

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: PERFIL DOS GESTORES DE SAÚDE NAS REGIÕES DE SAÚDE DO SUL DE SANTA CATARINA

Rejane de Figueiredo Seldenreich^I Gabriella Barbosa Nadas^{II} Lisiane Tuon^{III}

RESUMO

A governança é explicitada no projeto regional de saúde, mediante a inter-relação nas instâncias e dos atores envolvidos. Esse modelo abre espaço para interações entre os municípios e requer um sistema de governança colaborativa. Esta pesquisa objetiva conhecer o perfil dos gestores e a percepção destes quanto à governança na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) nas regiões de saúde, Extremo Sul Catarinense e Carbonífera do estado de Santa Catarina, haja vista, que AAE é considerada um nó crítico no Sistema Único de Saúde (SUS). É um estudo transversal, exploratório e descritivo, de natureza quantitativa. Participaram deste, 23 gestores de saúde, por meio das respostas ao questionário elaborado pelos autores. Os dados coletados foram organizados e analisados com auxílio do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS), versão 20.0® e, apresentados de forma descritiva. Apurou-se, que estes colegiados são constituídos por gestores, na maioria, de adultos jovens, do sexo feminino e com graduação completa, sendo a maior parte destas, relacionadas à área da saúde. Destaca-se, que 39,1% dos gestores apontaram a inexistência de governança nas instâncias da federação, portanto, conhecer o perfil dos gestores, assim como, a caracterização do diagnóstico da AAE, contribui para incrementar a visão e a atuação dos gestores no enfrentamento dos entraves na AAE, nestes colegiados.

Palavras-chave: Governança. Saúde Pública. Sistema Único de Saúde. Atenção Secundária à Saúde.

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: PERFIL DOS GESTORES DE SAÚDE NAS REGIÕES DE SAÚDE DO SUL DE SANTA CATARINA

ABSTRACT

Governance is made explicit in the regional health Project, through the interrelation in the instances and the actors involved. This model opens space for interactions between municipalities, and requires a, collaborative governance system. The objective was to get to know the profile of managers and their perception regarding governance in Specialized Outpatient Care (SEA), in health regions of Extreme South Catarinense and Carboniferous, Santa Catarina, given that SEA is considered a critical node in the Unified Health System Health (SUS). Cross-sectional, exploratory and descriptive study with a quantitative approach. 23 health managers participated through a questionnaire. The collected data were organized and analyzed using the statistical software *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS), version 20.0®, and presented in a descriptive way. It was found that these collegiate bodies are composed of managers, mostly young-adult, female and with complete graduation, most of them related to the health area. It is noteworthy that 39.1% of managers pointed out the lack of governance in the instances of the federation. Therefore, knowing the profile of managers, as well as the characterization of the diagnosis of SEA, is believed to be significant to the vision and performance of managers in facing the barriers in SEA in these collegiate .

Key-words: Clinical Governance. Public Health. Unified Health System. Secondary Care

^I Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Santa Catarina, Brasil. Campus de Criciúma. rejanevivifs@hotmail.com.

^{II} Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Santa Catarina, Brasil. Campus de Criciúma. gabriella.nadas@gmail.com.

^{III} Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Santa Catarina, Brasil. Campus de Criciúma. ltb@gmail.com.

Correspondência:

Rejane de Figueiredo Seldenreich. Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Campus de Criciúma. Av. Universitária, 1105-Bloco S, sala 229, 2º andar, Bairro Universitário- CEP: 88806-000. Criciúma, Santa Catarina, Brasil. rejanevivifs@hotmail.com.

RSPSC - Revista de Saúde Pública de Santa Catarina

Rua das Tulipas, 236; Bairro Bela Vista III; São José, SC; CEP: 88110-813.Fone: (48) 3665-6436.E-mail: espssc@saude.sc.gov.br

1 INTRODUÇÃO

O conceito de governança no setor público foi introduzido com as reformas gerenciais implementadas nas décadas de 70 a 90 e, mais recentemente, alcançou destaque com as redes de atenção à saúde (MENDES, 2010; PETERS, 2012). A governança é explicitada no projeto regional de saúde mediante a inter-relação das instâncias e dos atores envolvidos (KEHRIG, 2014). A adoção de práticas adequadas de governança permite estabelecer critérios, objetivos de administração, de participação popular, de transparência, indicadores de desempenho, metas e mais qualidade na gestão (SCHULZE, 2015). Essas práticas abrem espaços para interações entre os municípios, na busca para organizar o sistema de saúde, com base nas necessidades da sua população. Ribeiro *et al.* (2017) destacam, que a disseminação e a apropriação do conceito de governança refletem as crescentes necessidades de concertação política, social e intergovernamental.

A governança colaborativa no setor público pode ser definida como os processos, estruturas de gestão e de tomada de decisão em políticas públicas, as quais envolvem as pessoas, construtivamente, a fim de realizar um propósito público (EMERSON; NABATCHI; BALOGH, 2011). Neste mesmo sentido, Milagres *et al.* (2016, p. 18) caracterizam a governança colaborativa como: “o conjunto de instrumentos que permitem a coordenação dos atores envolvidos em redes. Tem a ver com o exercício de poder e autoridade, mas principalmente, com o exercício da influência e da negociação”.

