

Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 3 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n3p89-106

Análise dos mecanismos de gestão estratégica e participativa do Sistema Único de Saúde numa região de saúde do Estado de Pernambuco

Analysis of strategic and participatory management mechanisms of the Single Health System in a health region in the State of Pernambuco

Rangner José Almeida Valença Mota

Estudante de medicina; Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil;

E-mail: mota.rangner@hotmail.com;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2790-3942>

José Eudes de Lorena Sobrinho

Professor da Associação Caruaruense de Ensino Superior e Universidade de Pernambuco; Universidade de

Pernambuco, Recife, PE, Brasil;

E-mail: eudes.lorena@upe.br;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7820-735X>

Maurício Clemente Silva

Estudante de medicina; Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil;

E-mail: mauricio26759@gmail.com;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3175-1221>

Táise Maria Clemente de Araújo

Estudante de medicina; Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil;

E-mail: taise.mca@gmail.com;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8816-2394>

Augusto Marabuco Sampaio

Mestre em Saúde Pública; Centro Universitário Uninassau, Caruaru, PE, Brasil;

E-mail: augusto.marabuco@gmail.com;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5447-1463>

Petrônio José de Lima Martelli

Professor Associado da Área Acadêmica de Saúde Coletiva; Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil;

E-mail: petronio.martelli@ufpe.br;

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

Resumo: Este estudo analisa as interfaces entre o conselho municipal de saúde de Caruaru e a omissão intergestora regional (CIR) na IV região de saúde do estado de Pernambuco (IV Geres), buscando compreender questões centrais sobre as políticas de gestão estratégica e compartilhada. Trata-se de um estudo qualitativo com análise de 34 documentos oficiais a partir das atas com as transcrições das reuniões ocorridas nos anos de 2017 e 2018 na CIR da IV Geres e do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Caruaru, município sede da região de saúde. Os dados foram analisados segundo a proposta de Bardin e pelo software IRAMUTEQ. Obteve-se aprovação no Comitê de Ética. Os dados foram agrupados em duas categorias: ações referentes a CIR e ações referentes ao CMS de Caruaru. A partir disso, os núcleos de sentido foram divididos em três eixos: 1) governança; 2) regionalização; e 3) controle social. Como resultado, nota-se a presença de uma

relação desconexa entre a CIR e o Conselho Municipal de Saúde, na qual a CIR atua como grande definidora das políticas, de suas implementações e negociações. As desigualdades regionais mostraram-se bastante pronunciadas dentro do colegiado, o que torna a efetivação de um sistema de saúde fortalecido e capacitado para atender as demandas da região como um dos principais desafios a serem alcançados, nos mais diferentes níveis de atenção.

Palavras-chave: Regionalização da Saúde; Política de Saúde, Controle Social.

Abstract: This article aimed to analyze the interfaces between the municipal health council of Caruaru and a regional inter-management commission (CIR) in the IV health region of the state of Pernambuco (IV Geres), seeking to understand central questions about strategic and shared management policies. This is a qualitative study with the analysis of 34 official documents from the minutes with the transcripts of the meetings that took place in the years 2017 and 2018 at the CIR of IV Geres and the Municipal Health Council (CMS) of Caruaru, seat municipality of the health region. Data were analyzed according to Bardin's proposal and by the IRAMUTEQ software. Approval was obtained from the Ethics Committee. Data were grouped into two categories: actions referring to CIR and actions referring to the CMS of Caruaru. From this, the cores of meaning were divided into three axes: 1) governance; 2) regionalization; and 3) social control. As a result, there is a disconnected relationship between the CIR and the Municipal Health Council, in which the CIR acts as a major definer of policies, their implementation and negotiations. Regional inequalities proved to be quite pronounced within the collegiate, which makes the implementation of a strengthened and capable health system to meet the demands of the region one of the main challenges to be achieved, at the most different levels of care.

Keywords: Regionalization Health Planning; Health Policy; Social Control.

Introdução

Consagrada desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) - Lei Federal 8.080 de 1990 -, a regionalização consta como uma diretriz do SUS que busca integrar os componentes federativos, na garantia do exercício do direito à saúde no país. Constituindo o que se chama de federalismo sanitário brasileiro, o qual reconhece a autonomia e responsabilidades da União, estados e municípios na gerência do sistema de saúde de formas autônomas, a regionalização permite a integração entre esses três entes federados na construção de um sistema descentralizado e hierarquizado em suas redes de serviços de saúde. Tal processo é influenciado por questões socioeconômicas, pelos ciclos de implementação das políticas e pelas articulações existentes entre os atores sociais que constituem os espaços de governança¹. Desta forma, segundo Dourado², para que a regionalização se efetive verdadeiramente dentro do sistema de saúde brasileiro, devem ser levados em consideração os condicionantes do modelo de federalismo e o desenvolvimento das relações intergovernamentais através da inserção de figuras regionais como instâncias administrativas não coincidentes com os entes federados.

