

UNIVERSIDADE PAULISTA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

A GOVERNANÇA RELACIONAL NA REDE DE SAÚDE
MENTAL: O caso do CAPS na rede de saúde
pública em Cacoal-RO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista – UNIP, para a obtenção do título de Mestre em Administração.

MARCELO VIEIRA BORGES

SÃO PAULO
2021

UNIVERSIDADE PAULISTA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

A GOVERNANÇA RELACIONAL NA REDE DE SAÚDE
MENTAL: O caso do CAPS na rede de saúde
pública em Cacoal-RO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista – UNIP, para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de Concentração: Redes Organizacionais.

Linha de Pesquisa: Abordagens Sociais de Redes.

Orientador: Prof. Dr. Ernesto Michelangelo Giglio.

MARCELO VIEIRA BORGES

SÃO PAULO

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Borges, Marcelo Vieira.

A governança relacional na rede de saúde mental: o caso do CAPS na rede de saúde pública em Cacoal-RO / Marcelo Vieira Borges. – 2021.

109 f.: il. color. + CD-ROM.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista, São Paulo, 2021.

Área de concentração: Redes Organizacionais.

Orientador: Prof. Dr. Ernesto Michelangelo Giglio.

1. Redes. 2. Governança relacional. 3. Estrutura. 4. Funcionalidade. 5. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

I. Giglio, Ernesto Michelangelo (orientador). II. Título.

Ficha elaborada pelo Bibliotecário Rodney Eloy CRB8-6450

MARCELO VIEIRA BORGES

**A GOVERNANÇA RELACIONAL NA REDE DE SAÚDE
MENTAL: O caso do CAPS na rede de saúde
pública em Cacoal-RO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista – UNIP, para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

_____/_____/_____
Prof. Dr. Ernesto Michelangelo Giglio
Universidade Paulista - UNIP

_____/_____/_____
Prof. Dr. Marcio Cardoso Machado
Universidade Paulista- UNIP

_____/_____/_____
Profa. Dra. Luísa Helena Ferreira Pinto
Faculdade de Economia da Universidade do Porto

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe Maria Dalva Borges do Couto e Carmen Lucia Borges Moreira, que com seus exemplos me ajudaram a constituir o que sou. Também aos meus irmãos de alma que sempre me incentivaram para a educação, Nejmi Jomaa Abdel Aziz e Edson Luís da Silva e a todos os Pensadores que vieram antes de nós.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer em primeiro lugar ao meu Mestre e Tutor Prof. Dr. Ernesto Giglio, que com sua dedicação ao ensinar, compartilhou conhecimentos e pacientemente colaborou com minha formação. Aos professores da banca Prof. Dr. Marcio Cardoso Machado da Universidade Paulista e Profa. Dra. Luísa Helena Ferreira Pinto, da Faculdade de Economia da Universidade do Porto, que com sugestões preciosas, ajudaram na organização das ideias. Aos meus Professores do curso pelas aulas e trocas de experiências, sempre tão enriquecedoras, contribuíram para nossa formação acadêmica, a Profa. Ms. Marcia Rita Malheiros pelo incentivo e aos meus colegas de curso que estivemos juntos nesta jornada. Agradeço a Universidade Paulista – UNIP e ao Departamento de Pós-Graduação em Administração em parceria Minter UNESC, à Coordenação do curso, aos Colaboradores por toda atenção e apoio fornecido ao longo do caminho e que proporcionaram o curso no interior de nosso Estado, sem esquecer é claro, dos participantes da pesquisa da rede de saúde de Cacoal-RO, que voluntariamente apoiaram e dispuseram de seu tempo, em especial à equipe do CAPS que abriu as portas, acolheu e contribuiu para esta pesquisa.

RESUMO

Os serviços de saúde pública exigem especialistas na execução de tarefas, o que cria um campo de complexidade de ações em redes, para que possam ser executados com eficiência, desempenhando sua função como agente de saúde pública. Para essa ação conjunta é necessário existir uma governança, um sistema de controles e incentivos dos modos de produção do serviço. Quando a governança é construída, ou ajustada passo a passo pelos próprios atores que participam diretamente da tarefa, dá-se o nome de governança relacional. Baseado neste princípio, a dissertação buscou respostas sobre como ocorre a governança relacional no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, visando atender a demanda dos serviços de saúde mental na rede pública na cidade de Cacoal - RO. Secundariamente analisaram-se possíveis associações entre a governança relacional e a organização da rede. Para investigar a proposição foi realizada uma pesquisa qualitativa e exploratória. Foram coletados dados de fontes secundárias, bem como de entrevistas com diversos agentes envolvidos, com instrumentos construídos a partir dos indicadores da categoria governança relacional. Os sujeitos da pesquisa foram os agentes que trabalham e atuam na rede de saúde de Cacoal -RO, com o foco na saúde mental. A resposta de pesquisa foi que existe uma governança hierárquica/formal dominante, que estrutura a rede e o seu modo de funcionamento. As ordens são executadas conforme determinação da Secretaria Municipal de Saúde, inclusive na questão de realocação de profissionais lotados no CAPS. No discurso dos atores da rede pode-se destacar os problemas de falta de conhecimento das competências, da qualificação, lotação de profissionais da equipe da unidade do CAPS e seu modo de funcionamento. A governança relacional raramente está presente na rede, o que implicou em poucos casos de associações entre governança relacional e a organização da mesma. O CAPS de Cacoal, perdeu seu protagonismo de ator central, que já teve no passado e agora ocupa papel secundário, sendo pouco conhecido na rede. Os ajustes de mecanismos ocorrem na equipe interna do CAPS, e não se espalham para os atores da rede, embora devam, porque se referem a problemas de encaminhamento e integração dos serviços com o SUS. Embora os exemplos de associações entre a governança relacional e a organização da rede tenham sido raros, foi possível inferir uma matriz de indicadores associados, mais citados e valorizados, o que sinaliza uma modesta contribuição teórica na compreensão dessas associações entre governança, organização da rede e respostas de saída. A matriz de indicadores utilizada na pesquisa mostrou ser operacional, o que constitui um benefício metodológico importante. Sugere-se realizar novas pesquisas, por exemplo, em outras redes de Saúde mental e CAPS de municípios brasileiros, para se estabelecer uma matriz de indicadores essenciais ao funcionamento dessa rede.

Palavras-Chave: Redes. Governança relacional. Estrutura. Funcionalidade. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Public health services require specialists in the execution of tasks, which creates a complex field of actions in networks, so that they can be performed efficiently, performing their role as a public health agent. When governance is built or adjusted step by step by the actors themselves who directly participate in the task, it is called relational governance. Based on this principle, the dissertation sought answers on how relational governance occurs at CAPS - Psychosocial Care Center, aiming to meet the demand for mental health services in the public network in the city of Cacoal - RO. Secondly, possible associations between relational governance and network organization were analyzed. Data was collected from secondary sources and interviews with several agents involved, with instruments built from the indicators of the relational governance category. The research answer was that there is a dominant hierarchical/formal governance, which structures the network and its way of functioning. Orders are executed as determined by the Municipal Health Secretariat, including relocation of professionals assigned to CAPS. The research found that the dominant hierarchical/formal governance structures the network and its way of functioning. The research subjects were the agents who work and work in the health network of Cacoal -RO, focusing on mental health. Relational governance is rarely present in the network, which implies few associations between relational governance and its organization. Cacoal CAPS has lost its role as a central actor, which it had in the past, and now occupies a secondary role, known by few on the network. The adjustments of mechanisms occur in the CAPS internal team and do not spread to the network actors, although they should because they pertain to referral and integration of services with SUS. Although examples of associations between relational governance and the organization of the network were rare, it was possible to infer a matrix of associated indicators, most cited and valued, which signals a modest theoretical contribution to understanding these associations between governance, network organization, and outgoing responses. The matrix of indicators used in the research proved to be operational, which constitutes an important methodological benefit. It is suggested to carry out further research, for example, in other mental health networks and CAPS in Brazilian municipalities, to establish a matrix of essential indicators for the functioning of this network.

Key-words: Networks. Relational Governance. Structure. Functionality. CAPS – Psychosocial Care Center.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 01 - Modelo de governança Colaborativa e resultados da rede.	27
Figura 02 – Formação da Governança nas Redes.....	29
Figura 03 – Proposição da associação entre governança relacional e organização da rede.	36
Figura 04 – O desenho da posição da Governança Relacional na Rede.....	38
Figura 05 - Desenho do plano de pesquisa.....	43
Figura 06 – Resultado dos indicadores presentes na pesquisa.....	77
Quadro 01 - Resumo dos princípios adotados.	32
Quadro 02 - Resumo dos princípios adotados.	34
Quadro 03 - Características das redes e a situação em Cacoal.....	55
Quadro 04. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito.....	57
Quadro 05. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito 02.....	58
Quadro 06. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito 03.....	60
Quadro 07. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito 04.....	61
Quadro 08. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito 5.....	63

Quadro 09. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito 6.....	64
Quadro 10. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito 8.....	66
Quadro 11. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito 7.....	67
Quadro 12- Indicadores de governança relacional e a organização na rede.....	68
Quadro 13. Indicadores de governança relacional e a organização da rede CAPS de Cacoal.....	69
Quadro 14. Associações entre governança relacional e organização da rede, a partir da observação de um acompanhamento.	75
Tabela 1. Quadro de pessoal CAPS II Cacoal – RO.....	53
Tabela 2. Frequência de indicações de expressões de busca de governança no Web of Science.	99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CPFS	Conselhos de Política Alimentar
CRAS	Centro de referência da Assistência Social
CREAS	Centro de referência especializado da Assistência Social
COSEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
HEURO	Hospital de Urgência e Emergência Regional de Cacoal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MDS	Ministério do desenvolvimento Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
ONG	Organização Não Governamental
REGIONAL	Complexo Hospitalar Regional de Cacoal
SEAS	Secretaria Estadual da Assistência Social.
SEMAST	Secretaria Municipal da Assistência Social
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TJ	Tribunal de Justiça
UBS	Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1. Objetivo Geral.....	16
1.2. Objetivos específicos.....	17
2. TEORIA DE BASE.....	18
2.1. Características do formato de rede.....	19
2.2. O conceito de rede e abordagem social.....	22
2.3. Conceito De Governança.....	25
2.4. Conceito de governança relacional.....	26
2.5. Associação da governança relacional com a organização das redes.....	28
2.6. Indicadores.....	32
3. METODOLOGIA.....	37
3.1. Escopo e caracterização da pesquisa.....	39
3.2. Sobre o planejamento da pesquisa.....	39
3.3. Sujeitos.....	40
3.4. Instrumentos de coleta.	40
3.5. Formas de análise.....	42
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	44
4.1 As redes de Atenção à saúde	44
4.1.1 Estruturas e serviços CAPS	47
4.1.2 Dados de entrevistas técnicas	52
4.2 Análise das entrevistas.....	56
4.3 Agenda de acompanhamento.....	71
4.4 Resposta da pesquisa	78
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
5.1 Sobre os objetivos e as contribuições.....	79
5.2. Sobre as relações entre a teoria selecionada e a realidade do caso....	82
5.3. Sobre a metodologia.....	85
5.4. Limites, desdobramentos e impacto do trabalho.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
APÊNDICE A. Revisão da bibliografia.....	99
APÊNDICE B. Roteiro de entrevista.....	101

APÊNDICE C Instrumento questionário	106
--	------------

1. INTRODUÇÃO

Os estudos de redes expandiram-se nas duas últimas décadas, desde sua legitimação na década de 1990, com os trabalhos de Granovetter (1985), Nohria e Eccles (1992), Grandori e Soda (1995), e as afirmativas da sociedade em rede (CASTELLS, 2000).

Seguindo essa mesma lógica de ações coletivas e resultados, Jarillo (1988) afirma que a ação voltada para a formação de redes interorganizacionais é uma prática estratégica, isto é, uma atividade orientada ao resultado organizacional. Dessa maneira, as expressões rede e estratégia parecem adequadas, na medida em que ressaltam a intencionalidade praticada pelo empreendedor, ou estrategista em delinear um arranjo organizacional mais eficiente e competitivo em determinado mercado.

A expansão dos estudos de redes chegou às políticas públicas, com uma linha de pensamento na qual as tarefas públicas podem e devem ser executadas num formato de redes, isto é, com vários atores trabalhando juntos (BORZEL, 2010; KLIJN, 2008). Assim, expressões como *policy network*, *public policy*, *public governance* e *collaborative governance*, passaram a fazer parte do vocabulário dos estudos de políticas públicas na perspectiva de redes.

No campo teórico surgiram variações sobre as categorias que compõem, ou caracterizam uma rede (GIGLIO, 2016) e sobre quais seriam as categorias centrais no nascimento e desenvolvimento das redes. Nessas discussões sobre as variações, a governança aparece frequentemente citada como a categoria central do desenvolvimento e operacionalidade das redes (GRANDORI, SODA, 1995).

A construção e realização desses mecanismos é uma tarefa complexa, porque depende fortemente de adesão voluntária e de um ambiente de confiança e reciprocidade. Por exemplo, no caso de redes de políticas públicas de saúde, é o arranjo organizativo pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar a cooperação, influenciando a obtenção de resultados (MENDES, 2011).

No Brasil, algumas políticas públicas, tais como os programas de sustentabilidade e os programas na rede de saúde, têm recebido mais atenção dos pesquisadores. Para Oliveira e Pisa (2015), os estudos da área sugerem que o fracasso da implantação dos programas nos municípios deve-se aos problemas de

falta de comprometimento dos atores, ou à falta de uma governança claramente estabelecida e acordada entre os atores, além da participação pública. A participação dos cidadãos se dá principalmente pela participação com votos para escolha dos representantes do povo no âmbito dos entes federados. Outras possibilidades ocorrem pela participação nas organizações da sociedade civil (orçamentos participativos, conselhos de programas e políticas públicas), que contribuem para o estreitamento da relação entre o Estado e a sociedade. Conforme Spink (2012: p.365): *“A mudança rumo a um Estado mais eficaz e disposto a discutir e responder aos anseios da sociedade certamente perpassa pela existência de uma cidadania mais ativa e engajada na busca de soluções.”*

Para Mendes (2017), a implementação de políticas públicas apresenta alguns dilemas e dificuldades: (a) como realizar uma abordagem que considere a intersetorialidade e a regionalização, construindo respostas adaptadas aos problemas complexos das sociedades contemporâneas; (b) como contemplar a diversidade social das populações-alvo, suas características socioculturais, regionais e locais, sobretudo quando se trata de políticas universais, como é o caso da política de saúde;

Sobre conciliar interesses das instituições envolvidas na formulação da política pública, conforme item (c) do trabalho de Mendes (2017), principalmente no que se refere à definição da agenda, entende-se tratar-se de uma questão de governança, que é o objetivo deste trabalho. Nesse sentido, conforme detalhado adiante, o conflito de interesses é um dos pontos que demandam a construção da governança.

As dificuldades de implantação e desenvolvimento estão associadas às características das redes de políticas públicas: (a) ser a saúde um direito do cidadão e um dever do Estado conforme constituição de 1988, garantido pela Constituição Federal, porém as questões de distribuição de recursos do âmbito Federal até o Municipal perpassam por questões políticas, jurídicas, administrativas entre outras que podem ser investigadas; (b) tratar-se de uma área que envolve a relação entre público e privado, com alguns possíveis conflitos entre objetivos de lucro versus não lucro em serviços de saúde. Uma parte da discussão sobre essas dificuldades refere-se ao comando e controle, alguns defendendo o controle pelo Estado, nas agências reguladoras, outros defendendo o controle construído pelos participantes. As práticas da gestão privada repercutiram favoravelmente em outros setores, contribuindo para a discussão do tema da governança no setor público (KISSLER, HEIDEMANN, 2006). A repercussão do tema ocorreu devido às condições insatisfatórias dos modelos

adotados até então. No entanto, Paes de Paula (2005), indica, por outro lado, que os modelos de gestão privada privilegiam a eficiência e a qualidade da gestão, sem abertura do mesmo espaço para atendimento às questões sociais, ao mesmo tempo em que restringem a participação do cidadão nos processos decisórios.

Neste trabalho, conforme será detalhado e defendido adiante, aceita-se e utiliza-se a visão dos mecanismos de ação coletiva construídos pelos participantes, que é a governança relacional.

Assim, considerando os comentários anteriores, pode-se resumir a questão de pesquisa do trabalho da seguinte forma: como se evidencia a governança relacional na rede de saúde mental e qual a sua associação com a organização desta rede?

Alguns autores mencionam que a literatura sobre políticas públicas e aplicação empírica é escassa no Brasil, especialmente quando se considera a perspectiva de redes. Os vários marcos regulatórios e as cartilhas do governo federal sobre implantação de políticas públicas indicam uma tática mais próxima do formato de hierarquia, do que de rede. Pontos-chaves como regulação, participação civil, integração público/privado e conselhos técnicos são raramente discutidos, decididos e implantados (CASTRO, 2002; COSTA, SILVA, 2000; GOMES, 2013; LIMA D'ASCENZI, 2013; RIBEIRO, SANTOS, 2011; SOUZA, 2003).

Nessa linha, o trabalho analisa a governança relacional da rede de serviço público de saúde mental, com a CAPS – Centro de Atenção Psicossocial como principal constructo, entendendo-se a expressão governança relacional como a construção e ajuste dos mecanismos de realização do serviço, quando feitos pelos próprios atores que participam da tarefa conforme descrito por Milagres (2016).

Uma vez que o CAPS atua em conjunto com outras organizações multiprofissionais e realiza trabalhos especializados, afirma-se que a tarefa apresenta duas características básicas do formato de rede: a complexidade de tarefas e a interdependência. Complexidade de tarefas significa a existência de tarefas especializadas, que são necessárias para o funcionamento da rede e se interligam com outras tarefas, criando uma interdependência entre os atores e entre os processos. Significa que na existência de especializações surge a necessidade de um trabalho conjunto. A complexidade inclui o desenvolvimento de atividades que requeiram conhecimento técnico, sendo necessária a troca de informações (SANTOS, FAZION, MEROE, 2011).

Além dessas duas características, observações iniciais indicam que o programa CAPS apresenta também um sistema de governança e processos que necessitam de cooperação. No Quadro 01 apresentam-se as características do formato de redes (GIGLIO, 2016) e sua presença no grupo de organizações que participa da tarefa de saúde mental do município de Cacoal, em Rondônia, justificando sua seleção como objeto de estudo.

Essa interlocução entre a governança padronizada e a governança de ajuste é um tema que interessa no atual trabalho. Selecionando-se o Programa CAPS II questiona-se como se organiza a governança dessa tarefa na região específica de Cacoal, no Estado de Rondônia, com especial atenção aos mecanismos originados pela governança relacional.

O tema justifica-se pelas diversas mudanças que ocorrem nas políticas públicas brasileiras nos últimos anos, incluindo as questões da saúde mental, conforme podem ser observadas na última resolução técnica do Ministério da saúde. A Resolução CIT n.º 32/2017, de 17 de dezembro de 2017, altera normas sobre ações ou serviços, normas sobre redes no sistema de saúde, financiamentos e transferências de recursos e estabelece novos paradigmas, incluindo o modelo de governança. A resolução torna-se importante para se conhecer os modos de ajustes e implantação nos locais, nas cidades, nos bairros.

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte, etc.), econômicos (dinheiro, previdência, etc.), culturais, religiosos e de lazer devem participar para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. Assim, os CAPS como dispositivos, devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (BRASIL, 2004), ou seja, trata-se de um serviço em rede.

Esse contexto de interações e interdependência deixa evidente a importância dos atores se unirem e criarem acordos e ajustes quanto às formas de ação coletiva, o que caracteriza a governança relacional.

Quando a pessoa chega ao CAPS ela poderá vir por qualquer meio de encaminhamento, seja de outras instituições e hospitais, ou indo diretamente na unidade e deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento, sendo o objetivo deste

primeiro contato a compreensão da situação, como, por exemplo, o que levou ao adoecimento e qual sua situação socioeconômica, com um levantamento e diagnóstico mais abrangente possível, para que as medidas sejam tomadas e o usuário possa iniciar o tratamento com o vínculo terapêutico de confiança com os profissionais que lá trabalham. A partir daí, constrói-se, conjuntamente com outros serviços de saúde, assistência social, ou outros envolvidos, uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário. Caso essa pessoa não queira, ou não possa, por alguma razão, ser beneficiada com o trabalho oferecido pelo CAPS, ela deverá ser encaminhada para outro serviço de saúde mais adequado para sua necessidade. Se uma pessoa está isolada, sem condições de acesso ao serviço, ela poderá ser atendida por um profissional da equipe do CAPS em casa, de forma articulada com outros serviços de assistência pública disponíveis no local conforme as normativas estabelecidas pelo Ministério da saúde ou da assistência Social, (BRASIL, 2004).

Conforme se verifica na prática de prestação do serviço, existem procedimentos padronizados, mas existem arranjos necessários para cada paciente. Os ajustes dos procedimentos e os arranjos para cada situação são os exemplos da governança relacional. Para os propósitos deste trabalho, considera-se a definição de governança relacional como a construção, ou o ajuste dos mecanismos, em um ambiente de relacionamento onde predominam a confiança e o comprometimento (JONES, HESTERLY, BORGATTI, 1997). Para a pesquisa, significa buscar evidências das ações de ajustes, ou criação de regras entre os atores que participam da tarefa.

Apresentado o conceito básico de governança relacional e o contexto da área selecionada, pode-se apresentar o objetivo geral do trabalho.

1.1. Objetivo geral

O objetivo geral do trabalho é analisar a possível existência e a forma de manifestação da governança relacional na rede de instituições de saúde mental da rede pública em Cacoal, colocando o CAPS como ator central, e a influência da governança na organização da rede, para que os serviços possam ser executados de forma adequada. O objetivo geral desdobra-se em objetivos específicos, listados a seguir.

1.2. Objetivos específicos

- A. Caracterizar a situação de saúde do município, com dados sobre doenças e endemias e os mecanismos de combate das políticas públicas, especialmente no campo de saúde mental e a demanda que tal situação gera na rede de serviço de saúde pública local.
- B. Caracterizar e desenhar a rede de organizações que participa do serviço, colocando o CAPS de Cacoal como ator central.
- C. Construir uma matriz de indicadores de governança relacional, adaptada ao caso em análise.
- D. Reunir evidências sobre exemplos que caracterizem a governança da rede do serviço do qual o CAPS é ator central, especialmente os sinais de governança relacional.
- E. Reunir evidências sobre possíveis associações entre os exemplos de indicadores de governança relacional e a organização da rede.

Com a realização dos objetivos pretende-se contribuir nos seguintes pontos:

- I. Oferecer uma matriz de indicadores de governança relacional que possa ser aplicada em pesquisas sobre o tema.
- II. Oferecer uma matriz de indicadores de governança relacional que possa ser utilizada por agentes públicos e outros envolvidos na gestão de programas públicos voltados à saúde mental.
- III. Contribuição teórica: apresentar argumentos que possam levar à construção de um modelo de possível associação entre a governança relacional e a organização da rede, nos seus aspectos de estrutura e operacionalidade, o que tem sido pouco enfatizado na produção acadêmica.

No próximo capítulo apresentam-se os resultados da busca bibliográfica sobre o tema de governança relacional em políticas públicas de saúde e sua possível interface com os fatos das redes.

2. TEORIA DE BASE

Para selecionar e justificar a escolha de bases teóricas consistentes e competentes com o problema a ser investigado, realizou-se uma revisão bibliográfica de artigos sobre governança, governança relacional e resultados de redes, no portal *Web of Science*. Os detalhes de busca e organização dos dados encontram-se no Apêndice A.

Conforme se verificou na revisão, existe variação no conceito de governança, mas há convergência na afirmativa de serem mecanismos de orientação e regulação das ações coletivas.

Não foram encontradas pesquisas com o mesmo objetivo deste trabalho, isto é, a busca da associação da governança relacional com a organização da rede, mas trabalhos sobre governança analisaram fatores sobre resistência ao trabalho coletivo, conflitos de poder, falhas de estrutura de papéis e funções, que poderiam estar associados ao funcionamento da rede.

A associação até que foi sugerida, mas são raras as pesquisas empíricas, o que caracteriza o atual trabalho como inovador, valorizando e justificando sua realização. Por outro lado, a raridade de trabalhos implica em certa dificuldade de se encontrar e utilizar modelos e indicadores já testados.

Considerando os resultados da revisão bibliográfica e a proposta do trabalho, o primeiro ponto da base teórica refere-se à afirmativa de uma sociedade em rede. Nos estudos sobre redes essa expressão aparece com frequência, significando a crença de um mundo em mudança, a partir de uma base tecnológica, trazendo novas formas de relacionamento, conexões, formação de grupos, modos de produção e de consumo, ou sociedade em rede (CASTELLS, 2005).

Uma rede consiste num fenômeno organizacional que, além dos aspectos fundamentais como composição por atores autônomos, interdependência e padrões estáveis de relacionamento, desenvolve práticas e rotinas voltadas especificamente para o aprofundamento da interdependência existente (BORZEL, 1998; O'TOOLE, 1997). A legitimação dessas práticas e rotinas realizam-se conforme o planejamento deliberado da divisão do trabalho e da articulação voltada para a ação no ambiente em que opera a rede, o que significa que a rede se desenvolve pelo trabalho coletivo planejado (KLIJN, 2002). Este planejamento e ação coletiva tornam-se possíveis

quando existe um conjunto de mecanismos, regras, normas, padrões de conduta, que constituem a governança.

Castells (2005), chama a atenção para o fato de que o desenvolvimento de uma nova forma social não significa, necessariamente, um avanço de qualidade de vida sobre a forma anterior. O mundo continua enfrentando os mesmos problemas de muitos séculos, tal como se verifica nos 17 pontos da Agenda 2030, mas agora com novas formas de soluções, tais como as vislumbradas nos avanços tecnológicos que se denominou de indústria 4.0.

No campo específico de negócios, o formato em rede é uma nova e eficiente maneira de organização da produção, distribuição e gestão, que está na base do aumento substancial da taxa de crescimento da produtividade em vários países e em vários ramos de negócios, tais como agricultura e saúde (CASTELL, 2005).