É relevante considerar o papel dos municípios representados na figura de seus gestores, na influência e na definição das políticas de saúde, por meio dos colegiados (instâncias federativas) de governança do SUS. Nos referidos colegiados são negociadas e estabelecidas prioridades, estratégias, recursos, dentre outras pautas. Da mesma forma, Boniatti (2012) considera que, a consolidação do SUS está fortemente ligada ao perfil dos atores que assumem e conduzem as diversas instâncias do governo.

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

É nesse entendimento que surgiu o interesse desta pesquisa em compreender o perfil dos agentes que se organizam para realizar, de maneira colaborativa, a abordagem

dos problemas públicos de forma mais efetiva, nesse caso, na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), considerada pelo senso comum, como o gargalo do SUS. Esta consiste, em um conjunto de ações e de serviços de saúde demarcados pela incorporação de tecnologias especializadas, a qual engloba processos de trabalho de densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar (ROCHA, 2014).

Para fins de entendimento, na sequência deste estudo, salienta-se que o foco deste trabalho está na AAE (média complexidade/ atenção secundária), que atende a população em condições não agudizadas. Portanto, não se considera, nesse contexto, a média complexidade estruturada e atendida na rede hospitalar.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Existe uma diversidade de enfoques sobre governança, pautada a partir de ideias e de referenciais diferentes. O termo governança pode ser definido, a partir de diferentes áreas de conhecimento como, por exemplo, nas relações internacionais ou nos estudos sobre desenvolvimento, principalmente, em trabalhos realizados pelo Banco Mundial. Nesses trabalhos, utiliza-se o termo “boa governança” como eficiência do gasto público, combinado à implementação de reformas que regulam o setor privado, o aumento da transparência e a responsabilidade com ética, ou seja, *accountability*, além da expansão nos investimentos direcionados para a saúde, a educação e a proteção social (ALMEIDA, 2016). Quando a governança ocorre no âmbito de mercado é denominada de governança corporativa. Quando advém do âmbito das organizações públicas estatais ou de qualquer nível federativo é denominada governança pública, também, citada com os sinônimos: governança democrática, boa governança, governança participativa, dentre outros.

As organizações de saúde formam uma complexa rede. Cavalcanti (2011 *apud* Romano; Scatena, 2014) corrobora com o exposto, quando destaca que a fragilidade da capacidade de gerar assistência integral, por parte dos municípios quando isolados, fortaleceu a concepção de regiões de saúde como estratégia de atenção no SUS. É relevante destacar, a importância da AAE dentro desse contexto, entretanto, quando se buscam pesquisas relevantes em AAE encontram-se poucos trabalhos, comparativamente, àqueles da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Hospitalar (CONASS, 2016). Canonici (2014) relata, também, a escassa disponibilidade de material conceitual neste campo do conhecimento.

A AAE constitui um problema importante nos sistemas de atenção à saúde, em geral e, no Sistema Único de Saúde (SUS). Considera-se que, tem sido analisada e operada na lógica dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, distante, portanto, das propostas contemporâneas de constituírem-se como pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (CONASS, 2016). De acordo com Rocha (2014), a AAE é caracterizada por elevada fragmentação, de frágil interação com os demais níveis de atenção e dificuldades operacionais significativas, a qual vem repercutindo no acesso aos usuários, na adequação e na qualidade das tecnologias disponibilizadas e, sobretudo, nos resultados assistenciais.

Vale ressaltar que, essa realidade requer cada vez mais gestores com competências e outros atributos, além do grau de instrução, embora, não sendo determinante, desempenha a função de agente formador e facilitador no desenvolvimento e apropriação de habilidades, influenciando nas relações de poder e de tomadas de decisões, nas práticas de saúde. De acordo com OPAS (2002) e Cotta *et al.* (2004), é crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários.

3 FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa, em questão, consiste em um estudo transversal, exploratório e descritivo, de natureza quantitativa, tipo levantamento. Segundo Fontelles (2009), nas pesquisas descritivas as técnicas utilizadas para a obtenção de informações são bastante diversas, destacando-se, a utilização de questionários. O instrumento de investigação empregado nessa pesquisa foi o questionário, e os indivíduos entrevistados foram os gestores de saúde. Vale destacar, que a formatação do questionário foi baseada no modelo analítico sobre Governança Colaborativa, proposto por Milagres *et al.* (2016). Foi construído em Blocos Temáticos, obedecendo a uma ordem lógica das perguntas (Quadro 01). Apresenta questões fechadas e mistas, com algumas de múltipla escolha. Oferece, igualmente, várias opções de alternativas como respostas, evitando limitar e restringir a pesquisa.

Quadro 1. Caracterização do *layout* do questionário.

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

Fonte: Autoria própria (2019).