É a partir do início da década de 2000 que a regionalização começa a ganhar seus primeiros desenhos, salvo a instabilidade de governança no SUS vivenciados na sua primeira década de existência. Em 2001, a Portaria Nº 95, ao estabelecer a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)³, define o processo de regionalização, ampliando responsabilidades dos municípios e dando a esfera estadual o papel de ordenador do processo através do Plano Diretor de Regionalização, que institui o planejamento regional de acordo com as particularidades de cada estado e define o conceito de Região de Saúde. Tal instrumento passa a ser efetivamente consolidado a partir do Pacto pela Saúde em 2006⁴, quando as três esferas governamentais passam a definir metas através de um 'Pacto de Gestão' que reconhece a regionalização como o eixo estruturante dos processos de pactuação entre os gestores na organização do sistema. O Pacto Pela Saúde representou um esforço de ampliar a integração do SUS, mas ainda resultou em pouca mudança na regionalização, com ausência de ganhos qualitativos na articulação do planejamento regional e uma dependência do protagonismo estadual para o funcionamento dos Colegiados Gestores Regionais⁵. Portanto, é somente a partir do Decreto 7.508 de 2011⁶ que sua regulamentação passa a ser efetivada, determinando que as Regiões de saúde sejam articulações instituídas pelos estados e municípios para se estabelecer uma rede de saúde, tratando especificamente sobre a articulação interfederativa, o papel das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e o Contrato Organizativo de Ação Pública.

Sendo uma prática de gestão compartilhada, instituiu-se com o Pacto Pela Saúde os Colegiados de Gestão Regional (CGR), criados como instâncias deliberativas semelhantes às Comissões Intergestoras Bipartites (CIB), as quais reúnem gestores das esferas municipais e estaduais. Os CGRs diferenciam-se por terem uma abrangência regional e por envolver obrigatoriamente todas as gestões municipais das regiões em que se encontram segundo os planos diretores de cada estado, buscando um relacionamento horizontal entre os governos municipais e a aplicação de processos decisórios compartilhados para as políticas de saúde².

Nesse contexto, para Aguiar⁷, as comissões intergestores têm como objetivo organizar o funcionamento da rede de atenção à saúde, operacionalizando o federalismo cooperativo, e se constituem de três formas: Comissão Intergestores Tripartite (CIT), vinculada ao Ministério da Saúde e englobando a gestão das três esferas governamentais; a CIB, que possui aspecto estadual e reúne gestores do estado e dos municípios ligados à secretaria estadual de saúde; e a Comissão Intergestora Regional (CIR), nova nomenclatura utilizada para designar os antigos CGRs a partir de 2011, sendo o colegiado de âmbito regional. Estas instâncias permitem a gestão compartilhada, sendo responsáveis por aspectos operacionais, administrativos, técnicos e financeiros.

Dessa forma, as CIR se tornam espaços de negociação, planejamento e gestão intergovernamental, constituídas pelo conjunto de municípios circunscritos na região de saúde juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde, e, segundo Albuquerque⁸, sua implantação aconteceu de forma gradual e heterogênea ao longo do território nacional, conforme fatores socioeconômicos e características próprias dos serviços de saúde de cada região, além dos processos políticos de cada estado.

Ainda nesse contexto do caráter descentralizado da política de saúde nacional, encontra-se inserida a participação dos Conselhos Municipais de Saúde no planejamento das políticas, como promulgado pelas Portarias nº. 3.176⁹, de 24 de dezembro de 2008 e nº. 3.332¹⁰, de 28 de dezembro de 2006, que define instrumentos como o Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Dessa forma, os conselhos de saúde são vistos como espaços democráticos, visto que sua constituição dispõe da participação da sociedade civil usuária dos serviços de saúde, juntamente com trabalhadores deste mesmo serviço e seus gestores. Tais conselhos participam das tomadas de decisões nas políticas municipais de saúde e possuem competência para examinar e aprovar suas diretrizes, além de atuar na formulação de estratégias. Contudo, deve-se levar em consideração a interação concreta das relações de poder existentes neste espaço, uma vez que questões socioeconômicas e políticas podem se mostrar como dificuldades à adequada participação, aprofundando desigualdades políticas¹¹.

Diante desse cenário, a presente pesquisa busca compreender questões centrais sobre as políticas de gestão estratégica e compartilhada que ainda não foram suficientemente esclarecidas. O objetivo principal é analisar as interfaces entre o conselho municipal de saúde do município sede da região e macrorregião de saúde (Caruaru) e a CIR da respectiva região (IV GERES), na formulação das políticas de saúde no território.

Quais os principais espaços onde são pactuadas estas políticas e como são definidos os critérios e prioridades regionais? São algumas das questões analisadas. Além disso, identifica-se como desenvolvem-se os mecanismos de gestão estratégica dentro dos conceitos da regionalização em saúde no SUS. Destaca-se tanto os avanços, quanto entraves para a efetivação da construção de um sistema de saúde fortalecido e pautado na lógica do cuidado estratégico/participativo e regionalizado.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida entre agosto de 2019 e outubro de 2020. Nela, é analisada a IV região de saúde do estado de Pernambuco (IV Geres), que engloba um total de 32 municípios segundo o Plano Diretor de Regionalização do estado. Essa região pertence à II macrorregião de saúde do estado e possui uma população de 1.324.382 habitantes (IBGE, 2018). A sede de saúde é a cidade de Caruaru, que, por sua vez também é a sede da II macrorregião de saúde.

