



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 2 (2022).

## ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n2p161-180

# Interface Regionalização e Controle Social numa Macrorregião de Saúde

Regionalization Interface and Social Control in a Health Macroregion

### Ana Cláudia de Andrade Cardoso

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Pernambuco, Brasi.

E-mail: [anac.cardoso@hotmail.com](mailto:anac.cardoso@hotmail.com);

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7848-201X>

### Petrônio José de Lima Martelli

Doutor em saúde pública pelo CPqAM/FIOCRUZ, docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e professor associado da Área Acadêmica de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Pernambuco, Brasi.

E-mail: [petroniocarla@uol.com.br](mailto:petroniocarla@uol.com.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6920-6435>

### Gabriella Morais Duarte de Miranda

Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz e professora da Área Acadêmica de Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Pernambuco, Brasi.

E-mail: [gabriella.miranda@ufpe.br](mailto:gabriella.miranda@ufpe.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9588-6817>

### Cassio Luiz Santos Dantas

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Pernambuco, Brasi.

E-mail: [dantas.cassio01@hotmail.com](mailto:dantas.cassio01@hotmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3698-1889>

### Maria Vanessa Dias da Silva

Acadêmica de Medicina na Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Pernambuco, Brasi.

E-mail: [mvanessads@gmail.com](mailto:mvanessads@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2950-0212>

### Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Doutora em Saúde Pública em Nutrição, docente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Gestão e Economia da Saúde e Gerontologia na Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Pernambuco, Brasi.

E-mail: [adriana.bbezerra@ufpe.br](mailto:adriana.bbezerra@ufpe.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5278-3727>

**Resumo: Objetivo:** analisar a participação do controle social no processo de regionalização da saúde nos municípios sede das macrorregiões de Pernambuco. **Método:** foi realizado um estudo de caso, de abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos mediante entrevistas semiestruturadas com doze conselheiros municipais de saúde, de análise documental dos relatórios das conferências municipais de saúde e das atas, resoluções e listas de frequência das reuniões da Comissão Intergestores Regional. A identificação das dimensões foi realizada mediante análise temática. **Resultados:** evidenciou-se o

conhecimento incipiente dos conselheiros em relação aos aspectos conceituais, à sua atuação no processo de regionalização e, principalmente, aos instrumentos de planejamento regional. A ausência de espaços institucionalizados de controle social no âmbito regional de caráter regular e permanente como fóruns, conferências e conselhos regionais e de representantes dos conselhos na Comissão Intergestores Regional repercutem nas escassas discussões sobre a regionalização. **Conclusão:** há necessidade de promover o empoderamento dos conselheiros com o objetivo de fortalecer o processo de regionalização.

**Palavras-chave:** Política de Saúde; Sistema Único de Saúde; Regionalização; Participação Social; Conselhos de Saúde.

**Abstract: Objective:** this is a case study with a qualitative approach aimed at analyzing the participation of social controls in the host cities of Pernambuco macro-region. **Method:** we obtained the database through semi-structured interviews with twelve municipal health advisers and documentary analysis of the reports of the municipal health conferences and of the minutes, resolutions and frequency lists of the meetings of the Regional Interagency Commissions. We identified the categories through thematic analysis. **Results:** the results showed the advisers' incipient knowledge in relation to the conceptual aspects, to their updating in the regionalization process and mainly to the regional planning instruments. The absence of regular and permanent institutionalized spaces for social controlling in the regional scope, such as forums, conferences and regional councils and representatives of the councils in the Regional Interagency Commissions, have repercussion in scarce discussions about the regionalization. **Conclusion:** there is a need to promote the empowerment of councilors to strengthen exercise of social control in regionalization process.

**Keywords:** Unified Health System; Regional Health Planning; Social Participation; Health Councils; Health Policy.

**Keywords:** Unified Health System; Regional Health Planning; Social Participation; Health Councils; Health Policy.

## Introdução

Presentes na política de saúde brasileira desde as iniciativas que antecederam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização e a regionalização foram estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 8.080/1990 como princípios norteadores dos processos de organização do SUS, bem como a gestão sob comando único em cada esfera de governo e de participação da comunidade<sup>1</sup>. Esses princípios foram defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária e tornaram-se fortes influências para a conformação do sistema de saúde brasileiro.

No contexto do SUS, a participação social é assegurada pela Lei nº 8.142/90, a qual regulamenta os conselhos e conferências de saúde que permitem a participação formal da comunidade na formulação das políticas de saúde<sup>2,3</sup>. As conferências definem os princípios e diretrizes que devem nortear o processo de formulação das políticas de saúde a partir das necessidades de saúde da população expressas nesses espaços. Por sua vez, os conselhos de saúde consolidam as decisões definidas na reunião, formulando e fortalecendo as políticas de saúde e desenvolvendo estratégias para fiscalizar, avaliar e controlar a implementação dessas políticas pelo poder executivo<sup>3</sup>.

O controle social representa uma ferramenta essencial para o desenvolvimento do empoderamento individual e coletivo. A participação popular deve ser incentivada com o objetivo de garantir sua atuação no planejamento para enfrentar os problemas priorizados, e para que a execução e a avaliação das ações de saúde sejam realizadas adequadamente<sup>4</sup>. Por meio da inclusão da sociedade nas discussões referentes às políticas públicas pretende-se aumentar a participação na gestão a fim de que cada vez mais as demandas e os interesses da população sejam atendidos.

