%). As demais opções assinaladas ficaram abaixo de 7, ou seja, com percentuais abaixo de 38,9%.

Quando abordados, se as especialidades atendiam as demandas da população do município. Verificou-se, o mesmo percentual, ou seja, 33,3% nas três opções dadas. Dos 23 entrevistados, apenas 18 responderam quanto às demandas, portanto foi considerado n=18.

É relevante esclarecer que dos seis (6) profissionais, que consideraram que as especialidades atendiam as demandas em partes, apenas três (03) complementaram a questão aberta, citando em quais especialidades isso acontecia. Por essa razão, o total calculado de cada alternativa relacionou-se ao n=03, com 03 valores omissos. Observou-se, que Ortopedia e Radiodiagnóstico foram as especialidades, enumeradas pelos três respondentes, seguidas por Cirurgias Ambulatoriais Especializadas (cirurgias eletivas), Procedimentos Traumatológico-Ortopédico, Fisioterapia, Gastroenterologia, Oftalmologia, Neurologia e Endocrinologia, enumeradas por dois(2),e por último, Procedimentos Especializados realizados por profissionais médicos, ou outros profissionais de nível superior e médio, Próteses e Órteses, Cardiologia/Vascular e Dermatologia, foram enumerados por apenas um (1),secretário de saúde.

Tabela 8 – Locais de encaminhamentos para atendimentos em especialidades atendidas em partes ou não atendidas, no município do gestor de saúde, pertencente à região Sul de Santa Catarina-2018.

Locais de encaminhamentos	n (%)
Criciúma	20 (87) *
Florianópolis	19 (82,6) *
Não são encaminhadas	0 (0) *
Araranguá	11 (47,8) *
Braço do Norte	1 (4,3) *
Dependendo do caso TFD** ou compra consórcio	1 (4,3) *
Joinville	4 (17,4) *
Blumenau	3 (13) *
Ficam na fila de espera	1 (4,3) *
Urussanga	1 (4,3) *
Içara	1 (4,3) *
Tubarão	7 (30,4) *
Meleiro	2 (8,7) *
Praia Grande	1 (4,3) *
Total	23 (100)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total. *Os profissionais eram permitidos marcar mais de uma alternativa nessa questão, assim sendo, o total calculado de cada alternativa relaciona-se ao n=23, com nenhum valor omissão, visto que todos os profissionais preencheram ao menos uma alternativa. Foram totalizadas 72 respostas assinaladas. **TFD: Transporte Fora do Domicílio

Apurou-se também, os locais para onde eram encaminhadas as demandas que o município não ofertava atendimento, ou o atendimento não era suficiente para suprir as necessidades da população. Criciúma e Florianópolis, foram as cidades com número maior de encaminhamentos, apresentando um percentual de 87%, e 82,6%, respectivamente, seguidos por Araranguá com 47,8% e Tubarão com 30,4%. As demais cidades, expressas na tabela, foram citadas por 1 a 4 respondentes, representando um percentual entre 4,3% a 17,3%. Ressalta-se ainda que, dois (2) dos gestores, acrescentaram na alternativa “**outras**”, que o encaminhamento dependia do caso “TFD” ou compra do consórcio, e outra forma era ficar na fila de espera, representando 4,3%, cada contribuição.

Tabela 9 - Forma de contratação das especialidades, atendidas em parte ou não atendidas pelo município, pertencente a região Sul de Santa Catarina-2018.

Forma de contratação	n (%)
Instituições privadas	5 (21,7) *
Convênio com serviços de saúde filantrópicos ou universitários.	5 (21,7) *
Consórcio e faz parte da regionalização em saúde	18 (78,3) *
Outro	7 (30,4) *
Total	23 (100)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total. *Os profissionais eram permitidos marcar mais de uma alternativa nessa questão, assim sendo, o total calculado de cada alternativa relaciona-se ao n=23, com nenhum valor omissos, visto que todos os profissionais preencheram ao menos uma alternativa. Foram totalizadas 35 respostas assinaladas.

Acerca da forma pela qual o município contrata os procedimentos das especialidades que não são atendidas ou atendidas em parte, constatou-se que 78,3% dos entrevistados, contratam através do consórcio, por outro lado, convênio com serviços de saúde filantrópicos ou universitários, bem como, instituições privadas, são contratadas por 21,7%, cada.

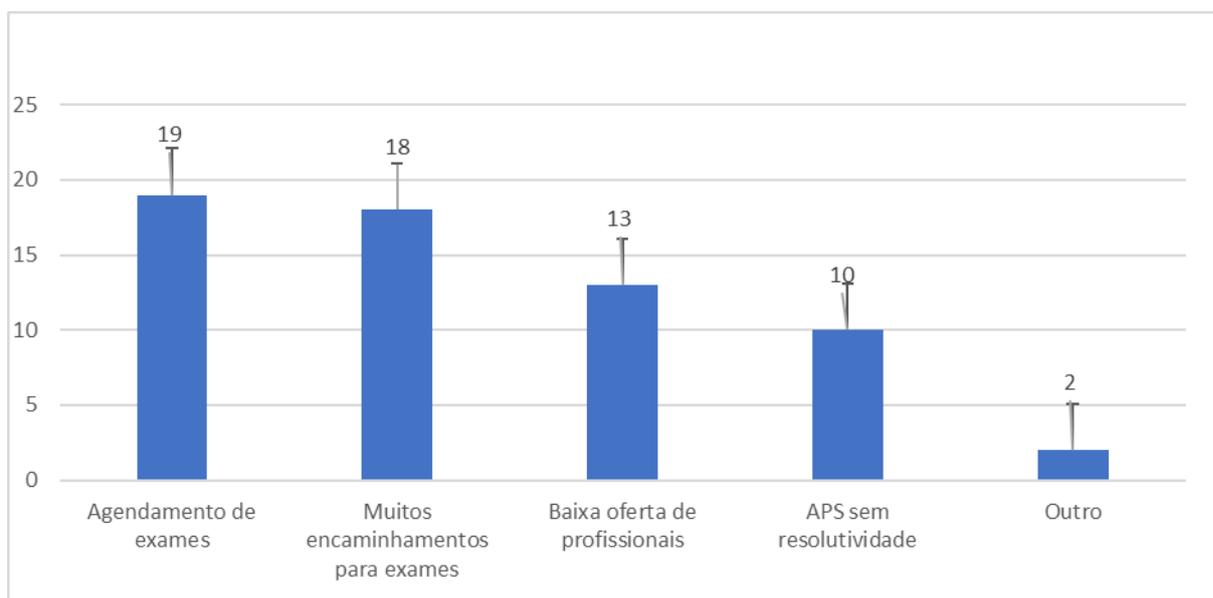


Gráfico 4 - Maior dificuldade na AAE na região Sul de Santa Catarina-2018.

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Frequência absoluta em relação ao total de gestores, n=23. *Os profissionais eram permitidos marcar mais de uma alternativa nessa questão, visto que todos os profissionais preencheram ao menos uma alternativa.

Acerca da maior dificuldade referente a AAE (Gráfico 4), 19 (82,6%), foi atribuído ao agendamento de exames, 18(78,3%) a muitos encaminhamentos para exames, 13 (56,5%) a baixa oferta de profissionais, 10 (43,5%), a baixa resolutividade na APS, e 2(8,7)

na opção “**outro**” acrescentaram, rotatividade de especialistas e dificuldade na formação de profissionais, bem como, fragilidade na rede de atenção.

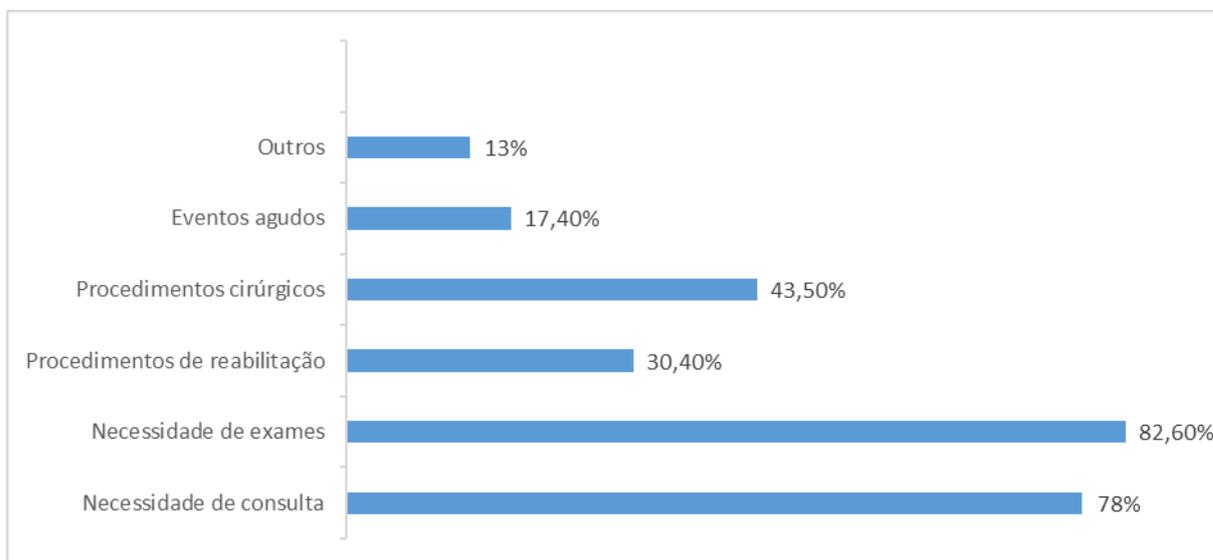


Gráfico 5 - Motivos da lista de espera por atendimento, nas regiões de saúde do Sul de Santa Catarina-2018.

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total. *Os profissionais eram permitidos marcar mais de uma alternativa nessa questão, assim sendo, o total calculado de cada alternativa relaciona-se ao n=23, com nenhum valor omissos, visto que todos os profissionais preencheram ao menos uma alternativa. Totalizando n=42.

Dos casos que atualmente aguardam atendimento, gerando lista de espera, 19(82,6%) foi atribuído a necessidade de exames, seguidos por 18 (78,3%) a necessidade de consulta, 10 (43,5%) a procedimentos cirúrgicos, 7 (30,4%) a procedimentos de reabilitação, 4 (17,4%) a eventos agudos e 3(13%), atribuíram a alternativa “outros”. Nessa alternativa, consideraram que essas filas são também geradas pela falta de profissionais credenciados e prestadores de serviços, assim como, pela falta de comprometimento dos profissionais médicos na Atenção Básica.

Tabela 10 - AAE na sua região de saúde, é considerada o entrave (gargalo) no SUS. Santa Catarina-2018

Motivos da AAE** ser considerada o entrave no SUS***	n (%)
A população ir direto ao especialista, porque não encontra solução na atenção básica;	10 (43,5) *
Os interesses econômicos do complexo industrial médico farmacêutico existente, com empresas de caráter multinacional com monopólios, que ofertam os serviços especializados;	8 (34,8) *
Fragmentação no atendimento e o paciente fica perdido;	7 (30,4) *
Sistema de regulação é deficiente;	12 (52,2) *
Inexistência de governança nos níveis federais, estaduais e municipais;	9 (39,1) *
A afirmativa não é verdadeira, AAE atende as necessidades da população no meu município;	0 (0) *
Total	23 (100)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total. *Os profissionais eram permitidos marcar mais de uma alternativa nessa questão, assim sendo, o total calculado de cada alternativa relaciona-se ao n=23, com nenhum valor omissos, visto que todos os profissionais preencheram ao menos uma alternativa. Totalizando 46 respostas assinaladas.

Em referência a afirmativa de a AAE ser considerada o entrave (gargalo) no SUS, as alternativas consideradas como responsáveis por esse processo foram: o sistema de regulação ser deficiente, foi assinalada com 12 vezes (52,2%) já, a população ir direto ao especialista, 10 (43,5%), a inexistência de governança nos níveis federais, estaduais e municipais, 9(39,1%), os interesses econômicos e monopólios dos serviços especializados, 8(34,8%), seguidos por 7 vezes (30,4%), atribuírem essa situação à fragmentação no atendimento ao paciente. Nenhum respondente apontou a alternativa que referia não ser verdadeiro, considerar em seu município a AAE como gargalo do SUS, também é relevante considerar nos resultados, em virtude da importância, pois embora essa questão, não oferecesse a opção “outro”, um (1) secretário, além de assinalar as alternativas propostas, acrescentou falta de promoção e prevenção.

Bloco C: Governança na AAE/ Antecedentes

É significativo destacar que nas questões que originaram o quadro 6, representado no Bloco C, referem-se à percepção dos secretários de saúde em relação aos componentes que constituem os elementos necessários para a decisão ou não pela formação da governança colaborativa. Os componentes considerados foram: elementos políticos, jurídicos e socioeconômicos; interdependência; riscos e parceiros.

Quadro 6 - Percepção gestores municipais de saúde, sobre governança na AAE/Antecedentes, na região Sul de Santa Catarina, 2018.

Elemento de Governança	Questionamentos	Sim		Não		Total	
		n	%	n	%	n	%
Antecedentes	Existe interdependência de recursos financeiros entre os municípios que fazem parte das regiões de saúde?	13	56,5	10	43,5	23	100
	O município tem/teve liberdade de escolher os municípios parceiros para a regionalização da saúde?	14	63,6	8	36,4	22	100
	Existem compartilhamento de riscos entre os municípios da região de saúde?	15	68,2	7	31,8	22	100
	Existe confiança entre os membros, entendimento, consenso, objetivos comuns para compartilhar desafios?	20	87,0	3	13,0	23	100
	Considerar elementos políticos, ambientais e socioeconômicos para organizar o trabalho na AAE* por macrorregião é de fundamental importância?	22	95,7	1	4,3	23	100
	As parcerias entre os municípios muitas vezes dificultam alcançar os objetivos pela divisão de recursos?	8	34,8	15	65,2	23	100
	Há conhecimento da história prévia e/ou discussão de conflitos preexistentes dos participantes, para chegar ao compartilhamento de desafios?	17	77,3	5	22,7	22	100

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total. *O total considerado para algumas alternativas foi n=22, ou seja, uma pessoa não respondeu, portanto um (1) valor omissos.

Apurou-se os seguintes resultados: 13(56,5%) dos gestores assinalaram que “sim”, existia participação e interdependência de recursos financeiros entre os municípios, 10 (43,5%), assinalaram que não havia essa interdependência financeira entre os municípios. A colocação se o município tem/teve liberdade de escolher os municípios parceiros para a regionalização da saúde, 14(63,6%) afirmaram “sim”; e quanto ao compartilhamento de riscos entre os municípios da região de saúde, 15 (68,2%).

Ainda quanto a existência de confiança entre os membros, obteve-se 20(87,0%); assim como, quanto ao considerar os elementos políticos, ambientais e sociais importantes

para organizar o trabalho na AAE, 22(95,7%); quanto as parcerias entre os municípios dificultarem alcançar os objetivos 15(65,2%) não concordam com a afirmativa e quanto ao conhecimento da história prévia dos parceiros, 17(77,3). Esse percentual foi calculado de um total de 22 respostas.

Diante da análise desses resultados em relação a percepção dos gestores quanto a presença dos elementos antecedentes, ou seja, os influenciadores para decisão de formar ou não uma rede colaborativa, obteve-se a média total de 73,4 %.

Bloco D: Governança na AAE/Contratual

Acerca das interrogativas, sobre a percepção dos gestores sobre governança contratual na AAE em seu município, conforme o quadro 7, apurou-se que o percentual de 34,8% de respondentes, marcaram a alternativa “sim”, que existe esses contratos e que estabelecem comunicação, divisão de responsabilidades e mecanismos de controle de resultados. Todavia 26,1%, afirmam que esses contratos existem, mas não são eficientes na totalidade. Os demais 39,1% marcaram que não tem esses contratos.

Em referência a estruturas de coordenação e existência de um líder que concentra coordenação, objetivos e decisões, representados neste mesmo quadro, observou-se que do total de gestores 47,8% afirmam que identificam essa liderança, já 8,7% assinalaram “não”, 4,3% marcaram “sim”, mas algumas das opiniões dos gestores não são ouvidas e 39,1% marcaram que não tem esse líder, essas ações são decididas em conjunto nas CIRs. No entanto, nenhum gestor assinalou a alternativa onde referia: “Não. Essas ações estão atreladas ao prefeito, limitando ações dos secretários”.

Quanto acontecer reuniões periódicas, ou interações informais frequentes que discutem aspectos econômicos, forma de gestão, compartilhamento na execução dos planos e tomada de decisões, 73,9% responderam “sim”, o restante 26,1% responderam sim, mas enfrenta dificuldades na execução dos planos. As demais alternativas, não foram assinaladas.

Quadro 7 - Percepção dos secretários municipais de saúde, com assentos nas CIRs, sobre governança na AAE/Contratual, da região Sul de Santa Catarina, 2018.

Elementos da Governança Contratual	Sim	Não	Sim ineficiente	Sim algumas opiniões não são ouvidas	Sim dificuldades execução de planos	Não decisões na CIR
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Existem contratos? (estrutura de coordenação, responsáveis e aferição de resultados?)	8 (34,8)	9 (39,1)	6 (26,1)	*	*	*
Tem um líder? (concentra objetivos e/ou decisões?)	11 (47,8)	2 (8,7)	*	1 (4,3)	*	9 (39,1)
Fazem reuniões? (discussão de aspecto econômico, gestão, execução e toma da decisão?)	17 (73,9)	0 (0)	*	*	6 (26,1)	*

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total, n=23.

Perante a análise dos resultados desse bloco, chegou-se a uma média de 35,5%, quanto a percepção dos elementos da governança contratual, nessas regiões estudadas.

Bloco E: Governança na AAE/Processual

Neste bloco são apresentados os resultados sobre os processos estabelecidos na governança na AAE, na visão dos gestores municipais.

Tabela 11 - Administração/Gestão de Conflitos/Tomada de Decisão-Gestores da região Sul de Santa Catarina, 2018.

Estabelecimento de protocolos	n (%)
Sim	9 (39,1)
Não	3 (13)
Não, ainda não está definido	3 (13)
Sim, mas esse domínio fica a cargo da parte técnica	8 (34,8)
Total	23 (100)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total, n=23.

Do total de gestores respondentes, apurou-se os seguintes resultados: 9 (39,1%) assinalaram que “sim”, concordando com a interrogação. Já, 3(13%) assinalaram “não”, referindo-se que desconheciam a existência destes protocolos; com o mesmo percentual optaram pelo “não e que esses protocolos ainda não estavam definidos e 8(34,8%), indicaram que existiam os protocolos, mas o domínio dos mesmos ficava a cargo da parte técnica.

Tabela 12 - Liderança (não o gestor), nas regiões de saúde da região Sul de Santa Catarina, 2018.

Identificação de liderança	n (%)
Sim, identifico com clareza	9 (39,1)
Não identifico	3 (13)
Precisamos fortalecer esses processos de lideranças	11 (47,8)
Total	23 (100)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total, n=23.