As fontes de observação foram os documentos oficiais produzidos a partir das atas com as transcrições das reuniões ocorridas nos anos de 2017 e 2018 na CIR correspondente a IV Geres e do Conselho Municipal de Saúde de Caruaru (CMSC), que constituem documentos de domínio público. Foram analisadas 22 atas do CMSC, correspondentes a todas as reuniões realizadas no período descrito; e 12 atas da IV Geres, sendo oito atas referentes ao ano de 2017 e quatro atas de 2018, constituindo um universo de 34 documentos.

Optou-se pela análise de conteúdo de Bardin¹² para a produção dos resultados. Na fase de pré-análise, foi realizada a organização do material adquirido, através das primeiras leituras dos documentos e sua ordenação. Num segundo momento, processou-se a etapa de classificação do material, com a leitura exaustiva das atas e seleção dos trechos considerados relevantes de acordo com suas ideias centrais. Os núcleos de sentido - que agregam as ideias centrais - escolhidos como norteadores da análise foram divididos em três eixos, formando uma matriz de análise com três componentes, sendo eles: 1) governança; 2) regionalização e 3) controle social; considerados fundamentais para se entender a dinâmica da gestão estratégica. A partir disso, realizou-se o agrupamento e confronto das estruturas semelhantes entre si com os diferentes componentes da matriz, possibilitando a etapa final da inferência e interpretação dos dados. Com isso, surgiram os resultados, os quais foram agrupados em duas categorias: ações referentes ao Conselho Municipal de Saúde e ações referentes ao colegiado da IV Geres.

Os dados referentes as atas das reuniões da CIR IV Geres também foram analisados pelo software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), um programa de processamento e análises estatísticas de textos ancorado no software R. A decisão de fazer esta análise com as atas do colegiado regional se deu por ser este o espaço onde ocorre a maior interface entre as duas instâncias deliberativas estudadas. Através do programa, realizaram-se os seguintes tipos de análise: classificação hierárquica descendente e análise de similitude. Essas técnicas possibilitam a formação de um modelo analítico formado por categorias de palavras e suas classes, agrupadas pelo software, possibilitando assim o desmembramento do corpus textual em categorias analíticas a serem estudadas, assim como a criação de elementos gráficos que conectam as diferentes partes do texto de acordo com seus

diferentes núcleos de sentido, e a maior ou menor interação entre eles. Tais resultados explorados e constituídos com a utilização do software serão analisados no mesmo contexto das atas, ou seja, recorrendo-se a análise de conteúdo formulada por Bardin.

A pesquisa possuiu aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco sob o número CAEE: 90828718.7.0000.5208.

Resultados/Discussão

Objetivando uma melhor compreensão por parte do leitor, dividiremos didaticamente as análises do CMS- Caruaru, das da CIR-IV GERES. Em cada agrupamento analítico subdividiremos em três eixos: governança, controle social e regionalização. Fecharemos o tópico trazendo os resultados obtidos com a utilização do software IRAMUTEQ para análise das atas da CIR IV GERES.

1. Análise das ações do Conselho Municipal de Saúde de Caruaru

1.1. Eixo governança:

Segundo Silva¹³, a governança abrange a diversidade de interesses existentes na organização e definição dos serviços de saúde. Refere-se às formas de relação entre o Estado e os diversos atores componentes do sistema: governos, agentes privados e sociedade civil. O seu principal ponto é o estabelecimento de um ambiente institucional favorável à articulação das ações entre os seus componentes de interesses, cada qual com diferentes graus de autonomia.

Ao analisar as atas, observa-se que o papel fiscalizador do conselho municipal é bastante presente e abrangente. As principais ações nesse sentido dizem respeito ao funcionamento dos estabelecimentos de saúde, englobando questões que vão desde as instalações físicas ao cumprimento da carga horária de profissionais de saúde, e também a fiscalização de mecanismos da gestão municipal da rede de saúde. A tabela 1 traz os principais exemplos práticos observados quanto a essas questões.

Uma questão muito presente é a falta de transparência no acesso a determinados serviços, sobretudo os de alta complexidade de prestação estadual. Essa situação é mais pronunciada nos serviços de prestadores privados, onde nem o próprio estado sabe sobre a situação das consultas de retorno dos pacientes. Essa queixa se mostrou uma das mais recorrentes, sendo ressaltado o pouco poder de ação do Conselho quanto a essa questão. Não há menções à CIR como uma possível

interlocutora nessa questão entre o estado e a região de saúde. A tabela 1 também exemplifica os principais problemas discutidos.