Outra importante diretriz constitucional do SUS, a regionalização em saúde, consiste numa estratégia técnica de descentralização política e administrativa das ações e serviços<sup>5</sup>. As regiões de saúde devem ser estruturadas a partir de políticas públicas, traduzindo o encontro da esfera local com a regional como instância resolutiva, abrangente e com potencial para a execução da gestão e da oferta da atenção para fora dos limites municipais<sup>6</sup>.

Apesar da importância atribuída ao processo de regionalização a fim de se obter uma efetiva gestão no SUS e dos avanços obtidos por essa política, destacando-se a criação das instâncias de negociação e os instrumentos de pactuação e programação, não existe compreensibilidade no que se refere à participação e controle social no planejamento e execução de ações regionalizadas, ademais, pouco se encontra na literatura científica sobre esse tema.

Dada a relevância do controle social na definição de políticas em saúde como conquista democrática no SUS, o presente artigo analisa a participação do controle social no processo de regionalização da saúde em um estado da Região Nordeste do Brasil.

### Metodologia

O estudo foi realizado no estado de Pernambuco e desenvolvido a partir da abordagem qualitativa, por meio de estudo de caso da participação do controle social no processo de regionalização da saúde nos municípios sede de cada macrorregião. O estudo de caso<sup>7</sup> é avaliado como estratégia mais adequada para a investigação de fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real, permitindo o entendimento de fenômenos sociais complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores, tais como o significado e a intencionalidade que os atores sociais atribuem à realidade estudada.

Quanto à organização político-administrativa, a saúde está estruturada com base em doze regiões de saúde e quatro macrorregiões de saúde<sup>8</sup>. As macrorregiões, cenário de investigação deste estudo, constituem-se como arranjos territoriais que reúnem mais de uma região de saúde, com o propósito de organizar ações e serviços especializados<sup>9</sup>. As quatro Macrorregiões do Estado de Pernambuco estão localizadas na região metropolitana (Macrorregião I), no agreste (Macrorregião II) e no sertão (Macrorregião III e IV), tendo como sede, respectivamente, os municípios de Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina.

Os sujeitos escolhidos para realização desta pesquisa foram os conselhos de saúde dos quatro municípios de macrorregião de saúde em Pernambuco (Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina) com representantes dos três segmentos (Usuário, Trabalhador e Gestor), o que totalizou 12 entrevistados. Optou-se por trabalhar com conselheiros municipais de saúde devido a relevância desses atores para democratização da saúde, apesar do estudo em tela optar pela análise do controle social nos quatro municípios com maiores responsabilidades perante a regionalização no estado de Pernambuco.

Em consonância com a perspectiva qualitativa, o estudo considera o aprofundamento a respeito do tema e a diversificação da participação dos interlocutores no cenário de pesquisa (MINAYO, 2010), desse modo, não ocorreu uma definição de amostragem estatística, pois a escolha dos atores foi definida pela vivência e especificidades de cada ator. De acordo com Deslauriers e Kérisit (2012), enquanto a dimensão de amostra probabilística nos permite conhecer aspectos gerais da realidade social, o caráter único da amostra não probabilística nos dá acesso a um conhecimento detalhado e circunstancial da vida social, sendo, portanto, uma escolha legítima para o tipo de estudo em questão. No esforço de compreender as diferenças entre os informantes, algumas características foram evidenciadas na Tabela 1, a exemplo do alto grau de escolaridade apresentado pela maior parte dos conselheiros, uma discreta predominância de representantes do sexo feminino, além do fato metade

dos entrevistados possuírem até 40 anos de idade. Destaca-se também que a maior parte dos conselheiros exerce essa função há no máximo cinco anos.

A pesquisa foi desenvolvida conforme as normas preconizadas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) número 466/12. O projeto “Iniciativas inovadoras na organização das redes assistenciais e regiões de saúde e seu impacto na estruturação da oferta no SUS: um estudo avaliativo” do qual este artigo faz parte, foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número de CAAE: 30694814.1.0000.5208 e é produto da dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco.

Com o objetivo de preservar o anonimato dos conselheiros, referências indicativas foram utilizadas após cada trecho da entrevista. Os sujeitos entrevistados foram tratados pela letra C (Conselheiro ou Conselheira) e numerados sequencialmente em algarismos arábicos, de acordo com ordem de aparição. Os nomes dos municípios e das unidades de saúde também foram codificados com a uso de letras, com o objetivo de preservar a identidade dos participantes.

A análise documental do estudo de caso utilizou como fontes de informações atas, resoluções e listas de frequência das Comissão Intergestores Regional (CIR), na abrangência de julho de 2015 a julho de 2016, além dos relatórios das conferências municipais de saúde de 2015, dos quatro municípios sede das macrorregiões, objetivando identificar discussões e propostas no âmbito regional.