A despeito da percepção de uma liderança no meio, que pode ser indivíduo e/ou organização, responsável pelas articulações entre política e sociedade, criando ambiente colaborativo de governança na AAE, verificou-se que 9(39,1%), assinalaram “sim”, identificavam com clareza; 3(13%) não identificavam e 11 gestores, com maior percentual 47,8%, optaram pela alternativa que referia ser preciso fortalecer esses processos de lideranças.

Tabela 13 - Prestação de Contas, nas regiões de saúde - região Sul de Santa Catarina, 2018.

Existência de indicadores	n (%)
Sim, existem indicadores, mas são de difícil compreensão e relação	16 (69,6)
Não existem indicadores	2 (8,7)
Sim, existem indicadores e domínio deles	5 (21,7)
Total	23 (100)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total, n=23.

Quanto à interrogativa sobre a existência de indicadores e sobre o domínio na compreensão deles, facilitando a aferição do desempenho da AAE, a grande maioria dos secretários, 9 (69,6%), afirmaram “sim”, haviam indicadores, contudo eram de difícil compreensão e relação; 2(8,7%) afirmaram que não existiam os indicadores e somente 5 secretários, representando 21,7% optaram pela alternativa “sim, existe indicadores e domínio deles.”

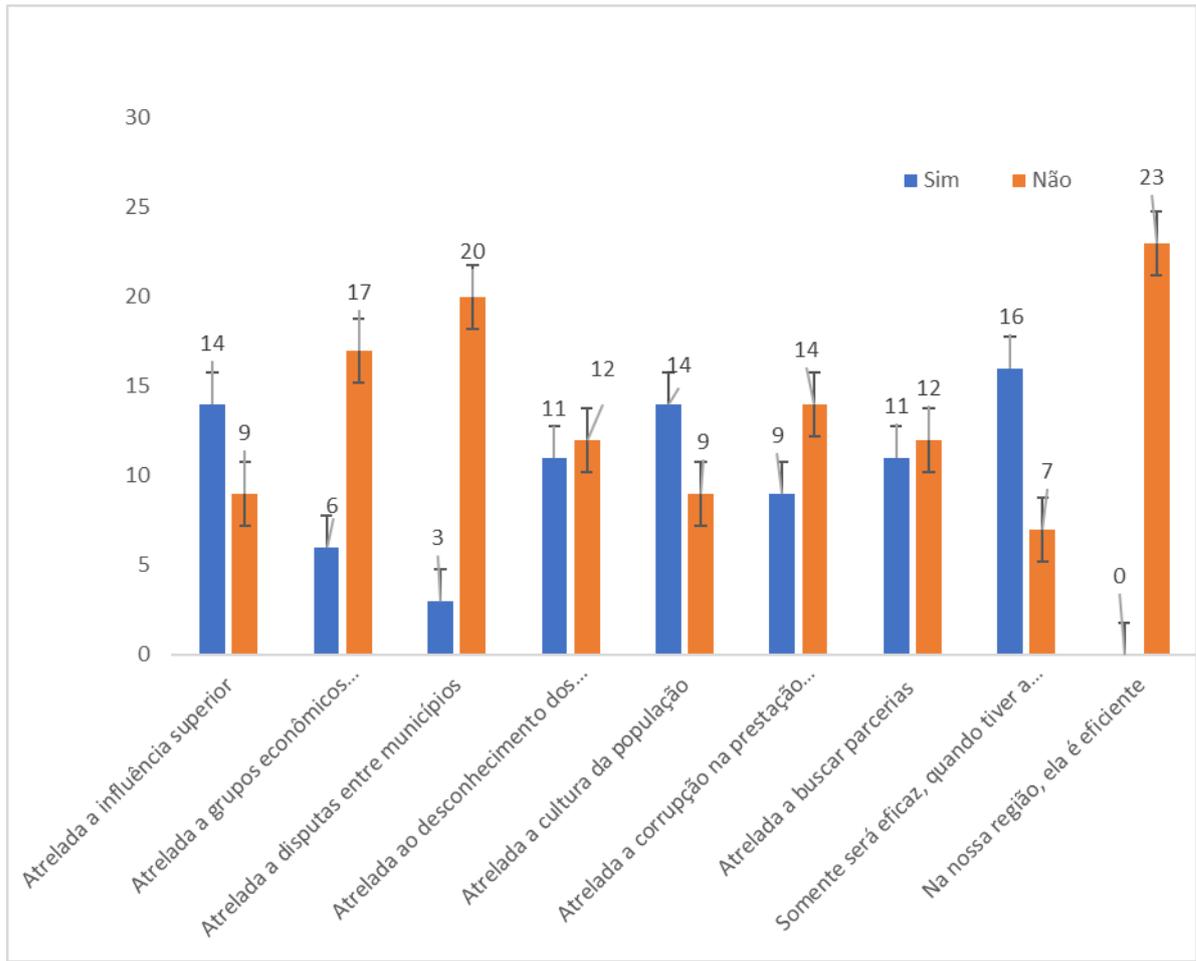


Gráfico 6 - Desempenho da efetividade dos processos na AAE, nas regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018.

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total. * Os respondentes eram permitidos marcar mais de uma alternativa nessa questão, assim sendo, o total calculado de cada alternativa relaciona-se ao n=23. Totalizando 84 respostas.

É importante notar que neste gráfico, foram apresentados aos profissionais nove (9) opções, a respeito da efetividade dos processos na AAE. Constatou-se que a alternativa que foi escolhida com maioria, 16 vezes, com um percentual de 69,9%, foi a que presumia que somente AAE, seria eficaz quando tivesse acessibilidade, compatibilidade e abrangência em todo o sistema. Com 14 vezes, representando um percentual de 60,9%, foram as que consideravam, o desempenho estar atrelado a influência de estância superior (estadual/federal), bem como, a cultura da população. Enquanto, a alternativa, estar atrelado na busca de parcerias, e desconhecimento dos profissionais de saúde (médicos), apresentaram o mesmo percentual de escolha, 11 vezes (47,8%). As demais alternativas foram menos consideradas. Entretanto, a alternativa disputas entre os municípios, foi a que apresentou menor percentual (13%), de influência no desempenho da efetividade da AAE. Constatou-se

também, que nenhum secretário de saúde respondente, considerou a AAE, ser eficiente em sua região de saúde.

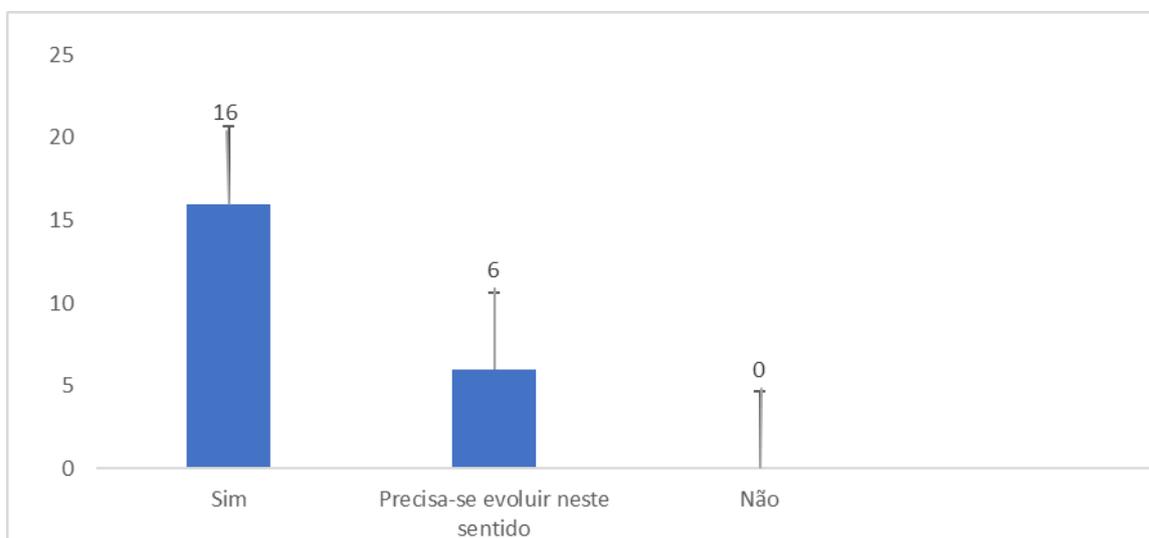


Gráfico 7 - Percepção de legitimidade nas CIRs. das regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018.

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total n=22. Um (1) participante não respondeu o questionamento.

Do total de entrevistados nessa interrogativa, em relação a percepção de colaboração, a serviço de um único propósito e visão, assim como uma identidade coletiva entre os membros destes colegiados, foi possível observar que a grande maioria, 16 (72,7%), optaram pelo “sim”, ou seja, para eles essa conexão era perceptível; 06(27,3%) restante, assinalaram que precisava-se evoluir nesse sentido e nenhum respondente assinalou a alternativa “não”.

Tabela 14 – Prejuízos em consequência das relações entre os gestores nas regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018.

O seu município sofreu prejuízos, em relação aos vínculos estabelecidos com os outros municípios?	n (%)
Sim	4 (18,2)
Não	15 (68,2)
Sim, algumas vezes, devido à falta de valores e espírito de equipe	3 (13,6)
Total	22 (100)

Fonte: dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total, n=22, assim sendo um valor omissos.

Acerca do questionamento se o município já teria sido prejudicado em consequência aos vínculos estabelecidos, de confiança, justiça, comportamento de gestores

e/ou estrutura, em relação a outros municípios componentes do referido colegiado, observou-se que: 15 representando 68,2% dos gestores responderam, não, ou seja, não se sentiram prejudicados, porém 4(18,2) sentiram-se prejudicados e 3(13,6) sentiram-se prejudicados e algumas vezes, devido à falta de espírito de equipe.

Tabela 15 - Interação/Confiança em relação à opinião expressa dos gestores, das regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018.

Na CIR considera a sua opinião ouvida?	n (%)
Sim, sempre	12 (52,2)
Não é rotina, levar em consideração a minha opinião	2 (8,7)
Nem sempre é considerada, depende de outros interesses políticos	9 (39,1)
Total	23 (100)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total, n=23.

No que tange ao questionamento sobre sentir-se na prática ouvido e que suas opiniões a respeito do coletivo eram consideradas, mesmo sendo município de pequeno porte, apurou-se um percentual de 52,2% de gestores, que sinalizaram a alternativa: “sim, sempre”; já, 39,1% perceberam que nem sempre suas opiniões eram consideradas e que dependia de interesses políticos e com menor percentual, 8,7% dos gestores de saúde, percebiam que não era rotina, suas opiniões serem levadas em consideração.

Tabela 16 - Controle e Aferição, nas regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018.

Instâncias internas nos municípios	n (%)
Eles ainda estão focados somente na legalidade;	6 (27,3)
Além da legalidade e economicidade, eles também verificam a execução;	8 (36,4)
Além da legalidade, economicidade e execução, eles também verificam a eficiência;	7 (31,8)
Além de legalidade, economicidade, execução, eficiência e eficácia, eles também verificam a efetividade;	8 (36,4)
Sua organização na AAE, serve de exemplo para as demais, no sentido de governança;	2 (9,1)
Total	22 (100)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total, n=22. Com um valor omissso.

Em relação às instâncias internas (controles internos, corregedorias, ouvidorias, comissões e comitês), na AAE de cada município, identificou-se o mesmo percentual, ou seja 36,4%, para as afirmativas: “além da legalidade e economicidade, eles também verificam a execução” e “além de legalidade, economicidade, execução, eficiência e eficácia, eles também verificam a efetividade; já para a afirmativa: “além da legalidade, economicidade e execução, eles também verificam a eficiência”, foi de 31,8%, e a alternativa: “eles ainda estão focados somente na legalidade”, um percentual de 27,3%. No entanto, no sentido de governança somente 9,1% julgam que a organização na AAE no seu município serve de exemplo para as demais.

Considerando os percentuais dos processos analisados, apurou-se: administração 73,9% (tab.11); liderança 86,9% (tab. 12); legitimidade 100% (gráfico 7); confiança 53,2% (tab. 14 e tab. 15) e controle e aferição 36,9% (tab. 13 e tab. 16). A média da presença dos elementos principais da governança processual é 70,2%.

Princípios / Governança Relacional

Em relação aos princípios e a governança relacional, tem que se considerar que ela se manifesta nas relações diárias, nem sempre perceptível e de difícil quantificação, porém através da análise de um conjunto de respostas referentes aos blocos C, D, E, é possível inferir uma percepção com base na seleção de alguns tópicos presentes que traduzem essas relações.

Quadro 8- Percepção dos gestores em relação aos princípios da governança colaborativa, nas regiões de saúde Sul de Santa Catarina-2018. (Continua)

Princípios	Tópicos analisados	Valor %	Média %
Interdependência	Interdependência de recursos financeiros	56,5	54,6
	Compartilhamento de recursos	68,2	
	Protocolos estabelecidos	39,1	
Convergência de Objetivos	Compartilhamento de recursos não dificultam alcançar objetivos.	65,2	66,0
	Existência de confiança entre os membros do colegiado.	87,0	
	Protocolos estabelecidos.	39,1	
	Identidade coletiva.	72,7	
Autonomia	Conhecimento da história prévia.	77,3	62,0
	Contratos eficientes.	34,8	
	Reuniões periódicas de discussão e tomadas de decisão.	73,9	

Quadro 8- Percepção dos gestores em relação aos princípios da governança colaborativa, nas regiões de saúde Sul de Santa Catarina-2018. **(conclusão)**

Reciprocidade	Municípios sem prejuízos pelas relações estabelecidas no colegiado.	68,2	60,2
	Opinião do gestor considerada na CIR	52,2	
Média Total	-	-	60,7

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para o cálculo da média de cada princípio, expressos no quadro 8 abaixo, foi considerado os percentuais dos seguintes itens: interdependência **C1**(56,5%); **C3**(68,2%); **E1**(39,1%), para convergência de objetivos os itens **C6** (65,2); **C4** (87,0); **E1**(39,1%); **E5**(72,7%), para consciência de autonomia os itens **C7** (77,3%); **D1**(34,8%); **D3**(73,9%) e o princípio reciprocidade/confiança os itens **E6**(68,2%); **E7**(52,2%). De posse desses valores obteve-se respectivamente as médias consideradas parciais de: 54,6%, 66,0%, 62,0% e 60,2%. Considera-se então, que o valor da média total de presença dos princípios nestas regiões de saúde, é de 60,7%, aproximadamente 61%.

Quadro 9 - Percepção dos elementos da Governança Relacional nas regiões de saúde - Sul de Santa Catarina-2018.

Governança Relacional Elementos	Tópicos considerados	Valor %	Média %
Identidade / Entendimentos	Identidade coletiva	72,7	72,7
Contratos psicológicos	Conhecimento da história prévia Municípios sem prejuízos nas relações estabelecidas no colegiado. Opinião do gestor considerada na CIR..	77,3 68,2 52,2	65,9
Visão Coletiva	Interdependência de recursos financeiros Compartilhamento de recursos Conhecimento da história prévia.	56,5 68,2 77,3	67,3
Sentimento de justiça	Existência de confiança entre os membros do colegiado. Importância dos elementos do contexto, para organização da AAE. Identidade coletiva. Municípios sem prejuízos nas relações estabelecidas no colegiado. Opinião do gestor considerada na CIR.	87,0 95,7 72,7 68,2 52,2	75,2
Ambiente seguro	Contratos eficientes. Protocolos estabelecidos. Identificação de liderança (não gestor).	34,8 39,1 39,1	37,6
Média Total	-	-	63,7

Fonte: Elaborado pelo autor

A despeito da percepção dos elementos da governança relacional, considerou-se assim como para a percepção da presença dos princípios, a média dos resultados com base na seleção dos principais tópicos presentes no questionário que traduziam essas relações. Foram considerados os percentuais encontrados dos seguintes itens: quanto a identidade da rede, E5 (72,7%), contratos psicológicos, C7(77,3%), E6(68,2%) e E7(52,2%), visão coletiva C1 (56,5%) C3(68,2%) e C7(77,3%), sentimento de justiça/pertencimento C4(87,0%), C5 (95,7%), E5(72,7%), E6(68,2%), E7(52,2%), ambiente seguro D1(43,8%), E1(39,1%) e E2(39,1).

Portanto, a média correspondente à cada tópico analisado foi: identidade da rede um percentual de 72,7%; contratos psicológicos, 65,9%; visão coletiva 67,3%; sentimento de justiça / pertencimento 75,2%, e ambiente seguro, um percentual de 37,6%. Totalizando 63,7 %, ou seja, aproximadamente 64%, dos elementos principais de governança relacional são percebidos pelos gestores participantes.

Bloco F: Conceitos e Posicionamentos

Tabela 17 - Conceito de governança na visão dos gestores das regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018.

Significado do termo governança	n (%)
Define o direcionamento estratégico da organização por meio de conselhos formados, com representantes das diversas partes interessadas nas atividades e nos serviços prestados pela organização pública	12 (52,2)
Tem a função de executar os planos aprovados de forma a entregar os resultados definidos	6 (26,1)
Ainda não tenho um conceito claro e definido	5 (21,7)
Total	23 (100)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total, n=23.

Em referência, ao significado de governança para os gestores de saúde, obteve-se os seguintes resultados: a alternativa que considerava a governança, responsável pela definição do direcionamento estratégico da organização por meio de conselhos formados, com representantes das diversas partes interessadas nas atividades e nos serviços prestados pela organização pública”, obteve 52,2%; a segunda alternativa que considerava a governança como responsável de executar os planos aprovados de forma a entregar os resultados

definidos, obteve 26,1% e 21,7% a alternativa que referia que eles não tinham um conceito claro e definido.

Tabela 18 - Posicionamento sobre governança na AAE. nas regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018.

Alternativas de governança na AAE	n (%)
Governança em rede (colaborativo);	6 (20)
Seguir o modelo de governança de empresas privadas;	0 (0)
Mudança no posicionamento e atitudes dos representantes do Estado;	4 (13,3)
Gestores serem capacitados para trabalhar no coletivo, sem a forte burocratização e politização em algumas instâncias governamentais;	15 (50)
É responsabilidade do Estado a situação atual, portanto ele deve articular para encontrar a solução;	5 (16,7)
Não percebo alternativas para a AAE;	0 (0)
Total	30 (100)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total de alternativas consideradas. n=30.Os participantes poderiam escolher mais de uma alternativa se considerassem pertinente.

Constatou-se também, que ao serem questionados, se percebiam alternativas na governança da AAE, as afirmativas consideradas foram: Gestores serem capacitados para trabalhar no coletivo, sem a forte burocratização e politização em algumas instâncias governamentais, com 50%; a Governança em rede (colaborativo) com 20%; é responsabilidade do Estado a situação atual, portanto ele deve articular para encontrar a solução, com 16,7% e mudança no posicionamento e atitudes dos representantes do Estado com 13,3%. É pertinente destacar, que nenhum dos respondentes assinalaram a opção, que referia não perceber alternativas para a AAE, no contexto estadual e municipal, neste momento.

