

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Romulo Batista Gusmão

**A GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NOS TERRITÓRIOS
MICRORREGIONAIS – UM ESTUDO DE CASO**

Belo Horizonte
2022

Romulo Batista Gusmão

**A GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NOS TERRITÓRIOS
MICRORREGIONAIS – UM ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Belo Horizonte
2022

Gusmão, Romulo Batista.
G982g A governança das redes de atenção à saúde nos territórios microrregionais [manuscrito]: um estudo de caso. / Romulo Batista Gusmão. - - Belo Horizonte: 2022.
140f.: il.
Orientador (a): Raphael Augusto Teixeira de Aguiar.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Atenção à Saúde. 2. Governança. 3. Regionalização da Saúde. 4. Dissertação Acadêmica. I. Aguiar, Raphael Augusto Teixeira de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 84

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 60 (SESENTA) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO ROMULO BATISTA GUSMÃO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 31 (trinta e um) dias do mês de março de dois mil e vinte e dois, às 14:00 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NOS TERRITÓRIOS MICRORREGIONAIS – UM ESTUDO DE CASO", do aluno Romulo Batista Gusmão, candidato ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Política, Planejamento e Avaliação em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Raphael Augusto Teixeira de Aguiar, Alzira de Oliveira Jorge e Vanessa de Almeida, sob a presidência do primeiro. Abrindo a sessão, o presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADO;

APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo orientador. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 31 de março de 2022.

Prof. Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar
Orientador (UFMG)

Prof. Drª. Alzira de Oliveira Jorge
Membro Titular (UFMG)

Prof. Drª. Vanessa de Almeida
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Augusto Teixeira de Aguiar, Presidente de comissão**, em 31/03/2022, às 19:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alzira de Oliveira Jorge, Professora do Magistério Superior**, em 02/04/2022, às 17:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa de Almeida Guerra, Subchefe**, em 05/04/2022, às 21:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a)**, em 06/04/2022, às 14:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1352387** e o código CRC **D7EF2B59**.

Dedico este trabalho à minha mãe e meu pai, que não mediram esforços para pavimentar os caminhos de minha formação. Vocês são um referencial diário e construíram em mim as bases de uma vida pautada nos valores fundamentais da responsabilidade, do trabalho dedicado e do compromisso. O que sou hoje devo a vocês! Gratidão para sempre!

Dedico ainda, a presente pesquisa, a todos os atores das Redes de Atenção à Saúde, especialmente aos gestores do SUS que, muitas vezes, na solidão não vista desse exercício, empreendem movimentos legítimos na qualificação da saúde coletiva.

Que o esforço dessa humilde contribuição, sirva de inspiração a um processo de governança favorecedor, de fato, da entrega de valor em saúde ao cidadão!

AGRADECIMENTOS

A Tati Bettoni, por me incentivar todos os dias, me aconselhar, e me amar, mesmo ausente, lutando comigo, e acreditando em sonhos e ideais! Você é especial meu amor! TE AMO! Gratidão a Deus por tê-la junto de mim!

Às minhas irmãs, cunhados e sobrinhos, meus avós – *in memoriam* –, e amigos, por conformarem toda uma base de carinho e cuidado, que compõe parte importante de mim, à qual recorro sempre que preciso me fortalecer! Gratidão!

Ao Professor Dr Prof. Dr. Raphael Augusto, meu orientador, pela tolerância paciente, diante das intempéries da vida pessoal, muito próprios do exercício da gestão; pela compreensão, incentivo, e conhecimento compartilhado. Meu respeito e reconhecimento! Gratidão por acreditar em mim, e sinalizar as pistas necessárias à descoberta do grande mundo da pesquisa!

Aos membros da banca de qualificação, Profa. Dra. Alzira de Oliveira Jorge e Profa. Dra. Vanessa de Almeida: vocês acolheram o meu trabalho e fizeram o processo ser leve, com importantes sinalizações que tornaram mais aprimorado o resultado que hoje apresento.

À Dra Katiúscia e ao Prof Dr Roberto Carlos, pelas relevantes contribuições na organização metodológica do Grupo Focal. Vocês estiveram disponíveis em um momento difícil e me fizeram sentir que conhecimento bom, é aquele que se espalha! Gratidão pelo importante apoio!

Aos participantes das entrevistas, os quais, por critério ético, não poderei aqui mencionar. Gratidão pela disposição e efetiva imersão em mais um dos meus projetos!

E, por fim, a Deus e todos os irmãos de luz que coloca ao meu encalço, para me inspirar e conduzir, sem perder de vista o planejado! Humildemente sou grato a Ti!

“Onde existe uma vontade, existe um caminho”.
(Provérbio Inglês)

APRESENTAÇÃO DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

Atuo, há aproximadamente 18 anos, no âmbito da gestão de serviços públicos de saúde, com foco nas áreas de planejamento e administração de serviços, sendo responsável direto pela idealização e implementação de agendas estratégicas, seu respectivo monitoramento e avaliação.

Participei de processos formadores voltados à ampliação de visão de mundo e ao desenvolvimento de competências específicas: Especialização em Saúde Coletiva com Ênfase em Planejamento em Saúde, pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; Especialização em Gestão da Clínica na Atenção Primária, pela Universidade Estadual de Montes Claros; Especialização em Gestão de Serviços de Saúde, pelo Instituto Doctum (projeto do Polo de Educação Permanente da Macrorregião Nordeste); e uma atualização como Facilitador de Educação Permanente, pela Fundação Oswaldo Cruz .

Atualmente, exerço o cargo de Superintendente Regional de Saúde da Unidade de Governador Valadares, desenvolvendo, junto a minha equipe técnica e gestores municipais de saúde, a governança do sistema de saúde da Macrorregião Leste, conforme atribuições definidas na Resolução SES/MG nº 7.076, de 03 de abril de 2020, que dispõe sobre a organização dos processos de trabalho das Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS). Nesse contexto, tenho tido oportunidades de estudar e implantar metodologias de gestão, com o objetivo de melhorar a efetividade das políticas públicas de saúde no território e buscando a ampliação de possibilidades para entrega de valor à população usuária.

Dentre minhas atribuições, cabe destacar a de conduzir dinâmicas relacionais entre estado e municípios, no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB); e a de fomentar ambiente para a implantação das Redes de Atenção à Saúde no âmbito da Superintendência na qual atuo; em como monitorar e avaliar o desempenho das políticas de saúde regionais. Nesse campo, é importante entender a conformação dos arranjos colaborativos que se dão no território, buscando encontrar caminhos viáveis à consolidação de programas e projetos que fortaleçam o Sistema Único de Saúde. De modo a favorecer esse ideal de trabalho, aprofundei-me nos estudos relacionados aos sistemas fragmentados e integrados, dos modelos de atenção à saúde, e das

Redes de Atenção à Saúde, propostas por Mendes (2011). Venho analisando também a aplicabilidade prática da proposta de Governo Matricial, trazido por Martins (2010); e o Modelo Analítico sobre Governança Colaborativa, proposto por Milagres (2016).

Dado o envolvimento com tais processos de gestão no âmbito da Macrorregião Leste, e considerando algumas análises de desempenho dos sistemas microrregionais de saúde, nos quais tem sido possível perceber fragilidades nos processos de governança, procuro contribuir com reflexões e reorientação de rotinas importantes ao território sanitário em questão.

Nesse sentido, vêm sendo criadas Comissões de Trabalho/Comitês Executivos de Governança, com o objetivo de realizar estudos assistenciais, modelar agendas estratégicas coerentes com as necessidades locais e implementar processos de monitoramento e avaliação. Esses grupos são formados por gestores, equipes técnicas municipais e da Superintendência Regional de Saúde, e prestadores de serviço.

Como gestor de serviços de saúde, tenho a crença de que o fomento e constituição de rotinas robustas de governança colaborativa pode contribuir, de modo incisivo, para o aprimoramento das políticas públicas de saúde em contextos complexos, proporcionando maior efetividade, por meio do favorecimento da participação, capacidade política dos atores envolvidos, da integridade, da transparência e de *accountability*.

GUSMÃO, R. B. **A Governança das Redes de Atenção à Saúde nos Territórios Microrregionais**. 2022. 138 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

RESUMO

O mundo contemporâneo é marcado pela complexidade. Arranjos colaborativos, no âmbito das políticas públicas são, portanto necessários frente ao desafio de entregar resultados ao cidadão. Na saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são a resposta social coerente ao atual contexto epidemiológico de aumento das doenças crônicas. É um modelo potencialmente capaz de favorecer sistemas integrais de saúde, a partir de redes colaborativas, formadas por estrutura operacional complexa, exigindo articulações diversas e processos específicos de governança. Sendo direcionador da gestão, a governança se faz essencial, dada a diversidade de partes interessadas, instituições e relações que se envolvem para a entrega de valor em saúde. No entanto, apresenta-se ainda, como uma abordagem emergente, teórica, cujos processos, aplicabilidade operacional e efeitos no cotidiano dos territórios regionais, no âmbito das RAS, são ainda pouco pesquisados. Trabalhos mais analíticos são escassos na literatura e apresentam baixo grau de precisão na discussão e explicação de fragilidades limitantes da sua efetividade e impacto nos resultados das RAS. O objetivo deste trabalho é, então, descrever os processos de governança da rede materno-infantil na microrregião de Governador Valadares – Leste de Minas Gerais, e respectivas fragilidades. Para tanto, utilizou-se como metodologia um estudo de caso único, de abordagem qualitativa e caráter exploratório. Entrevista semiestruturada, análise documental, e Grupo Focal, foram utilizados para coleta dos dados, trabalhados posteriormente com a técnica de análise de conteúdo. Evidenciou-se, nos resultados que a governança microrregional das RAS conforma-se como elemento desafiador de sua estrutura operacional, cujo lócus é disperso, tanto em seu ambiente interno quanto externo, com processos diversificados, francamente fragmentado / desarticulado, tornando-o, portanto, superficial, incoerente e descontextualizado, assumindo caráter cartorial, reativo e episódico. O baixo grau de legitimidade dos atores regionais nos processos decisórios, e uma lógica de estruturação de políticas “financiamento centrada”, em detrimento às necessidades locorregionais, são potencializadores de fragilidade. Mesmo assim, a governança colaborativa é favorecida em função de vivências iniciais dos atores locais; especialmente em seu componente processual e contratual, por meio da frequente interação município - Estado, bem como da disponibilidade de elementos indutores de tais processos em contexto nacional. Observa-se, no entanto, forte necessidade de fomento a uma cultura de governança regional, para as RAS, mais consistente / robusta, guiada sob o viés dos fenômenos complexos, próprio dos territórios-processo, reavendo de fato seu locus de ocorrência, resguardando legitimidade aos atores em situação, de modo a favorecer ciclos de melhoria contínua, abrindo espaço, portanto, à apropriação e reinvenção dos sujeitos em jogo.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde. Governança. Regionalização.

GUSMÃO, R. B. **The Governance of Health Care Networks in Microregional Territories**. 2022. 138 f. Dissertation (Professional Master's in Health Services Management). School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

ABSTRACT

The contemporary world is marked by complexity. Collaborative arrangements, within the scope of public policies, are therefore necessary in the face of the challenge of delivering results to the citizen. In health, the Health Care Networks (RAS) are the coherent social response to the current epidemiological context of an increase in chronic diseases. It is a model potentially capable of favoring comprehensive health systems, based on collaborative networks, formed by a complex operational structure, requiring different articulations and specific governance processes. As a management driver, governance is essential, given the diversity of stakeholders, institutions and relationships that are involved to deliver value in health. However, it still presents itself as an emerging, theoretical approach, whose processes, operational applicability and effects on the daily life of regional territories, within the scope of RAS, are still poorly researched. More analytical works are scarce in the literature and have a low degree of precision in the discussion and explanation of the limitations that limit their effectiveness and impact on the results of the RAS. The objective of this work is, therefore, to describe the governance processes of the maternal-infant network in the micro-region of Governador Valadares – East of Minas Gerais, and their respective weaknesses. Therefore, a single case study was used as a methodology, with a qualitative approach and exploratory character. Semi-structured interview, document analysis, and Focus Group were used for data collection, worked later with the content analysis technique. It was evidenced in the results that the micro-regional governance of the RAS is a challenging element of its operational structure, whose locus is dispersed, both in its internal and external environment, with diversified processes, frankly fragmented / disarticulated, making it, therefore, , superficial, incoherent and out of context, assuming a notary, reactive and episodic character. The low degree of legitimacy of regional actors in decision-making processes, and a “focused financing” policy structuring logic, to the detriment of regional loco needs, are potentiators of fragility. Even so, collaborative governance is favored due to the initial experiences of local actors; especially in its procedural and contractual component, through frequent municipality-state interaction, as well as the availability of elements that induce such processes in the national context. There is, however, a strong need to foster a culture of regional governance, for the RAS, more consistent / robust, guided by the bias of complex phenomena, typical of process-territories, in fact recovering its locus of occurrence, protecting legitimacy to the actors in the situation, in order to favor cycles of continuous improvement, opening space, therefore, for the appropriation and reinvention of the subjects at stake.

Keywords: Health Care Networks. Governance. Regionalization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – A Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde.....	33
Figura 2 – Modelo Analítico sobre Governança Colaborativa	36
Figura 3 – Modelo de Governança Matricial.....	39
Figura 4 – Localização da Microrregião de Governador Valadares.....	47
Figura 5 – Distribuição de serviços de apoio diagnóstico por imagem, de média e alta complexidade na Macrorregião Leste	50
Figura 6 – Imagem ilustrativa – Atividade de ambientação – Grupo Focal	67
Figura 7 – Recorte de apresentação padrão para realização de apoio matricial.....	68
Figura 8 – Recorte da apresentação padrão para realização de apoio matricial.....	76
Figura 9 – Recorte de slide padrão para discussão de desempenho dos municípios na AAE	87
Figura 10 – Matriz SWOT do contexto de governança.....	93

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Componentes da governança	35
Quadro 2 – Atributos da governança.....	37
Quadro 3 – Distribuição da população da microrregião de Governador Valadares, por município.....	48
Quadro 4 – Recorte de Resolubilidade das clínicas de Pediatria e obstetrícia – Macrorregião Leste	49
Quadro 5 – Variação das coberturas de eSF e SB na microrregião de Governador Valadares	50
Quadro 6 – % de Internações por Condições Sensíveis à APS na microrregião de Governador Valadares	52
Quadro 7 – Breve perfil dos participantes da entrevista.....	53
Quadro 8 – Dados demográficos e do trabalho dos participantes do grupo focal	54
Quadro 9 – <i>Locus</i> dos macroprocessos de governança e fragilidades evidentes.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Ambulatório de Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
CAS	Coordenação de Atenção à Saúde
CEEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CEGRAS	Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
CREG	Coordenação de Regulação
GEICOM	Gerenciador de Indicadores Compromissos e Metas
GRS	Gerência Regional de Saúde
GSS	Gestão dos Serviços de Saúde
GV	Governador Valadares
HMGV	Hospital Municipal de Governador Valadares
LC	Linhas de Cuidado
M&A	Monitoramento e Avaliação
MCG	Mulher Criança e Gestante
MI	Mortalidade Infantil
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SES/MG	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SIGRES	Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais de Saúde
SRS	Superintendência Regional de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UCINCA	Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
UCINCO	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Justificativa.....	25
2 OBJETIVOS	28
2.1 Objetivo Geral.....	28
2.2 Objetivos Específicos	28
3 PRODUTOS	29
4 REFERENCIAL TEÓRICO	30
4.1 O processo de descentralização no Sistema Único de Saúde	30
4.2 As Redes de Atenção à Saúde	31
4.3 Governança: conceitos e aspectos relevantes.....	34
4.3.1 A Governança das RAS	34
4.3.2 A Governança Colaborativa	36
4.3.3 Os atributos da governança	37
4.3.4 A Gestão Matricial de Resultados ou Governo Matricial	38
5 METODOLOGIA DE PESQUISA	41
6 APRESENTAÇÃO DO CASO	47
6.1 A microrregião de Governador Valadares.....	47
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES	53
7.1 Perfil dos participantes.....	53
7.1.1 Entrevista	53
7.1.2 Grupo Focal	54
7.2 A Governança Relacional	54
7.3 A Governança Processual	63
7.4 A Governança Contratual	74
7.5 O Desempenho e a Transparência.....	81
7.5.1 A Análise de Desempenho – Monitoramento e Avaliação	81
7.5.2 A análise dos Recursos Investidos - Prestação de Contas e Transparência/Accountability	88
7.6 Análise das Fragilidades e do Ambiente de Governança da RAS	91
8 DISCUSSÃO	95
8.1 Limitações do estudo.....	99

9 CONCLUSÃO	101
9.1 Contribuições para a área de Gestão dos Serviços de Saúde	101
9.2 Considerações finais	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	106
APÊNDICE B – QUADRO DE DOCUMENTOS.....	110
APÊNDICE C – ROTEIRO DE GRUPO FOCAL.....	115
APÊNDICE D – LIVRO DE CÓDIGOS	121
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	126
APÊNDICE F – PRODUTO TÉCNICO/TECNOLÓGICO	126

1 INTRODUÇÃO

O mundo contemporâneo, marcado por características singulares do presente contexto de mudança, conforma um novo panorama: o de consolidação da democracia e afirmação da cidadania com ampliação dos espaços de participação popular; de globalização, com integração da sociedade mundial, demarcando um processo histórico complexo e contraditório; de revolução tecnológica, eliminando barreiras de comunicação e formatando um ambiente disruptivo de inovações. Nesse sentido, o papel do Estado muda, de forma rápida, diante de uma sociedade antes industrial e, agora, do conhecimento. O Estado provedor passa a dar lugar ao Estado promotor e regulador. A gestão pública, antes burocrática, fragmentada e orientada à conformidade normativa assume agora uma vocação de governança social, sistêmica e orientada a resultados (MARTINS; MARINI, 2010).

Considerada a natureza da conjuntura apresentada, o mundo contemporâneo impõe, então, arranjos de integração não apenas estatais para lidar com tamanha complexidade, mas integrações sistêmicas multi-institucionais, de caráter consensual, relacional e contratual, marcado por coprodução ou cogestão de políticas públicas, vocacionando o que se pode denominar de estado-rede. Nele, um arranjo coerente e sistemático de iniciativas se conforma, frente à necessidade de se melhorar o desempenho de governos, organizações e sociedade civil organizada no tocante à solução de problemas coletivos (MARTINS, 2019).

No âmbito da gestão pública contemporânea, setores e políticas passam então a ter que dar conta de enfrentar o desafio da complexidade e da interconectividade; de gerenciar a participação de ampla gama de atores sociais nos processos de formulação, bem como a pressão da sociedade civil e da mídia, representando interesses em competição e conflito. Fica então colocada a premissa de uma maior eficiência e efetividade por meio de arranjos colaborativos sistêmicos e coerentes, em ambientes “banhados” pelo fenômeno da fragmentação e da dificuldade de implementação, próprios das organizações públicas. Há ainda que se considerar a crescente escassez de recursos no setor público, colocando como questão central a necessidade do estabelecimento de prioridades; uma atividade essencial dos governos nos tempos atuais (MARTINS, 2004).

Nesse ecossistema, redes colaborativas que deem conta de realizar entregas conforme o grau de exigência do cidadão, vêm se conformando enquanto solução, dada a limitada capacidade individual dos governos na perspectiva das respostas sistêmicas e efetivas (MILAGRES, 2012; MILAGRES, 2016).

No campo da Saúde Coletiva brasileira, diversas experiências de modelo de atenção serviram de referência à conformação de políticas de Estado, na expectativa de descentralizar processos decisórios, aproximando do território local ações respectivas, buscando materializar a integralidade e a efetividade por meio da implantação das chamadas Redes de Atenção à Saúde (RAS), como resposta social coerente ao atual contexto epidêmico de doenças / condições crônicas (PESTANA, 2004).

Mais recentemente, as RAS vêm sendo apontadas como modelo de arranjo colaborativo capaz de, no território local/regional, dar concretude à implantação de sistemas integrais de saúde, em contraponto à fragmentação vigente. São conceituadas como

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. (MENDES, 2011, p. 82).

Santos (2017) aponta que evidências internacionais sinalizam melhores resultados sanitários e econômicos nas regiões que organizam os seus sistemas de saúde em redes de atenção, e que essa conformação tem sido a resposta eficaz para a superação da fragmentação do cuidado e da crise dos sistemas de atenção à saúde. Comenta ainda que autores têm descrito o papel das redes de atenção como favorecedoras da oferta de ações integrais centradas no usuário, assegurando a otimização da oferta assistencial e dos recursos, conferindo eficácia ao sistema de saúde.

As RAS se configuram, portanto, como arranjos que conformam redes colaborativas complexas, transversalizados por sistemas logísticos e de apoio, exigindo articulação de variados atores e interesses – demandando, assim, processos específicos de governança.

Para Mendes (2011), a governança das RAS é definida como um arranjo organizativo interinstitucional que permite a gestão de todos os componentes dessa rede, de forma a gerar excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles, e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adstrita. Ainda para o mesmo autor, uma rede só consegue se concretizar se houver atores comprometidos com sua efetividade (usuários, trabalhadores da saúde, gestores e toda a sociedade). Assim, faz-se necessária a criação de um sistema de governança adequado, no qual a articulação e a cooperação entre os atores sociais e políticos, e a construção de novos arranjos institucionais, possam ocorrer.

No setor público, a governança é definida como “mecanismos de liderança, estratégia, e controle, postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade” (TCU, 2018, p. 15).

Godoi (2017) reconhece a governança como um elemento que tem função central à estruturação dos sistemas de saúde, pois, como processo de ação coletiva, organiza as dinâmicas entre os atores, a fim de alcançar um bem coletivo comum. No contexto atual dos sistemas de saúde, esse processo engloba várias instituições, em diversos níveis, e extrapola os espaços institucionais do Estado ao incluir membros da sociedade civil na tomada de decisão, caracterizando assim, a complexidade da governança, por envolver sujeitos com diferentes interesses e graus de autonomia.

Para Godoi (2018), redes temáticas de atenção à saúde precisam estar ancoradas em um sistema de governança operante, consolidado, participativo, presente em espaços que possibilitem a negociação e a pactuação, uma vez que sua estruturação e organização transcende também o espaço local. Isto, buscando articulação e integração cooperativa entre municípios, como forma de garantir acesso aos serviços de diferentes densidades tecnológicas e operar com melhor capacidade de resposta às aspirações e às necessidades individuais e coletivas.

Pyone *et al.* (2017) afirma que, segundo alguns cientistas políticos, a governança não é facilmente alcançada com leis, estatutos ou constituições formais; é um conceito amplo no qual os sistemas ou sociedades são movidos por redes. Cada rede envolve vários nós (organizações) com muitas ligações colaborando em diferentes atividades. O pressuposto é que a aprovação de uma lei ou decreto de uma

autoridade formal não pode, por si só, alcançar o envolvimento de atores-chave, e a negociação é a base para o sucesso da governança dentro dessas redes. Há também preocupações com o fato de não haver ferramentas suficientes para responsabilizar as pessoas, visto que a governança é caracterizada por redes de políticas complexas e a responsabilidade é difundida e compartilhada entre muitas partes interessadas.

Para Baez (2011) o foco, portanto, deve estar nos efeitos dos arranjos de governança para atingir a saúde e objetivos relacionados, como eficiência, equidade, direitos humanos, capacidade de resposta e justiça, colocando em jogo atributos como responsabilidade, abertura e participação. Os arranjos de governança podem afetar potencialmente os resultados dos pacientes, a qualidade ou utilização dos serviços de saúde, uso de recursos, resultados do provedor de saúde e resultados sociais (como pobreza ou emprego). Além disso, os efeitos dos arranjos sobre esses resultados podem reduzir ou aumentar as desigualdades, especialmente nos sistemas de saúde dos países de baixa renda, haja vista o grau de disponibilidade de recursos e acesso aos serviços, ampliando a necessidade de arranjos de governança potentes.

Graham *et al.* (2003) *apud* Pyone *et al.* (2017), sinalizam atenção cada vez maior à governança, na medida em que os esforços para fortalecer os sistemas de saúde e a prestação de serviços de saúde se aceleraram nas últimas décadas, e que parceiros de desenvolvimento internacionais proeminentes a descreveram como o 'fator mais importante' para o alívio da pobreza e o desenvolvimento. Apesar disso, a governança do sistema de saúde é uma das agendas negligenciadas nesse campo de pesquisa. Atualmente, faltam evidências sobre como ela pode e ser avaliada em nível nacional e subnacional.

Fryatt (2017), ao estudar a necessidade de maior investimento na governança do setor saúde, conclui que as agendas para melhorá-la precisam ser realistas e se basear em inovações promissoras no país e na crescente base de evidências do que funciona em diferentes ambientes. Para que agendas de acesso universal sejam alcançadas, a governança exigirá novas parcerias e oportunidades de diálogo entre atores estatais e não estatais. Os países exigirão plataformas mais fortes para ações intersetoriais eficazes.

Em revisão sistemática para analisar estruturas e avaliar a governança dos sistemas de saúde, Pyone *et al.* (2017) menciona se tratar de um conceito relativamente novo, cuja compreensão não se encontra ainda completa. Conclui que

a governança do sistema de saúde é complexa e difícil de avaliar; que se trata de um conceito originário de diferentes disciplinas e multidimensional. Reafirma a necessidade de validar e aplicar modelos existentes e compartilhar lições aprendidas sobre quais estruturas funcionam bem em quais configurações, e afirma que uma avaliação abrangente da governança poderia permitir que os formuladores de políticas priorizassem soluções para os problemas identificados, bem como replicar e ampliar exemplos de boas práticas.

Santos *et al.* (2017), ao avaliar o grau de desenvolvimento dos componentes de uma rede de atenção à saúde para hipertensão, observaram que os elementos Atenção Especializada e Governança apresentaram os piores resultados. Em seus achados, observaram que a Governança é pouco desenvolvida para a racionalidade da RAS, cujo êxito depende da articulação e comprometimento entre as diferentes instituições e gestores. Relatam ainda problemas como o insuficiente reconhecimento dos processos de trabalho da Atenção Primária pelos profissionais da atenção especializada, assim como observado na Espanha; fragilidades nos processos de trabalho, no que diz respeito ao uso de sistemas de informações, protocolos clínicos e de encaminhamento aos serviços especializados, coordenação e integração da rede; dificuldades de integração entre os componentes da rede, escassos mecanismos de referência e contra referência e inconsistente regulamentação. Segundo esses autores, tais questões tornaram-se elementos indutores da baixa resolubilidade, decorrente de uma governança ainda frágil.

Shimizu (2013), buscando analisar as percepções de gestores sobre os desafios da formação de RAS no Brasil, menciona preocupação dos entrevistados com a conformação da governança das redes regionais de saúde a serem organizadas entre os entes federativos, pois se trata de uma experiência nova de cogestão, na qual haverá mudanças nas formas como cada ator operará no contexto das regiões de saúde. Os gestores revelaram ainda grande preocupação com essa conformação, questionando a não disponibilidade de instrumentos de cogestão com os municípios pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Reitera-se que, para o bom funcionamento das redes, é imprescindível o fortalecimento da governança regional, e que há noção do imenso desafio de se construir regiões de saúde integrando entes autônomos em um processo de interdependência e cooperação.

Godoi *et al.* (2017), objetivando descrever o sistema de governança compreendido na estruturação da rede regionalizada de atenção à saúde no Estado de Santa Catarina, destacam a imprecisão do conceito de governança em diversos estudos e sua utilização, principalmente no setor saúde, de forma majoritariamente normativa, apresentando uma prescrição de princípios e valores. Chama a atenção para a necessidade do uso analítico do conceito, permitindo que as interações entre os atores, os processos e regras do jogo sejam descritos e explicados, de modo a se obter maior compreensão das condutas e de tomada de decisão em determinado sistema de saúde. Os resultados revelaram fragilidades na governança empreendida pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) catarinense no que concerne à estruturação da atenção à saúde bucal de forma regionalizada e sob a perspectiva de rede. Observaram-se efeitos do processo de governança então desenvolvido, mais vocacionado para discussões de média complexidade e de caráter mais prescritivo, visto que havia pouca negociação e um debate restrito ao seguimento de recomendações e incentivos da esfera federal/estadual, frequentemente intermediados por técnicos da secretaria estadual. Apontou-se então a fragilidade da definição de agenda propícia à formulação de política voltada à atenção à saúde bucal dos catarinenses, cujo posicionamento se apresentou periférico frente às demais ações de saúde. Os autores sugerem, ao final, o desenvolvimento de estudos futuros com o propósito de analisar a estruturação da atenção à saúde bucal na perspectiva das redes de atenção, sob o foco da governança, realizados em órgãos que representam maior participação da sociedade civil e maior proximidade às realidades regionais, por meio das Comissões Intergestores Regionais, e que considerem a percepção desses atores sobre a constituição das redes.

Aprofundando-se ainda mais na questão, e buscando analisar óbices da governança pública e sua influência sobre a atenção à saúde bucal no Estado de Santa Catarina, Godoi (2020) observa que a governança empreendida nesse sistema de saúde apresenta estruturas formais e de apoio bem estabelecidas, demonstrando consolidação das Comissões Intergestores Regionais (CIR). Identificou, no entanto, fragilidades em atributos que revelam problemas na legitimidade do sistema, e um caráter conflitante da governança. Aponta que a governança se torna suscetível às trocas constantes de poder e às influências político-partidárias, as quais impactam negativamente na atenção à saúde bucal. Há, então, necessidade de maior

conscientização pública e inclusão de profissionais ou gestores com espírito de *advocacy* com vistas à defesa de um novo protagonismo da atenção à saúde bucal na rede.

Padilha (2018), analisando o caso da implementação da Rede de Urgência e Emergências na Região Metropolitana de São Paulo, no período entre 2011 e 2016, aponta insuficiência dos instrumentos políticos e dos arranjos de coordenação da rede. Discute a fragilidade da governança regional, a necessidade de fortalecer as regiões de saúde como unidade territorial, sua relação com as Redes de Atenção à Saúde e as propostas de arranjos regionais e Inter federativos para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pode-se afirmar, por fim, que especialmente no contexto das RAS em nível regional, a governança é um macroprocesso essencial, haja vista a diversidade e complexidade de partes interessadas, instituições e relações que, em um arranjo matricial, precisam convergir esforços para obtenção de um resultado comum. Há que se falar necessariamente, nesse caso, em um modelo de governança colaborativa, cujo ambiente demarque, às partes interessadas envolvidas, movimentos pautados na relação de confiança, em rituais e fluxos, e códigos simbólicos que definam a ideologia da rede (Marini, 2010; Mendes, 2011; MILAGRES, 2016).

Conforme já dito, por se tratar de uma agenda emergente e contemporânea, a governança das RAS apresenta-se ainda, notadamente, como abordagem teórica, cujos processos, aplicabilidade operacional e efeitos no cotidiano dos territórios regionais são ainda pouco pesquisados. Estudos de caráter mais analítico, que se ocupem dessa verificação, são escassos na literatura, e apresentam baixo grau de precisão na discussão e explicação de fragilidades potencialmente limitantes da efetividade da governança nos resultados das RAS.

Além disso, apesar da aparente relevância, e considerada a imprecisão dos processos operacionais necessários à qualificação da governança das RAS, o que se observa, ao final, são elevados investimentos e o baixo desempenho desses arranjos organizativos. Tal afirmativa se comprova com o que se observa na RAS da mulher, criança e gestante da Microrregião de Governador Valadares, na qual a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é superior à Estadual e Nacional - variando frequentemente entre 15,0 e 14,3 óbitos por mil nascidos vivos, nos últimos seis anos – 2016 a 2021. Investimentos foram realizados, buscando desenvolver uma rede integral de atenção

à saúde, que conta atualmente com estrutura operacional inteiramente disponível, consideradas as prerrogativas da estrutura operacional de uma RAS.

Considerados então os referenciais teóricos aqui apresentados, como também a necessidade de concretizar valor público/valor em saúde à população sob responsabilidade sanitária das respectivas RAS, há que se analisar seus processos de governança, tendo em vista a centralidade do tema.