Alves e Santos (2010), apontam vantagem da abordagem de rede, mencionando que se nota uma mudança nos paradigmas de análises, que se deslocam de explicações atomísticas para um entendimento mais relacional. Demonstraram que, ao longo do tempo, a abordagem de rede tem acumulado um grande repertório de metodologias e técnicas para coletar, calibrar e analisar dados relacionais. Forneceram uma revisão da abordagem de redes e metodologias associadas para demonstrar suas aplicações. Ademais, a revisão mostrou que, em face de sua habilidade em identificar, descobrir, mapear e medir os relacionamentos entre as organizações, a abordagem de redes oferece uma perspectiva de investigação alternativa competente. O mesmo ponto já havia sido defendido por Nohria e Eccles (1992).

A produção acadêmica sobre o formato de rede indica que existem categorias presentes em todas elas, que distinguem esse formato dos formatos de mercado e de hierarquia. Entre as características, a produção acadêmica discute o tema da governança relacional, definindo como as regras que são construídas pelo próprio grupo, porque a formalidade tem lacunas que não resolvem os problemas que surgem.

2.1. Características do formato de rede

A primeira característica é a complexidade de tarefas que significa que na existência de especializações surge a necessidade de participação simultânea, ou sequencial de vários atores. A complexidade inclui o desenvolvimento de atividades

que requeiram conhecimento técnico, sendo necessária a troca de informações (SANTOS, FAZION, MEROE, 2011).

A segunda é a interdependência, isto é, a necessidade mútua dos atores, pois, considerando que os recursos são limitados e especializados, um necessita do recurso que o outro detém. Essa interação resulta em trocas constantes (RUSBULT, ARRIAGA, 1997). Logo, a interdependência é um sinal que o grupo atua no formato de redes.

A percepção de interdependência, segundo Thomson e Perry (2006) e Emerson (2012), é condição necessária para a formação de uma rede. Na prática, portanto, significa que os participantes devem ter clara consciência da dificuldade, ou mesmo impossibilidade de se alcançar os objetivos de forma isolada.

Nesse sentido, é importante destacar que diferentes padrões de interdependência convocam formas singulares de coordenação. Se a interdependência é de tipo compartilhado, em que cada parte faz sua contribuição à rede, a coordenação com base na padronização é mais apropriada. Se a relação de interdependência é de tipo sequencial, em que as unidades são dependentes dos *inputs* ou *outputs* das outras, a coordenação por planos é mais adequada. Se uma dependência mútua existe entre as unidades, em que os *outputs* de cada parte constituem *inputs* para as outras, o ideal é uma coordenação por ajuste mútuo. As principais características das redes são a dependência, a variedade de atores e as metas e as relações (KLIJN, 1999).

No caso de políticas públicas de saúde pode-se afirmar que, como toda ação social, ela é implementada para a demanda da sociedade como um todo, seja na educação, saúde, questões sociais, econômicas etc., conforme Farias (2003),

[...] as políticas públicas podem ser entendidas como respostas do Estado a demandas sociais de Interesse da coletividade. Estas podem ser chamadas de 'o Estado em ação', pois o Estado as implementa por meio de projetos e de ações voltadas a setores específicos da sociedade. No entanto, as políticas públicas não estão restritas à burocracia pública na sua concepção e implementação e não podem ser reduzidas a políticas estatais. É necessário que o Estado trabalhe em parceria com a sociedade civil para que desenvolva amplamente sua capacidade de cumprir seus papéis mais relevantes visando garantir direitos mediante a implementação de políticas públicas (FARIAS, 2003, p. 75).

A colaboração pressupõe consciência da interdependência entre as partes, que concordam em abdicar de uma parcela dos seus interesses em benefício do coletivo. Quanto maior for o consenso construído, tendo por base as necessidades de cada um, maior será a probabilidade da colaboração entre eles (EMERSON, NABATCHI, BALOGH, 2012; THOMSON, PERRY, 2006).

A terceira característica que define o formato de rede é a governança, com os estudos definindo o termo ora como estrutura de coordenação, ora como formas de gestão de redes; ora como mecanismos de solução de conflitos motivados por assimetrias de diversas naturezas. No que tange à definição da governança como estrutura de coordenação, é consensual tratar-se de um conjunto de mecanismos que orientam a tomada de decisões dos atores, sempre colocando os objetivos coletivos em primeiro plano e buscando minimizar os comportamentos oportunistas.

Autores (GRANDORI, SODA, 1995; MONTEIRO *et al.*, 2012; ROTH *et al.*, 2012) discutem a estrutura de governança com a sua aplicabilidade na rede; como um modo de solução da interdependência dos recursos; controlando os incentivos para ações coletivas e protegendo os associados, através de contratos.

A quarta característica é o ambiente de relacionamento. Segundo Granovetter (2005), os atores imergem nas redes, isto é, estabelecem relações pessoais concretas e se esforçam para continuar no grupo, de tal forma que a rede de relações exerce um papel controlador do comportamento oportunista, complementando os controles dos contratos. É essa rede de relações que determina, por exemplo, a escolha de parceiros de trabalho.

Conforme Granovetter (2005), as relações sociais não são sempre e exatamente simétricas. A confiança de uma pessoa sobre outra pode, em alguns casos, não obter a resposta esperada, já que o outro pode assumir uma posição de interesse pessoal. As relações sociais, que determinam comportamentos, são, portanto, dinâmicas, dificultando que se tracem perfis de prognósticos sobre o futuro das redes. É nessa situação de dinamismo que a governança relacional tem sua importância, com os ajustes constantes das regras.

A quinta característica é a governança relacional, resultado direto da terceira e da quarta características. Nela observa-se que havendo um ambiente de relacionamento com confiança e com comprometimento, é possível os atores das redes conversarem, decidirem e implantarem mecanismos criados por eles próprios.

A sexta e última característica é a consciência de ação coletiva, condição necessária para trabalho conjunto. No geral, os atores demonstram interesses em interagir de forma colaborativa apenas quando se percebe a mesma disposição nos parceiros. Portanto, a reciprocidade é entendida como um elemento chave para a colaboração, sendo a reputação dos envolvidos seu recurso inicial. Nesse sentido, na medida em que os parceiros interagem de formas colaborativas e constroem uma reputação de terem um comportamento confiável ao longo do tempo, eles evoluem da reciprocidade inicial para a institucionalização de contratos psicológicos (THOMSON, PERRY, 2006).

No artigo de Mendes (2011), sobre políticas públicas de saúde, encontram-se algumas dessas características. Segundo o autor, o serviço de saúde é composto por múltiplas organizações (complexidades de tarefas) vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente (necessidade de ação coletiva, existência de interdependência), que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população (vantagem do trabalho em rede), coordenada pelas regras da política de atenção primária à saúde (governança).

2.2. O conceito de rede e a abordagem social

O segundo ponto de teoria de base refere-se ao conceito de rede. Redes são definidas de várias formas, conforme revisões (EBERS, JARILLO, 1988; GRANDORI, SODA, 1995; TICHY, TUSHMAN, FOMBRUN, 1979). Apesar da diversidade, os conceitos podem ser agrupados em três grandes grupos, conforme se valoriza a racionalidade, os aspectos econômicos, ou os fatores sociais.

Na visão racional as redes originam-se e desenvolvem-se a partir de uma construção racional e organizada, com o objetivo de sanar problemas referentes à competição, ou falta de acesso a recursos. Oliver (1990) destaca que a dependência de recursos, reciprocidade e eficiência são os fatores que determinam a formação e o desenvolvimento das redes. Elas se formam e se desenvolvem tendo como bases as decisões estratégicas envolvendo custos, mercado, acesso exclusivo a recursos, entre outros.

Já numa perspectiva econômica as redes surgem e desenvolvem-se em função de objetivos econômicos, tais como custos de acesso a recursos e custos de competição no mercado. Um dos trabalhos mais citados nessa linha é o de Williamson (1985) que procurou atribuir dimensões econômicas às transações coletivas. Um

grupo pode se tornar competitivo ao resolver, ou diminuir os custos de produção, de curva de aprendizagem, conforme as práticas são compartilhadas. As vantagens econômicas aliadas a uma governança formal (um contrato) diminuem os comportamentos oportunistas. Os custos de transação de Williamson explicam as vantagens de custos de uma empresa ao participar de uma rede e os custos de transação (os custos de estar trabalhando junto).

O presente trabalho segue o terceiro paradigma, da abordagem social de redes. Conforme essa perspectiva, as relações sociais num grupo influenciam a forma de funcionamento, a designação de papéis e funções e as decisões, ou seja, em resumo, influenciam os aspectos estratégicos, de funcionamento e econômicos da rede. Conforme Granovetter (1985), os aspectos técnicos de um grupo estão imbricados com aspectos sociais, tais como confiança e comprometimento. Nesse sentido, o conceito de *embeddedness* diz respeito ao imbricamento (imersão) entre as relações sociais e econômicas, dando ênfase ao fato de que os fatores econômicos e tecnológicos estão imbricados com as relações sociais. Para o autor, as relações sociais e econômicas são indissociáveis.

Assim, a rede é um conjunto de pessoas, ou organizações, conectadas por laços sociais, os quais formam uma teia, o seja, uma matriz que influencia, modela e direciona a organização das redes. A partir de um ambiente de relacionamento baseado em confiança e comprometimento, os atores discutem e concluem sobre ajustes das regras de ações coletivas (JONES, HESTERLY, BORGATTI, 1997).

A abordagem social de redes é sustentada por autores e artigos frequentemente citados na produção acadêmica. Radomsky e Schneider (2007), por exemplo, colocam as relações sociais, como a reciprocidade, proximidade e amizade; como bases para o desenvolvimento das redes de negócios. Os autores estendem o raciocínio para a formação de economias locais, os arranjos produtivos locais, que dependem das relações entre os atores, que cria um tecido social que impulsiona o desenvolvimento do território.

Na produção acadêmica considera-se que o trabalho de Dyer e Singh (1988) é um marco na legitimação da visão relacional no estudo de redes. O artigo aborda as questões de estratégia e competitividade, e coloca a cooperação como eixo organizador para que o grupo se organize (ou seja, crie sua governança relacional).

A exigência das relações sociais é resultado da complexidade de tarefas e da interdependência entre os atores. No formato de redes os atores precisam se

relacionar, se encontrar, discutir, decidir, trocar, ou a tarefa não se realiza. Essa interação social explícita e regula os interesses conflitantes, cria sinergia de objetivos e dirige os esforços para a tarefa coletiva (GIGLIO, PUGLIESE, SILVA, 2012; KANTER, 1997).

Segundo Nohria e Eccles (1992), as relações sociais constituem um pano de fundo dos fatos das redes, sejam comportamentos dos atores, decisões, modos de produção, regras, entre outros. A afirmativa dos autores é de que todas as organizações são, por definição, redes sociais e estão inclusas em redes sociais com outras organizações e devem ser analisadas nessa perspectiva. Para os autores, são essas relações sociais que determinam os papéis que cada organização desempenha no ambiente organizacional. A rede é, em primeiro lugar, a rede das relações sociais entre os atores.

A defesa das relações sociais como base do desenvolvimento das redes pode ser encontrada em trabalhos que buscaram essa influência social nas redes. Bertóli, Giglio e Rimoli (2014), por exemplo, descreveram a interface entre as categorias sociais na resolução de problemas e conflitos comuns. Larson (1992) descreve a relação social como base para troca de conhecimentos e tecnologias. Encontraram-se também exemplos de redes que terminaram por quebra de confiança e comprometimento, conforme identificado por Barcellos. (2012) e Wegner e Padula (2012). Foram relatados nestes trabalhos a falta de confiança e comprometimento como determinantes para o insucesso das redes, o princípio básico de variáveis, como custos e dependência de recursos que são propulsoras da formação das redes.

Moreno (1983), ressalta outro ponto que é o papel social, significando um padrão determinado de comportamento que reflete e caracteriza uma posição especial do indivíduo dentro do grupo social a que pertence. A organização articulada de papéis confere unidade ao grupo e indica a identidade da pessoa que nele participa.

Existem fatos na organização da rede, tais como conflitos de interesse, incertezas do comportamento dos atores, influência de subgrupos, jogos de liderança, entre outros, que exigem a presença de mecanismos que resolvam os conflitos e busquem a coesão do grupo. Conforme aceito entre autores, a existência de mecanismos formais, como leis e contratos, auxilia na solução e no controle dos conflitos, mas não é suficiente, sendo necessária a existência de uma governança criada pelos próprios atores, a governança relacional, baseada nas relações sociais (GRANDORI, 1995; GRANOVETTER, 1995; JONES, HESTERLY, BORGATTI, 1987).

2.3. Conceito de governança

Conforme os parágrafos anteriores, uma das categorias que definem as redes é a governança. A ideia convergente sobre governança é tratar-se do conjunto de mecanismos sobre como serão realizadas as ações coletivas. A governança permite a coordenação dos atores envolvidos na tarefa, através de regras, normas, práticas, valores e ética compartilhados.

A governança define regras, normas, processos, rotinas e outros procedimentos que estabeleçam os limites de autonomia, a divisão de responsabilidades, o estabelecimento de bases para o compartilhamento de recursos e de resultados, entre outros aspectos relativos ao funcionamento da rede. Usa diferentes tipos de instituições com o intuito de garantir a coordenação e a execução das atividades compartilhadas pelos parceiros (ROTH *et al.*, 2012).

A ideia é a mesma no caso de políticas públicas. Os mecanismos formais, contratuais e legais coexistem com os mecanismos criados pelo próprio grupo. É um conjunto de processos de tomada de decisão e controle que viabiliza a execução de políticas, além de definir regras, normas, processos, rotinas e outros procedimentos que estabeleçam os limites de autonomia, a divisão de responsabilidades, o estabelecimento de bases para o compartilhamento de recursos e de resultados, entre outros aspectos relativos ao funcionamento da rede (ROTH *et al.*, 2012).

É também o resultado de um processo de barganha entre as organizações participantes da rede e de seus respectivos gestores, cada um considerando os benefícios da cooperação no alcance dos objetivos coletivos e individuais. Os ajustes daí decorrentes viabilizam a execução de políticas.

A coexistência de mecanismos formais e relacionais (este último também aparece como informais, ou colaborativos) é amplamente discutida e defendida por autores reconhecidos (GRANDORI, SODA, 1995; POPPO, ZENGER, 2002; PROVAN, KENIS, 2008; WILLIAMSON, 1995). A visão presente nos trabalhos desses autores é de que as regras da governança formal não atingem, ou solucionam todos os problemas previstos, ou inesperados que aparecem para o grupo, gerando a necessidade de se fazer ajustes e acordos.

Sobre a governança relacional, detalhada no próximo item, a convergência é tratar-se de mecanismos de orientação de ação coletiva que são construídos nas interações sociais entre os atores da própria rede, independentemente de mais tarde

tornarem-se formalizadas em documentos (ALBERS, 2010; JONES *et al.*, 1997; MILAGRES, SILVA, REZENDE, 2016; SORENSEN, TORFING, 2007; ZAHEER, 1995).

2.4. Conceito de governança relacional

Embora se encontrem vários conceitos de governança na produção acadêmica, há consenso (GALINDO, CÂMARA, 2010) em tratar-se do processo de coordenação e decisões de atores econômicos, políticos e sociais, nas esferas pública e privada, nos níveis local e global, para o alcance de objetivos comuns. Essa coordenação precisa ser ajustada entre os atores. Zaheer e Venkatraman (1995), afirmam que a governança relacional é baseada em componentes sociais, especialmente na confiança entre os atores, buscando resolver os problemas da rede tais como conflitos de interesses e imprevisibilidades de demanda.

Para Roth *et al.* (2012), a governança relacional é o conjunto de instrumentos que permitem a coordenação dos atores envolvidos em redes. É o resultado de um processo de barganha entre os atores das organizações participantes cada um considerando os benefícios da cooperação no alcance dos objetivos coletivos e individuais. É um conjunto de processos de tomada de decisão e controle que viabiliza a execução de políticas e tem relação com o exercício de poder e autoridade, mas, principalmente, com o exercício da influência e da negociação. A governança relacional define regras, normas, processos, rotinas e outros procedimentos que estabeleçam os limites de autonomia, a divisão de responsabilidades, o estabelecimento de bases para o compartilhamento de recursos e de resultados, entre outros aspectos relativos ao funcionamento da rede.

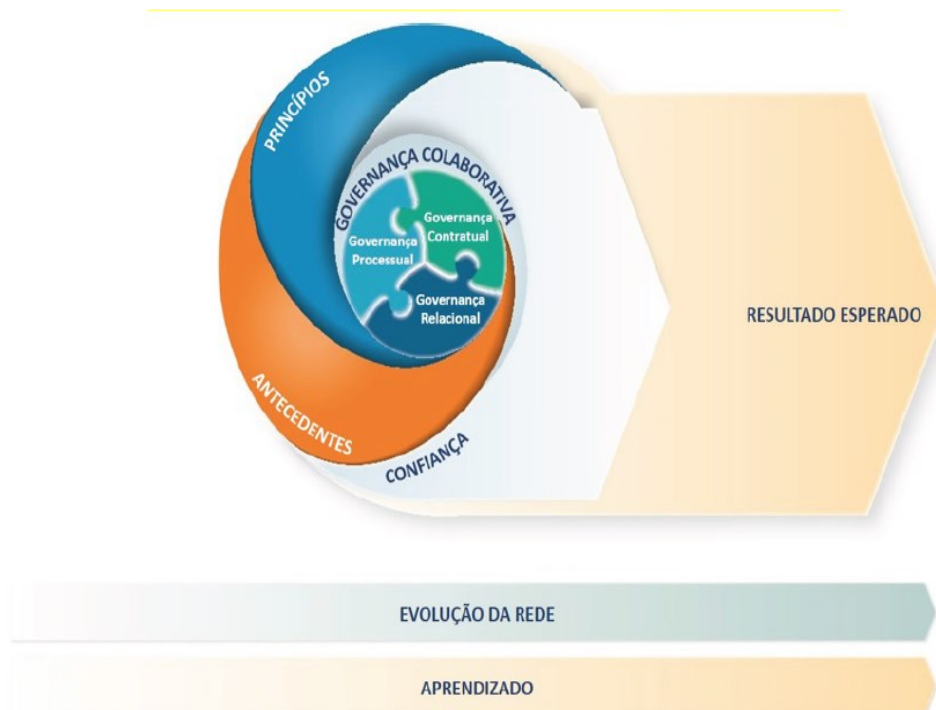
Como se depreende do trecho selecionado, a governança relacional é, portanto, um processo social que implica em negociação democrática, para se ajustarem os mecanismos de ação coletiva.

No campo de políticas públicas autores (BORZEL, 2010; KLIJN, 2008), afirmam a importância das relações de confiança e comprometimento para a existência da governança relacional. Segundo Jones, Hesterly e Borgatti (1997), a emergência da governança relacional ocorre como consequência dos encontros constantes entre atores para resolver as necessidades. Nesses encontros cria-se um ambiente de relacionamento, que forma a cultura do grupo. Nessa cultura surgem as decisões sobre regras de ações coletivas. Os mecanismos objetivam resolver os conflitos de

interesses; criar sinergia no grupo, com troca de informações; organizar os modos de Gulati produção coletiva e incentivar a disposição para agir de forma coletiva.

Um trabalho brasileiro importante é o de Milagres, Silva e Rezende (2016), utilizando a expressão governança colaborativa. Conforme os autores, a governança colaborativa é composta pela governança contratual (ajustes de cláusulas de contratos), processual (ajustes de modos de produção) e relacional (ajustes de controles e incentivos de comportamentos). O desenho do modelo está representado na Figura 1.

Figura 1 – Modelo de governança colaborativa e resultados da rede.



Fonte: Milagres, Silva e Rezende, 2016.

Essa mesma ideia de construção social dos mecanismos foi defendida por Sorensen e Torfing (2009) e Provan e Lemaire (2012). Os atores interagem por meio de negociações recorrentes, marcadas por conflitos de interesses, buscando sinergia e solução, seja a partir de normas já existentes, seja criando novas. O resultado dessa construção social permite a execução de políticas públicas. Gulati, (1998), utiliza a expressão imersão relacional para caracterizar a coesão de relacionamentos na rede, o fluxo de informações, a presença de confiança e solidariedade, todos esses fatores contribuindo para a construção da governança.

Alguns textos utilizam a expressão governança colaborativa, a fim de expressar a mesma ideia de construção coletiva, mas geralmente aplicada ao campo de políticas públicas e com um viés de sentido, colocando essa governança como a capacidade do governo em atrair atores da sociedade para participarem (BATORY, SVENSSON, 2019; JUNIOR, SHIZUME, 2017). Sobre o campo da saúde, os artigos destacam a participação de vários setores do governo, de instituições privadas, como hospitais, de indústrias químicas, de uma infinidade de prestadores de serviços, de agentes de controle, como as Oscips; de movimentos sociais, de organismos internacionais e dos usuários. Na Governança colaborativa, as partes interessadas assumem responsabilidade com resultados das políticas, impondo-se a condição de que devem ser envolvidas na tomada de decisões.

2.5. Associação da governança relacional com a organização das redes

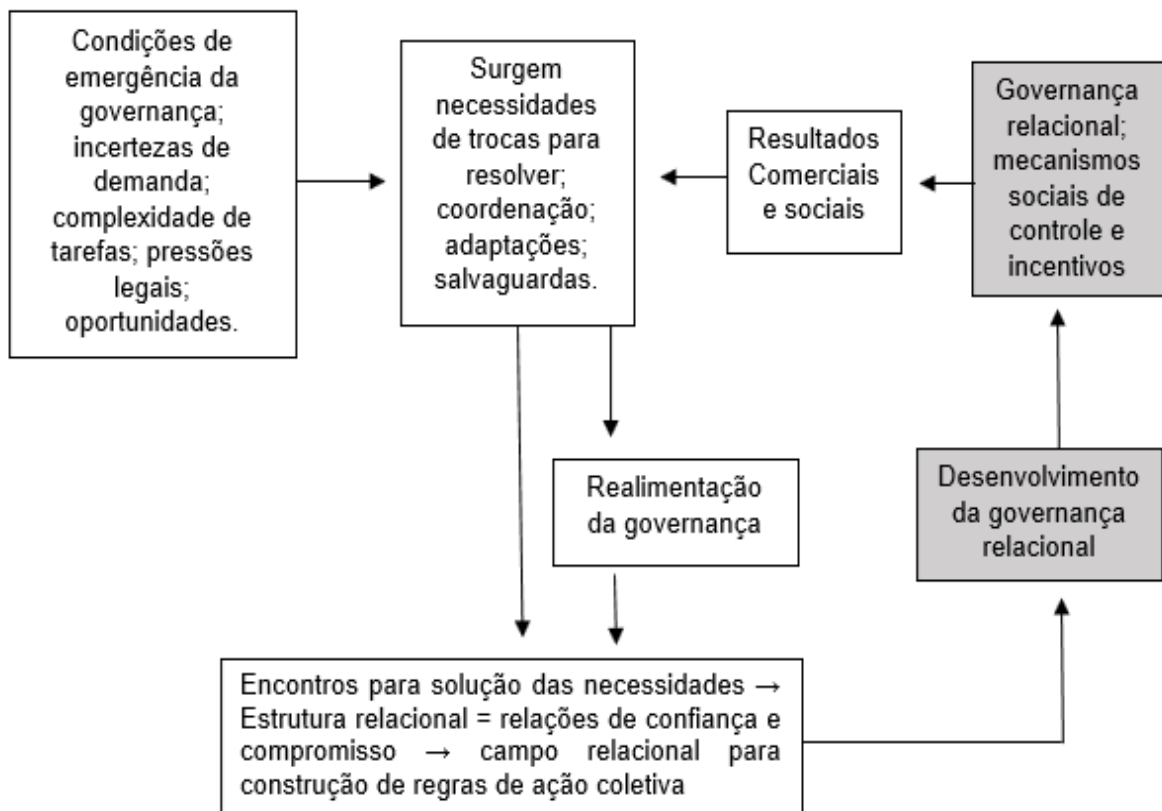
Neste item discute-se o conhecimento acumulado sobre a associação da governança relacional com a organização das redes, sendo esta última expressão predominantemente associada à estrutura de papéis e funções dos atores da rede e seus processos de produção e de decisão. Artigos nessa linha, como o de Rowley (1997), utilizam a perspectiva social para explicar os relacionamentos entre os diversos *stakeholders* e a organização. Investigando a fusão de organizações, Anderson, Hakansson e Johanson (1994) afirmam que a rede de relacionamentos é a base para o estabelecimento dos ajustes na estrutura do novo grupo, nas atividades e no modo de utilização dos recursos.

Sobre a organização da rede, a revisão bibliográfica indicou dominância das variáveis de papéis, posição na rede, centralidade e liderança como indicadores da estrutura e as variáveis de conflitos de assimetrias, rotinas de realização da tarefa, rotinas de decisões coletivas, compartilhamento de recursos e transferência de conhecimentos como indicadores da operacionalidade da rede.

Conforme se descreveu nos itens anteriores, os autores de governança afirmam que ela é o centro da formação e do desenvolvimento da rede, nos fatos tais modos coletivos de produção e oferta de serviços, decisões sobre funções e papéis, estratégias de parcerias, modos de decisão sobre funcionamento do grupo, entre outros. Esses fatos seriam mediados pela governança relacional.

Existem fatos na organização da rede, tais como conflitos de interesse, incertezas do comportamento dos atores, influência de subgrupos, jogos de liderança, entre outros, que exigem a presença de mecanismos que resolvam os conflitos e busquem a coesão do grupo. Conforme convergência entre autores, a existência de mecanismos formais, como leis e contratos, auxilia na solução e controle dos conflitos, mas não é suficiente, sendo necessária a existência de uma governança criada pelos próprios atores, a governança relacional, baseada nas relações sociais (GRANDORI, 1995; GRANOVETTER, 1995; JONES, HESTERLY, BORGATTI, 1987). Relativo ao trabalho de (JONES, HESTERLY E BORGATTI, 1987), apresenta-se a Figura 2 indicando a formação da governança relacional a partir dos encontros frequentes entre os atores.

Figura 02. Formação da Governança nas Redes.



Fonte: Adaptado pelo autor a partir de Jones, Hesterly e Borgatti, 1997.

Nos próximos parágrafos apresenta-se um painel de artigos mais citados na produção acadêmica, conforme o ranking do *Web of Science*, e que buscaram essa associação. O objetivo é verificar quais variáveis de organização da rede aparecem

mais frequentemente associados à governança (geral, ou especificamente da relacional). Além do conhecimento adquirido, a tarefa também auxilia na decisão de utilizar essas variáveis na construção da matriz dos indicadores.

