

Governança e controle social do Sistema Único de Saúde em uma região de saúde do estado de Pernambuco

Governance and social control of the Unique Health System in a region of the state of Pernambuco

Maurício Clemente Silva

Graduado em Medicina; Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil;

E-mail: mauricio.clemente@ufpe.br; ORCID: 0000-0003-3175-1221

Ellem Najla Ferreira Rodrigues

Especialista em Saúde Coletiva; Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil;

E-mail: ellem.rodrigues@ufpe.br; ORCID: 0000-0003-1086-2141

Petrônio José De Lima Martelli

Doutor em Saúde Pública; Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil;

E-mail: petronio.martelli@ufpe.br; ORCID: 0000-0001-6920-6435

Contribuição dos autores:
MCS: montagem do experimento, coleta de dados e redação do texto. ENFR: revisão crítica do conteúdo, padronização das normas de acordo com a revista. PJLM: orientador do trabalho, apoio no planejamento do estudo, orientação na coleta de dados, coordenação da análise dos dados e redação do artigo. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 19/02/2024

Aprovado em: 08/10/2024

Editor responsável: Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

Resumo: O trabalho objetiva observar a definição de políticas em uma região de saúde e possíveis pontos de conflito existentes nas relações entre um conselho de saúde de um município sede de regional de saúde (Garanhuns) e a instância de pactuação regional CIR (Comissão Intergestores Regional). Utilizou-se de uma abordagem qualitativa, observacional, longitudinal e exploratória a partir de análise documental. O material foi submetido a análise de conteúdo temática conforme Bardin e posteriormente o *corpus textual* foi submetido ao método de Reinert e a análise de similitude por meio do software IRAMUTEQ. O Conselho Municipal de Saúde de Garanhuns apresentou maturidade institucional e amplo envolvimento com diversos atores sociais, porém o debate sobre a rede regionalizada não esteve presente na pauta da instituição. Nas reuniões da Comissão Intergestores Regional a temática da participação social não esteve presente e foram registradas queixas quanto ao funcionamento da instituição, tanto por parte dos pequenos municípios como por parte dos representantes estaduais. A partir das evidências obtidas no universo do estudo, foi possível demonstrar que houve um vazio de representação social no planejamento e na gestão regional do sistema de saúde no período analisado na V Gerência Regional de Saúde de Pernambuco.

Palavras-chave: Controle Social; Governança; Regionalização; Conselhos de Saúde.

Abstract: To observe the definition of policies in a health region and possible points of conflict existing in the relations between a Health Council in the regional headquarters municipality (the city of Garanhuns) and the regional agreement instance (CIR). This study carried out a qualitative, observational, longitudinal and exploratory approach based on documentary analysis. The material was subjected to thematic content analysis according to Bardin and subsequently the textual corpus was subjected to Reinert's method and similarity analysis using the IRAMUTEQ software. The Municipal Health Council of Garanhuns showed institutional maturity and broad involvement with several social actors, but the debate on the regionalized network was not present on the institution's agenda. In the meetings of the Regional Intergovernmental Collegiate, the theme of social participation was not present and complaints were registered regarding the functioning of the institution, both by small municipalities and by state representatives. From

the evidence obtained in the study universe, it was possible to demonstrate that there was a void of social representation in the planning and regional management of the health system in the period analyzed in the 5th Regional Health Management of Pernambuco.

Keywords: Social Control; Governance; Regionalization; Health Councils.

INTRODUÇÃO

A evolução de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil ocorreu simultaneamente à redemocratização do país e se deu a partir de fortes ideais de promoção da participação da comunidade e controle social. Neste contexto, o caráter de gestão democrática e a descentralização da gestão administrativa tornaram-se preceitos constitucionais formalizados a partir dos artigos nº 194 e nº 198 da Constituição Federal instituída em 1988. Posteriormente, esses ideais foram reforçados na promulgação da Lei nº 8080/90 e na Lei nº 8142/1990, que instituiu os Conselhos de Saúde com participação no desenvolvimento de estratégias e no controle da concretização da política de saúde, incluindo nas características econômicas e financeiras. Outra importante etapa foi a promulgação da portaria nº. 3.332¹ que definiu pela primeira vez os instrumentos básicos do funcionamento dos conselhos de saúde na efetivação da participação popular, o Plano de Saúde e o Relatório Anual de Gestão.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS² definiu participação social como a “[...] ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde”, conseqüentemente a efetivação desse princípio necessita não apenas de legitimação institucional, mas também de um processo contínuo de aperfeiçoamento que vise garantir na prática que os interesses dos usuários, dos profissionais que trabalham no sistema e dos gestores possam ser pactuados, gerando benefícios e avanços institucionais para o sistema de saúde. Esse processo de aperfeiçoamento do controle social passa necessariamente pela resolução de problemas vivenciados pelos Conselhos de Saúde e já relatados na literatura científica que aborda o tema, como o clientelismo e a subordinação ao executivo e legislativo municipal^{3,4}, a ausência de uma mínima organização interna, a presença de representantes

desconectados do interesse dos representantes, a falta de legitimidade, a baixa adesão dos governantes e a pouca efetividade no encaminhamento das deliberações⁵ e a disseminação ainda restrita dos valores de participação social na sociedade de modo geral.