Nesse sentido, o presente trabalho propõe a realização de um estudo de caso único, considerando o processo de governança das RAS à mulher criança e gestante da micro Governador Valadares – Macrorregião Leste do Estado de Minas Gerais. Será dado enfoque às dinâmicas gerais que se estabelecem entre os atores estratégicos do território mencionado, buscando-se verificar como se dá o arranjo de governança da rede e o potencial de contribuição desses atores à entrega de valor público ao cidadão, no âmbito da RAS.

1.1 Justificativa

A motivação da pesquisa se assenta no ideal de poder contribuir com evidências que qualifiquem o ambiente de governança das RAS nas microrregiões, ampliando possibilidades à materialização dos desejos de um sistema de saúde integral, equânime e resolutivo, por meio de abordagens analíticas e incentivadoras de uma cultura de governança efetiva.

O estudo se justifica pela via do valor social atribuído ao tema aqui tratado, como também por seu valor em perspectiva acadêmica. Vários são os trabalhos que vinculam governança com a busca de envolvimento das partes interessadas na tomada de decisões relevantes que podem afetar a saúde e as metas relacionadas de várias maneiras, geralmente por meio de mudanças na autoridade, responsabilidade, abertura, participação e coerência. Pesquisas com objetivos como os aqui especificados auxiliamos formuladores de políticas e suas respectivas equipes a identificar estratégias para abordar problemas e melhorar a governança de seus sistemas de saúde. No ideário acadêmico, há ainda que se considerar os poucos estudos, de âmbito nacional, que discutem o tema, procurando explicitar caminhos para operacionalizar, no cotidiano das equipes regionais e dos gestores, um conceito tão amplo e abstrato, especialmente no âmbito das RAS.

O trabalho se justifica ainda frente à tendência de aumento dos gastos com saúde no SUS, associados à fragilidade do macroprocesso de governança em todas as esferas de governo e refletindo, por consequência, na efetividade de governança das RAS de âmbito regional (TCU, 2018). Considerado o fato de que tais redes colaborativas são complexas e se conformam através da integração de partes autônomas - organizações e atores – atuando de forma horizontal para o alcance de objetivos comuns, necessário se faz compreender como se dão, nesse caso, os arranjos de governança colaborativa, reduzindo potenciais efeitos do denominado *conflito de agência*¹.

Apesar de definidos, nos instrumentos legais que tratam da implantação das RAS, alguns espaços formais para dinâmicas de governança colaborativa de tais redes – como a CIB Micro e a CIB Macro –, processos respectivos ocorrem atualmente de modo disperso, limitado pouco sistematizado e com baixo grau de institucionalização, expressando, na prática, fragilidades importantes.

É preciso, então, mapear, analisar e intervir sob a dinâmica de planejamento, monitoramento, coordenação, execução e controle de serviços públicos de saúde organizados em rede no âmbito das regiões, ampliando garantia de entrega de benefícios econômicos, sociais e ambientais ao cidadão. Por essa via, será possível ainda, identificar o nível de consciência estratégica dos chamados “nós das redes”, e seu foco nos propósitos comuns, ao mesmo tempo em que se poderá averiguar o grau de transparência e *accountability*, e de que modo papéis e responsabilidades são exercidos mediante limites adequados de poder e autoridade compartilhados por atores em jogo. Em resumo, é preciso destacar aqui a relevância de analisar, no âmbito do território regional, em que medida os processos de governança colaborativa das RAS estão sendo suficientes à avaliação das necessidades de saúde de sua população de abrangência e, conseqüentemente, à determinação de uma direção, bem como ao monitoramento, avaliação e reorientação dos rumos da gestão, estimulando contextos favoráveis à entrega sustentável de valor público pelas organizações articuladas no arranjo colaborativo da respectiva RAS.

¹ Quando os interesses daqueles que têm direitos (principal) não são adequadamente atendidos pelos agentes incumbidos de respeitá-los e atendê-los (Jensen, *apud* TCU, 2018).

O problema de pesquisa que fundamenta o presente estudo de caso baseia-se na ideia de que “processos de governança das RAS nas microrregiões, quando fragilizados, diminuem a efetividade dos resultados”. A partir dessa concepção, idealizou-se a seguinte pergunta que norteia o trabalho: “*Como se organiza a governança das RAS nas microrregiões e por que não contribuem com os resultados?*”. Tem-se então, como propósito, descrever os processos de governança das Redes de Atenção à Saúde no território microrregional e explicar potenciais fragilidades.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever os processos de governança da Rede de Atenção à Saúde materno-infantil na microrregião de Governador Valadares e suas potenciais fragilidades.

2.2 Objetivos Específicos

São objetivos específicos:

- mapear os processos de governança da RAS da Mulher, Criança e Gestante na microrregião de Governador Valadares;
- identificar potenciais óbices da governança à contribuição com o resultado dessa RAS.

3 PRODUTOS

- Roteiro simplificado para análise dos processos de governança das RAS nas microrregiões;
- Apresentação dos resultados à alta gestão da Secretaria Estadual de Saúde e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS);
- Publicação de artigo e apresentação dos resultados em eventos acadêmicos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O processo de descentralização no Sistema Único de Saúde

A proliferação de políticas de descentralização é parte de um processo global de reformas políticas e econômicas que incluem a democratização e modernização do estado. Nas últimas décadas, políticas de descentralização do setor saúde vêm sendo implementadas em grande escala no mundo em desenvolvimento; e quando combinadas à reforma financeira, vêm sendo consideradas importantes ferramentas para melhoria de desempenho dos sistemas de saúde, como também na promoção de desenvolvimento social e econômico (BOSSERT, 2000).

No Brasil, esse movimento acarretou algum grau de fragmentação e baixa qualidade dos serviços do sistema de saúde pública em decorrência de uma grande quantidade de municípios com menos de 20.000 habitantes: apesar dos desdobramentos da forte expansão dos serviços de saúde públicos no período de 1992 a 1999, o paradigma da municipalização autárquica incentivou a expansão dos serviços municipais de saúde em uma lógica fragmentada, com baixa eficiência e efetividade, rompendo e fragilizando o princípio da integralidade (PESTANA; MENDES, 2004).

Os desafios da fragmentação e perda de qualidade foram considerados e contemplados na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001 e 2002), nas quais se propôs a organização de redes assistenciais em espaços territoriais contemplando não somente municípios, mas arranjos conjuntos em módulos, microrregiões e macrorregiões. Procurou-se estruturar estratégias que transferiram o foco descentralizatório da municipalização para a regionalização, com base em territórios autossuficientes em atenção primária à saúde, em atenção mínima de média complexidade e em atenção de média e alta complexidade, legitimando o texto constitucional que prevê, em seu artigo 198, que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede funcional regionalizada e hierarquizada (MENDES, 2004).

O processo de proposição de redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas para sistemas universais de saúde, como no caso do SUS, foi fortemente inspirado pelo Relatório Dawson, de 1920, o qual sugeria que os serviços

médicos deveriam estar organizados em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões. A rede regionalizada e hierarquizada materializou alguns conceitos que foram incorporados pelo SUS: critérios de delimitação regional baseado na oferta, fluxo e hierarquia assistencial e nas necessidades de saúde de uma comunidade; a eficiência de escala e a coordenação das referências de acesso entre os níveis e/ou regiões (Viana *et al.*, 2015).

4.2 As Redes de Atenção à Saúde

Como um contraponto da noção de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, proveniente da Inglaterra, a noção de RAS passou a se conformar como diretriz da política de saúde brasileira. Teve sua origem no conceito de sistemas integrados de saúde, então desenvolvido para o mercado americano, e adequado para os sistemas universais de saúde. Houveram esforços da Organização Mundial da Saúde para a modernização desse conceito, pautado no alinhamento e embasamento do planejamento de sistemas universais em contextos globalizados, e fundamentados na difusão de ideais da nova gestão pública, boa governança e da reforma desses sistemas (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015). Pretende-se, aqui, apresentar os elementos centrais do conceito de RAS.

Para Mendes (2010) os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população e, desse modo, ao se discutir uma proposta de organização de serviços, deve-se começar por analisar as necessidades de saúde do território respectivo. No âmbito nacional, a situação de saúde dos brasileiros aponta fortemente para dois vetores: primeiramente o demográfico (1), em que se percebe claramente uma dinâmica de transição acelerada, marcada por continuado crescimento nas próximas décadas, e aumento acentuado do percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos – de 2,7% em 1960 para 5,4% em 2000 – que alcançará 19% em 2050. Esses percentuais superam o de jovens, significando um incremento relativo das condições crônicas. Em segunda instância, (2) o vetor epidemiológico, em que se observa transição singular, diferente da transição clássica dos países desenvolvidos, traduzindo-se pelo marcador de que 75% da carga de doenças no país são determinadas por condições crônicas. A

situação epidemiológica brasileira tem sido definida, recentemente, como portadora de tripla carga de doenças porque envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas.

Percebe-se então, o advento de uma crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde decorrente da incoerência entre a situação de saúde e o modo como se estruturam as respostas sociais deliberadas às necessidades das populações. Para o autor, reside aí a crise universal dos sistemas de atenção à saúde, que foram concebidos e desenvolvidos para atuar sob as condições e eventos agudos, desconsiderando a epidemia moderna das condições crônicas (MENDES, 2004).

Portanto, nesse ambiente se configuram os chamados sistemas fragmentados. Conceitualmente, são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados, incluindo a Atenção Primária, e incapazes de prestar uma atenção contínua à população, pois esta não é adscrita ao serviço. Caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; integralidade frágil; prevalência de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; passividade da pessoa usuária; ação reativa à demanda; ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; não estratificação dos riscos; atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos (MENDES, 2010).

Para Mendes (2011), as Redes de Atenção à Saúde

são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. (MENDES, 2011, p. 82).

O mesmo autor aponta que, no Brasil, a concepção de redes de atenção à saúde foi incorporada oficialmente ao Sistema Único de Saúde (SUS), por dois instrumentos jurídicos: a Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº. 8.080/1990.

Constituem-se por três elementos essenciais, a saber: (1) a população, organizada socialmente em famílias, cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sócio sanitários, e colocada sob responsabilidade sanitária da RAS a partir da definição de suas necessidades de saúde singulares; (2) a estrutura operacional, formada por cinco componentes (FIGURA 1): o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança; (3) o modelo de atenção à saúde - sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde – derivado do Modelo de Atenção Crônica que compõe-se de cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções de promoção da saúde direcionadas a toda a população (nível 1), intervenções preventivas orientadas a população com fatores de risco (nível 2), e de gestão da clínica sobre as condições crônicas estabelecidas com definição do grau de risco (níveis 3, 4 e 5).

Figura 1 – A Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: CONASS (2016).

Viana (2008) analisa que, embora a proposição de redes de saúde tenha se tornado um consenso na política de saúde brasileira, a proposta das RAS se encontra alinhada com as diretrizes internacionais de reforma de sistemas de saúde universais. Nesse sentido, os modelos de organização territorial e suas combinações, no

ambiente tensionado por constantes disputas interfederativas, são condicionadas por dinâmicas espaciais e pelas relações entre Estado, mercado e sociedade na conformação das políticas de saúde locais sob a forma de redes de atenção à saúde, o que requer novos arranjos no âmbito do território processo/região. Esse, por sua vez, constitui-se em um espaço de negociação, coordenação, regulação técnica e política do sistema de saúde, haja vista abrigar diversidades e desigualdades socioespaciais, e envolver um conjunto de agentes e instituições com interesses distintos e conflitantes (LANDIM, 2018).

4.3 Governança: conceitos e aspectos relevantes

4.3.1 A Governança das RAS

Para Mendes (2011) a governança das RAS pode ser definida como um arranjo organizativo que permite a gestão de todos os seus componentes, produzindo excedente cooperativo entre as partes interessadas, favorecendo interdependência e resultados sanitários por meio de claro horizonte estratégico e capacidade de gestão. O autor apresenta ainda os princípios da boa governança: o **princípio da prestação de contas**, com foco na supervisão dos atores da rede; o **princípio da transparência**, que concretiza o anterior, por meio da legitimidade do processo de tomada de decisão; o **princípio da participação**, que define a necessidade de incorporação do processo de tomada de decisões estratégicas pelos atores, conforme as regras estabelecidas; o **princípio da eficácia**, para o alcance dos objetivos das redes de atenção à saúde; e o **princípio da coerência**, para garantia de vinculação dos objetivos e ações das redes de atenção à saúde entre si.

Para Francesc *et al.* (2012) *apud* CONASS (2016), a governança das RAS está estruturada nos seguintes componentes, como pode ser observado no Quadro 1.

Ao analisar o ambiente para os processos de governança das RAS, Mendes (2011) comenta as fragilidades das Comissões Intergestores do SUS devido à sua baixa capacidade gerencial, sem perder de vista o potencial desses espaços institucionais na formulação de pactuações pelo mecanismo de consenso e nos seus registros em atas.

Quadro 1 – Componentes da governança

Componentes	Aspectos centrais
Atores estratégicos e recursos de poder	Indivíduos ou grupos portadores de poder, em função dos recursos de que são portadores – informação, autoridade moral, cargos, etc. - e capazes de exercer influência. Reconhecem-se os atores-chave da governança, seus interesses e grau de influência na rede de organizações por meio de ferramenta denominada mapa de atores. No caso das RAS, os principais são os gestores públicos de diversos âmbitos, os prestadores de serviços públicos e privados, as instituições corporativas, as autoridades sanitárias, os representantes da sociedade civil organizada e os movimentos sociais.
Regras do jogo	Regulamentos, leis e normas que ordenam os debates, acordos e conflitos nos espaços decisórios. Incluem procedimentos formais e informais e dependem da elaboração do desenho institucional estabelecido para a conformação das redes, devendo facilitar a coordenação de ações gerenciais e assistenciais por meio de organizações matriciais. Tal desenho é influenciado pela cultura organizacional e dependente de liderança. Desdobram acordos de colaboração entre os atores, alianças estratégicas, até a fusão completa das organizações que compõem as RAS. No caso do SUS, desenvolvem-se arranjos de governança multi-institucional por meio de alianças entre diferentes instituições.
Âmbitos de responsabilidade	Planejamento territorial – definição de uma base territorial para a RAS; planejamento estratégico – definição de agenda estratégica (missão, visão valores, e objetivos), dos respectivos instrumentos de implementação (contratos); sistema de contratualização, sistema de monitoramento e avaliação, participação social, prestação de contas; estratégias de comunicação interna e externa; sistema de acreditação da rede; e sistema de financiamento com base em valor entregue às pessoas.

Fonte: CONASS 2016

Destaca, então a necessidade de se estruturarem sistemas gerenciais potentes que garantam efetiva implementação das ações pactuadas, por meio do planejamento estratégico, de um sistema de contratualização e do sistema de financiamento. Mendes (2011) aponta para a necessidade de se organizar a governança das RAS nas macrorregiões de saúde, instituindo-se, subordinado a essas comissões políticas, um ente de conformação técnica - Comitê Executivo ou Comitê Gestor - específico para cada rede temática, constituído por representantes das regionais da Secretaria Estadual de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde, dos Consórcios Intermunicipais, por representantes dos prestadores mais significativos, públicos e privados, envolvidos nas redes de atenção à saúde, que funcione com vinculação a uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional. Como uma instância técnica, pactuaria e consensuaria, nesse âmbito, proposições que são levadas, sempre, à decisão política da Comissão Intergestores Bipartite Macrorregional.

4.3.2 A Governança Colaborativa

O processo de Governança tem seu *habitat* natural nas redes, com seus componentes específicos, que reúnem elementos políticos, jurídicos, socioeconômicos, níveis de interdependência, compartilhamento de riscos e processos. Nesse cenário cabe, então, a noção de Governança Colaborativa, proposta por Milagres *et al.* (2016), considerando os aspectos contratual, processual e relacional para a obtenção do resultado esperado. Tal conceito – o de Governança Colaborativa – vincula-se ao de Redes colaborativas (redes) que, para estes autores são um arranjo estável de atores detentores de recursos complementares – instituições pertencentes ao Estado, empresas, organizações sem fins lucrativos e outras organizações da sociedade civil – dependentes uns dos outros, mas funcionalmente autônomos, para o alcance de objetivos comuns. O ambiente dessas redes é interativo, marcado por conflitos de interesses, e parte de uma definição ampla de contextos, planos e regulamentações, conhecimento partilhado e entendimento coletivo da ambiência que as envolve, possibilitando então a elaboração de políticas e a produção de valor/bem público. Buscando então propor um modelo analítico que permita demarcar os elementos que compõem a governança, os mesmos autores identificaram uma composição formada pelos antecedentes à formação das redes, pela existência de princípios compartilhados e operacionalizada pelos seus componentes processual, estrutural e relacional, tendo a confiança como elemento transversal da sua evolução e aprendizado, objetivando o alcance do resultado esperado (FIGURA 2).

Figura 2 – Modelo Analítico sobre Governança Colaborativa



Fonte: CONASS (2016).

4.3.3 Os atributos da governança

Para Greer (2015) *apud* Godoi (2018), a governança, conceituada como uma forma sistemática e padronizada por meio do qual se implementam decisões, molda a capacidade de um sistema de saúde em responder aos vários desafios sanitários contemporâneos, e de lidar com os com novas políticas e problemas e respectivos obstáculos cotidianos. O autor identifica cinco aspectos-chave da governança, essenciais à definição de prognósticos dos sistemas de saúde em fornecer saúde acessível, sustentável e de alta qualidade: transparência, responsabilidade (*accountability*), participação, integridade e capacidade política (QUADRO 2). Esse mesmo autor considera que não existe uma boa governança que possa funcionar em qualquer lugar e acrescenta: (1) que todos os aspectos da governança envolvem custos e benefícios, sendo o contexto crucial; (2) que a governança pode explicar o sucesso e o fracasso das políticas, devendo ser analisada e, em alguns casos, alterada como parte da formação e preparação das políticas; e (3) que algumas políticas simplesmente excedem a capacidade de governança de seus sistemas e devem ser evitadas.

Quadro 2 – Atributos da governança

Atributo	Conceito
Transparência	Divulgação clara e útil de dados e informações sobre o processo de tomada de decisão para o público e especialistas, os quais poderão fiscalizar, avaliar e desafiar os responsáveis por gerir e formular as políticas. Resulta em maior confiança para o sistema de saúde.
<i>Accountability</i>	Prestação de contas entre agências, à comunidade, aos <i>stakeholders</i> e aos mecanismos de contratos, financiamento e políticas que criam responsabilização clara entre os entes e instituições. Política de conflitos de interesses que possa evitar decisões motivadas por interesses pessoais.
Participação	Garantia de participação estruturada e significativa de <i>stakeholders</i> em fóruns, com mecanismos claros de escolha, que possibilite acesso à tomada de decisão e ao compartilhamento do poder por todos os interessados e envolvidos, contribuindo para maior legitimidade das decisões políticas e implementações.
Integridade	Definição clara das funções e do papel organizacional. Atores envolvidos aptos a compreender e prever como a instituição realiza a tomada de decisão e possuir uma trajetória de carreira sólida por meio de uma política de recursos humanos que evite intervenções políticas.
Capacidade Política	Possuir e manter pessoal capacitado para construir políticas alinhadas com recursos oferecidos e capazes de atingir os objetivos do sistema; possuir mecanismos para incorporar conselhos especializados para formulação política. Experiência e atuação de forma integrada dentro da organização.

Fonte: Godoi (2020)

Godoi (2018) aponta para a possibilidade de falhas nas políticas de saúde em função de problemas reais e/ou potenciais nos atributos considerados básicos e importantes para a governança.

4.3.4 A Gestão Matricial de Resultados ou Governo Matricial

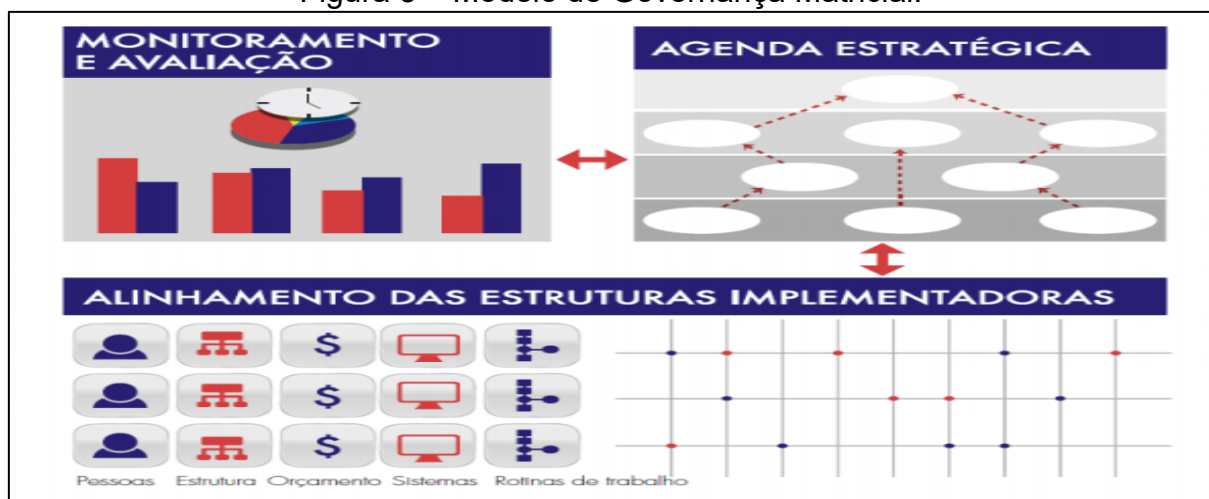
No âmbito do processo de descentralização e da conseqüente regionalização dos serviços de saúde, tem-se buscado a implantação de RAS como alternativa à entrega de valor público ao cidadão. Nesse sentido, e por se tratar de um arranjo colaborativo, ganha relevância, aqui, o conceito de governança pública. Martins, Mota e Marini (2019) integram ideias de diversos autores para apontar que o termo governança pública assumiu, nos últimos tempos, forte conotação positiva, sendo portador de uma nova retórica para designar inovações no processo de governar, a partir de uma perspectiva abrangente e integrada de governo e sociedade. Para eles, a governança pública se configura como um novo paradigma caracterizado como um processo de geração de valor público a partir de determinadas capacidades e qualidades institucionais, tais como liderança, ampliação de competências, prontidão para atuar, e desenho institucional. Em relação à colaboração entre agentes públicos e privados na coprodução de serviços, políticas e bens públicos, destacam-se a governança colaborativa em redes intersetoriais, interagindo com a sociedade; e da melhoria do desempenho, a partir das dimensões de economicidade, execução e excelência (esforço); eficiência, eficácia e efetividade (resultado). O valor público constitui o componente mais direcionador do processo de governança, indicando o valor atribuído pelo público beneficiário ao que recebe do poder público.

Nessas bases, Martins e Marini (2010) propõem um modelo de gestão governamental que se baseia no estabelecimento de estruturas em rede para implementação de programas voltados ao desenvolvimento – Gestão ou Governo Matricial – buscando sobrepor à estrutura governamental (predominantemente) mecanicista, estruturas em rede, na perspectiva intra e extragovernamental, com feições orgânicas orientadas a resultados. A partir desses pressupostos, realizam-se a definição e o gerenciamento intensivo de pontos nodais entre programas (desdobrados de um projeto de desenvolvimento) e organizações (ou parte delas) necessárias à sua implementação. Aqui se apresenta então uma concepção de

governo em rede, em que arranjos multiorganizacionais se formam para resolver problemas que não podem ser abordados, ou abordados facilmente, por meio de uma única organização.

De maneira sintética, o modelo propõe um cruzamento de elementos da estratégia (objetivos, programas, projetos, etc.) com a estrutura (outras organizações ou da própria organização) para mapeamento e pactuação de contribuições, visando à efetivação da estratégia sob intensivo monitoramento e avaliação. Preconiza-se então, nesse modelo, o alinhamento de uma estrutura implementadora (os meios) com a estratégia (os fins), de tal modo que esta se concretize. Desse modo, três blocos de ações devem então ser implementados, conforme a Figura 3.

Figura 3 – Modelo de Governança Matricial.



Fonte: Martins (2010)

Primeiramente, o bloco 1 propõe a construção da agenda estratégica – elemento direcionador de resultados –, a qual procura formular propósitos, resultados e meios para alcançá-los, a partir de sondagem de expectativas de partes interessadas, mobilização de atores à consciência para resultados, e elaboração de estudos prospectivos a partir de boas práticas. Posteriormente, no bloco 2, destaca-se o alinhamento da estrutura de implementação, elemento direcionador do esforço, momento em que se busca verificar as contribuições de cada unidade, interna ou externa, para o alcance dos resultados. Por último, no bloco 3, ocorre a implantação dos processos de monitoramento e avaliação – elementos de controle, redirecionamento e aprendizagem –, com a composição de uma central de resultados que subsidie decisões corretivas e também transparência, responsabilização e

controle social com publicização quanto ao desempenho do governo (MARTINS; MARINI, 2010).

Analisando o modelo de governança para resultados apresentado por Martins e Marini (2010), é possível estabelecer correspondência ao conceito de governança proposto por Mendes (2011), no sentido de ampliar capacidade analítica para verificação de processos respectivos. Para o autor, a governança tem por objetivo criar uma identidade institucional à RAS (uma missão) e um horizonte estratégico de curto, médio e longo prazos (uma visão de futuro); além disso, deve definir objetivos e metas a serem cumpridos para consolidar legitimidade, articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas, e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar / avaliar o desempenho e prestar contas.

Os conceitos do modelo de governança colaborativa – governança relacional, processual e contratual –; do modelo de governança matricial e os atributos de governança, foram associados para a definição dos códigos utilizados na metodologia do presente estudo.

5 METODOLOGIA DE PESQUISA

Tendo em vista os objetivos do presente trabalho, e a complexidade inerente à governança das Redes de Atenção à Saúde nos territórios microrregionais, traduzida como um fenômeno social dotado de complexidade própria, optou-se aqui pela abordagem qualitativa. Quanto ao enfoque qualitativo, Triviños (1987) menciona se tratar de abordagem que trabalha os dados buscando seu significado, tendo como base a percepção do fenômeno dentro do seu contexto. Argumenta ainda que seu uso procura captar não só a aparência do fenômeno como também suas essências, buscando explicar sua origem, relações e mudanças, e tentando intuir as consequências. Segundo o mesmo autor, a pesquisa qualitativa tem como característica:

a busca por uma espécie de representatividade do grupo maior dos sujeitos que participarão no estudo. Porém, não é, em geral, a preocupação dela a quantificação da amostragem. E, ao invés da aleatoriedade, decide intencionalmente, considerando uma série de condições (sujeitos que sejam essenciais, segundo o ponto de vista do investigador, para o esclarecimento do assunto em foco). (TRIVIÑOS, 1987, p.132).

Quanto aos fins, o trabalho assume caráter exploratório, por pretender ampliar a experiência do autor em torno do problema da governança das RAS (TRIVIÑOS, 1987). Nesse caso, pretende-se ainda explorar o fenômeno em questão, observando e compreendendo os seus mais variados aspectos, vez que se apresenta demasiadamente amplo (GIL, 1999).

Quanto aos meios ou métodos, trata-se de um estudo de caso único. Conforme Yin (2010) o estudo de caso surge da necessidade de melhor compreender fenômenos sociais complexos, possibilitando, no trabalho em questão, um foco na investigação da “governança das RAS nos territórios microrregionais” enquanto fenômeno contemporâneo, obtendo perspectiva holística, profunda e crítica do mundo real, compreendendo os processos organizacionais a ela vinculados. Para o mesmo autor, o estudo de caso se configura como investigação empírica que avalia o fenômeno em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre fenômeno e o contexto não são claramente definidos, aplicando-se especialmente às pesquisas organizacionais e gerenciais.

O universo da pesquisa para descrição dos processos e verificação de fragilidades irá envolver o ambiente/ecossistema de governança das Redes de Atenção à Saúde da mulher, criança e gestante, na microrregião de Governador Valadares. Não serão considerados os processos de governança tradicionais da gestão dos sistemas microrregionais de saúde debatidos em reunião de CIB Micro que envolvam temas adversos aos aqui definidos – RAS mulher, criança e gestante na microrregião de Governador Valadares. Será tratada somente a governança das RAS em perspectiva regional, tendo em vista o desafio peculiar de interlocução dos diversos atores em território, que, diferentemente da governança em território municipal, envolve outros instrumentos, hierarquias e comandos, imbuída, portanto, de complexidade distinta. Em uma perspectiva temporal e histórica, o estudo levará em consideração o momento em que a RAS definida se tornou de fato integral no território – a partir da implantação de todos os pontos de atenção necessários à organização de uma rede poliárquica que possibilite processos de governança. A disponibilidade de grande parte da estrutura operacional da RAS na microrregião, bem como o longo período de implantação, e a familiaridade do autor com a região foram os critérios para definição da RAS e do território.

A unidade de análise da presente pesquisa são os macroprocessos de governança colaborativa da RAS da mulher, criança e gestante da microrregião de Governador Valadares: (1) governança relacional; (2) governança processual; (3) governança contratual; e (4) processos de verificação do desempenho e transparência. Os mesmos foram definidos a partir do Modelo Analítico de Governança Colaborativa, levando em conta, também, o Modelo de Gestão Matricial para Resultados, e os cinco princípios da governança propostos por Greer (2015) *apud* Godoi (2018), então apresentados no marco conceitual deste estudo.

Trata-se de microrregião que dispõe de matriz de pontos de atenção formada por estrutura assistencial integral – Atenção Primária à Saúde com equipes multiprofissionais, atenção secundária e terciária, com Ambulatório de Atenção Especializada, maternidades, de risco habitual e alto risco, centros de oncologia - complementada por sistemas logísticos e de apoio, considerada a linha de cuidado mencionada, e com largo histórico de implantação. Há uma base territorial bem definida, com população cadastrada, envolvendo diversos prestadores de serviço, públicos e privados, na implementação da Linha de Cuidado (LC).

A microrregião de Governador Valadares está localizada na Macrorregião Leste do Estado de Minas Gerais, e conta com população aproximada de 429.224 habitantes, distribuídos em 24 municípios. Considerada a RAS em questão, esse território conta, na atenção terciária, com 53 leitos obstétricos, 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; na atenção secundária, é contemplada com o Centro Estadual de Atenção Especializada (CEEAE); a Atenção Primária, cobre 98,96% da população total, por meio da atuação de aproximadamente 125 equipes de Saúde da Família (CNES, 2021).

Como técnica de coleta de dados mais adequada à verificação do ambiente de governança das RAS no contexto microrregional, utilizaram-se, para a pesquisa, entrevistas semiestruturadas, análise documental e grupo focal.

Para compreender e visualizar os caminhos pelos quais se implementam os processos de governança das RAS nas microrregiões, foram realizadas entrevistas semiestruturadas envolvendo servidores da Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares, vinculados à gestão da RAS em questão, haja vista sua condição de “agente patrocinador” da rede colaborativa. As entrevistas semiestruturadas são, para Minayo (2000), um importante guia que contém temas ou questões que fazem parte do delineamento da pesquisa, buscando aprofundamentos de comunicação e contribuindo na imersão da visão dos fatos e relações que compõem o objeto do ponto de vista do entrevistado. Deve permitir conversa flexível que favoreça absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor.

Nesse sentido, elaborou-se roteiro de entrevista (APÊNDICE A) de forma a identificar percepções dos servidores quanto aos macroprocessos de governança da RAS da mulher, criança e gestante na microrregião de Governador Valadares. Os participantes foram técnicos da Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares, diretamente vinculados à gestão da RAS. Foram entrevistados: 03 coordenadores – das áreas de assistência, regulação e de governança regional – e 02 Referências Técnicas – de Atenção Primária e de Atenção à Mulher, Criança e Gestante. Mediante a necessidade de manter as medidas protetivas de segurança, frente à pandemia de COVID-19, as entrevistas foram realizadas em plataforma *Google Meet*, tendo sido gravadas mediante permissão dos participantes e transcritas, ampliando esclarecimento do conteúdo das mensagens. Os participantes foram identificados, considerando critério de seleção intencional – aqueles que vivenciam o

fenômeno, e dispunham, portanto de elementos para explicá-lo. Em seguida foram acionados pessoalmente quanto a possibilidade de participarem da pesquisa, tendo o seu envolvimento sido confirmado oficialmente por e-mail. Não houve negativa de participação.