Tabela 19 - Posicionamento sobre ambiente colaborativo nas regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018. (Continua)

Estabelecimento de um ambiente colaborativo	n (%)
Facilitaria para o Estado entregar bens e serviços.	4 (15,4)
Não modificaria o resultado, passando a zona de poder para outros grupos.	1 (3,8)

Tabela 19 - Posicionamento sobre ambiente colaborativo nas regiões de saúde- região Sul de Santa Catarina, 2018. **(conclusão)**

Políticos assumiriam este espaço para promoção de agendas individuais e partidárias.	0 (0)
Encontraria entraves e dificuldades nas articulações e cooperação entre os atores políticos, sociais e institucionais.	3 (11,5)
Necessitaria mais embasamento teórico e conhecimento por parte dos gestores e da sociedade civil para efetivação de governança colaborativa.	17 (65,4)
Não percebo solução para AAE, no contexto estadual e municipal, neste momento.	1 (3,8)
Total	26 (100)

Fonte: Dados fornecidos através do questionário. Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total. Os profissionais eram permitidos marcar mais de uma alternativa nessa questão, assim sendo, o total calculado de cada alternativa relaciona-se ao n=26, respostas assinaladas, com nenhum valor omissos, visto que todos os profissionais preencheram ao menos uma alternativa.

Em referência ao posicionamento dos gestores, quanto ao estabelecimento de um ambiente colaborativo na AAE, envolvendo a sociedade civil e democratizando a relação governo/cidadão, obteve-se: a alternativa que considerava ser necessário mais embasamento teórico e conhecimento por parte dos gestores e da sociedade civil para efetivação de governança colaborativa foi escolhida 17 vezes, representando um percentual de 65,4%; a alternativa que considerava o ambiente colaborativo como facilitador para o Estado entregar bens e serviços foi escolhida com 15,4% ; já a alternativa que considerava que esse ambiente colaborativo encontraria entraves e dificuldades nas articulações e cooperação entre o meio político, social e institucional, foi considerada com um percentual de 11,5%, entretanto as alternativas, que referiram que este ambiente colaborativo não modificaria o resultado, passando a zona de poder para outros grupos e a que não percebiam solução para AAE, no contexto estadual e municipal, foram sinalizadas igualmente com percentual de 3,8%.

Quadro 10- Realizações positivas na AAE. (Questão aberta).

Realizações importantes nos municípios
Participação nas reuniões da CIR;
Envio de técnicos para participarem das discussões das câmaras técnicas;
Participação de cursos;
Possuir serviço próprio para não depender da rede e do TFD;
Execução das atividades de forma integrada e participativa com todos os membros da equipe;
Profissionais capacitados e sempre atualizados com a gestão;

Fonte: Dados fornecidos através do questionário (Questão aberta).

Quanto a questão aberta, onde os respondentes tinham a liberdade de explicar o que era realizado em seu município e que contribuía positivamente na governança da AAE, somente 4(17,4%) dos secretários de saúde, expressaram suas realizações. Dentre as contribuições, a participação em cursos e câmaras técnicas, com capacitação e atualização dos profissionais, prevaleceram como realizações importantes, também foi citado, execução das atividades de forma integrada e participativa com todos os membros da equipe, participar nas reuniões da CIRs e possuir serviço próprio de transporte, sem depender do Transporte fora do Domicílio (TFD).

Bloco G: Contribuições/críticas/ ênfases

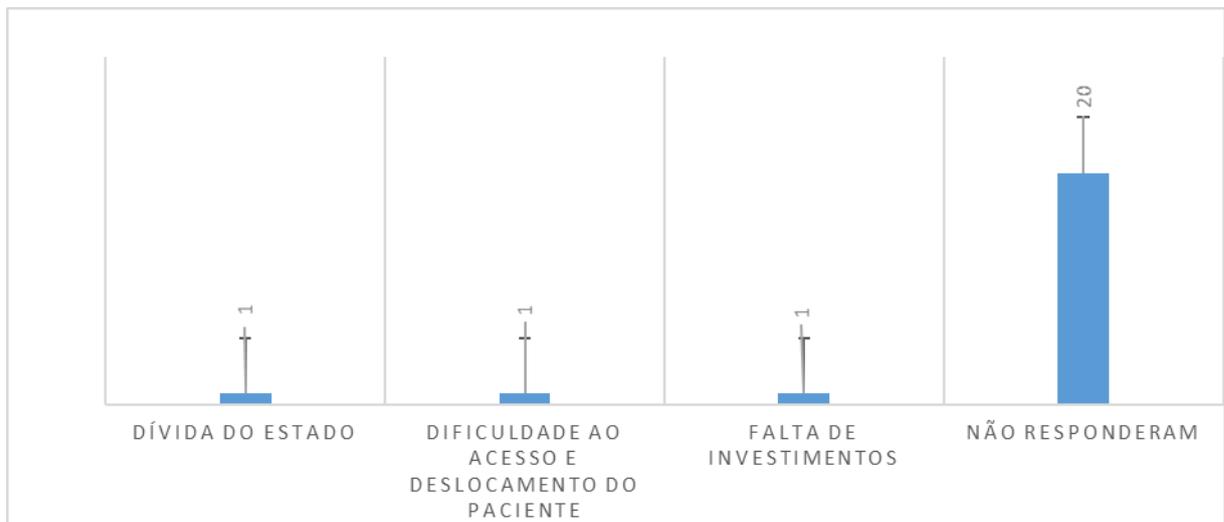


Gráfico 8 - Questão aberta quanto a contribuição, crítica ou ênfase a itens não contemplados no questionário e considerados relevantes para a governança da AAE nas regiões de saúde - região Sul de Santa Catarina, 2018.

Fonte: Dados fornecidos através do questionário n=23.

As considerações dos gestores, no último item do questionário, quanto ao desejo de acrescentar contribuição, crítica ou ênfase a itens não contemplados no questionário e que fossem considerados relevantes para a governança na AAE, do total de gestores participantes apenas três (3) responderam. Vale destacar as contribuições: o primeiro secretário, fez as seguintes colocações: dívida do Estado e ortopedia do hospital São José; o segundo, encaminhamento dos serviços à Florianópolis dificulta o acesso ao deslocamento do paciente, do mesmo modo, falta recursos de outras instâncias, bem como, o Estado deveria promover a pactuação dos serviços da AAE na região com busca ativa para oferta dos serviços, e o terceiro colocou, que os recursos repassados com responsabilidade e em tempo real possibilitaria complementar os serviços, pois infelizmente hoje estão por conta absoluta dos municípios.

6 DISCUSSÃO

Bloco A: Caracterização do Perfil dos Gestores de Saúde da Região Sul de Santa Catarina

É importante relembrar que caracterizar o perfil dos gestores municipais de saúde da região Sul de Santa Catarina, foi um dos objetivos estabelecidos nesta dissertação e que essas informações contribuem para conhecer os atores que constituem as CIRs, em virtude do papel desempenhado por estes, nos colegiados.

A despeito dos resultados apresentados em relação a faixa etária, observou-se que quando esses dados foram comparados aos resultados obtidos por Franco (2011), realizados na população de gestores (secretários municipais de saúde) que faziam parte também da AMREC(SC), foi possível observar que os resultados embora similares, apresentaram algumas diferenças. Não foi observado na época, nenhum profissional na faixa de 19 a 29 anos, assim como 50% da população estudada encontravam-se na faixa entre 40 a 49 anos. Ressalta-se que o estudo em questão, foi realizado pela área de Gestão Empresarial.

Esse comparativo é importante no sentido de que, num intervalo de apenas uma (1) gestão, percebe-se uma distribuição maior entre as faixas etárias, contudo a faixa de idade entre 40 a 49 anos, continua sendo predominante, mesmo tendo diminuído o percentual em torno de 15%. Constatou-se ainda que ao somarmos os percentuais das duas faixas etárias prevalentes, mais o valor de 8,7% da faixa entre 20 a 29 anos, obteve-se um total de 73,9%. Esse resultado permite considerar que em relação as faixas de idades restantes, a maioria dos gestores são jovens, corroborando com a afirmativa de Barbosa (2016), no estudo com gestores de saúde do estado do Tocantins.

O estudo do autor supracitado, pautado no pressuposto que a instituição de saúde deve conhecer o perfil dos gestores para traçar estratégias que buscam a qualidade dos serviços, mostrou que a maioria dos gestores da referida pesquisa, estavam na faixa entre 36 a 40 anos, sendo assim afirmou que o quadro dos gestores era composto majoritariamente por adultos jovens.

Nessa perspectiva, permite-se então inferir que o quadro de gestores, do Sul de Santa Catarina, também é composto majoritariamente por adultos jovens.

Em relação ao sexo, identificou-se que a maioria dos respondentes, eram do sexo feminino, representando um percentual de 65,2% do total de participantes. Os resultados apresentados por Barbosa (2016) reforçam esse achado, com 60% dos secretários do sexo

feminino. Estes dados sugerem, que a presença feminina tem se feito presente em muitas instituições, desempenhando cargos de responsabilidade e decisões. Todavia há de se considerar que essa presença feminina vem a pouco tempo sendo observada, haja visto que o estudo realizado por Franco (2011), com uma parte desta mesma população Sul Catarinense, constatou que os homens estavam em maioria como gestores de saúde, com 66,7%.

A gestão do SUS é complexa. Ela é vista como um processo transpassado por influências políticas tanto locais, estaduais e federais, exigindo cada vez mais gestores com competências e outros atributos que o grau de instrução, embora não sendo em algumas vezes determinante, contudo desempenha a função de agente formador e facilitador no desenvolvimento e apropriação de habilidades, que influenciam nas relações de poder e tomadas de decisões nas práticas de saúde. Boniatti (2012), refere que a consolidação do SUS, está fortemente ligada ao perfil dos atores que assumem e conduzem as diversas instâncias do governo.

É crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (OPPAS, 2002; COTTA *et al.*, 2004).

Nesse sentido, os resultados da pesquisa indicam que 17,4% dos gestores, tinham somente ensino médio completo, porém a grande maioria dos gestores eram graduados. É importante ainda considerar, que 17,4% eram pós-graduados a nível de especialização e 8,7% eram mestres. No estudo de Franco (2011), observou-se que na região Carbonífera de Santa Catarina, não haviam gestores somente com ensino médio, além disso, apresentava também, um (1) gestor com doutorado.

Nessa perspectiva, dos 47,8% gestores Sul Catarinenses, como pode ser observado no gráfico 02, os cursos de graduação informado pelos respondentes, considerando como último grau de instrução foram: enfermagem, curso com maior percentual (27,3%), seguido por farmácia-bioquímica (18,2%) e os demais cursos com apenas 9,1% cada. Verifica-se com esses dados que a maioria dos cursos de graduação estão relacionados com a área da saúde, com exceção dos cursos de letras, direito e administração. Cabe fazer uma ressalva, quanto ao curso de administração e direito, porque embora não façam parte da área da saúde, os mesmos são importantes no processo administrativo. Apurou-se ainda que nesse grupo gestor, as especializações eram na área de Auditoria/Controladoria e Gestão Pública, bem como o mestrado era 100% em Saúde Coletiva, até mesmo o que estava para ser concluído.

Destaca-se nesta análise como fator positivo, o fato dos profissionais com especialização e mestrado serem relacionados com a área da saúde, mesmo tendo dois (02) secretários que não especificaram a área de formação na pós-graduação/especialização. Por outro lado, essa constatação nem sempre acontece, André e Ciampone (2007), argumentam que muitas vezes a escolha do gestor não está associada a formação técnica e experiência na área.

Barbosa (2016) relatou em seu trabalho uma heterogeneidade nos cursos de graduação, como: hotelaria, medicina veterinária, informática, odontologia entre outras. Todavia 100% dos gestores eram especialistas relacionados com a área da saúde, entretanto é relevante esclarecer que esse grau de instrução, era considerado um pré-requisito para o cargo. Observou-se também que essa realidade não se efetivou para o mestrado ou doutorado, pois apenas um (01) gestor havia concluído mestrado.

Nesse caso uma possível explicação para a deficiência quanto aos outros graus de instrução, poderia ser atribuído à falta de interesse dos secretários buscarem os outros cursos, ou até mesmo pela falta de incentivo financeiro, ou seja, a titulação maior não interferia no valor do salário. No entanto, a falta de percepção da relevância do conhecimento e formação profissional no desempenho de suas funções diárias, poderiam ser consideradas as possibilidades mais preocupantes e impactantes.

Rotineiramente a atenção dos gestores municipais da saúde, é monopolizada por situações emergenciais de âmbito técnico e político, bem como, demandas de informação dos níveis estadual e federal, em detrimento de ações reflexivas de planejamento e avaliação. Muitas vezes a carência na formação profissional, sobretudo em municípios de pequeno porte, está associada também à utilização restrita, por parte deles, das ferramentas de gestão. (ALMEIDA; TANAKA, 2016).

A despeito do exercício da função de gestor, constatou-se que 39,1% dos respondentes estavam no cargo acima de 24 meses e que 47,8% já tinham sido gestores, sendo que destes uma expressiva maioria era na área de saúde, bem como 86,7% dessa experiência foi na esfera municipal, majoritariamente no município em que atua como secretário de saúde.

Os resultados indicam relações entre tempo de experiência na área da saúde, conhecimento da realidade do território, bem como com otimização dos resultados das ações em saúde. Boniatti (2012) corrobora com esse achado, quando expressa que ao assumir o cargo de gestor este deve conhecer a realidade, o perfil epidemiológico e os principais problemas de atenção para a partir disto, poder traçar um plano para atender as demandas da população. Entretanto, é pertinente observar que esse aspecto revela uma situação paradoxal,

uma vez que existe um movimento popular de mudança, com apostas em “novos gestores”, por acreditar que as pessoas que fazem parte do quadro vigente, trazem antigos vícios e muitas vezes utilizam-se de manobras de políticas antigas em benefício próprio.

É pertinente considerarmos, que os dados mostram também que 52,2% responderam que nunca tinham sido gestores, vindo de encontro com o movimento citado acima. Nesse sentido Franco (2011), afirma que nenhum dos secretários participantes da pesquisa da região da AMREC, estava nos governos anteriores, perante este fato, ele diz que mudando o governo, mudava o secretariado.

Shimizu *et al.* (2017) constatou no seu estudo, que a alta rotatividade na ocupação dos cargos de gestão e a baixa qualificação formal para o exercício dessas atividades, comprometem a operacionalização da descentralização, no que diz respeito ao planejamento e gestão. Cabe aqui, também referir que ao serem questionados os gestores deste trabalho, se eram filiados à partidos políticos, grande parte, ou seja 60,9%, responderam que eram filiados no mesmo partido/coligação do prefeito. Este dado permite presumir, que ainda prevalece o critério de indicação político-partidário. Entretanto, identificou-se também que 26,1% dos secretários participantes, responderam não serem filiados a nenhum partido político, bem como, 13% eram filiados em partido/coligação diferente do prefeito. Permite-se relacionar a esse resultado a possibilidade do processo de escolha de um gestor de saúde, já estar passando por transformações pela forte influência social, muito embora, ainda com percentual menor, poderia também, já estar sendo considerada a formação e experiência na área e não somente atrelada a indicações políticas.

É oportuno considerar o achado de Barbosa (2016), onde afirmou que a maior parte dos gestores do estado do Tocantins, faziam parte do quadro de técnicos administrativos, sem função ou cargo de confiança. O autor considerou esse dado incoerente uma vez que a profissionalização da saúde é uma questão tão desejada e nesse caso, o quadro observado poderia ser julgado como subaproveitamento de recursos humanos nas funções para as quais prestaram concursos.

Percebeu-se nestas considerações que ainda não há um consenso onde buscar gestores de saúde e qual o perfil adequado para exercer essa função gerencial, indispensável para apoiar e executar os objetivos do SUS, todavia é importante destacar, a dificuldade que esses gestores externam, após serem escolhidos para essa função, para encontrarem orientações adequadas. Os dados indicam que majoritariamente, com um percentual de 50%, as orientações acontecem por iniciativa própria do secretário. Entretanto os cursos promovidos pelo CONASS e CONASEMS, mesmo não sendo a primeira opção de busca por

orientações, apresentam um percentual de escolhas de 30,8%. Vale ressaltar os esforços destes órgãos, no sentido de fornecer subsídios, agregar conhecimentos e fortalecer a atuação dos gestores no SUS.

Bloco B: Caracterização da AAE no município dos Gestores de Saúde da Região Sul de Santa Catarina

A análise deste bloco é extremamente relevante, pois permite fazer um diagnóstico de como se configura os serviços da AAE nestes municípios.

Nas regiões de saúde em estudo, constatou-se que a grande maioria dos municípios ofereciam algumas, mas nem todas as especialidades. Constatou-se que 30,4% dos municípios afirmaram não disponibilizar os serviços de AAE. Esses dados caracterizam o papel primordial da região de saúde, que é oferecer e adequar os serviços e demandas em sua área de abrangência.

Quando foi oferecido a lista com as especialidades, (tabela 7), foi verificado que cinco (05) secretários não assinalaram nenhuma alternativa, sendo que na questão anterior, sete (07), haviam marcado que não ofereciam serviços de AAE. Essa constatação, sugere que alguns gestores, ainda não tem clareza de quais são todos os serviços considerados de média complexidade.

No decorrer desta pesquisa, percebeu-se que de certo modo, faz sentido a dúvida dos gestores acima, pois as especialidades oferecidas neste nível de atenção, oferecem muitos procedimentos em unidades de atendimento como ambulatorios, clínicas privadas, hospitais, entre outros. Dessa maneira os usuários acabam relacionando com os outros níveis de atenção. Em virtude dessa dificuldade foi explicado na introdução, (item 4. “Atenção Ambulatorial Especializada”), que o foco deste trabalho, estava na AAE estruturada a nível ambulatorial considerada de média complexidade. Reforça então, o argumento que o conhecimento na área da saúde, ou afins, facilitaria o entendimento dessa organização.

Em referência as especialidades oferecidas, identificou-se com maior percentual nestas regiões de saúde, Fisioterapia, Exames de Patologia Clínica, Ginecologia e Obstetrícia e Exames Ultrassonográficos. Verificou-se também que das especialidades apresentadas aos respondentes, Gastroenterologia, teve o menor percentual, apenas um (1), ou seja, 5,6% oferecia esta especialidade à sua população. A partir desses resultados, supõe-se que os usuários encontrem dificuldades de atendimento, pois gastroenterologia está no grupo citado

pelos gestores como uma das especialidades que acreditavam atender em partes ou não atender as demandas.

Na formatação deste diagnóstico, observou-se percepções diferentes dos gestores, quantos as especialidades atenderem as demandas do município, pois apurou-se o mesmo percentual de escolha para as três alternativas oferecidas, ou seja, para cada grupo de 33,3% de gestores, haviam os que consideravam que as demandas eram atendidas, atendidas em partes, bem como, os que elas não eram atendidas. Quando solicitado para especificarem as especialidades que acreditavam não atender as demandas ou atender em partes, somente 3 gestores completaram a questão, sendo as mais citadas, Ortopedia e Radiodiagnóstico, seguidas por, Cirurgias Eletivas, Procedimentos Traumato-ortopédico, Fisioterapia, Gastroenterologia, Oftalmologia, Neurologia e Endocrinologia e ainda com menor percentual foram citadas, Procedimentos especializados realizados por profissionais de nível superior, Próteses e Órteses, Cardiologia/Vascular e Dermatologia.