Para organização dos resultados, optou-se pela análise temática<sup>10</sup>. Foram levantadas três dimensões, a saber: *Compreensão dos conselheiros; O controle social e a interface com a regionalização da saúde; e Empoderamento do controle social nas regiões de saúde*. Após leitura exaustiva do material selecionado, foram identificados, nas falas dos informantes, aspectos relevantes ao objetivo da pesquisa. Releituras foram realizadas até que não surgissem novos fatos e que a compreensão dos dados fosse suficiente para a elaboração das subdimensões.

O quadro 1 foi elaborado com a finalidade de sistematizar as dimensões e subdimensões de acordo com a fonte utilizada.

## Resultados/Discussão

### Dimensão: Compreensão dos conselheiros

### ***Subdimensão: Conceito de regionalização da saúde***

Em relação à concepção sobre o conceito de regionalização apresentada pelos conselheiros de saúde, houve convergência nas falas dos entrevistados quanto aos aspectos positivos relacionados à organização do sistema de saúde e, conseqüentemente, ao acesso dos usuários

Regionalizar é a maneira que a gente tem hoje de democratizar e universalizar de maneira mais eficiente o acesso aos serviços de saúde, então se eu regionalizo, eu tendo a ser mais eficiente, eu tendo a ser mais resolutivo, vou ter a tendência também de ser mais acessível. Se eu tenho regionalização, eu consigo sustentar, se eu não tenho, eu gero competição, eu gero uma série de outras dificuldades que vão fazer com que o serviço de saúde sofra ainda mais[...] a regionalização tá muito vinculada a uma questão de sustentabilidade dos serviços de saúde (C1).

Tem que considerar todos os aspectos de determinada região no que concerne à qualificação dos serviços e instrumentos de saúde, porque antes quando uma gestão assumia, ela tinha que pensar o seu município, hoje ela tem que pensar o contexto regional (C2).

Os entrevistados C1 e C2 ressaltam democratização e aumento da abrangência para o acesso aos serviços de saúde obtidos por meio da regionalização que, de acordo com C1, garante a subsistência dos serviços de saúde. A regionalização em saúde constitui-se em uma política que visa a garantia do acesso, o aumento da resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde, a redução de desigualdades sociais e territoriais, a busca pela integralidade da atenção, assim como na racionalização dos gastos e otimização dos recursos<sup>11</sup>. A regionalização possui, ainda, mecanismos capazes de potencializar o processo de descentralização, pretendendo assegurar o direito à saúde, promover a equidade e a integralidade da atenção.

Embora alguns dos conselheiros entrevistados possuíssem conhecimento prévio, outros tiveram dificuldade em expressar suas concepções sobre o processo de regionalização. Houve forte relação com o território geográfico, tal como com o arranjo organizacional de saúde no nível municipal, ou mencionaram aspectos que não se relacionam diretamente com a temática, conforme os trechos a seguir.

Regionalização é que, o nosso município é dividido em X distritos sanitários, mas alguns eram muito grandes e tinham muitos usuários, então foi feito um estudo e recentemente os distritos maiores foram divididos no sentido de atender às demandas daqueles usuários (C3).

Digamos que são indivíduos fazendo um trabalho social, né? Se regionalizar? (C4).

Apesar de possuírem o cerne na territorialização, as regiões de saúde (unidade da regionalização) classificam-se como o nível regional composto por agregados de municípios ou estados

com serviços de diferente complexidade que se encarregariam de atender a população referida pelos municípios desse polo de atenção<sup>6</sup>.

Em contraponto, o distrito sanitário, território para o planejamento em saúde, equivale à unidade organizacional mínima do sistema de saúde com base territorial geograficamente estabelecida e com uma rede de serviços de saúde tecnologicamente adequada às características epidemiológicas da população distribuída em seu interior. Esse território pode agregar-se em diferentes bairros de um município ou vários municípios de uma região<sup>6</sup>.

A compreensão de C4 demonstra desconhecimento no que se refere ao conceito relativo à regionalização da saúde, visto que o apresentado na ocasião não tem relação com a temática investigada.

Outro fator que demonstrou o conhecimento incipiente dos conselheiros foi a ausência de menção às Redes de Atenção à Saúde (RAS), que representam arranjos organizativos de ações e serviços de saúde com distintos graus de tecnologia que buscam garantir a integralidade do cuidado por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão<sup>6</sup>.

Regionalização é o processo político que se configura pela necessidade de formar redes de atenção nos diversos espaços geográficos da federação<sup>5</sup>. Desse modo, o conceito de RAS é intrínseco ao processo de regionalização, sendo seu entendimento fundamental aos atores envolvidos no processo.

### ***Subdimensão: Papel do conselheiro no processo de regionalização da saúde***

A compreensão do conselheiro municipal de saúde quanto ao seu papel como ator social no processo de regionalização revela o sentimento de pertencimento e tem como propósito identificar as responsabilidades por eles assumidas. Os conselheiros demonstraram como principal preocupação atender às demandas dos usuários.

As atribuições relacionadas à fiscalização, proposição e deliberação apareceram frequentemente nas entrevistas realizadas, porém, não são apresentados os mecanismos capazes de esclarecer como os papéis dos conselheiros são desempenhados nas regiões. Para C5, além dos aspectos citados, é reconhecida também a importância dos conselhos municipais como espaço político, onde há possibilidade de atendimento aos pleitos coletivos, além de ser, na sua visão, um espaço de formação.