O presente estudo foi realizado na região Sul do Estado de Santa Catarina (SC), nas Regiões de Saúde do Extremo Sul Catarinense e Carbonífera. Estas regiões constituem, também, as Comissões de Intergestores Regionais (CIRs) das Associações dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC) e do Extremo Sul Catarinense (AMESC). A escolha desta população foi baseada pelo fato de a CIR ser considerada como “espaço de governança regional e de gestão”. Segundo Bretas e Shimizu (2017), este colegiado é um ambiente deliberativo, no qual são tomadas decisões por consenso, e no mesmo tempo, em que é organizada formalmente funciona, coletivamente, sem hierarquias. Para abordagem nesta pesquisa foi considerado, também, o fato de este colegiado envolver os três entes federados. Ao reconhecer o papel significativo da CIR, fez-se necessário, caracterizar os agentes que compõem o fórum de discussão e de tomada de decisão nestas regiões de saúde.

Encaminhou-se à presidência das CIRs (AMREC e AMESC) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi assinado pelos referidos presidentes, representando o aceite dos demais participantes do estudo. O local escolhido para aplicação do questionário foi a sede das reuniões mensais das referidas CIRs, considerando, o fato de algumas bibliografias reportarem, como desvantagens de aplicar questionário em pesquisa, o fato de um número considerável deste instrumento não ser devolvido. Assim, optou-se por esse local, como maneira de interferir, positivamente, no fator devolução, buscando garantir e superar este viés. O questionário foi aplicado no dia 05 de julho de 2018 na AMREC e no dia 20 de julho, do mesmo ano, na AMESC.

Foram ponderados, como critério de inclusão neste estudo, os gestores que estivessem no cargo por, no mínimo, seis meses, pois foi considerado relevante à pesquisa que o participante tivesse um tempo mínimo de experiência na sua região de saúde. Como critério excludente, consideraram-se os gestores que estivessem afastados do cargo por motivos de licença saúde, judiciais ou por outros motivos que, formalmente, impedissem de estarem efetivos no cargo no período da aplicação do questionário. Para os secretários de saúde faltantes na reunião da CIR, no dia da aplicação, foi realizado contato por telefone e oferecidas duas opções: responder o instrumento por e-mail ou agendar um horário para ser aplicado por uma pesquisadora da equipe (mestranda), em seu município. Do total de 27 gestores dos municípios, 01 não devolveu o questionário no prazo estabelecido e 03 não atenderam aos critérios de inclusão, totalizando, 23 indivíduos.

Foram consideradas como variáveis independentes: idade, sexo, escolaridade, filiação partidária, tempo e experiência de gestão em saúde. Como variável dependente, considerou-se o diagnóstico da AAE de cada município pertencentes às duas regiões de saúde. Neste artigo, os dados utilizados compunham os blocos temáticos A e B. O Bloco A (questões A1 a A9) foi construído por questões que incluíam dados epidemiológicos e experiência profissional, principalmente, como gestor na saúde. Já o Bloco B (questões B1 a B8), foi organizado com questões que permitissem formar um diagnóstico da realidade na AAE de cada município.

Embora, as questões tenham sido organizadas e separadas em blocos com temas diferentes, os resultados de cada bloco, de certa forma, se relacionam. Boniatti (2012) corrobora com essa afirmativa quando expressa que, ao assumir o cargo de gestor este deve conhecer a realidade, o perfil epidemiológico e os principais problemas de atenção para, a partir disso, poder traçar um plano para atender as demandas da população. O conhecimento técnico sobre a realidade, assim como, a vivência diária do gestor de saúde, possibilita apontar, sistematizar e caracterizar a governança na AAE, nas regiões de saúde.

A partir da coleta de dados foi organizado o banco de dados no programa desenvolvido pela *International Business Machines Corp.*, o *Statistical Package for the Social Science* (IBM SPSS), versão 20.0 IBM®, que é um *software* estatístico. Para a análise estatística, os resultados foram codificados, tabulados e revisados por duas pessoas diferentes. Foi apresentado em tabelas e gráficos, o cálculo da frequência relativa e sua porcentagem válida (%) em relação ao total. O projeto foi aprovado pelo

Comitê de Ética da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sob o protocolo nº. 2.509.371 de 23/02/2018.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

É importante destacar que, para facilitar o entendimento dos dados e de suas respectivas análises, deve-se atentar para as informações em cada gráfico e tabela, embora, pareça repetitivo, fez-se necessário. Isto, tendo em vista, que em grande parte das questões era permitido, aos profissionais, marcarem mais de uma alternativa, assim sendo, o total calculado de cada alternativa relaciona-se ao n= encontrado, nem sempre, com n=23 (n= total de indivíduos participantes). Os resultados apresentados na tabela 01 contribuem para traçar o perfil dos gestores nestas regiões de saúde, pois segundo Barbosa (2016), a instituição de saúde deve conhecer o perfil dos gestores para traçar estratégias que busquem a qualidade dos serviços.

7

Tabela 1. Perfil dos gestores atuantes nas Comissões de Intergestores Regionais na região Sul de SC.