As especialidades citadas também são referenciadas, não necessariamente nessa ordem, por outras regiões de saúde. A informação pode ser obtida, pelo acesso on-line das publicações das filas do SUS.

Esses resultados nos levam a fazer as seguintes questões: Já que eram municípios das mesmas regiões de saúde, como se observa essa diferença de percepção? Seria, falta de planejamento ou governança para mapear essa realidade? Ou, seria pelo desconhecimento da realidade, por parte dos gestores? Essas respostas, não serão possíveis quantificar, neste trabalho, todavia servirão para uma reflexão sobre a prática da AAE.

Nessa perspectiva, Geremia (2015); Souza (2007); consideram que o planejamento e a organização das regiões de saúde, devem considerar a realidade do território e os fluxos da população de cada município, para então elencar as prioridades viáveis para desenvolver e formar redes reais. Já Gadelha *et al* (2011), afirma que a insuficiência de critérios para o planejamento regional de saúde e a maneira que os serviços estão organizados, desencadeiam subutilização da capacidade instalada, incapacidade de redução das desigualdades territoriais, assim como dificuldades de acesso, custos financeiros altos e menor resolutividade. Diante das afirmativas dos autores supracitados, é possível inferir que a organização da região de saúde, sem o devido planejamento e governança perde o sentido de existir.

As cidades polos, das regiões de saúde Carbonífera e Extremo Sul Catarinense são respectivamente, Criciúma e Araranguá, o que reitera os dados apurados neste estudo, sobre quais os centros eram encaminhados os pacientes, quando as especialidades não atendiam ou

atendiam em partes a população. Florianópolis destacou-se com maior percentual, por concentrar maior oferta de especialidades, em virtude de ser a capital do Estado, seguida das cidades polos, citadas acima. Destaca-se também, o encaminhamento para a cidade de Tubarão, que embora, não faça parte das regiões de saúde estudadas, é cidade polo da outra região de saúde do Sul Catarinense. Essa constatação foi referida por Solla e Chioro (2012), onde destacaram que a oferta dos serviços da Média Complexidade em geral, se concentram em locais de alta densidade populacional.

Diante da necessidade de encaminhamento, a forma de contratação dos serviços especializados foi majoritariamente, o consórcio. De acordo com MS (1997), os consórcios administrativos intermunicipais vêm sendo adotados há décadas. Entretanto, somente a partir dos anos 80, com o início do processo de descentralização, essa forma de associação tornou-se efetiva, especialmente na busca de soluções de problemas comuns para os municípios. O consórcio intermunicipal na área da saúde, é vista como uma associação entre municípios para a realização de atividades conjuntas, referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações. Como iniciativa eminentemente municipal, reforça o exercício da gestão conferida constitucionalmente aos municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (SHIMIZU *et al.*, 2017).

No entendimento dos gestores, as maiores dificuldades encontradas na AAE, eram agendamentos e encaminhamentos de exames. Vale pontuar que a rotatividade de especialistas, dificuldade na formação profissional, bem como fragilidade na rede de atenção também foram consideradas como dificuldades. Esses dados vêm ao encontro da afirmativa dos 66,6% de gestores quando referiram no questionamento anterior, que as demandas dos seus municípios eram atendidas em parte ou não atendidas. Nessa lógica, as dificuldades na AAE, seriam os prováveis fatores desencadeantes das filas de espera. Ainda de acordo com os secretários, a necessidade de procedimentos cirúrgicos, também faria parte dos maiores nós críticos, destas regiões de saúde.

É relevante destacar que 100% dos respondentes, concordaram com a afirmativa de que AAE na sua região de saúde também era considerada entrave no SUS, supõe-se então, que as demandas não eram supridas. Quando questionados a respeito dessa realidade, observou-se um certo equilíbrio na escolha dos prováveis motivos, permitindo considerar que essa situação, estaria atrelada à interferência de um conjunto de fatores dependentes entre si.

Ao analisar-se em conjunto os resultados quanto as dificuldades elencadas (gráfico 4), com os motivos da lista de espera (gráfico 5) e com os motivos da AAE ser considerada “entrave” no SUS (tabela 10), é possível inferir que o acesso aos serviços de

saúde nessas regiões poderia estar comprometido e o reclame da população nesse caso, faria sentido.

Nesse sentido, Pires *et al* (2010) reporta que a acessibilidade dos serviços de saúde, ou a maneira que estes estão organizados e oferecidos aos usuários, assim como os profissionais e as tecnologias estão na lógica inversa com que os mesmos foram organizados no SUS. Os serviços devem se estruturar conforme as necessidades da população e não a oferta indiscriminada e desigual de serviços, buscar demanda na população.

Diante destas considerações é pertinente ressaltar que a lógica de oferta de serviços e a fragmentação no atendimento da AAE interfere negativamente de maneira significativa nesse processo, podendo levar o paciente ficar perdido no sistema e vulnerável a qualquer tipo de abordagem no campo da saúde, até mesmo por grupos que visam interesses econômicos.

É relevante destacar que nenhuma diferença significativa foi detectada, além do que a literatura consultada neste estudo, já havia considerado como prováveis justificativas da AAE ser considerada o “gargalo do SUS”, entretanto 39,1% dos gestores apontaram a inexistência de governança em todas as instâncias da federação. Este dado é relevante para este trabalho, pois está diretamente relacionado com a pergunta que propõem-se responder nesse estudo. Cabe ainda destacar, a relevância da citação de um gestor, de que a falta de promoção e prevenção, também pode influenciar para a AAE ser considerada “entrave” do SUS.

Bloco C: Caracterização da Governança na AAE/ Antecedentes

Os elementos que foram denominados neste trabalho como antecedentes, recebem outras denominações como foi mencionado, por Bryson, Crosby e Stone (2015), p.248-249 apud Oliveira, (2018), (Quadro 02). No entanto, mesmo com denominações diferentes, foi possível relacionar as categorias e seus elementos essenciais, quando comparadas com a descrição do modelo de Milagres *et al.* (2016), adotado nesta pesquisa. Esses frameworks, embora com enfoque qualitativo, contribuem para o embasamento e discussão dos resultados obtidos neste trabalho.

Analisando os resultados apresentados no quadro 6, constatou-se que com 95,7% dos gestores, concordam que considerar os elementos políticos, ambientais e socioeconômicos para organizar o trabalho na AAE por macrorregião, é de fundamental importância. Esse

resultado, corroborou com a afirmativa de Emerson, Nabatchi e Balogh (2012), onde a decisão de formar ou não redes é influenciada pelo contexto onde elas emergem.

Os dados do quadro revelam também, que a interdependência de recursos entre os parceiros, foi o elemento que os gestores encontraram dificuldade de identificar a sua presença. Entretanto, 13% a mais em relação aos gestores que não conseguem ter essa percepção, assinalaram perceber a interdependência entre os municípios da sua região de saúde. Esse resultado é relevante, pois Milagres *et al.* (2016), reforça a ideia de que aceitar a impossibilidade de alcançar os resultados esperados de forma isolada, é condição necessária para formação da rede. Parece que para essa parcela expressiva, ou seja, (43,5%) de gestores, esse elemento não está claro, podendo ser um dos dificultadores da percepção para a rede de colaboração se desenvolver com eficiência.

Já quanto a observação dos demais elementos, todos foram identificados na AAE com percentuais acima de 60,8 %, inclusive com uma diferença de 36,4 %, os gestores percebem o compartilhamento de riscos. Segundo Peters (2013), sobre o levantamento da governança e gestão em saúde pública em âmbito nacional, a grande parte das organizações de saúde, desconhecem a necessidade de conhecer e tratar seus riscos, bem como, a importância de implantar os respectivos controles internos, como instrumentos para minimizar estes mesmos riscos. Conforme consta neste mesmo relatório, a gestão de risco consiste na identificação de eventos relevantes, que podem impedir ou dificultar o atingimento dos objetivos, seja do Plano de Saúde ou da Programação Anual de Saúde, ou Programa de Saúde específico.

Segundo, Milagres *et al.* (2016), os antecedentes, são os influenciadores do surgimento ou estabelecimento da dinâmica e desempenho para a constituição de uma rede, ou seja, a presença desses elementos no contexto observado, interferem de maneira positiva para a decisão ou não de formar a rede de colaboração. Referem também, que os antecedentes assumem uma dinâmica de constante movimento e não se estabelecem de forma estática como simplesmente condições de partida para formação de redes colaborativas.

Vale destacar que a presença do elemento “Confiança”, ainda no quadro 6, é percebido por 87,0% dos respondentes, entretanto é pertinente pontuar que a história prévia identificada com 77,3%, é fator que deve também ser considerado na conformação da confiança entre os membros da rede. Nesse sentido, é ponderado considerar a média destes dois elementos, ou seja, 82,1%, como o verdadeiro valor do elemento confiança. Entretanto, considerando que muitos autores atribuem à confiança o papel de “pano de fundo”, ao longo de todo o processo de governança e não somente no início da governança colaborativa, nos

anteriores, esse valor atribuído ao nível de confiança poderá sofrer alterações ao longo de todo o processo.

Diante da análise dos resultados do Bloco C, foi possível diagnosticar a presença de aproximadamente 70% dos elementos denominados “Antecedentes”. Percebe-se como positivo esse resultado, pois é um indicativo que nestes colegiados existem os elementos influenciadores para constituição e desempenho de uma rede colaborativa.

Bloco D: Caracterização da Governança na AAE /Contratual

Vale lembrar que os elementos que formatam essa estrutura de governança são: estrutura de coordenação e estabelecimento de contrato.

Os dados do quadro 7, quanto a percepção dos secretários de saúde em relação aos contratos com definição de estrutura de coordenação, divisão de responsabilidades, assim como, mecanismos de controle de resultados na AAE em seus municípios, sugerem que existem divergências de opiniões, tanto que 39,1% de gestores não percebem, ou não conhecem, a existência destes contratos. É um fator relevante, pois o desconhecimento destas contratualizações, ou até mesmo a ineficiência destas, como 26,1% afirmaram, podem interferir na efetividade destes serviços.

Para Reuer e Arinõ (2007), os contratos são vistos como facilitadores do processo de coordenação, já que sinalizam aos parceiros o que é esperado deles, conformam expectativas, facilitam as decisões e previnem disputas. É possível associar esse resultado encontrado com os dados do Bloco C, onde embora em minoria, 13% assinalaram a inexistência de confiança entre os membros e ainda nesse mesmo sentido, 34,8% também referem que as parcerias entre os municípios, muitas vezes dificultam alcançar os objetivos pela divisão de recursos.

Nessa perspectiva, Malhotra e Lumineau (2011), declaram que os contratos visam mitigar riscos e evitar mal-entendidos, promovendo assim, a colaboração. Levando em consideração estes resultados, verifica-se que do total desses gestores, 65,2%, provavelmente encontrarão dificuldades de aferição de resultados, entendimento de funções e objetivos. Aliado as dificuldades de contribuir e/ou buscar soluções para a efetividade da AAE.

É pertinente relacionar a função dos contratos e a confiança. De modo geral, vários autores discutem os tipos de confiança em aspectos econômicos ou pessoais, bem como as consequências destes para a rede. Para alguns os contratos são relevantes no sentido de, ao colocar cláusulas especificando objetivos, responsabilidades, indicadores e outros elementos

contratuais tranquilizariam os gestores, abrindo caminho para a confiança, por outro lado, outros afirmam que na presença da confiança os contratos perderiam a sua importância.

Em relação as estruturas de coordenação, é necessário considerar as três possibilidades apresentadas por Provan e Kenis (2005), que são: estruturas de autogoverno (a tomada de decisão ocorre por meio de reuniões periódicas, ou interações informais frequentes); uma organização líder (concentra a coordenação e tomada de decisão); e organização administrativa, (uma agência independente, para supervisionar a rede). Os resultados indicam que 100% dos gestores afirmam a existência da estrutura de autogoverno, todavia destes 26,1%, referem que mesmo havendo discussões e tomadas de decisões nas reuniões periódicas, ainda enfrentam dificuldades de execução dos planos. Entretanto, ao mesmo tempo 52,1% afirmaram ter uma liderança que concentrava a coordenação e a tomada de decisão e destes, 4,3% destacaram que suas opiniões não eram ouvidas. Uma possível explicação para essa discordância de resultado, pode ser atribuída a maneira de interpretar o questionamento, entretanto, dentre outras tantas possibilidades, parecem haver desalinhamentos dos propósitos, dentro destes colegiados.

Ainda neste bloco, é significativo considerar que nenhum secretário assinalou que as ações de estrutura de coordenação estavam atreladas ao prefeito, limitando as ações dos secretários. Esse dado é pertinente, no sentido de que a atuação do secretário de saúde, é imprescindível na efetividade da AAE.

Perante a análise dos dados e da média obtida de 35,5% em que os níveis dos elementos da governança contratual são percebidos, é possível presumir a possibilidade de interferência negativa nos serviços da AAE e necessidade de atenção quanto à forma contratual que está instalada nas regiões Carbonífera e Extremo Sul Catarinense.

Bloco E: Caracterização da Governança na AAE/Processual

Os processos são mecanismos desenvolvidos para a execução das atividades diárias na rede de colaboração. Esses processos podem apresentar diferentes tipos, depende dos objetivos, contratos estabelecidos, necessidades de integração, momento da rede colaborativa, entre outros. Foi utilizado como referencial nesta pesquisa, os processos citados por Milagres *et al* (2016): Administração/Coordenação; Liderança; Controle e Aferição de Resultados, Construção de Legitimidade e Confiança.

A despeito dos processos, Administração/Coordenação (tabela 11), os resultados indicam que menos de 40% dos gestores Sul Catarinenses, percebiam a existência de

protocolos que estabeleciam comunicação, gerenciamento de conhecimentos, consenso estratégico e evolução de objetivos comuns. Já um percentual de 34,8% do total, percebiam a existência destes protocolos, mas por outro lado, afirmavam que o domínio ficava a cargo da parte técnica. Outrossim, é necessário ressaltar que 26% dos secretários, julgavam não existir, ou ainda não estarem definidos. Esses dados sugerem que nestes colegiados, há necessidade de reorganizar a capacidade administrativa, pois de acordo com Kumar (2014), é preciso utilizar estruturas como protocolos, modelos e acordos que organizem o processo de negociação, bem como, desenvolver o senso de compromisso e união entre os participantes.

Nesta perspectiva, foi constatado correspondência com Emerson, Nabatchi e Balogh (2012), quando declara que a tomada de decisão baseada em processos deliberativos, voltados mais para o alcance de acordos do que para decisões com relações horizontais, apontam para outro processo que é a liderança.

A liderança é o processo de influenciar os outros para entender e concordar sobre o que precisa ser feito, desejado de maneira eficiente e de modo a facilitar os esforços para o alcance de objetivos (McGUIRE; SILVA, 2009). Muitos autores, expõem que pode estar presente um grau de desconfiança no início da formação da rede e aí entra o papel fundamental do líder, para construir conexões entre os parceiros, com o objetivo de criar e desenvolver uma identidade e promover colaboração em busca de uma visão única e propósitos. Esse ambiente desenhado pela figura do líder é significativo para alcançar os resultados do grupo.

Não foi encontrado diferença significativa nos percentuais em relação a liderança, entretanto, observou-se que os 13% de gestores que anteriormente afirmavam que os processos ainda não estavam definidos, também consideraram que era preciso fortalecer os processos de lideranças.

No setor público essa figura é central. Thonson e Perry (2006), mencionam que o líder deve ser capaz de construir, desenvolver e sustentar as relações entre os parceiros, buscando através da capacidade colaborativa e de um conjunto de valores, resolver os problemas da rede, mesmo os mais complexos. Nesse caso específico, a AAE precisa ser tratada com prioridade pelos participantes da rede, porém constata-se uma certa indefinição do processo liderança, ao menos para mais de 60% dos gestores das CIRs (Carbonífera e Extremo Sul Catarinense). Esses dados parecem estabelecer similitude, com as insatisfações dos usuários do SUS, nestas regiões.

Contudo há de se considerar, que a autoridade ou liderança em redes, não é legitimada por posição hierarquizada, ou títulos, pelo contrário. Weber e Khademian (2008),

atribuem aos *stakeholders* a escolha, levando em consideração a habilidade em liderar de forma compartilhada, superar as resistências em prol da solução dos problemas, mesmo os mais complexos. Vale lembrar, que os autores tomados como base neste trabalho, alegam que processo colaborativo deve ser comum a todos e cabe ao líder fomentar essa ideia.

No que tange à existência de indicadores, 69,6 % dos secretários de saúde, referiram que existiam indicadores, mas eram de difícil compreensão e relação, somando-se a esse percentual 8,7%, que desconheciam a existência dos mesmos, totalizaram-se 78,3%. Esses dados nos dão fortes indícios da fragilidade no acompanhamento e avaliação dos serviços na AAE, bem como, interferência direta na aferição de resultados e prestação de contas. Há de se ressaltar que fica comprometido, um dos princípios da governança, a *accountability*, que envolve entre outras coisas, transparência, prestação de contas e a responsabilização pelos atos praticados.

É primordial considerar que as colaborações tendem a obter maior sucesso na resolução dos problemas, motivos pelas quais foram organizadas, quando possuem um sistema de prestação de contas capaz de rastrear insumos, processos e resultados. É importante que esse gerenciamento contemple também a intensidade do relacionamento entre os políticos e técnicos da rede (BRYSON; CROSBY; STONE, 2015).

Nessa lógica, constata-se relação entre as respostas do gráfico 6 e a tabela 16. Entretanto, é importante lembrar que, com o objetivo de auxiliar o entendimento da questão E8 do questionário, que resultou a tabela 16, foi destacado o conceito de: eficiência, eficácia e efetividade, para então desenvolver a interrogativa sobre as instâncias internas, referindo-se aos controles internos, ouvidorias, entre outros. Encontrou-se, uma diferença mínima na escolha das alternativas. Esses resultados refletem em geral, que não há um consenso a respeito dos conceitos e a percepção destes na prática na área da saúde, ou ainda podem alertar sobre deficiência de embasamento para reconhecer a aplicabilidade destes.

Outro processo investigado, representado principalmente no gráfico 07, foi a percepção de Legitimidade/ Mutualidade, e os dados observados sugerem que a maioria (72,7%), percebiam uma identidade coletiva, uma conexão entre os membros, no entanto, 27,3% dos respondentes, assinalaram que era preciso evoluir nesse aspecto. Essas constatações sinalizam que a Legitimidade /Mutualidade está instalada nestes colegiados, favorecendo o consenso. De acordo com Emerson, Nabatchi e Balogh (2012), quanto maior for o consenso, tendo por base as necessidades de cada um, maior será a probabilidade de colaboração entre eles. Nesse sentido, quando os envolvidos percebem interesse real, do parceiro interagir colaborativamente, aumenta ainda mais, predisposição para reciprocidade e

nível de confiança. É nesse momento, que se firmam os contratos psicológicos, referenciados como governança relacional.