Para verificar robustez dos macroprocessos de governança das RAS nas microrregiões e respectiva legitimidade/efetividade, foram coletados dados secundários em contratos, Legislações – Resoluções/Deliberações Estaduais, Portarias Ministeriais –, atas de reunião, apresentações padrão em PowerPoint, Termos de Compromisso, processos de prestação de contas e diagnósticos, conforme quadro de documentos (APÊNDICE B). Segundo Yin (2010), a análise documental tem por finalidade a coleta de dados sobre os eventos, ampliando a evidência das entrevistas e possibilitando aprofundamento do tópico da investigação, especialmente em situações de contradição entre estas e a informação documental. Possibilita também maior precisão de informações da organização, que compõem o corpo da estratégia institucional.

De modo a aprofundar a compreensão da dinâmica dos processos de governança da RAS e identificar fragilidades sob a ótica da experiência dos atores atualmente envolvidos na rede colaborativa de atenção à saúde da microrregião, foi realizado ainda grupo focal mediante roteiro (APÊNDICE C). Na concepção de Vaughn *et al.* (1996), que utilizaram essa técnica em pesquisas na área educacional, o grupo focal é uma técnica qualitativa que pode ser utilizada de modo associado a outras técnicas qualitativas ou quantitativas de modo a permitir conhecimento mais detalhado dos fenômenos. Dias (2000) afirma que o grupo focal tem como aspecto central a apuração de percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes em relação a determinado assunto; sendo complementado por McDaniel e Gates (2005), no entendimento de que a técnica possibilita aprender e saber o que as pessoas têm a dizer e por quê.

Assim, utilizando-se do roteiro estruturado, buscou-se envolver o grupo de discussão no diálogo sobre adequada experiência de governança microrregional, oferecendo como estímulo para o debate um estudo de caso / conto, seguido de pergunta genérica, girando o núcleo central ao redor das ações de governança.

O grupo focal envolveu quatro técnicos de municípios: coordenador de Atenção Primária, coordenador do Centro Estadual de Atenção Especializada, Coordenador

do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, Coordenadora da Maternidade; um técnico da Superintendência Regional de Saúde: Assessoria de Governança; um técnico da Atenção Hospitalar: gerente assistencial; e dois gestores municipais. Os participantes foram identificados, considerando critério de seleção intencional – aqueles que vivenciam o fenômeno, e dispunham, portanto de elementos para explicá-lo. Em seguida foram acionados pessoalmente quanto a possibilidade de participarem da pesquisa, tendo o seu envolvimento sido confirmado oficialmente por e-mail. De um total de oito participantes, um se ausentou e outro não concluiu sua participação. Considerando o contexto pandêmico e buscando resguardar a segurança dos participantes, a entrevista foi realizada em plataforma *Google Meet*, tendo sido gravadas mediante permissão dos participantes e transcritas. Salvador (2020) em seu estudo de “*Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review*” identifica que o Grupo Focal *online* foi considerado em 5,8% dos trabalhos considerados, apresentando como vantagens, dentre outras, a possibilidade de ampla cobertura geográfica; baixo custo, e a minimização do efeito de influência de grupos.

Os dados qualitativos coletados a partir dos documentos, entrevistas e grupo focal foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, do tipo categorial temática, dividida por Bardin (2016) em três etapas: (1) pré-análise – realizou-se leitura flutuante, estabelecendo-se primeiro contato com os documentos, análise de seus conteúdos e transcrição das entrevistas, para constituição do *corpus analítico*; (2) exploração do material – de codificação e categorização do material e ordenação do conteúdo; (3) tratamento dos resultados – inferência e interpretação. Buscando-se sistematizar a organização e análise dos dados, utilizou-se o *software Atlas.ti, versão 22*.

No processo de codificação, optou-se pelo método dedutivo, tomando por base, para definição dos códigos (APÊNDICE D), o referencial teórico do Modelo Analítico sobre Governança Colaborativa; do modelo de governança matricial e dos atributos de governança, detalhados no referencial teórico deste estudo.

Nas entrevistas, as falas dos participantes foram identificadas com a abreviatura “Ent” e um número correspondente, que variou de 1 a 5, com a seguinte representação: Ent1, Ent2, Ent3, Ent4, Ent5. Já no grupo focal, foram denominados “participante”, também com a associação de número correspondente, que com variou

de 1 a 8: Participante 1, Participante 2, Participante 4, Participante 6, Participante 7, Participante 8.

Na etapa seguinte, realizaram-se a análise e a interpretação dos resultados, de modo a torná-los significativos e válidos, favorecendo a elaboração de quadros, diagramas e figuras.

Após análise, desenvolveu-se matriz SWOT para o ambiente de governança do caso estudado, que serviu de instrumento para mapeamento das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças da unidade de análise.

Considerando recomendações apresentadas por Yin (2010), de modo a possibilitar auditoria metodológica da pesquisa e atribuir confiabilidade, protocolo de pesquisa e dados coletados foram armazenados em plataforma eletrônica de Google Classroom especificamente criada para o presente estudo, acessível especificamente aos pesquisadores e à banca. Segundo o autor, a ausência de um banco de dados pode ser considerada um ponto negativo para os estudos de caso.

Para atender preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), e por envolver seres humanos, o projeto do presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, via plataforma Brasil, sob o código CAA 51224521.3.0000.5149/Parecer 5.199.659, tendo sido aprovado por esse órgão em 12 de janeiro de 2022

Ainda, para assegurar confidencialidade, privacidade, proteção de imagem e não estigmatização dos sujeitos, todos os participantes foram esclarecidos sobre o estudo. Para formalização, após o aceite e concordância com a gravação das entrevistas, apresentou-se, para conhecimento e assinatura dos participantes, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) – Apêndice E – que abordou esclarecimentos sobre o estudo, a natureza das questões abordadas, aspectos éticos e legais quanto à participação voluntária e ausência de prejuízos caso se recusem a participar. Esse documento abordou ainda, caso houvesse aceite em se envolver com o estudo, a concordância em submissão à gravação da entrevista.

6 APRESENTAÇÃO DO CASO

Neste capítulo, será apresentado breve histórico da Microrregião de Governador Valadares e suas características mais marcantes do ponto de vista da atenção à mulher, criança e gestante, levando também em conta sua dinâmica de governança.

Utilizou-se, aqui, pesquisa em bases de dados secundárias cujo acesso foi fornecido pela Superintendência Regional de Saúde, incluindo apresentações institucionais, relatórios de monitoramento e avaliação de indicadores, bem como planilhas de acompanhamento da Assessoria de Governança Regional.

6.1 A microrregião de Governador Valadares

A microrregião de Governador Valadares, sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares, está localizada na Macrorregião Leste do Estado de Minas Gerais (FIGURA 4), envolvendo, conforme o Plano Diretor de Regionalização, 24 municípios.


Figura 4 – Localização da Microrregião de Governador Valadares



Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares.

A população total 433.210 habitantes está distribuída conforme quadro 3 e representa 61,88% da população de toda a microrregião, grande parte dela - 65% - residente no município de Governador Valadares, então polo assistencial de referência para a média e alta complexidade assistencial micro e macrorregional, respectivamente, onde se localizam os serviços de Atenção Secundária e Terciária da Rede de Atenção à Mulher, Criança e Gestante.

Quadro 3 – Distribuição da população da microrregião de Governador Valadares, por município

 GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE GESTÃO REGIONAL SUPERINTENDÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO, COOPERAÇÃO E ARTICULAÇÃO REGIONAL DIRETORIA DE REGIONALIZAÇÃO E ESTUDOS ASSISTENCIAIS						
RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS DO ESTADO DE MINAS GERAIS E POPULAÇÃO, POR UNIDADE REGIONAL, MICRO E MACRORREGIÕES DE SAÚDE						
<small>Fonte: População IBGE/TCU 2021; Ajuste do Plano Diretor de Regionalização - 2019</small>						
Código IBGE	Código DATASUS/MS	Município	POPULAÇÃO ESTIMADA (IBGE/TCU 2021)	Unidade Regional de Saúde	Microrregião de Saúde	Macrorregião de Saúde
3101805	310180	Alpercata	7.448	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3112703	311265	Capitão Andrade	5.559	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3119302	311920	Coroaci	9.897	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3122306	312220	Divinolândia de Minas	7.655	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3123809	312370	Engenheiro Caldas	11.268	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3125804	312580	Fernandes Tourinho	3.500	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3126901	312690	Frei Inocêncio	9.716	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3127305	312730	Galiléia	6.764	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3127503	312750	Gonzaga	6.184	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3127701	312770	Governador Valadares	282.164	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3133204	313320	Itanhomi	12.259	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3135076	313507	Jampruca	5.453	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3140001	314010	Marilac	4.079	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3140704	317150	Mathias Lobato	3.157	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3144201	314420	Nacip Raydan	3.221	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3157500	315750	Santa Efigênia de Minas	4.354	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3161601	316160	São Geraldo da Piedade	3.860	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3161650	316165	São Geraldo do Baixo	4.104	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3163102	316300	São José da Safira	4.291	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3165537	316550	Sardoá	6.421	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3167806	316770	Sobrália	5.476	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3168507	316840	Tarumirim	14.280	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3169604	316950	Tumiritinga	6.797	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
3171907	317190	Virgolândia	5.303	Governador Valadares	GOVERNADOR VALADARES	LESTE
População total:			433210			

Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares.

Por sua função de polo assistencial e porte, o município de Governador Valadares concentra grande parte da densidade tecnológica de toda a Macrorregião Leste, dispondo de marcadores de resolubilidade com elevado desempenho, especialmente para as clínicas de obstetrícia e pediatria – ver Quadro 4. Há, no território, um total de oito Unidades de Atenção Hospitalar sendo, conforme demonstrado no quadro, o Hospital Municipal de Governador Valadares a principal referência nas clínicas mencionadas, e o Hospital bom Samaritano, o principal prestador da especialidade de Oncologia.

Quadro 4 – Recorte de Resolubilidade das clínicas de Pediatria e obstetrícia – Macrorregião Leste

Resolubilidade Clínicas Relevantes 2020 - Macrorregião de Saúde Leste																	
Micro/Hosp PERFIL	Atenção Secundária Municipal* (Básica)					Atenção Secundária Intermunicipal*					Atenção Terciária*						
	CLÍNICA OBSTÉTRICA - Trat.Gestação/Parto/Puerpério	CLÍNICA OBSTÉTRICA - Gestante de Risco Habitual	MÉDICA/PEDIÁTRICA - Trat. Doenças Cardiovasculares	MÉDICA/PEDIÁTRICA - Doenças Infeciosas/Parasitári	CIRÚRGICA - Cirurgia Obstétrica	Total	CLÍNICA OBSTÉTRICA - Trat.Gestação/Parto/Puerpério	CLÍNICA OBSTÉTRICA - Trat.Afeções Período Neonata	CIRÚRGICA - Cirurgia Obstétrica	CIRÚRGICA - Cirurgia da Mama	CIRÚRGICA - Cirurgia Urológica	CIRÚRGICA - Cirurgia de Urgência	Total	CLÍNICA OBSTÉTRICA - Gestante de Alto Risco (GAR)	MÉDICA/PEDIÁTRICA - Trat.Malf.Congênita/Def/A.Crom	MÉDICA/PEDIÁTRICA - Tratamento em Oncologia	CIRÚRGICA - Cirurgia Oncológica
***** 31036 MICRO GOVERNADOR VALADARES *****	95,72	97,09	92,79	91,72	95,29	93,40	100,00	96,87	96,92	100,00	92,99	92,99	45,90	94,83	82,32		
2222043 GOV.VALADARES-HOSP MUNICIPAL GOV.VALADARES	95,33	94,19	60,00	54,04	92,93	68,46	100,00	96,87	60,82	18,92	4,21	59,54	45,90		26,09		
2118661 GOV.VALADARES-HOSPITAL SAMARITANO			9,29	1,60		2,30				78,38	87,85	17,27			51,27		
2118874 GOV.VALADARES-CASA SAUDE MAT.N SENHORA GRA			1,86	1,30		1,54						4,98			2,93		
2118858 GOV.VALADARES-HOSPITAL SAO LUCAS			0,33			0,05						0,38			2,04		
5625882 FREI INOCÊNCIO-HOSP MUNIC SAO GERALDO																	
2102595 TARUMIRIM-HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO		0,38	20,22	27,32	0,34	16,07		0,30		0,93		3,08					
2102773 ITANHOMI-HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO		2,52	1,09	7,48	1,35	4,93		4,80				2,38					
2102714 GALILÉIA-HOSPITAL IMACULADA CONCEICAO																	
Fonte: DREA/SUBGR/SES-MG/TabWin/Datasus																	
Resolubilidade																	
... Não houve internações nessa Clínica																	
Resolubilidade 0,00																	

Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares.

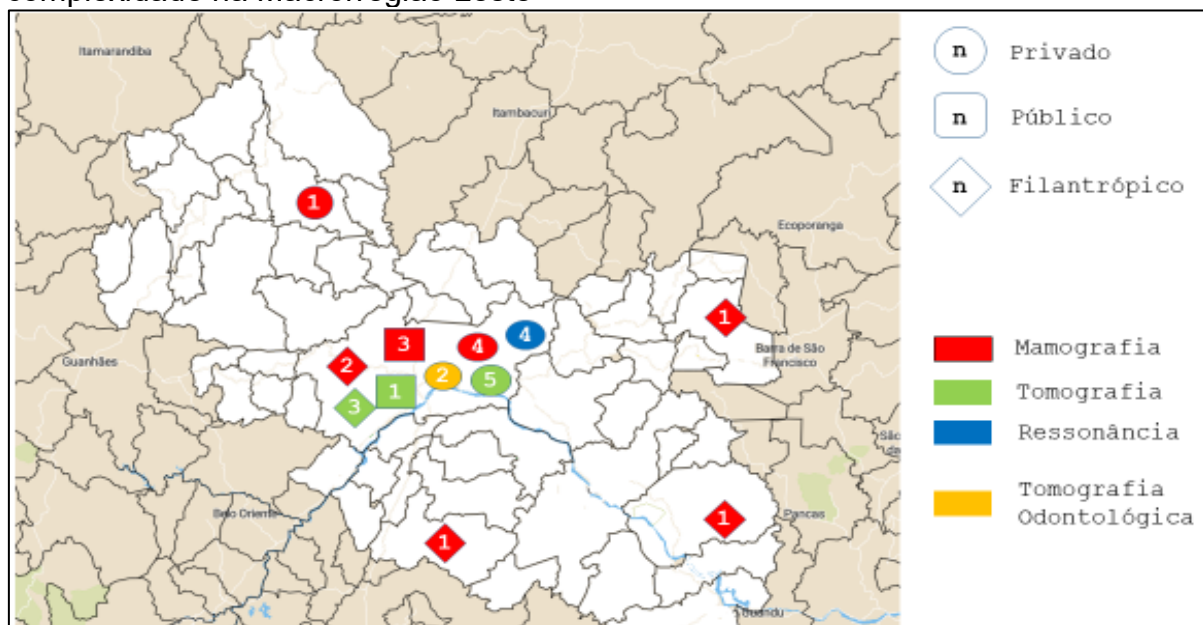
A microrregião de Governador Valadares, é a única, de todas as 05 regiões de saúde da Macro Leste que dispõe de Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) específico, cobrindo 100% da população – CEAE (Centro Estadual de Atenção Especializada). A carteira de serviços disponível é de categoria I, com oferta de consultas e exames destinados à atenção à saúde da mulher e da criança de risco:

- ginecologia/obstetrícia;
- pediatria;
- mastologia;
- ultrassonografia
- mamografia
- psicologia;
- serviço social;
- enfermagem;
- nutrição;
- fisioterapia;
- urologia.

No que tange à oferta de capacidade instalada para apoio diagnóstico por imagem, de média e alta complexidade, a microrregião é servida por:

- 01 mamógrafo – município de Tarumirim;
 - 09 mamógrafos – município de Governador Valadares;
 - 09 tomógrafos – município de Governador Valadares
 - 02 tomógrafos privados para exames odontológicos em Governador Valadares;
 - 04 serviços de ressonância magnética – município de Governador Valadares
- (FIGURA 5).

Figura 5 – Distribuição de serviços de apoio diagnóstico por imagem, de média e alta complexidade na Macrorregião Leste



Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares – Coordenação de Vigilância Sanitária.

No recorte do ano de 2018, período de julho a julho, a cobertura média de estratégia Saúde da Família da microrregião foi de 97,48% variando entre 65 e 100% de modo mais homogêneo. No mesmo período, a cobertura de Saúde Bucal foi ligeiramente menor – 91,6%, com variações mais heterogêneas – entre 60 e 100%, conforme Quadro 5.

Quadro 5 – Variação das coberturas de eSF e SB na microrregião de Governador Valadares

2018 (Janeiro, Abril e Julho)		
Município	Cobertura populacional ESF (Parâmetro: 3.000 hab./equipe)	Cobertura populacional ESB (Parâmetro: 3.000 hab./equipe)
Alpercata	100,00%	100,00%
Capitão Andrade	100,00%	100,00%
Coroaci	100,00%	100,00%
Divinolândia de Minas	100,00%	79,82%
Engenheiro Caldas	100,00%	100,00%
Fernandes Tourinho	89,90%	89,90%
Frei Inocência	100,00%	100,00%
Galiléia	100,00%	85,14%
Gonzaga	100,00%	100,00%
Governador Valadares	65,44%	60,07%
Itanhomi	97,02%	72,77%
Jampruca	100,00%	100,00%
Marilac	100,00%	100,00%
Mathias Lobato	89,37%	89,37%
Nacip Raydan	100,00%	91,74%
Santa Efigênia de Minas	100,00%	65,16%
São Geraldo da Piedade	100,00%	100,00%
São Geraldo do Baixo	100,00%	77,36%
São José da Safira	100,00%	100,00%
Sardoá	97,69%	97,69%
Sobralia	100,00%	100,00%
Tarumirim	100,00%	100,00%
Tumiritinga	100,00%	89,49%
Virgolândia	100,00%	100,00%

Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares – Coordenação de Atenção Primária.

O percentual de internação sensível possui variações importantes no território, apresentando tendência decrescente na série história considerada no Quadro 6. Cinco municípios apresentam desempenho persistentemente baixos, como mostram os destaques das células em vermelho, em que o percentual de internações no ano considerado foi maior que a média da microrregião, no mesmo período.

Quadro 6 – % de Internações por Condições Sensíveis à APS na microrregião de Governador Valadares

Comparativo ICSAP x Internações Gerais				
Município de Residência	2017	2018	2019	2020
	% ICSAP	% ICSAP	% ICSAP	% ICSAP
310180 Alpercata	12,59	17,73	12,27	11,94
311265 Capitão Andrade	14,34	16,19	12,32	13,57
311920 Coroaci	18,15	14,68	15,23	15,46
312220 Divinolândia de Minas	39,71	35,92	32,46	34,03
312370 Engenheiro Caldas	16,91	17,56	17,42	16,59
312580 Fernandes Tourinho	45,02	52,48	25,33	23,85
312690 Frei Inocência	16,97	22,60	16,36	11,29
312730 Galiléia	20,72	18,21	19,73	15,20
312750 Gonzaga	28,88	30,00	30,22	25,36
312770 Governador Valadares	14,12	14,25	15,34	13,40
313320 Itanhomi	20,79	30,85	31,90	27,23
313507 Jampruca	13,24	13,45	12,68	14,67
314010 Marilac	13,33	12,92	15,57	13,94
317150 Mathias Lobato	14,74	12,86	16,56	10,00
314420 Nacip Raydan	13,64	11,83	16,96	20,37
315750 Santa Efigênia de Minas	14,66	22,45	20,34	18,97
316160 São Geraldo da Piedade	16,18	16,50	15,81	12,71
316165 São Geraldo do Baixo	22,30	17,11	18,09	12,06
316300 São José da Safira	7,98	17,84	16,41	6,17
316550 Sardoá	16,67	20,82	21,60	17,27
316770 Sobralia	16,79	23,65	20,00	14,21
316840 Tarumirim	60,29	71,65	65,23	50,38
316950 Tumiritinga	14,70	15,90	13,92	13,43
317190 Virgolândia	13,04	23,25	18,13	15,09
Média anual	28,96	29,88	26,10	22,51

Fonte: Superintendência Regional de Saúde de Governador Valadares – Coordenação de Atenção Primária

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, são apresentados os resultados decorrentes da análise de conteúdo em cinco seções temáticas, cumprindo os objetivos de (1) mapear os processos de governança da RAS e (2) identificar os principais aspectos de fragilidade. A seção 7.1 apresenta o perfil dos participantes das entrevistas. A seção 7.2 irá abordar o contexto da governança relacional; a seção 7.3 abordará a dinâmica da governança processual; a seção 7.4 trata dos aspectos relacionados à governança contratual; na seção 7.5 são trazidas as questões afins à gestão do desempenho e transparência e, por fim, a seção 6.5 apresenta uma síntese das fragilidades mais evidentes, bem como matriz SWOT com o ambiente do processo de governança do caso em estudo.

7.1 Perfil dos participantes

7.1.1 Entrevista

A amostra do estudo foi composta por cinco servidores da Superintendência Regional de Saúde que exerciam função em áreas estratégicas envolvidas na gestão da RAS da Mulher, Criança e Gestante da Microrregião de Governador Valadares, que representam os elementos da estrutura operacional: pontos de atenção, sistemas logísticos e de apoio, e governança.

A idade dos participantes variou entre 35 e 67 anos, com áreas de formação diversas. O tempo de atuação na instituição variou entre 08 meses, e 16 anos com carga horária de trabalho semanal de 40 horas (QUADRO 7).

Quadro 7 – Breve perfil dos participantes da entrevista

ENT	Tempo na Instituição	Setor de lotação
Ent 1	16 anos	Coordenação de Regulação
Ent 2	15 anos	Assessoria de Governança Regional
Ent 3	6 anos	Coordenação de Atenção à Saúde
Ent 4	8 meses	Coordenação de Atenção à Saúde
Ent 5	4 anos	Coordenação de Atenção à Saúde

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

7.1.2 Grupo Focal

A amostra do estudo foi composta originalmente por oito participantes, então atores vinculados a algum dos elementos da estrutura operacional da RAS da Mulher, Criança e Gestante da Microrregião de Governador Valadares: pontos de atenção, sistemas logísticos e de apoio, e governança. Todavia, dois não participaram da entrevista em função de agendas pessoais.

A idade dos participantes variou entre 26 e 57 anos, que possuem as seguintes áreas de formação: enfermagem (3), farmácia (1), gestão pública (1), e psicologia (1). O tempo de atuação nas respectivas instituições variou entre 01 ano, e 11 anos com carga horária de trabalho semanal de 40 horas (QUADRO 8).

Quadro 8 – **Dados demográficos** e do trabalho dos participantes do grupo focal

Participante	Idade (anos)	Profissão	Tempo na Instituição	Sector de lotação
Participante 1	26	Enfermagem	03 anos e 09 meses	Coordenação da Atenção Primária à Saúde Municipal
Participante 2	57	Farmácia	02 anos	Assessoria de Governança Regional
Participante 4	40	Gestão Pública	01 ano	Secretaria Municipal de Saúde
Participante 6	53	Psicologia	08 anos	Secretaria Municipal de Saúde
Participante 7	45	Enfermagem	11 anos	Gerente Assistencial
Participante 8	36	Enfermagem	04 anos e 06 meses	Centro Estadual de Atenção Especializada

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

7.2 A Governança Relacional

A categoria Governança Relacional agrupou códigos vinculados à idealização dos aspectos simbólicos do arranjo colaborativo – sua identidade, seus valores, propósitos, contratos psicológicos e combinados. Pensa-se aqui o espaço de ambiência da Rede; o direcionamento ideológico que a ela se quer atribuir (MILAGRES, 2016). É o processo no qual se analisa o contexto da rede com mapeamento de expectativas das partes interessadas, verificação do ambiente interno e externo, para subsequente composição de agenda estratégica, e no qual se abre espaço para o exercício do princípio de participação (MARTINS, 2010; GREER, 2015).

A definição das agendas estratégicas da RAS, no contexto do caso em questão, é superficial, fragmentada e centrada no âmbito da área de assistência, e mesmo dentro dela, é desarticulada. Consideram-se as Resoluções Estaduais como indutoras de tal fragmentação.

Agora, dentro desses comitês, é...eu vejo assim...que existe uma estrutura um pouco viciada. Então não há assim, uma discussão mais aprofundada...não tem assim, muito uma atualização dos problemas, e isso não é discutido de uma forma mais, é...como eu falei, mais compartilhada. Por que, é...não adianta você tentar mexer n'um foco para concertar uma rede, por que a rede envolve vários pontos focais envolvidos, e que têm que partilhar, compartilhar informações, decisões, análises, tal...e isso eu vejo que não acontece...(...) Então, se não existe essa discussão compartilhada, você jamais vai conseguir mudar um resultado, porque a gente está falando de uma rede. Não adianta um ponto só, viciado, ficar falando sempre as mesmas coisas nas reuniões. Você tem que ampliar esse diálogo pra você ter uma visão inclusive, mais aprofundada do problema. (Ent 1)

Não me recordo em momento algum da gente tratar...é... de alguma reunião, é... falando de todo o processo mesmo, do início até o fim...se aconteceu, foi uma questão muito particular da área técnica com os atores envolvidos. (...) Tem sido uma coisa muito... entre a referência e com alguns atores envolvidos. Não sei se tá envolvendo todos, se tá sendo um processo fragmentado. Imagino eu, que seja fragmentado em função das Resoluções que norteiam essas políticas, que também acabam produzindo um olhar fragmentado pro processo também (...). (Ent 3)

Há certo grau de consciência dos atores do Estado quanto a essa fragilidade e seus impactos no resultado, bem como de seu papel na integração de partes interessadas para o processo de definição das agendas estratégicas da RAS.

Essas agendas, elas não estão acontecendo...elas acontecem, assim...cada um faz o seu...igual por exemplo, tem o do Hospital, que tem a Rede Cegonha, então tem que ter, não é...então, dentro do hospital, eu sei que eles trabalham a discussão dos casos dos...das crianças num grupo, e das mães, em outro grupo, sabe...e...acontece o do município...acontece. Mas isso não é articulado. Então a gente precisa ter um ator aí, que no caso seria a gente, envolvendo todo mundo, e conseguindo juntar para que a gente consiga desenvolver melhor essa ação. (Ent 2).

As discussões estratégicas também se dão no espaço natural de governança regional da RAS - ocorrem no âmbito da CIB Micro e Macrorregional e respectivas Câmaras Técnicas:

A rede já foi trabalhada dentro das Câmaras Técnicas, que são espaços que antecedem as Comissões Intergestores Bipartite, que é onde a gente discute inicialmente a política que vai ser pactuada, é....então, fazendo parte desse espaço, a gente tenta participar(...). (Ent 3).

No entanto, observam-se limitações quanto ao envolvimento dos atores que conformam, na prática, o arranjo colaborativo – em especial, os prestadores de serviço. Percebe-se, nesse caso, um viés de envolvimento condicionado ao debate do financiamento das políticas, esvaziado de uma ótica orientada à legitimidade dos resultados para o território.

Eu acho que falta a presença do prestador nessas discussões...é importantíssimo, inclusive na CIB; porque, são eles é que prestam o serviço, uai.(...)Eu acho que o prestador, ele só entra na discussão quando tem que...quando tem recurso para receber. Mas ele não se compromete em discutir a saúde e a qualidade do serviço que ele está prestando, a necessidade de se alterar um ou outro objetivo, de adequar metas pra esse prestador alcançar...então ele tem que fazer parte, sabe! (Ent 1).

Há um sentimento de limitado grau de liberdade para debate das agendas locorregionais no espaço de governança natural da RAS, expressando aparente processo contrário à dinâmica descentralizatória então definida nas legislações de base do SUS:

(...) a gente tenta participar, contribuindo para a discussão da rede, mas a gente vê que é uma discussão muito limitada, porque vem um processo muito desenhado do nível central é...a gente não tem a liberdade de falar às vezes o contexto real do que é que tá acontecendo na região, quais são as dificuldades de acesso, quais são os...o real serviço que deve ser atendido naquela região. (Ent 3).

Há um entendimento de que a criação de agendas estratégicas se dá, de modo mais objetivo, por estruturas mais altas de gestão da Secretaria Estadual de Saúde e instância respectiva de governança – CIB Estadual. Há, nesse processo, um forte viés distributivo de recursos:

Como eu visualizo a criação de agendas? Visualizo da seguinte forma: Há no âmbito estadual uma deliberação inicial, né...isso pensando em recurso financeiro, então há uma deliberação inicial discutida no âmbito de... CIB SUS né, e aí, acontecem decisões nesse âmbito, e aí elas chegam até nós enquanto gestão regional, né...e aí, a gente acaba recebendo já alguns objetivos, metas e ações já definidos pela instância superior a nós, da Secretaria de Estado de Saúde, e aí, a gente replica essas informações para os municípios. (Ent 4).

Leva-se também em conta o papel do Ministério da Saúde como ente definidor de agenda estratégica da RAS, influenciando, de modo incisivo, a gestão e os processos de trabalho no nível local:

Quando a gente pensa, é... em ações ali mesmo para os profissionais, aí eu já penso, começando lá de cima, do Ministério da Saúde. Então tem o Ministério da Saúde propondo também ações... não que não aconteça o financeiro também, mas eu vejo as ações, a forma de trabalhar, os processos de trabalho sendo desenhados no âmbito federal, também no âmbito estadual. E aí a gente também replica essas informações e orienta não só gestores, coordenadores de atenção primária, mas também os profissionais pra desenvolverem adequadamente as ações na rede de atenção aí da mulher, da criança e da gestante (...). (Ent 4).

Chega-se, inclusive, a supor que o espaço da CIB Micro não se legitima, em definitivo, como *locus* no qual se definem agendas estratégicas integrais para a RAS:

No caso, CIB SUS, eu penso...porque, assim, a gente enquanto atenção primária, a gente não leva pactuação como acontece na média e na alta complexidade por exemplo, né...no âmbito da saúde da mulher, criança e gestante. A gente não pactua nada nessa área numa CIB Micro, né. A gente já recebe isso de cima, já, é... bem desenhado, engessado, e aí cabe a nós a replicação e orientação aos municípios. Então... nesse nível de CIB Micro, a gente não tem essa autonomia. (Ent 4).

Por vezes, identifica-se, nos projetos e programas desenvolvidos pelo nível central da SES, o espaço onde se definem os mecanismos para concretização da governança relacional nos territórios:

Então uma coisa bacana que eu tô sentindo nesse aspecto, é... esses projetos, esses programas que tão entrando, agora por exemplo está entrando o Saúde em Rede, que está falando muito dessas conexões, o que que é trabalhar em rede, o que que é o dispositivo de saúde, qual que é a especificidade de cada um, qual que é a tecnologia de cada um, qual que é a contribuição de cada um, como é que interage. Então, o Saúde em Rede vem também trazendo esse aspecto dentro da reorganização da rede, dentro da...dessa fala desses profissionais, o que que eles entendem...o que que é... que que a Atenção Primária e a Atenção Especializada, o que que é específico de cada um, o que que dá pra interagir cada um, em cada aspecto, né... (Ent. 5).

(...) agora esse momento, que o Estado [nível central da SES] está implementando o plano de enfrentamento da mortalidade materna e mortalidade infantil em decorrência desse aspecto que nós, na nossa região, nós somos o primeiro, né, estamos no ranking, estamos no status de primeiro lugar de MMI e no quinto em MI. Primeiro materno e quinto em infantil. (Ent. 5).

