ReGeo
ISSN: 2177-3246

DESAFIOS DA GESTÃO PÚBLICA NA ATENÇÃO DOMICILIAR: GOVERNANÇA, VALOR E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

CHALLENGES OF PUBLIC MANAGEMENT IN HOME CARE: GOVERNANCE, VALUE AND HEALTHCARE NETWORKS

DESAFÍOS DE LA GESTIÓN PÚBLICA EN LA ATENCIÓN DOMICILIAR: GOBERNANZA, VALOR Y LAS REDES DE ATENCIÓN A LA SALUD

https://doi.org/10.56238/revgeov17n8-075

Data de submissão: 23/06/2026 **Data de publicação:** 07/08/2026

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo
Mestre em Gestão de Serviços de Saúde
Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
E-mail: edmundogusttavo@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/5769633860559190

Denise Valadão da Silveira Souza
Mestra em Gestão de Serviços de Saúde
Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
E-mail: denise.valadao@pbh.gov.br
Lattes: http://lattes.cnpq.br/9966579958169409

RESUMO

O envelhecimento populacional e a transição epidemiológica impõem ao Sistema Único de Saúde (SUS) a necessidade de superar a fragmentação do cuidado. Neste cenário, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) desponta como componente estratégico para a otimização de recursos e desospitalização. Este artigo tem como objetivo analisar os arranjos organizacionais e os desafios de governança enfrentados por serviços de saúde descentralizados, utilizando como estudo de caso o Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH). A pesquisa explora a tensão existente entre a centralização decisória no nível estratégico e a necessidade de autonomia das equipes distribuídas no território. Por meio de uma abordagem qualitativa descritiva, o estudo analisa dados gerados em entrevistas com 25 profissionais atuantes na gestão estratégica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Os resultados revelam um fenômeno que foi nomeado como "governança paradoxal". A percepção dos gestores evidencia um modelo de gestão à distância em que o nível central busca exercer controle normativo, mas encontra barreiras na padronização de processos, resultando em um vácuo de poder e autonomia. Conclui-se que a superação da fragmentação sistêmica exige arranjos matriciais e territorializados, que substituam a dicotomia centralização-descentralização por pactos de corresponsabilidade institucional.

Palavras-chave: Administração em Saúde Pública. Governança. Redes de Atenção à Saúde. Serviços de Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

Aging of the population and epidemiological transition impose on the Unified Health System (SUS) the need to overcome the fragmentation of care. In this scenario, the Home Care Service (SAD) emerges as a strategic component for the optimization of resources and hospital discharge reduction. This article aims to analyze the organizational arrangements and governance challenges faced by decentralized health services, using as a case study the Home Care Service of Belo Horizonte (SAD-

BH). The research explores the tension existing between decision-making centralization at the strategic level and the need for autonomy of teams distributed across the territory. Through a descriptive qualitative approach, the study analyzes data generated in interviews with 25 professionals working in strategic management at the Municipal Health Secretariat of Belo Horizonte. The results reveal a phenomenon that was named as 'paradoxical governance'. The perception of managers reveals a remote management model in which the central level seeks to exercise normative control, but encounters barriers in process standardization, resulting in a vacuum of power and autonomy. It is concluded that overcoming systemic fragmentation requires matrix and territorialized arrangements that replace the centralization-decentralization dichotomy with institutional co-responsibility pacts.

Keywords: Public Health Administration. Governance. Health Care Networks. Home Care Services.

RESUMEN

El envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica imponen al Sistema Único de Salud (SUS) la necesidad de superar la fragmentación de la atención. En este escenario, el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) destaca como componente estratégico para la optimización de recursos y desospitalización. Este artículo tiene como objetivo analizar los arreglos organizacionales y los desafíos de gobernanza enfrentados por servicios de salud descentralizados, utilizando como estudio de caso el Servicio de Atención Domiciliaria de Belo Horizonte (SAD-BH). La investigación explora la tensión existente entre la centralización decisoria a nivel estratégico y la necesidad de autonomía de los equipos distribuidos en el territorio. Por medio de un enfoque cualitativo descriptivo, el estudio analiza datos generados en entrevistas con 25 profesionales que actúan en la gestión estratégica de la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte. Los resultados revelan un fenómeno que fue nombrado como “gobernanza paradójica”. La percepción de los gestores evidencia un modelo de gestión a distancia en el que el nivel central busca ejercer control normativo, pero encuentra barreras en la estandarización de procesos, resultando en un vacío de poder y autonomía. Se concluye que la superación de la fragmentación sistémica exige arreglos matriciales y territorializados, que sustituyan la dicotomía centralización-descentralización por pactos de corresponsabilidad institucional.