As deliberações do Conselho mostram que os impasses entre as responsabilidades do estado e do município são bastante pronunciados, parecendo haver uma desproporção nas negociações, nas quais o município tem pouca autonomia em detrimento do componente estadual. Chama atenção o caso da reforma do Hospital São Sebastião, de gestão estadual, mas cuja reestruturação seria pactuada entre os dois entes federativos. Contudo, a gestão alega mudanças drásticas em relação ao projeto inicial, com o hospital passando a ser municipalizado mesmo sendo retaguarda dos outros hospitais regionais, com o município arcando com todos os custos de sua operacionalização apesar de alegar não possuir recursos para tal medida. Nessa questão, o conselho se mostrou bastante ativo, solicitando fazer parte das reuniões com o Ministério Público Federal e propondo a recusa total do projeto, visto que o Conselho deve “fiscalizar e apoiar o que é prioridade para o município”, sobretudo em tempos de poucos recursos.

Os principais componentes assistenciais privados com interesses na prestação de serviço público que foram debatidos no pleito do CMS são, principalmente, faculdades e organizações não governamentais. A contratualização e demais mecanismos de governança são tratados diretamente com a gestão municipal, que apenas repassa para o Conselho as ações acertadas. Nesse quesito, a principal ação do Conselho é a cobrança de planos de trabalho. Saúde mental e assistência a crianças com deficiência são os principais serviços onde isso ocorre, expondo a fragilidade da rede própria desses setores.

Por fim, frequentemente o Conselho também recebe diversas entidades componentes da Rede para exposições acerca de seus trabalhos e explanações de como determinados serviços estão estruturados na cidade. Os setores ligados a atenção básica se mostraram os mais presentes, mas também merecem destaque a rede de saúde mental e a de urgências e emergências, a exemplo do SAMU. Nessas deliberações são apresentados resultados, discutidos problemas e necessidades de reestruturação de determinados componentes e sugeridas propostas.

1.2. Eixo controle social:

A principal questão abordada dentro do campo do controle social consiste na realização das conferências de saúde. Os debates mostravam o reconhecimento da importância da participação popular, com destaque para a atuação da atenção básica como uma aliada deste processo, principalmente em relação ao trabalho dos agentes comunitários em saúde, vistos como

importantes elementos de mobilização, sendo representados, inclusive, no próprio conselho. Foram contabilizadas 58 pré-conferências de saúde nas unidades de saúde da família, que contaram com a adesão de mais de 200 participantes na construção das propostas a serem levadas para a X Conferência Municipal de Saúde.

Também se observou a realização de conferências em saúde sobre temas específicos, tais como saúde da mulher e vigilância em saúde.

Foram encontradas preocupações com o processo eleitoral sobretudo no que diz respeito a participação popular na categoria de usuários, devido baixa adesão. Contudo, o Conselho não se vê na função de divulgador de sua existência e da necessidade de participação, pois, segundo seus membros, o Conselho sempre esteve presente e “quem perde é o usuário” por não procurar fazer parte.

Outro ponto importante de destaque é o estímulo à formação de conselhos locais, sendo inclusive discutido a colocação dessa meta dentro do plano municipal de saúde. Propôs-se a formação de “conselhos territoriais” com base na divisão do município em nove regiões de saúde, o que possibilitaria uma maior capacidade de articulação democrática.

O Conselho se fez presente na elaboração do plano de saúde para o período de 2018-2021, que também levou em consideração as propostas da conferência municipal. As questões acerca de saúde do trabalhador e direitos trabalhistas foram as principais abordadas. Foram propostos a realização de fóruns de controle social (no mínimo dois por ano) e reuniões itinerantes, para possibilitar uma maior aproximação da população com o espaço do Conselho e, conseqüentemente, ampliar o espaço de participação da sociedade nos processos de saúde.

Acertou-se a busca por articulação com o Conselho Estadual de Saúde para a implantação de um Conselho Regional da IV GERES, visto que isto não seria uma competência do conselho municipal.

As reuniões contavam com manifestações da população, seja na forma de visitantes ou através de questões repassadas aos conselheiros para serem pleiteadas. Os principais assuntos abordados eram queixas sobre atendimento e busca por informações sobre filas de espera para consultas e procedimentos. Nesse ponto, nota-se uma certa demanda extra em relação às verdadeiras obrigações do conselho, pois, embora muitas dessas questões sejam debatidas no pleito, os conselheiros frisavam que aquele não era um espaço de críticas e reclamações, sendo este o papel da ouvidoria municipal. Também se observou um rígido controle de entidades representativas que faziam parte do corpo do Conselho, inclusive com a substituição de mais de um ente com faltas não justificadas além do limite permitido.

1.3. Eixo regionalização:

Percebem-se muitas falhas de comunicação entre os dispositivos de média e de alta complexidade municipais, mas de gestão estadual, cuja função volta-se para o uso dos munícipes e daqueles sediados na cidade de Caruaru. Foram feitos diversos encaminhamento à IV GERES sobre as dificuldades em procedimentos da alta complexidade, como grande fluxo de pacientes na Rede - ao qual a gestão não consegue acompanhar -, acessos a cirurgias de grande porte fora da região de saúde e marcações de consultas pela regulação para locais distantes, incluindo o Recife.