Conforme os autores supracitados, a confiança facilita a governança. Nessa perspectiva, a afirmativa acima se justifica, porque esse processo de confiança, reduz conflitos, favorece a legitimidade, reduz a assimetria de informação, tomada de decisão, bem como aumenta a capacidade administrativa em busca de soluções dos problemas. A análise dos resultados das tabelas 14 e 15, sugerem que o processo confiança precisa ser fortificado, levando em consideração o percentual de 31,8% de gestores que em algum momento perceberam, que o seu município sofreu prejuízo em relação aos demais, do mesmo modo, 47,8% perceberam que suas opiniões nem sempre eram consideradas e ainda, não eram consideradas em razão dos interesses políticos.

Cabe aqui retomar, que no bloco anterior, afirmou-se que o nível de confiança deve ser valorizado no decorrer do processo. Então, considerando a parte processual, os valores de 68,2% (tab. 14), somados aos percentuais de 52,2% e 39,1% (tab.15), chega-se ao total de **53,2%** de nível de confiança. Considerando os valores de confiança, antes da rede estabelecida (82,1%-bloco C) e o valor obtido ao longo da rede, chegou-se à média de 67,6 % **aproximadamente 68%**. Pode-se inferir que realmente o nível de confiança varia, e nesse caso o nível de confiança diminuiu ao invés de aumentar. Esperava-se que ela fosse fortalecida ao longo da rede. Supõe-se que uma das possíveis explicações para esse resultado, estaria atrelado ao percentual de 35,5% de governança contratual.

Importante observar que os dados do gráfico 06, vem corroborar para relacionar os resultados da percepção dos processos, com os prováveis motivadores à efetividade da AAE nestas regiões de saúde. Além disso esses dados são relevantes por contribuir com o diagnóstico da AAE, porque a partir do consenso das respostas, é possível realizar intervenções no sentido de melhorar o desempenho dos mesmos.

Constatou-se que dentre a lista apresentada aos respondentes, 69,6% julgam o desempenho da AAE, que somente será eficaz, quando tiver acessibilidade, compatibilidade e abrangência em todo o sistema da AAE. Cabe destacar que Milagres *et al* (2016), mencionam que no caso das redes de saúde, alguns advogam que a eficácia reside na sua capacidade de fornecer um conjunto amplo e adequado de serviços que possam de forma flexível atender uma gama de necessidades entre clientes e para o mesmo cliente ao longo do tempo; já outros consideram que a eficácia tem a ver com a obtenção dos resultados positivos nos serviços prestados e o grau em que ela atende as necessidades coletivas dos usuários.

Diante disto, parece que o resultado observado, considera a primeira ideia de eficácia citada acima. Todavia, diante da realidade brasileira, é uma ideia ousada, em virtude do alto grau de dificuldades enfrentadas por usuários e gestores do SUS, presume-se então, que a realização plena da AAE será morosa e complexa.

Ao considerar a 2ª alternativa assinalada pelos gestores, onde 60,9% atribuem ao fato de AAE estar atrelada as influências Estaduais e Federais, percebe-se que essa consideração é pertinente, porque as redes colaborativas são vistas como arranjos que destacam relações horizontais, onde a hierarquia é substituída pelo consenso e liderança compartilhada, por outro lado, o Estado é uma instituição marcada por uma estrutura hierárquica. Nesse sentido, Torfing *et al* (2012), argumenta que a visão do Estado em trabalhar em redes, não pode ser vista como exclusiva, ou seja, não são todas as áreas que são adequadas à essa maneira de atuar, cita como exemplo, que as áreas de impostos e da defesa podem não se adequar a esse tipo de governança.

A 3ª alternativa considerada foi a cultura da população em ir direto ao especialista. Vários trabalhos levantam essa situação, dentre eles Oliveira (2009). Nessa perspectiva, esse comportamento da população pode ser considerado como indutor negativo da efetividade da AAE sob a ótica de gestores. Associando com os resultados obtidos no bloco B (tabela 10), percebe-se que os secretários de saúde consideram também esse fato como negativo. Entretanto, é essencial verificar o porquê dessa atitude. Muitas explicações são possíveis, no entanto neste trabalho é pertinente avaliar, que a organização em níveis de complexidade ou não está claro para a população onde deve dirigir-se, ou a população deve não estar encontrando resolutividade no nível anterior (atenção básica).

Em contrapartida, ainda estamos sob a influência do modelo de atendimento centrado na figura do médico especialista e realização de exames. Para a grande maioria dos usuários essa rotina é que dá credibilidade. Partindo dessa premissa, realizam-se exames muitas vezes desnecessários. Nessa lógica, Pires *et al.* (2010) referem, que a concepção da organização da assistência à saúde no SUS, (por níveis de complexidade), é marcada pela corporação médica, das indústrias e dos serviços privados.

Outros autores, com foco nos arranjos institucionais fragmentados, percebem que os serviços de média complexidade, são ofertados na lógica de mercado, ou seja, preponderância do poder de compra sobre os princípios do SUS. Entretanto do total de respondentes, observou-se que somente seis (6), representando um percentual de 26%, consideraram essa situação. Por outro lado, com consenso total (100%) dos secretários de

saúde, independente das causas, concordaram que os processos da AAE em suas regiões de saúde não eram eficientes. Nesse sentido, reforça os dados já discutidos no bloco B.

Todavia, o consenso da ineficiência da AAE, de certo modo, contradiz o que foi diagnosticado, onde os respondentes quando interrogados na questão B3 do questionário, se a AAE atendia as demandas do seu município, 33,3% dos respondentes afirmaram que as demandas eram atendidas.

Uma das possíveis explicações para essa constatação, seria que o percentual de 33,3% que considerava que o seu município atendia as demandas, ao observar a região de saúde como um todo, julgaram que a demanda não era atendida, no entanto muitas outras explicações poderiam ser levantadas, mas de forma empírica e não cabe nesta pesquisa.

Os resultados sugerem que nestas regiões de saúde, a presença dos elementos principais da governança processual, são reconhecidos em torno de 70%. Cabe ressaltar que mesmo sendo considerado matematicamente, como um valor acima da média é relevante considerar os valores dos componentes da governança em conjunto.

Caracterização dos Princípios e da Governança Relacional

Quanto à percepção da existência dos princípios e dos elementos referentes à governança relacional, já foi feito na apresentação dos resultados algumas considerações, contudo através da análise de um conjunto de respostas referentes aos blocos C, D, E, é possível inferir uma percepção de que os princípios foram observados em muitos momentos, no entanto, levando em consideração o critério atribuído nesse trabalho, para a identificação de cada item no quadro 8 e considerando a média dos princípios da interdependência em torno de 55,5%, o da convergência de objetivos, que envolve negociação de 66,0%, o da consciência de autonomia/interesses diversos e legítimos de 62,0% , assim como o da percepção de reciprocidade/confiança de aproximadamente 60,0%, é possível inferir que estes princípios são percebidos com uma média total em torno de 61%. Diante da importância destes princípios como base da colaboração, sugere-se que cabem esforços constantemente no sentido de fortalecê-los.

É relevante destacar que de acordo com Milagres *et al.* (2016), as relações em ambientes colaborativos ao contrário do que geralmente se pressupõe, são marcadas por conflitos. Em virtude dessa situação o cuidado e promoção para um ambiente que propicie colaboração é fundamental. Nesse sentido, destaca-se o papel significativo que os princípios exercem nesses ambientes. A título de exemplo, a convergência de objetivos conforme os

autores supracitados, é resultado de rodadas de negociação, portanto julga-se necessário uma ambiência que favoreça minimizar os conflitos para o consenso prevalecer. Sem o consenso em torno dos objetivos, o arranjo colaborativo se desfaz.

A complexidade deste ambiente, exige um comprometimento entre todos os parceiros e a governança relacional permite firmar compromissos, que não necessitam estarem escritos para serem cumpridos e/ou almejados por todos. São representados por valores, códigos, entendimentos e expectativas. Ao analisar-se a governança contratual e processual, é possível perceber em seus diferentes componentes essa intenção de relação. No entanto aqui foi dado destaque para alguns elementos, conforme quadro 9, para facilitar a percepção do perfil de governança estabelecido ou pelo menos a pré-disposição para a construção de um perfil de governança colaborativo.

Quanto a percepção do nível de governança relacional, quando traduzidos em números, é possível observar os seguintes resultados: a identidade da rede apresentou um percentual de 72,7%; contratos psicológicos 65,9%; visão coletiva 67,3%; sentimento de justiça / pertencimento 75,2%, e ambiente seguro, um percentual de 37,6%. Resultando uma média total de 63,7 %, ou seja, aproximadamente 64% dos elementos principais de governança relacional estão presentes nestes colegiados.

Os elementos considerados acima, interagem entre si Assim, de certa forma, um exerce influência sobre o outro. Percebe-se como um ciclo interativo. A análise dos dados permite considerar que a percepção quanto ao nível de ambiente seguro, é relativamente baixa, supõe-se que irá interferir neste ciclo em algum momento. Nessa perspectiva, esse resultado pode ser relacionado com o fato do nível de confiança ter diminuído no decorrer da rede colaborativa. Sugere-se que os elementos segurança e confiança requerem ser fortalecidos nestas regiões de saúde, em consequência da relevância que exercem nas relações colaborativas.

Bloco F: Conceitos e Posicionamentos

Em relação ao significado de governança, observou-se que a maioria 52,2 % dos gestores, tinham conceito claro e definido, por outro lado, quanto ao percentual restante 47,8%, sugere-se a necessidade de embasamento teórico e maior conhecimento, sobre governança. Quando foi questionado sobre alternativas de governança na AAE, a opção governança em rede, foi escolhida com percentual de 26,1%. Ao mesmo tempo, 52,2% dos secretários percebiam a necessidade de capacitação para trabalhar no coletivo. Em

contrapartida, uma parcela 39,1%, dos gestores atribuíam ao Estado à busca de alternativas para AAE. Os resultados observados, quanto o estabelecimento de um ambiente colaborativo, vem corroborar com os dados anteriores, uma vez que também, sugerem a necessidade de capacitação em governança até mesmo para a sociedade civil.

Vale ressaltar aqui, as considerações dos gestores a respeito do que era realizado no município e que contribuía positivamente na AAE. Dentre elas, foi considerada a participação nas reuniões da CIR. Essa afirmativa veio reforçar o papel deste colegiado, legitimando-o, como fórum de discussão e tomada de decisão. Também foi citada capacitação e atualização dos profissionais, execução de atividades de forma integrada e participativa com todos os membros da equipe.

Dos secretários, somente 4(17,4%) expressaram suas realizações, contudo mesmo com essa baixa participação considera-se positivo, pois além de auxiliar a comprovação das hipóteses levantadas neste estudo, dão indícios que o ponto de partida é investir no conhecimento e desta maneira abrir possibilidades para AAE deixar de ser vista como entrave do SUS.

Bloco G: Contribuições/críticas/ênfase

Este bloco era formado somente por uma questão aberta, buscando oportunizar aos participantes um espaço para expressarem assuntos que talvez não tinham sido contemplados e que consideravam relevantes, bem como, contribuições ou críticas. Observou-se que questões abertas diminuí a participação, do total de gestores participantes apenas três (3) responderam. Embora a participação ter sido baixa, por outro lado nesse caso, permitiu identificar que poderia ter sido tratado sobre a relação dos recursos financeiros do SUS e a AAE.

De acordo com Pinafo *et al* (2016), o descumprimento do repasse financeiro da União e dos Estados de acordo com os percentuais denominados em lei, acaba fazendo com que os municípios tenham que aportar um percentual, além do que está estabelecido, contribuindo também, com as dificuldades enfrentadas no processo de gestão.

Finalmente, há de se considerar alguns limitadores de natureza metodológica neste estudo, como as dificuldades de encontrar literatura com enfoque quantitativo, ausência de indicadores que permitissem generalização de resultados, carência de estudos comparativos, entre outros. Embora não tenha sido utilizado outros instrumentos estatísticos para quantificação desses elementos, as relações e análise dos dados estatísticos descritivos nesta

pesquisa, permitiram um levantamento das variáveis, considerando que o modelo analítico escolhido, não foi apenas descrição dos achados na literatura, mas se desdobraram em sistematizações que servirão para estudos futuros.

7 CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS

Objetivou-se caracterizar o perfil da governança na AAE na região Sul Catarinense, a partir da caracterização do perfil dos gestores, do diagnóstico da AAE disponibilizada nestas regiões de saúde, bem como através da percepção destes gestores em relação as especificidades da governança, levando em consideração o alcance de resultados pretendidos.

A pesquisa realizada trouxe contribuições teóricas e práticas ao entendimento do tema governança na AAE. Embora existam perspectivas variadas para avançar no conhecimento das razões que induzem esta, representar um problema para os gestores e população em geral, constatou-se que para um número representativo de gestores, o conceito, de governança ainda se apresenta de forma embrionária, confirmando uma das hipóteses deste trabalho.

Apurou-se que estes colegiados são constituídos por gestores, maioria adulto-jovem, do sexo feminino e com graduação completa. Dentre os cursos de graduação, a maior parte está relacionada com a área da saúde, sendo prevalentes os cursos de enfermagem e farmácia /bioquímica. Observou-se ainda, gestores com especialização e mestrado. Destaca-se que, todos os gestores com curso de mestrado, eram da área de saúde coletiva. É relevante considerar, que apesar de uma parcela afirmar, que nunca tinham sido gestores, percebeu-se que tiveram a possibilidade de recorrer a experiência dos demais parceiros. Corroborando com a relevância de colaboração. Majoritariamente a experiência adquirida por esses gestores, foi na instância municipal.

É significativo ressaltar que a maioria dos secretários tiveram que responsabilizar-se em buscar orientações e conhecimento de gestão, reforçando a constatação, da deficiência de oferta de cursos nesta área, ou por instituições de ensino ou até mesmo pelo Estado. É possível levantar um questionamento e correlacionar com a baixa oferta de capacitação na gestão. Muito embora seja uma ideia defendida pela sociedade em geral, que os cargos de gestores sejam ocupados, levando-se em consideração a formação profissional, os resultados obtidos induzem que ainda as influências e indicações políticas, possam interferir neste perfil, visto que, neste estudo foi encontrado uma parcela significativa de gestores, com ligações partidárias.

A caracterização do diagnóstico da AAE, acredita-se ser significativo à visão e atuação dos gestores de saúde destes colegiados, vindo contribuir para o reconhecimento da

relevância no entendimento da estrutura de governança colaborativa, já que é reconhecido a capacidade desta em influenciar os resultados e alcançar os objetivos propostos.

Apesar de os autores do modelo analítico, proposto por Milagres *et al.* (2016), alertarem que a construção de um modelo é reducionista, por outro lado, observa-se que ele facilita a compreensão, visa apontar e sistematizar variáveis, criando relações de causa e efeito. Partindo destas considerações, constatou-se que: os princípios, antecedentes e os elementos de governança colaborativa contratual, processual e relacional estavam presentes, nestas regiões de saúde. Ressalta-se que a governança contratual, merece uma atenção especial, por apresentar o menor índice de percepção por parte dos gestores. Também é importante destacar que o princípio da confiança, diminuiu ao longo do processo. Esse dado aponta a necessidade de reavaliar a postura dos gestores em suas relações, já que um ambiente que não transmite segurança, interfere no nível de confiança. Vale ressaltar que esta última é considerada a base/pilar das colaborações

É necessário destacar que neste modelo, segundo os autores, a governança relacional ter sido separada da processual, tem a ver com a capacidade dos itens que a compõem em contribuir de maneira decisiva para construção de um ambiente de governança colaborativa.

Portanto, relacionando com o modelo analítico utilizado, chegou-se à conclusão que o perfil de governança, nestas regiões de saúde, aproxima-se ao perfil de governança colaborativa. No entanto, observou-se que os gestores não têm clareza em identificar os elementos essenciais para a estrutura de governança e mesmo quando alguns são identificados, não os percebem com tamanha importância. Essa verificação, sugere que a governança precisa ser trabalhada já que, a estrutura de governança, é reconhecida pela capacidade de influenciar resultados e o alcance dos objetivos.

Nesse sentido, confirma-se que a adoção da gestão colaborativa na AAE, estava em apropriar-se de conhecimento. Nesse propósito, será agendado uma data nos colegiados participantes dessa pesquisa, para apresentação dos resultados e distribuição da cartilha elaborada sobre governança na saúde para gestores municipais, com objetivo de contribuir com subsídios que possibilitem o entendimento da governança colaborativa, assim como, incentivar o desenvolvimento de ações para o enfrentamento dos entraves, que impedem o sistema de governança na AAE, se tornar efetivo.

REFERÊNCIAS

- 8ª CONFERÊNCIA Nacional da Saúde: Um marco na história das Conferências. 2015. Disponível em: <http://www.nesp.unb.br/mobilizasaude/?p=412>. Acesso em: 27 fev. 2019.
- ALMEIDA, L. L. **O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde**. 115f. 2013. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva). Brasília: Universidade de Brasília. 2013.
- ALMEIDA, C. A. L; TANAKA. O. Y. Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 1, p.1-10, 2016.
- ANDRÉ, A. M. CIAMPONE. M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, nesp, 2007.
- ANSELL, C; GASH, A. Collaborative Governance in Theory and Practice. **Journal of Public Administration Research and Theory**, Reino Unido, v. 18, n. 4, p. 543-571, 2007.
- BARBOSA, C. M. **Perfil do gestor em saúde no Estado do Tocantins: formação, conhecimentos e desafios**. 75f. 2016. /Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016.
- BEDICKS, H. **Governança corporativa e dispersão de capital: múltiplos casos no Brasil**. São Paulo: Saint Paul Editora, 2009.
- BEVIR, M. Governance as theory, practice and dilemma. In: BEVIR, M. (Ed.). **The sage handbook of governance**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2011. p.1-16.
- BOMFIM, E. **A governança corporativa e o conflito da agência**. São Paulo: TI especialistas desenvolvendo ideias, 2016. Disponível em: <https://www.tiespecialistas.com.br/2016/04/governanca-corporativa-e-o-conflito-da-agencia/>. Acesso em: 10 abr. 2017.
- BONIATTI, J. **Análise do Perfil Profissional dos Gestores do SUS da Região do Alto Araguaia**. 2012. TCC (especialização em Adm. em Saúde). Novo Hamburgo-RS: Universidade federal do Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/67758>. Acesso em: 19 mar. 2019.
- BRASIL. [Constituição Federal (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2002.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências
- BRASIL. **Lei de responsabilidade fiscal: Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 2000. Disponível em:

http://www.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/lei_comp_101_00.pdf. Acesso em: 21 maio 2019.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. **Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990b**. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O consórcio e a gestão municipal em saúde**. Brasília, 1997. 32p. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf. Acesso em: 27 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A-Z: garantindo saúde nos municípios/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**.3ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95 do Ministério da Saúde, de 26 de janeiro de 2001**. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma operacional da assistência à saúde NOAS-SUS 01/01. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 22 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)-NOAS SUS 01/2002**. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília: 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**, 2019. Disponível em: portalms.saude.gov.br/sistem-unico-de-saude. Acesso em: 27 mar. 2019

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resolução nº4, de 28 de agosto de 2017**. *Diário Oficial*

da União, Brasília, DF, 30 de agosto de 2017. p.58. Disponível em:
http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19267369/do1-2017-08-30-resolucao-n-4-de-28-de-agosto-de-2017-19266830. Acesso em: 28 mar. 2019

BRETAS, J. N.; Shimizu, H.E. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1085-1095, 2017.