Variável	n (%)
Faixa etária (n=23)	
20-29 anos	2 (8,7)
30-39 anos	7 (30,4)
40-49 anos	8 (34,8)
50-59 anos	4 (17,4)
Acima de 60 anos	2 (8,7)
Gênero(n=23)	
Masculino	8 (34,8)
Feminino	15 (65,2)
Já foi gestor público anteriormente? (n=24)	
Sim, na área da saúde.	10(43,5) *
Não, nunca fui gestor.	12(52,2) *
Sim, mas em outra área.	2 (8,7) *
Esfera da experiência anterior (n=15)	
No município atual	9(60,0) **
Em outro município	4(26,7) **
No governo estadual	1 (6,7) **
No governo federal	1 (6,7) **
Buscou orientações (n=26)	
Em cursos promovidos por CONASS, CONASEMS, Estado, CIR	8(30,8) ***
Buscou por iniciativa própria (internet, assessorias)	13(50,0) ***
Outro	5(19,2) ***
É filiado a partido político? (n=23)	
Sim, mesmo partido/coligação do prefeito.	14(60,9)
Não sou filiado a nenhum partido político.	6(26,1)

Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem válida (%) em relação ao total. n=23, podendo apresentar outros valores de (n), dependendo do total de respostas assinaladas: *total de 24 respostas assinaladas; ** total relaciona-se ao n=11, com 12 valores omissos, totalizando 15 respostas assinaladas. ***total de 26 respostas assinaladas.

Fonte: Autoria própria (2019).

Na tabela 01 observa-se, que a faixa etária prevalente era entre 40-49 anos, do sexo feminino, sem experiência prévia em gestão pública, mas que operavam no município atual. Verificou-se, que para o desempenho no cargo de gestor a busca por orientações exigidas pelo cargo partia de iniciativa própria. Apesar da experiência na função de gestor, em torno de 50% dos participantes não tinham sido gestores. Do número restante dos secretários de saúde com experiência, somente, uma minoria não havia ocupado cargo de gestor na área da saúde. Estes, majoritariamente, atuaram na esfera municipal como secretários de saúde. Os resultados permitem relacionar tempo de experiência na área da saúde e de conhecimento da realidade do território. Nessa lógica, Boniatti (2012) expressa que ao assumir o cargo de gestor este deve conhecer a realidade, o perfil epidemiológico e os principais problemas de atenção para, a partir disso, traçar um plano para atender as demandas da população. Essa condição revela uma situação paradoxal, pois há movimentos de mudança com a expectativa de que novos gestores não tragam antigos vícios, tendo em vista que, possam ser utilizados em manobras políticas para benefício próprio.

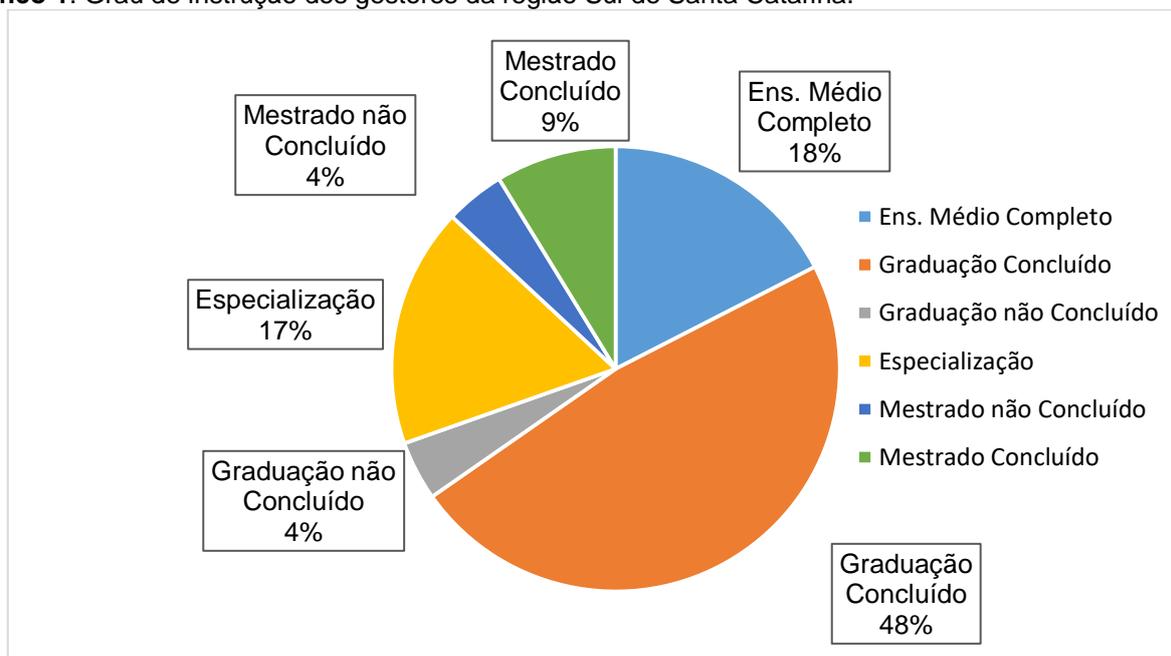
É pertinente considerar a dificuldade externada pelos gestores de encontrarem orientações adequadas para essa função. Segundo Shimizu (2017), a alta rotatividade na ocupação dos cargos de gestão e a baixa qualificação formal, para o exercício dessas atividades, comprometem a operacionalização do planejamento e gestão. Vale ressaltar, que os cursos promovidos pelo CONASS e CONASEMS foram significativos para 30,8% dos gestores do Sul Catarinense.