Jarillo (1988) afirma que as ações de formação e desenvolvimento de uma rede são práticas estratégicas, atividades orientadas ao resultado organizacional. Dessa maneira, as expressões rede e estratégia parecem adequadas, na medida em que ressaltam a intencionalidade praticada pelo empreendedor, ou estrategista em delinear um arranjo organizacional mais eficiente e competitivo em determinado mercado. Embora o autor não tenha utilizado a expressão governança relacional, afirma que os arranjos e colaborações entre atores de rede são caminhos eficientes para se obter resultados.

Grandori e Soda (1995), destacam que a governança é considerada necessária nos processos da rede, podendo ser classificada como formal e informal. Para os autores, a governança informal resulta das relações de confiança e comprometimento, que criam controles e incentivos para ações coletivas. Pode-se afirmar que a governança informal, expressão frequentemente utilizada na produção acadêmica, carrega o sentido das regras e controles que nascem do relacionamento. Autores (CASTRO, GONÇALVES, 2014; QUEIROZ, 2013), afirmam que uma governança clara, com regras transparentes e legitimadas (as pessoas aceitam e seguem), construída no caminho da formalidade e também da informalidade, cria compromisso, controle e incentivo para ações coletivas. A ausência de regras, em geral, indica não existir um grupo organizado, isto é, mostra que há dificuldades no trabalho coletivo.

No campo de políticas públicas também se coloca a governança como centro do desenvolvimento das redes e obtenção de resultados. Conforme se descreveu em item anterior, o conceito dominante de governança relacional em políticas públicas é um pouco distinto do colocado neste trabalho, tendendo mais para o controle das organizações e para a capacidade de atrair a participação dos atores civis e do setor industrial. Como casos brasileiros podem-se citar:

Craps e Brugnach (2015), por exemplo, comentam a necessidade de desenvolvimento de objetivos comuns alinhados às condições locais, para efetividade das políticas públicas de sustentabilidade e qualidade de vida. O Quadro 01, no item de Introdução, mostrou algumas dessas distinções entre o esperado e o existente em Cacoal. Os autores também enfatizam a necessidade de uma governança construída

entre os atores, que é a governança relacional. A governança relacional, que cria regras realistas conforme características locais, é aceita no presente trabalho.

As constatações de Frankowski (2019), sobre os mecanismos de governança baseados em políticas públicas, afirmam que eles (os mecanismos) funcionam parcialmente como plataformas para reunir atores e recursos com sucesso. Eles fazem isso promovendo a capacidade de evoluir (a capacidade de gerar diversidade de maneiras emergentes) em relação ao estabelecimento de metas e à intermediação entre os atores. No entanto, marginalizam, por sua vez, o acesso aberto aos participantes por meio de alta seletividade e estratégias deliberadas de exclusão para certos atores, ao contrário de uma lógica de ação da plataforma (FRANKOWSKI, 2019). O alerta para as regras de exclusão (ou seleção), que podem comprometer a participação de atores importantes é ponto valorizado nesta dissertação.

Siddiki *et al.* (2015), apontam que as regras legais e políticas moldam a estrutura e o desempenho dos acordos de governança colaborativa. Os autores investigaram os CPFS (conselhos de política alimentar), buscando entender como as políticas estruturam a composição e os objetivos das partes interessadas dos CPFS e como as composições das partes interessadas dos mesmos facilitam e / ou impedem o desempenho. No presente trabalho, a associação entre fatores antecedentes e a formação da governança colaborativa não constitui o foco, mas não se descarta que eventualmente os discursos espontâneos tragam essa associação.

A decisão sobre utilizar de antemão as variáveis de organização das redes esbarra em um aspecto específico do campo de políticas públicas de saúde. Nesse campo, itens como normalização técnica, uniformidade de serviços, padrões de qualidade e resultados alcançados são fundamentais para continuidade, ou até extinção do serviço, e devem entrar nas análises. Dessa forma, decidiu-se selecionar variáveis que são predominantes na revisão bibliográfica e no embasamento teórico, adicionando-se variáveis que surgiram no primeiro levantamento de campo. Em termos de Metodologia, isso implica na necessidade de verificação da adequação das variáveis selecionadas, seja a partir de testes com juízes, seja a partir do início da coleta com entrevistas.

Na pesquisa, portanto, investigou-se a possível associação entre a governança relacional e a organização da rede, no sentido de estrutura e processos da rede presentes no programa de políticas públicas do CAPS.

O Quadro 01 resume os pontos de partida teóricos adotados neste trabalho.

Quadro 01: Resumo dos princípios adotados.

Conceito	Resumo	Autor(es)
1. Conceito de rede na perspectiva da sociedade em rede.	A sociedade atual está organizada no formato de rede e toda organização está em rede, mesmo que seus participantes não reconheçam a existência dela e não utilizem suas conexões.	Castells (1999).
2. Conceito de rede na perspectiva das organizações em rede.	Todas as organizações são e estão em redes, podendo ser pesquisadas nessa perspectiva. As redes são arranjos para solução da dependência de recursos e da complexidade das tarefas.	Nohria e Eccles (1992).
3. Conceito de rede na perspectiva social.	A rede se forma e se desenvolve a partir das relações sociais, sendo que cada ator está imerso e comprometido com a rede.	Nohria e Eccles (1992); Granovetter (1985); Gulati (1998).
4. Conceito de governança.	A governança define regras, normas, processos, rotinas e outros procedimentos que estabeleçam os limites de autonomia, a divisão de responsabilidades, o estabelecimento de bases para o compartilhamento de recursos e de resultados, entre outros aspectos relativos ao funcionamento da rede. Usa diferentes tipos de instituições com o intuito de garantir a coordenação e a execução das atividades compartilhadas pelos parceiros.	Roth <i>et al.</i> (2012).
5. Conceito de governança relacional.	São os mecanismos ajustados, ou criados pelo próprio grupo, distintos dos mecanismos formais, legais, institucionais, que já existem e vem prontos para o grupo. Para um grupo construir a governança relacional é necessário ter um ambiente favorável de relacionamento.	Grandori (2006), Milagres, Silva e Rezende (2016).
6. Conceito de organização da rede.	A produção acadêmica refere-se aos papéis e posições dos atores (estrutura); às normas contratuais, aos modos de produção, troca de informações, decisões de solução de problemas, capacidade de trabalhar em equipe, solução dos conflitos de interesses (processos) e relacionamento entre os atores (podendo causar disputas, comportamento oportunistas, aceite, ou não da diversidade, entre outros).	Oliver (1990); Grandori e Soda (1995).

Fonte: Elaborado pelo autor, 2021.

2.6. Indicadores

Como parte dos esforços de construção da base teórica do trabalho, selecionaram-se indicadores das categorias de antecedentes da governança relacional, a própria governança relacional e a organização da rede.

Os indicadores são importantes guias na construção dos instrumentos de coleta. O termo indicador exerce função de sinalizador da realidade por demonstrar a presença das características/variáveis selecionadas pelo pesquisador. Além disso, pode ser utilizado para determinar, ou apresentar informações referentes a planos de observação, seja associativo, econômico, individual, coletivo ou cultural. Ademais, podem se referir a relações entre variáveis, valores, métricas e opiniões (MINAYO, 2009).

Os indicadores também são classificados em objetivos, também chamados de quantitativos e subjetivos, ou qualitativos. Os indicadores quantitativos correspondem a dados mensuráveis da realidade social e levantados a partir de estatísticas. Os indicadores qualitativos referem-se às medidas construídas a partir da avaliação/percepção de diferentes atores em relação a aspectos da realidade (JANNUZZI, 2014).

Minayo (2009) afirma que os indicadores qualitativos são aqueles que mostram a opinião, os sentimentos, os pensamentos e as práticas dos atores que fazem parte do grupo investigado. Para a autora, as metodologias qualitativas são *"entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas"* (MINAYO, 2009, p. 22-23).

Nesta dissertação utilizaram-se indicadores qualitativos, com o objetivo de verificar sua presença e realizar associações entre as categorias selecionadas. Conforme Minayo (2009) existem algumas formas de utilizar indicadores qualitativos, tais como roteiros de entrevistas, observação direta e uso de escalas de diferencial semântico, como as escalas de Likert.

Os indicadores de governança relacional foram os mesmos utilizados para governança no geral, pois, conforme explicado no item de teoria, a governança relacional é a parte da governança que foi criada no próprio grupo. Significa que o pesquisador se vê na tarefa de investigar a construção e implantação dos mecanismos, para verificar se foi um processo do grupo, ou de algum agente externo (uma consultoria, por exemplo, que trouxe o mecanismo pronto).

O Quadro 02 mostra os indicadores de ambiente de relacionamento na rede (são os antecedentes da governança relacional), de governança relacional e de organização da rede, construídos a partir da seleção e análise dos trabalhos sobre o

tema. Conforme já informado, os indicadores de organização foram ajustados para o campo de saúde mental, já que não se encontraram indicadores específicos, testados e confiáveis.

Quadro 02 – Descrição dos indicadores de governança relacional e organização de rede.

Categorias	Definição operacional	Indicadores	Autores
1. Existência de um ambiente seguro, como condição antecedente da governança relacional.	Havendo dominância de relações de confiança e de comprometimento num grupo, os atores se sentem seguros para compartilhar as ideias sobre valores, normas e práticas.	<p>1.1. Evidências de valores, ideias, práticas e normas que são compartilhadas por todos, repetidas e legitimadas nas rotinas.</p> <p>1.2. Sinais de comportamentos e discursos de que os atores pertencem ao grupo, que fazem parte do grupo.</p> <p>1.3. Sinais de comportamentos e discursos de que os atores apresentam relações de confiança.</p> <p>1.3.1. Colocar-se na dependência do outro</p> <p>1.3.2. Colocar os recursos à disposição dos outros.</p> <p>1.4. Sinais de comportamentos e discursos de que os atores apresentam relações de comprometimento.</p> <p>1.4.1. Atitudes e ações para atingir objetivos coletivos.</p> <p>1.4.2. Ajudar o outro, mesmo sem benefício próprio imediato.</p> <p>1.4.3. Assumir responsabilidades de ações conjuntas.</p> <p>1.4.4. Comportamentos que evidenciam a disposição para continuidade dos relacionamentos.</p> <p>1.5. Sinais de comportamentos e discursos de que os atores podem falar porque serão ouvidos e respeitados.</p>	Saz-Carranza; Vernis, 2006. Morgan; Hunt, 1994.
2. Governança relacional	Evidências de construção ou ajustes dos mecanismos de ação coletiva realizados pelo próprio grupo. Conforme pergunta da pesquisa, o escopo pode ser a rede Interorganizacional e/ou	<p>2.1. Construção/ajuste de regras de entrada e saída do grupo.</p> <p>2.2. Construção/ajuste de regras de penalidades.</p> <p>2.3. Construção/ajuste de regras de representação (hierarquia, liderança, representação).</p>	Agia, 2019; Lopes, 2019. Milagres, 2016.

	a rede intraorganizacional.	<p>2.4. Construção/ajuste de funcionamento (horários, procedimentos, uso dos recursos).</p> <p>2.5. Construção/ajuste de regras de controle do serviço e das pessoas.</p> <p>2.6. Construção/ajuste de regras para tomada de decisão/ poder de decisão de cada ator.</p> <p>2.7. Construção/ajuste de modos de solução de conflitos/problemas (reunião, líder decide, procura-se alguém fora da rede).</p> <p>2.8. Construção/ajuste das regras contratuais (com organizações prestadoras de serviços).</p> <p>2.9. Construção/ajuste das normas da lei.</p>	
3. Organização da rede	<p>São os fatos sobre:</p> <p>3.1. a estrutura de posições e papéis na rede.</p> <p>3.2. Os modos de realização da tarefa, tais como decisões, uso de recursos e fluxos de produção e características da dinâmica do grupo.</p>	<p>3.1. Sobre a estrutura de posições e papéis na rede.</p> <p>3.1.1. Sobre centralidade, densidade, liderança.</p> <p>3.2. Sobre modos de realização das tarefas e dinâmica do grupo.</p> <p>3.2.1. Modos de realização da tarefa: rotinas de produção, rotinas de decisões, treinamento de capacidades (transferência de conhecimentos), fluxo de informação, fluxo de atendimento, geração de relatórios de acompanhamento, modos de registro de resultados.</p> <p>3.2.2. Dinâmica do grupo: conflitos de interesses, jogos de poder, pressões de subgrupos (empresas, OSCIP's, governo, processos de produção (modos de trabalho coletivo); ambiente de relacionamento (sinais de cooperação, sinais de conflitos), sinais de conflitos (de interesses, de capacidades) e resultados alcançados.</p>	Oliver (1990); Grandori e Soda (1995).

Fonte: construído pelo autor, 2021

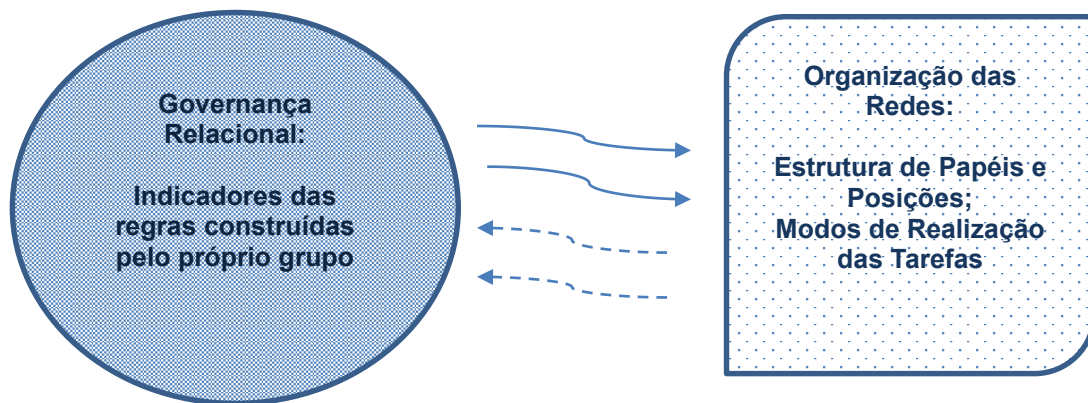
Finalizando e resumindo este item de base teórica, o trabalho investigou a governança relacional e suas possíveis associações com a organização da rede,

através da lente da abordagem social de rede, isto é, com a assertiva que a sociedade atual está organizada no formato de rede e que as relações sociais entre os atores constituem a matriz, eixo, ou pano de fundo mediador dos fatos que caracterizam a organização das redes, sejam comportamentos dos atores, decisões, modos de produção, regras, entre outros.

Autores como Anderson e Weitz (1992) sustentam a proposição das relações sociais como base dos acordos e do desenvolvimento das redes, já que a consciência da necessidade de ação coletiva impõe a necessidade do relacionamento, dos acordos, da confiança, das atitudes coletivas. Abramovay (2000) segue na mesma linha, afirmando que a sociologia relacional, isto é, a valorização das relações sociais na funcionalidade de grupos é caminho competente para compreender os arranjos organizacionais flexíveis e plurais, sejam no setor econômico, político ou social.

A partir dos conceitos selecionados, apresenta-se a proposição na forma de desenho, na Figura 03, ressaltando que o pesquisador aceita a ideia de sistema, de interinfluência, mas, no momento, a pesquisa está mais voltada para o sentido da governança para o funcionamento.

Figura 03 – Proposição da associação entre governança relacional e organização da rede.



Fonte: Construído pelo autor.

Definida a base conceitual, no próximo item apresenta-se a Metodologia.

3. METODOLOGIA

Metodologia é o caminho a ser percorrido para se realizar uma pesquisa (DEMO, 2000). O pesquisador apresenta uma estratégia que seja capaz de dar uma resposta para o problema, ou pergunta da pesquisa, com escolhas lógicas e fundamentadas. Essas escolhas se referem à estratégia da pesquisa, aos instrumentos de coleta, à qualificação do sujeito e as formas de análise, ou seja, o percurso a ser trilhado para busca da solução do problema de pesquisa.

Trata-se também da definição dos procedimentos técnicos, das modalidades de atividades, dos métodos que serão utilizados no trabalho, ou seja, do caminho a ser percorrido para se realizar uma pesquisa (FONSECA, 2008). O pesquisador busca uma estratégia que seja capaz de dar uma resposta para o problema, ou pergunta da pesquisa, com escolhas fundamentadas. Essas escolhas referem-se à estratégia da pesquisa, aos instrumentos de coleta, à qualificação do sujeito e às formas de análise.

Lakatos e Marconi (1991), demonstram, nesse sentido, que a estratégia da pesquisa depende do seu objetivo. O objetivo do presente trabalho é buscar possíveis associações entre categorias (governança, política pública de saúde, estrutura e dinâmica da rede), utilizando estratégias descritivas e explicativas, com abordagem predominantemente qualitativa.

Triviños (1987) aponta que a pesquisa descritiva tem como objetivo relatar os eventos e fenômenos de determinada realidade. Assim sendo, a metodologia do trabalho adotará uma análise predominantemente qualitativa de natureza descritiva, buscando aprofundar a análise da rede selecionada. Conforme Gil (2007), a pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição e característica de população, fenômeno, ou estabelecimento de relações entre variáveis, identificando os fatores presentes. Neste trabalho, as associações entre variáveis que compõem as categorias é, portanto, um objetivo.

Flick (2004) aponta que a estratégia explicativa de uma pesquisa significa o uso de modelos e afirmativas selecionadas a priori, na explicação dos dados. No presente trabalho selecionaram-se os princípios da abordagem social de redes, conforme expostos no Quadro 2, no item de base teórica.

Sobre os instrumentos de coleta, o plano incluiu fontes primárias, advindas de entrevistas e acompanhamento; e fontes secundárias, especialmente os documentos e relatórios dos órgãos públicos como Ministério da Saúde e instituições locais como CAPS, Conselho Municipal de Saúde, Associações médicas. A partir de diversas

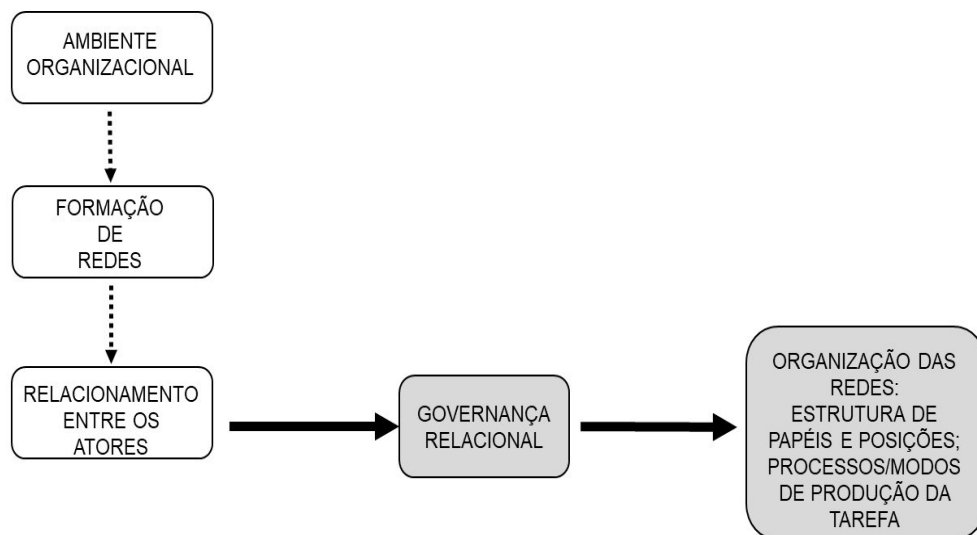
fontes de manifestações do mesmo fenômeno, procura-se destacar os dados que possibilitam a resposta ao problema de pesquisa.

Os métodos de coleta que incluíram grupos, como os grupos de discussão, ou acompanhamento de reuniões, são valorizados na literatura da abordagem social de redes. Autores como Halinen (2005) comentam que a pesquisa em redes, quando utiliza a abordagem social, tem foco no relacionamento, o que demanda métodos específicos de coleta.

Para Aguiar (2007), o desafio para a análise em redes está na multiplicidade de papéis dos atores, sejam pessoas, ou instituições, que podem participar de várias redes simultaneamente. Assim, observa-se que as redes sociais, as redes de negócios e as redes de políticas públicas se entrelaçam formando uma extensa rede que caracteriza as articulações sociopolíticas no mundo.

As informações anteriores levam à construção da Figura 4, que mostra resumidamente o circuito que leva à emergência da governança relacional e sua possível influência na organização da rede. É a partir de demandas e exigências do ambiente de serviço de saúde mental que se formam as redes, a governança organiza os fatos que nelas ocorrem.

Figura 4 – O desenho da posição da Governança Relacional na Rede.



Fonte: Construído pelo autor, 2021.

Nos parágrafos seguintes apresenta-se o plano de pesquisa, incluindo o resultado da tarefa de busca seleção e adaptação de indicadores operacionais para a coleta.

3.1 Escopo e caracterização da pesquisa

Na realização de uma pesquisa são importantes o planejamento e descrição do modelo de investigação. No presente trabalho, o objetivo foi analisar a associação e possível influência da governança relacional com a organização da rede de saúde mental, colocando o CAPS como ator central, considerando o processo social coletivo de construção dos mecanismos para seu funcionamento e indicando um caminho essencialmente qualitativo de investigação, com uma variante quantitativa na análise dos questionários.

Yin (2010) sugere a utilização de um protocolo do estudo de caso para garantir que a pesquisa, isto é, seus procedimentos, possam ser repetidos. O protocolo consiste na informação detalhada dos procedimentos seguidos na pesquisa, de forma que esse registro aumente a confiabilidade do método e dos resultados.

Esta dissertação caracterizou-se por ser qualitativa exploratória e explicativa. Qualitativa porque utilizou indicadores de processos sociais que não se reduzem a quantidades. Para Minayo,

[...] os indicadores qualitativos são aqueles que mostram a opinião, os sentimentos, os pensamentos e as práticas dos atores que fazem parte do grupo investigado. Para se formar esses indicadores qualitativos, aponta que o padrão é buscar esses indicadores nos grupos a serem investigados (MINAYO, 2009, p.22-23).

É exploratória porque se pode verificar na revisão bibliográfica que se trata de tema pouco investigado e explicativa porque utilizou os princípios teóricos previamente selecionados para organizar e interpretar os dados em questão (GIL, 2007; LAKATOS, MARCONI, 1991).

3.2 Sobre o planejamento da pesquisa

Conforme Yin (2001) o escopo de uma pesquisa deve considerar a unidade de análise, isto é, o que está sendo investigado e o campo, ou unidade de pesquisa, que é o lugar, instituição, região onde o estudo será desenvolvido. Neste estudo as unidades de análise foram a governança relacional/ colaborativa e os fatos da rede e o objetivo foi o de verificar a existência de associação entre as categorias.

Quanto à unidade de pesquisa, após análise prévia das possibilidades de investigação, considerando-se os contatos estabelecidos, foi selecionada a rede de saúde mental pública da cidade de Cacoal, no Estado de Rondônia, colocando-se o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) como ator central.

3.3 Sujeitos

Os sujeitos desta pesquisa foram as pessoas que trabalham diretamente na tarefa do atendimento à saúde mental, especialmente os atores do CAPS, além dos atores da rede municipal e estadual de saúde (Hospitais), dos postos de atendimentos (UBS), hospitais da rede privada (Hospital Daniel Comboni), além dos socorristas (Bombeiros) e serviços sociais, que, por suas funções, ocupações e posições na rede, são capazes de responder às questões da pesquisa. Contatos iniciais indicam a possibilidade de se contar com a participação de representantes do CAPS, do Hospital Regional, de representantes da prefeitura, de organizações de apoio, como a Polícia Militar, UBS, Tribunal de justiça, Secretaria de Assistência Social-SEMAST e terceiros prestadores de serviços.

Esses sujeitos constituíram os contatos iniciais, a partir dos quais, por indicação num sistema de bola de neve (NADERIFAR, GOLI, GHALJAEI, 2017), coletaram-se dados de outros sujeitos, até se chegar ao ponto de saturação dos dados, isto é, ao momento em que os dados se repetiram. Sobre critério amostral, Victoria (2011:107) comenta que:

“Uma vez que se tenha optado por uma técnica, como a de entrevistas, por exemplo, observa-se uma ênfase extremada na definição do número de casos a serem pesquisados. Entretanto, na pesquisa qualitativa esse é um dilema que, muito provavelmente, decorre de uma má compreensão sobre a relação entre os sujeitos e o contexto que se está estudando e entre quantidade e qualidade. Não se trata de com quantas pessoas se conversa, mas sobre o que se conversa e como se conversa, principalmente porque a definição dos entrevistados, bem como o número de indivíduos envolvidos, está diretamente relacionada ao problema a ser estudado. Trata-se, muitas vezes, de uma seleção de entrevistados dentro daquilo que se convencionou chamar de universo de pesquisa.” (p. 107).

3.4 Instrumentos de coleta

A estratégia de coleta incluiu um passo anterior, logo ao início do trabalho, que foi a coleta e organização de dados de fontes secundárias, para caracterização do problema. As fontes secundárias incluíram dados do Programa Mais Saúde: Direito

de Todos: 2008-2011¹, do Ministério da Saúde; os programas TEIAS-Territórios Integrados de Atenção à Saúde²; a norma do Gabinete Ministerial da Saúde NOAS - SUS 01/2001³, e do site do CAPS - Cacoal⁴.

Além dessas fontes, também foram coletados dados dos documentos dos Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos (BRASIL, 2002), Portaria que dispõe no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS; do Gabinete Ministerial GM no. 3.089, de 23 de dezembro de 2011; Decreto instituído na Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS; DECRETO 7.508/11; PORTARIA/GM no. 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, relatório dos pactos pela saúde e em defesa do SUS, disponíveis no *site* do Ministério da Saúde.

Uma segunda fonte de dados, na etapa inicial, foi uma entrevista técnica realizada com pessoa diretamente envolvida com a tarefa e que contribuiu para a construção do Quadro 01.

Para a segunda fase da coleta, utilizaram-se dados de fontes primárias e ampliou-se a busca de dados de fontes secundárias. De acordo com Chisnall (1980), dados de fontes primárias são aqueles obtidos pela primeira vez, e dados de fontes secundárias são informações já existentes, disponíveis e importantes para a questão de pesquisa. Para a coleta de dados de fontes primárias foram utilizados três instrumentos, construídos a partir dos indicadores: (a) roteiro de entrevista; (b) acompanhamento, (c) questionário com escala de Likert.