BRUGUÉ, Q. Recuperar la política desde la deliberación. **Revista Internacional de Organizaciones**, Espanha, n. 7, p. 157-74, dez. 2011.

BRYSON, J. M.; CROSBY, B. C.; BLOOMBERG, L. Public value governance: moving beyond traditional public administration and the new public management. **Public Administration Review**, Reino Unido, v. 74, n. 4, 2014

BRYSON, J. M.; CROSBY, B. C.; STONE, M. M. Designing and implementing cross-sector collaborations: needed and challenging authors. **Public Administration Review**, Minneapolis. V.75.p.647-663, ago.2015.

CANONICI, E.L. PROADI – SUS - Projeto Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas Regionais de Atenção Integrada à Saúde / Regiões de Saúde. **Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde**. São Paulo: Secretaria de Gestão Estratégica e participativa, 2014. 40p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/17/3-Revisao-Aten----o-Especializada.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2019.

CAVALCANTI, A. G. **A regulação assistencial no Sistema Único de Saúde: o caso da Central de Regulação de Cuiabá/MT**. 2011. Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2011.

CERQUEIRA, W. de. **Santa Catarina**, 2019. Disponível em:
<https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/santa-catarina.htm>. Acesso em: 17 mar. 2019.

CONASS. **A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2015. 133 p. Disponível em:
<http://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-e-orcamento-no-sus/>. Acesso em: 19 maio 2017.

CONASS. **Debate – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2016a. 116 p – (CONASS Debate, 5)

CONASS. **Debate –Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2016b. 118 p – (CONASS Debate, 6).

CONSENSUS. Atenção Especializada no SUS. Entrevistada Lumena Furtado. **Consensus: Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS**, Brasília, v. 5, p. 6-13, jul./set. 2015. Disponível em:
https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_16.pdf. Acesso em: 09 mar. 2017.

COTTA, R. M. M. *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia Serviços em Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 3, p.7-18, set. 2004.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Regiões de Saúde e Municípios**, 2019. Disponível em: <dive.sc.gov.br/regioes-saude/>. Acesso em: 16 mar. 2019.

EMERSON, K. NABATCHI, T. BALOGH, S. An integrative framework for collaborative governance. **Journal of Public Administration Research and Theory**, Reino Unido, v. 22, n. 1, p. 1-29, 2012. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpart/article/22/1/1/944908>. Acesso em: 19 mar. 2019.

ERDMANN A.L. *et al.* A Atenção Secundária em Saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, nesp, p. 131-139, jan.-fev.2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17. Pdf. Acesso em: 23 nov. 2018.

FELDMAN, M. S.; KHADEMIAN, A. M. To Manage Is to Govern. **Public Administration Review**, Reino Unido, v. 62, n. 5, p. 541-554, 2002.

FLORIANO, C. **Sul com quase um milhão de habitantes**: Com base nos dados do IBGE, 12 dos 45 municípios da região diminuíram suas populações entre 2017 e 2018. Criciúma, 01 set. 2018. Disponível em: <https://www.4oito.com.br/noticia/sul-com-quase-um-milhao-de-habitantes-5913>. Acesso em: 16 jun. 2019.

FRANCO, A. M. **Gestão municipal de saúde**: limites e possibilidades de gestão na percepção dos secretários de saúde da AMREC. 2011. Monografia (Especialização em Gestão Empresarial) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2011.

GADELHA, C. A. G. *et al.* Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011.

GEREMIA, D. S. **Federalismo e gestão metropolitana para o planejamento territorial dos serviços de saúde**. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva-Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2015.

GIOVANELLA, L., *et al.* Orgs. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev., ampl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 1.112.

GODOI, H. *et al.* Rede regionalizada de atenção à saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil, entre 2011 e 2015: sistema de governança e a atenção à saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, 2017.

GRIFELL, E. **Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar em Catalunha**: Funções e Interfaces. 2012 (Apresentação). Disponível em: <http://www5.enp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=14327&tipo=B>. Acesso em: 27 abr. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Resolução n. 4, de 28 de agosto de 2017**. Define as metas e ações a serem consideradas para efeito da avaliação de

desempenho do IBGE, no primeiro semestre de 2017. Disponível: https://www.ibge.gov.br/np/download/novoportal/metaspesquisa/acoes/RDC_define_metaspesquisa_primeiro_semestre_2017.pdf. Acesso em: 19 abr. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA (IBGC). **Código das melhores práticas de governança corporativa**. 5.ed. Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. - São Paulo, SP: IBGC, 2015. 108p.

JENSEN, M.; MECKLING, W. Theory of the firm: Managerial behavior, agency cost, and ownership structure. **Journal of Financial Economics**. Países Baixos, v. 3, n. 4, p. 305-360, out. 1976.

KEHRIG, R.T. *et al.* Aproximações à institucionalidade, governança e gestão na regionalização de saúde. In: SCATENA, J. H.; KEHRIG, R.T. SPINELLI, M.A. **Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 47-83

KEHRIG, R.T. *et al.* Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 948-961, 2015.

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

LINARD, A.G. *et al.* Princípios do Sistema único de saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 114-120, mar.2011.

MALHOTRA, D; LUMINEAU, F. Trust and collaboration in the aftermath of conflict: The effects of contract structure. **Academy of Management Journal**, v. 54, n. 5, p. 981-998, 2011.

MARTINS, C. C.; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 4, n. 1, p. 100-109, 2015.

MARTINS, L. **Mapa da geografia de Santa Catarina**, 2019. Disponível em: <https://www.infoescola.com/mapas/mapa-geografico-santa-catarina>. Acesso em: 16 mar. 2019.

MAYNTZ, R. Nuevos desafíos de la teoría de 'governance'. **Instituciones y Desarrollo**, Argentina, n. 7, p. 35-52, 2000. Disponível em: <http://www.iigov/revista/revista7/docs/mayntz.htm>. Acesso em: 19 mar. 2019.

MCGUIRE, M; SILVIA, C. Does Leadership in Networks Matter? Examining the effect of Leadership Behaviors on Managers Perceptions of Networks Effectiveness. **Public Performance & Management Review**. Reino Unido, v. 33, n. 6, p. 34-62, 2009.

MENDES, A. *et al.* O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423-437, 2015.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, E. E.; Saúde: **A Cartografia do Trabalho Vivo**; São Paulo, Hucitec, 2002.

MILAGRES, R. *et al.* Governança Colaborativa. In: **CONASS Debate, 6 Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2016, p. 14-48.

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **Revista de Administração Pública - RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 551-79, maio/jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n3/a06v42n3.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2019.

NUTRICELER. **Governança Corporativa**, 2019. Disponível em: <http://www.nutriceler.com.br/governanca-corporativa>. Acesso em: 27 mar. 2019.

OLIVEIRA, A. G. de. **A (des)coordenação entre os órgãos de controle da administração pública federal**: estudo de caso sobre a inter-relação entre as ações em prol da governança do TCU e o PROFIP da CGU. 2018. Dissertação (mestrado em Administração) Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

OLIVEIRA, L. H. de; MATTOS, R. A. de; SOUZA, A. I. S. de. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1929-1938, dez. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília: Opas, 2002.

PEREIRA, J. M. **Governança no Setor Público**. São Paulo, SP: Editora Atlas, 2010.

PETERS, B. Guy. Governanza y Burocracia Pública: ¿nuevas formas de democracia e nuevas formas de control? **Foro Internacional**, Distrito Federal, México, v. XLV, n. 4, p. 585-98, out./dez. 2005.

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.

PETERS, B. Guy. O que é governança? **Revista do TCU**, São Paulo, v. 87, p. 28-33, maio/ago. 2013. Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/87/85>. Acesso em: 19 mar. 2019.

PINAFO E, *et al.* Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1511-1524, 2016.

PINTO, T. R. G. S. *et al.* Governança Participativa: possibilidades e desafios na gestão local. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, MS, v. 19, n. 3, p. 627-641, set. 2018.

PIRES, M. R.G.*et al.* Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. S 1009-S1019, 2010.

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.

REUER, J. J; ARINÕ, A. **Strategic Management Journal**, v. 28, p. 313-330, 2007.

RIBEIRO P.T.*et al.* Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4 p. 1075-1084, 2017.

ROCCO, M. **Governança corporativa na instituição pública x instituição privada**, 2014. Disponível: <http://governancas.blogspot.com.br/2014/12/governanca-corporativa-nainstituicao.htm>. Acesso em: 22 maio 2017.

ROCHA, D.C. **Gestão do Cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada**: Elementos para pensar uma política. 2014. Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2014. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312781/1/Rocha_DanielCarvalho_M.pdf. Acesso em: 19 mar. 2019

RODRIGUES, J. G.L. **Diretrizes para a Implantação da Governança de TI no Setor Público Brasileiro à Luz da Teoria Institucional**. 2010. Dissertação (Mestrado em Gestão do Conhecimento e da Tecnologia da Informação) -Universidade Católica de Brasília, Brasília/DF, 2010.

ROTH, A. L.*et al.* Diferenças e inter-relações dos conceitos de governança e gestão de redes horizontais de empresas: contribuições para o campo de estudo. **Revista de Administração-RAUSP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 112-123, 2012.

SANTA CATARINA. **Com alto potencial econômico, SC está entre os melhores Estados do Brasil**. 2019a. Disponível em: <http://www.sc.gov.br/index.php/conhecasc>. Acesso em: 16 mar. 2019.

SANTA CATARINA. **Decreto nº 3, de 18 de janeiro de 2019**. Dispõe sobre o processo de desativação das Agências de Desenvolvimento Regionais (ADRs) e estabelece outras providências. 2019b. Disponível em: http://sc.gov.br/images/Secom_Noticias/Pagina_Secom/decreto3.pdf. Acesso em: 16 mar. 2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação 039-CIB/13, 21 de fevereiro de 2013**. O modelo de regimento interno para as comissões intergestores regionais – CIR.2013. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2013-cib?limit=20&limitstart=560>. Acesso em: 20 mar.2019.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação 047/CIB/2016**, estão previstas as Diretrizes de Procedimentos para a Operacionalização das Centrais de Regulação Ambulatoriais deste estado. 2016b. Disponível em:

http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/07_06_2018_15.02.06.0c55136651bd5282f2cc4007205c219c.pdf. Acesso em: 20 mar. 2019

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde **Deliberação 195/CIB/18** Macrorregiões de Saúde e Regiões de Saúde de Santa Catarina, 20 de agosto de 2018. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib>. Acesso em: 20 jan. 2019

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação 457-CIB/12**, Regiões de Saúde de Santa Catarina, 08 de nov.2012. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib>. Acesso em: 20 jan. 2019

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Notícias em destaque. 2019c**. Disponível em: controlesocial.saude.sc.gov.br. Acesso em: 17 mar. 2019

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Florianópolis. 2016a. Disponível em: http://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/SC_PES%20VERSAO%20OFICIAL%20RAG.pdf. Acesso em: 20 mar. 2019

SANTOS LN. **Princípios de Governança Corporativa**: aplicabilidade na gestão pública. Rio de Janeiro: ESG, 2002.

SCATENA, J. H. G; KEHRIG, R. T; SPINRLLI, M.A.S. (org.). **Regiões de Saúde: Diversidade e Processo de Regionalização em Mato Grosso**. Hucitec, 2014. 565p.

SCHNEIDER, V. Redes de políticas públicas e a condução de sociedade complexas. **CIVITAS - Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 29-58, jan./jun. 2005.

SCHULZE, C.J. **Governança na Gestão da Saúde**.2015 Disponível em: <https://emporiododireito.com.br/leitura/governanca-na-gestao-da-saude-por-clenio-jair-schulze>. Acesso em 07 de agosto de 2017.

SCOTT, T.A; THOMAS, C.W. Unpacking the collaborative toolbox: whay and when do public managers choose collaborative governance strategies? **Policy Studies Journal**, Birmingham, v. 45, n. 1, p. 191-214, 2017. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/psj.12162/epdf>. Acesso em: 09 fev. 2017.

SEDGWICK, D. Building collaboration: examining the relationship between collaborative process and activities. **Journal of Public Administration Research and Theory**, Reino Unido, v. 27, n. 2 p. 236-252, abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jopart/muw057>. Acesso em: 10 dez 2018.

SHEPHERD, N.; MEEHAN, T. J. A Multilevel Framework for Effective Interagency Collaboration in Mental Health. **Australian Journal of Public Administration**, Reino Unido, v. 71, n. 4, p. 403-411, 2012.

SHIMIZU H.E *et al.* O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de Governança regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22, n. 4, p. 1131-1140, 2017.

SILVA, F. A. *et al.* Redes organizacionais no contexto da governança pública: a experiência dos Tribunais de Contas do Brasil com o grupo de planejamento organizacional. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 249-271, 2013.

SOLLA, J; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 547-576.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETICHE, M.; MARQUES, E. (org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-86.

SPEDO S.M. *et al.* O difícil acesso à serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Phisis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

SPEER, J. Participatory Governance Reform: a good strategy for increasing government responsiveness and improving public services? **World development**, Reino Unido, v. 40, n.12, p.2379-98, dez. 2012.

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

TONELLI, D. F. *et al.* Uma proposta de modelo analítico para a inovação na gestão pública. **Revista Serviço Público**, Brasília, v. 67, nesp, p. 59-84, 2016.

TORFING, J. *et al.* **Interactive governance**: advancing the paradigm. Oxford University Press, 2012.

VARGAS, I. *et al.* Política Regional de Atenção Integrada à Saúde no Brasil: da formulação à prática, **Política e Planejamento em Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 705-717, 2015.

WEBER, E. P.; KHADEMIAN, A. M. W. Problems, knowledge challenges, and collaborative capacity builders in network settings. **Public Administration Review**, Reino Unido, v. 68, n. 2, p. 334-349, 2008.

WHELAN, C. Network dynamics and network effectiveness: a methodological framework for public sector networks in the field of national security. **Australian Journal of Public Administration**, v. 70, n. 3, p. 275-286, 2011.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



MESTRADO PROFISSIONAL
ÁREA CONCENTRAÇÃO:
GESTÃO DO CUIDADO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O questionário será utilizado com a finalidade de desenvolver o projeto de pesquisa de Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, intitulada **“Governança na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE): Um estudo na Região Sul de Santa Catarina”**. Eu, Rejane de F. Seldenreich (mestranda), juntamente com a Profa. Dra. Lisiane Tuon Bitencourt, voltamos a reiterar nosso agradecimento, pela sua disponibilidade de contribuir, para que este trabalho seja desenvolvido e que juntos, somemos forças na verdadeira efetivação do SUS.

Nº Questionário: ____ ____

Assinale com um “X” em cima do parêntese, nas questões com alternativas.
Ex: (0) ZZZ ou (1) ZZZ e escreva sua resposta nas questões que pede: Ex: outra (especifique).

	CODIFICAÇÃO (Preenchido pela Mestranda)
BLOCO A – INFORMAÇÕES PESSOAIS	
A1. Qual sua idade? __ __ anos	A1. _____
A2. Sexo: (0) Masculino (1) Feminino	A2. _____
A3. Comissão de Intergestores Regional (CIR), que pertence: (0) AMREC (1) AMESC	A3. _____

<p>A4. Grau de Instrução: (0) Ensino fundamental incompleto (1) Ensino fundamental completo (2) Ensino médio incompleto (3) Ensino médio completo (4) Graduação concluído (especifique curso): _____ (5) Graduação não concluído (especifique curso): _____ (6) Pós-Graduação concluída (especifique curso): _____ (7) Pós-Graduação não concluída (especifique curso): _____ (8) Mestrado concluído (especifique curso): _____ (9) Mestrado não concluído (especifique curso): _____ (10) Doutorado concluído (especifique curso): _____ (11) Doutorado não concluído (especifique curso): _____ (12) Outro (especifique) _____</p>	<p>A4. _____</p>
<p>A5. Tempo no cargo de gestor/secretário na saúde (especifique em ano ou meses). _____</p>	<p>A5. _____</p>
<p>A6. Já foi gestor público anteriormente? (0) Sim, na área da saúde (1) Não, nunca fui gestor Atenção: respondeu não, vá para a questão A10) (2) Sim, mas em outra área (especifique a área) _____</p>	<p>A6. _____</p>
<p>A7. A experiência anterior de gestor, exerceu: (0) No município atual (1) Em outro município. Qual? _____ (2) No Governo estadual. Qual? _____ (3) No Governo federal. Qual? _____</p>	<p>A7. _____</p>
<p>A8. Quando soube que iria assumir esta função, buscou orientações: (0) Em cursos promovidos por CONASS, CONASEMS, Estado, CIR. (1) Buscou por iniciativa própria (Internet, assessorias....) (2) Outro (especifique): _____</p>	<p>A8. _____</p>

<p>A9. É filiado a partido político?</p> <p>(0) Sim, mesmo partido/coligação do prefeito</p> <p>(1) Não sou filiado a nenhum partido político</p> <p>(2) Sim, mas de partido/coligação diferente do prefeito</p> <p>(3) Outra situação (especifique) _____</p>	<p>A9. _____</p>
<p>BLOCO B – DIAGNÓSTICO DO MUNICÍPIO NA AAE</p>	
<p>B1. O seu município tem clínica de atenção ambulatorial especializada (ambulatório de especialidades, média complexidade)?</p> <p>(0) Sim</p> <p>(1) Não</p> <p><i>(Atenção: Se marcou " não", então/Vá para a questão B4)</i></p>	<p>B1. _____</p>
<p>B2. Marque as Especialidades que o seu município oferece:</p> <p>(0) Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, ou outros profissionais de nível superior e nível médio;</p> <p>(1) Cirurgias ambulatoriais especializadas, (cirurgias eletivas);</p> <p>(2) Procedimentos traumato-ortopédico;</p> <p>(3) Ações especializadas em odontologia;</p> <p>(4) Exames de patologia clínica (laboratório);</p> <p>(5) Citopatologia (exame das células e suas alterações em casos; patológicos e anatomopatologia (exame base de diagnóstico e definição do estágio da doença);</p> <p>(6) Radiodiagnóstico;</p> <p>(7) Exames ultrassonográficos;</p> <p>(8) Diagnose (atividades que auxiliam a determinação do diagnóstico ou complementam o tratamento e a reabilitação de doentes);</p> <p>(9) Fisioterapia;</p> <p>(10) Terapias especializadas;</p> <p>(11) Próteses e órteses;</p> <p>(12) Gastroenterologia;</p> <p>(13) Cardiologia / Vascular;</p> <p>(14) Oftalmologia;</p> <p>(15) Ginecologia e obstetrícia;</p> <p>(16) Ortopedia;</p> <p>(17) Neurologia;</p> <p>(18) Dermatologia;</p> <p>(19) Endocrinologia;</p> <p>(20) Pneumologia;</p> <p>Outras (caso queira especificar):_</p> <p>_____</p>	<p>B2. _____</p>