Confirmando o mencionado, no âmbito da RAS da MCG da micro GV, as diretrizes da Resolução SES/MG nº 6.946, foram seguidas e apreciadas pela CIB regional para estruturação do Ambulatório de Atenção Especializada respectivo, com carteira de serviço e profissionais, indicadores, metas, e processos de trabalho previamente estabelecidos. Da mesma forma, a política ministerial de atenção

materno infantil, definida pela Portaria de Consolidação nº 03 – Rede Cegonha – também influencia, analogamente, o território. Em se tratando do processo de criação e discussão de agendas estratégicas para a RAS, o que se verifica nesse espaço de governança – o da CIB micro – é um caráter apenas informativo ou prescritivo dos caminhos para adesão e implementação das políticas de saúde estadual e federal, esvaziado, portanto, de reflexões produtivas à implementação de governança relacional. É o que se ratifica, por exemplo, e muito frequentemente, nas pautas de CIB Micro, conforme recorte de ata:

Informar aos Gestores municipais quanto à Resolução SES/MG 5970, de 23 de novembro de 2017, e quanto ao prazo de assinatura do Termo de Compromisso no GEICOM – Incentivo Financeiro destinado à qualificação do cuidado à saúde da mulher, da criança e do adolescente na Atenção Primária à Saúde. (...) referência técnica do NAPRIS Informa que está disponível no sistema GEICOM, o Termo de Compromisso (...). O incentivo financeiro deverá ser utilizado para custeio de ações relacionadas ao pré-natal, ao puerpério, ao aleitamento materno, ao planejamento familiar, ao climatério, à prevenção do câncer de colo do útero e de mama, à prevenção da violência sexual e doméstica, à puericultura (...). A transferência do incentivo financeiro será realizada diretamente do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, em parcela única, sendo 100% destinado à parte fixa. O incentivo será destinado às despesas de custeio (...). O município terá o prazo de 16 (dezesesseis) meses para executar o incentivo financeiro(...). Os municípios constantes no Anexo I deverão alimentar o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica com as Ações de Problemas/Condição Avaliadas existentes na Ficha de Atendimento Individual, com o registro das opções Pré-Natal ou Puerpério, Puericultura e Saúde Sexual ou Reprodutiva. (27ª Reunião CIB - Fev 2019).

No entanto, reconhece-se o papel dos atores da Unidade Regional como agentes não somente de articulação e integração das políticas no território, mas também de releitura dos contextos, na busca de coerência frente às necessidades locais e às ações então propostas, centralizadamente – favorecendo, com isso, espaço de governança relacional, pautada na construção de relações de confiança entre partes interessadas envolvidas.

O que é que tem de ser feito de ações, já tem uma...uma...um discurso, já tem um planejamento...tanto que a gente está vendo a nível estadual...as ações que estão no próprio plano de enfrentamento da MMI não é nada novo, assim. Pensando bem, é o que já se faz...é o que já tinha sido proposto. Mas porque que ela não é implementada, né...porque que realmente ela não é efetiva? É...Eu criei uma expectativa que esse próprio plano de enfrentamento ia impactar bastante...eu acredito que impacte, desde que nós, das unidades regionais de saúde, peguemos esse plano e façamos de acordo com a nossa realidade, e fazendo o que...envolvendo todos esses atores, os atores da própria Unidade Regional de Saúde (...). E refletindo essa ação integrada não é só na Unidade Regional....refletir no próprio território... O

plano é interessante, é...é factível, é... é viável, é...depende de como vai ser essa integração desses atores, pra impactar nessas ações a nível do território, também. E...construir essas relações de confiança mesmo. (Ent. 5).

Compreende-se inclusive a necessidade de pensar, em contexto regional, os elementos básicos da governança relacional de uma RAS:

Então, assim, essa questão mesmo de... apoiar essa rede, em estudos, em números, identificar esses vazios, ajudar a pensar a estratégia, ajudar a organizar esses fluxos, os planos...planos de ação, quais são as metas, indicadores que eu tenho pra cada serviço desse, perseguir essa meta, o foco na meta, e que eu tenha números que embasem essas tomadas de decisão dos gestores. (Participante 8).

O que é ratificado pela Portaria de Consolidação nº 03, ao apontar como um dos atributos essenciais de uma RAS:

Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações. (Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017).

E também ao estimular:

a instituição do Fórum Rede Cegonha que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região... (Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017).

Assim há, então, que se evidenciar, no contexto de governança relacional da micro GV para a RAS em questão, ambiente farto de elementos indutores, não somente no âmbito das políticas estaduais, como também das federais, que favorecem o desenvolvimento de agendas – objetivos, indicadores, metas, etc. – com amplo escopo de evidências que podem servir como direcionadores.

Nota-se, na fala dos entrevistados, expressão de aspectos fragilizadores da governança relacional relacionados à ausência integral de representantes que implementam a estrutura operacional da RAS, reforçando entendimento da necessidade de um debate sistêmico e integral, próprio do espaço de governança, especialmente nas rotinas de definição das agendas estratégicas.

Como é que você mexe numa rede, deixando um ponto importante pra fora, que é o prestador. Então eu acho que isso é uma falha muito grande que precisa ser corrigida... (Ent 1).

Considera-se também, como relevantes à governança relacional, questões afins ao conhecimento técnico dos atores envolvidos:

(...) Eu acho (...), talvez, é...talvez uma qualificação melhor de quem discute isso. Muitas vezes, é... a gente percebe que tem pessoas em cargos chaves que precisariam ter um conhecimento melhor, mais estruturado de saúde pública, o que é rede, o que é governança de rede, tal, pra poder estar ali, discutindo realmente, profundamente essas questões (...) acho que esse é um outro ponto também...conhecimento técnico para discussão aprofundada, assim...(...). (Ent 1).

(...) o gestor nem sempre ele tem essa, essa confiança, e esse conhecimento pra fazer a análise desse contexto todo... ele acaba utilizando de algumas assessorias, e também aproveitando do conhecimento dos profissionais que estão nas equipes. (Ent 4).

Mencionam-se, ainda, aspectos relacionados à rotatividade que potencialmente fragilizam o espaço de governança relacional, abrindo precedentes para um constante recomeçar de discussão de agendas:

Do tempo que eu acompanhei, aqui, eu vejo que assim, essa troca de...de...igual por exemplo, a troca de diretor do hospital, ela é constante. Assim..., troca da gestão que aconteceu, tb, isso atrapalha um pouco sabe. Porque até que a pessoa pega, e aí, eles vão colocando outras pessoas para trabalhar, envolvidas naquilo ali...até que elas se empoderem do que é que é, e saibam pra poder seguir...e quem já tá há mais tempo acompanhando, fala que isso é difícil, sabe (...). Então, assim, eu vejo que isso é um ponto relevante (...). Fragiliza a governança. (Ent 2).

Tal fragilidade se associa, frequentemente, à tomada de decisão tecnocentrada e vertical que pouco favorece o engajamento dos atores locais nos debates afins à definição de agendas estratégicas, coerentes no âmbito dos espaços de governança regional.

Eu percebo enquanto técnico há 15 anos no SUS, então tem 15 anos que eu trabalho esses processos na microrregião, eu acompanho um processo ou outro. Então eu vejo assim...a gente tem muita dificuldade de escutar o município e realmente atender a sua demanda. E isso reflete em problemas inúmeros, em relação ao atendimento da micro em relação ao escopo que às vezes o serviço oferta, e não consegue cumprir as metas...a gente vê nas reuniões de Câmaras Técnicas, a gente vê o CEAE fazendo esse, esse pleito do acesso aos municípios em relação a serviços que ele oferta. (Ent 3).

Complementarmente, há um aparente privilégio de poder decisório da parte interessada, envolvida no arranjo colaborativo, que dispõe do recurso financeiro para definição da agenda.

Então eu vejo assim...às vezes o processo não é claro para todos os envolvidos. É um processo muito técnico, feito de cima pra baixo, mas a gente entende, é...que não é fácil desenhar essas políticas... não é fácil tentar fazer esse diálogo com os atores lá no início, e fazer esse planejamento de forma ascendente. (Ent 3).

(...) porque as vezes a coisa é implementada de cima pra baixo...mas a realidade não é tão como é pensada lá de cima. Não é a necessidade do que o território precisa. (Ent. 5).

Olha, eu gostaria que fosse no nível territorial, mas ainda, ainda tem uma...tem uma...uma relevância a nível estadual, sabe...pelo poder do recurso, pelo poder da discussão do recurso. Por já trazer uma coisa mais fechada as vezes, sabe. Chega na discussão, quando chega pra essa discussão, já chega com uma coisa já muito amarrada...então às vezes tem essa dificuldade do território, apesar deles terem o poder de...é dado o poder dessa decisão, dessa discussão, e dessa implementação, mas algumas coisa já vêm de cima pra baixo, sabe ...então às vezes, é...destoa da realidade local. (...) A gente viu isso no próprio Valora, né...Algumas coisas, já...apesar de que foi colocado, de que o fórum da discussão... a decisão é do gestor, mas é uma coisa amarrada com recurso. Então, às vezes eles não têm tanta autonomia de decisão em alguns aspectos. Eu sinto que algumas coisas são muito mais... não vou falar impostas, mas são mais diretivas, direcionadas, ainda. (Ent 5).

Identifica-se ainda, frequentemente, a definição de políticas estaduais estratégicas ao governo, sem que se mencionem as diretrizes de atuação das estruturas de governança regional, a despeito de tais processos serem implementados na prática de sua implantação. É o caso do Projeto *Saúde em Rede*, que tem por objetivo a organização do sistema de saúde pautado pelas RAS e, portanto, na integração de pontos de atenção municipal, micro, e macrorregionais para garantir resposta às necessidades da população. A Resolução SES MG nº 7784, que institui o projeto estratégico “Saúde em Rede” como política no âmbito do SUS estadual, é esvaziada de elementos de governança, o que favorece muito pouco o desenvolvimento de ambiente para a governança relacional, especialmente em contextos de grande rotatividade gestora e de equipes técnicas, como no caso em questão – da microrregião de Governador Valadares. Situação análoga ocorre com a política estadual de cofinanciamento da APS na microrregião, na qual são definidos objetos por demais abrangentes, que deixam de levar em conta, não somente os

temas afins à RAS aqui considerada, como também as necessidades locais, fragilizando novamente a governança relacional.

Apesar disso, reconhecem-se avanços no nível de maturidade dos gestores quanto à consciência coletiva para definição de agendas regionais solidárias e cooperativas coerentes, que venham fortalecer a RAS, ampliando o espaço de governança relacional:

(...) hoje em dia eu vejo que está mais amadurecida essa consciência, não mais de umbigo, mas do coletivo, do que que fortalece a micro, do que que fortalece aquela região ali, eu sinto que os gestores tão num processo, cada dia mais, de uma conscientização, de uma sensibilização, e de um amadurecimento dessas discussões serem de fortalecer o território microrregional, apesar das suas diferenças, sabe. Porque antes era muito mais pra dentro da sua conveniência própria, inicialmente há uns anos atrás. Hoje eu vejo que tem uma consciência mais coletiva e mais amadurecida, do que que realmente é condizente com a sua realidade. (Ent 5).

É importante a gente utilizar o serviço dos técnicos da superintendência e alinhar, traçar objetivos pra trabalhar junto e fortalecer a região em ações que realmente funcionem, ao invés de ficar trabalhando só em prol dos nossos municípios e não fortalecendo a nossa região. (Participante 6).

Adicionalmente, reivindica-se um espaço de governança em que seja possível o território manifestar suas necessidades para, de fato, falar-se de proposições legítimas e coerentes. Há, na prática, falta de ambiência à governança relacional:

as discussões que vêm do nível Estadual, do nível Federal, o que é implementado, ter um diagnóstico real, real mesmo do território. O que que realmente o território necessita. E escutar esse território, entender esse território. Dar a real governança, a real governabilidade desse território falar: isso aqui é bom pra gente, é isso aqui que nós queremos, sabe. (...). Qual que é a realidade do território, mesmo que seja uma microrregião, mas entender como é que funciona todas as especificidades de cada, é...dentro dessas microrregiões, dos espaços, dos seus territórios, ali dentro mesmo, sabe (...) Escutá-los melhor...Antes de implementar uma coisa de cima pra baixo, de ver qual que é realmente a necessidade. (Ent 5).

E que seja uma oportunidade de efetivo alinhamento, a partir da definição de agendas locais para a RAS:

Do meu olhar um pouco sobre a parte do planejamento, né...assim...pra ter ali a interação, comunicação de recursos humanos, né...a gente precisa trabalhar também pro processo de trabalho e olhar pra recursos hoje cada vez mais escassos, né, como utilizá-lo da melhor forma possível e que a gente vem, vem, né...assim, observando muito buraco ainda, muito vazio, e dificuldade com questões do planejamento. (Participante 8).

O meu desejo interno é que todo mundo falasse a mesma língua...e que hoje a gente não tem essa realidade. (Participante 2).

Ainda acho também que, esse olhar voltado pro planejar, ainda é muito pouco estimulado, incentivado, né... a nível tanto da gestão quanto a nível dos servidores. (Participante 8).

(...) e aí tem um ponto muito importante que o conto traz, que é de todas essas pessoas envolvidas entenderem o que é que elas querem, e o que que elas precisam fazer pra poder chegar nesse objetivo. E aí eu vejo que às vezes isso é uma falha. (Participante 1).

7.3 A Governança Processual

A categoria Governança Processual é uma categoria que expressa códigos associados aos rituais operacionais do cotidiano de governança da RAS: os fluxos de discussões, como as rotinas de governança serão desenvolvidas (MILAGRES 2016). Inclui as rotinas de reuniões, discussões relacionadas aos desafios da RAS, os processos padrão de funcionamento da governança (MARTINS, 2010). É a categoria na qual se abre espaço ao exercício do princípio de capacidade política, mantendo as partes interessadas alinhadas e capacitadas com os recursos oferecidos, favorecendo a obtenção de objetivos (GREER, 2015).

Percebe-se, no ambiente de governança processual do caso em questão, um processo episódico, frequentemente centrado em discussões temáticas afins à assistência e respectivas fragilidades, fragmentado e com participação insuficiente dos demais elementos representativos da estrutura operacional da RAS:

A gente tá à margem do processo. A gente não acompanha mais como que...o que é que tá acontecendo, quais são os principais problemas e desafios, o que é que a gente poderia fazer pra tá avaliando. A gente tá conseguindo visualizar alguma coisa quando a área técnica pauta a CIB Micro, pra tratar do assunto, ou mediante algum problema que os gestores colocam, ou mediante algum processo que a própria Resolução demanda. (Ent 3).

Eu vejo a participação nossa aqui, ainda muito tímida, sabe... não acho que está... acho que está longe de ser o ideal. (...) eu acho que a gente se reúne pouco - CAS E CREG [assistência e regulação], não é! A gente, é... faz troca de figurinhas muito pouco, sabe! E eu acho que essa é a maior fragilidade. Essa ausência de troca de informações e de diálogo entre esses dois setores principais que fazem a governança dessa rede, não é... que é a assistência em saúde e a regulação. (Ent 5).

[quanto a rotina de discussão dos desafios da RAS] (...) eu sinto que falta essa comunicação, essa junção pra poder discutir o todo. Porque essa discussão segmentada, eu vejo que não vai pra frente. E a gente não consegue ser um....a gente precisava juntar todos, a Atenção Primária, Média e Alta, e fazer essa interlocução, pra tentar fazer com que a gente estimulasse essas discussões, tanto dos grupos, pra poder buscar solução, melhorando a qualidade da assistência. (Ent 2).

Além disso, mesmo dispondo de oportunidades relevantes à governança processual, observa-se uma discussão pontual, desarticulada e marcada pela superficialidade, que pouco contribui para a mobilização de atores estratégicos e, conseqüentemente, à geração de benefícios:

Então não há assim, uma discussão mais aprofundada... não tem assim, muito uma atualização dos problemas, e isso não é discutido de uma forma mais, é...como eu falei, mais compartilhada. (...) Não adianta um ponto só, viciado, ficar falando sempre as mesmas coisas nas reuniões. Você tem que ampliar esse diálogo pra você ter uma visão inclusive, mais aprofundada do problema (...). (Ent 5).

E eu sinto que enquanto governança, falta mesmo um... como é que eu falo, um ponto inicial. A gente tem de comitê só o Comitê hospitalar e o municipal, e... eu sinto que eles conversam, mas não, é....não juntos... eles, cada um faz o seu separado e...encaminham pra gente as atas, não é...mas eu também percebo que falta ali uma integração, não é...tanto da equipe do município quanto do hospital e do CEAE para que aquelas causas sejam discutidas e trabalhadas para melhor resolução no território. (Ent 2).

Bem, eu vejo que o local que mais se debate isso, ainda, é nas CIB's. É o local que eles têm...que os atores, gestores, as referências, têm... é onde que é o grande espaço de conhecimento e de entendimento, ainda é... Porque eu ainda não estou vendo em outros locais... porque tem capacitações, têm reuniões, tem isso tudo, mas atinge poucas pessoas ainda. E, esses espaços, eu sinto que os gestores eles apropriam mas às vezes eles também não repassam para os profissionais. Não há um envolvimento dos profissionais. (Ent 5).

Compreende-se, em alguns momentos, que a governança processual nem mesmo ocorra no cotidiano da região em questão, considerando o arranjo colaborativo que aqui se leva em conta. Por não ocorrerem, é possível, então, vislumbrar prognósticos não favoráveis à entrega de valor:

Mas eu não me recordo, assim, de reuniões com os atores envolvidos pra trabalhar os problemas, pra tentar pensar soluções, não é! Não me recordo desse movimento. Se aconteceu, ficou muito na particularidade da referência, né...mas eu imagino que se tivesse acontecido, a gente teria conhecimento na CIB, porque geralmente é um movimento que demanda a divulgação na CIB do que fica acordado, do que fica alinhado. Então, pela falta da pauta na CIB Micro, (...) a divulgação de acordos dos consensos que fazemos...a gente entende que não existe este processo. É um olhar muito pontual...o município

x procura querendo resolver um problema, eu vou lá e resolvo (...). Então, é um olhar muito pontual. (Ent 3).

Olha, é como eu te falei antes (...) se essas discussões acontecem, eu não faço parte....eu não sei te posicionar como que elas acontecem, o que que é discutido, como é que isso é avaliado, como é que isso é planejado, organizado...eu não faço parte dessas discussões. (Ent 1).

Eu acho que os resultados não são obtidos. Tanto que, a...a...o que a gente vislumbra não é....os resultados que a gente vislumbra aí, essa mortalidade infantil praticamente maior de Minas Gerais, e tudo o mais. Ou seja, isso não está sendo gerido, monitorado, e não se tem tomado providência pra se mexer nisso daí, nessa rede, pra poder melhorar esse indicador. Então, sinceramente, eu acho que não tá havendo gestão em cima disso. (Ent 1).

Está iniciando um processo de tentar acompanhar essa rede na integralidade, mas é um processo muito, ainda inicial. Não sabemos como ele vai se desdobrar ainda. A gente sabe que não existe uma agenda aí...uma rotina, infelizmente, de acompanhamento dessa rede. (Ent 3).

No entanto, nota-se o entendimento da necessidade de criar e desenvolver mecanismos/estratégias de governança processual que viabilizem, para o arranjo colaborativo, os meios pelos quais irão sustentar os resultados. Percebe-se uma aparente confiança nesse macroprocesso como precursor de desfechos positivos, bem como as oportunidades de melhoria do mesmo:

E...a gente precisa implantar o Comitê Regional, não é...que a gente não tem....é uma tarefa que a gente tá aí para trabalhar nela no ano que vem, pra gente conseguir alimentar isso aí, até porque tem agora, né, implantado pelo Governo de Minas, o...não é, o Plano de Mortalidade Materna e Infantil, que a gente vai dar sequência, nesse...não é... nesse trabalho, pra tentar melhorar, não é... e reduzir essa mortalidade aqui na nossa região. (Ent 2).

É...um fórum mesmo de discussão de todos os problemas que enfrentamos e proposição de soluções. Um plano de trabalho mesmo, de como avançar com os desafios que temos. É...um olhar aí pra questão do investimento que é feito nessa rede, que a gente desconhece, de forma integral. De fato qual que é o recurso que eu invisto na rede de atenção à saúde da mulher...da Atenção Primária até o atendimento da gestante de alto risco. Então eu acho que falta um pouco esse...é...essa organização toda...de todos os atores.. A participação de todos os atores nesse processo. Por que o CEAE, as equipes de atenção primária, os hospitais, eles também têm que estar envolvidos, nessa discussão. Pra entender porque que a gestante está chegando lá pra ele de forma errada, no momento errado, né... E tentar melhorar isso. O que é que ele pode fazer como sugestão pra melhorar. Colocar todos os atores mesmo, pra tentar trabalhar melhor, tudo o que pode ser feito pra, de fato, fazer a governança dessa rede. (Ent 3).

...às vezes uma falta de desenho de processos de trabalho mesmo, até pra própria referência se guiar – como que eu trabalho esse processo, né. (...) Então eu acho também que falta muito, é... uma orientação pra esse ator, de como que ele deve trabalhar esse processo, no âmbito regional. Como que

ele vai fazer isso, né. Eu vejo que ele fica um ator muito sozinho, tentando desenhar o próprio processo, muitas vezes sem muito respaldo, de como caminhar, né, pra que a rede realmente funcione, pra que realmente se efetive. Qual que é o papel dele, enquanto referência inicial daquela rede, com o que que ele tem que se preocupar, como que ele tem que pautar essas discussões, envolver os atores nas discussões, que rotina é essa de discussão que eles têm que fazer. Eu acho que não fica muito claro pras nossas referências, esse processo. Então isso também dificulta muito. Eu acho que seria isso. (Ent 3).

Assim como no campo da governança relacional, há também, no contexto da governança processual, sinalizadores da necessidade de melhor e mais adequada fundamentação técnica e conceitual que subsidie o exercício das competências nesse campo:

Eu sinto essa questão da governança, sabe... às vezes a gente dentro da unidade regional de saúde, a gente acha que a gente sabe o que que é governança, sabe. Mas eu acho até provocar essa discussão entre a gente. Eu sinto assim, que... a gente tem essa fala de governança com os municípios, mas será que nós sabemos o nosso papel? O que que é governança, sabe... Mas assim, em que local que a gente tá. Enquanto unidade regional de saúde, se a gente tá realmente fazendo esse movimento de governança mesmo, real, legitimando ele mesmo. Não sei...É uma pergunta que eu faço pra mim... porque eu tô...eu tô querendo entender mais de governança, qual que é meu real papel nesse processo todo. (Ent 5).

Alinhada a essa necessidade, a Portaria de Consolidação nº 03 propõe, como diretriz para a implantação das RAS, o fortalecimento do papel dos Colegiados de Gestão Regional no processo de governança desses arranjos colaborativos. Nesse sentido, estratégias são apresentadas, muito fortemente vinculadas à governança processual, com importante fomento à compreensão de papéis, por parte dos atores envolvidos, conforme trecho da portaria mencionada:

Incentivar o papel coordenador das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na organização dos CGR visando à implantação da RAS; Qualificar os gestores que integram os CGR, sobre os instrumentos e mecanismos do processo de governança da RAS; Incorporar permanentemente nas pautas das CIB's o apoio à organização da RAS; Fortalecer a gestão municipal tendo em vista que a governabilidade local é pressuposto para qualificar o processo de governança regional. (Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017).

Há, porém, no âmbito das políticas estruturantes do estado, para implantação das RAS, lacunas importantes quanto à formação de competências aptas ao exercício dos processos de governança, impactando de modo incisivo, especialmente a governança relacional. É, por exemplo, o caso do Programa Saúde em Rede –

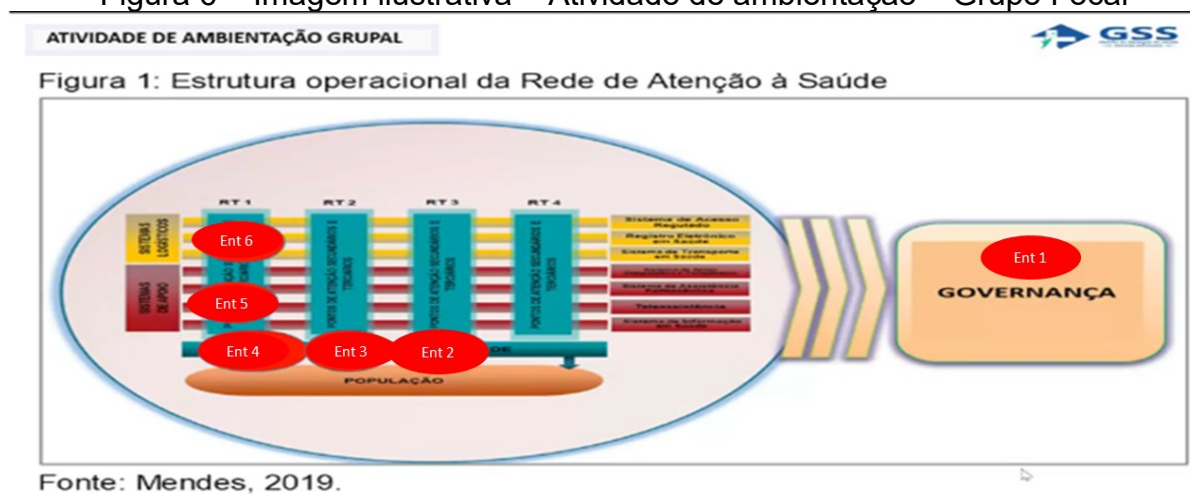
Resolução SES MG nº 7784 –, que fomenta o desenvolvimento de conhecimento, de habilidade e de atitude, especificamente dos processos assistenciais, sem levar em conta os padrões de funcionamento e interação do arranjo colaborativo que sustenta a RAS, conforme recorte da mencionada Resolução:

O projeto reúne um conjunto de ações, baseadas em metodologias ativas, voltadas para o desenvolvimento de competências de conhecimento, habilidades e atitudes, necessárias para a organização e qualificação dos processos assistenciais. Seu objetivo é organizar as redes de atenção à saúde por meio de ações educacionais como Educação Permanente em Saúde (EPS) e ações de Educação Continuada (EC). Nesse sentido, as atividades do Saúde em Rede podem ser compreendidas como um momento de discussão e mudança no “modus operandi” das equipes e serviços, buscando a correta operacionalização de uma dada rede de atenção. (Resolução SES/MG nº 7.784, de 21 de outubro de 2021).

Tal medida – oferta de iniciativas para o desenvolvimento de competências no campo da governança – se faz emergente no processo da governança processual, vez que as rotinas que a sustentam são atualmente esvaziadas de sentido para a grande maioria das partes interessadas, envolvidas na implementação da RAS.

Há, nos atores do arranjo colaborativo, um vazio de compreensão quanto à identificação do seu próprio papel no espaço de governança, o que se observou na Figura 6, quando os participantes do grupo focal foram solicitados a identificar suas posições ou “lugares” na imagem ilustrativa da estrutura operacional da RAS, ao momento de ambientação grupal. Observa-se que, apesar do espaço de governança se conformar com os membros que ali se faziam presente, apenas um, somente, se reconheceu nesse espaço. A ampla maioria, se posicionou no campo da assistência.

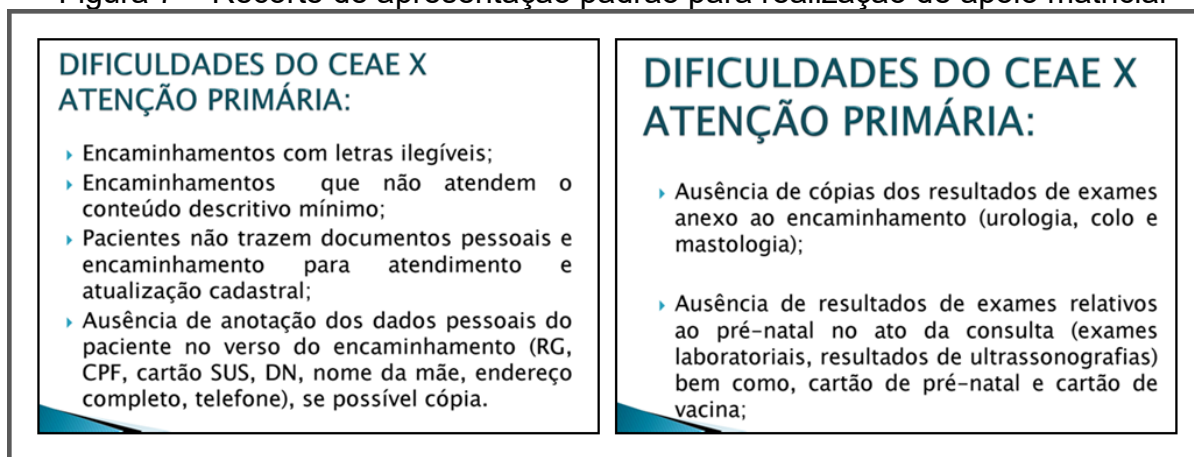
Figura 6 – Imagem ilustrativa – Atividade de ambientação – Grupo Focal



Fonte: Relatório de Grupo Focal

Considerada a diversidade de processos e oportunidades onde se discute a dinâmica da RAS em questão, no território da micro GV, e dada o seu caráter fragmentado, há um aparente desconhecimento, por parte dos entrevistados, bem como dos participantes do Grupo Focal, quanto as rotinas de matriciamento do AAE junto aos municípios, que exercem um importante papel no âmbito da governança processual. O “Guia de Matriciamento” da SES/MG define que essa rotina deve envolver a Coordenação da Atenção Primária à Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, além da Unidade de Atenção Primária à Saúde indicada para participar do processo, por critério de criticidade. Nesse “espaço”, realiza-se breve análise de diversos elementos da estrutura operacional da RAS (FIGURA 7), incluindo sistemas logísticos, como processos regulatórios, transporte, Cartão Nacional do SUS; e de apoio, por exemplo, sistemas de informação, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, entre outros. Ainda que marcado pela limitação das partes interessadas envolvidas – APS e AAE – e também pelo escopo restrito do debate – centrado no acesso à atenção secundária –, frente à amplitude das agendas que envolvem a implementação de uma RAS, observa-se que o apoio matricial é um processo que, marcadamente, se aproxima do ideal de uma rotina de governança processual.

Figura 7 – Recorte de apresentação padrão para realização de apoio matricial



Fonte: Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) do município de Governador Valadares.

Mesmo sendo realizado pelas equipes da AAE, há, na Resolução SES MG nº 6.946 que regulamenta o funcionamento do CEAE, previsão de participação das Unidades Regionais de Saúde no processo de matriciamento, tornando-o muito próximo do que se espera ser uma rotina de governança processual, ao envolver, nas discussões o “patrocinador” da política, conforme aponta o trecho desse documento:

Art. 5º - As referências técnicas das Unidades Regionais de Saúde devem participar e acompanhar as visitas técnicas em conjunto com a equipe dos Centros Estaduais de Atenção Especializada das ações de matriciamento da atenção primária, conforme Guia de Visita Técnica padronizado pela Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial. (Resolução SES MG nº 6.946 de 04 de dezembro de 2019).

Há, ainda assim, nesse espaço do matriciamento, relato de superficialidade das discussões, análogo ao observado na CIB microrregional, bem como expressão de ausência da integração dos demais atores ao cotidiano do debate. Faltam elementos da estrutura operacional da RAS para um franco trabalho de governança processual.

O CEAE, ele tem também as metas deles a cumprir. A gente acompanha enquanto Superintendência, enquanto gestão, mas a gente, faz os matriciamentos dos municípios, que são aqueles com os piores números. Só que eu sinto que falta, igual, por exemplo, fica mais a gente colocando pra eles, como tem que ser, como deve ser (...). Então, assim, eu sinto que precisa juntar, pra poder trabalhar e discutir, divulgar. Isso não é feito não. Tem essa falha aí. (Ent 2).

Ainda envolvendo o ambiente da AAE, nota-se, na mesma legislação estruturante do programa – CEAE –, outro traço marcante de governança processual, quando da oportunidade de realização das ações de supervisão anual desse ponto de atenção, para avaliação de qualidade e desempenho assistencial, e também do nível de integração estabelecido com a APS do território microrregional. Reforçando tal percepção – de presença dos elementos da governança processual – observa-se ainda, no documento supracitado, dinâmicas de elaboração de Plano de Ação específico frente às oportunidades de melhoria identificadas, que deve ser apreciado pela CIB, conforme recorte da Resolução:

Art. 18 - No ato da supervisão caso o desempenho do Centro Estadual de Atenção Especializada esteja abaixo de 60 (sessenta) pontos na soma dos indicadores, o serviço terá um prazo de 30 (trinta) dias para elaborar e apresentar um Plano de Ação para adequação, o qual deverá ser pactuado em CIR/CIRA. (Resolução SES MG nº 6.946 de 04 de dezembro de 2019).