Tem que ver se é isso realmente o que a sociedade pede, se é realmente essa a necessidade, porque é esse papel, a gente [...] tem que ter argumento pra dizer se isso é legal ou se não é, avaliar esse projeto [...] então a gente tem esse papel dentro do conselho de tá fiscalizando, orientando, participando do planejamento também [...] a gente vê a importância de levar as nossas propostas do município para o estado e a gente viu que muitas dessas propostas foram efetivadas, né? Se tornarem leis, isso pra gente é uma conquista, é um espaço de debate, de conhecimento (C5).

A fala de C6 aponta a importância do compromisso entre as esferas administrativas para que a regionalização seja efetiva. Estado e municípios devem trabalhar juntos para garantir o acesso aos serviços de saúde, mas para que isso ocorra é necessário que alguém se responsabilize e cobre que essa discussão seja realizada.

[...] eu sei que a regionalização ela acontece, mas eu não estou ligada intrinsecamente a ela, vamos dizer, não é uma pauta minha enquanto gestão participativa. Eu acho que a regionalização ela fica muito ligada à assistência e, por isso, que eu digo que o controle social fica longe dessa pauta [...] essa responsabilidade, embora seja uma responsabilidade integrada, mas a gente entende que sempre tem alguém que tem que puxar essas discussões, os conselhos são muito atropelados por suas agendas, mas eu entendo que o conselho estadual, por ter mais vínculo com a regional, ele teria que tá puxando isso para os municípios, alguém precisa se responsabilizar em levar essa discussão (C6).

Os conselhos de saúde são os meios pelos quais a população pode realizar, de forma autônoma, intervenções no processo de gestão das políticas públicas, para junto ao órgão gestor formular estratégias, controlar, fiscalizar e deliberar sobre as políticas públicas em cada esfera do governo<sup>2,3</sup>. Constituem-se espaços democráticos de construção de uma nova ordem, capaz de recuperar o sentido autêntico de liberdade, democracia e igualdade social.

Para C2, a atuação efetiva dos conselheiros não acontece na prática, pois os conselhos são considerados somente com o caráter burocrático. Assim sendo, a real participação dos conselhos na construção política e no planejamento da saúde não é problematizada.

Porque hoje você tem que passar no conselho, porque precisa da deliberação do conselho [...] mas assim não é só isso [...] penso que elas devem ser construídas e planejadas junto com o conselho. O conselho, é aquele órgão que visa garantir e qualificar a oferta dos serviços por parte da gestão (C2).

Os conselhos de saúde são espaços de participação direta da sociedade civil, onde se delibera sobre os processos de gestão dos recursos públicos e reflete-se a apropriação, pela sociedade organizada, dos mecanismos e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde. Portanto, a ação dos conselheiros está condicionada à existência de uma democracia participativa e à institucionalização dos canais de participação<sup>2,3</sup>.

## **Dimensão: O controle social e a interface com a regionalização da saúde**

### ***Subdimensão: Pautas relacionadas à regionalização discutidas pelos conselheiros municipais de saúde***

No tocante à temática da regionalização, foi identificado que é trazida à pauta de modo indireto nos conselhos municipais de saúde. Tais ocasiões são motivadas principalmente por interesses locais, como a competição intermunicipal e o receio da diminuição de acesso aos serviços de saúde para os munícipes de uma determinada localidade.

O trecho abaixo da entrevista de C1 consubstancia os momentos em que questões regionais são pautadas nos conselhos.

No conselho eu não vejo o tema ser levantado. Exceto quando a gente tá falando de algum serviço que é muito invadido, que tem muito investimento do município e que quem se beneficia são outros, só nesses momentos (C1).

A entrevista com C6 e C7 exemplificam essa afirmativa.

A gente conversou sobre as questões da maternidade [...] que atende mais usuários de outros municípios do que os de “A” e o conselho fica longe desse entendimento. Por que “A” atende mais mulheres de municípios como “B”, como “C” e mulheres de “A” parem fora? [...] (C6).

Apesar de compreenderem a necessidade de compartilhamento de serviços entre os municípios, alguns conselheiros de saúde levantaram críticas relativas à falta de compreensão em relação aos critérios de pactuação.

[...] tem mais serviços porque é uma cidade pólo e é uma cidade que tem quase todas as especialidades, então vem muita gente de fora pra cá... eu não sei de que forma é tratada essa questão, como é pago, como é repassado esse recurso, porque a gente sabe que alguém está pagando aí, certo? (C7).

Existem disparidades significativas entre os entes federados, não possuindo a maioria dos municípios de pequeno porte populacional demanda suficiente para acolher todos os níveis de atenção em seus limites geográficos. Regularmente, os governos locais administram apenas estabelecimentos de atenção básica, enquanto a oferta de serviços especializados e de alta complexidade ficam reunidas em poucas cidades<sup>12</sup>.