Uma questão bastante pertinente ao processo de aperfeiçoamento do controle social na gestão estratégica do SUS é a sua relação com a regionalização e o funcionamento da Comissão Intergestores Regional (CIRs), um órgão não paritário, que serve como espaço de cogestão à nível regional na perspectiva de construir um espaço durável e contínuo de negociação e pactuação entre os gestores do município e do estado para a execução de uma rede regionalizada. As CIRs foram instituídas pelo decreto nº 7.508/11, tiveram suas diretrizes definidas na Resolução da Comissão Intergestora Tripartite nº 001/2011 e integram um processo que no estado de Pernambuco tem como importante marco o Plano Diretor de Regionalização de 2011.

A regionalização já é uma diretriz organizativa do sistema de saúde desde a Constituição. Este princípio foi resgatado através das Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2001 e 2002 e posteriormente pelo Pacto pela Saúde, que buscou aperfeiçoar a prestação dos serviços através da reestruturação do sistema em Redes de Atenção à Saúde.

Apesar do protagonismo crescente das Comissões Intergestores Regionais de Saúde no planejamento estratégico do sistema de saúde, não existe nenhuma forma direta de organização e participação social a nível regional, sendo que os Conselhos de Saúde se organizam apenas à nível municipal, estadual ou nacional. Se faz necessário, no campo da saúde coletiva, aprofundar o entendimento sobre em que nível o princípio constitucional da participação social está sendo alijado em decorrência das disfuncionalidades no interior dos conselhos, assim como da relação confusa entre as instâncias de controle social e as entidades de pactuação entre os gestores.

Busca-se neste artigo observar a definição de políticas em uma região de saúde e possíveis pontos de conflito existentes nas relações entre um conselho de saúde do município sede da regional (Garanhuns) e a instância de pactuação regional (CIR).

METODOLOGIA

Para elucidar a definição de políticas no âmbito regional, o estudo se baseia numa abordagem qualitativa com caráter observacional, com recorte longitudinal e com propósitos exploratórios, sendo realizado a partir de uma análise documental. O universo do estudo é constituído por 10 atas referentes a reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) do município de Garanhuns e 14 atas referentes a reuniões da Comissão Intergestora Regional da V Gerência Regional de Saúde (GERES) do estado de Pernambuco, do ano de 2017. A limitação temporal se deu pela disponibilidade das atas, considerando a dificuldade de encontrar registros atualizados sobretudo em municípios do interior, tendo em vista os desafios que estes têm em manter órgãos colegiados que realizam reuniões periódicas e com registros dessas. Por se tratar de uma pesquisa com a utilização de dados secundários, localizados em ambientes de domínio público, fica dispensado a apreciação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com cumprimento da Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS nº 510/2016, que estabelece diretrizes e Normas Reguladoras para pesquisas que não necessitam ser registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Para Gil⁶, a pesquisa exploratória busca aproximar o pesquisador do objeto ou da realidade estudada e propiciar uma maior familiaridade com o problema, assim como provocar a elaboração de hipóteses, buscando aprofundar a compreensão da realidade estudada, do comportamento dos seus atores sociais e da dinâmica no interior das organizações. Dada a natureza do tema de estudo do trabalho foi feita a opção por uma abordagem qualitativa que, para Minayo⁷, é o método mais adequado ao estudo das relações, da história, das percepções e opiniões, ou seja, dos resultados das interpretações dos seres humanos, já que a utilização de métodos quantitativos não teria grande eficácia na análise de relações e realidades tão específicas, complexas e mutáveis. Ainda, para Minayo, num estudo qualitativo, é essencial no processo de análise de dados reconhecer a complexidade da realidade estudada, rever a bibliografia sobre o tema e finalmente estabelecer hipóteses e teorias pertinentes.