Assim como no matriciamento, há que se considerar, aqui, o caráter pontual das discussões, também no processo de supervisão do CEAE, dada a amplitude da engenharia de uma RAS. Espera-se que a CIB Micro se conforme como espaço legítimo para tal; no entanto, de modo muito claro, tem servido como oportunidade episódica para a manifestação de equipes técnicas e gestores, quando do não funcionamento de fluxos e serviços de referência, bem como à apresentação desses,

e dos regramentos de acesso a exames e procedimentos, e até mesmo para ajuste dos mesmos. Mesmo assim, a discussão de pautas em CIB favorece a dinâmica de governança processual, no entanto, trata-se de um processo marcado pela ausência de debates e problematização de rotinas:

A representante do município (...) pediu a palavra e explicou que em relação ao mamógrafo, todas as mamografias foram direcionadas ao Hospital (...), inclusive as que já estavam agendadas no CEAE até que o seu equipamento seja consertado. A servidora (...) perguntou se o agendamento continua sendo realizado no CEAE e ele mesmo repassa ao Hospital ou se é feito diretamente no Hospital. (...) respondeu que não tem essa informação, mas se comprometeu em conseguir e repassar à servidora. (46ª Reunião de CIB – Dez 2019).

Apresentação do Fluxo de Exame de Mamografia para os Municípios da Região de saúde de Governador Valadares – (...) Informou que a requisição de mamografia do MS deve ser preenchida corretamente e encaminhada por e-mail com cópia da identidade, cartão do SUS e comprovante de residência. Informou que o único local que está com o mamógrafo funcionando é a Clínica (...) e está disponibilizado quinhentas mamografias para o mês de março e quinhentas para o mês de abril. Pediu que caso alguém tenha dificuldade para marcação, entrar em contato com o núcleo para relatar. [gestora] explicou a dificuldade de escanear todos os documentos de todos os pacientes e perguntou se não existe a possibilidade de enviar por meio físico ao invés de enviar por e-mail. A representante de Gov. Valadares (...) explicou que por meio físico existe o risco dos documentos se perderem, mas irá consultar e encaminhar a resposta por e-mail a todos os gestores. (48ª Reunião de CIB – Mar 2020).

Apresentação das Alterações dos Critérios de Encaminhamento para o CEAE de Governador Valadares dentro da Carteira de Trabalho oferecida - A coordenadora interina do CEAE apresentou as alterações que houveram nos critérios de encaminhamento para o CEAE. Informou que as mudanças na neonatologia, a prematuridade passa a ser de 32 semanas abaixo, e 1500g abaixo. Em doenças infecciosas foi acrescentado a Chikungunya que antes não havia (...). (48ª Reunião de CIB – Mar 2020).

No âmbito da CIB regional, observa-se também a pactuação de habilitações relevantes à integralidade da RAS da MCG, na micro GV, ampliando o escopo de governança processual nesse espaço, ao se tratar de questões afins à dinâmica do arranjo colaborativo, conforme é possível observar no recorte de ata da CIB:

Pactuação da habilitação de 10 Leitos de UCINCO e 5 leitos UCINCA no HMGV – (...) A servidora explicou que o Hospital (...) possui 43 leitos obstétricos e 20 leitos de UTI Neonatal já habilitados pelo SUS, 2 leitos de UTI adulto qualificados pela Rede Cegonha para atendimento à gestante e puérpera, 10 leitos de UCINCO (Não Habilitado) e 5 leitos de UCINCA (Não habilitado) e 1 banco de leite em fase final de implantação. Informou que a instituição já realiza o método Canguru em todos os espaços da unidade perinatal. Ressaltou que com base na importância desses atendimentos para

a região, estão solicitando o pleito para as habilitações propostas.****
Encaminhamento: A pauta foi pactuada sem ressalva.****

A Portaria de Consolidação nº 03 reafirma a governança como um dos elementos da estrutura operacional da RAS, assentando seus processos no âmbito dos Colegiados de Gestão Regional (CGR); no caso, a CIB Micro e Macro. Nota-se, portanto, a expressão de rotinas afins à governança processual no referencial da legislação, ainda distanciadas da prática, como pode ser identificado nos recortes apresentados anteriormente, comparados à diretriz que se apresenta nesse trecho da portaria:

(...) o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretar a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região. (...) No processo de governança são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas, etc. (Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017).

Ideias centrais são trazidas nesse documento, tendo como essência os seguintes aspectos: capacidade de intervenção decorrente de um arranjo colaborativo, de âmbito regional, para implementação de processos gestores da RAS; e CGR como espaço relevante para pactuação e cogestão solidária e cooperativa e exercício de consensos frente aos desafios locais. A mesma Portaria de Consolidação indica, ainda, que governança forte implica não somente a idealização de um arranjo colaborativo que envolve diversidade e complementariedade de arranjos tecnológicos, como também capacidade de monitoramento e avaliação da política de saúde regional que, dentre outras fontes de informação, contam com estratégias como fóruns, pesquisas de satisfação que alimenta tal processo.

Dada a complexidade de obtenção dos resultados pretendidos pela RAS, no limitado espaço dos Colegiados de Gestão Regional, mais recentemente, a Comissão Intergestores Tripartite publicou a Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, que “Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à

Saúde no âmbito do SUS”, definindo a necessidade de instituir o denominado Comitê Executivo de Governança da RAS (CEGRAS). De abrangência macrorregional, essa instância integra entes gestores do território, prestadores e controle social, então envolvidos no funcionamento da RAS respectiva. Por sua natureza técnica e operacional, e subsídio decisório que deverá oferecer à CIB, há que se projetar efeitos importantes no contexto do caso aqui considerado – RAS da MCG na microrregião de GV – dada a abrangência dessa inovação e o seu caráter integrativo. Elaborado pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, o manual intitulado *Orientações Tripartite para o Planejamento Integrado* esclarece a concepção de uma nova prática de governança pluri-institucional, que irá se dar no âmbito dos Comitês Executivos de Governança de cada RAS, sugerindo atribuições marcadamente afins à governança processual, de modo complementar à Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017, cujo trecho se apresenta a seguir, complementado por recorte do Manual supracitado:

XII - Os Comitês Executivos de Governança das RAS deverão subsidiar a CIB nas tomadas de decisões acerca do seu espaço regional, no que se refere à implementação das RAS, bem como contribuirão para a efetivação dos acordos pactuados na CIB e CIR. (Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017).

a. Acompanhar o funcionamento da RAS nos diversos pontos de atenção da rede; b. Monitorar os objetivos e as metas da RAS que devem ser cumpridas em curto, médio e longo prazos; c. Monitorar os indicadores estabelecidos no painel de bordo da RAS na Macrorregião; d. Recomendar novos arranjos, fluxos e organização da RAS; e. Recomendar capacitações e Educação Permanente para as equipes de saúde; f. Recomendar medidas que favoreçam as articulações das políticas interinstitucionais; g. Encaminhar para a CIB Estadual as recomendações. (Manual - Orientações Tripartite para o Planejamento Integrado).

Nesse sentido, reafirmando propósito de favorecer a governança no recorte da atenção hospitalar, a SES MG definiu competências e rotinas para o que denominou “Comitês Gestores”, que possuem caráter pluri-institucional. Tal diretriz estadual influencia a governança processual no âmbito do caso em estudo. Há que se observar, porém, a perspectiva reducionista de um processo de governança, direcionado única e exclusivamente a um dos pontos de atenção da RAS, fragilizador, portanto, da integralidade, conforme se observa nos seguintes trechos de Deliberações:

Art. 16 – Cabe aos Comitês Gestores de Atenção Hospitalar o acompanhamento do desempenho dos beneficiários e a consecução dos objetivos da Política. (Deliberação CIB SUS nº 3.214, de 16 de setembro de 2020).

Art. 1º - Os Comitês Gestores Regionais de Atenção Hospitalar são espaços formais de monitoramento, avaliação e proposição de melhorias do complexo hospitalar de Minas Gerais em consonância com a Política de Atenção Hospitalar de Minas Gerais – Valora Minas e as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde que possuem a unidade hospitalar como ponto de atenção. (...) Parágrafo único – Todas as entidades envolvidas, direta ou indiretamente com o complexo hospitalar de Minas Gerais poderão participar da reunião do Comitê Gestor como convidadas, conforme a pauta a ser discutida, mediante convite ou solicitação da mesma à Secretaria Executiva. (...) Art. 5º - O Comitê Gestor Regional de Atenção Hospitalar reunir-se-á sempre que for necessária a discussão dos assuntos pertinentes devendo ocorrer, no mínimo, uma reunião trimestral em caráter ordinário, com pauta definida com antecedência de, pelo menos, 5 (cinco) dias úteis. Deliberação CIB SUS nº 3.216, de 16 de setembro de 2020).

Contrapondo a essa prática de governança processual fragmentada, há visões que definem a importância desse espaço para a RAS, valorizando-o enquanto mecanismo que favorece a integração e comunicação entre os pontos de atenção que dela fazem parte:

[Quanto aos aspectos que fragilizam a governança] Eu acho que, a comunicação, assim, entender quais são as falhas pra tentar melhorar, sabe. A comunicação, assim, da falha da Atenção Primária, da média, as dificuldades encontradas, e essa discussão, pra poder tentar essa conversa com esses atores, pra poder tentar resolver, e melhorar. Por que eu vejo que tem essa conversa, mas são pontos separados. A gente precisa articular isso em um único ambiente, trabalhar com esses atores todos, envolvidos pra uma única... um único objetivo. (Ent 2).

Bem...eu ainda vejo que a fragmentação da própria rede em si, dos próprios dispositivos...desses dispositivos não conversarem entre si, e não ter essa rede, realmente. Existem os dispositivos, existe. Existe os atores, existe, mas essa rede ainda está fragmentada, no modelo...apesar de toda a discussão no modelo do que que seria essa governança, ainda...essa rede ainda, eu sinto que ela ainda é fragmentada. É um aspecto. (Ent 5).

Eu acho que a maior dificuldade é a comunicação. É a harmonização né... Se a gente realmente tivesse a harmonização que o conto tá aqui, e uma comunicação bem fidedigna, eu acho que a gente chegava em bons resultados. (Participante 4).

A gente precisa se juntar mais. É...eu como membro lá também do Comitê de Mortalidade né... a gente sente falta de ter a presença de outros setores, que são necessários e que às vezes a gente não tem. Eu acho que falta mais integração. Integração também é uma fragilidade no...não é a realidade. (Participante 2).

7.4 A Governança Contratual

Na categoria Governança Contratual, agrupou-se códigos relacionados a aos regramentos das interações entre as organizações, divisão de produtos, e os acordos que deverão servir de referencial para a construção de relações de confiança entre as partes interessadas, estabelecendo o ambiente para a governança contratual (MILAGRES, 2016). É o espaço para pactuar resultados, realizar contratos de gestão e estabelecer termos de parceria e sistemáticas de incentivo (MARTINS, 2010). Serve à implementação do princípio da integridade, por meio do qual as funções e os papéis são claramente definidos (GREER, 2015).

O ambiente da Governança Contratual do caso em estudo se apresenta, via de regra, frágil, diante dos resultados requeridos pelo território; há um aparente vício de origem, em que pesa muito mais a condição do prestador em ofertar e implementar serviços, do que a necessidade da RAS em questão, estabelecendo-se comumente relações de caráter permissivo quando do não cumprimento dos pactos ora estabelecidos junto à parte contratada.

Então, isso eu acho que é um grande obstáculo (...) eles [os prestadores] definem o que eles querem atender, e de que forma vão atender. Eles não atendem as necessidades de saúde dessa rede. Eles atendem o que eles definem que querem atender. E eu acho que isso está influenciando bastante no resultado final dessa rede aí. (Ent 1).

Eu acho que, que, é... quando não é cumprido, determinado objetivo, determinada meta não é cumprida, a justificativa é frágil e é aceita. Então é pago do mesmo jeito. E isso faz que o prestador insista nesse comportamento desleixado, vamos falar assim, né... com o alcance do objetivo. Eu acho que isso é um, é um...problema, ah... sério nesses contratos. As justificativas são frágeis, e os objetivos não são, é... alcançados e se paga da mesma forma, e aceita-se essa fragilidade de justificativa. (Ent 1).

A sensação que estão...repetem um padrão de comportamento, e de coisas que já foram implementadas, de recursos que já foram distribuídos, e de indicadores que já foram levantados. Parece que é só repetir um padrão de comportamento. O que eu vejo que a gente tem que ver uma estratégia, uma condução, uma lógica diferente, porque recurso tem. O problema não é recurso. (Ent 5).

[no caso da contratualização de resultados da RAS no âmbito da APS]... essa contratualização acontece com base numa série histórica, né...então há uma análise do que é que o município já faz...e aí, a pactuação acontece seguindo uma lógica...existe uma metodologia de cálculo adequado pra definir, né, esse compromisso, essa meta que será pactuada, mas essa análise é feita com base na série histórica do município. (Ent 4).

Há, na relação entre as partes interessadas do arranjo colaborativo, um forte viés financeiro que influencia desfavoravelmente o processo de Governança Contratual, muitas vezes considerado como mais relevante que o próprio resultado que se pretende alcançar:

Eu acho que o prestador, ele só entra na discussão quando tem que...quando tem recurso para receber. Mas ele não se compromete em discutir a saúde e a qualidade do serviço que ele está prestando, a necessidade de se alterar um ou outro objetivo, de adequar metas pra esse prestador alcançar...então ele tem que fazer parte, sabe! (Ent 1).

Percebe-se também um ambiente contratual marcado pela não interface das partes interessadas contratadas, cujos papéis, originalmente, são complementares na obtenção do resultado esperados para o arranjo colaborativo. Tal desarticulação fica evidente já na origem do próprio contrato, que desdobra, no âmbito da governança relacional, ambiente não motivador de interfaces produtivas favorecedoras da entrega de valor em saúde ao público da RAS,

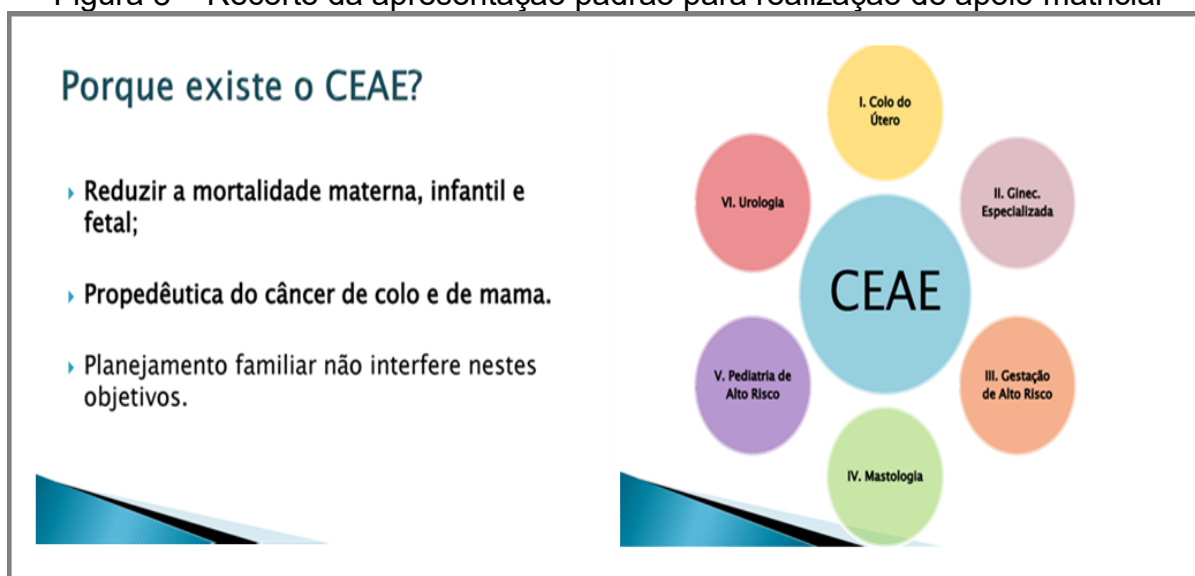
...eles não se comunicam. A Atenção Primária, com a média e com a Alta. A gente tem sim uma dificuldade dessa interlocução entre um e outro. A Atenção Primária, eu sinto muito que, assim, ela...ah, esse caso é da média e, a atenção primária não acompanha (...). E o hospital, parece que assim... eles falam que encaminham para o CEAE, mas essas crianças não chegam ao CEAE. (...)E precisa sim ser trabalhado esses termos, essas metas, esses compromissos, não só com os municípios que são atendidos, mas como para a Atenção Primária, pro hospital, que isso seja divulgado um pouco melhor (...). Identificar os problemas e trabalhar juntos os três níveis. Cada um faz o seu, mas não se comunica. (Ent 2).

...a rede de atenção à mulher e criança, e a gestante, ela ainda não tem um...um... processo de discussão de forma integral...é...contratos por meio de Resolução com indicadores que às vezes não avaliam de fato o que precisa avaliar em relação ao atendimento, ao serviço que está sendo prestado por cada uma das unidades envolvidas... a gente vê que há um modelo de contrato muito frágil, em que só o município assume o compromisso – o município que tem o serviço, por exemplo, que vai prestar o atendimento -, os outros não assinam o compromisso (...) mas todo esse processo fragmentado, ele dificulta muito a... é...a contratualização da rede como um todo. É uma rede contratualizada de forma, é... muito picotada, não é! (Ent 3).

todos temos boas intenções, mas às vezes nós não nos conhecemos, eu não conheço muito bem o que o outro faz, e aí quando eu não conheço, eu também não sei como me articular em relação ao trabalho dele...quando é que eu procuro, quando é que eu não devo procurar, e até mesmo qual a minha função dentro dessa rede. O que que eu tenho de direito e quais são os meus deveres. (Participante 1).

De modo particular, no âmbito da AAE, observa-se que novamente o processo de matriciamento se mostrou propício à governança, aqui, em seu componente contratual. Verifica-se que mesmo abordando poucos municípios da microrregião, movimentos de elucidação do CEAE, quanto ao seu papel e funções no contexto do arranjo colaborativo são realizados. Observa-se, aqui, uma busca de caminhos para a integração entre pontos de atenção, conforme mostra a Figura 8.

Figura 8 – Recorte da apresentação padrão para realização de apoio matricial



Fonte: Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) do município de Governador Valadares.

Complementarmente, observa-se no recorte do Guia de Matriciamento do CEAE, questões reflexivas sendo trazidas à gestão municipal quanto ao reconhecimento dos compromissos desse serviço na RAS:

O gestor municipal tem conhecimento dos indicadores de monitoramento/avaliação do CEAE pactuados com a Secretaria de Estado de Saúde e conhece o impacto que o não alcance das metas poderá acarretar? (Guia de Matriciamento CEAE – versão final 1- atualizado 2020).

Também no âmbito da AAE, desenvolvida pelo CEAE, é possível identificar boas práticas de governança contratual quando, no próprio texto da Resolução SES/MG nº 6.946, de 04 de dezembro de 2019, identificam-se claros processos definidores das entregas – o que é o programa e seus objetivos –, da supervisão, avaliação e metodologia – parâmetros de aferição dos resultados – e o financiamento que envolve a parte interessada contratada – como se darão os incentivos – para o ponto de atenção da RAS. Chama também atenção o importante caminho alternativo

apresentado para a diversificação de arranjos colaborativos previstos na Legislação do programa, como participação de consórcios ou outros prestadores, buscando viabilizar o cumprimento dos objetivos da AAE, favorecendo ambiente flexível à entrega de valor em saúde no território. Nota-se, ainda, cumprindo o ritual de contrato junto ao patrocinador da política, a realização de pactuações das metas, e planos de investimento, por parte do CEAE, no âmbito da CIB Micro, chamando a atenção, somente, a não observância de discussão de pauta tão relevante ao território, conforme recortes de ata de reuniões de CIB:

Pactuação de Metas do CEAE/Governador Valadares para 1º Quadrimestre/2018 – (...) servidora do município de Governador Valadares apresentou a pactuação das metas do 1º quadrimestre/2018 Centro Estadual de Atenção Especializada da região de saúde de Governador Valadares, vale salientar que o município pactuou o mínimo exigido, podendo atender além das metas propostas.** (Ata de Reunião de CIB – fev 2019).

Pactuação: Recurso investimento CEAE (...); A servidora informou que a Resolução SES/MG nº 6946, de 04 de dezembro de 2019, prevê para o CEAE um repasse financeiro no valor de R\$ 2.491.995,47 ano. Ressaltou que a resolução autoriza que 20% do recurso global seja utilizado para investimento, conforme pleiteado pelo município. ***** Encaminhamento: Ficou acordado que a apresentação do Plano de Investimento pelo município de Governador Valadares para CIB de 2022, fosse precedida de reunião com os gestores da microrregião de Valadares para alinhamento dos serviços do CEAE. ***** Encaminhamento: A pauta foi pactuada.

Expressa-se, no âmbito da APS, um regramento diferenciado para a definição dos papéis que esse nível de atenção irá desempenhar no âmbito da RAS. Fica evidente, especialmente nesse ambiente, um processo descolado das necessidades locais, com baixa coerência, e forte viés intervencionista do Ministério da Saúde e da SES, que aparentemente definem não somente a lógica dos investimentos, como também as práticas de trabalho das equipes, com as metas que deverão ser atingidas:

Na Atenção Primária, a gente não faz pactuação de metas e ações nesse âmbito. Normalmente, essa discussão do que é que vai ser inserido numa política é feito ali no nível de CIT ou CIB SUS. E aí essa definição de metas e ações vem pro município...quando acontece, é muito raro, eu acho que da minha vivência, eu nunca vivenciei uma pactuação de metas assim, do Estado com o município na saúde da mulher e da criança. No caso do financiamento da Atenção Primária, também não tem uma assinatura de um termo de compromisso pra cumprir uma meta...o financiamento está lá, os indicadores da materno-infantil estão postos, com suas metas e suas ações preconizadas, e cabe ao município cumprir ou não... Acaba que fica muito padronizado. Nem sempre todos os municípios, cada um tem a sua realidade, a sua população, a sua distância em relação aos centros urbanos que têm

mais serviços...então acaba que uma meta padrão pra realidades diferentes, acaba dificultando não só o cumprimento das metas, como também como o ministério visualiza esse município, ne...como que a gente acaba visualizando o município, por ser tão engessado, tão duro assim... é um número igual pra todos. Apesar de ser um percentual, né...mas não leva em consideração as especificidades. (Ent 4).

O mesmo pode ser constatado quando se analisa esse trecho do Termo de Compromisso da Política Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde da SES MG:

O presente TERMO DE COMPROMISSO tem por objeto a adesão do MUNICÍPIO/SMS às normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro para Política Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde, previsto na Resolução SES/MG 7.627, de 3 de agosto de 2021, visando à complementação do financiamento das ações e dos serviços pertinentes a esse nível de atenção, mediante o estabelecimento de indicadores, metas e compromissos pactuados com a SES/MG.§1º O incentivo financeiro de que trata este TERMO destina-se às ações e serviços de Atenção Primária à Saúde incluindo ações de educação permanentes.§2º A execução das ações e serviços de Atenção Primária à Saúde mencionadas no parágrafo anterior devem observar, no que tange ao aspecto assistencial, as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).(Termo de Compromisso - Resolução SES/MG 7.627, de 3 de agosto de 2021).

Também no nível da APS, ganha expressão, diferentemente das práticas estabelecidas pelo estado na realização de pactos para a AAE, a abrangência dos objetos que aqui se define para a parte interessada do arranjo colaborativo; os indicadores abrangem diversas agendas, não específicas da rede materno-infantil, sem menção a qualquer processo integrativo com demais níveis de atenção. É o que se observa na Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS; assim como na Resolução SES/MG 7.627, de 3 de agosto de 2021, que estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação da concessão de incentivo financeiro da Política Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde.

No âmbito da atenção hospitalar, a Governança Contratual é guiada pelos regramentos da Portaria de Consolidação nº 03, que, em capítulo específico, trata “das diretrizes para a implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN)”. São definidos regramentos com detalhamento adequadamente especificado do financiamento, dos compromissos, estruturas, processos e resultados esperados das maternidades – então, partes interessadas, envolvidas no arranjo colaborativo da RAS

da MCG, influenciando de modo preciso o contexto do caso em estudo. Do mesmo modo, procedimentos de monitoramento e avaliação da produção e dos indicadores do CPN ampliam possibilidades de discussão dos desempenhos dos pontos de atenção. Na esfera estadual, programas específicos são trabalhados, na expectativa de fomentar qualidade da atenção hospitalar, como o Programa Valora Minas, definido recentemente pela Resolução SES/MG nº 7.224. Há, aqui, uma particularidade em que são definidos módulos temáticos assistenciais que, dentre outros temas, contemplam as maternidades do território, com incentivos para o cumprimento de compromissos, indicadores e metas pactuados com as instituições, em instâncias de governança regional – CIB e Comitê de Atenção Hospitalar – conformando um novo ambiente mais favorável à produção de relações de confiança entre as partes interessadas na dinâmica colaborativa da RAS, conforme trecho da Resolução:

§ 5º - Os beneficiários, anualmente, devem apresentar a proposta de execução dos recursos e sua vinculação à consecução dos objetivos do Valor em Saúde ao Comitê Gestor de Atenção Hospitalar e pactuado em CIB Micro/Macro. (...) Os indicadores pactuados para o Módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais possuem a finalidade de avaliar a qualidade da assistência prestada, a eficiência dos beneficiários e sua contribuição para o território em que se encontra. O elenco de indicadores terá também como finalidade melhorar a eficiência na alocação de recursos bem como definir o repasse financeiro. (Resolução SES/MG nº 7.224, de 16 de setembro de 2020).

Regramentos do financiamento federal são apresentados em CIB Micro, com o único objetivo de alinhamento dos gestores, abrindo pouca perspectiva para reflexões e debates mais ampliados. Observa-se, conseqüentemente, nessas oportunidades, uma aparente desmotivação para abordagens de questões afins ao desempenho, apesar da apresentação e análise dos indicadores e respectivos resultados.

Mecanismos que tornem claras as relações de colaboração entre partes interessadas, suas responsabilidades, compromissos, e objetivos de desempenho na conformação das RAS, são defendidos na Portaria de Consolidação nº 03. Expressa-se um importante apelo a processos de Governança Contratual, com a pretensão de eficiência, efetividade, coordenação de partes envolvidas, transparência, e produção de excedente cooperativo. Há, no texto da mesma Legislação, um forte incentivo à transformação do modelo de atenção – de fragmentado para integrado – por meio de uma nova modalidade de contrato, conforme se identifica no seguinte trecho:

Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores / financiadores e os prestadores de serviço. Quando esses contratos abrangem todos os pontos de atenção da rede o Sistema passa a operar em modo de aprendizagem, ou seja, a busca contínua por uma gestão eficaz, eficiente e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a transparência ao SUS. A inovação desse modelo de contrato de gestão está em "contratualizar a saúde e não apenas cuidados de saúde, obtendo macro eficiência para o conjunto do sistema" - e para a superação de problemas cruciais como: Passar de uma abordagem populacional isolada (hospitais ou centros de saúde) para uma contratualização de âmbito da região de saúde, seguindo critérios de adscrição da população estratificada por grau de risco, e abordando os diversos estabelecimentos de saúde em termos de uma rede de cuidados; o contínuo aumento dos gastos para a prestação de serviços de alto custo devido ao tratamento tardio de condições e agravos sensíveis à APS, pela introdução de ferramentas de micro gestão e incentivos financeiros para pagamento por desempenho individual e institucional. (Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017).

Na prática, o ritual contratual, aparentemente, não se apresenta como grande desafio; mas há entendimentos reticentes quanto ao seu potencial integrativo das partes interessadas envolvidas no arranjo colaborativo, bem como quanto a sua efetividade, pensado a entrega de valor em saúde ao público da RAS:

(quanto aos contratos) (...) existe as deliberações, as resoluções, os repasses financeiros, os...as metas justificadoras, que vão desenrolar todo esse processo...Eu sinto que a formalização não é o grande problema né... e até a... como é que fala, o acompanhamento e o monitoramento também, não vai ser grande problema. Porque já é uma situação que eles já passam por isso e já tem essa vivência, né. Mas eu sinto que, é... olhando assim, de fora, né...parece que isso tudo, tudo é uma engrenagem que dá certo. Mas a sensação às vezes é que repete padrões de comportamento e de situações já vivenciadas (...). Por que chegar no SIGRES, colocar lá o indicador...apesar que a gente vê esse impacto, ou não. A tendência às vezes, é que os impactos não sejam tão evidentes assim, não sejam tão palpáveis no sentido, assim, de serem impactos fortes. (Ent 5).

Porque eu tenho um objetivo, eu posso ter um objetivo único, que perpassa por todos os serviços...que ele seja transversal em relação aos serviços. Mas aí, como que esse objetivo, que está materializado num determinado indicador, ele vai ser incorporado por cada serviço, por cada ator? Esse é um desafio. Porque às vezes há uma comunicação, mas não tem uma clareza sobre como essas ações que estão isoladas, ou desarticuladas, vão se integrar pra poder melhorar o resultado não só no município, mas na região. (Participante 1).

7.5 O Desempenho e a Transparência.

Nessa categoria, agruparam-se códigos cujos temas estão vinculados à ideia de disponibilizar ao arranjo colaborativo informações necessárias ao acompanhamento das agendas locais da RAS, buscando não somente prestar contas dos recursos investidos para o alcance, ou não, dos resultados, atribuindo transparência e *accountability* às iniciativas implementadas, como também aferir desempenho (MARTINS, 2010; GREER, 2015). É uma circunstância de monitoramento e avaliação; de disponibilização de informações que favoreçam o aprendizado e a evolução da RAS em sua estrutura de implementação (MILAGRES, 2016).

7.5.1 A Análise de Desempenho – Monitoramento e Avaliação

Na perspectiva da análise dos resultados, seja sob a forma de monitoramento ou de avaliação, o que se observa, no caso em questão, é um reconhecido esvaziamento dessa dinâmica no espaço de governança, favorecendo fortemente um prognóstico de baixo desempenho da RAS na microrregião estudada. Observam-se situações de processos cartoriais, de baixo valor agregado, realizados com finalidade exclusiva de cumpri-los, por força de legislação e/ou de regramentos para obtenção de recursos financeiros envolvidos.

(...) os resultados que a gente vislumbra aí, essa MI praticamente maior de MG, e tudo o mais. Ou seja, isso não está sendo gerido, monitorado, e não se tem tomado providência pra se mexer nisso daí, nessa rede, pra poder melhorar esse indicador. Então, sinceramente, eu acho que não tá havendo gestão em cima disso. (Ent 1).

(quanto aos espaços de discussão dos resultados da RAS) ...eu acho que não estão sendo discutidos...estão sendo só constatados. Então estão sempre correndo para apagar fogo. Eu enxergo assim. Não existe um planejamento, um monitoramento, pra se interferir antes que o objetivo seja danoso, não é. Eu acho que estão sempre apagando o fogo, e...e... sem monitoramento prévio, pra evitar o resultado negativo. (Ent 1).

Bom, a gente recebe esses indicadores da rede cegonha, quadrimestralmente... a gente repassa para o hospital, para eles aprovarem, e assinarem no SIGRES os Termos, e validar.... E a gente não faz essa discussão, não é, não apresenta esses dados oficialmente. (Ent 2).

A gente não tem tido uma rotina, dessa avaliação, de discutir os resultados. Não é a toa que a gente está com a mortalidade infantil lá nas alturas, considerando aí o cenário do Estado. Porque a gente realmente não tem acompanhado. (Ent 3).