Keywords: Gestión de la Salud Pública. Gobernanza. Redes de Atención Sanitaria. Servicios de Asistencia a Domicilio.

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro enfrenta o imperativo de reorganizar seus modelos de cuidado frente às rápidas transições demográfica e epidemiológica. As projeções indicam uma expressiva alteração no perfil populacional, fenômeno que, atrelado à alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, pressiona a sustentabilidade estrutural e financeira do Sistema Único de Saúde (SUS). Como resposta a essa complexidade, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) propõem a superação do modelo biomédico hospitalocêntrico, visando à integralidade e à continuidade da assistência (BUSS *et al.*, 2020; BORGES *et al.*, 2023; MENDES, 2011).

Neste panorama, a Atenção Domiciliar (AD), institucionalizada no Brasil prioritariamente pelo Programa Melhor em Casa (PMeC) em 2011, consolida-se como uma modalidade inovadora de gestão do cuidado. A estratégia objetiva a redução de internações desnecessárias, o fomento à desospitalização e a otimização dos recursos públicos, além de garantir maior humanização no tratamento. No município de Belo Horizonte, que possui uma RAS robusta e reconhecida nacionalmente, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) acompanha anualmente milhares de pacientes, operando como um elo estratégico entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e as esferas de média e alta complexidade (BRASIL, 2014; CAVALCANTE *et al.*, 2022; BELO HORIZONTE, 2025).

Apesar dos avanços e dos resultados expressivos alcançados, a efetividade das RAS esbarra em gargalos sistêmicos de governança e articulação. A fragmentação entre os níveis de atenção, a fragilidade dos sistemas logísticos e as dicotomias gerenciais representam obstáculos persistentes para a administração pública (MENDES, 2012; BELGA; JORGE; SILVA, 2022).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar os arranjos organizacionais e os desafios de governança enfrentados por serviços de saúde descentralizados, utilizando como estudo de caso o Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH). Compreender essas percepções é indispensável para subsidiar o planejamento em saúde baseada em evidências, orientando políticas públicas mais eficientes, colaborativas e centradas no usuário (MENDES, 2011).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para analisar a complexidade organizacional da gestão em saúde, este estudo ancora-se na intersecção entre a teoria macropolítica das Redes de Atenção à Saúde e a dimensão micropolítica do processo de trabalho (MERHY *et al.*, 2019).

Na vertente macropolítica o sistema de governança é o eixo estruturante responsável por gerir a interdependência entre os pontos de atenção (“Nós” da rede), alinhando objetivos e padronizando processos clínicos e administrativos. O pleno funcionamento de uma RAS exige que o centro de

comunicação (a APS) esteja articulado com os pontos secundários e terciários por meio de sistemas logísticos e de apoio eficazes. Sem essa integração informacional e estrutural, a continuidade do cuidado se rompe, gerando sobreposição de esforços e desperdício orçamentário (MENDES, 2011; MENDES, 2012; BELGA; JORGE; SILVA, 2022).

Por outro lado, as normativas e protocolos formais (o que a literatura denomina “trabalho morto”) não operam no vácuo. A administração de serviços de saúde lida diretamente com relações intersubjetivas e dinâmicas de poder no território. O “trabalho vivo em ato”, caracterizado pela criatividade, pelos encontros e pelas adaptações cotidianas realizadas pelos trabalhadores, atua como motor de resiliência do sistema de saúde. Em contextos de escassez e gestão descentralizada, o sucesso da implementação de políticas públicas depende de arranjos que equilibrem as diretrizes centrais da governança com a autonomia e a corresponsabilização dos atores locais (CARDOSO, 2021; ALMEIDA; MERHY, 2020; MERHY *et al.*, 2019; JATOBÁ; CARVALHO, 2024).

3 METODOLOGIA

O estudo adota uma abordagem qualitativa descritiva, configurando-se como um estudo de caso. Esta escolha metodológica justifica-se pelo interesse em investigar elementos presentes nas interações sociais e compreender o contexto em que se insere a pesquisa sob a perspectiva dos atores envolvidos, valorizando o caráter representativo e o enfoque no espaço de inserção do sujeito (GOMES, 2014; YIN, 2005).

O Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH) é o objeto de análise deste estudo. O Serviço é composto por uma Coordenação, responsável pelo desenvolvimento de ações no âmbito da gestão e pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) responsáveis pelas ações assistenciais (SOUZA *et al.*, 2024).