Os documentos coletados foram submetidos à análise de conteúdo que, segundo Bardin⁸, pode ser realizada por diversas modalidades, a saber: lexical, de expressão, de relações, de enunciado e categorial ou temática, sendo esta última a forma mais frequentemente utilizada em razão de sua relativa simplicidade e eficácia na análise de discursos diretos e, portanto, a forma empregada neste trabalho. Bardin descreve que esse tipo de análise segue três etapas, sendo a primeira delas a pré-análise, onde se selecionam as informações que devem ser trabalhadas na análise obedecendo às regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, ou seja, os dados escolhidos devem conter todas as informações importantes coletadas, devem ser representativos em relação aos dados iniciais, devem abordar apenas os tópicos estudados pelo trabalho e devem ser pertinentes ao objetivo do trabalho. A segunda etapa do trabalho, a exploração do material, se baseia em agregar a informação em tópicos, no caso, grupos temáticos. Por fim, é realizada a inferência e a interpretação dos dados. Foi considerado cada ponto da pauta das atas das reuniões como uma unidade de registro e foram definidas três classes temáticas sendo elas: I – Abordagem à questões de controle social e mecanismos de gestão participativa; II – Abordagem à questões da rede regional de atenção à saúde e ao processo de regionalização; III – Abordagem à questões da dinâmica interna da instituição (como conflitos de interesse no interior das instituições analisadas, qualificação técnica e assiduidade da participação dos seus membros).

Também foi utilizado na análise o processamento do texto através do software livre IRAMUTEQ versão 0.7 (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Das ferramentas de análise que o IRAMUTEQ dispõe foram empregadas a “Classificação Hierárquica Descendente” e a “Análise de similitude”.

O IRAMUTEQ oferece um rigor estatístico robusto e uma variedade de recursos técnicos para análise lexical. Sua capacidade de processamento de dados torna possível aprimorar análises em grandes volumes de texto. Ao utilizar análises lexicais, o contexto no qual as palavras aparecem é mantido, permitindo a integração de aspectos quantitativos e qualitativos na análise. Isso contribui para interpretações mais objetivas e avançadas dos dados textuais, agregando maior profundidade e embasamento aos resultados⁹.

Considerando os recursos de tratamento lexicométrico proporcionados pelo software, nota-se que este tem sido predominantemente empregado para conduzir análises fundamentadas no Método Reinert (CHD). Sendo a segunda técnica de tratamento mais comum é a Análise de Similitude¹⁰.

Na descrição do funcionamento da Classificação Hierárquica¹¹, Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) - os vocabulários respectivos dos segmentos de texto são classificados, e com base na frequência das formas reduzidas, o conjunto é dividido. Através da aplicação do método CHD em matrizes que cruzam segmentos de texto e palavras (em testes repetidos do tipo X^2), é alcançada uma classificação estável e definitiva¹². O objetivo dessa análise é obter classes de segmentos de texto que, simultaneamente, compartilham um vocabulário semelhante entre si e diferem em vocabulário dos segmentos de texto pertencentes a outras classes¹¹. O software, a partir dessas análises em matrizes, organiza a análise dos dados em um dendrograma da CHD, proporcionando uma representação das relações entre as classes.

A análise de similitude baseia-se na teoria dos grafos¹³ e é usada com muita frequência por estudiosos das representações sociais (cognição social). Permite visualizar as co-ocorrências entre as palavras e produz resultado quem trazem indicações da conexidade entre as palavras, ajudando na identificação da estrutura da representação.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Análise de Conteúdo Temática

Como produto da análise temática das atas das reuniões da CIR foram obtidas cento e vinte sete unidades de registro, sendo que deste total, cinco unidades foram agrupadas na primeira classe temática, 'abordagem a questões de controle social e mecanismos participativos', cento e dezessete unidades agrupadas na segunda classe, 'abordagem a questões de regionalização', e cinco unidades agrupadas na terceira classe temática, 'abordagem a questões da dinâmica interna da instituição (Como conflitos de interesse no interior das instituições analisadas, qualificação técnica e assiduidade da participação dos seus membros)'.

Em relação à primeira dimensão analisada, que tratou da pauta referente ao controle social e aos mecanismos participativos, o material analisado evidenciou que tal debate se limitou a um planejamento de caráter normativo baseado na publicização de mecanismos oficiais de gestão já definidos na legislação, como conferências e fóruns de caráter estadual e regional e de informes da importância da participação dos conselheiros de saúde dos municípios que compõem a V GERES nesses espaços. Durante o ano de 2017 foi debatido nas CIR a realização da 1ª Conferência Estadual em Vigilância em Saúde e a 2ª Conferência Estadual em Saúde das Mulheres, assim como a criação de um fórum materno-infantil regional.

Na análise das atas do Conselho Municipal de Garanhuns observou-se um panorama substantivamente diferente em comparação as atas das CIR. Foram observadas um total de cinquenta e uma unidades de registro, sendo quarenta e sete relacionadas ao controle social e a mecanismos participativos de gestão, e 4 unidades relacionadas a terceira dimensão analisada, que diz respeito à problemática da dinâmica interna da instituição.