O Roteiro de Entrevista está descrito no Apêndice B. Ele foi construído a partir dos indicadores e a estratégia das perguntas é questionar cada variável selecionada se ela está presente na rede, qual a história de sua construção (se pelo grupo, ou de outra forma) e o efeito na organização da rede (para estabelecer possíveis associações).

O acompanhamento segue o roteiro de entrevista. Durante o acompanhamento de um usuário foram registrados os mecanismos que entraram em ação em cada

¹ www.saude.gov.br

² www.saude.gov.br/teias

³ www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude

⁴ <https://cebes.com.br/centro-de-atencao-psicossocial-de-cacoal-caps-ii-3539954/>

situação, em cada passo do atendimento. A sequência está apresentada com cada agendamento gerando um diário dos fatos observados e a interpretação dos mesmos.

O questionário está descrito no Apêndice C. Ele foi construído a partir das indicações técnicas de questionário com escala de diferencial semântico de cinco pontos de Likert. A estratégia de apresentação das frases coloca todas como existentes, solicitando a resposta do sujeito.

O questionário não pode ser aplicado pelos seguintes motivos: (a) poucos sujeitos habilitados para responder à pesquisa, (b) esses poucos sujeitos foram entrevistados, (c) a pandemia prejudicou e criou restrições para qualquer tipo de pesquisa de pessoal da área de saúde, mesmo que fosse eletrônica e mesmo com o projeto aprovado pelo Comitê de Ética. Ele está mantido no trabalho como evidência do aprendizado do pesquisador e também para possibilitar a aplicação em futuras pesquisas.

Sobre dados de fontes secundárias, houve acesso a documentos, atas e relatórios do banco de dados da Prefeitura e Secretaria de Saúde local e do Ministério da Saúde, bem como informações (documentos, notícias em mídia impressa e digital) sobre as instituições da rede.

3.5 Formas de análise

Para a análise de dados qualitativos, como os discursos das entrevistas e os diários do acompanhamento, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, conforme Bardin (2011). A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise do discurso, por exemplo, do tema do discurso inteiro, ou de trechos do discurso, ou de palavras mais utilizadas. No presente trabalho utilizou-se a análise temática, ou seja, a análise do discurso das respostas de cada variável previamente selecionada.

Conforme Bardin (2011) e Minayo (2007), as fases da análise de conteúdo são as seguintes:

I. Fase de exploração do material, ou de leituras, buscando sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema refinado de desenvolvimento da pesquisa (BARDIN, 2011). O material é constituído de discursos oriundos das entrevistas e de textos dos documentos de fontes secundárias.

II. A seleção das unidades de análise que incluem palavras, sentenças, frases, parágrafos, ou um texto completo de entrevistas, diários ou livros e análise temática (temas). A exploração do material consiste em analisar o texto em função das

categorias formadas (BARDIN, 2011; MINAYO, 2007). Neste trabalho, no caso das entrevistas, definiu-se a unidade de análise como sendo o conteúdo da resposta para cada indicador.

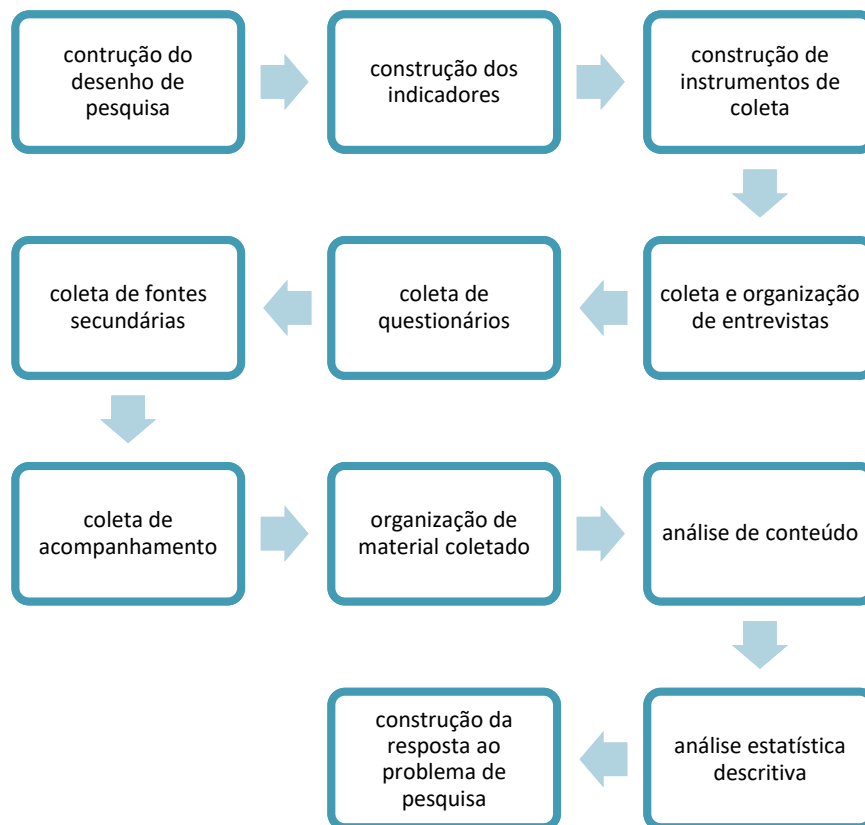
III. Selecionados os conteúdos, realizam-se as interpretações a partir dos princípios teóricos selecionados. A interpretação deve gerar hipóteses para continuidade das pesquisas (BARDIN, 2011; MINAYO, 2007). Os autores de Metodologia sugerem o cruzamento dos dados das várias fontes.

Sobre os dados de fontes secundárias, especialmente os documentos legais e os documentos de rotinas de atendimento, selecionaram-se os trechos que mais claramente se referiam a normas, práticas e valores éticos, norteando as ações.

Os dados obtidos são comparados, buscando-se as convergências e as diferenças. A natureza do trabalho (buscar associações) valorizou mais as convergências, mas as diferenças também foram objeto de análise.

Esquemáticamente o plano da pesquisa é apresentado na Figura 5.

Figura 05. Desenho do plano de pesquisa.



Fonte: Construído pelo autor, 2021.

4. APRESENTAÇÃO e ANÁLISE DOS DADOS

Na primeira parte são descritas as políticas públicas de saúde, com especial atenção ao programa CAPS, suas regras, sua constituição, seu ideal de um trabalho integrado. As informações vieram das fontes secundárias obtidas no portal do Ministério da Saúde, das políticas públicas de saúde estabelecidas pelo Governo Federal diretamente do Portal do Ministério da saúde e de entrevistas técnicas realizadas no CAPS de Cacoal-RO.

4.1 As redes de Atenção à saúde.

Considerando a área de atendimento à saúde mental, os questionamentos referem-se ao modelo de trabalho, pois, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), é difícil implementar a reforma psiquiátrica, pois são grandes os desafios. Esse modelo mostra-se efetivo na substituição do modelo hospitalocêntrico, como componente estratégico de uma política destinada a diminuir a ainda significativa lacuna assistencial no atendimento a pacientes com transtornos mentais mais graves.

As experiências sob os moldes de políticas territoriais cresceram no Brasil durante os anos 1990 e intensificaram-se ainda mais no momento de crise econômica e das reformas liberalizantes sucedidas neste período. Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, incidiram a formulação e gestão de Políticas Públicas que descentralizavam administrativamente os recursos, aumentando as responsabilidades dos Estados e Municípios (MAURO, CINTRÃO, MELHEM, OLIVEIRA, 2018). Para os autores grande parte dos municípios brasileiros possuem diversos problemas de natureza social, tais como desemprego, moradia, desigualdade, educação, saúde, exclusão e violência. Portanto, a utilização da abordagem territorial do desenvolvimento pode ser um instrumento propulsor para minimizar essas dificuldades.

O Programa Mais Saúde: Direito de Todos: 2008-2011, do Ministério da Saúde, instituiu os Territórios Integrados de Atenção à Saúde — TEIAS como modelo de organização de redes de atenção à saúde adequado ao processo de consolidação do SUS, de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade. O Território Integrado de Atenção à Saúde consiste em um conjunto de políticas, programas e unidades de atenção à saúde articulados no espaço de uma região de

saúde de maneira funcional por meio de estratégias clínicas e estruturas públicas de planejamento, gestão e governança (BRASIL, 2008).

Os programas de políticas públicas são ordenados por regras bem detalhadas, conforme se depreende da Constituição brasileira e das normativas do Ministério da Saúde. Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001; Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 resolve: Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial possam constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria (BRASIL, 2002).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), conforme descritiva da normativa do Ministério da saúde, são unidades especializadas em saúde mental, para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente. Os centros oferecem um atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional que reúne médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, entre outros especialistas. A atividade é regulada pela Constituição Federal Lei 10.216 e pela Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2001 do Ministério da Saúde, garantindo apoio e tratamento para a saúde mental do cidadão brasileiro.

O Programa CAPS é constituído de organizações que prestam serviços de saúde mental para a população, com equipes multiprofissionais e realiza prioritariamente atendimento às pessoas em sofrimento, ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise, ou nos processos de reabilitação psicossocial.

Pode-se afirmar que é um programa substitutivo ao modelo asilar, ou seja, aqueles em que os pacientes deveriam morar em manicômios e em consonância ao movimento da Reforma Psiquiátrica que se iniciou no final da década de 1970. O CAPS acolhe os pacientes com transtornos mentais, estimula sua integração social e familiar, apoia suas iniciativas de busca da autonomia e oferece atendimento médico

e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os serviços oferecidos pelo CAPS, em conjunção com outras organizações, constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, conforme planejado pelo Ministério da saúde (2004).

Para Ouverney e Noronha (2013), a Norma Operacional de Assistência à Saúde — NOAS, editada em 2002, enfatizou a necessidade de consolidar uma lógica de estruturação de redes regionalizadas como um sistema de saúde integrado regionalmente, introduzindo elementos estratégicos de integração intermunicipal como a delimitação de referências territoriais para a elaboração de políticas, programas e sistemas organizacionais (módulos, microrregiões e regiões) e o estabelecimento de instrumentos de planejamento integrado como os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos (BRASIL, 2002). Para realizar a tarefa é necessário que os representantes e interessados locais reúnam-se e tomem decisões. Logo a organização da rede através da governança relacional pode contribuir como mecanismos complementares de coordenação da ação coletiva, realizada por meio da interação entre atores interdependentes como forma de resolução de problemas na rede, que é o foco e o objeto deste trabalho.

A Organização Pan-americana de Saúde-OPAS destaca a formação de redes de atenção em suas atividades e documentos de referência relativos ao aperfeiçoamento dos sistemas de saúde. Diversos esforços de agenda convergiram para a formulação, em 2008, de um marco conceitual e operativo intitulado *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas*. Esse marco resulta do debate qualificado de especialistas e gestores de vários países que, em oficinas de consulta regional, aprofundaram o conhecimento atual sobre o tema (OUVERNEY, NORONHA, 2013), ou seja, a governança relacional pode ser uma ferramenta eficiente para solução das questões não previstas ou regionalizadas no caso do CAPS.

Ainda segundo as normativas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), um País, um Estado, uma Cidade, um Bairro, uma Vila, um Vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios onde habitamos. Assim, o território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas

instituições, seus cenários de ações (nas igrejas, nas escolas, nas empresas, nos locais de lazer, etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados e é nesse espaço social que se organiza a governança relacional.

Nos parágrafos seguintes detalham-se a estrutura e os serviços ideais para o funcionamento das CAPS, conforme PORTARIA/GM n°. 3.089, de 23 de dezembro de 2011, que dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS.

4.1.1 Estruturas e serviços CAPS.

Segundo os dados da Fiocruz (2018) e Ministério da Saúde (2002), existem diversas modalidades de CAPS e especialidades de atendimentos diferentes, a saber:

Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

- **CAPS I:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
- **CAPS II:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS I:** Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS ad Álcool e Drogas:** Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes, conforme decreto 7.508/11; Portaria/GM no. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.
- **CAPS III:** Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo

uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

- **CAPS ad III Álcool e Drogas:** Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes, (BRASIL, 2004). Portaria no. 130, de 26 de janeiro de 2012, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h – CAPS AD III – e os respectivos incentivos financeiros;

O município de Cacoal, no Estado de Rondônia, localizado a 480,9 km da cidade de Porto Velho, Capital do Estado, com a população estimada de 85.359 habitantes, segundo dados do IBGE (2019), utiliza o modelo de CAPS II.

Neste modelo de unidade existente na cidade de Cacoal/RO, a Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, determina que a equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, tenha a seguinte configuração: para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, sendo composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Ainda segundo as normas do MS, os CAPS visam:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;

- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (Manual CAPS).

Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Deverão contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos:

Os CAPS devem contar, no mínimo, com os seguintes ambientes:

- Recepção compreendida como Espaço de acolhimento: local onde acontece o primeiro contato do usuário e/ou seus familiares/acompanhantes e a unidade. Diferente de uma sala trata-se de espaço acessível, acolhedor, com sofás, poltronas, cadeiras para comportar as pessoas que chegam à unidade, mesas para a recepção. A sala de arquivo deverá ficar de fácil acesso à equipe.
- Salas de atendimento individualizado: acolhimento, consultas, entrevistas, terapias, orientações. Um espaço acolhedor que garanta privacidade para usuários e familiares nos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional. É necessário que contenha uma pia para higienização das mãos, mesa com gavetas, cadeiras, sofá e armário, se for necessário algum recurso terapêutico. Nesta sala estarão o(s) profissional (is) da equipe do CAPS, o usuário e/ou familiar (es) ou acompanhante. É importante que pelo menos uma das salas de atendimento individual contenha uma maca disponível, se necessário, para as avaliações clínicas e psiquiátricas.
- Salas de atividades coletivas: espaço para atendimentos em grupos, e para o desenvolvimento de práticas corporais, expressivas e comunicativas; um dos espaços para a realização de ações de reabilitação psicossocial e de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares; ações de suporte social e comunitárias; reuniões com familiares, etc. Espaço que contemple

atividades para várias pessoas de forma coletiva. É importante que a disposição dos móveis seja flexível permitindo a formação de rodas, minigrupos, fileiras, espaço livre, etc. Poderá contar com equipamentos de projeção, TV, DVD, armário para recursos terapêuticos, pia para higienização das mãos e manipulação de materiais diversos.

- Espaço de convivência: espaço de encontros de usuários, familiares e profissionais do CAPS, assim como de visitantes, profissionais ou pessoas das instituições do território, que promova a circulação de pessoas, a troca de experiência, “bate-papos”, realização de saraus e outros momentos culturais. Este deve ser um ambiente atrativo e agradável que permita encontros informais. É importante lembrar que o espaço de convivência não é equivalente a corredores.
- Banheiros com chuveiro e com sanitário adaptado para pessoas com deficiência: deverão ser, no mínimo 02 banheiros, um feminino e um masculino, todos com chuveiro e adaptação para pessoas com deficiência. Poderá conter um vestiário para troca de roupas. O número de sanitários e chuveiros deverá ser adequado ao fluxo de pessoas.
- Sala de aplicação de medicamentos (Sala de medicação) e Posto de enfermagem: espaços de trabalho da equipe técnica, com bancada para preparo de medicação, pia, armários para armazenamento de medicamentos e mesa com computador. É interessante que a porta seja do tipo guichê, possibilitando assim maior interação entre os profissionais que estão na sala e os usuários e familiares. É desejável que seja próximo aos quartos.
- Sala administrativa: um escritório; espaço com mesa, cadeiras e armários.
- Sala de reunião: sala que comporte mesa redonda ou mesa retangular grande para reuniões de equipe, reuniões de projetos com usuários e familiares, reuniões intersetoriais, pessoas externas à unidade, supervisão clínico-institucional, ações de educação permanente, etc. Deverá contemplar espaço para retroprojeção.
- Almojarifado: espaço com prateleiras e/ou armários para armazenamento de materiais necessários.

- Sala para arquivo: sala com armário e/ou arquivos para circulação de 02 pessoas. É a sala onde ficam armazenados os prontuários. Poderão ser prontuários eletrônicos.
- Refeitório: o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o projeto terapêutico singular de cada usuário. O refeitório deverá permanecer aberto durante todo o dia não sendo para uso exclusivo no horário das refeições. Poderá ter uma mesa grande ou mesas pequenas ordenadas e organizadas de forma a propiciar um local adequado e agradável para as refeições como momentos de convivência e de trocas.
- Copa (Cozinha): espaço para a manipulação de alguns alimentos.
- Banheiro com vestiário para funcionários: banheiro pequeno com espaço para vestiário. É recomendável que o banheiro comum seja compartilhado por usuários, familiares e profissionais da equipe. Entretanto, caso o gestor opte por inserir um banheiro apenas para funcionários, as dimensões estão previstas neste documento. É oportuno que esteja próximo ao ambiente para repouso profissional.
- Depósito de material de limpeza: é uma área de serviço, com espaço para colocar roupa para secar e para a máquina de lavar.
- Rouparia: espaço pequeno, com armário ou recipientes que separem as roupas limpas das sujas.
- Abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e Abrigo externo de resíduos sólidos: áreas para descarte de lixo doméstico. (Observar Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos e Regulamento técnico da ANVISA/MS sobre gerenciamento de resíduos de serviços de saúde).
- Área externa para embarque e desembarque de ambulância: espaço externo suficiente para entrada e saída de ambulâncias.
- Área externa de convivência: área aberta, de circulação de pessoas, com espaços para ações coletivas (reuniões, oficinas, ações culturais e comunitárias, etc.) e individuais (descanso, leitura), ou simplesmente um espaço arejado no qual os usuários e/ou familiares possam compartilhar momentos em grupo ou sozinhos, projetado como espaço de conviver e área externa de convivência.

As pessoas atendidas nos CAPS são as que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS devem funcionar, pelo menos, durante os cinco dias úteis da semana conforme descrito abaixo:

- CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

4.1.2 Dados de entrevista técnica.

Como parte da tarefa de coleta de dados, foi realizada uma entrevista técnica com um dos gerentes do CAPS II de Cacoal, o que possibilitou algumas análises comparativas entre o ideal do programa e a realidade local. A entrevista foi realizada visando dois objetivos: por um lado, coletar dados sobre a estrutura e funcionamento da unidade e suas conexões de rede e, por outro lado, questionar sobre a governança da rede, os problemas e dificuldades de se seguir as regras estabelecidas e as soluções encontradas.

Segundo o sujeito, o CAPS de Cacoal funciona de 07h00min as 13h00min, de segunda a sexta-feira, em horário corrido e atende aproximadamente de 250 a 300 usuários por mês, recebendo também pacientes dos municípios vizinhos de Nova Primavera D'Oeste, Ministro Andreaza, Espigão D'Oeste, São Felipe e Distrito de Riozinho, que são distritos pertencentes ao município de Cacoal; através de um acordo estabelecido denominado Consórcio de Municípios, onde os mesmos unem forças para oferecer um serviço que seria difícil para cada município ofertar. Como já mencionado, esse sistema de cooperação depende em grande parte da natureza das relações estabelecidas entre as partes.

O CAPS Cacoal funciona em nível de CAPS II, porém o número do quadro de funcionários não contempla o mínimo exigido pela Secretaria de Atenção à Saúde, em seu Manual de orientações e normas.

No início da coleta prévia de dados, com visita e entrevistas, a unidade local contava com um quadro de oito funcionários, sendo três concursados públicos

(psicóloga, zeladora e segurança) e os demais são realocados de outros setores/Instituições ou em cargos comissionados conforme quadro abaixo:

Tabela 01. Quadro de pessoal CAPS II Cacoal – RO.

Função	Número de concursados	Realocados/comissionados
Gerente de unidade	-	01
Psicóloga	01	-
Médica	-	01
Enfermeira	-	01
Zeladora	01	-
Auxiliar de Adm.	-	01
Segurança	01	-
Recepção	-	01
Total	03	05

Fonte: Construído pelo autor, 2021.

Nessa situação, os discursos indicavam dificuldades em diversos contextos, tais como o reduzido quadro de funcionários, a licença do trabalho devido à problemas de saúde, a falta de funcionários com especialidades, a falta de material e existência de conflitos de interesses. Considerando o conceito de governança conforme Jones, Hesterly e Borgatti (1997), no sentido de resolver conflitos e criar sinergia, pode-se afirmar que os mecanismos existentes não se mostram competentes para o funcionamento do grupo.

Segundo levantamento neste primeiro momento da visita, os turnos para duas ou três jornadas de trabalho na unidade exigiriam pelo menos duas equipes completas. Conforme o sujeito, a demanda atual é superior à capacidade de atendimento da unidade. Além disso, o sujeito descreveu a situação de falta de compromisso. Existe uma piscina na sede do CAPS, para atividades recreativas/ou de saúde, que foi preparada e limpa para atividades com os usuários do serviço. Ocorreu que a pessoa designada para executar a atividade compareceu uma vez e depois deixou de frequentar, abandonando o serviço e o público, o que veio a paralisar o programa e o cancelamento da atividade, ficando a piscina sem uso. O caso ilustra um ambiente de falta de comprometimento que influencia na seriedade e responsabilidade dos atores em realizarem as tarefas.

Outro caso difícil está relacionado às refeições que, segundo orientações e recomendações do manual, devem ser servidas aos usuários, porém, houve adaptação do local e da tarefa, pois não há funcionários para a cozinha e nem material para tal finalidade, ficando hoje o oferecimento de uma única refeição semanal para os usuários, quando há atividades em grupos, já que os funcionários trabalham com grupos de psicoterapias com usuários e com as famílias.

Existem adaptações, por exemplo, na questão do horário de funcionamento, que, no manual do MS, deveria ocorrer em dois períodos com equipes diferentes, através da colaboração tripartite entre Federação, Estado e Município, para as questões principalmente de recursos humanos. No caso, no entanto, o funcionamento é em horário corrido das 7hs às 13hs.

Outra situação é a assimetria de funções e responsabilidades com outras instituições. As instituições parceiras que deveriam dar apoio mútuo no atendimento e operar num princípio de reciprocidade, encaminham mais do que atendem à demanda do CAPS. São demandas de todas as áreas como do Juizado de menores, vara criminal, presídio, abrigo de acolhimento de menores, CREAS, CRAS entre outros.

Outro exemplo de ajuste foi sobre medicação. Hoje a unidade não trabalha mais com medicação, como era no passado. Por questões administrativas esse serviço foi transferido para a Farmácia Central do Município.

O comparativo do quadro ideal constante no planejamento do CAPS e a realidade do CAPS de Cacoal, na visão de um de seus gerentes, é que, para que os trabalhos da unidade fossem realizados com qualidade e eficiência, seria necessário, no mínimo, o dobro da equipe existente, além de recursos financeiros para questões como materiais, alimentação e outros.

Além desses itens, os dados coletados também indicam que as organizações envolvidas na tarefa podem apresentar problemas de sincronia de processos, de fluxo de informação e de acompanhamento de resultados, que são indicadores importantes a serem adicionados na lista construída. Por exemplo, um paciente ser erroneamente encaminhado para o CAPS, ou, ao contrário, um paciente que deveria ser referenciado para o CAPS ser atendido em outra unidade de saúde.

Conforme Vargas *et al.* (2011), é importante considerar indicadores de padronização de processos, bem como as formas de ajustes no serviço, por causa das características específicas locais. Dados iniciais das fontes secundárias e da entrevista técnica indicam ausência dessas formas de ajustes no serviço.

O Quadro 03 mostra um comparativo entre o ideal do programa CAPS, na coluna de Conceito, e as características do quadro que emergiu até o momento sobre o caso investigado.

Quadro 03. Comparativo do Conceito e da realidade do CAPS de Cacoal

Característica	Conceito	Na rede de Cacoal
Complexidade	Para a realização da tarefa são necessárias capacidades específicas, as quais devem se unir nos processos de produção, o que cria a interdependência.	A tarefa necessita de pessoas com capacidades especiais, tanto da área de saúde mental, quanto de saúde física, questões legais, procedimentos administrativos, entre os principais. Em Cacoal algumas especialidades não estão cobertas.
Interdependência	Os recursos, principalmente advindos de especialidades, criam a necessidade de trocas entre os atores, sem as quais a tarefa não se realiza. Para que as ações coletivas se realizem é necessária uma governança.	As pessoas dos serviços hospitalares, ambulatoriais, jurídica e assistência social necessitam trabalhar em conjunto, mas a escassez de mão de obra cria algumas dificuldades.
Governança	Conjunto de mecanismos para regular e incentivar as ações coletivas, objetivando minimizar conflitos. Quando os mecanismos são criados pelo próprio grupo, denomina-se governança relacional.	Existem procedimentos formais documentados nos manuais e também outros procedimentos, tais como regras de atendimento, ou formas de registro; que são decididos e ajustados pelos agentes. Como exemplo de governança formal pode-se citar os registros de atendimentos feitos no Sistema do Governo Federal RAAS e BPA. Um exemplo de governança relacional pode-se citar as decisões de encaminhamento do paciente. Em Cacoal existem parcerias com hospitais, CRAS, CREAS e TJ.
Governança relacional	São os mecanismos ajustados, ou criados pelo próprio grupo, distintos dos mecanismos formais, legais, institucionais, que já existem e vem pronto para o grupo (Grandori, 2006). Para um grupo construir a governança relacional é necessário ter um ambiente favorável de relacionamento.	Observações iniciais indicam que na rede do qual o CAPS de Cacoal faz parte, um dos ajustes necessários se refere à falta de especialistas de alguns setores, como psicopedagogos e terapeutas ocupacionais, exigindo adaptações do pessoal quando a demanda é para essas áreas. A governança relacional não parece ser uma prática estabelecida.
Ambiente de relacionamento	Quando atores se encontram regularmente para realizar uma tarefa surge um ambiente de relacionamento, tanto de relações amistosas, de confiança e de comprometimento, quanto relações de competição, poder. Um ambiente com dominância de relações amistosas favorece a discussão e decisão sobre	Sinais iniciais, de contatos prévios, indicam a existência de alguns conflitos e assimetrias ainda não resolvidos. Por exemplo: a experiências de alguns agentes podem causar conflitos com os atores mais novos no sentido de decisões a serem tomadas.

	mecanismos de governança (Jones, Hesterly, Borgatti, 1997).	
Consciência de ação coletiva	Todas as transformações da sociedade em rede exigem o desenvolvimento de uma consciência de ação coletiva, distinto da consciência do eu sozinho e do mundo de competição isolada (Giglio, 2016).	Sinais iniciais coletados em Cacoal indicam que os atores valorizam as ações coletivas, mas na prática diária parece existir uma valorização da hierarquia e comando.