Belo Horizonte possui 32 equipes, sendo: 24 EMADs, integradas por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e fisioterapeutas; e 8 EMAPs, compostas por nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional e psicólogo (BELO HORIZONTE, 2023; SOUZA *et al.*, 2024)

A definição da amostragem ocorreu por meio de método não probabilístico, utilizando a técnica de “bola de neve” (*snowball*). Este método baseia-se em cadeias de referência, sendo adequado para alcançar grupos de difícil acesso, como profissionais estratégicos na gestão. A técnica permitiu a construção de relações de confiança entre pesquisador e participantes, aspecto essencial para a obtenção de informações detalhadas (VINUTO, 2014; RODRIGUES; OLIVEIRA; SANTOS, 2021).

A coleta de dados envolveu entrevistas online, realizadas individualmente, direcionadas por meio de um roteiro semiestruturado. A amostra foi definida por meio da saturação teórica, ponto em que a coleta não gera informações novas. A partir dessa perspectiva foram realizadas 25 entrevistas, estabelecendo o encerramento do recrutamento de novos participantes e garantindo a robustez dos achados (MINAYO, 2017).

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo operacionalizada em três etapas: a pré-análise, com leitura flutuante e definição do *corpus*; a exploração do material, com categorização mista (temas previstos e emergentes); e o tratamento dos resultados e inferência, visando compreender os sentidos latentes atribuídos pelos entrevistados à governança do serviço e suas relações com a RAS (FRANCO, 2008).

Conforme as diretrizes estabelecidas, houve a solicitação do Termo de Anuência Institucional (TAI) à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). Após o parecer favorável e emissão do TAI procedeu-se com a submissão do projeto aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da SMSA- BH.

A coleta de dados foi iniciada após as aprovações pelo CEP da UFMG (CAAE: 81649924.1.0000.5149 – Número do Parecer: 7.222.343) e pelo CEP da SMSA-BH (CAAE: 81649924.1.3001.5140 – Número do Parecer: 7.374.337), de forma a atender às exigências e recomendações previstas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O SAD-BH COMO NÓ DE TRANSIÇÃO TECNOLÓGICA

A identidade do SAD-BH, delineada pelas percepções gerenciais, revela um papel que transcende a assistência complementar. O serviço atua como uma ponte estratégica entre as diferentes densidades tecnológicas do sistema de saúde. A caracterização formal aponta que o SAD-BH responde aos níveis de atenção domiciliar de média e alta complexidade, buscando assegurar a desospitalização segura e a liberação de leitos (MENDES, 2011; MERHY *et al.*, 2019; BRASIL, 2016).

O Serviço de Atenção Domiciliar é um serviço de transição de cuidados entre a Atenção Terciária e Secundária, fazendo essa transição para a Atenção Primária [Entrevistado P20].

A visão sobre o impacto sistêmico na gestão de leitos é unanimidade entre os participantes. A capacidade do SAD-BH de “promover o giro de leito” ratifica sua pertinência econômica e estrutural no combate à superlotação hospitalar, funcionando como uma engrenagem que confere fluidez à rede de urgência e emergência (NISHIMURA; CARRARA; FREITAS, 2019; BRASIL, 2020). Conforme destaca P17:

O SAD, hoje, pra rede de Belo Horizonte, ele é essencial. Ele é uma válvula de escape pra gente conseguir dar vazão pros nossos pacientes, principalmente na urgência, né? Que a gente tá com a rede muito cheia, então ele é primordial pra gente conseguir dar o giro de leito [Entrevistado P17].

Assim, pode-se perceber que o SAD-BH é interpretado pelos gestores como um verdadeiro "nó de transição tecnológica", cuja competência central é traduzir as lógicas e exigências do ambiente hospitalar (tecnologia dura) para o cuidado territorializado no domicílio (tecnologia leve e leve-dura). A competência da RAS, sob esta perspectiva empírica, reside na habilidade de articular adequadamente esse processo transicional (MERHY *et al.*, 2019; BELGA; JORGE; SILVA, 2022).

4.2 A GOVERNANÇA PARADOXAL NA GESTÃO PÚBLICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Apesar da relevância estratégica confirmada, o estudo desvelou fraturas preocupantes no sistema de governança. O modelo de gestão das equipes distribuídas geograficamente pelas regionais de Belo Horizonte manifesta um paradoxo administrativo. A governança é percebida, simultaneamente, como fisicamente distante do território e centralizadora na tomada de decisões (MENDES, 2012; MOREIRA; RODRIGUES, 2023; ALMEIDA; MERHY, 2020).