André e Ciampone (2007) argumentam que, muitas vezes, a escolha do gestor não está associada à formação técnica e à experiência na área. Nesse sentido, quando questionados a respeito de filiações em partidos políticos, grande parte dos respondentes desta pesquisa afirmaram ser filiados ao partido/coligação do prefeito. Este dado sugere que, ainda, a indicação político-partidária possa estar presente. Entretanto, identificaram-se, também, secretários que não eram filiados a nenhum partido político. Permite-se relacionar a esse dado a possibilidade de estar havendo um processo de transformação nos critérios de escolha do gestor de saúde.

Os resultados do Gráfico 01 apontam que, embora, haja gestores, somente, com ensino médio completo, constatou-se que a maioria possuía graduação. No estudo de Franco (2011) observou-se, que na região Carbonífera de Santa Catarina não havia gestores, somente, com ensino médio, apresentou, também, um gestor com doutorado. Entretanto, é importante destacar nesse estudo, que aproximadamente 26% eram pós-

graduados, em nível de especialização e de mestrado. Um fator positivo foi o de constatar que 100% dos cursos de mestrado eram na área de saúde coletiva.

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

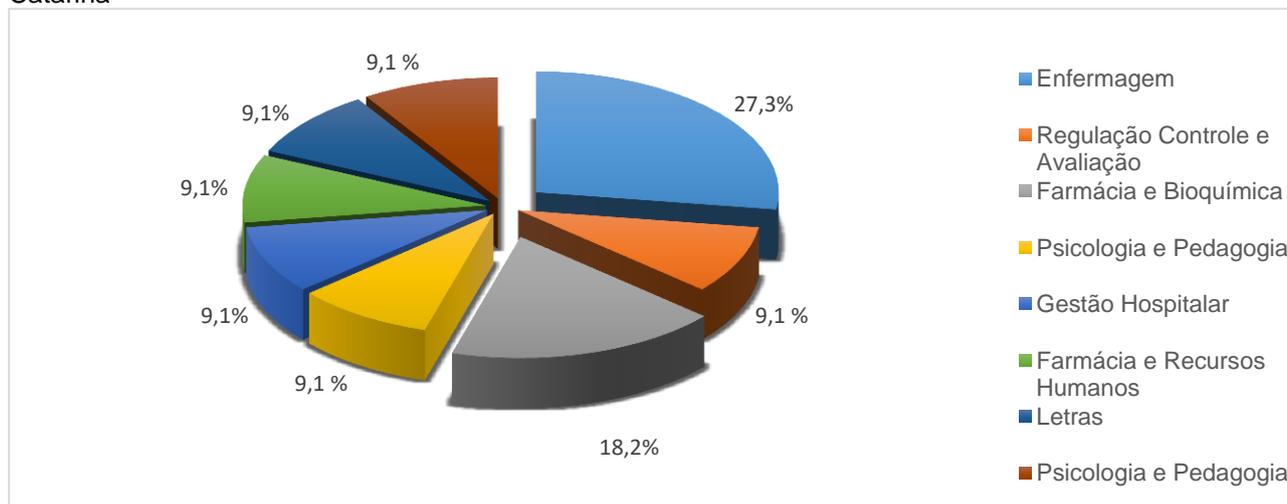


*Cálculo da porcentagem (%) n=23.

Fonte: Autoria própria (2019).

No Gráfico 02, considerando-se a graduação como último grau de instrução, dos 48% de gestores, somente com graduação, o curso de enfermagem, farmácia e de bioquímica apresentaram os maiores percentuais. Observou-se, que a maior parte dos cursos de graduação, também, estavam relacionados à área da saúde, embora, outros cursos tenham sido referenciados.

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



*Cálculo da porcentagem (%) em relação à graduação como último grau de instrução, n=11.

Fonte: Autoria própria (2019).

A constatação mencionada, anteriormente, nem sempre acontece. Barbosa (2016) relatou em seu trabalho uma heterogeneidade nos cursos de graduação (hotelaria, medicina veterinária, informática, odontologia, entre outras). Em referência ao bloco B, quanto à caracterização da AAE no município, verificou-se que 16 (69,6%) gestores assinalaram que dispunham, ao menos, de alguns destes serviços, 07 (30,4%) responderam que não ofereciam este nível de atenção local. Na tabela 02, quando foi apresentada a lista com as especialidades, foi verificado que cinco (05) secretários não assinalaram nenhuma alternativa, sendo que, na questão anterior, sete (07) haviam marcado que não ofereciam serviços de AAE. Esse resultado sugere, que alguns gestores não possuíam clareza de quais serviços seriam considerados de média complexidade.

Tabela 2. Especialidades disponibilizadas aos municípios, pertencentes a região Sul de Santa Catarina.

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

*Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem válida (%) em relação ao total. O total calculado de cada alternativa relaciona-se ao n=18, com 05 valores omissos. Uma pessoa que assinalou a opção "outras", não especificou as áreas, por isso no total de "outras" consta 05.

Fonte: Autoria própria (2019).