Fonte: Construído pelo autor, 2021.

Durante a pesquisa, os sujeitos entrevistados relataram mudanças no quadro de colaboradores, com a contratação de profissionais e realocação de outros, devido a mudanças na Secretaria de Saúde no nível federal e municipal. Essas mudanças de recursos humanos possibilitaram a solução de alguns problemas, tais como o horário de atendimento, estendido até as 17hs. Cabe ressaltar que as mudanças foram decididas formalmente, isto é, de forma hierárquica. Não houve evidências de ajustes entre os próprios colaboradores.

4.2 Análise de entrevistas.

Sujeito 1

O sujeito 1 é integrante da equipe do CAPS local e trabalha há 6 meses na unidade, vindo de outra unidade de atendimento de saúde na qual estava alocado há alguns anos.

O discurso dominante do sujeito é o de que não há integração entre os vários atores da rede de saúde mental; há influência política na organização do serviço e uma centralidade de decisão de um ator do governo. Nesse contexto são raros os exemplos de governança relacional influenciando a organização da rede. Quando o sujeito deu exemplos de governança relacional, eles se referiram a um subgrupo próximo do sujeito, com acordos que só tiveram impacto na própria rotina deste grupo.

Um exemplo do discurso: *“A rede não se comunica e o CAPS não tem um protagonismo, pois cada um faz sua parte, mas quando precisamos, somente com nossa influência pessoal, ou profissional, de colega para colega, é que conseguimos resolver as situações que surgem. O psicólogo pede para o psicólogo, o assistente social para outro assistente social e assim vai”*.

A resposta da pesquisa é a de que não existem sinais suficientes de governança relacional influenciando a organização da rede. A proposição não se mantém.

O discurso deste ator é sobre os vários problemas de fluxo no atendimento e de fluxo de informações, os quais geram sobrecarga de papéis e funções. Conforme o sujeito, o sistema é falho nas ações coletivas, porque existem respostas de resistência à mudança; sinais de autoridade, por exemplo por parte de alguns médicos, conflitos de interesses e raras situações de ajustes das regras feitos de forma coletiva. Conforme o sujeito, os problemas começam lá na ponta da triagem e seguem até a alta do paciente.

Quando o sujeito se referiu a exemplos de governança relacional, eles estavam restritos ao seu grupo mais próximo de trabalho, não se expandido para a rede. Por exemplo: O sujeito combinou com o seu grupo próximo de trabalho sobre um curso de capacitação que foi realizado após o horário de trabalho.

Sobre a estrutura da rede e hierarquia, o sujeito informou que todo o plano precisa primeiro ser aprovado pelo coordenador da secretaria Municipal de Saúde. Conforme relatou o próprio entrevistado, algumas ideias não são aprovadas pelo coordenador. Em relação ao modelo proposto por este trabalho, isso significa que a estrutura e o funcionamento da rede resultam mais de um poder hierárquico, do que um poder de decisão coletiva.

Sobre os indicadores foi possível estabelecer algumas associações, apesar da raridade de exemplos no discurso. Essas associações estão indicadas no Quadro 04.

Quadro 04. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito 1.

Governança relacional	Organização da rede	Exemplo de discurso
2.4. Construção/ajuste de funcionamento.	3.2.1. Modos de realização da tarefa: rotinas de produção, rotinas de decisões, fluxo de informação, fluxo de atendimento. 3.2.2. Dinâmica de grupo: processos de produção do serviço.	<i>“Nós pegamos o protocolo do ES (Espírito Santo) de modelo e transformamos ele aqui pra Cacoal. Não tem nada protocolado, construímos aqui esta regra local”.</i>

2.4. Construção/ajuste de funcionamento (<i>falta</i> governança de comunicação).	3.2.1. Modos de realização da tarefa: rotinas de produção, rotinas de decisões, fluxo de informação (dificuldades de realizar a tarefa, por causa das falhas de mecanismos de comunicação).	<i>“Nós não temos comunicação nenhuma, nenhuma com o pessoal da rede, principalmente com a rede estadual e quem está na gestão não tem esta explicação (sobre a falta de comunicação). A gente faz na cara e na coragem. De profissional, pra profissional”.</i>
--	---	--

Fonte: Construído pelo autor, 2021.

A organização do conjunto dos dados permite responder ao problema de pesquisa. A proposição da associação entre governança relacional e organização da rede não se sustenta. Existe uma governança hierárquica, ou formal dominante, que estrutura a rede e o seu modo de funcionamento. Conforme o sujeito, a rede não funciona, tem sérios problemas de qualidade de atendimento e de coesão e funcionalidade dos processos. Fica como dúvida para pesquisa futura se a governança relacional seria capaz de resolver alguns destes problemas.

Sujeito 02

O sujeito 02 é um dos servidores mais antigos do CAPS local e é concursado pelo Município. Tal como nos discursos anteriores, este sujeito também apresenta um discurso dominante em que afirma não haver integração entre os vários atores da rede de saúde mental em que fica claro o protagonismo do CAPS não é explorado como se deve e poderia ser. O entrevistado ressalta também as questões de influência política na organização dos serviços e uma centralidade de decisão de hierarquia na Secretaria de saúde Municipal. Quando o sujeito deu exemplos de governança relacional, eles também se referiram a um subgrupo local.

Quadro 05. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito 02.

Governança relacional	Organização da rede	Exemplo de discurso
2.4. construção/ajuste de funcionamento (horários, procedimentos) (decisões do grupo interno do CAPS).	3.2.1. Modos de realização da tarefa: rotinas de produção, rotinas de decisões, fluxo de atendimento.	<i>“Devido o número da equipe ser reduzido, preferimos ajustar o horário corrido até as 13H”.</i>

Fonte: Construído pelo autor, 2021.

O conteúdo desta entrevista é convergente com a anterior, no que se refere à existência de uma governança hierárquica dominante, que determina o modo de funcionamento da rede. A consequência da formalidade e hierarquia e o fato de que as partes envolvidas nos vários serviços não se integram, não têm sincronia e não trocam informações.

Um exemplo de falta de sincronia e ajuste é o encaminhamento errado de pacientes, que chegam ao CAPS, mas não são pacientes para esse serviço. O oposto também ocorre, com casos de pacientes com doença mental que são internados em hospitais, ou tratados por outros profissionais que não são da equipe CAPS.

Conforme o sujeito falta coesão e funcionalidade dos processos bem definidos e compreendidos pelos atores da rede.

Conforme interpretação deste pesquisador, a inexistência de ajustes entre os profissionais mantém essas assimetrias e erros na rede. Os raros exemplos de governança relacional relatados até o momento deram resultados positivos no processo, no atendimento, na sincronia.

Sujeito 03

O sujeito é técnico de enfermagem concursado pelo Município e faz parte da equipe de uma UBS da região metropolitana de Cacoal. Está há 06 anos em sua atividade e tem formação superior. Em seu discurso comenta sobre a falta de comunicação e integração, indicando que os atores da rede não se comunicam entre si, e que seria perfeito se essa comunicação existisse.

Um grande problema apontado pelo sujeito é o de que não há troca de informações sobre o usuário. Ele ressalta que não há integração entre os atores da rede de saúde mental e que os arranjos feitos para caso de encaminhamento, ocorrem por comunicação entre profissionais de áreas afins e “assim damos um jeitinho”. São ajustes locais que não se difundem na rede.

O sujeito também discursa sobre influência política na organização dos serviços e sobre a centralidade de decisão na Secretaria de Saúde Municipal. O sujeito revelou desconhecer a realidade do CAPS local, incluindo quais e quantos profissionais ali trabalham.

Quando o sujeito deu exemplos de governança relacional, ele ressaltou que, em casos mais graves, isto é, de pacientes com distúrbios graves, eles estabelecem um arranjo onde o acompanhamento é feito pelo prontuário eletrônico do SUS. Esses

arranjos são extemporâneos, específicos de casos especiais e não se difundem na rede. Em seu discurso, verbaliza que o que existe é que cada um faz sua parte, individualmente *“O que existe é que nós fazemos nosso trabalho aqui, eles fazem o deles e assim que funciona.”*. O Quadro 06 mostra a associação encontrada no discurso, que é muito semelhante ao do sujeito anterior, inclusive na sua estrutura de linguagem.

Quadro 06. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito 03.

Governança relacional	Organização da rede	Exemplo de discurso
2.4. construção/ajuste de funcionamento (horários, procedimentos) (decisões do grupo interno do CAPS).	3.2.1. Modos de realização da tarefa: rotinas de produção, rotinas de decisões, fluxo de atendimento.	<i>“Devido nossa equipe reduzida, nós ajustamos os horários, para atender a melhor demanda.”</i>

Fonte: Construído pelo autor, 2021.

Os dados mostram que os atores da rede desconhecem os processos de atendimento do usuário de saúde mental, pois se não há registro no sistema da rede, as informações estão inacessíveis.

Outro problema é a falta de conhecimento dos atores da rede sobre o quadro de funcionários e os serviços no CAPS. Estas informações nos permitem afirmar que os atores da rede desconhecem os serviços oferecidos pelo SUS através do CAPS. Dessa forma, são raros os exemplos de governança relacional e sua influência na organização da rede.

Sujeito 04

O sujeito 04 trabalha no CAPS e tem experiência de oito anos na rede pública, tendo inclusive trabalhado no CAPS em gestões políticas anteriores. Com formação superior em Psicologia, atua na área de saúde mental no atendimento direto aos usuários daquele serviço.

Seu discurso converge com os anteriores, quando ressalta a incerteza na continuidade das ações planejadas pelos atores do CAPS, por questões de mudanças políticas. Há convergência com discursos anteriores no que se refere aos vários problemas de fluxo no atendimento e de fluxo de informações, gerando sobrecarga de papéis e funções. O sistema é falho nas ações coletivas, porque existem respostas

de resistência à mudança. São raras as situações de ajustes das regras feitos de forma coletiva. Conforme o sujeito, os problemas começam na ponta da triagem e seguem até a alta do paciente. Um dos problemas é o encaminhamento equivocado, que atrapalha o fluxo e levanta a questão da falta de conhecimento dos serviços ou dos papéis dos atores no atendimento ao público. No meio desses problemas, um dos ajustes que ocorre é realizado por contato direto entre os profissionais envolvidos, saindo fora das rotinas de atendimento.

Conforme o sujeito, há um plano de se resolver a questão de comunicação, fluxo e operação, por meio de reunião com toda a rede de saúde, para apresentar o CAPS e deixar bem claro seu lugar na atenção Secundária do setor.

O Quadro 07 mostra a associação de indicadores encontrada. Como se nota, há convergência com os dados dos sujeitos anteriores. Nos discursos dos três casos há dominância do tema de funcionamento e procedimentos, afirmando-se que existem problemas nesse indicador, o que ocasiona problemas de fluxo e qualidade de atendimento.

A associação ocorre pela lógica ausência-ausência. Significa que a ausência de governança relacional sobre os procedimentos é a causa dos problemas de fluxo no atendimento.

Quadro 07. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito 04.

Governança relacional	Organização da rede	Exemplo de discurso
2.4. construção/ajuste de funcionamento (horários, procedimentos, uso dos recursos) (decisões do grupo interno do CAPS).	3.2.1. Modos de realização da tarefa: rotinas de produção, rotinas de decisões, fluxo de informação, fluxo de atendimento.	<i>“Tivemos que ajustar os protocolos de atendimento, criando um controle nosso interno, visando melhorar o fluxo e poder atender melhor a demanda, mais ainda falta.”.</i>

Fonte: Construído pelo autor, 2021.

A associação inferida está em linha com as entrevistas anteriores, nas quais se afirma que a relação entre a governança relacional e a organização da rede é pouco desenvolvida. Pode-se fazer uma ressalva e comentário: (a) O impacto na rede nos processos de produção e fluxo de atendimento não está resolvendo os problemas apresentados, pois o processo atinge situação local e não se espalha pela rede, o que ocasiona repetição dos problemas.

Sujeito 05

O sujeito 05 da pesquisa é funcionário municipal concursado para a área de segurança, mas no CAPS passou a exercer a função administrativa e está na unidade há dois anos. É responsável pela recepção, agendamento de pacientes, arquivo de prontuários, recepção de encaminhamentos e documentação em geral. Em seu discurso registra que: *“aqui todo mundo faz de tudo um pouco, para dar conta”*.

Questionado sobre quais os principais problemas encontrados na rede, responde que a comunicação é precária, ou inexistente. Conforme seu discurso: *“quando precisamos da rede de saúde pública para atender alguma demanda, conseguimos as coisas com ajuda entre os profissionais, a assistente fala com outra assistente, o psicólogo com outro psicólogo do local do serviço que precisamos e assim vai”*. Ressaltou também problemas de encaminhamentos, que são feitos de forma equivocada, principalmente quando provém da atenção básica de saúde, o que atrapalha a fluidez dos serviços na rede, por exemplo, o paciente precisa cuidar de questões biológicas antes de vir ao CAPS, como medicação ou outros cuidados e acabam chegando lá sem os atendimentos primários da atenção à saúde. Exemplo de discurso sobre esse ponto: *“Nós aqui do CAPS, fizemos reunião e decidimos ajustar o serviço interno na recepção do usuário, colocando o acolhimento primeiro (Triagem), só para depois de identificado pelo profissional a adequação do serviço/usuário”*.

Ele comenta ainda que a maior parte dos pacientes recebidos vem das UBS' s- Atenção primária de saúde- e os demais são divididos em procura direta, encaminhamento do CREAS, Conselho tutelar, Justiça e outros não especificados.

Afirmou que não possuem registros de acompanhamentos e que não possuem acesso ao sistema do SUS, sendo o controle por meio interno. Disse ainda que a média de atendimento mensal varia entre 190 a 230 usuários por mês, divididos entre atendimento médico, psicológico e de assistência social.

Explica que o CAPS alimenta o sistema interno de informações e que estes dados vão para a Secretaria de saúde. O que ele mantém e acessa são os dados do último mês de atendimento e que em dezembro/2020, devido a pandemia e recessos de final de ano, foram feitos apenas 55 atendimentos na unidade.

Os discursos permitiram inferir as seguintes associações entre a governança relacional e a organização da rede, mostradas no Quadro 08.

Quadro 08. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito 5.

<p>2.4. construção/ajuste de funcionamento (procedimentos).</p> <p>2.5. construção/ajuste de regras de controle do serviço e das pessoas.</p>	<p>3.2.1. Modos de realização da tarefa: rotinas de produção, rotinas de decisões, fluxo de informação, fluxo de atendimento.</p> <p>3.2.2. Dinâmica de grupo: processos de produção do serviço.</p>	<p><i>“Nós modificamos a forma de atender, para dar melhor vazão e ajustar os encaminhamentos que as vezes vem errado ou de forma inadequada, agora primeiro é o acolhimento, depois o cadastro”.</i></p>
---	--	---

Fonte: Construído pelo autor, 2021.

As associações inferidas permitem afirmar que há relação entre a governança relacional e a organização da rede. No entanto, pode-se fazer duas ressalvas e comentários: (a) O impacto é na rede local do CAPS, isto é, no seu fluxo interno de atendimento de serviço; (b) O ajuste realizado (triagem antes de iniciar o serviço) não está resolvendo o problema de encaminhamento errado, que é a origem dos problemas no atendimento do CAPS.

Sujeito 06

O sujeito 06 da pesquisa faz parte da gerência do CAPS, tendo assumido o cargo recentemente, a partir da reorganização da administração municipal iniciada em 2021. Trabalha como técnica de enfermagem há cinco anos e foi concursada para o cargo, possuindo formação superior de Psicologia com especialização em saúde pública e técnica de enfermagem.

Disse que sua nomeação não se trata de indicação política, pois não possui vínculo fortes nesta questão, mas sim de competência por trabalhar na unidade há algum tempo e por ter formação na área em que atua. Informou que durante o tempo que trabalha na unidade, houve aproximadamente doze trocas de gestores, e que em um único ano, já chegou a ter dois gerentes diferentes ocupando o cargo. Ademais, mencionou também o fato de que a nova administração demonstra ter um interesse de organizar a rede de saúde e que visitou a unidade, prometendo se mobilizar para a melhora.

Afirmou que as maiores dificuldades são as questões de encaminhamento e fluxo dos serviços, pois a capacidade de atendimento é reduzida e a instituição atende demandas de mais cinco municípios vizinhos. Esta situação foi verificada

presencialmente no dia da entrevista, pois o único médico fixo do CAPS foi alocado para outro serviço. No momento eles contam apenas com a colaboração de médicos professores de um Centro universitário de Medicina da cidade e seus estagiários duas vezes por semana. Não soube informar se há substituição em andamento, nem se haverá outros técnicos enviados para a unidade, que devido ao pouco tempo na gerencia, ainda está se organizando.

Questionada sobre como analisa a unidade na rede de saúde, se diz isolada e sem os devidos acessos de sistema e sem colaboração da rede. As demandas judiciais e dos serviços Sociais são muitas, prejudicando o fluxo, pois nem sempre os serviços solicitados são de competência da unidade, como laudos psicológicos ou médicos. Afirma que pretendem melhorar este aspecto, deixando a unidade mais visível na rede, mas ainda sem um projeto de plano de ação posto.

O Quadro 09 mostra as associações inferidas a partir do discurso.

Quadro 09. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito 6.

(Ausência de) 2.5. construção/ajuste de regras de controle do serviço e das pessoas.	(Causando problemas de) 3.2. Sobre modos de realização das tarefas e dinâmica do grupo. 3.2.2. Dinâmica de grupo: processos de produção do serviço.	<i>“Nós recebemos muitos encaminhamentos errados desde as UBS CRAS, CREAS e Justiça que não nos cabe, mas é a Justiça, né?”.</i> <i>Não temos controle dos serviços, a não ser o interno, mas não podemos saber como o usuário está inserido na rede SUS e quais serviços utilizam”.</i>
1.3.2. Colocar os recursos à disposição dos outros (fazendo triagem, por exemplo, mesmo com demandas impróprias).	3.2. Sobre modos de realização das tarefas e dinâmica do grupo.	<i>“Nós recebemos muitas solicitações da Justiça, ou mesmo encaminhamentos de serviços que não são da nossa competência, como por exemplo emissão de laudos médicos e psicológicos. Para evitar problemas com a justiça e as vezes não prejudicar o usuário”.</i>

Fonte: Construído pelo autor, 2021.

O conteúdo demonstra que as questões de encaminhamento e quadro de funcionários, é percebido pela maioria dos atores da rede, que inclusive desconhecem os processos dos usuários de saúde mental.

Outra questão importante diz respeito à falta de conhecimento das competências dos serviços do CAPS e às demandas por outras Instituições, sendo

que as questões de hierarquia foram pontuadas nos indicadores 3.2.1 (fluxo de atendimento) + 3.2.2 (processos de produção do serviço).

Sujeito 07

O sujeito 07 da pesquisa é funcionário concursado pelo Corpo de Bombeiros de Cacoal e já trabalhou em 5 municípios exercendo seu cargo. Agora atua como Sargento do corpo de bombeiros e responde pelo atendimento de chamadas de Urgências e emergências na cidade.

Questionado sobre como resolve as questões de chamadas de emergências pelo (192), para atendimento de pessoas em surto e quais os principais problemas encontrados na rede para este tipo de atendimento, ele responde que *“geralmente quando o caso é de surto psicóticos ou drogas e se oferece ameaça ao usuário ou a terceiros, orientamos ao usuário acionar a polícia Militar”*. Assim em situações de tentativas de suicídio, estes pacientes são encaminhados para o Hospital Regional de Urgência e Emergência-HEURO, que após atendimento de urgência inicial, não têm mais informação ou acesso sobre os encaminhamentos dados para cada caso, além do que também, não possuem acesso ao sistema do SUS.

Além disso, informa que há uma cultura antiga na cidade em que os bombeiros foram designados para esta função, criando uma equipe de atendimento exclusiva deste tipo de serviço, pois na rede de saúde, quem cumpre este papel é o SAMU, como a cidade de Cacoal não está contemplada com este serviço, mesmo tendo SAMU em cidades bem menores, Cacoal se manteve apenas com os serviços do Corpo de bombeiros.

Questionado sobre os serviços do CAPS, relata que não possui os contatos telefônicos e não sabe informar que tipos e quantos profissionais trabalham no CAPS. Ademais, comenta que a maior parte dos usuários atendidos pela sua instituição é de vítimas de acidentes automobilísticos, mas que eventualmente acabam atendendo casos de saúde mental, uma vez que todas as chamadas de emergência do município são feitas para esta Instituição através do número 180.

O Quadro 10 mostra as associações inferidas a partir do discurso.

Quadro 10. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito 7.

2.5. construção/ajuste de regras de controle do serviço e das pessoas.	3.1. Sobre a estrutura de posições e papéis na rede. 3.2.2. Dinâmica de grupo: processos de produção do serviço.	<i>“na rede de saúde, quem cumpre este papel de socorrer casos de saúde é o SAMU, como a cidade de Cacoal não está contemplada com este serviço, como em outros municípios, mesmo sendo bem menores que Cacoal, que manteve apenas os serviços do Corpo de bombeiros, atendemos casos de acidentes, aeroportos e casos de saúde em geral.”</i>
--	---	--

Fonte: Construído pelo autor, 2021.

As associações permitem afirmar que, embora raramente presente, existe relação entre a governança relacional e a organização da rede de saúde, porém a participação do CAPS na rede de saúde mental está excluída deste serviço, pois outros atores, como hospitais, absorvem o atendimento.

Sujeito 08

O sujeito 08 é integrante da equipe local do CAPS há três anos e tem regime de contrato de cargo comissionado (funcionário não concursado). Assim como o sujeito 1, apresenta um discurso convergente sobre a falta de integração dos atores da rede de saúde mental. Fala sobre o movimento para a melhora e integração da rede, no qual os atores poderiam atuar em conjunto, porém são promessas para o futuro. Tendo em vista as incertezas sobre o quadro político futuro, a mudança da gestão municipal pode alterar o quadro, ou mesmo não recontratar pessoas. Verbaliza insegurança para a continuidade do trabalho e dos arranjos estabelecidos, uma vez que podem ocorrer possíveis alterações na equipe o que não oferece garantia para a continuação do que foi construído, ou que se pretende continuar aprimorando.

Quando o sujeito se referiu a exemplos de governança relacional, eles estavam restritos ao seu grupo mais próximo de trabalho dentro do próprio CAPS, não se expandindo para a rede. Por exemplo: tiraram um dia para capacitação do grupo, quando o sujeito combinou com o seu grupo curso de capacitação que foi realizado após o horário de trabalho.

Sobre a estrutura da rede e hierarquia, o sujeito informou que há ordens que partem dos gestores com cargo superior e todo o plano precisa primeiro ser aprovado pelo coordenador da secretaria Municipal de Saúde. Conforme relatou, apesar deste

sistema, algumas ideias são aprovadas pela secretaria e incentivadas em alguns casos específicos, como a do treinamento da equipe.

A resposta da pesquisa é que, apesar de esforços para construção de governança relacional, ajustando às necessidades da rede, no momento da pesquisa não apresentou sinais suficientes de governança relacional influenciando a organização da rede. A proposição não se mantém.

O Quadro 11 mostra as associações inferidas a partir do discurso.

Quadro 11. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito 8.

2.5. construção/ajuste de regras de controle do serviço e das pessoas.	3.1. Sobre a estrutura de posições e papéis na rede.	<i>“As ordens aqui partem dos gestores e todo o plano precisa primeiro ser aprovado pelo coordenador da Secretaria Municipal de Saúde”.</i>
--	--	---

Fonte: Construído pelo autor, 2021.

Sujeito 9

O sujeito 9 é funcionária pública concursada e trabalha como coordenadora da rede Hospitalar do Estado, no município de Cacoal, estando há dez anos no Hospital Regional e há cinco anos no Hospital HEURO. É responsável pelos encaminhamentos entre as instituições e pelas transferências de pacientes para a capital do Estado, além de internações na rede de saúde. Quando questionada sobre os encaminhamentos e manejo de pacientes com transtorno mental, relata que o Regional é um hospital de alta complexidade e que não recebem este tipo de paciente, porém em casos excepcionais, contam com um psiquiatra e equipe de psicologia, encaminhando os mesmos para Porto Velho, a capital do Estado. No caso do HEURO, que é um complexo de urgência e emergência, a chegada de pacientes com problemas mentais ocorre com mais frequência, porém o psiquiatra atende nesta unidade apenas duas vezes na semana, e em sua ausência os procedimentos são feitos por clínicos gerais, usualmente enviando os pacientes para Porto Velho. Todos estes pacientes já estão cadastrados no SUS e os serviços são executados por esta rede.

Questionada sobre o serviço do CAPS, diz não conhecer os serviços e nem a capacidade de atendimento da unidade do município. Na semana anterior, devido ao aumento no número de casos de transtornos mentais, fizeram uma visita a Unidade do CAPS, para conhecer e se aproximar da instituição, facilitando a comunicação, na

tentativa de iniciar um novo ciclo. Disse ter uma expectativa positiva do encontro, o qual: *“as equipes puderam se apresentar e falar dos seus serviços, trocaram até telefones, onde pretendemos dar maior fluidez a este serviço.”*

O Quadro 12 mostra as associações inferidas a partir do discurso.

Quadro 12. Relações entre governança relacional e organização da rede no discurso do sujeito 9.

2.4. construção/ajuste de funcionamento (movimento para criar um canal de comunicação).	3.1. Sobre a estrutura de posições e papéis na rede (possível impacto futuro). 3.2. Sobre modos de realização das tarefas e dinâmica do grupo (possível impacto futuro).	<i>“Nós visitamos o CAPS, pois estamos precisando do apoio deste serviço; com a Pandemia, os casos de saúde mental, aumentaram muito. Apresentamos, a equipe técnica e profissionais de saúde, colocamos nossas necessidades e disponibilidades e eles também o fizeram. Assim visamos melhorar o fluxo, trabalhar em rede e a comunicação na mesma”.</i>
---	---	---

Fonte: Construído pelo autor, 2021.