O financiamento também assume uma posição central nos debates. Observa-se um grande endividamento do município com os gastos em saúde, nos quais as principais receitas são de fontes municipais e federais. Isso acontece porque, mesmo a cidade sendo sede da região e macrorregião de saúde, há muitos repasses estaduais atrasados, sendo necessária a cobrança judicial dos mesmos. Isso se reflete na dificuldade de gestão de determinados dispositivos, como o SAMU regional, chegando a ser sugerido que o município deixasse de fazer a gestão desse aparelho, pois a cidade “não tem recursos para pagar a conta de 53 outros municípios”. Quanto às cobranças, as ações do conselho se mostram limitadas, estando a cargo de outros dispositivos de gestão estratégica, como o COSEM e a Comissão Intergestores Bipartite, o que demonstra o pouco poder de pactuação regional do CMS frente a outros dispositivos de governança.

Mais uma vez, o município parece não ter coordenação alguma sobre a regulação dos procedimentos da média e alta complexidade. Quais as cotas municipais de acesso a exames e consultas? Onde e quando eles serão realizados? No próprio município ou em Recife? Se no próprio município, em quais estabelecimentos? Quais as verdadeiras capacidades da Rede? Questões como essas se mostraram bastante frequentes, sendo necessários esclarecimentos especiais de convidados dos setores de regulação e da IV GERES em determinadas reuniões.

2. Análise das ações da IV GERES explicitadas na CIR

2.1. Eixo governança:

A IV Geres parece concentrar os fluxos de pactuação entre os componentes da região, funcionando como uma interface entre a região de saúde e os demais órgãos de gestão estratégica, principalmente a Secretaria Estadual de Saúde. As demandas geralmente são ditadas por esses órgãos, encontrando na CIR um espaço de repasses de informações e cobranças acerca de dados e

resultados. Por ter uma composição mista formada por diversos gestores - a despeito dos conselhos municipais, cujo representante do gestor é único -, observa-se que o comportamento dos gestores municipais influencia sua capacidade de governo e se relaciona a outros fatores do contexto regional, como a responsabilidade perante um sistema de saúde complexo; o excesso de demandas; os atravessamentos políticos; e a frágil autonomia de decisão e de gestão. Esses fatores dificultam a continuidade de políticas públicas de saúde, além de modificar a direção e viabilidade das políticas municipais¹³.

Observou-se que muitos dos assuntos discutidos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde da Caruaru também foram discutidos no pleito da CIR. Entre esses dois órgãos é estabelecida uma relação vertical, na qual a CIR define e pactua as políticas de saúde enquanto que o Conselho chancela essas demandas, mas não possui maiores espaços de definição política. Isso fica mais explícito nas questões acerca do desenho das redes de atenção e do financiamento em saúde. Os momentos em que o CMS é mais citado são aqueles em que se debatem diretrizes que necessitam de sua aprovação, como o plano municipal de saúde e o credenciamento do município no SISPACTO. Não se observa sua inclusão nas pactuações das políticas, o que explica as constantes buscas por esclarecimentos observadas nas reuniões do Conselho. Vale ressaltar que existem componentes que participam de ambos os colegiados (Conselho e Comissão), que são quem geralmente fazem a interface entre os dois órgãos, todos do componente de gestão.

2.2. Eixo controle social:

O controle social é poucas vezes citado nas discussões e, quando aparece, está ligado aos conselhos municipais. Destacam-se suas menções em relação às etapas regionais das conferências de saúde e a sua participação na construção dos planos municipais, respeitando-se esse espaço que naturalmente pertence aos conselhos de saúde, embora nas demais políticas pareça haver uma hierarquização na qual a CIR encontra-se acima dos CMS na pactuação das políticas no território. Debate-se o papel do controle social, mas afirma-se que ele “não é o de gestor do sistema municipal de saúde.”

Tal visão deixa clara a pouca participação das pautas que envolvam a construção das políticas conjuntamente com a sociedade civil no pleito do Colegiado, seja através de maiores diálogos com os conselhos municipais ou de forma mais direta através da chamada governança participativa. O que se espera com a democratização dos espaços de poder é a melhoria decisória, por meio da

incorporação ao processo político do conhecimento local, ou seja, conhecimento/experiência de atores locais, suas demandas e conflitos¹⁴.

2.3. Eixo regionalização:

O desenho de redes de atenção regionalizadas ocupa um lugar central nas reuniões, chegando a ocorrer a realização de um seminário de regionalização da IV região de saúde. Destacam-se as redes de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede Materno-infantil e Rede de Atenção Psicossocial, cujos 'redesenhos' são discutidos no espaço da CIR, acompanhados por sua câmara técnica. Todas essas redes também foram discutidas no Conselho Municipal posteriormente, porém com desenhos já estabelecidos e com o foco muitas vezes em estabelecimentos específicos e pedidos de maiores esclarecimentos.

Para Lima¹⁵, as desigualdades regionais também influenciam o processo de regionalização do SUS. Segundo ela, para a adequada implementação dessa diretriz, espera-se um maior equilíbrio do poder de negociação entre o polo e demais municípios, com descontração da produção, cooperação do ente estadual e maior coordenação entre níveis de governo. Contudo, observam-se tensões e conflitos causados pela desigualdade, devido a disputa por recursos escassos, o que dificulta o estabelecimento de uma relação solidária entre o polo e demais municípios em âmbito regional. Tais conflitos foram observados em ambas as análises, o que corrobora com o aspecto desigual de desenvolvimento e distribuição dos serviços na região, com tendência a maior concentração da pactuação no município polo, o qual, nesse caso, é Caruaru.