Quanto às especialidades oferecida, identificaram-se, com maior percentual, a Fisioterapia, e em contrapartida, a Gastroenterologia com o menor percentual. É pertinente destacar, que a Gastroenterologia está no grupo citado pelos gestores como

uma das especialidades que acreditavam atender, em parte, ou não atender às demandas.

Na formatação deste diagnóstico observaram-se percepções diferentes dos gestores, quantos às especialidades atenderem às demandas do município, pois apurou-se o mesmo percentual de escolha para as três alternativas oferecidas. Quando solicitado para especificarem as especialidades que acreditavam não atender às demandas ou atender em parte, somente, três gestores completaram a questão, sendo as mais citadas, a Ortopedia e o Radiodiagnóstico, seguido, pelas Cirurgias Eletivas.

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

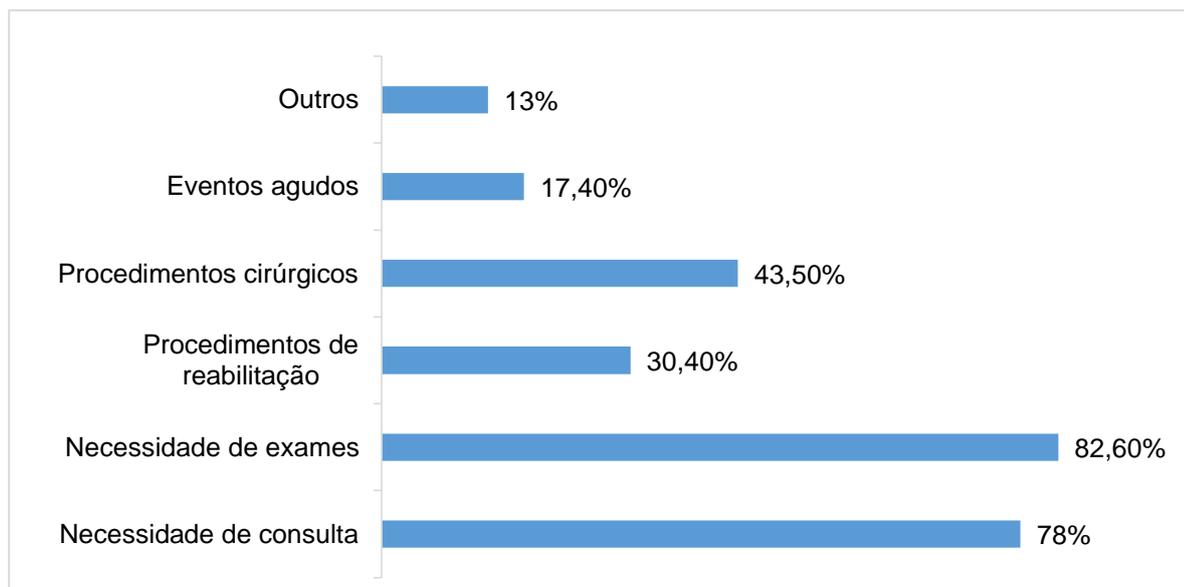
Apurou-se, também, que Florianópolis e Criciúma foram as cidades com número maior de encaminhamentos de pacientes, apresentando um percentual de 82,6% e 87%, respectivamente. Vale considerar, que Florianópolis destacou-se por ser a capital do estado, seguida das cidades polos, Criciúma (região de saúde Carbonífera) e Araranguá (região de saúde do Extremo Sul Catarinense). Essa constatação, também, foi referida por Solla e Chioro (2012), os quais destacaram, que a oferta dos serviços da Média Complexidade concentra-se em locais de alta densidade populacional.

No entendimento dos gestores, agendamentos e encaminhamentos para exames representam os maiores entraves do atendimento às demandas na AAE. Vale pontuar, que a rotatividade de especialistas, a dificuldade na formação profissional, bem como, a fragilidade na rede de atenção, também, foram consideradas dificuldades. Esses dados vêm ao encontro da afirmativa dos 66,6% de gestores quando referiram, que as demandas dos seus municípios eram atendidas, em parte, ou não eram atendidas.

A análise dos dados do Gráfico 03 possibilita perceber, que as maiores dificuldades na AAE referidas, anteriormente, seriam, conjuntamente, os prováveis fatores desencadeantes das filas de espera. Ainda, de acordo com os secretários a necessidade

de procedimentos cirúrgicos (43,5%), também, fariam parte dos maiores nós críticos destas regiões de saúde.

Gráfico 3. Motivos da lista de espera por atendimento, nas regiões de saúde do Sul de Santa Catarina



*Cálculo da frequência relativa e sua porcentagem (%) em relação ao total.

Fonte: Autoria própria (2019).

É interessante destacar, que 100% dos participantes concordaram com a afirmativa de que AAE, na sua região de saúde, também, era considerada “entrave” no SUS. Este dado sugere que, as demandas não eram supridas. Ao analisarem-se em conjunto, os resultados quanto às dificuldades elencadas aos motivos da lista de espera e aos motivos da AAE ser considerada “entrave” no SUS infere-se, que o acesso aos serviços de saúde, nessas regiões, poderia estar comprometido e o reclame da população, nesse caso, faz sentido. Ressalta-se, que a lógica de oferta de serviços e a fragmentação no atendimento da AAE interferem, negativamente, nesse processo, ao mesmo tempo, contribuem para a vulnerabilidade dos pacientes e de certas abordagens no campo da saúde, até mesmo, por grupos que visam interesses econômicos. Por fim, há de se considerar alguns limitadores de natureza metodológica neste estudo, tais como: as dificuldades para encontrar literatura com enfoque quantitativo, a ausência de indicadores que permitissem generalizações de resultados e carência de estudos comparativos, dentre outros.