### ***Subdimensão: Regionalização na conferência municipal de saúde***

Outro importante espaço de controle social, as conferências de saúde dos municípios estudados foram analisadas mediante seus relatórios finais, objetivando identificar a abrangência regional das propostas. Esses documentos apresentaram graus distintos de organização e complexidade. Os relatórios de Recife e Petrolina apresentaram propostas para o âmbito regional na maioria dos eixos temáticos.

Mesmo os municípios que não sistematizaram propostas de caráter regional de acordo com seus eixos temáticos apresentaram brevemente questões relacionadas à regionalização em seus relatórios (Quadro 3).

Embora tenha-se observado a pauta regional nas conferências municipais, C6 acredita não haver subsídio suficiente para que os conselheiros discutam propostas regionais.

Inclusive a gente vê que nas conferências de saúde que existe uma dificuldade em propor por região de saúde. O delegado ele fica distante daquela pauta [...] Como aquela região se comporta enquanto vigilância à saúde? Enquanto vigilância epidemiológica? Eu sei isso como? Eu sei do meu município. Do meu município eu discuto, mas da minha região eu não vejo, né? (C6).

A entrevista permite observar a falta de compreensão por parte dos conselhos sobre as propostas apresentadas nas conferências de saúde, mostrando um enfraquecimento entre essas instituições que deveriam realizar discussões interligadas.

As conferências de saúde municipais e estaduais, por funcionarem como etapas para a conferência nacional, perdem a capacidade de orientar as agendas locais/regionais, de tal forma que as deliberações não são incorporadas à agenda do SUS. Ademais, nos espaços de controle social prevalecem os interesses corporativos, distanciando-se dos interesses da população. Tais fatos representam um desafio ante o processo de regionalização à garantia da participação e do controle social<sup>16</sup>.

Além da breve discussão regional nas conferências municipais de saúde, os conselheiros relataram haver espaços esporádicos, por meio de conferências temáticas de saúde e fóruns, envolvendo o controle social no âmbito da região de saúde, porém problematizando a efetividade desses espaços.

A gente tem conferência de saúde do trabalhador, acaba sendo um fórum regional ou então da educação permanente a construção do plano regional de educação permanente do PAREPS, mas é muito pontual e às vezes é pra construção de ferramentas, documentos, ou formalidades, que depois elas passam meio que despercebidas. Tem esse momento de construção regional pra ver as demandas de

cada um, depois isso passa...vai lá e discute algumas políticas específicas, não tem nada permanente (C1).

### ***Subdimensão: Controle Social nas CIR***

As CIR são instâncias deliberativas estabelecidas no contexto de manutenção do protagonismo municipal e de fortalecimento das relações de interdependência e corresponsabilidade sanitária entre os entes estadual e municipais. São formadas por representantes do estado e todos os secretários municipais de saúde de uma determinada região de saúde, com a responsabilidade de deliberar sobre provisão de serviços de saúde em distintos níveis de atenção<sup>13</sup>.

O presente estudo observou a relação do controle social nas CIR por meio da análise de atas, resoluções e listas de frequência. No período analisado, houve registro da presença de representantes de conselhos municipais em duas reuniões. A participação do controle social nesse espaço foi analisada comparativamente a outras representações. A distribuição de participantes conforme entidade representativa está descrita no Gráfico 1.

Nas CIR, os processos decisórios são influenciados pelos interesses dos participantes presentes. Pôde-se observar, nas listas de frequências analisadas, uma variedade de atores sociais, notando-se a baixa inserção de controle social nas CIR, atingindo representação inferior a de prestadores privados (Gráfico 1). A presença da esfera privada, representada por prestadores privados de serviços de saúde, tem se tornado constante e com grande influência política e técnica nos espaços de negociação da saúde pública.

O contexto de insuficiência assistencial na rede própria do SUS impulsiona a busca dos usuários aos serviços no setor privado, o qual, por sua vez, se organiza a fim de ofertar serviços lucrativos e tornam-se aliados das correntes políticas em situação de poder, privilegiando seus interesses em detrimento das necessidades sociais e do bem público<sup>14</sup>.

Em um estudo realizado em 2013 no estado do Rio de Janeiro<sup>15</sup>, após análise das atas dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), também foi identificado que, além dos representantes estaduais e municipais (integrantes formais), outros atores participaram de modo eventual das reuniões, tais como prestadores privados e conselheiros de saúde. A participação desses atores, na ocasião, foi justificada pela necessidade de informação sobre algum tema específico.

No presente estudo, o comparecimento dos conselheiros de saúde também se deu em questões específicas. Houve registro de representação de conselheiros municipais em apenas duas reuniões (Quadro 2).

Os fragmentos extraídos dos documentos analisados reiteram a inferência já realizada cuja discussão regional nos conselhos dá-se via serviços, pois as ocasiões apresentadas demonstram intervenção dos conselheiros quando há possibilidade de restrição do acesso aos serviços de saúde para os munícipes daquelas localidades.

Além dos registros supracitados, o controle social foi indicado nas atas das CIR, raras vezes, como informes sobre conferências de saúde e conferências temáticas. Nas resoluções analisadas o controle social não foi mencionado.