Sujeito 10

O sujeito 10 da pesquisa é uma psicóloga e funcionária contratada para a função no Hospital São Daniel Comboni, que é um Centro de Oncologia de serviço filantrópico/privado de Cacoal e Região com parceria com o Hospital de câncer de Barretos no estado de Rondônia, situado ao lado do Heuro – Hospital de pronto atendimento (Pronto Socorro), uma região designada à saúde. Atuando na função há 09 anos como psicóloga hospitalar, fala de sua rotina com pacientes em tratamentos de câncer, que seguem os protocolos da instituição e a conduta da Psicologia.

No seu discurso, ficou evidente que não há conhecimento do CAPS e nenhuma associação de indicadores foi realizada. No entanto, manteve-se o texto sobre a entrevista, justamente porque mostra a posição secundária, de laço fraco, do CAPS local.

Quando questionada sobre quais os procedimentos adotados para os casos de pacientes que apresentam transtornos mentais persistentes e que também precisam de acompanhamento médico e psicológico, afirma que encaminham diretamente para o Hospital Regional: *“lá existem todas as especialidades e o paciente tem mais chance de encontrar os serviços desejados, além da facilidade de ser um encaminhamento de hospital para hospital, o que facilita o processo”*. Questionada sobre o CAPS, registra que: *“há uns cinco anos atrás utilizava bastante o serviço e funcionava legal,*

mas agora não sei nem que tipo de profissionais existe na unidade é mais difícil o contato”.

O conjunto dos dados das entrevistas permite responder ao problema de pesquisa. Existe uma governança hierárquica, ou formal dominante, que estrutura a rede e o seu modo de funcionamento. Conforme os sujeitos, a rede não funciona, conforme ilustra este discurso: *“O CAPS na minha visão ele não funciona como um CAPS, e sim mais como um ambulatório”.* Entre os problemas mais citados e valorizados, os sujeitos relataram problemas de encaminhamento errado, falta de conexão com os dados do sistema de saúde, decisões políticas, uso inadequado de verbas e equipamentos, desconhecimento dos atores da rede sobre o que é o CAPS.

Pode-se destacar também no discurso dos atores da rede a falta de conhecimento das competências e da qualificação dos profissionais da equipe da unidade. Itens básicos de comunicação, como o número de telefone de contato da unidade, não são conhecidos, conforme relatado pela equipe de resgate.

Predomina um sistema de hierarquia, no qual as ordens são executadas conforme determinação da Secretaria Municipal de Saúde, inclusive na questão de manejo de profissionais lotados na unidade.

Reunindo-se as associações encontradas em todas as entrevistas, criou-se o Quadro 13.

Quadro 13- Indicadores de governança relacional e a organização da rede CAPS de Cacoal.

	Governança relacional	Organização da rede
Sujeito 1	2.4. construção/ajuste de funcionamento (horários, procedimentos, uso dos recursos).	3.2.1. Modos de realização da tarefa: rotinas de produção, rotinas de decisões, fluxo de informação, fluxo de atendimento. 3.2.2. Dinâmica de grupo: processos de produção do serviço.
Sujeito 2	2.4. construção/ajuste de funcionamento (horários, procedimentos, uso dos recursos).	3.2.1. Modos de realização da tarefa: rotinas de produção, rotinas de decisões, fluxo de atendimento.
Sujeito 3	2.4. construção/ajuste de funcionamento (horários, procedimentos, uso dos recursos).	3.2.1. Modos de realização da tarefa: rotinas de produção, rotinas de decisões, fluxo de atendimento.
Sujeito 4	2.4. construção/ajuste de funcionamento (horários, procedimentos, uso dos recursos).	3.2.1. Modos de realização da tarefa: rotinas de produção, rotinas de decisões, fluxo de informação, fluxo de atendimento.

Sujeito 5	2.4. construção/ajuste de funcionamento (horários, procedimentos, uso dos recursos). 2.5. construção/ajuste de regras de controle do serviço e das pessoas.	3.2.1. Modos de realização da tarefa: rotinas de produção, rotinas de decisões, fluxo de informação, fluxo de atendimento. 3.2.2. Dinâmica de grupo: processos de produção do serviço.
Sujeito 6	(Ausência de) 2.5. construção/ajuste de regras de controle do serviço e das pessoas.	(Causando problemas de) 3.2. Sobre modos de realização das tarefas e dinâmica do grupo. 3.2.2. Dinâmica de grupo: processos de produção do serviço.
Sujeito 7	2.5. construção/ajuste de regras de controle do serviço e das pessoas.	3.1. Sobre a estrutura de posições e papéis na rede. 3.2.2. Dinâmica de grupo: processos de produção do serviço.
Sujeito 8	2.5. construção/ajuste de regras de controle do serviço e das pessoas.	3.1. Sobre a estrutura de posições e papéis na rede.
Sujeito 9	2.4. construção/ajuste de funcionamento (movimento para criar um canal de comunicação).	3.1. Sobre a estrutura de posições e papéis na rede (possível impacto futuro). 3.2. Sobre modos de realização das tarefas e dinâmica do grupo (possível impacto futuro).

Fonte: Construído pelo autor, 2021.

Conforme se verifica no Quadro 13, as associações predominantes são entre os indicadores 2.4- construção/ajuste de funcionamento e 3.2.1- fluxo de atendimento (cinco vezes) e os indicadores 2.5 Construção e ajuste de regras e 3.2.2 processos de produção do serviço (3 vezes). O resultado indica a presença da governança relacional nos modos de realização da tarefa, em que, por exemplo criou-se uma forma de registro de controle próprio interno, uma vez que o CAPS de Cacoal não possui acesso ao sistema do SUS. Outro exemplo é no ajuste do horário de funcionamento em função da demanda de mão de obra e assim poder atender da melhor maneira o usuário.

Retornando ao problema de pesquisa, pode-se afirmar que existem raros sinais de associações entre governança relacional e a organização da rede. O CAPS perde seu protagonismo de ator central na atenção na rede de saúde mental, exerce papel

secundário e é pouco conhecido no sistema local. Nessa posição secundária, seus ajustes de regras e funcionamento não se espalham pela rede.

No caso pesquisado no CAPS de Cacoal, a proposição da pesquisa não se mantém, quando se considera a raridade de associações entre a governança relacional e a organização da rede de saúde mental no município. No entanto, os discursos sobre associações de ausências podem admitir uma linha de interpretação de lógica de ausência, conforme detalhado na análise final deste capítulo.

4.3. AGENDA DE ACOMPANHAMENTO

O acompanhamento foi realizado através de observação de atendimento de um novo usuário do serviço do CAPS, desde sua chegada, com descrição dos processos que foram tomados, como acompanhamentos do paciente, encaminhamentos e ações. Pretendeu-se observar os procedimentos tais como as práticas, as normas e as rotinas que orientam o atendimento e também as possíveis adaptações dos serviços, que caracterizam a governança relacional na unidade.

- **Relatório 1. Novembro de 2020.**

Num primeiro momento o CAPS foi contactado pela família a partir da orientação de atendimento do SUS, que procurou os serviços de psicologia para informações de possibilidade de clarificação e motivação do paciente para um tratamento psicológico devido à sua saúde mental. O mesmo apresentava resistência para acompanhamento psicológico em sua cidade de origem, recusando todos os tratamentos oferecidos pelos familiares e aceitando somente o tratamento medicamentoso. Com um diagnóstico psiquiátrico de depressão e tentativas de suicídio, parentes de Cacoal buscaram informações para ajuda no caso, trazendo o paciente para Cacoal, devido à possibilidade de melhores recursos de acompanhamento e apoio familiar, comparado com a região onde o paciente habita.

Após as orientações fornecidas pela equipe do CAPS, a família voltou a confirmar a possibilidade dos serviços em dezembro de 2020, e, no início de janeiro o paciente chegou à cidade e foi levado para consulta na data agendada pela equipe. Por se tratar de um paciente que não reside no município, todo o seu prontuário do SUS foi trazido de forma impressa pela família para a equipe do CAPS. Ele então, compareceu com seus familiares para o primeiro atendimento às 08h:00, conforme agendado. Na chegada efetuou registro na unidade com nome, identidade e endereço.

Neste momento foi constatado um dado muito importante para a pesquisa, tendo em vista que foi verificado que a equipe do CAPS não tem acesso eletrônico ao sistema do SUS, nem mesmo às senhas cadastradas para alimentação, o que obrigou os funcionários a criarem um programa de registro para controle próprio interno. Este fato associa o indicador 2.4 construções/ajustes de funcionamento com o indicador 3.2.1, fluxo de atendimento.

O usuário aguardou por 15 minutos, sendo chamado por volta de 08:30, fato que se deu pois devido à Pandemia de COVID-19, o protocolo de limpeza e desinfetação da sala leva em média de 15 a 20 minutos, obedecendo o procedimento e orientação de prevenção, mas os horários de agendamento não foram adaptados. Em seguida, o paciente foi atendido em uma consulta de aproximadamente 01h:20 de escuta e coleta de dados clínicos pela Psicóloga da unidade e ao final, uma consulta foi agendada para retorno em 07 dias.

O fato importante deste acompanhamento foi a constatação da ausência de conectividade entre os sistemas de atendimento.

- **Relatório 2. Janeiro de 2021.**

O paciente chegou no horário marcado e esperou cerca de 20 minutos, enquanto realizava-se a limpeza e organização da sala, do atendimento anterior, conforme protocolo de COVID-19. O usuário foi atendido individualmente e após o tempo de 01h:30, o familiar que o acompanhava foi chamado para orientações específicas sobre o caso, para recebimento de informações sobre os devidos encaminhamentos, dentre os quais, por exemplo, estava listado, uma avaliação com um psiquiatra e um neurologista. A avaliação médica especializada foi agendada no próprio CAPS para o início de fevereiro. Foi feito o cadastro no sistema local do CAPS de Cacoal, recebendo uma carteira com numeração de controle interno, mas não a numeração do SUS, número este que o paciente possuía, uma vez que vem encaminhado pela rede do SUS de sua cidade de origem.

- **Relatório 3. Fevereiro de 2021.**

O usuário chegou no horário marcado para consulta médica com o familiar e deparou-se com os portões da unidade fechados. Não havia placa de informação, ou

qualquer aviso. Eles foram obrigados a retornar a sua residência e no outro dia foi informado a eles que devido às mudanças políticas e à troca de gerência da unidade do CAPS, todos os serviços de atendimento médicos foram cancelados naquela data. As mudanças e trocas ocorreram numa sexta-feira à tarde e o atendimento era na segunda-feira à tarde.

O fato mostra que a hierarquia e o poder dos novos integrantes determinaram o fechamento do atendimento ao público, indicando conflitos de interesses. As nomeações políticas interferiram diretamente no fluxo de atendimento. O fato indica a ausência/negação do indicador 1.4 - Sinais de comprometimento refletindo-se no indicador 2.4- Construção/ajuste de funcionamento e no indicador 3.2.1- Modos de realização de tarefa. Não houve acordo, não houve ajuste. O gerente da unidade foi exonerado da função na sexta-feira anterior e não houve tempo para uma ordem superior para que a comunicação fosse afixada nos portões de entrada.

- **Relatório 4. Fevereiro de 2021.**

Neste agendamento, a família buscou informações sobre o fato de estar fechado na data agendada, fato que foi esclarecido pelos atores, sendo informados que por questões administrativas, os serviços de atendimentos foram suspensos sem tempo de aviso prévio e um novo agendamento foi efetuado para 7 dias depois. Neste atendimento, o paciente ficou por aproximadamente 1h:10. Durante o processo, foi informado à psicóloga, pelo usuário e pela família, que devido à crise e ao agravamento do Covid-19, e também às dificuldades que estavam enfrentando para conseguir as consultas médicas especializadas e optaram pelo retorno do paciente, pela continuação e o acompanhamento psicológico na cidade de residência do paciente. O retorno do usuário à sua cidade foi previsto para metade de fevereiro. Diante das informações a equipe do CAPS, por pedido da família e visando agilizar os processos possíveis, programou uma consulta médica com o especialista do CAPS e um último atendimento psicológico de fechamento e orientações finais.

Constata-se, que a partir desses dados, que apesar das falhas no fluxo de atendimento da rede CAPS, o resultado final, que seria a sensibilização do usuário para receber tratamento, foi alcançado.

Relatório 5. Fevereiro de 2021.

O usuário e o familiar que o acompanhava, compareceram à unidade do CAPS por volta de 10h:20, afirmando que a consulta médica estava prevista para às 11h, mas que resolveram chegar antes para evitar imprevistos. Na recepção, foram informados de que os atendimentos médicos já haviam sido encerrados, que os mesmos se dão por ordem de chegada e que há um número de atendimento por dia. Foi verificado que o equívoco se deu, pois o familiar, ao conferir na agenda da recepção, viu que o nome do paciente constava no horário das 11h00, porém, foi informado pelo recepcionista que a agenda não obedecia a esta ordem, o que causou desencontro de informações, um ruído na comunicação, prejudicando o atendimento do usuário e provocando deslocamento desnecessário em tempo de pandemia. Este fato poderia ser evitado de forma simples, com a utilização, por exemplo, do indicador 2.5. construção/ajuste de regras de controle do serviço e das pessoas, por meio de um mecanismo que diminuísse o ruído na comunicação, como a entrega do agendamento por escrito, com horário, data e tipo de serviço.

Relatório 6. Fevereiro de 2021.

No horário marcado 10h00, o paciente encontrava-se aguardando seu último atendimento naquela unidade. Foi chamado às 10h:05, e o procedimento durou aproximadamente 1h:20. Na ocasião foram passadas as informações pertinentes ao caso e a importância da continuidade de seu tratamento na cidade de retorno. Foram orientados o usuário e o familiar sobre a importância das consultas médicas especializadas e sobre a continuidade do tratamento psicoterapêutico. Não houve nenhuma documentação de encaminhamento ou referenciamento a qualquer tipo de serviço do SUS, mesmo porque como já se verificou a unidade do CAPS de Cacoal, não possui acesso ou está integrada à rede de informação eletrônica SUS. A família demonstrou agradecimento a equipe e satisfação com o que conseguiu. Disseram que o principal objetivo era quebrar a resistência do paciente para a adesão do tratamento, principalmente o psicológico, e que isso foi alcançado com sucesso, o que os deixou satisfeitos, mesmo tendo fracassado nas questões de consultas médicas. O acompanhamento deste caso foi encerrado.

É importante ressaltar que, apesar de várias falhas de atendimento, por exemplo, no caso de regras que não são claras, a família, ao final, emitiu parecer positivo sobre o atendimento na unidade.

O conjunto de dados de acompanhamento permitiu construir o Quadro 14 das associações encontradas.

Quadro 14. Associações entre governança relacional e organização da rede, a partir da observação de um acompanhamento.

1.4 Sinais de comportamentos	2.4. Construção/ajuste de funcionamento (horários, procedimentos, uso dos recursos).	3.2.1. Modos de realização da tarefa: rotinas de produção, rotinas de decisões, fluxo de informação.
(Ausência) 1.4 Sinais de comportamentos e discursos de que os atores apresentam relações de comprometimento.	(Dificuldades e problemas) 2.4 construções/ajustes de funcionamento (horários, procedimentos, uso dos recursos).	(Dificuldades e problemas) 3.2.1. Modos de realização da tarefa: rotinas de produção, rotinas de decisões, treinamento de capacidades (transferência de conhecimentos), fluxo de informação, fluxo de atendimento, geração de relatórios de acompanhamento, modos de registro de resultados.

Fonte: Construído pelo autor, 2021.

Por meio de análise de acompanhamento em todas as suas etapas, percebe-se a ausência de comprometimento dos atores na rede, o que dificulta ou impede a execução da tarefa na rede (3.2.2. processos de produção do serviço). Além disso, observaram-se evidências de poder e de ações políticas (fechamento da unidade, sem aviso aos usuários), interferindo nos processos de produção do serviço na rede de saúde mental.

Os dados apontam que o CAPS, que poderia ser o ator central, perdeu seu protagonismo e não participa de ações de construção da governança relacional na rede. Essa ausência chama a atenção, porque existem situações, como o fechamento da unidade, que demandariam propostas de ações conjuntas com as outras instituições.

4.4. Resposta da pesquisa

Unindo as informações de fontes secundárias, dos dados de entrevistas técnicas, das entrevistas com roteiro e de acompanhamento, apresenta-se a resposta da pesquisa.

A resposta sobre a governança relacional é que ela raramente está presente na rede analisada. O principal motivo, conforme se interpreta, é o de que há centralização das decisões e desarticulação dos profissionais que trabalham na rede. Em outras palavras, a instituição CAPS, apresenta laços fracos na rede, o que foi sustentado pelos fatos de problemas de integração com os outros serviços médicos.

Na verdade, os problemas são de tal ordem de importância, que seria fundamental que existisse uma governança relacional junto com a formalização e centralização da governança formal. Um dos problemas graves, por exemplo, é o encaminhamento errado, o que traz acúmulo e confusão no atendimento, além do sofrimento do paciente. Esses erros ocorrem porque parte dos atores da rede não conhecem e não sabem o que é o CAPS, ou mesmo o que ele propõe a realizar.

A raridade de exemplos de governança relacional prejudicou a segunda parte do objetivo, que é associá-la com os resultados. Alguns arranjos extemporâneos, sobre situações específicas, demonstraram eficiência na solução do problema específico, mas esses ajustes não se espalham pela rede.

É possível realizar um raciocínio pela lógica de ausência-ausência. Os sujeitos apresentaram discursos convergentes em que a falta de comunicação, de transparência, de comprometimento e de participação, são fatores responsáveis pelos problemas de atendimento, acompanhamento, informação precisa. Ou seja, a ausência de um causa a ausência do outro.

Os dados demonstraram desconhecimento dos atores sobre os procedimentos nos casos de pacientes com transtornos mentais agudos e persistentes, ou mesmo que necessitam de acompanhamento psicoterápico prolongado e acolhimento, serviços estes que são oferecidos pelo CAPS. É importante mencionar que até mesmo os agentes do CAPS não o veem inserido em uma rede de saúde Mental e realizam um trabalho individualizado.

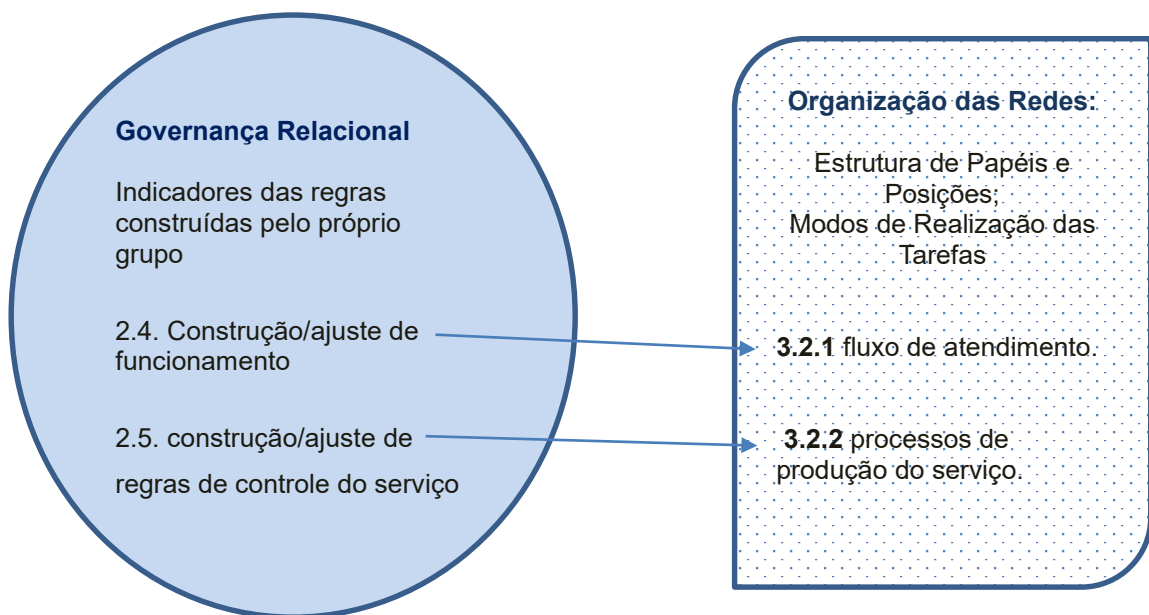
O pesquisador constatou essa situação de desconhecimento diretamente, com uma entrevista que não foi aqui apresentada, por não oferecer conteúdo pertinente ao objetivo da pesquisa. Trata-se de uma funcionária do Hospital Regional, que é um Complexo Hospitalar Estadual, de atendimento geral em Cacoal, que atua na área de urgência, atuando na área de enfermagem da clínica neurológica. O sujeito tem formação superior na área de Enfermagem, com especialização na área de neurocirurgia. É funcionária de uma empresa contratada como prestadora de serviço para a rede pública de saúde.

Quando questionada sobre as principais dificuldades nos atendimentos de pacientes com transtornos mentais, ela salienta que, em sua área, após os procedimentos médicos, os pacientes são referenciados a própria equipe do Hospital na clínica médica do Hospital Regional, que é um hospital da Rede Estadual, e quando o hospital não oferece os serviços adequados, estes pacientes são encaminhados para a Capital do Estado. Quando questionada sobre os serviços do CAPS, o sujeito disse desconhecer o serviço local, ou mesmo os encaminhamentos que são dados a estes pacientes, trazendo informações apenas dos serviços do CAPS de outro Estado.

Sabendo que a construção de uma governança e a realização de mecanismos é uma tarefa complexa, porque depende de adesão voluntária e de um ambiente de confiança e reciprocidade para participação de toda a rede, fazendo assim surgir a Governança relacional, a pesquisa constatou que a ausência dessa governança causa problemas no funcionamento da rede e no resultado final de oferta do serviço ao usuário, além de serviços que deixam de ser contabilizados na rede do SUS e trabalhos dobrados para os atores locais.

Retornando ao desenho da pesquisa, é possível indicar as associações mais valorizadas e mais frequentes encontradas nos dados. O resultado está na Figura 06.

Figura 06 – Resultado dos indicadores presentes na pesquisa.



Fonte: Construído pelo autor, 2021.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho teve como objetivo analisar a possível existência e as formas de manifestação da governança relacional na rede de instituições de saúde mental da rede pública em Cacoal, colocando o CAPS como ator central, e a influência da governança na organização da rede para adequada execução dos serviços.

Ao final do trabalho, a resposta obtida é de que a governança relacional não está presente na rede. Os possíveis arranjos sobre rotinas e adaptações do trabalho, são extemporâneos e circunscritos aos colaboradores do CAPS. No que se refere à centralidade do CAPS, pressuposto adotado ao início, verificou-se que não só o CAPS não tem posição central, como, conforme os dados, está praticamente ausente da rede de assistência da saúde mental, porque nem acesso ao SUS ele tem.

Sobre a influência da governança na organização da rede e na adequada execução dos serviços, pode-se afirmar que a ausência da governança relacional pode estar ligada à existência de problemas na organização da rede, na execução dos serviços, na integração entre os atores e na qualidade de atendimento ao usuário. Ocorre que o detalhamento dos documentos oficiais sobre como deveria ser o CAPS é distante da realidade regional, o que implica na necessidade de ajustes locais.

Não obstante a presença de inúmeros problemas que deveriam ser resolvidos por meio do ajuste das regras, tais como dificuldades colocadas por inferências políticas, falta de comunicação, constantes trocas de colaboradores, erros de encaminhamento e exclusão de acesso ao sistema SUS de dados, a governança relacional não se realiza. Os dados foram convergentes nessa ausência, nas fontes utilizadas, especialmente no acompanhamento. Verificou-se que durante algumas semanas um usuário e sua família tiveram que ser avaliados mais de uma vez, porque os sistemas não conversam entre si.

O resultado indica que há um campo aberto de investigação teórico-empírica sobre a prática da política pública de saúde mental. O CAPS surgiu como proposta de centro integrado de assistência à saúde mental, como alternativa ao modelo hospitalocêntrico, dominante em décadas anteriores. Os resultados da cidade de Cacoal, em Rondônia, mostram que o caminho ainda precisa ser pavimentado.

Ressalta-se neste ponto, que a discussão sobre modelos de atendimento na saúde mental é tema recorrente e complexo, mesmo entre profissionais da área. Por exemplo, durante o ano de 2020, em plena pandemia, surgiram propostas de

desmonte do sistema atual e retorno ao modelo manicomial, conforme se pode verificar na discussão disponível na internet ⁵.

Na sequência discutem-se os objetivos alcançados, a qualidade da base teórica, a capacidade do plano metodológico e os limites e desdobramentos do tema.

5.1 Sobre os objetivos e as contribuições

Neste item, apresentam-se os objetivos alcançados, conforme propostos no item 1.2, da Introdução.

A. Caracterizar a situação de saúde do município, com dados sobre doenças e endemias e os mecanismos de combate das políticas públicas, especialmente no campo de saúde mental e a demanda que tal situação gera na rede de serviço de saúde pública local.

As dificuldades de acesso às informações sobre o mapa de saúde e doenças do município foram um limite à pesquisa, principalmente em período de pandemia, pois os dados dos portais oficiais de saúde encontram-se desatualizados⁶. Relatos informais dos contatos realizados indicam que existem problemas crônicos frequentes na região como: transtornos mentais graves e persistentes e alcoolismo e dependência química, o que leva a um olhar especial para doenças mentais crônicas no município. No caso do CAPS de Cacoal, a dificuldade é ainda maior, porque os dados não estão inseridos no sistema geral do SUS, impedindo sua acessibilidade, ou seja, o acompanhamento, tanto na chegada quanto na saída da instituição, conforme se verificou durante a pesquisa no sítio da Secretaria Municipal de Saúde, onde o sistema não é alimentado com os dados de forma adequada.

Como consequência não foi possível relatar a estratégia de combate as principais doenças no campo da saúde e as políticas públicas de combate e prevenção do município. Sobre o campo específico de saúde mental, foi possível levantar dados sobre a demanda e sobre a situação de atendimento no que se refere ao CAPS. O

⁵ https://www.youtube.com/watch?v=bMY4rr_tokU

⁶ <https://www.cacoal.ro.gov.br/semusa>

que se verificou é um controle interno pouco organizado, especialmente em função do serviço do CAPS não estar inserido no sistema de controle do SUS.

B. Caracterizar e desenhar a rede de organizações que participam do serviço, colocando o CAPS de Cacoal como ator central.