Há uma aparente concentração de dados e informações do desempenho da RAS no âmbito da Unidade Regional de Saúde. No entanto, eles não têm sido utilizados para tomada de decisão com base em evidência, no processo de governança da RAS aqui considerado. A Superintendência está sujeita aos comandos do nível central da SES/MG e, nem sempre, dispõe de legitimidade para engajar os atores do arranjo colaborativo em dinâmicas de monitoramento e avaliação:

O CEAE, ele tem também as metas deles a cumprir. A gente acompanha enquanto Superintendência, enquanto gestão, mas a gente faz os matriciamentos dos municípios, que são aqueles com os piores números. (Ent 2).

É... e a gente vê assim, se essa ação do indicador não vem de cima, não vem do nível central, a gente tem muita dificuldade de...de fazer esse acompanhamento no nível regional. (...) Eu olho para aquele indicador, porque ele está no pacto, por exemplo, mas eu não trabalho aquele indicador porque aquilo ali me sinaliza que o meu trabalho está tendo sucesso. Se eu estou conseguindo diminuir a MI por exemplo, tudo o que eu tô trabalhando na rede, tá dando certo. A gente não consegue trabalhar esse olhar (...) da importância de indicadores efetivos e que vão ajudar, de fato a mostrar que você está no caminho certo, se tá tendo resultado. E as vezes, (...) estão avaliando alguns indicadores mas a gente vê, que pelos problemas que persistem, a gente se pergunta se são indicadores eficazes. Se a forma como (...) estão acompanhando está dando resultado, tá ajudando o cidadão a ter acesso aos serviços. (...) (Ent 3).

Ela [a referência da RAS na SRS] também tem que ser orientada, ela também tem que ter diretriz do trabalho. Ela tem que saber junto ao nível central qual que é o objetivo do Estado em relação a essa rede - o que queremos, aonde queremos chegar. E eu não vejo esse processo sendo desenhado do nível central com as nossas referências. É um processo muito...a Resolução saiu tá aí, executa, acompanha, os indicadores são esses...explica lá...e pronto...acabou. Aí, os municípios também nem concordam muito com aquele indicador, mas não têm o que falar..., mas foi um processo aprovado lá no SES/COSEMS... Por que que não discutiram lá no SES/COSEMS? Se tá chegando aqui pra falar que não concordam, o processo foi discutido antes. Aqui no âmbito regional a gente não tem como fazer essa mudança, às vezes. (Ent 3).

Também na análise dos resultados, observa-se a marca da fragmentação interferindo na robustez dos processos de governança da RAS na região. Interessante pontuar que, no ambiente da gestão municipal, há uma aparente oportunidade de governança local integrada, no âmbito da verificação dos resultados, quando da implementação de debates envolvendo a estrutura operacional da RAS é estimulada;

mas, somente no primeiro nível de atenção, sem conexão com os demais, a não ser naqueles sujeitos ao processo de matriciamento do CEAE, cuja cobertura ainda é baixa e episódica. A atenção hospitalar possui indicadores específicos para os Centros de Parto Normal, com ritual próprio, definido por legislação ministerial, bem como por Resolução Estadual:

a gente não consegue olhar os resultados na integralidade. Tipo assim, em relação à atenção primária, o que que eu tenho em relação a essa rede que eu consegui avançar. (...) Em relação ao CEAE, o que é que conseguimos avançar, qual que é o nosso problema. Em relação à atenção hospitalar, o que é que está acontecendo, o que que estamos conseguindo atingir, o que que não estamos...o que que tá difícil, o que que tá doído aí nessa rede. Eu nunca vi a discussão nesse nível. E a gente nunca teve a oportunidade de provocar a discussão assim. É um processo difícil de articular, né. Mas que a gente tem que tentar, né...fazer esse...essa...essa articulação da discussão da rede como um todo, não olhar pra ela só de forma fragmentada como temos feito. (Ent 3).

enquanto Atenção Primária tem as discussões que o nosso setor da superintendência cria junto com os municípios, rodas de conversa para discutir, apresentar os resultados, discutir os resultados, apresentar propostas de melhoria, ouvir quais são as principais dificuldades, a gente também faz esses levantamentos muitas vezes de forma virtual – por e-mail, formulários online - e aí a gente faz uma análise de tudo isso e propõe estratégias de melhoria pros municípios. A gente também orienta que os municípios façam isso...a gente mostra o caminho, a gente dá um passo a passo de como buscar o resultado de cada um, e aí, a gente incentiva que eles façam essas discussões internamente lá também, pra poder buscar suas fragilidades e potencialidades e tá melhorando o cuidado à população. (...) Na verdade, além da rede local, também por equipe. Então... Porque a gente consegue mostrar pra eles os resultados por equipe e por município. Então a gente incentiva tanto a discussão a nível da equipe ali. O que é que tem de bom e que precisa melhorar em cada equipe, e depois o geral do próprio município. Então, existem essas duas vertentes. E em conjunto com toda superintendência, os espaços de discussão que acontecem, seria a Câmara Técnica e a CIB Micro. (Ent 4).

Art. 27. O monitoramento e a avaliação dos CPN, incluindo-se a produção e os indicadores descritos no Anexo 7 do Anexo II, é de responsabilidade das respectivas Secretarias de Saúde estaduais, distrital e municipais. Parágrafo Único. O monitoramento e a avaliação de que tratam o "caput" terão o acompanhamento técnico periódico do Ministério da Saúde, por meio do DAPES/SAS/MS. (Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017).

§ 3º – O desempenho dos beneficiários no cumprimento dos indicadores e metas pactuados será acompanhado pelo Sistema SiG-RES, ou outro sistema informatizado disponibilizado pela SES/MG. (Deliberação CIB SUS /MG nº 3.214, de 16 de setembro de 2020).

Via de regra, o que se percebe na dinâmica de acompanhamento dos resultados definidos nos contratos, são oportunidades importantes quanto ao

acompanhamento de indicadores da respectiva política. No entanto, assim como o que se observa no processo de prestação de contas, há um fluxo de informação que se orienta ora na direção do patrocinador da política, em seu âmbito mais central, ora no sentido do município e respectiva instância de Controle Social, deixando o ambiente regional e seus atores à margem da discussão do desempenho. Ainda que o mesmo aconteça, se dá "embutidamente" em meio às diversas agendas da instância bipartite locorregional, sem que seja possível visualizar, de modo sistêmico, a resultante do esforço das diversas partes interessadas na implementação da agenda estratégica assumida pelo arranjo colaborativo. Exemplo prático de tal situação se observa nos recortes da Resolução Estadual e também do Termo de Compromisso respectivo:

Parágrafo único – Os beneficiários deverão inserir e validar os dados referentes à prestação de contas no SiG-RES, sistema informatizado disponibilizado pela SES/MG, nos termos dos normativos vigentes. (Resolução SES MG nº 7.784, de 21 de outubro de 2021).

(...) inserir as informações relativas aos indicadores pactuados no Sistema Gerenciamento de Resoluções Estaduais de Saúde (SiG-RES), ou outro sistema indicado pela SES-MG, no prazo estabelecido, no caso de indicador(es) declaratório(s) (...) apresentar, ao Conselho Municipal de Saúde, anualmente Relatório de Gestão nos mesmos prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, contendo a discriminação dos recursos estaduais transferidos, sem prejuízo do acompanhamento periódico. (Termo de Compromisso da Política Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde).

O comando de apresentar os resultados à respectiva instância de Controle Social é igualmente nulo, no que se refere ao fortalecimento da governança regional, quando o que se vislumbra é a qualificação das RAS. Não há, por parte dos Conselhos Municipais de Saúde, perspectiva ampliada sob os contratos das partes que compõem um arranjo colaborativo regional. Há, sim, um olhar de recorte local que, apesar de favorecer transparência, pouco influencia a dimensão da governança em âmbito regional.

Apesar de os protocolos de acompanhamento do contratado estarem bem definidos no instrumento oficial que chancela a participação do município – então parte interessada do arranjo colaborativo local – na execução das responsabilidades do primeiro nível de atenção no território, é preciso reconhecer a fragilidade dos mesmos e o baixo impacto das discussões enquanto medidas corretivas, frente às agendas

estratégicas da RAS. É comum a apresentação de desempenhos na instância Bipartite. No entanto, observa-se um espaço esvaziado de sentido, haja vista não somente a desconexão com o debate de desempenho dos demais níveis de atenção, como também o seu caráter reativo/normativo.

No processo de verificação de desempenho da APS, realizado no âmbito do programa de financiamento estadual, é possível identificar uma sequência de processos por demais relevante ao macroprocesso de governança da RAS: a SMS informa a execução de ações estratégicas à Unidade Regional, que valida, consolida e dá ciência na instância Bipartite regional, quadrimestralmente, o desempenho dos respectivos municípios. Ainda assim, observa-se uma análise de resultados cujo viés é mais orientado ao incentivo financeiro, no particular da APS, sem levar em conta a entrega de valor em saúde ao público específico da RAS. É o que se observa na diretriz do Termo de Compromisso:

§ 1º - A SMS deverá informar a execução das ações de gestão dos serviços na APS por meio do preenchimento do formulário eletrônico e encaminhar quadrimestralmente às unidades regionais de saúde para análise conforme cronograma disponibilizado em nota técnica específica. § 2º - A fim de validação, as unidades regionais de saúde deverão consolidar as informações recebidas e dar ciência na CIB Micro ao final de cada quadrimestre avaliado. § 3º - O incentivo financeiro será repassado quadrimestralmente aos municípios após apuração dos dados encaminhados. § 4º - O município fará jus ao incentivo financeiro de que trata esse componente somente no quadrimestre em que for informado o cumprimento do critério disposto no § 1º e conforme cronograma estabelecido em nota técnica específica. (Termo de Compromisso da Política Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde).

Identifica-se, no contexto da Unidade Regional de Saúde, uma percepção da necessidade de qualificar os processos de aferição dos resultados enquanto uma competência ou algo que envolve a própria equipe, bem como uma aposta do potencial de contribuição de instâncias de controle, no fomento à adesão das demais partes interessadas da RAS à dinâmica de monitoramento e avaliação.

Eu vejo que entrando outras instâncias como o Ministério Público, envolvendo outras, dentro dessa rede, outros atores, e outros dispositivos também, e outras instâncias da sociedade, talvez, cobrando e visualizando que a coisa realmente tem que ser feita, tem que ter uma ação, tem que ter um movimento, talvez seja mais efetivo. E o nosso papel também enquanto Unidade Regional de Saúde. Eu acho que a gente vê qual que é a estratégia que a gente pode realmente envolver esses atores, envolver o território, envolver...monitorar de uma forma realmente eficaz. Ver que indicador realmente que impacta. Também tem uma responsabilidade nossa. A gente... não é jogar só pro município, só pra microrregião...tem o nosso papel

realmente, porque a gente é um mediador entre essas instâncias...e a gente tem uma visão...eu sinto que a gente tem essa expertise de ter essa visão, mais assim, sistêmica desse território...como é que ele funciona; como é que são as peculiaridades dele. (Ent 5).

O próprio Estado [nível central da SES/MG] tem todo esse levantamento; nós também temos como buscar esses levantamentos, esses indicadores, e esses índices, que têm acontecido, mas ainda...estamos nesse movimento, agora com esse novo plano de ação, com nossos indicadores, nosso próprio plano estratégico, da nossa Unidade Regional de Saúde, a gente tá nesse movimento de, de fazer essa coisa ser mais realmente visível, monitorada em termos de indicadores mais palpáveis... e criarmos realmente ações. (Ent 5).

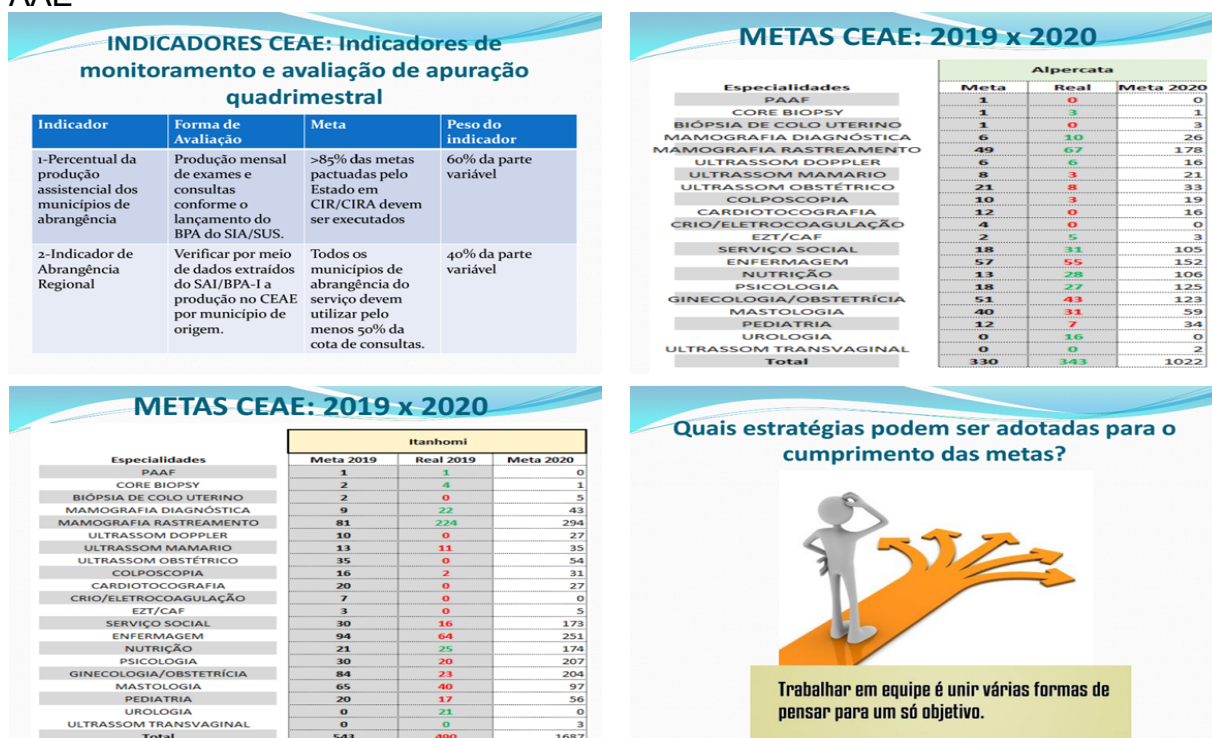
Eu acho que na maioria das vezes, também, a gente não monitora, né...os resultados. Eu acho que isso fragiliza esse tempo que a gente fica pra monitorar, talvez poderia ser menor. É... a gente tá acertando? Ter mesmo um termômetro pra poder medir se tá caminhando pro caminho certo. (Participante 6).

Nota-se que o processo de gestão dos resultados que alimentam a governança tem ocorrido mais frequentemente na Câmara Técnica e respectiva CIB, como também no decorrer do matriciamento – ver Figura 3 – e recortes de Reunião de CIB:

Apresentação do Boletim Epidemiológico do Câncer de mama e Colo de útero – (...) A servidora apresentou o Boletim Epidemiológico do câncer de mama e câncer do colo do útero, apresentando o panorama da região, mostrando as taxas de mortalidade e reforçou a importância de trabalhar para tentar diminuir o índice de toda a região. Falou da importância da Atenção Primária é considerada um dos fatores mais importantes para a prevenção e controle do câncer, então, alertou aos gestores para que se atentem à Atenção Primária para que o trabalho seja feito de forma efetiva. (Reunião CIB Micro – Dez 2019).

A servidora (...) iniciou informando aos gestores que o câncer de mama é um problema de saúde pública de grande relevância no Brasil e é responsável pela mais frequente causa de morte do sexo feminino. Informou que a regional de Governador Valadares no ano de 2018 obteve 63 óbitos por câncer de mama e que das 28 regionais do Estado, a regional ficou em terceiro lugar no ranking de taxa bruta de mortalidade por neoplasia da mama. (Reunião CIB Micro – Mar 2020).

Figura 9 – Recorte de slide padrão para discussão de desempenho dos municípios na AAE



Fonte: Coordenação do CEAE.

Importante, porém, destacar, no caso do matriciamento, o viés de uma tendência clara de discussão direcionada mais fortemente aos meios, em detrimento a indicadores de desfecho/finalísticos do processo de cuidado que se estabelece em rede no território; ou seja, discute-se prioritariamente o acesso a exames e procedimentos, deixando à margem a morbimortalidade; a entrega de valor em saúde.

Situação análoga – a de uma avaliação de resultados com caráter restrito – é observada quando da análise de desempenho do AAE por meio do processo de supervisão. Nessa oportunidade, o serviço é avaliado em sua capacidade de ofertar procedimentos mediante a verificação de documentos, sem, no entanto, que se faça aferição do seu nível de prontidão e integração com os demais elementos do arranjo colaborativo que conforma a estrutura operacional de uma RAS. Não há espaços de escuta de partes interessadas relevantes, em especial dos usuários do serviço, reduzindo potencial de análise de efetividade da RAS e da entrega de valor em saúde, conforme é possível verificar no trecho do Termo de Compromisso do CEAE.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. Os objetivos da supervisão anual são avaliar a qualidade e o desempenho assistencial dos serviços por meio da verificação dos processos de trabalho, bem como a articulação entre a Atenção Primária

e a Atenção Especializada Ambulatorial com base nos dados do ano anterior. (Termo de Compromisso CEAE).

Nota-se, nas diretrizes da Resolução CIT nº 37, a expressão de objetivos para o Comitê Executivo de Governança da RAS alinhados ao movimento de monitoramento e avaliação:

O Comitê Executivo de Governança da RAS, de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB deverá ser instituído na macrorregião de saúde, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS e fornecerá subsídios para a tomada de decisão na macrorregião bem como contribuirá para a efetivação dos acordos pactuados nas CIB e CIR (...). (Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018).

No entanto, é evidente a necessidade de se definir uma “carteira” de métricas de desempenho, ampla e adequada o suficiente, que possibilite não somente uma análise integral da RAS no âmbito da governança, como também a entrega de valor em saúde, a efetividade do arranjo colaborativo:

É...eu vejo também a fragilidade, essa falta de agenda de discussão, a falta de indicadores que realmente avaliem se a rede tá atendendo ou não à população. Eu acho que os nossos indicadores....é... ficar olhando para indicador de produção não vai me dizer se eu tô reduzindo ou não a MI, materna...se eu tô conseguindo fazer captação precoce da mulher pra não ter câncer de mama, do colo do útero, avançado. Porque quando eu olho pra produção, eu não faço esse filtros. Então eu acho que a gente precisa de indicadores que nos mostre aonde queremos chegar. E a gente não tem isso. E de um processo que trabalhe tudo isso. (Ent 3),

7.5.2 A análise dos Recursos Investidos - Prestação de Contas e Transparência/Accountability

É perceptível, na análise dos documentos, a fragilidade do ambiente de governança para discutir questões afins à eficiência, abrindo caminhos para um prognóstico de conseqüente baixo impacto dos recursos investidos. Fica evidente o vácuo de processos dessa natureza no contexto locorregional:

A questão dos recursos, eu acho que eles são pouco valorizados (...), não qualifica (...), pontuar o que é que foi feito, pra poder prestar contas daquilo ali (...). Dar um pouco mais de atenção para a esse recurso que está sendo utilizado para essas melhorias, tanto de equipamentos, quanto da implantação de serviços (...). (Ent 2).

Então... a Atenção Primária não tem prestação de contas.. em instância nenhuma. Pelo menos não me recorde de ninguém ir lá falar. Tem a

prestação de contas lá no sistema, bonitinho, mas fica lá no sistema bonitinho. Não vem aqui pra, pra uma esfera da CIB, ou pra outra discussão com a área técnica – e aí, usou o recurso? Está tendo efeito? Tá dando certo? É suficiente?(...) (Ent 3).

No âmbito da Unidade Regional, percebe-se uma conjuntura de muitas incertezas de competências quanto ao movimento de prestar contas, dos agentes envolvidos no arranjo colaborativo da RAS:

Eu ainda não participei de nenhuma prestação de contas atualmente, dentro da rede de atenção à saúde da mulher. Eu particularmente, assim...eu ainda não sei como será implementado. É...eu, é um movimento ainda que, inclusive a nível estadual, são várias discussões em relação a isso, né...de caráter de quem que é que vai fazer isso até a nível regional mesmo. Eu sei que a CAS participa de algumas prestações de contas no nível hospitalar e em outras áreas, né...mas ainda eu desconheço como é que seria isso. Não tenho propriedade ainda pra falar disso, dessa prestação de contas. Ainda não vi, nenhum recurso que tenha que ser feito essa prestação. Mas eu percebo o seguinte, assim, do pouco que eu vejo. As próprias resoluções e as deliberações, amarram e têm instrumento pra isso. Amarra a forma de fazer isso. E tem a própria legislação do município (...) que coloca como é que ele vai fazer isso. Mas assim, é uma área ainda que eu não tenho como falar disso, porque eu ainda não tenho essa expertise, ainda, de estar acompanhando esses recurso. (Ent 5).

Há, no entanto, na visão da Unidade Regional, uma relevância desse processo enquanto possibilidade de visualização do recurso investido na RAS, em perspectiva integral, reforçando, também aqui, o viés da fragmentação, que interfere incisivamente na entrega de valor:

A gente não tem essa rotina. O que é muito ruim porque a gente deixa de enxergar um financiamento da rede que é tripartite. Que não é responsabilidade solitária do gestor. Tem recurso dele, mas tem do ministério, tem recurso do Estado. Então quando a gente não faz essa análise, né...daquele recurso investido – tá sendo efetivo, tá tendo resultado, que recurso é esse. Quando a gente não reconhece isso, a gente vai continuar, aí, enfrentando os problemas que estamos enfrentando, por que a gente não discute, a gente não para pra olhar pra todos os desafios que temos para aí pra melhorar essa rede. (Ent 3).

No entanto, mesmo assim, na Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, que, dentre outras diretrizes, estabelece a de governança das RAS, não há menção a processos de prestação de contas dos recursos financeiros utilizados por aqueles que conformam o arranjo colaborativo.

Na prática, o fluxo de informações do processo de prestação de contas da grande maioria dos recursos é unidirecional, apontando ora para o nível central da SES, com abrangência de análise para todo o território estadual; ora para as

instâncias de controle social do próprio município. Desse modo, favorece muito pouco, interação do arranjo colaborativo, limitando oportunidades para a produção das relações de confiança pautada na transparência e *accountability*, entre os atores em jogo. É possível atestar tal fluxo no recorte de Resolução Estadual e na fala do entrevistado:

Art. 29 - Anualmente, os beneficiários do incentivo financeiro previsto nesta Resolução deverão inserir e validar os dados referentes à prestação de contas relativas ao ano anterior no GEICOM ou Sistema informatizado equivalente disponibilizado pela SES, em conformidade com a Resolução SES/MG nº 4.606, de 17 de dezembro de 2014, ou com Regulamento (s) que vier(em) a substituí-lo(s).(Resolução SES/MG nº 6.946, de 04 de dezembro de 2019).

Enquanto gestão regional, a gente não tem acesso, lá na, enquanto atenção primária, talvez o setor de prestação de contas tem acesos a mais informações, mas lá a gente não tem acesso à prestação de contas em si. E se realizou ou não realizou a prestação de contas dentro do prazo. Então, é...isso é o que eu consigo visualizar. Pra mim, é acessível a informação até nesse ponto: município fez ou não fez a prestação de contas, dentro do prazo estabelecido na normativa. (Ent 4).

Previamente à sua utilização, a grande maioria dos recursos estaduais contratualizados com os atores do arranjo colaborativo deve ter seus respectivos planos de investimento inseridos em sistema específicos da SES/MG, e/ou apreciados em CIB Micro. Há, portanto, um processo de transparência com pouco potencial de interação entre atores do arranjo colaborativo, nos fazendo crer em uma rotina muito mais orientada pelo seu caráter contábil e de controle do que para o favorecimento de correções de rumo, ou produção de ambiente favorável ao mútuo apoio, ou à reorientação dos investimentos em perspectiva de complementação, com caráter solidário e cooperativo. O trecho de Resolução e do Termo de Compromisso respectivo, fortalecem essa evidência:

§ 3º – O desempenho dos beneficiários no cumprimento dos indicadores e metas pactuados será acompanhado pelo Sistema SiG-RES, ou outro sistema informatizado disponibilizado pela SES/MG.(Resolução SES/MG nº 3.214, de 16 de setembro de 2020).

Anualmente, a proposta de utilização do recurso global para o ano seguinte deverá ser pactuada em CIR/CIRA de novembro. (Termo de Compromisso CEAE).

7.6 Análise das Fragilidades e do Ambiente de Governança da RAS

Buscando atender aos objetivos da pesquisa, procurou-se organizar uma síntese (QUADRO 9) que expressa o *locus* dos macroprocessos de governança da RAS da Mulher, Criança e Gestante na Microrregião de Governador Valadares, de modo a tornar evidente as respectivas fragilidades decorrentes.

Quadro 9 – *Locus* dos macroprocessos de governança e fragilidades evidentes

Macroprocesso	Onde ocorre	Principal fragilidade de maior evidência
Governança relacional	Comitês Regionais	Cartorial, superficial e fragmentada
	Nos pontos de atenção	Fragmentada
	Câmara Técnica e CIB Micro	Cartorial e não legítima
	Na alta gestão estadual	Incoerente
	Na alta gestão do MS	Incoerente
Governança processual	CIB Micro	Episódica, fragmentada e reativa
	Reuniões ocasionais	Superficial
	Comitês Regionais	Desarticulada e restrita
	Reuniões de Matriciamento	Restrita e superficial
	Reuniões de supervisão	Pontual e restrita
Governança contratual	Reuniões de Matriciamento	Restrita
	CIB Micro	Episódica, reativa, desarticulada, indiferente
	CIT / CIB SUS	Incoerente e não legítima
	Comitê de Atenção Hospitalar	Desarticulada
Resultados	Unidade Regional (APS)	Fragmentada
	Municípios	Fragmentada
	Câmara Técnica e CIB Micro	Fragmentada e cartorial / normativa
	Nível Central da SES	Unidirecional e descontextualizada
	Reuniões de supervisão	Pontual e restrita
Prestação de Contas	Nível Central da SES	Unidirecional, descontextualizada e cartorial

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

No caso em análise, é evidente a percepção de ocorrência de todos os macroprocessos de governança, no âmbito da CIB Microrregional e/ou respectiva Câmara Técnica, à exceção da prestação de contas. No entanto, expressa-se também uma grande diversidade de “espaços” alternativos que, no conjunto, tendo em vista onde e como se dão tais processos, favorecem a expressão de fragilidades vinculadas a dinâmicas fragmentadas, desarticuladas, notadamente cartoriais e pouco legítimas.








Ainda buscando delinear, com toda precisão possível, o ambiente do processo de governança do caso em análise, foi desenvolvida matriz SWOT (FIGURA 10) para verificação das forças e fraquezas de seu contexto interno, bem como as oportunidades e ameaças do contexto externo.

Figura 10 – Matriz SWOT do contexto de governança

(Continua)



(Conclusão)

MATRIZ SWOT - GOVERNANÇA DA RAS DA MULHER, CRIANÇA E GESTANTE MICRORREGIÃO DE GOVERNADOR VALADARES				
 MACROPROCESSOS DE GOVERNANÇA	 FORÇAS	 FRAQUEZAS	 OPORTUNIDADES	 AMEAÇAS
<p>GOVERNANÇA CONTRATUAL</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Experiência inicial de governança contratual sendo vivida na dinâmica de matriciamento do AAE; 2. Pactuação de planos, metas e responsabilidades da AE e AH são realizadas nos espaços de governança regional; 3. Processo do rito contratual é bem assimilado pelas partes interessadas do arranjo colaborativo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relações entre partes interessadas pautadas pelo viés do recurso financeiro em detrimento ao resultado; 2. Fragilidade/flexibilidade das condicionalidades para remuneração de prestadores; 3. Desarticulação de partes interessadas que conformam arranjo colaborativo para cumprimento de objetivo comum. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Regras contratuais para realização do serviço e financiamento do AAE e AH são detalhadas e claras; 2. Legislação estadual de organização da AAE prevê diversidade de arranjos colaborativos para o cumprimento dos objetivos; 3. Governança contratual integrada, eficiente e efetiva é incentivada pela legislação nacional (PT de Consolidação nº 03). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contratualização da APS é pouco dialogada com as partes interessadas do território; 2. Diversificação das agendas no contrato da APS e fragilidade de incentivo para interface entre partes interessadas; 3. Regamentos do financiamento são rígidos e favorecem ambiente precário de discussão em instâncias de governança regional; 4. Baixo potencial dos contratos na garantia de entrega de valor em saúde, intermediado por um excedente cooperativo do arranjo colaborativo.
<p>DESEMPENHO & PRESTAÇÃO DE CONTAS</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Experiência inicial de monitoramento integrado da estrutura operacional do desempenho é incentivada nos municípios; 2. Ambiente regional motivado à qualificação dos processos de monitoramento do desempenho e prestação de contas; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fragilidade dos processos de monitoramento do desempenho da RAS - dinâmica cartorial e de baixo valor agregado; 2. Processos de monitoramento orientados pelo viés de obtenção de recurso em detrimento ao resultado; 3. Tomada de decisão sem base em evidência, apesar da disponibilidade; 4. Fragmentação dos processos de aferição do desempenho; 5. Discussão do desempenho nas instâncias de governança é reativa ou normativa, e esvaziada de reflexões; 6. Discussões afins à eficiência são incipientes no ambiente de governança regional; 7. Há incertezas quanto as competências da Unidade Regional no processo de prestação de contas. 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Há farta oferta de métricas de desempenho nos contratos para aferição de desempenho; 2. Legislações de base para conformação da RAS e governança incentivam processos de aferição do desempenho; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caráter prescritivo dos processos de monitoramento do desempenho favorecendo ambiente mais mecânico que orgânico no contexto loco-regional; 2. Ordenamento do fluxo de informação do desempenho e prestação de contas é centrado no financiador da política; 3. Viés de aferição do desempenho mais orientado à eficácia e eficiência em detrimento à efetividade / entrega de valor em saúde; 4. Vazio de análises da experiência / jornada do paciente na RAS; 5. Não definição de carteira integrada de métricas de desempenho para a RAS; 6. Fragmentação do processo de prestação de contas, desconstruindo caminhos para produção de relações de confiança, transparência e accountability em âmbito loco-regional; 7. Processo de prestação de contas não é mencionado nas legislações de base, nacionais, que definem a dinâmica da governança; 8. Processos de aferição do desempenho e transparência são orientados pelo viés contábil e de controle em caráter restrito;

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

8 DISCUSSÃO

A dinâmica de governança em análise é intimamente relacionada ao processo de regionalização e suas fragilidades decorrentes. Mello (2017), em seus achados, encontra adjetivos análogos aos aqui identificados, quando indica a constante busca da superação de uma cultura política burocrática nos espaços de gestão colegiada do SUS, como desafio comum a diversas realidades do país. Aponta também desdobramentos de uma governança regional prejudicada pela fragmentação do sistema e histórica deficiência com planejamento. Há que se refletir, no entanto, sobre tal correlação. Seria o problema da fragmentação do sistema um desafio que desdobra uma governança frágil, ou o contrário?

Os resultados de Santos (2017) são coincidentes com o caso em questão, segundo os quais há relatos de inexistência e incipiência da governança da RAS ao portador de HA, especialmente em seu componente de monitoramento e avaliação. Ficam evidentes, portanto, vazios de processos para verificação de desempenho do arranjo colaborativo que, conseqüentemente, via de regra, desdobram as demais fragilidades relatadas pelo autor no que tange aos fluxos de comunicação/interação entre serviços de diferentes complexidades: baixo grau de desenvolvimento dos sistemas de apoio diagnóstico e sistemas logísticos; e processos de educação permanente descolados da necessidade; evidenciando, portanto, óbices de governança relacional e processual que acabam por dificultar a entrega de valor em saúde. Observa-se, assim, típica situação de governança pouco desenvolvida para a racionalidade da RAS, cujo êxito depende da articulação e comprometimento entre as diferentes instituições e gestores.