Apesar da inexistência do controle social no âmbito das CIR, foi relatada frequentemente durante as entrevistas a presença de conselheiros de saúde, principalmente representantes do segmento gestor, nesse espaço de negociação regional. Situação que torna desproporcional no âmbito regional, a capacidade de influenciar na definição de políticas entre os segmentos que compõe o controle social.

De acordo com C4 o conselho de saúde do qual faz parte destina assento à representante da regional, porém, a participação acontece com o caráter informativo.

[...] tem participantes da regional, o suplente e o titular, que participam do conselho de saúde, então eles que trazem mais o que tem de lá, e do que tem aqui (C4).

Ainda que não seja formalizada a participação de conselheiros nas CIR, a presença de membros que permeiem entre os espaços possibilita que informações sejam compartilhadas.

### ***Subdimensão: Conselhos gestores de unidades hospitalares regionalizadas***

Os municípios considerados neste estudo, por serem sedes de macrorregionais, possuem em seus territórios unidades hospitalares sob gestão estadual com oferta de serviços de média e alta complexidade, objetivando atender à demanda regional e macrorregional. Quando indagados sobre a participação dos conselhos gestores nestas unidades de suas regiões, os entrevistados concordaram com a existência de um quantitativo reduzido ou inexistência desta organização:

Na realidade a gente não observa isso e a gente sente essa falta. Na realidade a gente sente uma grande falta da participação da gestão nessas entidades como fiscalizadoras

também, né? E até mesmo para dar um suporte aos conselhos municipais em reforçar aí as fiscalizações, os trabalhos feitos junto aos hospitais (C8).

A ausência de conselhos gestores representa uma fragilidade ao controle social no âmbito regional, pois essas unidades ofertam serviços regionalizados e é também através desse espaço que representantes da sociedade podem planejar, avaliar, fiscalizar e controlar a execução das políticas e das ações de saúde.

Foi dado destaque, não raramente, à ausência de conselhos gestores em unidades sob gerência de Organizações Sociais de Saúde (OSS).

As unidades que são de OSS, que eu saiba não, nenhuma delas [...] até porque se houvesse eles também teriam assento aqui, iam tá mais próximos, porque são pessoas que normalmente participam do controle social, de maneira até, quase que permanente[...] até porque, a própria legislação é muito frouxa em relação a regulação das OSS no que diz respeito ao controle social (C1).

Um dos aspectos mais críticos em relação as OSS é a ausência de mecanismos regulatórios prévios, que deveriam ser realizados antes da estruturação do contrato de gestão com as OSS por parte de diversos órgãos públicos no Estado<sup>17</sup>. Uma vez que as OSS são omissas quanto aos conselhos gestores, ficam às outras esferas do controle social, como os conselhos municipais e estaduais, a incumbência de fiscalizar as ações dessas unidades por meio dos dados que deveriam ser transparentes e disponibilizados tanto pelo Estado ou pelas próprias OSS. No entanto, os resultados dos contratos de gestão não são devidamente publicizados, o que dificulta a atuação dos Conselhos de Saúde, contrariando as prescrições da administração pública gerencial de que esse modelo de parceria induziria a mais transparência e participação social<sup>18</sup>.

## **Dimensão: Empoderamento do controle social nas regiões de saúde**

### ***Subdimensão: Estratégias para atuação do controle social nas regiões de saúde.***

Considerando as dificuldades apresentadas, como a pouca compreensão sobre aspectos essenciais à discussão da regionalização, a presença insuficiente nos discursos dos representantes envolvidos nesta pesquisa e a ausência de espaços institucionalizados de controle social no âmbito regional, os entrevistados sugeriram intervenções com vistas ao empoderamento do controle social em suas regiões de saúde.

Foram elencados pelos entrevistados, necessidades e sugestões como: maior participação da população, maior transparência dos gestores, agenda específica para a regionalização e oferta de formação voltada à temática. No tocante aos processos formativos e de qualificação, são estratégias

fundamentais para que conselheiros compreendam melhor e aperfeiçoem o exercício de seu papel no processo decisório das políticas de saúde, estabelecendo recursos políticos que os permitam debater com os demais atores políticos em níveis de igualdade institucional<sup>19</sup>.

Foi identificada, ainda, a necessidade de formalização de espaços para que haja maior relação entre os conselhos de saúde e o processo de regionalização.

Esse link região/conselhos precisa realmente tá formalizado dentro de regimento a participação do conselho, porque uma vez ele lá eu acho que vários leques vão se abrir[...] Eu acho que o primeiro passo seria [...], a participação do conselho na CIR, por que aí ele tá inteirado das discussões da região e assim, uma vez ele lá ia trazer pro conselho [...] seria uma forma legal e efetiva do conselho tá participando, porque lá é onde se levanta propostas e onde delibera e pactua as ações pra região (C2).

Uma sugestão muito boa seria, os conselhos regionais né? Um fórum regional, uma assembleia, uma plenária, seria muito bom (C8).

Considerando o fato de não haver no SUS uma instância de controle social regional, até por não se constituir a região em ente federado, é fundamental estabelecer mecanismos de articulação interconselhos, para que se amplie responsabilidade dos gestores no SUS e se amplie a visibilidade da gestão no âmbito do sistema regional de saúde, e desta maneira aumentar o empoderamento do controle social nas regiões de saúde<sup>20</sup>.