Ressalta-se o papel didático de determinadas práticas em saúde, sobretudo das ações de vigilância em saúde e vigilância epidemiológica, que se mostraram as ações mais frequentes. Fluxos, dados, levantamentos e orientações práticas são constantemente repassados para os gestores municipais, dando a IV Geres um espaço muitas vezes de capacitação.

3. Análise das atas da CIR IV GERES pelo Software IRAMUTEQ

Na análise do corpus textual referente às atas das reuniões ocorridas entre 2017 e 2018 na CIR da IV Geres, separaram-se as palavras por meio da classificação hierárquica descendente dos segmentos de textos de acordo com a semelhança entre os vocabulários utilizados. Obteve-se assim três grandes classes de conteúdo, como demonstrado nas figuras abaixo.

Observa-se que as classes 1 e 2 derivam da classe 3, sendo a classe 2 aquela cujas formas se mostram mais presentes no corpus textual, com o equivalente a 55,7% do texto. A classe 3 diz respeito às políticas e estratégias de saúde em si, junto com seus dispositivos de efetivação, evidenciado pela maior frequência de palavras como: AB (atenção básica); ESF (estratégia de saúde da família), CAPS (Centro de Assistência Psicossocial), integral, mental e PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). Isso demonstra que os assuntos referentes à atenção primária dominam a grande maioria dos debates.

As classes 1 e 2, por sua vez, aproximam-se em suas temáticas, mostrando um caráter dominante de questões burocráticas e informativas nos pleitos, uma vez que juntas correspondem a 73,8% do corpus. A frequência de palavras como “dizer, não, pedir e lembrar”, na classe 2, e das formas “item, informe, conselho, proposta, leitura e enviar”, na classe 3, apontam que o principal caráter da CIR é o de definir e despachar decisões para os municípios e demais instâncias deliberativas, a exemplo dos conselhos municipais.

Fez-se também a análise de similitude do texto, o que permite a identificação de ocorrências entre as palavras encontradas e suas principais conexões, assim como a formação de categorias de texto conectadas entre si através da formação de uma estrutura gráfica, como demonstrado na figura 3.

Por esta representação, observa-se uma estrutura de conexões que possui o campo das ideias ligadas ao município como norteadora dos debates, com fortes conexões com os campos representados pelas palavras saúde, Caruaru, CIR, responsável, informar e regional. Isso reafirma o que foi explicitado pela análise hierárquica descendente, podendo-se considerar a CIR como o instrumento centralizador da política de saúde da região, de onde partem as decisões, objetivos e informes a serem trabalhados pelos municípios, com destaque ao município sede, Caruaru, que se mostra como o de maior visibilidade dentro do pleito. Aqui, nota-se a baixa representatividade dos conselhos municipais de saúde dentro da pactuação das políticas, reduzindo-se, ao que parece, ao papel de meros chanceladores das decisões tomadas pelo colegiado regional, como observado pela análise de conteúdo das atas do Conselho Municipal de Caruaru anteriormente.

Considerações finais

Observa-se a existência de uma relação desconexa entre a Comissão Intergestores Regional e o Conselho Municipal de Saúde de Caruaru, na qual a CIR atua como a grande definidora das políticas, suas implementações e negociações com os demais componentes da gestão estratégica, enquanto

o CMS assume uma forma mais passiva neste processo, recebendo as orientações e corroborando as suas implementações no território. Muitas dessas orientações não se tornam claras o suficiente, porém, ainda assim, são chanceladas pelo CMS com pouca ou nenhuma resistência, mesmo sem maiores esclarecimentos. As questões referentes ao financiamento do sistema de saúde são os espaços mais frequentes onde tal problemática se apresenta.

O ideário do controle social é pouco refletido no âmbito da CIR, cujas pautas extrapolam pactuações técnicas e efetivamente definem políticas. Situação contraditória, pois pela legislação os conselhos que deveriam definir as políticas. Destaca-se aqui a ausência formal do controle social no âmbito da região de saúde, situação que contribui para o distanciamento do controle social enquanto definidor de política. A existência de conselho com funcionamento regular e atuante no município sede da região e da macrorregião de saúde, não foi suficiente para que o controle social influenciasse na definição da política regional.

A atenção básica e a rede de saúde mental ocupam um papel central nos debates em ambos os fóruns e com maior transparência em suas questões, sobretudo na atenção básica. O mesmo não se pode dizer dos setores de média e alta complexidade que, por muitas vezes, mostram-se como verdadeiras incógnitas para o CMS, sendo a principal fonte de reclamações e cobranças por maiores esclarecimentos, o que nem sempre chega a acontecer.

Os dispositivos de governança mostram-se mais fortes dentro do colegiado regional do que no municipal. Há muitos impasses no que diz respeito as responsabilidades estaduais e municipais, de forma mais pronunciada dentro do conselho de saúde, com pouca autonomia do componente municipal frente a esfera estadual.