Em seu trabalho de avaliação da RAS para o portador de HA, Santos (2017) identificou elementos que sinalizam fortemente, entre outros problemas, fragilidade de coordenação e integração da rede – também evidenciados, conforme o autor, em diversos estudos semelhantes de avaliação de qualidade em diferentes territórios brasileiros, o que nos permite pensar na relevância dos processos de governança. Seu trabalho aponta, então, para a compreensão de que esse componente da estrutura operacional encontra forte associação de fragilidade nos sistemas fragmentados, conforme se pôde verificar em outros estudos. Reconhece que, no geral, o debate regional é reativo, "recurso-centrado", influenciado pela rotatividade

de gestores, baixo grau de autonomia e qualificação técnica, e influenciado por política partidária, corroborando o que se percebe no contexto do caso em questão.

Godoi (2018), aproximando-se dos achados deste estudo de caso, identifica, no contexto na rede de SB catarinense, forte protagonismo dos atores ligados ao Estado na definição dos rumos da RAS. Destaca estudos com apontamentos similares, da evidência de protagonismo de outros entes na definição de agendas – agenda federal –, instituída sob o viés do financiamento, que é objeto de preocupações e pauta frequente, evidenciado por marcado conflito entre os entes, conforme apontam diversos trabalhos. O autor evidencia também um efeito positivo de expansão do serviço, especialmente na média complexidade, no entanto, sem se preocupar em estabelecer reflexões e debates afins à integração ou mesmo discussões sobre demandas trazidas pelos gestores.

É importante destacar que a categoria “planejamento” é frequentemente citada em estudos que tratam da governança (MELLO, 2017; SILVA, 2020), fazendo alusão ao seu componente relacional / desenvolvimento de agendas. Silva (2020) atribui à CIR *locus* protagonista para tal rotina. No entanto, ressalta evidentes fragilidades nesse processo de planejamento. Seu trabalho menciona estudos que corroboram a ideia de tal comissão como principal estratégia de governança regional. No entanto, o presente estudo de caso apontou evidências de espaços alternativos nos quais esse processo se dá, pelo menos quando se considera a governança das RAS. Além disso, as evidências documentais e entrevistas corroboram uma rotina superficial, aquém do que se espera das reflexões e tomada de decisão próprios de tal espaço. Há uma marcada ausência de atores do arranjo colaborativo e de debates legítimos, não sendo então, em definitivo, o colegiado regional o local no qual se expressa efetivamente a governança das RAS.

Alinhado às fragilidades do baixo grau de legitimidade e da desarticulação do espaço de governança da RAS da mulher, criança e gestante da microrregião de Governador Valadares, Padilha (2018) aponta para a impossibilidade de se implementarem mudanças na direção de consolidação de RAS regionais sem que os arranjos colaborativos ampliem seu debate com atores políticos e sociais, de modo a superar a conformação de comunidade política restrita, e certa burocracia, que pouco interage com os reais processos decisórios da política de saúde.

Complementarmente, Santos (2017) apresenta o entendimento de que a concepção de governança amplia possibilidades não somente de unicidade dos sistemas de saúde, como também os aproxima da equidade. Trabalha ainda a ideia de que um ambiente de adequada ordenação e gestão da RAS favorece gestão compartilhada de estruturas e processos, e gerenciamento baseado em resultados, sustentando a melhoria contínua da qualidade e eficiência. Em seu trabalho, o mesmo autor conclui que a mera disponibilidade de arcabouço normativo não é suficiente à implantação das RAS, sendo, sob sua ótica, necessário constituir planos com respectiva análise de cenários e visão de futuro, que vençam o atual modelo de gestão do sistema de saúde em níveis locais e em suas articulações regionais – para não dizer na governança – especialmente em seu componente relacional, baseando-se em evidências das necessidades de cada território. Um cenário como esse, infelizmente, não foi observado neste estudo.

No presente trabalho, identificou-se a expressão, predominantemente no espaço da CIB microrregional, de agendas de discussão da RAS normalmente introduzidas no território pela representação do Estado, em detrimento ao município, coincidindo com os achados de Moreira, Ribeiro e Ouverney (2017), citados por Silva (2017) que apontam conflitos interfederativos nos quais o interesse do primeiro – que detém maior poder – prevalece sobre o segundo, gerando pautas fragilizadas.

Outra situação verificada neste estudo, e que demarca um processo de governança incipiente das RAS, diz respeito ao fenômeno da rotatividade gestora, apontado pelos entrevistados. Para Lorenzetti *et al.* (2014), as constantes trocas, associadas à baixa apropriação técnica de tais atores, produzem descontinuidade dos processos de trabalho, reduzindo a capacidade gerencial do SUS (SILVA, 2020). De modo complementar, Godoi (2018) identificou falhas nos atributos de governança da Rede de Saúde Bucal do Estado de Santa Catarina, sinalizando suscetibilidades decorrentes de constantes trocas e influências político-partidárias que influenciam negativamente na estruturação desse arranjo colaborativo.

Além disso, aspectos relacionados à governança contratual chamaram a atenção no contexto da RAS aqui considerada, pelo seu caráter restrito e até mesmo incoerente. Padilha (2018), analisando a implementação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) na região metropolitana de São Paulo, encontrou resultados análogos. Em suas conclusões, o autor observa fragilidade de governança da RUE

com insuficiência dos instrumentos políticos e dos arranjos de coordenação, bem como a necessidade de empoderamento das regiões de saúde como unidade territorial.

Muito embora tenha havido importantes avanços na rede aqui estudada, decorrentes de legados deixados pelo relevante debate produzido na oportunidade de implantação da Rede Cegonha na microrregião de Governador Valadares, poucos foram os desdobramentos desse processo no fortalecimento da governança dessa RAS – resultado contrário ao observado por Padilha (2018), diante de uma experiência de implantação da RUE, considerada exitosa na criação de mecanismos de governança locorregional, ainda que de efeito insuficiente na superação de contenciosos e desafios interfederativos.

Ficou evidente, no caso estudado neste trabalho, a relevância de se produzirem reflexões afins à legitimidade e ao protagonismo dos atores regionais no processo de governança da RAS. Padilha (2018) analisa, com base nos referenciais teóricos de tipificação do poder em saúde proposto por Testa, que a constituição de uma rede integrada em âmbito regional não se dá pela simples vontade de autoridades ou fluxos de integração gerencial dos pontos de atenção, colocando em evidência a necessidade de deslocamento de poder e repactuação pelos atores em jogo, no arranjo colaborativo. Em seu entendimento, tal processo assume importante potencial transformador, pois amplia os mecanismos de interlocução em rede e a construção de novos sujeitos e relações, tornando mais dinâmica e produtiva a interação entre os Poderes Técnico, Administrativo e Político. Isso, entretanto, não ocorreu nem na experiência por ele avaliada, nem no presente estudo. O mesmo autor cita, ainda, proposições de outros trabalhos quanto à construção de cogoverno na gestão de políticas, coletivos e equipes no âmbito da saúde, de modo a cumprir três funções básicas: produção de valores de uso para os usuários; alteração de relações de poder; e caráter pedagógico, que produz novos sujeitos a partir da interação. Ainda para Padilha (2018), a alteração das relações de poder se torna possível pela via da ampliação da capacidade de análise e intervenção dos atores, fruto de uma ação comunicativa marcada pela permeabilidade no âmbito dos arranjos colaborativos, capaz de envolver todos aqueles com exercício variado de poder na implementação da política. Tal ambiente não se expressou no caso em estudo, então marcado pelos

adjetivos da fragmentação, desarticulação, superficialidade de debates e baixa legitimidade de poder decisório na implementação de agendas.

Pensando que a governança das RAS se expressa, na prática, como capacidade coletiva de se governar tal arranjo colaborativo no território, buscando a entrega de valor em saúde, é importante que se reflita, para o caso em estudo, a respeito das importantes limitações de efetividade da então “ação governamental” coletiva que se coloca em situação. Para Matus (2005, p. 25), “Governar é a arte e a ciência de conduzir organizações e multidões para um projeto de sociedade que requer processar, de forma reativa ou preventiva, problemas conflituosos, com base em variáveis imprecisas e incertas”. Assim, é preciso considerar: um projeto de governo – conteúdo programático, as diretrizes para definição de objetivos e ações; governabilidade – que guarda relação com as variáveis que se controlam; e capacidade de governo – capital intelectual, organizativo e técnico do qual as equipes dispõem para executar suas funções. Sob essa ótica, há que se refletir sobre em que medida, de fato, as RAS dispõem de adequada condição para seu autogoverno nos territórios regionais, dado o ambiente de fragmentação dos processos decisórios, especialmente na dinâmica de definição de agendas estratégicas; de baixa legitimidade; e de incipiente capacidade técnica dos atores para o “ato de gerir” em perspectiva coletiva e sistêmica. Além desse aspecto, os participantes também destacaram distanciamento entre aquilo que se define para o território, e o que, de fato, configura-se como necessidade, “convocando” um método de governança de caráter mais situacional – no qual o ator que planifica está dentro da realidade e coexiste com outros atores que também planificam – do que normativo, no qual o planejador é um sujeito separado da realidade, colocando-se fora dela e pretendendo controlá-la como se fosse seu objeto.

8.1 Limitações do estudo

O estudo apresentou fragilidades na técnica de grupo focal, em função de não ser possível obter, ao final, o resultado de um consenso grupal diante das questões colocadas. Houve, talvez pela estratégia de aplicação *online*, ou também pelo recurso utilizado – uma história – um grau de interação menor que o esperado entre os participantes. Outro aspecto que deve ser levado em conta diz respeito ao baixo grau

de familiarização dos envolvidos com o processo de governança – que, apesar de vivido em muitos processos da RAS em questão, é pouco difundido entre os atores do território, conforme sinalizado pelos participantes da entrevista semiestruturada. Nesse sentido, sugere-se, para futuros estudos dessa natureza, grupos focais presenciais, com estratégias mais objetivas de alinhamento conceitual, de modo a fortalecer a validade de construto do estudo de caso.

Tratando-se de potenciais caminhos para tornar mais robustas as investigações no campo da governança de RAS nos territórios microrregionais, sugere-se também o desenvolvimento de estudos de caso múltiplos, que considerem redes temáticas diversas, em realidades distintas e que envolvam consórcios no arranjo colaborativo. Tal diversificação poderá favorecer generalizações analíticas significativas, sinalizando não somente como o fenômeno se comporta em contextos diferenciados, como também qual o efeito desse componente – o consórcio – na entrega de valor em saúde.

9 CONCLUSÃO

9.1 Contribuições para a área de Gestão dos Serviços de Saúde

O estudo amplia o campo de discussão no âmbito da Gestão dos Serviços de Saúde (GSS) ao abranger temática essencial no campo da organização de sistemas de saúde regionais – RAS e sua governança. Incita reflexões sistêmicas, para além da gerência dos serviços, lançando desafios ao gestor, sobretudo, na habilidade de articulação de coletivos, modelagem de agendas estratégicas, fomento à transparência e *accountability*, em perspectiva territorial. Profissionais da área de gestão – vinculados ao Sistema Único de Saúde ou não – estão imersos nessa dinâmica de implantação e implementação das RAS – consideradas, então, como a principal resposta de âmbito nacional e estadual ao atual contexto epidemiológico nacional. A sua compreensão é, portanto, essencial à produção da saúde em perspectiva integral. Trata-se, pois, de uma agenda emergente – a governança das RAS – pouco compreendida em seus processos mais essenciais e com escassa diversidade de evidências nesse sentido que disponibilize ferramental para a sua operacionalização. Tais apontamentos reforçam importante contribuição da presente pesquisa à produção de conhecimento relevante no contexto da GSS, favorecendo avanços e consolidação dessa ciência, ressignificando, portanto, sua importância na produção de bem-estar social.

9.2 Considerações finais

A governança das RAS nos territórios microrregionais, caracteriza-se como elemento desafiador da estrutura operacional cujo *locus* é disperso, tanto em seu contexto interno quanto externo. Esse ambiente de ocorrência diversificado demarca um processo francamente fragmentado/desarticulado, tornando-o, portanto, superficial, incoerente e descontextualizado, assumindo caráter cartorial, reativo e episódico. Destacaram-se, como potencializadores dessa dinâmica, o baixo grau de legitimidade dos atores regionais nos processos decisórios e uma lógica de estruturação de políticas “financiamento- centradas” em detrimento às necessidades locais. Ainda assim, sobressaíram aspectos favorecedores de adequada

implementação da governança colaborativa relacionados a vivências iniciais dos atores locais, especialmente de governança processual e contratual na interação município-estado, bem como da disponibilidade de elementos indutores de tais processos em contexto nacional. Observa-se, no entanto, forte necessidade de uma cultura de governança regional para as RAS mais consistente, guiada sob o viés dos fenômenos complexos, próprio dos territórios-processo, reavendo de fato seu *locus* de ocorrência e resguardando legitimidade aos atores em situação, de modo a favorecer ciclos de melhoria contínua – abrindo, assim, espaço para apropriação e reinvenção dos sujeitos em jogo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em debate**, 2015, 39: 28-38.

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

BOSSERT, Thomas J. La descentralización de los systems of salud en Latinoamérica: un analogisis comparativo de Chile, Colombia y Bolivia. OPS. **Reforma del Sector Salud**, 29 jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde, 2016.

FRYATT, R.; BENNETT, S.; SOUCAT, A. Health sector governance: should we be investing more? **BMJ Global Health**, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo, SP: Atlas, 1999.

GODOI, Heloisa *et al.* Óbices da governança pública e sua influência sobre a atenção à saúde bucal no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00184719, 2020.

GODOI, Heloisa *et al.* Atributos de governança de sistemas de saúde e potenciais falhas na estruturação da atenção à saúde bucal em Santa Catarina. In: Congresso Internacional de Desempenho do Setor Público, 2. **Anais [...]**, 2018.

GODOI, Heloisa; ANDRADE, Selma Regina de; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

LANDIM, E. L. A. S. **Redes de atenção à saúde no contexto da regionalização: análise da integração sistêmica sob o olhar das(os) usuárias(os) do SUS no Estado da Bahia**. 2018. 229 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/29332/1/Ediv%C3%A2nia%20L%C3%BAcia%20Ara%C3%BAjo%20Santos%20Landim.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, SP: EPU, 1986.

MARTINS, H. F. Introdução ao governo matricial: o problema da fragmentação. *In: Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, 9, 2004, Madrid, España. **Anais [...]**, Madrid, España, 2004. p. 1-19. Disponível em: https://www.academia.edu/download/31111426/publicacao_14-07-2011_10-35-27Artigo.pdf. Acesso em: 12 out. 2020.

MARTINS, H. F.; MARINI, C. **Um guia de governança para resultados na administração pública**. Brasília: Instituto Publix, 2010.

MARTINS, H. F.; MOTA, J. P.; MARINI, C. Modelos de negócio na esfera pública: o modelo canvas de governança pública. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 17, n. 1, p. 49-67, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1679-395167893>. Acesso em: 30 out. 2020.

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

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 22 out. 2020.

MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. **Revista Mineira de Saúde Pública**, v. 4, n. 3, p. 4-24, 2004. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/coleciona-sus/2004/28128/28128-360.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

MILAGRES, R. M., REZENDE, O., GONÇALVES, C. A. Modelo integrado para Análise da Governança em Redes Colaborativas Público-Privadas. Encontro de Administração Pública e Governo. ANPAD. **Anais [...]**, Salvador, BA (2012).

MILAGRES, R., Silva, S.; Rezende, O. **CONASS Debate – governança regional das redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2016.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2010.

MINAS GERAIS. **Resolução Secretaria Estadual de Saúde nº 7.76, de 03 de abril de 2020**. Dispõe sobre a organização dos processos de trabalho das Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS). Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RESOLU%C3%87%C3%83O%207076%20-%20PDF%20REPUBLICA%C3%87%C3%83O.pdf>. Acesso em: 29 de jul. 2019.

PADILHA, A. R. S.; AMARAL, M. A.; OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, G. W. S. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 579-593, 2018.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte, 2004.

PYONE, T. *et al.* Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. **Health Policy Plan**. 2017.

SANTOS, C. C. A. **Desafios na implementação da regionalização da saúde a partir da perspectiva de municípios não-polo**: estudo de caso em regiões de saúde desenvolvidas. 2017. 144f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/18068>. Acesso em: 25 out. 2020.

SANTOS, Cleuzieli Moraes dos, *et al.* "Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde." **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) por DCNT**, 2021. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/dcnt/>. Acesso em: 28 de jul. de 2021.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis**, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400005>. Acesso em: 2 nov. 2020.

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

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: A Pesquisa Qualitativa em Educação. O Positivismo. A Fenomenologia. O Marxismo. São Paulo, SP: Atlas, 1987.

VIANA, A. L. D. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 413-422, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>. Acesso em: 10 out. 2020.

VIANA, A. L. d'Á. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>; <http://www.scielo.br>.

YIN, R. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2010.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Metadados e orientações			
Nome do entrevistado			
Nome do pesquisador			
Data da entrevista	/ / 2021	Local da entrevista	
Contato inicial:			
<input type="checkbox"/> Agradecer a disponibilidade em receber o (a) pesquisador(a); <input type="checkbox"/> Apresentar, de forma breve, os objetivos da pesquisa e a metodologia; <input type="checkbox"/> Explicar o papel do entrevistador; <input type="checkbox"/> Explicar as informações contidas no termo de consentimento de entrevista e destacar a confidencialidade das informações; <input type="checkbox"/> Solicitar a assinatura do termo de consentimento de entrevista (entrevista presencial) ou o aceite da gravação falada (entrevista virtual); <input type="checkbox"/> Entregar uma via assinada pelo pesquisador para o(a) entrevistado(a) ou enviar uma cópia por e-mail.			
Procedimentos iniciais:			
<input type="checkbox"/> Preparar o gravador. <input type="checkbox"/> Iniciar a gravação. <input type="checkbox"/> Revisar objetivos da pesquisa			
Questões para entrevista			
<p>1. Qual será a primeira pergunta? (quebra gelo – mais geral e amplo, mas objetiva). <i>Objetivos desta pergunta: ambientação no tema da pesquisa.</i></p> <p><i>Fale um pouco sobre o seu trabalho e como você se enxerga nessa questão da governança? Em qual lugar se localiza?</i></p>			
<p>2. Qual será a segunda pergunta? <i>Objetivos das perguntas: compreender como se dá a dinâmica da governança relacional, contratual e processual.</i></p> <p><i>1. Como você visualiza o espaço para criação de agendas da RAS? Onde ocorrem; de que modo acontecem, e quem se envolve?</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>1.1 Como é o processo de análise de contexto da RAS na micro – forças, fraquezas, oportunidades, ameaças, necessidades de saúde, relações de confiança, expectativas dos envolvidos?</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>1.2 Como são trabalhados os componentes estratégicos da RAS na micro?</i></p> <p><i>2. Como você percebe as relações interinstitucionais e o contexto de contratualização necessários ao funcionamento das RAS na micro?</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>2.1 O que poderia comentar sobre os resultados da RAS definidos para cada instituição envolvida?</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>2.2 O que comentaria ainda sobre os contratos?</i></p> <p><i>3. Como se dão, no cotidiano, as dinâmicas de discussão das necessidades da RAS e das partes interessadas?</i></p> <p><i>4. Como são os processos de verificação dos resultados da RAS na micro?</i></p> <p><i>5. Como são os processos de prestação de contas?</i></p>			

3. Qual será a terceira pergunta?

Objetivos desta pergunta: Identificar as fragilidades do processo de governança das RAS

6. Na sua visão, quais são os aspectos centrais que fragilizam o processo de governança das RAS na micro?

Perguntar se o(a) entrevistado(a) tem algo que gostaria de acrescentar.

Características socioeconômicas do(a) entrevistado(a):

- Idade?
- Formação / Nível de instrução?
- Ocupação atual?
- Estado civil?
- Local de residência?

Considerações finais:

- Perguntar ao entrevistado (a) se há alguma informação adicional que gostaria de acrescentar em relação aos assuntos abordados durante a entrevista.
- Perguntar se ficou com alguma dúvida.

Finalização e agradecimento:

- Agradecer a disponibilidade em fornecer as informações.
- Salientar que os resultados da pesquisa estarão à disposição dele(a) e, se tiver interesse, deverá entrar em contato com o(a) pesquisador(a).

ESPAÇO PARA ANOTAÇÕES (DIÁRIO DA ENTREVISTA – PONTOS RELEVANTES PARA A ANÁLISE)

QUADRO DE RELAÇÃO TEORIA / PRÁTICA			
Objetivos da pesquisa	Conceitos relacionados (revisão de literatura)	Questões do roteiro de entrevistas	Referências (autores)
Descrever os processos de governança das Redes de Atenção à Saúde nos territórios microrregionais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Governança Relacional - intangível da rede. Tem como ator central o líder da rede. São os códigos simbólicos – a identidade, os valores, os propósitos, os códigos, os contratos psicológicos e combinados. É o espaço de ambiência da Rede. O direcionamento ideológico que se quer dar à rede. Onde se cria as agendas em perspectiva participativa. 2. Modelo de Governança Matricial. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como você visualiza o espaço para criação de agendas da RAS? Onde ocorrem; de que modo acontece, e quem se envolve? <ol style="list-style-type: none"> 1.3 Como se dá a análise de contexto da RAS na micro – forças, fraquezas, oportunidades, ameaças, necessidades, relações de confiança, expectativas? 1.4 Como são definidos os componentes estratégicos da RAS na micro? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Greer (2015) apud Godoi (2018) 2. Milagres <i>et al.</i> (2016) 3. Martins (2010)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Governança Contratual - Onde se estabelece as normas, divisão dos produtos, a relação entre as organizações. Define acordos que planilham o caminho da confiança. É o cérebro da governança colaborativa. Onde se desdobra a agenda estratégica e se distribui claramente as responsabilidades interinstitucionais para construção de integridade. 2. Modelo de Governança Matricial. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Como você percebe as relações interinstitucionais e o contexto de contratualização necessários ao funcionamento das RAS na micro? <ol style="list-style-type: none"> 2.1 O que poderia comentar sobre os resultados da RAS definidos para cada parte interessada? 2.2 O que comentaria ainda sobre os contratos? 	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Governança Processual - dá o ritmo das operações do dia a dia – são os rituais, os fluxos, define como as coisas serão feitas. Configura-se como o “coração” do processo de governança. A liderança cria condição para que o ambiente da colaboração se sustente. Aglutina atores para a geração de benefício. Além do coordenador da rede, pode-se contar com o sponsor da rede. Inclui o processo de controle. Onde se constrói capacidade política para a RAS, transparência e accountability. 2. Modelo de Governança Matricial. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Como se dão, no cotidiano, as dinâmicas de discussão da agenda da RAS e necessidades das partes interessadas? 4. Como são os processos de verificação dos resultados? 5. Como são os processos de prestação de contas? 	
		6. Quais fragilidades neste processo você destacaria?	

Explicar fragilidades de Governança das RAS na micro	<ol style="list-style-type: none"> 1. Governança relacional, Governança Contratual, Governança Processual; 2. Modelo de Governança Matricial. 		
--	---	--	--

QUADRO DE RISCOS E CONTRAMEDIDAS	
RISCO	CONTRAMEDIDA
Proximidade com os entrevistados pode desviar o foco do trabalho.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deixar afixado em algum local visível os objetivos da pesquisa; 2. Preservar a formalidade no processo da entrevista; 3. Atentar para o foco na realização das perguntas; 4. Evitar responder questões do entrevistado que não sejam objeto do trabalho ou ser breve nas respostas a essas questões; 5. Atentar para situações de “tédio” como sinal da perda de foco; 6. Atentar para o risco de julgamento às opiniões do entrevistado.
Entrevistados poderão não se sentir confortáveis para abordar questões que coloquem em evidência dificuldades dos colegas de trabalho, nem mesmo as próprias.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abordar o entrevistado quanto ao papel do entrevistador; 2. Deixar evidente o sigilo das informações; 3. Aumentar o nível de confiança do entrevistado quanto aos objetivos do trabalho.

APÊNDICE B – QUADRO DE DOCUMENTOS

TCM - A GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NOS TERRITÓRIOS MICRORREGIONAIS – UM ESTUDO DE CASO					
CORPUS DA PESQUISA (QUADRO DE DOCUMENTOS)					
Documento	Formato	Grupos de Documentos	Fonte	Data de coleta	Intencionalidade
Guia_22147757_GUIA_DE_MATRICIAM ENTO_AS_UAPS_VERSAO_FINAL__1_ atualizado 2020	PDF	Manual - Matriciamento	Serviço / CEAE	26/01/2022	Identificar traços de governança da RAS da MCG - microrregião de GV - nos processos de matriciamento do CEAE
Apresentação CEAE METAS 2020- PARA MUNICÍPIOS	PDF	PPT - Matriciamento	Serviço / CEAE	26/01/2022	Identificar traços de governança da RAS da MCG - microrregião de GV - nos processos de matriciamento do CEAE
Apresentação CEAE MATRICIAMENTO 2020	PDF	PPT - Matriciamento	Serviço / CEAE	26/01/2022	Identificar traços de governança da RAS da MCG - microrregião de GV - nos processos de matriciamento do CEAE
RESOLUÇÃO SES 6946 CEAE	PDF	Legislações	Site SES / MG	31/01/2022	Identificar indutores nas legislações estaduais que favoreçam processos de governança da RAS da MCG na Micro GV
Prestação de Contas CEAE	PDF	Prestação de contas	Sistema GEICOM / SES MG	09/02/2022	Identificar nos documentos temáticos (prestação de contas) da rede materno- infantil elementos indutores de processos de governança da RAS da MCG na Micro GV
TC Pro Hosp	PDF	Contratos	Sistema SIGRES / SES MG	09/02/2022	Identificar nos documentos contratuais temáticos da rede materno-infantil

					elementos indutores de processos de governança da RAS da MCG na Micro GV
22° REUNIÃO - AGOS 2017	PDF	Atas reuniões CIB	SES MG / SRS GV / AGR	28/12/2021	Identificar traços de governança da RAS da MCG - microrregião de GV - nas reuniões de CIB Microrregional
27° REUNIÃO - FEV 2019	PDF	Atas reuniões CIB	SES MG / SRS GV / AGR	29/12/2021	Identificar traços de governança da RAS da MCG - microrregião de GV - nas reuniões de CIB Microrregional
46° REUNIÃO - DEZ 2019	PDF	Atas reuniões CIB	SES MG / SRS GV / AGR	30/12/2021	Identificar traços de governança da RAS da MCG - microrregião de GV - nas reuniões de CIB Microrregional
48° REUNIÃO - MAR 2020	PDF	Atas reuniões CIB	SES MG / SRS GV / AGR	31/12/2021	Identificar traços de governança da RAS da MCG - microrregião de GV - nas reuniões de CIB Microrregional
49° REUNIÃO - MAI 2020	PDF	Atas reuniões CIB	SES MG / SRS GV / AGR	01/01/2022	Identificar traços de governança da RAS da MCG - microrregião de GV - nas reuniões de CIB Microrregional
52° REUNIÃO - AGOS 2020	PDF	Atas reuniões CIB	SES MG / SRS GV / AGR	02/01/2022	Identificar traços de governança da RAS da MCG - microrregião de GV - nas reuniões de CIB Microrregional
55° REUNIÃO - NOV 2020	PDF	Atas reuniões CIB	SES MG / SRS GV / AGR	03/01/2022	Identificar traços de governança da RAS da MCG - microrregião de GV - nas reuniões de CIB Microrregional

56° REUNIÃO - DEZ 2020	PDF	Atas reuniões CIB	SES MG / SRS GV / AGR	04/01/2022	Identificar traços de governança da RAS da MCG - microrregião de GV - nas reuniões de CIB Microrregional
62° REUNIÃO - JUL 2021	PDF	Atas reuniões CIB	SES MG / SRS GV / AGR	05/01/2022	Identificar traços de governança da RAS da MCG - microrregião de GV - nas reuniões de CIB Microrregional
66° REUNIÃO - NOV 2021	PDF	Atas reuniões CIB	SES MG / SRS GV / AGR	06/01/2022	Identificar traços de governança da RAS da MCG - microrregião de GV - nas reuniões de CIB Microrregional
169° REUNIÃO - OUT 2021	PDF	Atas reuniões CIB	SES MG / SRS GV / AGR	07/01/2022	Identificar traços de governança da RAS da MCG - microrregião de GV - nas reuniões de CIB Microrregional
Portaria de Consolidação nº 03	PDF	Legislações	Site MS	13/02/2022	Identificar indutores nas legislações federais que favoreçam processos de governança da RAS da MCG na Micro GV
Diagnóstico Situação PRI MG - Respostas GTM Leste (1)	PDF	Diagnóstico - PRI	SES MG / SRS GV / AGR	08/12/2021	Identificar situação atual dos processos de governança da RAS da MCG - microrregião de GV - mediante diagnóstico do PRI
orientacoes_tripartite_planejamento_regional_integrado	PDF	Manual - PRI	Site MS	18/02/2022	Identificar indutores em instrumentos / manuais federais que favoreçam processos de governança da RAS da MCG na Micro GV
Resolução CIT 37, de março de 2018	PDF	Legislações	Site MS	18/02/2022	Identificar indutores nas legislações federais que favoreçam processos de governança da RAS da MCG na Micro GV

RESOLUÇÃO Nº 23, DE 17 DE AGOSTO DE 2017 - Imprensa Nacional	PDF	Legislações	Site MS	18/02/2022	Identificar indutores nas legislações federais que favoreçam processos de governança da RAS da MCG na Micro GV
TC CEAE	PDF	Contratos	Sistema SIGRES / SES MG	09/02/2022	Identificar nos documentos contratuais temáticos da rede materno-infantil elementos indutores de processos de governança da RAS da MCG na Micro GV
TC PEFAPS	PDF	Contratos	Sistema SIGRES / SES MG	09/02/2022	Identificar nos documentos contratuais temáticos da rede materno-infantil elementos indutores de processos de governança da RAS da MCG na Micro GV
prestação de contas cofinanciamento APS	PDF	Prestação de contas	Sistema GEICOM / SES MG	09/02/2022	Identificar nos documentos temáticos (prestação de contas) da rede materno-infantil elementos indutores de processos de governança da RAS da MCG na Micro GV
RESOLUÇÃO SES 7627 - PEFAPS	PDF	Legislações	Site SES / MG	22/02/2022	Identificar indutores nas legislações estaduais que favoreçam processos de governança da RAS da MCG na Micro GV
RESOLUÇÃO SES 7784 Saúde em Rede	PDF	Legislações	Site SES / MG	22/02/2022	Identificar indutores nas legislações estaduais que favoreçam processos de governança da RAS da MCG na Micro GV
Deliberação 3.213 - SUBPAS_SRAS_ Del Geral Política Hospitalar	PDF	Legislações	Site SES / MG	27/02/2022	Identificar indutores nas legislações estaduais que favoreçam processos de governança da RAS da MCG na Micro GV

Deliberação 3.214 - SUBPAS_SRAS_ Del Valor em Saúde - final - Cópia	PDF	Legislações	Site SES / MG	27/02/2022	Identificar indutores nas legislações estaduais que favoreçam processos de governança da RAS da MCG na Micro GV
Deliberação 3.216 - SUBPAS_SRAS_ Comitê Gestor de Atenção Hospitalar	PDF	Legislações	Site SES / MG	27/02/2022	Identificar indutores nas legislações estaduais que favoreçam processos de governança da RAS da MCG na Micro GV
Deliberação 3.222 - SUBPAS_SRAS_DATE_CMI - Parto e nascimento - versão final CMI e ASSJUR.doc	PDF	Legislações	Site SES / MG	27/02/2022	Identificar indutores nas legislações estaduais que favoreçam processos de governança da RAS da MCG na Micro GV

APÊNDICE C – ROTEIRO DE GRUPO FOCAL

NOME DO PROJETO: A governança das Redes de Atenção à Saúde – um Estudo de Caso da Microrregião de Governador Valadares

Passo 1: Apresentar brevemente a pesquisa, os conceitos essenciais vinculados ao trabalho – governança e Redes de Atenção à Saúde (RAS) – e os objetivos.

Passo 2: Apresentar a metodologia da pesquisa, dando ênfase à técnica de Grupo Focal (GF) e sua lógica. Destacar os seguintes aspectos:

- no GF não há certo e errado.
- no GF não há respostas individuais e sim, grupal. Sendo essencial estabelecer consensos a partir da opinião de todos os participantes.
- As questões debatidas no grupo servirão única e exclusivamente ao objetivo do trabalho. O anonimato dos participantes será garantido.
- É imprescindível que todos os participantes emitam suas opiniões.