### Considerações finais

O cenário apresentado por esse estudo aponta algumas fragilidades, dentre as quais destacam-se a ausência de espaços institucionalizados de controle social no âmbito regional de caráter regular e permanente, como fóruns, conferências e conselhos regionais, uma vez que não há inserção desses atores nas CIR. É possível observar uma dimensão política neste aspecto, visto que, a ausência de espaço deliberativo previstos nas normativas do SUS e de estratégias oficiais que garantam a participação, exclui do controle social a possibilidade de tomada de decisão no âmbito da regionalização.

Outro ponto crítico, identificado no estudo, foi o conhecimento incipiente dos conselheiros no que se refere aos aspectos conceituais da regionalização, à sua atuação no processo de regionalização e, principalmente, aos instrumentos de planejamento regional. Cabe destacar, a relevância de processos formativos que explanem questões específicas como a conformação das RAS nas regiões de saúde, os

critérios de pactuação intermunicipais, temáticas relevantes, as quais os entrevistados, frequentemente, relataram desconhecer.

Tendo em vista o importante papel do controle social no planejamento estratégico e participativo, a limitada atuação dos conselheiros de saúde a nível regional prejudica a análise de diagnóstico situacional, a possibilidade de proposições de serviços e arranjos organizacionais, além representar um enfraquecimento do papel fiscalizatório, o que tende a comprometer a qualidade da oferta dos serviços de saúde que são referências no território regional ou macrorregional.

Portanto, para avançar no processo de regionalização é imprescindível a inserção dos conselheiros de saúde nos espaços de discussão. Ademais é necessário o estímulo aos processos formativos que ampliem o empoderamento dos conselheiros, para que estes atores promovam discussões aprofundadas e deliberações de abrangência regional e possam dar sentido ao movimento de regionalização e seus objetivos de ampliar e qualificar o acesso de maneira equânime.

## Referências

1. Martin DG, Castro SOC, Paula CH, Abrantes LA. Programa Mais Médicos e indicadores da atenção primária à saúde em Minas Gerais (2013-2015). REAd. Rev. eletrôn. adm. [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 18];26(2):352-380. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-2311.287.96302>
2. Fernandes VC, Spagnuolo RS. Construção de práticas emancipatórias com conselheiros de saúde por meio de oficinas educativas e mapas conceituais. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 18];26(2):387-398. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40962020>
3. Silva BT, Lima IMSO. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: uma revisão integrativa. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 18];26(1):319-328. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.08872019>
4. Busana JÁ, Heidemann ITSB, Wendhausen ALP. Popular participation in a local health council: limits and potentials. Texto Contexto Enferm. 2015;24(2):442-449.
5. Pereira VOM, Shimizu HE, Ramos MC, Fagg CW. Regionalização em saúde em Minas Gerais: uma análise da percepção dos representantes de Comissões Intergestores Regionais. Physis [Internet]. 2020 [cited Apr 18];30(1):1-23. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300117>
6. Silva RCF, Santos ERR, Martelli PJJ, Lorena Sobrinho JE, Souto CCL. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. Physis [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 18];30(3):1-22. Available from: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300331>
7. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

8. Pernambuco. Plano Estadual de Saúde: 2020-2023. [Internet]. Recife: SES-PE;2019 [cited 2021 Apr 18]. 459p. Available from: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano\\_estadual\\_de\\_saude\\_2020-2023.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2020-2023.pdf)
9. Brasil. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga O Pacto Pela Saúde 2006 – Consolidação do Sus e Aprova As Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: MS, 2006.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011. 229p.
11. Duarte LS, Pessoto UC, Guimarães RB, Heimann LS, Carvalheiro JR, Cortizo CT et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. Saude soc. [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 18];24(2):472-485. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200007>
12. Viana ALD, Lima LD. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216 p.
13. Silveira Filho RM. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. Physis. 2016;26(3): p.853-887.
14. Almeida APSC; Lima LD. O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo. Saúde Debate. 2015;39:51-63.
15. Vianna RP, Lima LD. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. Physis. 2013;23(4):1025-1049.
16. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. Ciênc. saúde coletiva. 2017;22(4):1155-1164.
17. Pacheco HF, Gurgel Júnior GD, Santos FAS, FERREIRA SCC, LEAL EMM. Organizações sociais como modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco, Brasil: percepção de gestores. Interface (Botucatu). 2016;20(58):585-595.
18. Silva VC, Barbosa PR, Hortale VA. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2016;21(5):1365-1376.
19. Ouverney AM, Moreira MR, Ribeiro JM. Democratização e educação permanente: percepção de egressos do QualiConselhos sobre contribuições aos conselhos de saúde. Saúde Debate. 2016;40:186-200.
20. Bretas Junior N, Shimizu HE. Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios. Saúde Debate. 2015;39(107): 962-971.