Por fim, a regionalização em saúde ocupa um lugar central dentro da IV GERES, principalmente no desenho das redes de atenção regionalizadas. Contudo, as desigualdades regionais mostram-se bastante pronunciadas dentro do colegiado, o que torna a efetivação de um sistema de saúde fortalecido e capacitado para atender as demandas da região como um dos principais desafios a serem perseguidos, nos mais diferentes níveis de atenção.

Referências

1. Carvalho ALB, Jesus WLA, Senra IMVB. **Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema.** *Ciência & Saúde Coletiva.* 2017; 22(4):1155-1164.
2. Dourado DA, Elias PEM. **Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro.** *Revista Saúde Pública.* 2011; 45(1):204-11.

3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 95, 26 de janeiro de 2001. **Aprova a norma operacional de assistência à saúde – NOA-SUS 01/2001.** Diário oficial da União.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº399, 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Rede de Urgência e Emergência e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Diário oficial da União.
5. Padilha ARS, Amaral MA, Oliveira DC, Campos GWS. **Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana.** Saúde debate. 2018; 42(118):579-593.
6. Brasil. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Ministério da Saúde, 2011.
7. Aguiar ZN. **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.** 2. ed. São Paulo, SP: Martinari; 2015.
8. Albuquerque MV, Lima LD, Oliveira RAD, Scatena JHG, Martinelli NL, Pereira AMM. **Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais.** Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23(10):3151-3161.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM nº. 3.176, de 24 de dezembro de 2008. **Aprova as orientações relativas ao Relatório Anual de Gestão e quanto a informações sobre o Plano de Saúde.** Diário Oficial da União 30 dez 2008.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria MS/GM nº. 3.332, de 28 de dezembro de 2006. **Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.** Diário Oficial da União 29 dez 2006.
11. Vieira M, Calvo M.C.M. **Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública. 2011; 27(12):2315-2326.
12. Bardin L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70; 2011.
13. Silva JFM, Carvalho BG, Domingos CM. **A governança e a relação público-privado no cotidiano das práticas em municípios de pequeno porte.** Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23(10):3179-3188.
14. Pinto TRGS, Martins S, Leonel DS, Ckagnazaroff IB. **Governança Participativa: possibilidades e desafios na gestão local. Interações.** 2018; 19(3):627-641.
15. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG, Melo ECP, Oliveira EXG, Carvalho MS, Pereira AMM, Oliveira RAD, Martinelli NL, Oliveira CF. **Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços.** Cadernos de Saúde Pública. 2019; 35(suppl 2):e00094618.

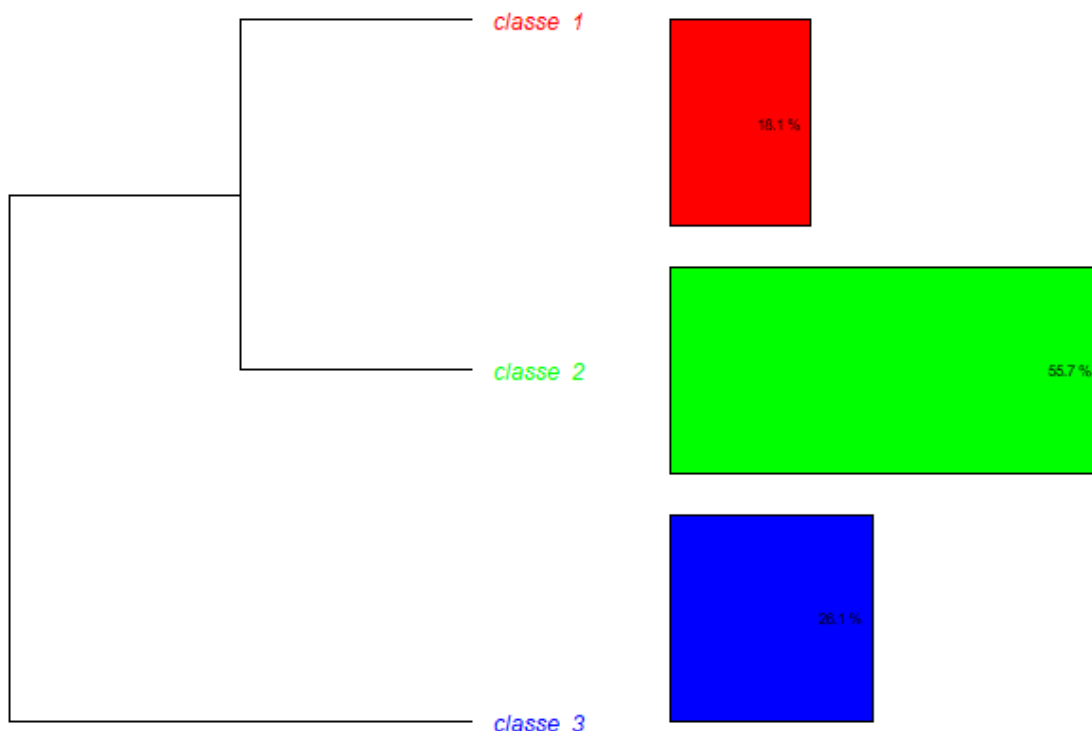
Tabela 1. Principais exemplos e problemas de governança observados.