5 CONCLUSÃO

Percebeu-se nesta pesquisa, que ainda não há um consenso sobre os meios para identificar os gestores de saúde e qual o perfil adequado para exercer essa função gerencial, indispensável para apoiar, encontrar e viabilizar alternativas para sobrepor os

obstáculos na AAE (SUS). Presume-se, que a adoção da gestão colaborativa na AAE está em apropriar-se de conhecimento, bem como, desenvolver estratégias para enfrentamento dos entraves que dificultam a sua efetiva aplicabilidade pelos gestores municipais. O conceito de governança é, amplamente, difundido nas empresas privadas, no entanto, na saúde pública, pressupõe-se que esse conceito, ainda se apresenta de forma embrionária. Para os indivíduos e instituições, foco desta pesquisa, a governança colaborativa, até o momento, é um conceito distante. Sugere-se, a partir deste estudo, que os conceitos de governança e de governança colaborativa sejam explicitados aos gestores de uma forma interativa, como por exemplo, por meio de uma cartilha/folder e de cursos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Lourdes Lemos. A Governança na região de saúde. In: *Consensus: Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília, p.36-41.out/nov. 2016. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Consesus_AnoVI_21.pdf. Acesso em: 18 de jan. 2019.

ALMEIDA, Cristiane Andrea Locatelli de; TANAKA Oswaldo Yoshimi. Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, n. 1, p.1-10, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006251> . Acesso em: 20 de jan. 2019.

ANDRÉ, Adriana Maria; CIAMPONE Maria Helena Trench. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, NESP, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea16.pdf>. Acesso em: 03 de jan. 2019.

BARBOSA, César Martins. *Perfil do gestor em saúde no Estado do Tocantins: formação, conhecimentos e desafios*. 75f. 2016. Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21671/1/DISS%20CESAR%20MARTINS%20BARBOSA.%20MP%202016.pdf>. Acesso em: 20 de fev. 2019.

BONIATTI, Josiani. *Análise do Perfil Profissional dos Gestores do SUS da Região do Alto Araguaia*. Monografia. (Especialização em Adm. em Saúde). Novo Hamburgo-RS: Universidade federal do Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/67758> . Acesso em: 19 mar. 2019.

BRASIL. *Decreto nº 7.508*. 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf. Acesso 19 de jan. 2019.

BRASIL. *Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada*. Brasília: CONASS, 2016. 116 p – (CONASS Debate, 5). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS-Debate-N-5.pdf> . Acesso em: 03 de dez. 2018.

BRETAS Junior N, Shimizu HE. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1085-1095, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401085&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 12 de dez. 2018.

CANONICI, Emerson Luiz. PROADI – SUS - Projeto Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas Regionais de Atenção Integrada à Saúde. *Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde*. São Paulo: Secretaria de Gestão Estratégica e

participativa, 2014. 40p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/17/3-Revisao-Aten----o-Especializada.pdf> . Acesso em: 19 de mar. 2019.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; SCHOTT, Márcia; AZEREDO, Catarina Machado; FRANCESCHINI, Sílvia do Carmo Castro; PRIORE, Sílvia Eloísa; DIAS, Glauce. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia Serviços em Saúde*. São Paulo, v. 15, n. 3, p.7-18, set. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300002>. Acesso em:14 de mar 2019.

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

FONTELLES, Mauro José; SIMÕES, Marilda Garcia; FARIAS, Samantha Hasegawa; FONTELLES, Renata Garcia Simões. *Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa*. Núcleo de Bioestatística Aplicado à Pesquisa da Universidade da Amazônia - Unama. Amazonas, 2009. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf. Acesso em: 26 out. 2020.

FRANCO, Adriana Maria. *Gestão municipal de saúde: limites e possibilidades de gestão na percepção dos secretários de saúde da AMREC*. 2011. Monografia (Especialização em Gestão Empresarial) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/853> . Acesso em:22 de fev. de 2019.

GADELHA, Carlos Augusto; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria . Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/38.pdf> . Acesso em:09 de out. 2019.

GEREMIA, Daniela Savi. *Federalismo e gestão metropolitana para o planejamento territorial dos serviços de saúde*. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva-Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i2.2336> .Acesso em:13 de jul. 2019.

KEHRIG, Ruth Terezinha; SOUZA, Edinaldo Santos; SCATENA, João Henrique Gurtler. Aproximações à institucionalidade, governança e gestão na regionalização de saúde. In: SCATENA, J. H.; KEHRIG, R.T. SPINELLI, M.A. Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 47-83. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00948.pdf> .Acesso em: 11 de fev. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005> .Acesso em:21 de nov. 2018.