A rede foi caracterizada, mas entendeu-se não ser o caso de apresentar o mapa de ligações, visto que não houve convergência da força dos laços entre as organizações. O CAPS ocupa uma posição periférica na rede de saúde mental de Cacoal, quando poderia e deveria ser o ator central. Uma ligação fraca, por vezes inexistente, já que alguns sujeitos relataram não saberem o que o CAPS faz e se estava ativo.

C. Construir uma matriz de indicadores de governança relacional, adaptada ao caso em análise.

A apresentação da matriz de indicadores é um benefício metodológico importante do trabalho. Os indicadores mostraram-se operacionais e confiáveis, constituindo um ponto de partida justificável para novas pesquisas.

Conforme observado na Figura 4, os indicadores mais valorizados de governança relacional foram o item 2.4. Construção/ajuste de funcionamento, em que os atores do CAPS tiveram que ajustar, por exemplo, o horário de funcionamento, para poder dar conta da demanda e suprir a falta de profissionais em número adequado conforme a normativa do Ministério da Saúde; e o item 2.5. Construção/ajuste de regras de controle do serviço, exemplo apresentado ao descobrir que o CAPS não possuía acesso ao sistema do SUS.

Esses indicadores estiveram persistentemente associados aos indicadores de organização da rede 3.2.1 fluxo de atendimento, em que efetuaram ajustes devido ao alto número de encaminhamentos equivocados; e o indicador 3.2.2 processos de produção do serviço, em que a construção de novas regras pelo grupo influencia diretamente no modo de produção dos serviços.

Já alguns indicadores como, por exemplo, o 2.1. Construção/ajuste de regras de entrada e saída do grupo; o 2.2. Construção/ajuste de regras de penalidades; o 2.3. Construção/ajuste de regras de representação (hierarquia, liderança, representação); o 2.7. Construção/ajuste de modos de solução de conflitos/problemas

(reunião, líder decide, procura-se alguém fora da rede); o 2.8. Construção/ajuste das regras contratuais (com organizações prestadoras de serviços) e o 2.9. Construção/ajuste das normas da lei; não foram comentados, deixando a dúvida sobre sua força de diagnóstico.

Nesse sentido, é importante ressaltar que, novas pesquisas poderão verificar a importância desses indicadores, refinando a matriz.

D. Reunir evidências sobre exemplos que caracterizem a governança da rede do serviço do qual o CAPS é ator central, especialmente os sinais de governança relacional.

Conforme os quadros apresentados a cada entrevista e no acompanhamento, foram raros os exemplos de governança relacional. Quando ocorreram, foram iniciativas do grupo do CAPS, sobre rotinas, que não têm efeito na rede de atendimento.

O CAPS não é ator central na atuação de saúde mental, por vezes sequer é reconhecido. O grupo interno da instituição CAPS se esforça para melhorar sua condição de atendimento, mas se vê diante de encaminhamentos errados e de hierarquia que burocratiza as iniciativas de mudanças. A governança dominante é a hierárquica, formal.

E. Reunir evidências sobre possíveis associações entre os exemplos de indicadores de governança relacional e a organização da rede.

Os exemplos de associações foram raros, mas sustentam a proposição de uma linha de influência, ou de moderação da governança relacional sobre a organização da rede, especialmente quando se considera a sub rede interna dos atores do CAPS.

Os sujeitos relataram, mais de uma vez, uma associação de ausência-ausência como por exemplo: *“como falta especialistas em quantidade suficiente para manter o CAPS, aberto até às 18h como deveria ser, então tivemos que ajustar o horário corrido da equipe até as 13h, melhorando um pouco, é o que dá”*, o que permite inferir a associação da governança relacional e a estrutura da rede numa lógica de ausência-ausência.

Com a realização dos objetivos entende-se que há contribuição nos seguintes pontos:

I. Oferecer uma matriz de indicadores de governança relacional que possa ser aplicada em pesquisas sobre o tema.

A matriz foi testada, com sinais de operacionalidade e confiabilidade dos indicadores, podendo ser utilizada em pesquisas futuras. Conforme se verifica no Quadro 02 e Figura 04, alguns indicadores foram mais citados e valorizados, e outros não, o que sugere novas pesquisas, com amostras estatísticas significantes, para refinamento da matriz.

II. Oferecer uma matriz de indicadores de governança relacional que possa ser utilizada por agentes públicos e outros envolvidos na gestão de programas públicos voltados à saúde mental.

Como os indicadores mostraram-se operacionais e confiáveis, entende-se que a matriz pode ser utilizada por atores envolvidos nas questões de saúde mental em outros municípios e regiões brasileiras, tanto para diagnóstico local, quanto para ações gerenciais.

É importante ressaltar que o questionário se mostrou aplicável conforme os testes realizados, de tal forma que constitui um instrumento de diagnóstico viável para análises e ações do atendimento de saúde mental nos municípios.

III. Contribuição teórica: apresentar argumentos que possam levar à construção de um modelo de possível associação entre a governança relacional e a organização da rede, nos seus aspectos de estrutura e operacionalidade, o que tem sido pouco enfatizado na produção acadêmica.

A raridade de exemplos de associação de governança relacional e organização da rede, não permitem apresentar um modelo com os vários indicadores. É necessário que outras pesquisas sejam realizadas, para que o volume de associações encontradas possibilite a associação entre fatores antecedentes- o ambiente de relacionamento, a governança relacional e a organização da rede.

5.2 Sobre as relações entre a teoria selecionada e a realidade do caso

Sobre a teoria de base selecionada e os resultados da pesquisa, a resposta é que os fundamentos foram competentes para oferecer uma base de compreensão, análise e interpretação dos dados.

O princípio social de redes, com sua afirmativa de que o desenvolvimento e operatividade de uma rede estão diretamente vinculados ao relacionamento (GRANDORI, SODA, 2006; GRANOVETTER, 1985; GULATI, 1998; UZZI, 1997) foi útil para explicar as dificuldades de mudanças da rede na qual o CAPS está inserido e a possibilidade de ajustes da rede interna do CAPS.

A ideia de governança relacional, no sentido de ajustes necessários para a funcionalidade de uma rede (GIGLIO, RYNGELBLUM, JABBOUR, 2020; MILAGRES, 2016) mostrou-se útil e importante para explicar a rede investigada. Foi possível raciocinar tanto na presença da governança relacional, bem como na ausência e a consequência na forma de funcionamento e na estrutura da rede. Resumidamente, a raridade de exemplos de governança relacional mostrou que ajustes são necessários, mas não são suficientes porque ocorrem de forma extemporânea ou são restritos à rede interna do CAPS.

Sobre a matriz de relacionamento entre os atores, que é condição para a emergência da governança relacional, o que se verificou foi que no CAPS os relacionamentos hierárquicos são mantidos, o que restringe a possibilidade de conversas, ajustes e acordos, a não ser internamente no próprio grupo. A formalização também influencia na falta de comprometimento e comunicação, especialmente quando se consideram os processos errados de encaminhamentos.

Apesar dos fatos não apontarem diretamente a relação de governança relacional e a organização na rede, conforme a proposição, foram observados que os dados levantados, incluindo dois exemplos de fluxos de atendimento, indicaram uma complexidade de tarefas que demonstram a necessidade de um tipo de governança não formal, para agilidade no fluxo e serviço.

Conforme as informações coletadas para a pesquisa, ficou constatado que existem dificuldades de comunicação na rede, por exemplo, no caso de paciente que passou por vários serviços da rede por fluxo de encaminhamento errados. Sabendo que cada serviço da rede SUS possui uma forma própria de atendimento e armazenamento de informações dos usuários; um fato constatado na pesquisa foi de

que, ao receber o usuário para atendimento, o prontuário do mesmo não é acessado pela equipe do CAPS, pois os atores não possuem cadastro e não têm acesso ao sistema SUS, o que o isola da rede, sendo praticamente impossível conseguir acompanhar um caso desde sua entrada em um dos serviços até sua saída.

Nos parágrafos seguintes, comenta-se a conclusão sobre as afirmativas apresentadas no capítulo de teoria de base.

Sobre a afirmativa número 01 - Se é uma rede ou não.

A resposta é sim, trata-se de uma Rede, pois tem características de complexidade de tarefas, de interdependência e necessidade de governança, mas não está funcionando bem, pois os cruzamentos de fluxo, comunicação e operação não estão fluindo e os atores da rede apresentam laços fracos ou mesmo inexistentes. Um exemplo são os erros de encaminhamento, por desconhecimento dos serviços do CAPS e por rotinas de encaminhamento a outras instituições como o Hospital local, UBS ou ambulatório. Dessa forma, os usuários não recebem a atenção e o serviço especializado necessários.

Sobre a afirmativa 02 - Sobre existência de governança.

Sim, existe uma governança formal, estabelecida, com regras que não deixam dúvidas de como fazer, o que fazer, quando fazer, para onde encaminhar. No entanto, nas rotinas diárias, ocorrem desvios sobre essas regras, mas sem um ajuste informal de como contornar, ou solucionar os problemas. Dito de outra forma, a governança formal não tem força de execução; não existe uma governança relacional que complemente/substitua com eficiência. Isso atrapalha o fluxo e o paciente acaba sendo encaminhado para outros lugares, conforme decisão do atendente.

A afirmativa 03- Sobre possíveis relações de governança e resultados.

Conforme já comentado, os exemplos de governança relacional são raros, existindo uma hierarquia de poder político e centralização de decisão (Secretarias). Esse corpo diretivo é estabelecido por critérios políticos, não técnicos. Esses diretores exigem que as normas sejam seguidas, que tudo passe pelas suas mãos, mas impedem, não incentivam, ou não apoiam esforços que nascem do pessoal que está na ponta do atendimento.

A teoria utilizada, portanto, mostrou-se capaz de analisar o campo selecionado. Os sinais de dominância de governança formal, interferência política e dificuldade de comunicação podem sugerir o uso de outras abordagens teóricas, como a teoria dos Stakeholders (FREEMAN; REED, 1983), que investiga o relacionamento e os conflitos

de interesses entre os agentes participantes de uma tarefa; ou a teoria dos jogos (MASCARENHA, MEDEIROS, 2021; VON NEUMANN; MORGENSTERN, 1944), nas suas variações sobre ganhos e perdas resultantes de cooperação; ou teorias de comunicação em políticas públicas (SANTOS, 2006), que discutem as questões de transparência sobre direitos, serviços e prestação de contas.

Todas elas são abordagens possíveis de serem utilizadas em pesquisas futuras sobre a rede de saúde mental.

5.3. Sobre a metodologia

A metodologia selecionada foi adequada para a realização da pesquisa, destacando-se a operacionalidade dos indicadores. Os indicadores foram selecionados a partir da literatura internacional; de trabalhos de pós graduação da universidade de vínculo do pesquisador; de discursos de entrevistas técnicas, ao início do trabalho e em documentos oficiais do governo disponíveis.

Assim, a organização desses indicadores e a construção dos instrumentos de coleta constituem um benefício metodológico importante deste trabalho. Cabe destacar que os indicadores utilizados na pesquisa foram utilizados a partir do conceito de governança relacional, o que colocou a tarefa adicional de sempre investigar a origem de cada mecanismo.

A coleta sofreu limitações, que cabem serem registradas, por causa da pandemia. Surgiram limitações de acesso às pessoas e às informações, como o portal de transparência, o qual se apresenta com dados defasados.

Outro limite, que não se conhecia ao início do trabalho, é que o CAPS não está conectado ao SUS, portanto não há como lançar dados dos atendimentos, o que dificulta o levantamento de dados sobre fluxos de atendimento.

Apesar desses limites, foi possível alcançar o ponto de exaustão nas entrevistas, tanto nos poucos exemplos de governança relacional, quanto na quantidade de associações dos discursos de ausência-ausência. O roteiro de entrevista mostrou-se competente para coletar dados válidos e não houve sinais de incompreensão das questões colocadas aos sujeitos. O acompanhamento também se mostrou um caminho válido de coleta de dados, mesmo enfrentando as dificuldades

de acesso ao CAPS, como por exemplo, problemas de horários), e de participação direta nas entrevistas. Neste caso, o pesquisador não foi autorizado a participar das consultas e atendimentos, mesmo sendo profissional designado para acompanhar esse paciente.

No conjunto, a metodologia mostrou-se válida e sugere-se que o caminho seja replicado em pesquisas sobre o CAPS de outras regiões, ou neste mesmo CAPS, após 2 ou 3 anos, para verificar se os planos de retomada do protagonismo da instituição, relatados pelos sujeitos do CAPS, foram implementados e se alcançaram resultados.

5.4. Limites, desdobramentos e impacto do trabalho

Nestes dois anos de pandemia (2020 e 2021), realizar a coleta de dados, com entrevistas e acompanhamento foi uma tarefa muito difícil. Algumas entrevistas, por exemplo, foram rapidamente conduzidas porque se realizaram em locais de atendimento médico, com alto risco de contágio. É importante mencionar que outros pontos que não foram contemplados na proposta desta pesquisa poderão ser pesquisados num futuro próximo. Uma proposta é aplicar os indicadores em outras unidades, de outros municípios, para verificar a validade e a confiabilidade dos indicadores.

Outro limite importante foi sobre a pergunta/problema. Ao final desta pesquisa, os exemplos de governança relacional foram raros e dificultaram a análise e debate dos dados. Foi necessário lançar mão da lógica da ausência-ausência para justificar algumas conclusões.

Os limites sugerem as seguintes pesquisas, para os interessados no tema de governança e no campo de saúde:

(A) Uma sugestão é replicar a pesquisa em redes de saúde mental de outros municípios, com o objetivo de verificar a validade e a consistência do modelo utilizado. A pergunta orientadora é se os mesmos indicadores valorizados neste trabalho serão repetidos, ou outros indicadores tornar-se-ão mais relevantes. A repetição de

indicadores em diferentes redes, de diferentes municípios, poderia levar à construção de um modelo de variáveis específicas para governança na saúde mental.

(B) Outra sugestão é replicar a pesquisa nesta rede onde ela foi realizada. A situação de excepcionalidade da pandemia, a mudança do quadro político e a não participação do CAPS no sistema do SUS, podem ser fatores influenciadores na resposta obtida. A replicação da pesquisa no prazo, por exemplo, de dois anos, poderia testar a influência desses fatores.

(C) Outra sugestão de pesquisa, que não foi possível desenvolver no presente trabalho, seria uma pesquisa documental, analisando-se os documentos dos atendimentos de pacientes encaminhados ao CAPS. Esta pesquisa, no entanto, depende das seguintes condições: (i) que o CAPS esteja integrado à rede do SUS, possibilitando acesso aos documentos; (ii) que haja autorização dos responsáveis para acesso aos documentos dos pacientes, mesmo que não haja integração do CAPS com o SUS. Os prontuários podem auxiliar na verificação como decisões tomadas pelos profissionais e de como elas podem ser associadas com as regras existentes e com adaptações das mesmas.

Esta sugestão deriva da observação informal do pesquisador, por exemplo, sobre as solicitações de documentos aos pacientes, ou sobre a existência de móveis com gavetas de documentos no CAPS.

(D) Outra pesquisa que pode ser desenvolvida, cujo tema esteve presente nos discursos, seria sobre poder e *policy making*, com a questão orientadora da verificação da influência política no funcionamento da rede, especialmente o tópico de papéis e funções. A composição dos colaboradores, alguns concursados e outros comissionados a partir de indicações políticas, é um campo importante de pesquisa, conforme indícios recolhidos no presente trabalho.

Em qualquer das propostas anteriores, vale ressaltar que seria prudente aguardar algum tempo, para realizar o trabalho depois deste período crítico de pandemia em que vivemos, pois na pesquisa atual existiram limites de acesso às pessoas, aos funcionários e os modos de realização de entrevistas, muitas vezes por celular, sem muito controle. Uma pesquisa em condições não tão extremadas pode indicar novos desdobramentos.

Sobre o impacto do trabalho, ressalta-se que durante a coleta houve interesse de alguns atores, especialmente dos que trabalham no CAPS, de conhecerem e utilizarem as conclusões, para mudar a situação de funcionamento e protagonismo da instituição.

Apresentações do trabalho no seminário Semead e no congresso Reiad chamaram a atenção, porque na pandemia atual aumentaram os casos de distúrbios mentais ao passo que foi diminuída a capacidade de atendimento, gerando um problema de gestão ainda sem solução adequada.

Sobre o aspecto gerencial, observou-se que durante a coleta e análise surgiram algumas sugestões para melhoria dos serviços, algumas independentes de governança relacional. Entre elas destacam-se:

(A) Parcerias para treinamento de capacidades. Se houvesse consciência mais ampliada sobre o que é trabalhar em rede, no sentido de parceria, os atores da rede poderiam se beneficiar de parcerias com empresas de tecnologias, de cursos de capacitação, melhorias de modelos de fluxo de atendimento, só para citar aqueles processos que se observou que poderiam ser melhorados.

(B) Integração da unidade CAPS, ao sistema SUS e treinamento de capacitação aos atores, interligando a rede.

(C) Programas integrados com toda rede de saúde municipal, principalmente às UBS, para orientação familiar no combate à dependência química e ao alcoolismo.

Realizado todo o trabalho, a consideração final é de que a situação de emergência da pandemia, ao lado do seu aspecto negativo do número de mortos e infectados, mostrou uma vitalidade de organização de grupos locais, na ajuda às pessoas, que dá alento às pesquisas sobre governança relacional. Não é o escopo deste trabalho, mas é importante mencionar que o pesquisador acompanhou e participou de algumas atividades solidárias que mostram, maneira clara a relação entre a governança construída no grupo, a forma de funcionamento da rede envolvida na tarefa e os resultados obtidos.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, R. A rede, os nós, as teias: tecnologias alternativas na agricultura. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 159-177, nov/dez, 2000.

AGUIAR, N. **Desigualdades sociais, redes de sociabilidade e participação política**. Curitiba: Ed. da UFMG, p. 297, 2007.

ANDERSON, J.; HAKANSSON, H.; JOHANSON, J. Dyadic Business Relationships Within a Business Network Context. **Journal of Marketing**, v. 58, p. 1-15, 1994.

ANDERSON, E.; WEITZ, A., The use of pledges to build and sustain commitment and distribution Chanel. **Journal of Marketing Research**, v. 29, p. 21-26, 1992.

BARCELLOS, P. *et al.* Insucesso em redes de cooperação: Estudo multicaseos. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, v. 11, n. 4, p. 49-57, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edição 70, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**– Brasília: CONASS, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. **Ministério da Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

BERTÓLI, N.; GIGLIO, E.; RIMOLI, C. Interfaces teóricas na estruturação de uma rede: proposta e aplicabilidade no agronegócio paranaense. **Organizações Rurais e Agroindustriais**, v. 16, n. 4, p. 450-465, 2014.

BORZEL, T. Organising Babylon. On the difference Conceptions of Policy Networks. **Public Administration**, v. 76, n. 2, p. 253-273, 1998.

CALAZANS, D. *et al.* Integrando a extensão universitária ao ensino e à pesquisa em Administração: sistematização de experiência junto a indígenas à luz dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. **Administração: Ensino e Pesquisa**, v. 20, n. 3, p. 563-608, 2019.

CASANOVA, I., BATISTA, N., MORENO, L. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface**, v. 22, suppl.1, p. 1325-1337, 2018.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CASTELLS, M.; CARDOSO, G. **A sociedade em rede: Do conhecimento à política**. Lisboa: Casa da moeda, 2005.

CASTRO, J. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, n. 7, p. 122- 135, jun. 2002.

CASTRO, M.; GONÇALVES, S. Contexto institucional de referência e governança de redes: estudo em arranjos produtivos locais do estado do Paraná. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 5, p. 1281-1304, 2014.

CHISNALL, P. **Pesquisa mercadológica**. São Paulo: Saraiva, 1980.

CRAPS, M.; BRUGNACH, M. A relational approach to deal with ambiguity in multi-actor governance for sustainability. **WIT-Transactions on Ecology and The environment**, v. 199, p. 233-243, 2015.

DALLABRIDA, R. Governança territorial: do debate teórico à avaliação da sua prática. **Análise Social**, v. 215, n. L, p. 304-328, 2015.

DEMO, P. **Educar pela Pesquisa**. 4ª ed. Campinas: Autores Associados, 2000.

DENHARDT, J.; DENHARDT, R. **The new public service: serving, not steering**. New York: Sharpe, 2003.

DYER, J.; SINGH, H. The relational view: Cooperative strategy and sources of interorganizational competitive advantage. **Academy of Management Review**, v. 23, n. 4, p. 660-679, 1998.

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

FARIAS, M. Políticas Públicas e Controle Social. **Boletim científico - ESMPU**, v. 2, n. 7, p. 11-44, Brasília, 2003.

FIOCRUZ. Você sabe o que são os Caps e como eles funcionam? **FIOTEC-FIOCRUZ**. Disponível em: <<http://www.fiotec.fiocruz.br/index.php/noticias/projetos/5324-voce-sabe-o-que-sao-os-caps-e-como-eles-funcionam>> acesso em 19 out. 2019.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONSECA, L. **Metodologia científica ao alcance de todos**. 3º ed., Manaus: Valer, 2008.

FRANKOWSKI, A. Collaborative governance as a policy strategy in healthcare, **Journal of Health Organization and Management**, v. 33, n. 7/8, p. 791-808, 2019.

FREEMAN, R.; REED, D. Stockholders e stakeholders: A new perspective on corporate governance. **California Management Review**, v. 25, n. 3, p. 88-106, 1983.

GIGLIO, E. **Business Networks**. Rockville: GlobalSouth, 2016.

GIGLIO, E.; PUGLIESE, R.; SILVA, R. Análise dos conceitos de poder nos artigos brasileiros sobre redes. **Revista de Administração da Unimep**, v. 10, n. 3, p. 51-69, 2012.

GIGLIO, E.; RYNGELBLUM, A. Uma investigação sobre o ator consumidor na rede de pirataria e uma proposta de alternativa de estratégia de combate. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 10, n. 4, p. 131-155, 2009.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4^a.ed.; São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, R. **Estratégias de aprimoramento do acesso à assistência: estudo de caso em nível municipal**. Dissertação (Mestrado) USP- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GRANDORI, A.; SODA, G. Inter-firm networks: Antecedents, mechanisms and forms. **Organization Studies**, v. 16, n. 2, p. 183-214; 1995.

GRANOVETTER, M. Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. **The American Journal of Sociology**, v. 91, n. 3, p. 481-510, 1985.

GULATI, R. Alliances and networks. **Strategy Management Journal**, v. 19, n. 2, p. 293-317, 1998.

HALINEN, A.; TORNROOS, J. Using case study methods in the study of contemporary business networks. **Journal of Business Research**, v. 58, n. 9, p. 1285-1297, 2005.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama Cidades. **IBGE**, 2019, Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/cacoal/panorama>> Acesso em: 18 out. 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Arranjos populacionais e concentrações urbanas do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JARILLO, J. On strategic networks. **Strategic Management Journal**, v. 9, p. 31-41, 1988.

JONES, C.; HESTERLY, W.; BORGATTI, S. A general theory of network governance: exchange conditions and social mechanisms. **Academy of Management Review**, v. 22, n. 4, p. 911-945, 1997.

KANTER, R. **Quando os gigantes aprendem a dançar**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KISSLER, L.; HEIDEMANN, F. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? **Revista de Administração Pública**, v. 40, n. 3, p. 479-499, 2006.

KLIJN, E. Policy and implementation networks: Managing complex interactions, IN CROPPER, S. *et al.* **The Oxford Handbook of Inter-Organizational Relations**. Oxford: Oxford University, 2008.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo. Atlas, 1991.

LANG, H.; PING L.; WALKLING, R.; STULZ, R. Managerial Performance, Tobin's Q, and the Gains from Successful Tender Offers. **Journal of Finance**, v. 24, n. 1, p. 137-154, 1989.

LARSON, A. Network dyads in entrepreneurial settings: a study of the governance of exchange relationships. **Administrative Science Quarterly**, v. 37, n. 1, p. 76-104. 1992.

LIMA, L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia Política**, v. 21, n. 48, p. 101-110, 2013.

MASCARENHAS, *et al.* Jogos estratégicos e julgamentos éticos médicos: o uso do voto divergente baseado na transitividade. Ética e coprodução de serviços públicos: uma fundamentação a partir de Habermas. **Cadernos EBAPE**, v. 12, n. 3, p. 573-589, 2014.

MAURO, R., *et al.* Dimensões do desenvolvimento territorial e políticas públicas: perspectivas e desafios a partir da constituição federal de 1988. **Revista Gestão Ambiental Sustentabilidade**, v. 7, n. 3, p. 489-506, set./dez. 2018.

MENDES, E. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Ed. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2011.

MENDES, V., AGUIAR, F. Implementação da política de saúde pública e seus desafios na era digital. **Revista de Administração Pública**, n. 51, v. 6, p. 1104-1121, 2017.

MENICUCCI, T. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MILAGRES, R.; SILVA, S.; REZENDE, O. CONASS Debate – governança regional das redes de atenção à saúde. 1ª.ed. Brasília: **CONASS**, 2016.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONTEIRO, G. *et al.* The role of empirical research in the study of complex forms of governance in agroindustrial system. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 50, n. 4, p. 667-682, 2012.

MORENO, J. **Fundamentos do Psicodrama**. São Paulo: Summus, 1983.

NADERIFAR, M.; GOLI, H.; GHALJAEI, F. Snowball Sampling: A Purposeful Method of Sampling in Qualitative Research. **Strides in Development of Medical Education**, v. 14, n. 3, p. 1-7, 2017.

NOHRIA, N. Is a network perspective a useful way of studying organizations? In NOHRIA, N.; ECCLES, R. **Networks and organizations: Structure, form, and action**. Boston: Harvard Business School, p.7.1992.

OLIVEIRA, A.; PISA, B. IGovP: índice de avaliação da governança pública - instrumento de planejamento do Estado e de controle social pelo cidadão. **Revista de Administração Pública**, v. 49, n. 5, p. 1263-1290, 2015.

OLIVER, C. Determinants of interorganizational relationships: Integration and future directions. **Academy of Management Review**. v. 15, n. 2, p. 241-265, 1990.

O'TOOLE, L. Treating networks seriously. Practical and research-based agendas in public administration. **Public Administration Review**, v. 57, n. 1, p. 45-52,1997.

OUPERNEY, A.; NORONHA, J. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 -prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 143-182.