> A gestão à distância é possível, mas precisa de presença efetiva na ponta [...] falta mapeamento dos processos, cada equipe atua de forma distinta. Há centralização excessiva na gestão [...] mudanças simples poderiam ser resolvidas na ponta [...] mas tudo precisa ser validado no nível central [Entrevistado P13].

Esse modelo de governança paradoxal provoca um duplo prejuízo: o nível central perde a capacidade de monitoramento realista das singularidades micropolíticas, e a ponta perde a autonomia e a celeridade. Como efeito colateral, há uma considerável heterogeneidade nas práticas clínicas e gerenciais das equipes, demandando diretrizes mais claras, padronização de condutas e lideranças locais fortalecidas para preencher o vácuo de gestão intermediária (MERHY *et al.*, 2019; MENDES, 2011).

4.3 SISTEMAS LOGÍSTICOS, COMUNICAÇÃO E A SOBRECARGA DO "TRABALHO VIVO"

A operacionalização da governança e a fluidez das transições de cuidado dependem da robustez dos sistemas logísticos. No contexto analisado, evidenciou-se que a comunicação entre o SAD-BH e os demais serviços da RAS ocorre por meio de um mosaico de ferramentas, carecendo de uma plataforma unificada que integre as informações clínicas em tempo real. A inexistência de um prontuário eletrônico plenamente compartilhado desponta como a principal barreira tecnológica para

a coordenação do cuidado, fomentando a fragmentação da rede (BELGA; JORGE; SILVA, 2022; MENDES, 2011).

Essa deficiência do "trabalho morto" — ou seja, das tecnologias duras e normativas institucionais — obriga os profissionais a recorrerem constantemente a arranjos informais para garantir a continuidade da assistência. A substituição de processos institucionais confiáveis por ferramentas não oficiais e contatos interpessoais é uma tônica entre os gestores (MERHY *et al.*, 2019; JATOBÁ; CARVALHO, 2024).

> A gente usa muito o WhatsApp [...] e-mail institucional tem funcionado bem [...] já teve alta entregue presencialmente [...] malote às vezes demora [Entrevistado P25].

Neste vácuo logístico a responsabilidade pela integração sistêmica recai de forma desproporcional sobre o "trabalho vivo em ato". Embora essa capacidade adaptativa dos profissionais seja a principal fonte de resiliência do sistema de saúde (o Trabalho como Feito), ela se configura como uma resiliência frágil, pois não é universalmente acessível nem garantida institucionalmente. Mais criticamente, a falha do sistema logístico chega a transferir o ônus da comunicação para o próprio usuário e sua família, o que representa um desvio na segurança do cuidado (MERHY *et al.*, 2019; JATOBÁ; CARVALHO, 2024; BRASIL, 2016).

> Tem telefone corporativo, WhatsApp, e-mail, mas ainda usamos a família como elo [...] isso mostra a fragilidade da comunicação institucionalizada [Entrevistado P11].

A necessidade de "usar a família como elo" é a materialização da dificuldade da rede em prover um sistema logístico seguro. Nesse sentido, o "trabalho vivo" cessa de ser uma tecnologia de humanização para atuar como um mecanismo de sobrevivência institucional, mascarando as vulnerabilidades macroestruturais do SUS (ALMEIDA; MERHY, 2020).

4.4 O "VALOR CONDICIONAL" NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A atuação do SAD-BH gera um valor tangível e expressivo para o município, materializado na desospitalização eficiente, na redução de custos com internações prolongadas e na diminuição da exposição dos pacientes a infecções hospitalares. O serviço liberou um montante significativo de leitos de terapia intensiva e enfermarias, comprovando seu papel como solução estruturante (NISHIMURA; CARRARA; FREITAS, 2019; BRASIL, 2020; ARAÚJO, 2025).

Entretanto, a análise empírica revela que este valor não é absoluto ou intrínseco apenas ao SAD-BH; trata-se de um "Valor Condicional". De acordo com a perspectiva sistêmica e a Engenharia

de Resiliência, o sucesso clínico e financeiro da Atenção Domiciliar depende da ressonância positiva com os demais Nós da rede. Se o acesso a exames for negado, se a Atenção Ambulatorial Especializada apresentar filas impraticáveis ou se a transição para a APS for falha, o benefício construído no domicílio é imediatamente dissipado (JATOBÁ; CARVALHO, 2024; COELHO, 2024; BELGA; JORGE; SILVA, 2022).

> Se a gente não funciona em rede, o usuário é o mais penalizado [...] ele fica, de fato, fragmentado [...] paciente fica solto, sem dar notícias [Entrevistado P15].