Eixo governança – principais exemplos observados	
	- Relatório Anual de Gestão (RAG) e acompanhamento da Programação Anual de Saúde (PAS); - SISPACTO, que estabelece a pactuação interfederativa de indicadores de saúde considerados prioridades para o período entre 2017 e 2021;

<p>Fiscalização dos mecanismos de gestão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cobranças de esclarecimento sobre auditorias realizadas na rede de pré-natal; - Prestação de contas do Fundo Nacional de Saúde, com acompanhamento da comissão financeira do Conselho na execução dos recursos; - Repasses para a APAE no cuidado com crianças com microcefalia a partir da entrada deste prestador no cuidado a este público; - Cobranças de explicações sobre os Centros de Especialidades odontológicas (CEOs) que recebiam repasses integrais mesmo com produtividade abaixo do estabelecido.
<p>Acesso a serviços de média e alta complexidade de prestação estadual</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Não há acesso as cotas municipais dos procedimentos de média e alta complexidade nem pela gestão, nem pelo CMS; - Não se sabe a situação acerca da fila de espera para consultas ambulatoriais e exames diagnósticos; - Rede oftalmológica, de prestação privada, é a mais frequentemente citada, uma vez que nem o próprio estado contratante possui ciência do fluxo dos pacientes após primeira consulta marcada pela Regulação.
<p>Componentes da rede recebidos nas reuniões para explanações estruturais específicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gerência geral da atenção básica - Coordenação Técnica de Saúde Mental - SAMU (Rede de Urgências e Emergências) - Assistência Farmacêutica - Assistência Nutricional - Vigilância Sanitária - Vigilância Ambiental - Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

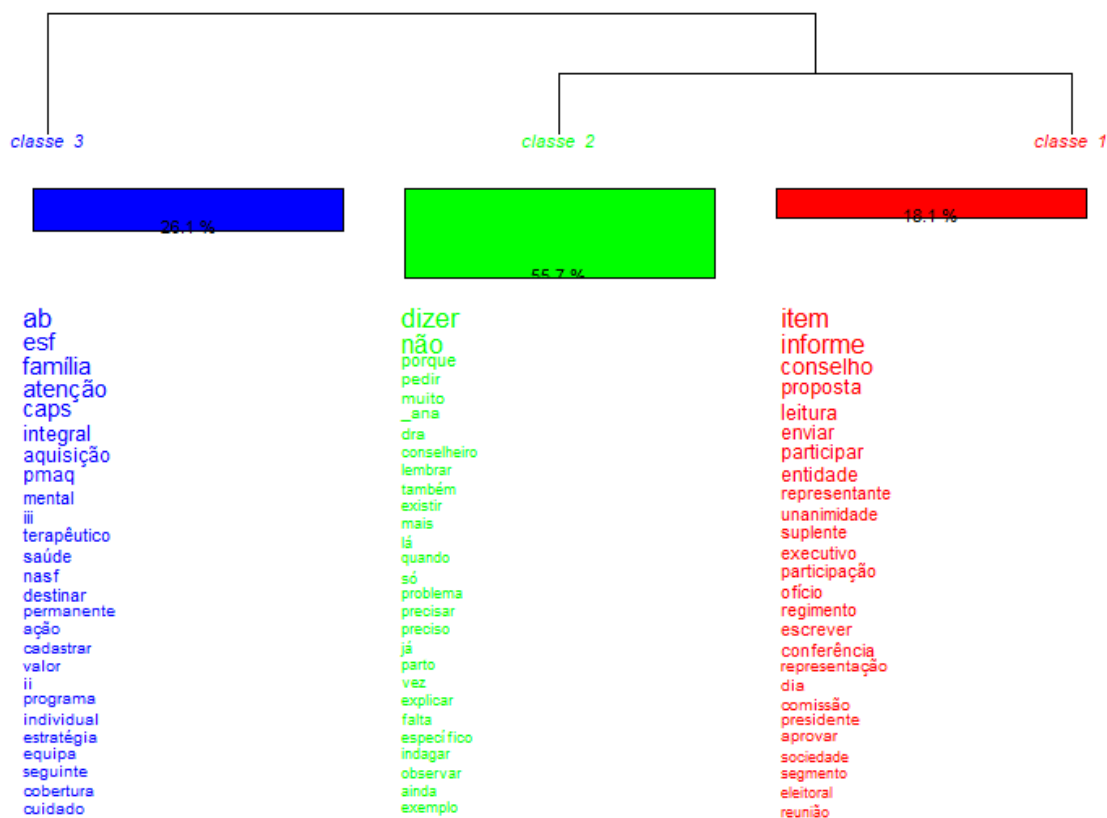
Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 1. Categorias de conteúdo encontrados no corpus textual



Fonte: IRAMUTEQ

Figura 2. Categorias de conteúdo encontrados no corpus textual



Fonte: IRAMUTEQ

Submissão: 19/06/2022

Aceite: 09/08/2022