<p>B3. As especialidades, assinaladas na questão acima, atendem as demandas, ou seja, necessidades da população de seu município?</p> <p>(0) Sim (1) Não (2) Atendem em partes. Quais? Escreva aqui só os números: _____</p>	<p>B3. _____</p>
<p>B4. As especialidades que não são atendidas ou atendidas em partes, para qual município são encaminhadas?</p> <p>(0) Criciúma (1) Florianópolis (2) Não são encaminhadas (3) Outra (especifique onde): _____</p>	<p>B4. _____</p>
<p>B5. Qual a forma que seu município contrata estes procedimentos da questão B4?</p> <p>(0) O município contrata em instituições privadas; (1) O município tem convenio com serviços de saúde filantrópicos ou universitários; (2) O município tem consórcio e faz parte da regionalização de saúde (3) Outro (especifique) _____</p>	<p>B5. _____</p>
<p>B6. Referente a atenção ambulatorial especializada (AAE), qual a maior dificuldade?</p> <p>(0) Agendamento de exames (filas) (1) Muitos encaminhamentos para exames (2) Baixa oferta de profissionais (3) A população não é atendida com resolutividade, na APS (atenção primária). (4) Outro (especifique) _____</p>	<p>B6. _____</p>
<p>B7. Dos casos que atualmente aguardam atendimento, gerando lista de espera, você considera que a maioria é por:</p> <p>(0) Necessidade de consulta (1) Necessidade de exames (2) Procedimentos cirúrgicos (3) Procedimentos de reabilitação (4) Eventos agudos (5) Outros (especifique) _____</p>	<p>B7. _____</p>

<p>B8.AAE é considerada o entrave (gargalo) no SUS, devido:</p> <p>(0)A população ir direto ao especialista, porque não encontra solução na atenção básica;</p> <p>(1) Os interesses econômicos do complexo industrial médico existente, com empresas de caráter multinacional com monopólio, que ofertam os serviços especializados;</p> <p>(2) Fragmentação no atendimento e o paciente fica perdido;</p> <p>(3) Sistema de Regulação é deficiente;</p> <p>(4) Inexistência de governança nos níveis federais, estaduais e municipais;</p> <p>(5) A afirmativa não é verdadeira, AAE atende as necessidades da população de meu município;</p>	<p>B8. _____</p>
<p>BLOCO C- ELEMENTOS DA GOVERNANÇA NA AAE</p>	
<p>C1. Existe a participação e interdependência, ou seja, dependência mútua, de recursos financeiros (os resultados só serão alcançados em parceria) entre os municípios que fazem parte da sua região de saúde?</p> <p>(0) Sim</p> <p>(1) Não</p> <p>(2) Outra situação(especifique) _____</p>	<p>C1 _____</p>
<p>C- Marque para cada afirmativa, referente a relação entre os membros, da região de saúde que seu município faz parte e/ou forma de governança:</p> <p>C2- O município tem/teve liberdade de escolher os municípios parceiros para regionalização da saúde?</p> <p>(0) Sim (1) Não</p> <p>C3-Existem compartilhamento de riscos, entre os municípios da região de saúde?</p> <p>(0) Sim (1) Não</p> <p>C4- Existe confiança entre os membros, entendimento, consenso, objetivos comuns para compartilhar desafios?</p> <p>(0) Sim (1) Não</p> <p>C5- Considerar elementos políticos, ambientais socioeconômicos, para organizar o trabalho na AAE por macrorregião é de fundamental importância?</p> <p>(0) Sim (1) Não</p> <p>C6- As parcerias entre os municípios muitas vezes, dificultam alcançar os objetivos pela divisão de recursos;</p> <p>(0) Sim (1) Não</p>	<p>C2. _____</p> <p>C3. _____</p> <p>C4. _____</p> <p>C5. _____</p> <p>C6. _____</p>

<p>C7- Há conhecimento da história prévia e/ou discussão de conflitos preexistentes dos participantes, para chegar ao compartilhamento de desafios? (0) Sim (1) Não</p>	<p>C7. _____</p>
<p>BLOCO D -CONTINUAÇÃO SOBRE GOVERNANÇA NA AAE</p>	
<p>D1. Existem contratos estabelecidos entre os membros da gestão com estrutura de coordenação, divisão de responsabilidades, e mecanismo de controle de resultados? (0) Sim (1) Não (2) Sim, mas não são eficientes na totalidade;</p>	<p>D1. _____</p>
<p>D2. Tem um grupo líder, (geralmente de forma transitória) que concentra a coordenação, objetivos e decisões? (0) Sim (1) Não (2) Sim e muitas vezes algumas de nossas opiniões não são ouvidas; (3) Não. Essas ações são decididas em conjunto na CIR; (4) Não. Essas ações estão atreladas ao prefeito, limitando ações dos secretários;</p>	<p>D2. _____</p>
<p>D3. Acontecem reuniões periódicas ou interações informais frequentes que discutem o aspecto econômico, forma de gestão, compartilhamento na execução dos planos e tomada de decisões? (0) Sim (1) Não (2) Não. Estamos na dependência da hierarquia estadual/federal; (3) Sim, mas enfrenta dificuldades na execução dos planos; (4) Outra (especifique)_____</p>	<p>D3. _____</p>
<p>BLOCO E- CONTINUAÇÃO SOBRE GOVERNANÇA NA AAE</p>	

<p>E1. São estabelecidos protocolos, modelos de acordo, que estabelecem comunicação (Tecnologias de informação), gerenciamento de conhecimentos, consenso estratégico e evolução de objetivos comuns?</p> <p>(0) Sim (1) Não (2) Não, ainda não está definido, na AAE (3) Sim, mas esse domínio, fica a cargo da parte técnica</p>	<p>E1. _____</p>
<p>E2. Identifica uma liderança no meio, (não o gestor), pode ser indivíduo e/ou organização, que faz articulação, conexões entre ação política e sociedade, cria ambiente de colaboração na governança na AAE?</p> <p>(0) Sim, identifico com clareza (1) Não identifico (2) Precisamos fortalecer esses processos de lideranças;</p>	<p>E2. _____</p>
<p>E3. Existe indicadores e existe domínio na compreensão deles, que facilitam a aferição do desempenho da AAE na saúde?</p> <p>(0) Sim, existem indicadores, mas são de difícil compreensão e relação (1) Não existem indicadores (2) Sim, existem indicadores e domínio deles</p>	<p>E3. _____</p>
<p>E4. Quanto ao desempenho da efetividade dos processos na AAE. (Atenção / Pode marcar mais de uma alternativa).</p> <p>(0) Está atrelada a influência de estância superior (estadual/federal); (1) Está atrelada a grupos econômicos privados, com interesse nesses serviços; (2) Está atrelada a disputas entre os municípios; (3) Está atrelada ao desconhecimento dos profissionais da saúde (médicos); (4) Está atrelada a cultura da população; (5) Está atrelada a corrupção na prestação de serviços e quem precisa não é atendido; (6) Está atrelada, a buscar parcerias, estabelecer foco na AAE, tomar atitudes impactantes na hierarquia; (7) Somente será eficaz, quando tiver a acessibilidade, compatibilidade e abrangência em todo o sistema da AAE; (8) Na nossa região, ela é eficiente. Os resultados obtidos nos serviços prestados condizem com o grau de satisfação, atendem as necessidades;</p>	<p>E4. _____</p>

<p>E5. É perceptível na CIR, uma conexão entre os membros, colaboração a serviço de uma única visão e propósito, uma identidade coletiva entre os parceiros?</p> <p>(0) Sim (1) Não (2) Precisa-se evoluir neste sentido;</p>	<p>E5. _____</p>
<p>E6. Já aconteceu de em função de confiança, justiça, comportamento de gestores e/ ou estrutura, o seu município, ser prejudicado em relação a outros municípios componentes desta associação?</p> <p>(0) Sim (1) Não (2) Sim, algumas vezes, devido à falta de valores, e espírito de equipe;</p>	<p>E6. _____</p>
<p>E7. Como gestor de saúde, mesmo sendo município de pequeno porte, já conseguiu perceber na prática, que a sua opinião é ouvida e considerada para o bem coletivo?</p> <p>(0) Sim sempre (1) Não é rotina, levar em consideração a minha opinião (2) Nem sempre é considerada, depende de outros interesses políticos</p>	<p>E7. _____</p>
<p>Obs: Para lembrar alguns conceitos.</p> <p>Eficiência: é quando algo é realizado da melhor maneira possível, ou seja, com menos desperdício ou em menor tempo.</p> <p>Eficácia: é quando um projeto/produto/pessoa atinge o objetivo ou a meta.</p> <p>Efetividade: é a capacidade de fazer uma coisa (eficácia) da melhor maneira possível (eficiência).</p> <p>E8. Quanto as instâncias internas, (controles internos, corregedorias, ouvidorias, comissões e comitês), na AAE do seu município.</p> <p>(0) Eles ainda estão focados somente na legalidade; (1) Além da legalidade e economicidade, eles também verificam a execução; (2) Além de legalidade, economicidade e execução, eles também verificam a eficiência; (3) Além de legalidade, economicidade, execução, eficiência, eficácia, eles também verificam a efetividade; (4) Sua organização na AAE, serve de exemplo para as demais, no sentido de governança;</p>	<p>E8. _____</p>

<p align="center">BLOCO F- DÊ A SUA OPINIÃO COMO GESTOR E COMO CIDADÃO</p>	
<p>F1. Termo “Governança”, significa para você: (0) Define o direcionamento estratégico da organização por meio de conselhos formados, com representantes das diversas partes interessadas nas atividades e nos serviços prestados pela organização pública; (1) Tem a função de executar os planos aprovados de forma a entregar os resultados definidos; (2) Ainda não tenho um conceito claro e definido;</p>	<p>F1. _____</p>
<p>F2. Percebe alternativas de governança na AAE? (0) Governança em rede (colaborativo); (1) Seguir o modelo de governança de empresas privadas; (2) Mudança no posicionamento e atitudes dos representantes do Estado; (3) Gestores serem capacitados para trabalhar no coletivo, sem a forte burocratização e politização em algumas instâncias governamentais; (4) É responsabilidade do Estado a situação atual, portanto ele, deve articular para encontrar a solução alternativas.</p>	<p>F2. _____</p>
<p>F3. O estabelecimento de um ambiente colaborativo (redes) na saúde, que envolve a sociedade civil, democratizando a relação governo/cidadão: (1) Facilitaria para o Estado entregar bens e serviços; (2) Não modificaria o resultado, passando a zona de poder para outros grupos; (3) Políticos assumiriam este espaço para promoção de agendas individuais e partidárias; (4) Encontraria entraves e dificuldades nas articulações e cooperação entre os atores políticos, sociais e institucionais; (5) Necessitaria mais embasamento teórico e conhecimento por parte dos gestores e da sociedade civil para efetivação da governança colaborativa; (6) Não percebo solução para a AAE, no contexto estadual e municipal, neste momento;</p>	<p>F3. _____</p>

<p>F4. Escreva no espaço abaixo o que você considera importante, que é realizado em seu município e que contribui positivamente na governança da AAE. Caso não tenha pontos para destacar, passe para a próxima questão.</p>	
BLOCO G- CRÍTICAS/SUGESTÕES/APONTAMENTOS	
<p>G1. Deseja acrescentar alguma contribuição, crítica ou dar ênfase a algum item, que não foi contemplado no questionário e que consideras relevante para a governança na AAE. Escreva no espaço abaixo:</p>	

Obrigado! Sua contribuição foi muito importante!

APÊNDICE B-CARTILHA SOBRE GOVERNANÇA NA SAÚDE PARA GESTORES MUNICIPAIS



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC



**Governança na Saúde para
gestores municipais**

**CRICIÚMA – SC
2019**



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO
PROFISSIONAL

Governança na Saúde para Gestores municipais

Cartilha que atende um dos objetivos da dissertação **“Governança na Atenção Ambulatorial Especializada: um estudo na região Sul de Santa Catarina**, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Mestranda em Saúde Coletiva
Rejane de Figueiredo Seldenreich

Professora Orientadora
Prof^a. Dr^a. Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

APRESENTAÇÃO

Esta cartilha tem como objetivo, contribuir com subsídios, para os gestores de saúde, no entendimento da governança colaborativa, possibilitando desenvolver ações para o enfrentamento dos entraves, que impedem o sistema de governança na AAE, se tornar efetivo.

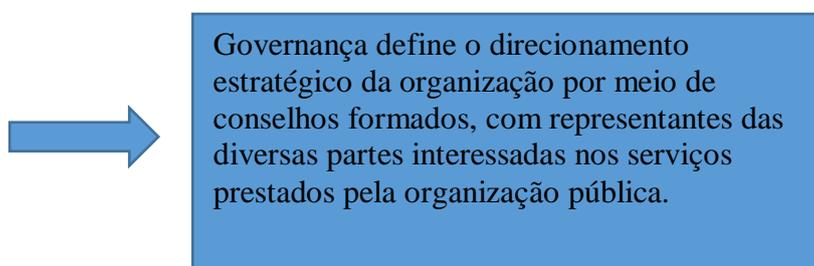
Na cartilha são apresentados a estrutura de governança colaborativa, bem como os elementos que devem ser considerados, neste arranjo de colaboração: Princípios, Antecedentes, Governança Contratual, Governança Processual e Governança Relacional.

Também é considerado o perfil do gestor de saúde, assim como, um pequeno check-list, que servirá como exemplo, para auxiliar o gestor, identificar como está a organização da governança na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), em sua região de saúde.

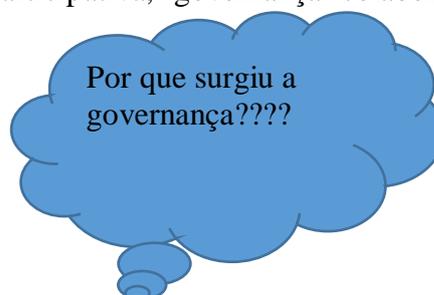
1 INTRODUÇÃO

A saúde é um dos principais setores na economia dos países e a sua gestão é complexa. Hoje há um movimento crescente de transformação no modo de fazer gestão pública e nesse contexto, Schulze (2015), ressalta que a qualificação dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), exige necessariamente, a adoção de práticas de boa governança na gestão da saúde, por isso deve ser almejada pelos gestores e exigida pela sociedade.

Segundo Peters (2013), a raiz da palavra governança vem do grego que significa direção. Assim, logicamente, o significado fundamental da governança é dirigir a economia e a sociedade, visando objetivos coletivos.



A governança pública, também é referenciada com alguns sinônimos (governança democrática, boa governança, governança participativa, governança colaborativa, dentre outras).



A governança surgiu da necessidade de que os proprietários, ao delegarem a administração de seus negócios a terceiros, adotem determinados mecanismos que minimizem os riscos de possíveis conflitos de interesses (SLOMSKI *et al.* 2008).



Ao trazer o conceito de governança para a área pública, compreende-se que o papel do cidadão seria equivalente ao papel do proprietário de uma empresa.

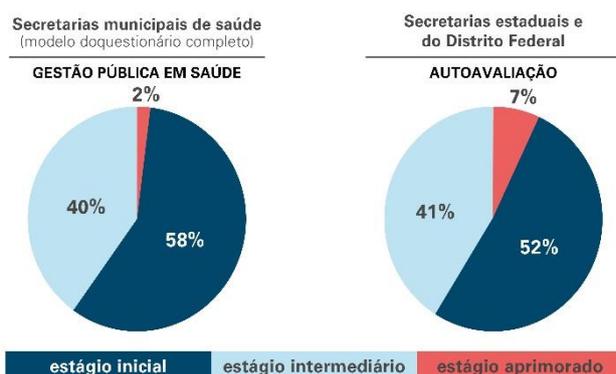
VAMOS RELEMBRAR!!!!



A governança se ocupa de avaliar a situação, determinar a direção e monitorar os acontecimentos para acompanhar se a direção determinada está sendo seguida, enquanto a gestão ocupar-se-á de elaborar os processos de trabalho para executar o ciclo Planejar-Executar-Avaliar-Agir, com objetivo de ir na direção determinada pela governança.

COMO ESTÁ A GOVERNANÇA NA SAÚDE A NÍVEL NACIONAL?





Fonte: BRASIL,2018

Vargas *et al* (2015), refere que a organização do sistema brasileiro em **redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde**, como forma de concertar a fragmentação e proporcionar maior interação entre as ações e os serviços de atenção em diferentes níveis de complexidade, requer um sistema de governança participativo, **a governança colaborativa**.

Roth *et al* (2012), caracteriza governança colaborativa como: “o conjunto de instrumentos que permitem a **coordenação dos atores** envolvidos em redes. Incluem um conjunto de **processos de tomada de decisão e controle**, que viabiliza a execução de políticas.

Governança Colaborativa

Define regras, normas, rotinas e outros procedimentos que estabeleçam os limites de autonomia, a divisão de responsabilidades, o estabelecimento de bases para o compartilhamento de recursos e de resultados.



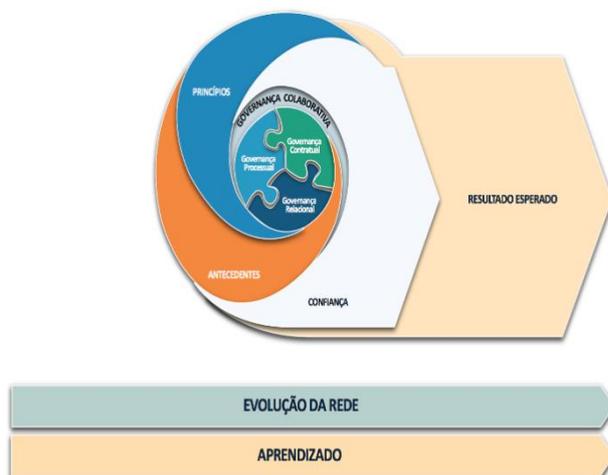
Vamos chegar a um Consenso!

Governança colaborativa, exercício da influência e da negociação!!!

O QUE QUEREMOS? COMO FAZER??

2 GOVERNANÇA COLABORATIVA

Quando se opta pela formação da rede e se constata a presença de alguns princípios ou pelo menos a disposição em construí-los, inicia-se a estruturação da governança colaborativa (MILAGRES *et al.*, 2016).



Fonte: CONNAS, 2016

Os componentes da governança colaborativa estão em constante movimento/integração/aprendizado, com base na confiança e consenso por uma saúde efetiva.