PAES DE PAULA, A. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 1, p. 36-49, jan./mar. 2005.

PICHÓN, R. **A psicoterapia de grupo**. Madrid: Biblioteca Nueva, 1984.

PROVAN, K.; KENIS, P. Modes of network governance structure, management, and effectiveness. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 18, n. 2, p. 229-252, 2008.

PROVAN, K.; LEMAIRE, R. Core concepts and key ideas for understanding public sector organizational networks: Using research to inform scholarship and practice. **Public Administration Review**, v. 72, n. 5, p. 638 - 648, 2012.

RADOMSKY, G.; SCHNEIDER, S. Nas teias da economia: o papel das redes sociais e da reciprocidade nos processos locais de desenvolvimento. **Sociedade e Estado**. v. 22, n. 2, p. 249–284, 2007.

RIBEIRO, J.; COSTA, N.; SILVA, P. Healthcare policies in Brazil and regulatory strategies in an environment of technological changes. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 4, n. 6, p. 61-84, 2000.

ROWLEY, T., Moving beyond dyadic ties: A network theory of stakeholder influences. **Academy of Management Review**, v. 22, n. 4, p. 887-910, 1997.

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

RUSBULT, C.; ARRIAGA, X. Interdependence theory. In DUCK, S. **Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions**. London: John Wiley & Sons Inc., p.221-250, 1997.

SANTOS, A.; FAZION, C.; MEROE, G. Inovação: um estudo sobre a evolução do conceito de Schumpeter. **PUC- Caderno de Administração**, v. 1, n. 5, p. 1-16, São Paulo – SP, 2011.

SANTOS, I. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação e em sistemas nacionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, 2011.

SANTOS, L. Políticas públicas, econômicas e controle. **Revista de Informação Legislativa**, v. 40, n. 158, abr./jun. Brasília, p. 265-278, 2003.

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

SIDDIKI, S.; CARBONI, J.; KOSKI, C.; SADIQ, A. How policy rules shape the structure and performance of collaborative governance arrangements. **Public Administration Review**, v. 75, n. 4, p. 536-547, 2015.

SORENSEN, E.; TORFING, J. Making governance networks effective and democratic through metagovernance. **Public Administration**, v. 8, n. 2; p. 234-258, 2009.

SOUZA, C. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **CRH- Caderno Centro de Pesquisa e Estudos em Humanidades**, n. 39, p. 11-24, 2003.

SPINK, P. Processos organizativos e ação pública: as possibilidades emancipatórias do lugar. In: JACÓ-VILELA, A.; SATO, L. (Org.). **Diálogos em psicologia social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, p. 352-369, 2012.

TICHY, N.; TUSHMAN, M.; FOMBRUM, C. Social Network Analysis for Organizations. **Academy of Management Journal**, v. 4, n. 4, p. 507-519, 1979.

THOMSON, A.; PERRY, J. Collaboration processes: Inside the black box. **Public Administration Review**, v. 66, n. 1, p. 20-32, 2006.

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

ULIBARRI, N.; SCOTT, T. Linking network structure to collaborative governance. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 27, n. 1, p. 163–181, 2017.

VARGAS, F. *et al.* Expanding a dynamic flux balance model of yeast fermentation to genome-scale. **BMC Systems Biology**, v. 5, n. 1, p. 75-88, 2011.

VÍCTORA, C. Uma ciência replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 104-112, 2011.

VON NEUMANN, J.; MORGENSTERN, O. **Theory of Games and Economic Behavior**. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1944.

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

WEGNER, D.; PADULA, A. Quando a Cooperação Falha: Um Estudo de Caso Sobre o Fracasso de uma Rede Interorganizacional. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 13, n. 1, p. 145-171, 2012.

WILLIAMSON, O. **The economic institutions of capitalism**, 10a.ed. New York: Macmillan, 1995.

ZAHEER, A.; VENKATRAMAN, N. Relational governance as an interorganizational strategy: an empirical test of the role of trust in economic exchange. **Strategic Management Journal**, v. 16, p. 373-392, 1995.

Apêndice A. REVISÃO DA BIBLIOGRAFIA

A revisão bibliográfica visa fundamentar a validade do tema e provê uma visão geral atual. Buscaram-se os trabalhos científicos atuais, especialmente dos últimos dez anos, que utilizaram os conceitos de governança e de governança relacional (por vezes aparecendo como governança colaborativa) no estudo de políticas públicas de saúde e sua possível associação com a organização das redes.

Sobre as categorias selecionadas

O objetivo do trabalho é investigar a presença da governança relacional na rede de prestação de serviços de saúde mental da cidade de Cacoal e suas possíveis associações com a organização da rede, isto é, com a estrutura de papéis, e com os modos de produção da tarefa.

Considerando as palavras chave presentes no objetivo, foi utilizado o portal *WEB of Science*. Em todas as buscas, foram utilizados os critérios: *Pesquisa Avançada, articles, title, last ten years (2012-2021)*. A busca das expressões *governance, relational governance, collaborative governance, policy, public policy, public health policy, network structure, network dynamic* e o cruzamento duas a duas gerou os seguintes resultados.

Tabela 2. Frequência de indicações de expressões de busca de governança no Web of Science.

Palavra-chave	Frequência de Indicações
1. Governance	18.402
2. Relational governance	109
3. Collaborative governance	496
4. Policy	500.139
5. Public policy	107.835
6. Public health policy	4.770
7. Network structure	176.198
8. Network dynamic	189.203
9. 1+4	32.991
10. 1+5	33
11. 1+7	1.481
12. 1+8	1.481
13. 3+4	1.463
14. 2+4	466

A primeira observação que se pode fazer dos resultados, é que as expressões isoladas apresentam indicações da ordem de milhares, mas os cruzamentos diminuem significativamente, indicando que as investigações que buscam essas associações são mais raras. A associação da *relational governance* com outras expressões dá resultados zero, ou próximos de zero.

Em função dessa raridade, fez-se uma leitura mais acurada das indicações da associação da *governance* com *public policy* (126), *network structure* (43) e *network dynamic* (14). No total são 183 indicações. A leitura dos títulos e dos resumos, verificando alinhamento com o tema desta dissertação, reduziu as indicações para 18 artigos. A leitura mais atenta dos conceitos, do campo de investigação e das conclusões selecionou 08 artigos.

Comentários sobre a revisão

Conforme se verifica na revisão, existe variação no conceito de governança, mas há convergência na afirmativa de serem mecanismos que buscam o controle do comportamento e dos modos de produção e o incentivo para ações coletivas. Essa afirmativa convergente é aceita e utilizada neste trabalho.

Deve-se ressaltar que a produção acadêmica apresenta um leque de variáveis sobre governança e organização da rede, de forma não organizada, o que significa a necessidade de acertos no conteúdo dos indicadores referentes às variáveis.

Sobre os artigos que utilizaram a expressão governança relacional, chamou a atenção o fato de os pesquisadores afirmarem sua importância, mas que existem inúmeros obstáculos que dificultam sua emergência, desde questões comportamentais, como conflitos de interesses, até questões financeiras e estruturais. Dessa forma, os estudos indicam que ao se investigar a governança relacional é necessário questionar sobre as variáveis que podem, ou estão trazendo obstáculos. Essa sugestão foi aceita na dissertação, já que se pretendeu investigar não só as associações atuais entre variáveis, mas também a história dos possíveis obstáculos existentes.

Apêndice B: Roteiro de entrevista

Sobre a construção das perguntas, seguiram-se dois caminhos de estrutura das frases:

(a) Quando a questão exige mais fortemente a descrição e detalhamento, a frase é uma pergunta direta. Por exemplo: “Por favor, conte um exemplo da situação...”.

(b) Quando a questão exige mais fortemente uma posição do sujeito, com uma análise, ou uma comparação, a frase é uma pergunta que coloca opções. Por exemplo: “Você diria que a maior parte das pessoas está comprometida, ou existem muitos que não estão interessados?”

(c) Sempre que possível foi adicionada a pergunta sobre como se originou a regra em análise (para investigar a participação do grupo na construção da regra).

(A) Aquecimento:

Procedimentos iniciais: Apresentação; explicação do objetivo do trabalho; da regra do anonimato; do benefício do respondente ao participar da pesquisa; solicitação de autorização para gravar.

(B) Abertura:

Instruir o respondente que o grupo, ou rede se refere a todas as organizações e pessoas que prestam o serviço, não apenas da organização em que a pessoa se encontra.

Abre-se com uma questão geral sobre o que o respondente pode falar sobre como funciona o sistema de saúde mental na região, especialmente com o envolvimento do CAPS, quais problemas parecem existir e quais seriam as possíveis soluções.

Na continuação desse tema geral, solicita-se ao respondente que dê exemplos e comente sobre ajustes e arranjos que foram feitos para o funcionamento do serviço, já que as vezes não é possível seguir todas as normas.

Nessa linha, conforme conteúdo das respostas, pode-se iniciar o questionamento das variáveis selecionadas.

Questões dos indicadores de Governança Relacional

1. Ambiente seguro

1.1. Compartilhamento de valores, ideias e práticas.

1.1. Existem sinais, provas, evidências que a ética, ideias, práticas, normas são aceitas, seguidas e compartilhadas por todos, ou você diria que existem diferenças marcantes de modos de agir e pensar no grupo?

1.2. Sinais de pertencer ao grupo

1.2. A. Você diria que se sente fazendo parte do grupo de pessoas que realiza essa tarefa de saúde mental? Você pode me dar um exemplo sobre isso?

1.2.B. Você diria que as pessoas que estão nessa tarefa se sentem fazendo parte de um grupo, ou você observa que as pessoas geralmente não se comunicam, não se encontram, não criam um grupo social?

1.3. Sinais de confiança

1.3.1. Colocar-se na dependência do outro

1.3.1 De maneira geral, você diria que as pessoas dessa rede de trabalho confiam umas nas outras, pedem ajuda, trocam informações, ou, na verdade, a maioria não tem essa confiança?

1.3.2. Colocar os recursos à disposição dos outros

1.3.2. Você diria que em situações em que alguém necessita dos conhecimentos e capacidades de outras pessoas, para resolver um assunto, essas outras pessoas estão dispostas a ajudar, isto é, compartilhar este conhecimento? Ou, o que você percebe geralmente é que cada um faz sua parte sem muita ajuda aos outros? (dar um exemplo do menor drogado e violento que chega no Caps a polícia e a secretaria jurídica ajudam)?

1.4. Sinais de comportamentos e discursos de que os atores apresentam relações de comprometimento.

1.4.1. Atitudes e ações para atingir objetivos coletivos.

1.4.1. Você diria que as pessoas dessa rede estão comprometidas para se atingir os objetivos coletivos, ou você percebe que tem gente trabalhando por objetivos e interesses pessoais?

1.4.2. Ajudar o outro, mesmo sem benefício próprio imediato.

1.4.2. Você diria que as pessoas dessa rede estão dispostas a trabalhar e ajudar no que for preciso, mesmo que isso não resulte em benefício próprio imediato?

1.4.3. Assumir responsabilidades de ações conjuntas.

1.4.3. Você diria que as pessoas da rede estão sempre disponíveis para ajudar os outros, por exemplo, se alguém falta, ou não pode executar a tarefa; ou você diria que cada um faz só a sua parte?

1.4.4. Comportamentos que evidenciam a disposição para continuidade dos relacionamentos.

1.4.4. Você diria que as pessoas da rede estão interessadas em continuar no grupo, continuar encontrando as pessoas e ter relacionamento, ou você diria que não tem sinais desse interesse?

1.5. Sinais de comportamentos e discursos de que os atores podem falar porque serão ouvidos e respeitados

1.5 Você diria que existe um ambiente democrático, em que todos podem falar, dar sugestões, porque serão ouvidos e respeitados?

2. Governança Relacional

2.1 Construção/ajuste de regras de entrada e saída do grupo

2.1 Você pode me falar sobre regras de entrada de pessoas, ou organizações, para fazerem parte da tarefa? Por exemplo, se um laboratório quiser prestar seus serviços, como faz para entrar?

Como essas regras foram decididas?

2.2. Construção/ajuste de regras de penalidades

2.2 Existem normas, padrões, regras de penalidades para os participantes da rede? Se alguém faz algo errado, existem penalidades?

Como elas foram criadas?

2.3. Construção/ajuste de regras de representação (hierarquia, liderança, representação).

2.3 Existe alguma combinação, ou acordo, ou decisão sobre quais pessoas seriam as representantes em questões de rotina, como por exemplo, falar com prefeito, participar de uma reunião no hospital, etc.?

Como se decidiu sobre essa representação?

2.4. Construção/ajuste de funcionamento (horários, procedimentos, uso dos recursos).

2.4. Agora vamos falar um pouco sobre regras de funcionamento.

Sobre horários, o que você pode me dizer? Como se combinou?

Sobre o uso de recursos (equipamentos, computadores, etc.), quais as regras? Como se combinou?

Sobre (apenas para sujeitos que conhecem os procedimentos de atendimento) os procedimentos, vamos conversar por partes.

Quais as regras de procedimentos para entrada/chegada dos usuários? Como eles foram decididos, ou ajustados?

Quais as regras de procedimentos de acompanhamento clínico/médico? Como eles foram decididos, ou ajustados?

Quais as regras dos procedimentos de acompanhamento terapêutico? Como eles foram decididos, ou ajustados?

Quais as regras dos procedimentos de encaminhamento? Como eles foram decididos, ou ajustados?

2.5. Construção/ajuste de regras de controle do serviço e das pessoas

2.5.1 O que você pode dizer sobre regras de controle do comportamento das pessoas e das tarefas? Quais são elas e como elas foram decididas, ou ajustadas?

2.5.2. Você diria que as pessoas que trabalham neste serviço estão dispostas a aceitar e concordar com as regras estabelecidas pelas organizações da rede, ou você diria que há resistência e quebra de regras?

2.6. Construção/ajuste de regras para tomada de decisão/ poder de decisão de cada ator.

2.7. Construção/ajuste de modos de solução de conflitos/problemas (reunião, líder decide, procura-se alguém fora da rede...).

2.6+2/7. Você pode me descrever qual a regra de tomada de decisão sobre assuntos, ou problemas que surgem? Por exemplo, (1- Surgiu uma solicitação da prefeitura de se abrir num domingo específico; então, qual a regra de decisão? Quem decide isto?) (2- Por exemplo, se surgir um imprevisto, uma necessidade de uma ação fora do normal, qual a regra de ação?).

2.8. construção/ajuste das regras contratuais (com organizações prestadoras de serviços)

2.9. construção/ajuste das normas da lei

2.8 + 2/9 Existem situações em que vocês do grupo de trabalho acabam conversando para modificar, ou ajustar as regras que estão em contratos, por exemplo, de prestadores de serviços? Se sim, você pode dar alguns exemplos?

3. Organização da rede

3.1. Sobre a estrutura de posições e papéis na rede.

3.1.1 Sobre centralidade, densidade e liderança.

3.1. Como está organizada a estrutura de papéis, hierarquia e autoridade das pessoas e das organizações nesta rede? Esta organização foi combinada e ajustada pelos que trabalham na rede, ou ela veio de alguma forma já pronta?

3.1.1.A - (sobre centralidade e liderança) - Tem algum integrante da rede local que é mais procurado para resolver problemas, ou cada um pode tomar decisão por conta própria?

3.1.1.B – (sobre densidade) – Você diria que as pessoas que estão nesta tarefa conversam todas entre si, formando um grande grupo, ou existem pequenos grupos separados?

3.1.1.C Da maneira em que as tarefas e funções estão divididas e organizadas, você entende que estão gerando bons resultados? Ainda sobre esse assunto, você diria que as pessoas seguem os seus papéis definidos, ou existe confusão e mistura de papéis e funções?

3.2.1. Modos de realização da tarefa

3.2.1.A. Sobre rotinas de produção

3.2.1.A. Você pode me descrever qual é a rotina do serviço, ou seja, o que acontece desde o momento que alguém, um usuário, entra na rede de saúde mental até o término do serviço?

3.2.1.A.A. Esse serviço ocorre com pessoas trabalhando em conjunto, ou que normalmente acontece é que cada um faz a sua parte e envia o usuário para o próximo?

3.2.1.B. Sobre práticas de decisões

3.2.1.B. Vamos supor que surja uma situação que necessite de uma decisão sobre o serviço (dar um exemplo, se necessário). Na prática do dia a dia, essas decisões são feitas pela própria pessoa diante do problema, ou existe outro caminho, por exemplo, levando o problema para outra pessoa de autoridade de decisão?

3.2.1.C. Sobre cursos e treinamento de capacidades (transferência de conhecimentos).

3.2.1.C Como vocês são treinados ou fazem cursos para os que os serviços acontecem?

3.2.1.D. Sobre fluxo de informação

3.2.1.D. Você diria que neste serviço as informações são transparentes, todo mundo informa para todo mundo o que está fazendo e o que está acontecendo, ou você diria que a informação é truncada, parcial, obrigando cada um a buscar a informação necessária?

3.2.1.E. Sobre o fluxo de atendimento.

Sobre o fluxo de atendimento, vamos conversar por partes. (apenas para sujeitos que conhecem os procedimentos de atendimento).

Quais os procedimentos para entrada/chegada dos usuários? Eles estão funcionando?

Quais os procedimentos de acompanhamento clínico/médico? Eles estão funcionando? Quais os procedimentos de acompanhamento terapêutico? Eles estão funcionando?

Quais os procedimentos de encaminhamento? Eles estão funcionando?

3.2.1.F. Sobre a geração de relatórios de acompanhamento

3.2.1.G. Sobre os modos de registro de resultados.

3.2.1.F + 3.2.1.G

Você pode me descrever sobre os relatórios de acompanhamento e de registros dos resultados? Eles existem? Quem faz os relatórios? Onde e como eles ficam registrados? Como ter acesso a eles?

3.2.2. Dinâmica do grupo

3.2.2.A. Sobre conflitos de interesses

3.2.2.A. Você poderia me dizer se existem conflitos de interesses e se existirem quais são eles? Por exemplo, um médico precisa fazer o atendimento, mas o poder jurídico quer registrar as evidências antes do atendimento?

3.2.2.B. Sobre jogos de poder + 3.2.2.C. Sobre pressões de subgrupos (empresas, OSCIPs, governo).

Você diria que existem pessoas, ou grupos, ou mesmo organizações que acabam tendo maior poder sobre as ações e decisões nesta rede de serviço?

Se existirem quem são e qual é o poder e pressão que eles exercem?

Apêndice C: Instrumento Questionário com escala Likert de cinco pontos.

Questões dos indicadores de Governança Relacional

1. Ambiente seguro.

1.1. Compartilhamento de valores, ideias e práticas.

1.1. Existem sinais, provas e evidências que a ética, ideias, práticas, normas são aceitas, seguidas e compartilhadas por todos que fazem parte deste serviço.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

1.2. Sinais de pertencer ao grupo.

1.2.A. Eu me sinto fazendo parte do grupo de pessoas que realiza essa tarefa de saúde mental.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

1.2.B. As pessoas que estão nessa tarefa se sentem fazendo parte de um grupo.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

1.3. Sinais de confiança.

1.3.1. Colocar-se na dependência do outro

1.3.1. As pessoas dessa rede de trabalho confiam umas nas outras, pedem ajuda, trocam informações.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

1.3.2. Colocar os recursos à disposição dos outros

1.3.2. Quando alguém necessita dos conhecimentos e capacidades de outras pessoas, para resolver um assunto, essas outras pessoas estão dispostas a ajudar e compartilhar este conhecimento.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

1.4. Sinais de comportamentos e discursos de que os atores apresentam relações de comprometimento.

1.4.1. Atitudes e ações para atingir objetivos coletivos.

1.4.1. As pessoas dessa rede estão comprometidas, isto é, se esforçam para se atingir os objetivos coletivos.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

1.4.2. Ajudar o outro, mesmo sem benefício próprio imediato.

1.4.2. As pessoas dessa rede estão dispostas a trabalhar e ajudar no que for preciso, sem ficar pensando no que vai ganhar com isso.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

1.4.3. Assumir responsabilidades de ações conjuntas.

1.4.3. As pessoas da rede estão sempre disponíveis para ajudar uns aos outros, por exemplo, para fazer algo que o outro não está podendo naquele momento, ou não consegue fazer sozinho.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

1.4.4. Comportamentos que evidenciam a disposição para continuidade dos relacionamentos.

1.4.4. As pessoas da rede estão interessadas em continuar no grupo, trabalhar junto, continuar encontrando e se relacionando com as pessoas desse grupo.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

1.5. Sinais de comportamentos e discursos de que os atores podem falar porque serão ouvidos e respeitados

1.5. Neste grupo de trabalho existe um ambiente democrático, de liberdade, em que todos podem falar, dar sugestões, porque serão ouvidos e respeitados.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

2. Governança Relacional

2.1. Construção/ajuste de regras de entrada e saída do grupo

2.1. Existem regras bem claras sobre a entrada de pessoas, ou organizações, voluntários, por convênio ou terceirizados, para fazerem parte do grupo.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

2.1.A. Essas regras foram criadas por nós mesmos

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

2.2. Construção/ajuste de regras de penalidades

2.2. Existem normas, padrões, regras de penalidades para os participantes da rede. Se alguém faz algo errado, existem penalidades.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

2.2.A. Essas regras foram criadas por nós mesmos

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

2.3. Construção/ajuste de regras de representação (hierarquia, liderança, representação).

2.3. Existem regras bem claras sobre quais pessoas são as representantes em questões de rotina, como por exemplo, falar com prefeito, participar de uma reunião no hospital.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

2.3.A. Essas regras foram criadas por nós mesmos

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

2.4. Construção/ajuste de funcionamento (horários, procedimentos, uso dos recursos).

A. Existem regras claras sobre os horários de funcionamento e atendimento.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

A.A. Essas regras foram criadas por nós mesmos.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

B. Existem regras claras sobre o uso de recursos (equipamentos, computadores, etc.).

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

B.B. Essas regras foram criadas por nós mesmos.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

C. Existem regras claras sobre os procedimentos para entrada/chegada dos usuários.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

C.C. Essas regras foram criadas por nós mesmos.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

D. Existem regras claras sobre os procedimentos de acompanhamento clínico/médico.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

D.D. Essas regras foram criadas por nós mesmos

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

E. Existem regras claras sobre os procedimentos de acompanhamento terapêutico.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

E.E. Essas regras foram criadas por nós mesmos

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

F. Existem regras claras sobre os procedimentos de encaminhamento.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

F.F. Essas regras foram criadas por nós mesmos

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

2.5. Construção/ajuste de regras de controle do serviço e das pessoas

2.5.1. Existem regras claras sobre os controles que são feitos sobre serviços.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

2.5.1.A. Essas regras foram criadas por nós mesmos

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

2.6. Construção/ajuste de regras para tomada de decisão/ poder de decisão de cada ator.

2.7. Construção/ajuste de modos de solução de conflitos/problemas (reunião, líder decide, procura-se alguém fora da rede...).

2.6+2/7. Existem regras claras sobre quem pode e quem não pode tomar decisões quando surgem problemas, ou demandas específicas.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

2.6+2/7.A. Essas regras foram criadas por nós mesmos

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

2.8. Construção/ajuste das regras contratuais (com organizações prestadoras de serviços).

2.9. construção/ajuste das normas da lei.

2.8+2/9 Quando precisa contratar um serviço adicional, ou ajustar as regras sobre o que já existe, não tem burocracia e as próprias pessoas envolvidas podem chegar num acordo.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

Questões sobre a organização da rede

3. Organização da rede

3.1. Sobre a estrutura de posições e papéis na rede

3.1.1. Sobre centralidade, densidade e liderança.

3.1.1.1. Já está tudo organizado e decidido sobre a estrutura de papéis, hierarquia e autoridade, tanto das pessoas, quanto das organizações nesta rede.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

3.1.1.A. Quando é necessário mudar alguma coisa nessa estrutura, nós mesmos é que fazemos os ajustes.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

3.1.1.B. No nosso grupo existe um integrante que é o mais procurado para resolver problemas. É o nosso líder.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

3.1.1.C. Da maneira em que as tarefas e funções estão divididas e organizadas, eu entendo que estão gerando bons resultados.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

3.2.1. Modos de realização da tarefa

3.2.1.A. Sobre rotinas de produção

3.2.1.A. A rotina está toda organizada, desde o momento que alguém, um usuário, entra na rede de saúde mental, até o término do serviço.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

3.2.1.A.A. Essa rotina está funcionando muito bem e o serviço ocorre com pessoas trabalhando em conjunto.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

3.2.1.B. Sobre práticas de decisões

3.2.1.B. Na prática do dia a dia, cada pessoa pode tomar decisões necessárias, sem muita burocracia.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

3.2.1.C. Sobre cursos e treinamento de capacidades (transferência de conhecimentos).

3.2.1.C. Neste serviço e neste grupo existem treinamentos e cursos regulares.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

3.2.1.D. Sobre fluxo de informação

3.2.1.D. As informações são transparentes, todo mundo informa para todo mundo o que está fazendo e o que está acontecendo.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

3.2.1.E. Sobre o fluxo de atendimento.

I. Quanto aos procedimentos de entrada/chegada dos usuários está tudo organizado e funcionando muito bem.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

II. Quanto aos procedimentos de acompanhamento clínico/médico está tudo organizado e funcionando muito bem.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

III. Quanto aos procedimentos de acompanhamento terapêutico, eles estão funcionando muito bem.

a.() concordo totalmente b.() concordo c.() nem concordo, nem discordo d.() discordo e.() discordo totalmente

IV. Quanto aos procedimentos de encaminhamento, eles estão funcionando muito bem.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

3.2.1.F. Sobre a geração de relatórios de acompanhamento

3.2.1.G. Sobre os modos de registro de resultados.

3.2.1.F+3.2.1.G

Existem relatórios de acompanhamento e de registros dos resultados para qualquer pessoa do serviço poder acessar.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

3.2.2. Dinâmica do grupo

3.2.2.A. Sobre conflitos de interesses

O grupo que trabalha nesse serviço é unido e não existem conflitos.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente

3.2.2.B. Sobre jogos de poder + 3.2.2.C. Sobre pressões de subgrupos (empresas, OSCIPs, governo).

3.2.2.B+C. Entre as organizações desta rede todas tem o mesmo poder sobre as ações e decisões.

a.()concordo totalmente b.()concordo c.()nem concordo, nem discordo d.()discordo e.()discordo totalmente