Este achado corrobora a premissa de que a qualidade final do cuidado é uma propriedade emergente do sistema como um todo. O Valor Condicional demonstra que, na administração pública em saúde, o desempenho isolado de um serviço de excelência pode ser sufocado pela desarticulação sistêmica, penalizando o usuário e destruindo a eficácia da política pública (MENDES, 2011; MERHY *et al.*, 2019).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que o Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte atua como um nó de transição tecnológica de grande relevância para a sustentabilidade da Rede de Atenção à Saúde. No entanto, sua capacidade de gerar valor contínuo é cerceada por desafios estruturais da gestão dos serviços públicos de saúde, marcadamente a ausência de sistemas logísticos integrados e a vigência de uma governança paradoxal. Os achados apontam que a percepção sobre uma gestão à distância, aliada à centralização de decisões, inibe a autonomia das equipes da ponta e contribui para que a rede a opere de forma fragmentada.

Como consequência a resiliência da RAS não deriva de um desenho institucional intencional, mas do esforço dos trabalhadores, que criam “redes invisíveis” por meio de tecnologias de comunicação informais para suprir falhas estruturais. O valor gerado pela Atenção Domiciliar torna-se, assim, um Valor Condicional: potente em sua essência, mas sempre sob o risco de fragmentação caso a macrogestão falhe em conectar os Nós de cuidado.

Para superar esses entraves faz-se necessária uma mudança paradigmática na cultura organizacional da saúde pública. A gestão deve transitar de uma postura reativa para um modelo matricial e territorializado, implementando ferramentas digitais unificadas de prontuário eletrônico e promovendo instâncias sistemáticas de cogestão. Somente por meio do fortalecimento do “trabalho morto” (processos logísticos estruturados) será possível liberar o “trabalho vivo” (profissionais) da

carga burocrática pouco valorosa, permitindo que a criatividade humana seja integralmente aplicada na humanização e na excelência clínica do cuidado prestado aos cidadãos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. A.; MERHY, E. E. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: Composição por uma ética antimanicomial em ato. Psicologia Política, v. 20, n. 47, p. 65-75, 2020.

ARAÚJO, E. G. C. de. Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte: um estudo de caso sobre a percepção de profissionais atuantes na gestão. 2025. 169 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2025.

ARAÚJO, R. S.; ARAÚJO, N. K. de. Gestão em saúde pública. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 8, n. 9, p. 294–306, 2022.

BELEI, R. A. *et al.* O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. Cadernos de Educação, n. 30, p. 187-199, 2008.

BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. Saúde Em Debate, v. 46, n. 133, p. 551-570, 2022.

Belo Horizonte. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Guia de Diretrizes da Atenção Domiciliar. Belo Horizonte: PBH; 2023.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2024. Belo Horizonte: PBH, 2025.

BORGES, M. M. *et al.* Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 1, p. 231-242, 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Segurança do Paciente no Domicílio. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BUSS, P. M. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020.

CARDOSO, F. M. C. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Serviço Social & Saúde, Campinas, v. 20, e021013, 2021.

CAVALCANTE, M. E. P. L. *et al.* Melhor em casa: caracterização dos serviços de atenção domiciliar. Escola Anna Nery, v. 26, 2022.

COELHO, A. N. C. Rede de Reabilitação do SUS de Belo Horizonte: visão dos profissionais de saúde sobre a gestão do trabalho para a prestação do serviço. 2024. Trabalho de Conclusão (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2024.

FRANCO, M. L. P. B. Análise de conteúdo. Brasília, DF: Líber Livro, 2008.

GOMES, R. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

JATOBÁ, A.; CARVALHO, P. V. R. A Resiliência na Saúde Pública. Rio de Janeiro: Cebes, 2024.

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

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS, 2012.

MERHY, E. E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. Saúde Em Debate, v. 43, n. esp. 6, p. 70-83, 2019.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MOREIRA, D. A. A.; RODRIGUES, D. M. A Gestão por Competências como Ferramenta Estratégica para Manter a Sustentabilidade Organizacional. Revista de Gestão Social e Ambiental, v. 9, e04033, 2023.

NISHIMURA, F.; CARRARA, A. F.; FREITAS, C. E. Effect of the Melhor em Casa program on hospital costs. Revista De Saúde Pública, v. 53, n. 104, 2019.

SOUZA, D. V. S. *et al.* As estratégias para ampliação do acesso ao Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte. In: SEMINÁRIO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, 4., 2024, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte: UFMG, 2024.

VERGARA, S. C. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. São Paulo: Atlas Editora, 2000.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.