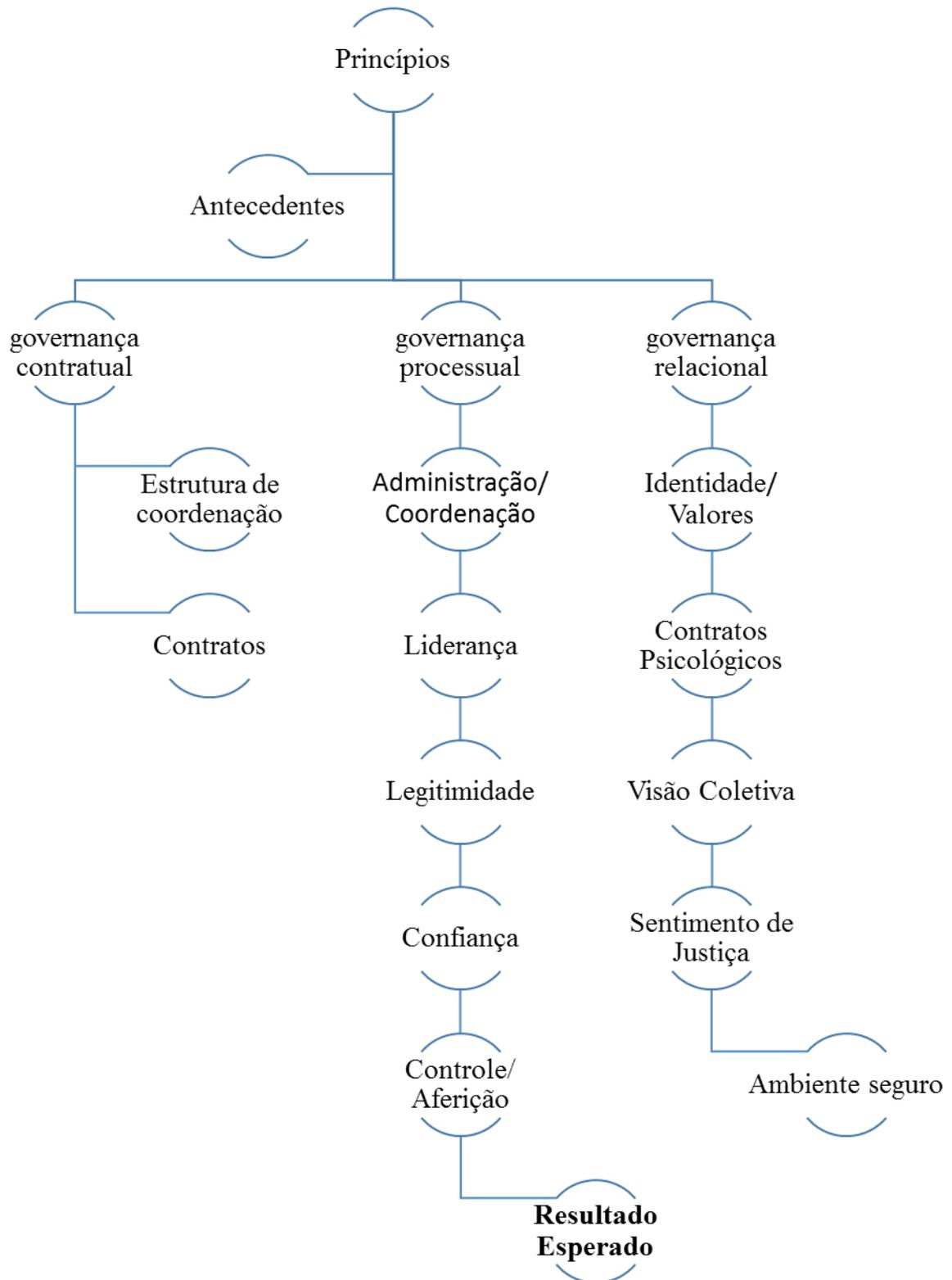
Aprendizado é a base construída ao longo da evolução na construção da governança.

Como sustentação, como pano de fundo, está a confiança estabelecida entre os membros da rede, que é fortalecida através dos antecedentes e princípios envolvidos nesta rede de colaboração.

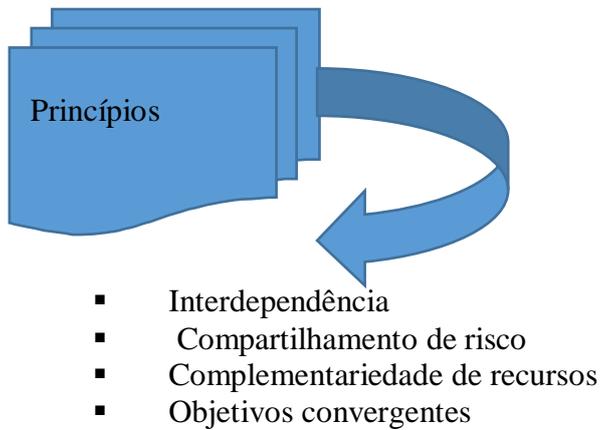
E como um quebra-cabeça, as 3 grandes peças se encaixam, se firmam e criam movimentos, guiadas pelo consenso.

Essa estrutura colaborativa, facilita a compreensão dos problemas e elaboração de soluções, chegando aos resultados esperados.

ESTRUTURA DA GOVERNANÇA COLABORATIVA



2.1 PRINCÍPIOS



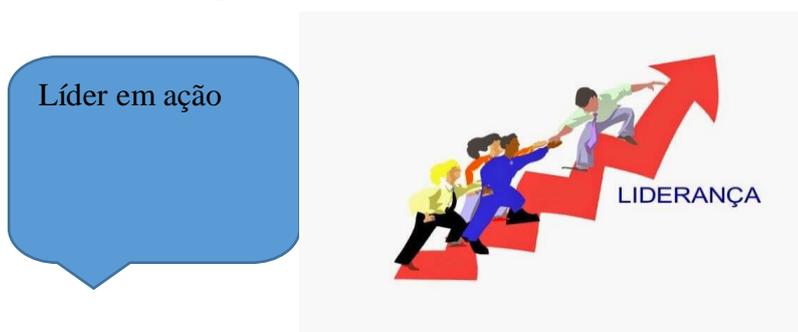
2.2 ANTECEDENTES

São considerados para se iniciar ou não uma rede de colaboração, ou seja, o contexto do ambiente. Diagnóstico, elementos políticos, socioeconômicos e ambiental;



Eis a questão???

Quem fará parte???



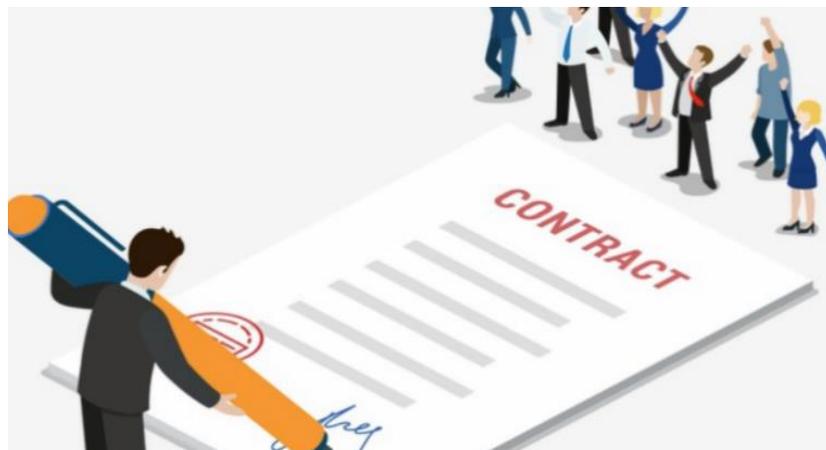
Identifica:

Interdependência= Precisar do outro
Complementaridade de recursos
Compartilhamento de riscos
Relações de confiança

Pronto para formar:



2.3 GOVERNANÇA CONTRATUAL



✓ Os **contratos** são facilitadores do processo de coordenação. Conformam expectativas, previnem disputas e facilitam as decisões. Definem mecanismos de controle, definições de responsabilidades e visam mitigar riscos, aumentam o nível de confiança.

✓ **Estrutura de coordenação:** Definição de responsabilidades; São as estruturas em que a tomada de decisão ocorre por meio de reuniões periódicas dos membros ou interações informais.

2.4 GOVERNANÇA PROCESSUAL

São mecanismos desenvolvidos para operação diária (rotinas) das redes colaborativas. administração/coordenação da rede; liderança; legitimidade; confiança; controle e aferição de resultados.

<p>1-Administração</p>	<p>Coordenação, comunicação (TIC), gestão de conflitos, consenso estratégico, protocolos, gerenciamento desconhecimento.</p>
<p>2-Liderança</p>	<p>Construir conexões entre os grupos e promover a colaboração entre as instituições e os prestadores de serviço.</p>
<p>3- Legitimidade</p> 	<p>Quanto maior for o consenso construído, maior a reciprocidade / identidade coletiva.</p>
<p>4-Confiança</p> 	<p>É percebida como central.</p> <p>Processo cíclico de negociação e empenho e execução dos acordos.</p>
<p>5- Controle Aferição de resultados</p> 	<p>Entregar soluções para os problemas; influencia para melhorar o desempenho.</p> <p>Quais são os indicadores? O que deve ser considerado na aferição do desempenho e para quem?</p>

2.5 GOVERNANÇA RELACIONAL



Identidade da rede: códigos, valores.

Contratos psicológicos: expectativas não escritas, entre os membros.

Visão Coletiva: objetivos a serem alcançados.

Sentimento de justiça: todos contemplados.

Ambiente seguro: recursos, informações e conhecimentos compartilhados.

Resultado esperado

3 PERFIL DO GESTOR DE SAÚDE



Objetivo central do **gestor** deve ser o de atender às necessidades de saúde da população, com economicidade, eficiência, eficácia e efetividade.

REMBRANDO ALGUNS CONCEITOS

Eficiência: é quando algo é realizado da melhor maneira possível, ou seja, com menos desperdício ou em menor tempo.

Eficácia: é quando um projeto/produto/pessoa atinge o objetivo ou a meta.

Efetividade: é a capacidade de fazer uma coisa (eficácia) da melhor maneira possível (eficiência).

PRECISA tudo isso para ser gestor????

Pessoas íntegras, capacitadas, competentes, responsáveis e motivadas e liderando os processos de trabalho.



Gestor você já faz governança!!!!

Vamos fazer um **Check-list**, com alguns elementos de Governança, como exemplo?

Cada item está relacionado com os:

Princípios

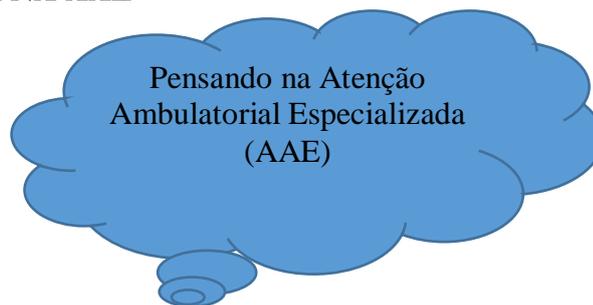
Antecedentes

Governança Contratual

Governança Processual

Governança Relacional

4 CHECK-LIST DE GOVERNANÇA NA AAE



- Os critérios dos perfis dos profissionais que o secretário de saúde e os gestores diretamente a ele subordinados devem possuir estão descritos.
- As necessidades de capacitação do secretário de saúde e dos gestores diretamente a ele subordinados estão descritas?
- O secretário de saúde e os gestores diretamente a ele subordinados estão submetidos a um código de ética
- O código de ética e de conduta adotado possui as seguintes características:
 - a) detalha valores, princípios e comportamentos esperados dos agentes;
 - b) define tratamento para conflitos de interesses, com registro, de forma explícita e transparente, que possam conduzir a evitar/ou resolver, conflitos de interesses (por exemplo: empregos atuais e anteriores, candidaturas a cargos eletivos, atividades políticas nos últimos cinco anos);
 - c) proíbe o recebimento de benefícios que possam, de forma efetiva ou potencial, influenciar, ou parecer influenciar, as ações da alta administração e dos conselheiros de saúde.
 - d) o código de ética e de conduta adotado define:
 - sanções cabíveis em caso de seu descumprimento;
 - mecanismos de monitoramento e avaliação do seu cumprimento e ações de divulgação do código.

Tudo isso gera CONFIANÇA!!!!!!

- Conhecer as suas necessidades e suas possibilidades para a integração regional.
 - Informações sobre ações e serviços em saúde que necessitam ser supridas por outros entes (municípios/estado) estão disponíveis.
 - Informações sobre a oferta excedente de serviços de saúde que podem ser oferecidos a outros municípios estão disponíveis.
- Estabelecer mecanismos de atuação conjunta, com municípios, estado e união.
 - Proposta de suas responsabilidades na região de saúde e nas redes de atenção à saúde está descrita.
 - Informações sobre a necessidade de financiamento para assumir as responsabilidades propostas, com memórias de cálculo e suas evidências, estão disponíveis;
- Está definido e é acessível às partes interessadas, informação e divulgação relacionadas a saúde.
 - Nos estabelecimentos de saúde, próprios, conveniados ou contratualizados, **em local facilmente visível pelos usuários, dos serviços que ofertam:**

- ❖ Listas de espera para procedimentos de média complexidades;
- ❖ Principais instrumentos de planejamento da secretaria (por exemplo Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde);
- ❖ Principais relatórios de acompanhamento e avaliação da saúde, por exemplo, Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), Relatório Anual de Gestão (RAG);
- ❖ Fluxo de encaminhamento e acesso aos serviços de média complexidade e contrarreferencia;
- ❖ Fixação da quantidade de serviços ofertados (escala de médicos), é feita com base em dados epidemiológicos e populacionais a partir da necessidade apontada pela atenção básica;
 - Estabelecimento e monitoramento periódico de **indicadores** de qualidade e produtividade de todos os estabelecimentos de saúde
 - Monitoramento, nos estabelecimentos de saúde próprios, da produtividade individual por categoria profissional, visando à completa utilização da capacidade operacional;
 - Definição dos protocolos clínicos que devem ser utilizados na atenção básica para o encaminhamento à média complexidade e desta para a alta complexidade, incluindo o estabelecimento de parâmetros para a correta regulação clínica, a fim de qualificar os encaminhamentos para especialidades;
 - Apoio à qualificação dos encaminhamentos para as especialidades, por exemplo, por meio de centros de tele consultoria;
 - A existência de controles adequados é necessária para o alcance dos objetivos previamente fixados.
 - Monitoramento e avaliação do processo de regulação, incluindo o acompanhando da demanda reprimida, fila de espera e o absenteísmo de usuários nas consultas;
 - Está estabelecido uma gestão de riscos apropriada, com a função de auditoria interna.

A AUDITORIA INTERNA do SUS não se confunde com o controle interno da secretaria de saúde.

A GESTÃO DE RISCOS consiste no processo estabelecido para identificar, administrar e controlar, possíveis situações que possam impedir ou dificultar o atingimento dos objetivos e metas. Aumenta as possibilidades para o alcance.
(Adaptado da INC MP/CGU 01/2016).

- Índícios de irregularidades são apurados, de ofício, em conformidade com as diretrizes definidas:
 - ❖ Casos comprovados de irregularidades resultam na aplicação de sanções, em conformidade com as diretrizes definidas e são apurados;
 - ❖ Casos comprovados de irregularidade resultam no encaminhamento tempestivo de informações para os órgãos de controle competentes.

DE OFÍCIO Refere-se ao ato determinado por autoridade administrativa, que deve ser cumprido independentemente de iniciativa ou pedido da parte interessada (Glossário Jurídico do Supremo Tribunal Federal- STF) São exemplos de órgãos de controle: tribunais de contas, casas do Poder Legislativo, controladorias e órgãos de auditoria do SUS e Ministério Público.

Lembretes

- ✓ Indicador de qualidade: adequação entre as características dos produtos e serviços entregues, e os requisitos e necessidades dos beneficiários.
- ✓ Indicador de produtividade: representa relação entre o nível de produção (serviços e produtos) e os recursos utilizados, (seja o capital humano, imobilizado, investimentos).
- ✓ Barreiras ao acesso dos usuários: São condições que dificultam o acesso dos potenciais usuários aos serviços de saúde, por exemplo, quantidade dos serviços oferecidos incompatível com a população coberta, oferta de poucos tipos de serviço, barreiras financeiras, barreiras culturais, barreiras geográficas e barreiras organizacionais.
- ✓ Absenteísmo de usuários: Não comparecimento do paciente a um procedimento previamente agendado em unidade de saúde, sem nenhuma notificação.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério do planejamento. **Instrução normativa Ministério do planejamento.** AECI/GM/MP-INC MP/CGU 01/2016. 13 p. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/empresas-estatais/palestras-e-apresentacoes/1-instrucao-normativa-conjunta-cgu-mp-001-2016.pdf> Acesso em: 26 de mar 2019.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. **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.
- CONASS. **Debate –Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2016b. 118 p – (CONASS Debate, 6).
- DE PAULA. G. B. **Governança Corporativa: tudo que você precisa saber sobre o “fair play” do mundo dos negócios!** 2016. Disponível em: <https://www.treasy.com.br/blog/governanca-corporativa>. Acesso em: 28 mar. 2019.
- MILAGRES, R.*et al.* Governança Colaborativa. In: **CONASS Debate,6 Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2016, p.14-48.
- PETERS, B. G. O que é governança? **Revista do TCU**, São Paulo, v. 87, p. 28-33, maio/ ago. 2013. Disponível em: <https://revista.tcu.gov.br/ojs/index.php/RTCU/article/view/87/85>. Acesso em: 19 mar. 2019.
- SCHULZE, C.J. Governança na Gestão da Saúde. In: **Empório do Direito.**2015. > Disponível em: <http://emporiiododireito.com.br/backup/governanca-na-gestao-da-saude>>Acesso em 07 de agosto de 2017.
- SLOMSKI, V *et al.* **Governança corporativa e governança na gestão pública.** São Paulo: Atlas, 2008.
- VARGAS, I *et al.* Política Regional de Atenção Integrada à Saúde no Brasil: da formulação à prática, **Política e Planejamento em Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 705-717, 2015.
- ROTH, A. L.*et al.* Diferenças e inter-relações dos conceitos de governança e gestão de redes horizontais de empresas: contribuições para o campo de estudo. **Revista de Administração-RAUSP**, v. 47, n. 1, p. 112-123, 2012.

ANEXO(S)

ANEXO A- CARTA DE ACEITE REGIÃO EXTREMO SUL CATARINENSE**Carta de aceite - Comissão de Intergestores Regional (CIR) da
Região de Saúde Extremo Sul Catarinense**

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar (banco de dados, entrevistas e outras informações) da Instituição: Comissão de Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense, localizada na rua Giacomo Antônio Mazzuco, 31, bairro Cidade Alta, CEP 88901-042, Araranguá – SC, para o desenvolvimento da Pesquisa intitulada: "**Governança na Atenção Especializada: Um estudo na região Sul de Santa Catarina, (SC)**" sob a responsabilidade da Prof^a. Responsável Lisiane Tuon e mestrande Rejane de Figueiredo Seldenreich do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Araranguá, 5 de outubro de 2017.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Cleonice Lima Silvano".

Cleonice Lima Silvano

Secretária de Saúde de Turvo

Coordenadora da Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde do Extremo Sul Catarinense

ANEXO B- CARTA DE ACEITE REGIÃO DE SAÚDE CARBONÍFERA

6

**Estado de Santa Catarina
SUS-Sistema Único De Saúde
CIR- Comissão Intergestores Regional De Saude/AMREC**

Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso, Urussanga e 21ª Gerência de Saúde.

**Carta de aceite- Comissão de Intergestores Regional (CIR)
Região de Saúde Carbonífera**

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar (banco de dados, entrevistas e outras informações) da Instituição: Comissão de Intergestores Regionais - (CIR), para o desenvolvimento da Pesquisa intitulada: " **Governança na Atenção Especializada: Um estudo na região Sul de Santa Catarina, (SC)**" sob a responsabilidade da Profa. Responsável Lisiane Tuon e mestrande Rejane de Figueiredo Seldenreich do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Diego Passarela

Coordenador/Secretário de Saúde de Forquilha
Comissão de Intergestores/CIR Carbonífera/AMREC

Criciúma, 06/10/2017