## Ilustrações, tabelas e quadros

Tabela 1. Perfil dos conselheiros entrevistados

Características	N	%
<b>Segmento</b>		
Gestor/Prestador	4	33,3
Trabalhador	4	33,3
Usuário	4	33,3
<b>Sexo</b>		
Feminino	7	58,3
Masculino	5	41,7
<b>Faixa etária</b>		
28-40	6	50,0
41-50	4	33,3
51-60	2	16,7
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	0	0,0
Ensino Médio	2	16,7
Ensino Superior	10	83,3
<b>Tempo de atuação como conselheiro (a)</b>		
1 A 5	9	83,3
6 A 10	1	8,3
>10	1	8,3
<b>Realizou curso de Formação</b>		
Sim	7	58,3
Não	5	41,7

Fonte: Ficha de identificação dos entrevistados. Elaborada pelos autores.

**Quadro 1.** Matriz de análise.

Dimensão	Subdimensão	Fonte
Compreensão dos conselheiros	Conceito de regionalização da saúde	Entrevistas
	Papel do conselho municipal no processo de regionalização da saúde	Entrevistas
O controle social e sua interface com a regionalização da saúde	Pautas relacionadas à regionalização discutidas pelos conselheiros municipais de saúde	Entrevistas
	Regionalização na conferência municipal de saúde	Relatórios das conferências municipais de saúde
	Controle social nas CIR	Entrevistas, Atas, Listas de Frequência e Resoluções das CIR
	Conselhos gestores de unidades hospitalares regionalizadas	Entrevistas
Empoderamento do controle social nas regiões de saúde	Estratégias para atuação do controle social nas regiões de saúde.	Entrevistas

Fonte: Elaborado pelos autores.

**Quadro 2.** Registro de participação do controle social nas atas das CIR nas quatro regiões de saúde sedes de macrorregião, 2015/2016, Pernambuco, 2017.

Região de saúde	Registro em ata
IV	O município “D” informou que o Conselho Municipal de Saúde não concordou com a proposta efetuada e entregou documento intitulado “Parecer do Conselho Municipal de Saúde” que detalhava as objeções à proposta. Enfocaram que o município tem grade extensão territorial e que a totalidade das gestantes a serem deslocadas para outros municípios, mesmo aquelas que poderiam ter seus bebês no próprio município, poderia trazer grandes prejuízos às mesmas, em virtude dos deslocamentos.

XI	O Conselho Municipal de Saúde “E” se sensibiliza com a situação do Hospital “X” e por esse motivo, na última reunião, foi emitido resolução onde solicita que seja discutida nas CIR a problemática do referido hospital para que sejam encontradas soluções, evitando assim o fechamento do hospital, o que causaria sérios transtornos à população da região.
----	---

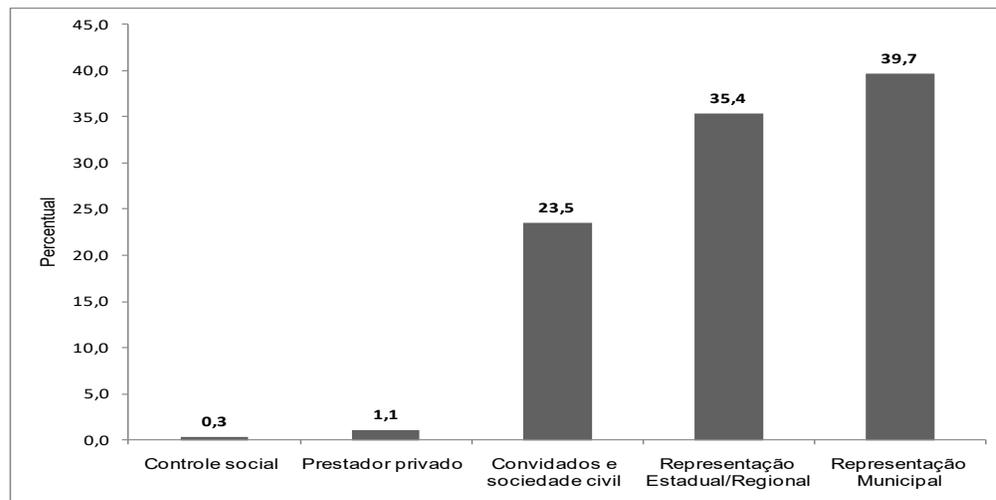
Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos das atas de frequência das CIR.

**Quadro 3.** Registros dos relatórios das conferências municipais de saúde, dos municípios sedes de macrorregião de saúde, 2015

Município	Propostas regionais
Recife	Fortalecer o processo de regionalização do SUS, através do aprimoramento dos sistemas de regulação municipal e estadual com o controle social e fortalecendo pactuações entre Municípios e o Estado para o atendimento da média complexidade e encaminhamento para a alta complexidade consolidando o sistema de referência e contrarreferência.
Petrolina	Implantar um Serviço de Verificação do Óbito na região de saúde
Caruaru	Garantia da implantação da Rede de Atenção Psicossocial Regional com financiamento tripartite.
Serra Talhada	Requalificar o Hospital “Y” para se transformar em maternidade de alto risco, para que seja referência regional.

Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos dos relatórios das conferências municipais de saúde.

**Gráfico 1.** Participantes das reuniões das CIR, nas quatro regiões de saúde sedes de macrorregião 2015/2016, Pernambuco, 2017.



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos das listas de frequência das CIR.

**Submissão:** 29/04/2021

**Aceite:** 10/10/2021