Passo 3: Apresentar o roteiro de atividades.

Passo 4: Desenvolver discussão conforme cronologia abaixo:

Tempo 1: Atividade quebra-gelo – mais geral e amplo, mas objetiva.

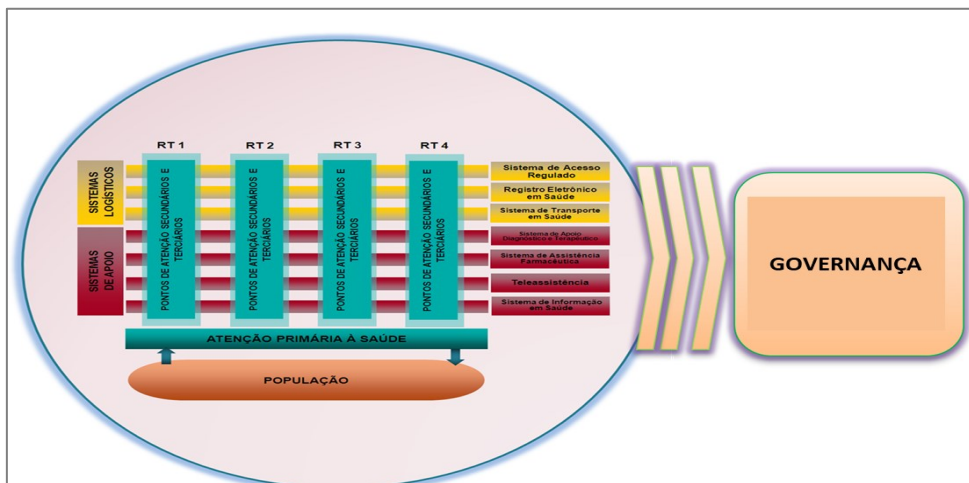
Objetivo: ambientação grupal

- a) *Desenvolver rodada de apresentação respondendo à seguinte questão: quem é você na Rede de Atenção à mulher, criança e gestante da microrregião de Governador Valadares?*

- b) *Se localize na imagem da estrutura operacional da RAS da Mulher, Criança e Gestante da Microrregião de Governador Valadares (aqui, o moderador deverá projetar a imagem da estrutura operacional da RAS,*

identificando a posição do participante nesta, com um círculo e o nome respectivo).

Figura 1: Estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes, 2019.

Tempo 2: atividade de discussão grupal

Objetivo: compreender como se dá a dinâmica de governança no território e os desafios para a sua adequada implementação.

a) Realizar a leitura do conto – A Microrregião de Belos Ventos

CONTO: A MICRORREGIÃO DE BELOS VENTOS

Era uma vez, um reino chamado microrregião de Belos Ventos. Nesse magnífico território, viviam trabalhadores nas chamadas equipe de saúde da família, os trabalhadores de casas encantadas chamadas Centro de Especialidades, e de grandes castelos denominados hospitais prestadores de serviço, com maternidade, atendimento pediátrico de média e alta complexidade, e serviços de oncologia, que se relacionavam de forma harmônica com os serviços de transporte de pacientes do reino, sistemas de informação, serviços de farmácia e de apoio diagnóstico.

Nesse lindo reino de microrregião, havia também a majestosa casa chamada Superintendência Regional de Saúde, que representava um poderoso benfeitor, chamado Estado. Existia nesta casa uma empenhada equipe de trabalho que, juntamente aos trabalhadores daquele lugarejo, desejava fortemente combater o mal

da mortalidade materna e infantil que assolava a microrregião, por meio da distribuição de moedas para os trabalhadores do reino e de apoio técnico. Outros benfeitores se interessavam em ajudar o reino... o Governo Federal, que também distribuía parte da sua riqueza para o combate ao mesmo mal. A relação entre os benfeitores era excelente, e suas contribuições foram sempre muito articuladas para que se chegasse rápido aos tempos da qualidade de vida naquele prazeroso lugar.

Por muito tempo, os trabalhadores conseguiram investir em várias frentes, mas o número de óbitos maternos, entre crianças menores de um ano, e fetais, pouco diminuía... alguma mudança ou mágica precisava ser feita!

Assim, em um dia frio de inverno, todos os trabalhadores do reino, e vários de seus representantes, resolveram se encontrar, liderados pela Superintendência, para traçar um plano, pois já não estavam suportando tantas mortes maternas e de suas criancinhas.

Durante a reunião, buscaram primeiro olhar para o problema, encará-lo, e compreendê-lo nas suas mais diversas faces. Para fazer isso, começaram a construir uma poderosa arma: o boletim epidemiológico. Útil para ataque e defesa, era poderoso para promover o entendimento sobre o mal a ser combatido, e qual era o seu impacto no reino. Calcularam coeficientes de mortalidade, distribuição de variáveis relacionadas ao planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério e puericultura... compararam com a de outros reinos, distribuíram o número de óbitos por região do reino e, por fim, conseguiram ter clareza de que a situação era grave, que precisava ser combatida. Aquele nevoeiro precisava passar!

Olharam para fora do reino e identificaram as possíveis ameaças, sem perder de vista também as oportunidades. Olharam ainda para dentro do reino e mapearam suas fragilidades, sem deixar de eleger suas forças e buscar estratégias para potencializá-las.

Através das análises que desenvolveram, perceberam a dimensão real e exata do desafio, e resolveram traçar um plano conjunto, em que uma a uma das instituições assumiu papel específico, para intervir em partes definidas do problema. Entenderam a necessidade de um potente arranjo de colaborações entre trabalhadores de todas as casas – equipes de saúde da família, serviço de especialidades, hospitais, serviços de transporte, etc. - que tivesse potencial de atacar o mal da mortalidade. Pensaram: “onde estamos? e Onde queremos chegar?” Idealizaram uma clara visão de futuro

conjunta; discutiram o papel daquela rede de colaboração e sua missão diante do problema. Definiram objetivos e, para cada um deles, pensaram um indicador, com sua ficha técnica de qualificação, que tornasse possível verificar se o mesmo, de fato, havia se cumprido. Além disso, traçaram metas SMART (específicas, mensuráveis, adequadas, realistas e temporais), e ações para que, ao final de um tempo, pudessem comemorar a conquista de redução do problema. Planejaram uma estrutura de monitoramento do plano, e também reuniões comemorativas no reino, para cada meta conquistada.

Nesse dia, todos tiveram a oportunidade de colocar suas dificuldades, e o benfeitor Estado destacou o seu compromisso de ajudar, e colaborar para juntos combaterem o mal da mortalidade materna e infantil que assolava a microrregião. Apesar do clima de harmonia, a equipe do benfeitor observou que havia naquele reino grupo de pessoas, umas com envolvimento muito fácil e outras um tanto quanto ainda desconfiadas. Também sentiram falta de uma casa, com um grupo de profissionais, chamada Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil, que ainda não havia sido construída, e que ajudaria muito no entendimento e condução propositiva do processo; nesta casa, haviam trabalhadores sábios, que entendiam em detalhes os problemas vividos pelo reino.

Pensando nisso, e buscando alimentar a chama da confiança nos trabalhadores envolvidos no plano conjunto, o Estado reajustou sua conduta e decidiu usar um amuleto mágico para garantir que todos cumprissem fielmente suas atribuições naquele grande pacto: o chamado CONTRATO foi acionado! Nele, todos os compromissos de cada uma das partes envolvidas foram detalhadamente descritos, deixando clara a regra de que as moedas passariam a chegar somente se os resultados do contrato fossem cumpridos. Ao final, quando o mal fosse eliminado, moedas extras seriam distribuídas. Nesse momento, cada uma das partes envolvidas, passou a olhar suas fragilidades e a pensar em investimentos no que mais os impedia de conquistar suas próprias metas, reproduzindo os efeitos das magias e armas que experimentaram naquele dia.

A partir desse encontro, gradativamente, reuniões de discussão começaram a ocorrer rotineiramente envolvendo os trabalhadores que representam suas respectivas casas da microrregião de Belos Ventos. Observava-se ali, naquele reino, encontros cada vez mais engajados dos trabalhadores para discussões do mal da mortalidade e dos

problemas daquela potente rede de colaborações. As reuniões passaram a ocorrer pontualmente conforme planejado, com espaço de fala para cada trabalhador, que colocava suas dificuldades e, coletivamente, definiam-se também soluções, e monitorava-se os resultados e impactos obtidos naquele período sob o problema da mortalidade. Outros trabalhadores encantados chamados INSTITUIÇÕES PARCEIRAS foram fortemente envolvidos e com papel muito bem definidos no plano criado.

Os anos passaram rápido e o grupo amadureceu. Todas as partes envolvidas começaram a compreender sua importância diante do mal da mortalidade, e se sentiram incentivados a mostrar, a todo o reino da microrregião de Belos Ventos, não somente seus resultados, como também o que fizeram com cada moeda investida. O benfeitor Estado, se sentiu feliz, por poder contribuir com a qualidade de vida daquele reino encantado, pois, sob sua liderança e patrocínio, incentivou a redução da mortalidade de mães e crianças do pequeno lugarejo, cumprindo sua função de desenvolvedor do bem-estar social naquelas terras, que estavam sob sua responsabilidade.

E assim, com muito esforço e dedicação, sob a mágica do trabalho em equipe e da colaboração, o reino de Vale dos Sonhos foi fazendo movimentos para a consolidação de um espaço encantado chamado GOVERNANÇA, que resolveria não somente o mal da mortalidade, como também outros importantes problemas daquele longínquo lugarejo. E assim, foram todos felizes para sempre!

- b) Agora que você ouviu o conto do reino da Microrregião de Belos Ventos, o que você sentiu? Agora gostaria que você relatasse o conto da sua microrregião.*

- c) Quais aspectos impedem ou fragilizam possibilidades de vermos na Micro GV o mesmo ambiente de movimento vivido pela microrregião de Belos Ventos?*

Tempo 3: Finalização

Objetivo: realizar conclusão das atividades com os participantes.

- a) Fazer um breve resumo dos temas mais debatidos*

- b) *Desenvolver com os participantes a seguinte questão de avaliação: “em uma palavra, como você avalia o encontro?”*
- c) *Agradecer aos participantes*

APÊNDICE D – LIVRO DE CÓDIGOS

ROTEIRO PARA ANÁLISE DE CONTEÚDO

LIVRO DE CÓDIGOS

1. QUAL É A FORMA DE ANÁLISE?

Optei pela análise dedutiva, considerando que identifiquei referencial teórico suficiente que me permitiu especificar os códigos favorecedores de uma análise do processo de governança.

2. SE DEDUTIVA, QUAIS SERÃO OS CÓDIGOS UTILIZADOS:

Ver quadro síntese do anexo I.

3. QUAL SERÁ A REGRA DE RECORTE (tipo ou tipos de unidades de registro)?

Utilizei a unidade temática, pois além de ser a mais frequentemente utilizada em pesquisas qualitativas, favorece o cumprimento dos objetivos do trabalho, considerada a abrangência do tema e sua complexidade.

4. QUANTAS CITAÇÕES (TRECHOS DE FALAS DOS ENTREVISTADOS, OU TRECHOS DOS TEXTOS DOS DOCUMENTOS) FORAM IDENTIFICADAS EM CADA CÓDIGO?

Ver quadro síntese do anexo II

5. QUAIS CÓDIGOS POSSUEM CITAÇÕES (TRECHOS DE FALAS DOS ENTREVISTADOS OU TRECHOS DOS TEXTOS DOS DOCUMENTOS) E QUAIS CÓDIGOS NÃO POSSUEM CITAÇÕES?

Ver quadro síntese do anexo III

ANEXO I – QUADRO-SÍNTESE DOS CÓDIGOS

QUADRO SÍNTESE DOS CÓDIGOS				
Objetivo 1: Identificar potenciais óbices da governança à contribuição com o resultado das RAS. Objetivo 2: Mapear os processos de governança das RAS nas microrregiões.				
DEFINIÇÃO			CÓDIGOS*	EXEMPLOS DE TRECHOS
Elementos da Governança Colaborativa <i>Milagres et al. (2016)</i>	Elementos da Governança para Resultados <i>Martins (2010)</i>	Princípios da Governança <i>Greer (2015) apud Godoi (2018)</i>		
<p>Governança relacional – é o intangível da rede. Tem como ator central o líder da rede. São os códigos simbólicos –a identidade, os valores, os propósitos, os códigos, os contratos psicológicos e combinados. É o espaço de ambiência da Rede. O direcionamento ideológico que se quer dar à rede.</p>	<p>Agendas Estratégicas (Objetivos, Indicadores, Metas, Iniciativas) Análise de contexto (expectativa de partes interessadas, análise de ambientes (forças, fraquezas, oportunidades e ameaças)</p>	<p>Participação – Garantia de participação estruturada e significativa de stakeholders em fóruns, com mecanismos claros de escolha, que possibilite acesso à tomada de decisão e ao compartilhamento do poder por todos os interessados e envolvidos, contribuindo para maior legitimidade das decisões políticas e implementações.</p>	<p>AGENDA ESTRATÉGICA FRAGILIZADORES</p>	<p>“Então, assim, essa questão mesmo de... apoiar essa rede, em estudos, em números, identificar esses vazios, ajudar a pensar a estratégia, ajudar a organizar esses fluxos, os planos...planos de ação, quais são as metas, indicadores que eu tenho pra cada serviço desse...”</p>
<p>Governança processual - dá o ritmo das operações do dia a dia – são os rituais, os fluxos, define como as coisas serão feitas. Configura-se como o “coração” do processo de governança. A liderança cria condição para que o ambiente da colaboração se sustente. Aglutina atores para a geração de benefício. Além do coordenador da rede, pode-se contar com o</p>	<p>Rotinas de reuniões Discussões relacionadas aos desafios da RAS Padrões de funcionamento da governança</p>	<p>Capacidade política – Possuir e manter pessoal capacitado para construir políticas alinhadas com recursos oferecidos e capazes de atingir os objetivos do sistema.</p>	<p>ROTINAS</p>	<p>“No processo de governança são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação,</p>

sponsor da rede. Inclui o processo de controle.				<i>comissões/câmaras técnicas temáticas, etc.”</i>
Governança Contratual – Onde se estabelece as normas, divisão dos produtos, a relação entre as organizações . O nível de formalidade vai depender da história progressa de relação entre atores. Sinaliza padrões de comportamento; define acordos que planilham o caminho da confiança . É o cérebro da governança colaborativa.	Pactuação dos resultados Contratos de gestão Termos de Parceria Sistema de incentivos	Integridade – Definição clara das funções e do papel organizacional	CONTRATOS	<i>“Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores / financiadores e os prestadores de serviço.”</i>
Aferição de desempenho / resultado / Aprendizagem / Evolução da Rede	Central de Resultados (painel de controle) Central de Prestação de Contas (Conselho / Disponibilização de Informações)	Transparência / Accountability	RESULTADOS PRESTAÇÃO DE CONTAS	<i>“a gente não tem tido uma rotina, dessa avaliação, de discutir os resultados. Não é a toa que a gente está com a mortalidade infantil lá nas alturas, considerando aí o cenário do Estado. Porque a gente realmente não tem acompanhado.”</i>

* Observação importante: para o presente trabalho, utilizei como unidade de registro a análise temática. Marquei nos textos, tudo o que guarda relação – trechos de texto – com os respectivos códigos / temas. Lembretes: Importante pensar no custo – rever trechos muito extensos – e pertinência – atentar para os trechos muito curtos que perdem o sentido - ao momento da codificação.

- Importante pensar nas regras de enumeração. Para cada código, aplicar a regra “presença / ausência” de modo a verificar se aspectos da teoria foram integralmente contemplados nos respectivos códigos – utilizar quadro síntese. Aqui, considerou-se, conforme definido por Bardin (2016), a análise de conteúdo qualitativa, com indicadores não frequenciais, para permitir inferências.

ANEXO II – QUADRO-SÍNTESE DE CÓDIGOS E CITAÇÕES POR GRUPO DE DOCUMENTOS

CÓDIGOS	GRUPOS DE DOCUMENTOS								Totais
	Atas reuniões CIB	Contratos	Diagnóstico PRI	Entrevistas	Legislações	Manual	PPT Matriciamento	Prestação de contas	
o AGENDA ESTRATÉGICA	2	0	0	15	12	0	0	0	29
o CONTRATOS	7	1	0	11	16	0	1	0	36
o PRESTAÇÃO DE CONTAS	0	1	0	4	3	0	1	1	10
o RESULTADOS	3	0	0	9	5	1	1	0	19
o ROTINAS	5	0	1	16	15	12	2	0	51
o TRANSPARÊNCIA	0	2	0	0	3	0	0	1	6
Totais	17	4	1	55	54	13	5	2	151

Fonte: Projeto Análise de Conteúdo - Atlas.Ti

ANEXO III – QUADRO DE PRESENÇA AUSÊNCIA DE CITAÇÕES POR CÓDIGO E GRUPO DE DOCUMENTOS

	Atas reuniõ... 11 16	Contratos 3 12	Diagnóstico... 1 1	Entrevistas 9 133	Legislações 10 57	Manual 2 16	PPT Matrici... 2 5	Prestação d... 2 2	Totais
◇ AGENDA ESTRATÉGICA 29	•			•	•				3
◇ CONTRATOS 36	•	•		•	•		•		5
◇ PRESTAÇÃO DE CONTAS 10		•		•	•		•	•	5
◇ RESULTADOS 19	•			•	•	•	•		5
◇ ROTINAS 51	•		•	•	•	•	•		6
◇ TRANSPARÊNCIA 6		•			•			•	3
Totais	4	3	1	5	6	2	4	2	27

Fonte: Projeto Análise de Conteúdo - Atlas.Ti

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – GRUPO FOCAL

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “A Governança das Redes de Atenção à Saúde nos Territórios Microrregionais – um Estudo de Caso” de autoria do Prof. Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar e Mestrando Romulo Batista Gusmão. Este termo de consentimento irá lhe fornecer informações sobre o estudo. Seus objetivos são: descrever os processos de governança das Redes de Atenção à Saúde nos territórios microrregionais e explicar potenciais fragilidades, por meio do mapeamento de processos e da identificação de obstáculos à contribuição com o resultado. Procedimentos: Se concordar, sua participação nesta pesquisa será por meio da técnica “grupo focal”, abordando assuntos relacionados às questões de governança das Redes de Atenção à Saúde, que será gravada, e após, transcrita. As informações fornecidas serão utilizadas para fins científicos e seu anonimato será preservado. A atividade terá duração máxima de duas horas em plataforma online via Google Meet com link que será disponibilizado previamente, de acordo com a disponibilidade das partes interessadas envolvidas na Rede de Atenção à Saúde.

Possíveis benefícios: Espera-se, com os resultados obtidos, que o trabalho contribua com a estruturação de serviços públicos de saúde mais resolutivos à população, a partir do fortalecimento da governança, que irá aperfeiçoar a gestão coletiva de desempenho do conjunto de serviços que se articula para formar redes colaborativas de atenção à saúde. Desconfortos e riscos: Talvez você se sinta constrangido ao responder alguma pergunta da atividade, ou se sinta inseguro quanto a identificação de seu nome nas publicações deste trabalho; o que pode gerar certo grau de desconforto, e até mesmo cansaço ao longo da atividade. Caso ocorra, pode solicitar que os procedimentos sejam encerrados, se for do seu desejo, sem qualquer prejuízo.

Confidencialidade das informações: Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes e respectivas instituições. Em nenhuma hipótese seu nome aparecerá em qualquer publicação vinculada ao presente trabalho. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto, e utilizadas apenas para fins de pesquisa. Os dados levantados ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (05) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Outras informações pertinentes: Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Para participar desta pesquisa você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, a menos que seja comprovado prejuízo de qualquer natureza, situação na qual será indenizado. Qualquer dúvida quanto a realização da pesquisa, poderá também ser sanada no transcorrer da mesma. Você poderá fazer ainda contato com o comitê de ética e com os responsáveis pela pesquisa, o Mestrando Romulo Batista Gusmão, através do telefone (31) 9 8399-5197 ou pelo e-mail: romulogusmao78@gmail.com e / ou Prof. Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar, através do telefone (31) 9 9202- 5860 ou pelo e-mail: raphael.ufmg@gmail.com

Consentimento: Tendo sido informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “Governança das Redes de Atenção à Saúde nos Territórios Microrregionais – um Estudo de Caso” de maneira detalhada e, esclarecidas as suas dúvidas, perguntamos:

Você aceita participar dessa pesquisa:

Nome Completo: _____

() Sim () Não

A presente pesquisa teve parecer favorável da Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP) - Número do Parecer: 5.199.659

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG. E-mail: coep@prpq.ufmg.br Telefone: 31 3409-4592

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ENTREVISTA

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**A governança das Redes de Atenção à Saúde nos territórios microrregionais – um estudo de caso**” de autoria do Prof. Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar e Mestrando Romulo Batista Gusmão. Este termo de consentimento irá te fornecer informações sobre o estudo.

Objetivos do estudo: descrever os processos de governança das Redes de Atenção à Saúde nos territórios microrregionais e explicar potenciais fragilidades, por meio do mapeamento de processos e da identificação de obstáculos à contribuição com o resultado.

Procedimentos: Se concordar, sua participação nesta pesquisa será por meio de uma entrevista aberta e individual, abordando duas questões essenciais sobre governança das Redes de Atenção à Saúde: como esse processo se organiza na microrregião e quais os principais obstáculos para a efetiva implementação do mesmo no território. A entrevista será gravada, e após, transcrita. As informações fornecidas serão utilizadas para fins científicos e seu anonimato será preservado. O local, data e horário de realização da entrevista serão agendados previamente, de acordo com a sua disponibilidade. A entrevista terá duração média de 30 a 40 minutos.

Possíveis benefícios: Espera-se, com os resultados obtidos, que o trabalho contribua com a estruturação de serviços públicos de saúde mais resolutivos à população, a partir do fortalecimento da governança, que irá aperfeiçoar a gestão coletiva de desempenho do conjunto de serviços que se articula para formar redes colaborativas de atenção à saúde.

Desconfortos e riscos: Talvez você se sinta constrangido ao responder alguma pergunta da atividade, ou se sinta inseguro quanto a identificação de seu nome nas publicações deste trabalho; o que pode gerar certo grau de desconforto, e até mesmo cansaço ao longo da entrevista. Caso ocorra, pode solicitar que os procedimentos sejam encerrados, se for do seu desejo, sem qualquer prejuízo.

Confidencialidade das informações: Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. Em nenhuma hipótese seu nome aparecerá em qualquer publicação vinculada ao presente trabalho. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto, e utilizadas apenas para fins de pesquisa. Os dados levantados ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (05) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas (02) vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional

de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Outras informações pertinentes: Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Para participar desta pesquisa você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, a menos que seja comprovado prejuízo de qualquer natureza, situação na qual será indenizado. Qualquer dúvida quanto a realização da pesquisa poderá também ser sanada no transcorrer da mesma. Você poderá fazer ainda contato com o comitê de ética e com os responsáveis pela pesquisa, o Mestrando Romulo Batista Gusmão, através do telefone (31) 9 8399-5197 ou pelo e-mail: romulogusmao78@gmail.com e / ou Prof. Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar, através do telefone (31) 9 9202- 5860 ou pelo e-mail: raphael.ufmg@gmail.com

Consentimento: Tendo sido informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “Governança das Redes de Atenção à Saúde – um Estudo de Caso da Microrregião de Governador Valadares” de maneira detalhada e, esclarecidas as suas dúvidas, perguntamos:

Você aceita participar dessa pesquisa:

Nome Completo: _____

() Sim () Não

A presente pesquisa teve parecer favorável da Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP) - Número do Parecer: 5.199.659

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG. E-mail: coep@prpq.ufmg.br Telefone: 31 3409-4592

APÊNDICE F – PRODUTO TÉCNICO/TECNOLÓGICO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Romulo Batista Gusmão

PRODUTO TÉCNICO/TECNOLÓGICO RESULTANTE DO TRABALHO “A
governança das redes de atenção à saúde nos territórios microrregionais – um
estudo de caso”

Belo Horizonte

2022

Romulo Batista Gusmão

PRODUTO TÉCNICO/TECNOLÓGICO RESULTANTE DO TRABALHO “A governança das redes de atenção à saúde nos territórios microrregionais – um estudo de caso”

Produto técnico/tecnológico resultante do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Belo Horizonte

2022

Romulo Batista Gusmão
Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

**ROTEIRO SIMPLIFICADO PARA ANÁLISE DOS PROCESSOS DE
GOVERNANÇA DAS RAS NAS MICRORREGIÕES**

Belo Horizonte
2022

ROTEIRO SIMPLIFICADO PARA ANÁLISE DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA DAS RAS NAS MICRORREGIÕES

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte.
Não é permitida sua comercialização.

Este guia foi desenvolvido durante o Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) número do parecer: CAA 51224521.3.0000.5149 / Parecer 5.199.659, tendo sido aprovado por esse órgão em 12 de janeiro de 2022. Ressalta-se que os aspectos éticos foram respeitados.



O presente instrumento pode ser utilizado como recurso para breve análise da conjuntura de governança das Redes de Atenção à Saúde em territórios microrregionais. Suas questões são abrangentes, justamente para se levantar debates junto aos atores do território que fazem parte da dinâmica de implementação dos serviços a ela vinculados. Procurou-se aqui, considerar questões próprias desse espaço - o da governança - tendo como fundamento os conceitos do Modelo Analítico Sobre Governança Colaborativa propostos por Milagres (2016); os Atributos da Governança definidos por Gree (2015) e o Modelo de Governança para Resultados, de Martins (2010).

Para aplicação do presente instrumento, recomenda-se que a liderança local se aproprie dos conceitos essenciais aqui tratados, e tome providências à realização de um encontro técnico entre os "atores que planejam e implementam" a rede, nos moldes de um Grupo Focal. Ao final, serão obtidos elementos relevantes à qualificação do processo de governança respectivos, que deverão ser objeto de plano de ação específico, para o qual, sugere-se aqui, por sua concisão e simplicidade, a matriz 5W2H.

PRODUTO TÉCNICO - Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde



A GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NAS MICRORREGIÕES - ROTEIRO SIMPLIFICADO PARA ANÁLISE DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA DAS RAS NAS MICRORREGIÕES



COMPONENTE	QUESTÃO DE REFLEXÃO	SUPORTE CONCEITUAL APLICADO	FRAGILIDADE/CONTRADIÇÃO (o que identificamos que nos impede de implementar o macroprocesso)	CONTRADIÇÃO (quão ação faremos para fortalecer o macroprocesso)
Conceito de governança	O que você sabe falar sobre a governança da Rede de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Gestante do seu território?	A Governança da RAS da MCG é o espaço onde os atores do serviço - gestores (municipais e dos serviços), técnicos (do município e dos prestadores) - se encontram para discutir os rumos da rede, seu desempenho (geral e específicos), projetos, investimentos, cumprimento de responsabilidades; e também prestam contas dos recursos investidos; tudo isso, para favorecer resultados de qualidade ao cidadão		
Governança relacional	Como você visualiza o espaço para criação de agendas da RAS? Onde ocorrem; de que modo acontecem, e quem se envolve? Como é o processo de análise de contexto da RAS na micro - forças, fraquezas, oportunidades, ameaças, necessidades de saúde, relações de confiança, expectativas dos envolvidos? Como são trabalhados os componentes estratégicos da RAS na micro (Missão, Visão, Valores, e Objetivos)?	No âmbito da Governança Relacional, os atores da RAS da MCG discutem seu contexto (interno e externo) de modo a mapear forças, fraquezas, oportunidades, ameaças, bem como as principais necessidades do território; expectativa dos envolvidos; e os principais dados relacionados à rede. Tudo isso, para subsidiar a definição de uma missão e visão claras para essa estrutura - a rede - favorecendo a identificação de objetivos, indicadores e metas coerentes, e ampliando possibilidades de maiores e melhores resultados.		
Governança Contratual	Como você percebe as relações interinstitucionais e o contexto de contratualização necessários ao funcionamento das RAS na micro? O que poderia comentar sobre os resultados da RAS definidos para cada instituição envolvida? O que comentaria ainda sobre os contratos?	No âmbito da Governança Contratual, os atores da RAS da MCG discutem as responsabilidades e compromissos integrados de cada instituição, de modo a constituir contratos, pautados na entrega de serviços complementares e baseados na confiança. São definidas aqui, as regras de funcionamento do serviço que precisam ser seguidas por todos os envolvidos.		
Governança Processual	Como se dão, no cotidiano, as dinâmicas de discussão das necessidades da RAS e das partes interessadas?	No âmbito da Governança Processual, os atores da RAS da MCG discutem o dia a dia da rede, seus problemas, e principais necessidades. Propõem soluções, e expõem suas necessidades. Há que se dispor de calendário de reuniões, de planos, de regimentos.		
Resultados e Transparência (Accountability)	Como são os processos de verificação dos resultados da RAS na micro? Como são os processos de prestação de contas?	No âmbito dos resultados e transparência, os atores da RAS da MCG desenvolvem o monitoramento e avaliação da rede; analisam seu desempenho e ao mesmo tempo prestam contas dos investimentos realizados buscando, não somente o redirecionamento das ações frágeis, como também ampliar transparência, e consequentemente as relações de confiança ente atores. Com isso, espera-se favorecer a entrega de resultados.		

A matriz e versão Excel poderá ser acessada através do link abaixo, por meio do qual será realizada a solicitação ao autor principal deste trabalho:

<https://classroom.google.com/c/MTI5MzE4ODk4OTY1/m/NTMzODkzMzkzMjQx/details>

REFERÊNCIAS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (**CONASS**). "CONASS Debate– Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde." (2016).

FRYATT, R. *et al.* Health sector governance: should we be investing more? **BMJ Global Health**, 2017.

GODOI, Heloisa, *et al.* "Óbices da governança pública e sua influência sobre a atenção à saúde bucal no Estado de Santa Catarina, Brasil." **Cadernos de Saúde Pública** 36 (2020): e00184719.

GODOI, Heloisa, *et al.* ATRIBUTOS DE GOVERNANÇA DE SISTEMAS DE SAÚDE E POTENCIAIS FALHAS NA ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM SANTA CATARINA". **II Congresso Internacional de Desempenho do Setor Público** (2018).

GODOI, Heloisa, Selma Regina de Andrade, and Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello. "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." **Cadernos de Saúde Pública** 33 (2017).

MARTINS, H. F. Introdução ao governo matricial: o problema da fragmentação. *In*: Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 9, 2004, Madrid, España. **Anais** [...] Madrid, España, 2004. p. 1-19. Disponível em: https://www.academia.edu/download/31111426/publicacao_14-07-2011_10-35-27Artigo.pdf. Acesso em: 12 out. 2020.

MARTINS, H. F.; MARINI, C. **Um guia de governança para resultados na administração pública**. Brasília: Instituto Publix, 2010.

MARTINS, H. F.; MOTA, J. P.; MARINI, C. Modelos de negócio na esfera pública: o modelo canvas de governança pública. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 17, n. 1, p. 49-67, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1679-395167893>. Acesso em: 30 out. 2020.

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

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 22 out. 2020.

MILAGRES, R. M., REZENDE, O., GONÇALVES, C. A. Modelo integrado para Análise da Governança em Redes Colaborativas Público-Privadas. **Encontro de Administração Pública e Governo**. ANPAD. Salvador, BA (2012).

MILAGRES, R., S. Silva, and O. Rezende. "**CONASS Debate—governança regional das redes de atenção à saúde.**" Brasília: CONASS (2016).

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

SANTOS, C. C. A. **Desafios na implementação da regionalização da saúde a partir da perspectiva de municípios não-polo**: estudo de caso em regiões de saúde desenvolvidas. 2017. 144f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) – **Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas**, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/18068>. Acesso em: 25 out. 2020.

SANTOS, Cleuzieli Moraes dos, *et al.* "Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde." **Cadernos de Saúde Pública** 33 (2017).

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis**, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400005>. Acesso em: 2 nov. 2020.

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