MILAGRES, Rosileia; MENDES, Eugênio Vilaça; SILVA, Samuel; REZENDE, Otavio; HUÇULAK, Márcia Cecília. *et al.*. *Governança Colaborativa*. In: CONASS Debate,6 Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2016, p. 14-48. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n-6.pdf>. Acesso em:21 de set. 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde*. Brasília: Opas. 2002. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=188-avaliacao-tendencias-e-prioridades-sobre-recursos-humanos-saude-8&category_slug=politica-recursos-humanos-em-saude-960&Itemid=965. Acesso em: 04 de fev. 2019.

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

PETERS, Brainard Guy. *Governance as Political Theory*. In: LEVI-FAUR, David. (Ed.). *Oxford Handbook of Governance*. New York: Oxford University Press, 2012, cap. 2 p. 19-20. Disponível em: <https://www.fticonsulting.com/insights/capabilities/broker-dealer-regulatory-governance-disputes->

services?gclid=CjwKCAjwNf6BRAwEiwAkt6UQsNbhlf9E7K8IFDxbBeOoVMAQaNitbhdhOAOM8FSIx6n9wSke65-xoCB9UQAvD_BwE. Acesso em: 14 de nov. 2018.

ROCHA, Daniel Carvalho. *Gestão do Cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada: Elementos para pensar uma política*. 203f. 2014. Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2014. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312781/1/Rocha_DanielCarvalho_M.pdf . Acesso em: 19 mar. 2019.

ROMANO, Cátia Maria Costa; SCATENA, João Henrique Gurtler. A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso. *Rev. Adm. Pública*. Rio de Janeiro , v. 48, n. 2, p. 439-458, Abr. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000200008. Acesso em: 12 de dez. 2018.

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

SHIMIZU Helena Eri; CRUZ, Mariana Sodário; JUNIOR, Nilo Bretas; SCHIERHOLT, Sergio Ricardo; RAMALHO, Walter Massa; RAMOS, Máira Catharina; MESQUITA, Monique Santos; SILVA, Everton Nunes. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de Governança regional. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 22, n. 4, p. 1131-1140, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28232016> . Acesso em: 22 de fev. 2019.

SOLLA, José; CHIORO, Arthur. *Atenção ambulatorial especializada*. In: GIOVANELLA, Lúgia *et al.* (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 547-576. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_AMBULATORIAL_ESPECIALIZADA_Solla_e_Chioro.pdf. Acesso em: 12 de jan. 2019.

SOUZA, Celina. *Estado da arte da pesquisa em políticas públicas*. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-86. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/papers-27-encontro-2/qt-24/qt14-16/4232-csouza-estado-da/file> . Acesso em: 01 de dez. 2018.

Nota da Editora:

Data de submissão: 22/03/2020.

Aprovação: 22/09/2020

Rejane de Figueiredo Seldenreich

Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Campus de Criciúma. Av. Universitária, 1105 - Bloco S, sala 229,2º andar, -Bairro Universitário-CEP:88806-000. Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5821-4405>

Gabriella Barbosa Nadas

Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Campus de Criciúma, Av. Universitária, 1105- Bloco S, sala 115,1º andar -Bairro Universitário-CEP:88806-000. Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

ORCID <http://orcid.org/0000-0001-5558-1453>

Lisiane Tuon

Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Campus de Criciúma, Av. Universitária, 1105- Bloco S, sala 115,1º andar -Bairro Universitário-CEP:88806-000. Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

ORCID <http://orcid.org/0000-0002-0809-0712>

BIOGRAFIA DO AUTOR

Rejane de Figueiredo Seldenreich

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina- Brasil, Programa de Pós-Graduação em (PPGSCol). Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) e doutoranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Ciências da Saúde (PPGCS). Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Participa como bolsista no laboratório de Erros Inatos do Metabolismo (PPGCS). Atuou como responsável técnica no laboratório de imuno-hematologia no Hemocentro Regional de Passo Fundo/RS e como professora de Ciências e Biologia.

Gabriella Barbosa Nadas

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina- Brasil, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol). Atual médica generalista em Curitiba (Paraná), atuou na parte da iniciação científica durante a graduação no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Santa Catarina). Médica graduada pela Universidade do Extremo Sul Catarinense, age na promoção e prevenção da saúde em Unidade de Saúde da região central de Curitiba. Durante a graduação, participou em vários projetos de saúde coletiva, particularmente na área de promoção, prevenção e gestão a saúde.

Lisiane Tuon

Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina- Brasil, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol). Doutora em Medicina e Ciências da Saúde; Professora do Programa de Pós-graduação - Mestrado em Saúde Coletiva da UNESC; Coordenadora e Tutora da Residência Multiprofissional da UNESC; e Coordenadora do Núcleo de Saúde Coletiva da UNESC. Já foi Coordenadora do Programa de Pós-graduação - Mestrado em Saúde Coletiva da UNESC; Superintendente de Serviços Especializados e Regulação da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, onde atuou na coordenação e implantação da Rede de Urgência e Emergência, da Rede da Pessoa com Deficiência e das Centrais de Regulação por todo o Estado de Santa Catarina. Fez a implantação e coordenou do Centro Especializado em Recuperação CER/UNESC.