Ainda sobre a primeira dimensão, com grande preponderância do tema da participação social na pauta do conselho, cabe o detalhamento dos temas tratados. Nas reuniões do conselho no ano de 2017, por vinte e sete vezes, foram abordados temas estritamente ligados ao controle social, como por exemplo a aprovação de instrumentos de planejamento, fiscalização das ações da secretaria municipal de saúde, visitas e acompanhamento do funcionamento das unidades de saúde da família e a cobrança de demandas populares por melhorias em serviços de saúde, como o transporte para tratamento fora de domicílio, os serviços terceirizados de fisioterapia e questões sobre o funcionamento do Hospital Infantil de Garanhuns. Cabe, ainda, considerar que problemas como o transporte sanitário e a oferta de serviços especializados são gargalos do sistema de saúde causados pela inoperância da gestão regional na estruturação dos serviços em formato de rede de atenção à saúde. Também é importante ressaltar que em nenhum momento esteve presente no debate das CIR demandas diretas de usuários e trabalhadores, ao contrário do que foi observado no conselho onde esse tipo de pauta foi frequente. Nas reuniões do conselho também foram frequentes as articulações com outras instituições que não a Secretaria de Saúde do município. Além das eleições de conselheiros, que participaram

das reuniões do conselho estadual, o CMS também manteve contato apresentando as demandas da sociedade civil e sugestões frente a Secretaria de Planejamento do município, o Ministério da Saúde, a Câmara de Vereadores e participando de diversos fóruns e conferências, sendo que outro ponto importante no universo de trabalho do CMS foi a organização da conferência municipal de saúde.

Além das matérias referentes aos mecanismos de participação social, também foram levantadas questões do próprio funcionamento interno do CMS. Durante as reuniões foi citada a grande dificuldade dos conselheiros em realizarem ações que dependiam de deslocamento, pois o conselho enfrentava dificuldades para conseguir um veículo para a execução de suas funções. Também foi comentada a ausência de novas entidades representativas na eleição de renovação do Conselho, em consequência mantiveram-se as entidades para o biênio seguinte.

Em relação a segunda classe temática da análise é bastante sintomático notar que o tema da rede regionalizada não foi citado diretamente nenhuma vez durante o registro das reuniões do CMS, ou seja, presumivelmente enquanto o Conselho Municipal atém-se ao campo municipal e deixa de abordar as consequências regionais das ações tomadas pelo município de Garanhuns, que representa boa parte dos serviços de maior densidade tecnológica da região, o ambiente da CIR é pouco permeável às demandas populares e bastante tecnocrático, de modo que não há claramente nenhum mecanismo de avaliação da satisfação de usuários, de trabalhadores, da sociedade organizada ou porosidade para suas demandas, tampouco articula-se aos Conselhos locais.

O grupo temático que reuniu as pautas que tratavam da rede regionalizada também foi analisado nas atas referentes às reuniões da CIR. Neste tópico as deliberações e discussões do colegiado que envolviam planejamento, financiamento, regulação e coordenação do funcionamento dos serviços foram subdivididos em dois subgrupos, o primeiro baseado em ações tomadas de modo ativo por necessidades identificadas localmente e um segundo grupo de decisões caracterizadas por movimentos reativos a propostas e exigências das esferas estaduais e federais.

Foram 48 assuntos classificados no primeiro grupo onde os secretários e representantes pactuaram fluxos, regulação e coordenação dos serviços localmente, nesses pontos da pauta foram abordados a coordenação e a regulação de serviços, como o Hospital Dom Moura, a unidade pernambucana de atenção especializada de Garanhuns, o aprimoramento ao atendimento à população Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero (LGBT), o aprimoramento da assistência farmacêutica, pactuações referentes aos serviços obstétricos da região de saúde e outros temas menos recorrentes. Já no segundo subgrupo, onde não houve propriamente pactuação e o conteúdo foi muito mais técnico, menos político e verticalizado, ocorreram 64 pontos de discussão na pauta abordando assuntos como: orientações para cadastramentos em editais federais de financiamento para leitos de retaguarda; ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e laboratórios de próteses; prazos para inserção de dados a fim de prestar contas de projetos financiados pelo Ministério da Saúde; funcionamento do Sistema de Pactuação dos Indicadores (SISPACTO); requisição por parte de representantes da Secretaria Estadual de Saúde de maiores taxas de vacinação; requisição da participação de técnicos dos municípios em cursos de formação estadual; entre outros.

Na análise da terceira classe temática, que buscou avaliar a dinâmica interna da CIR, foram registradas algumas queixas, tanto por parte da representação municipal quanto por parte da representação estadual. Do ponto de vista de um dos secretários as informações são passadas aos municípios pela esfera estadual de modo pouco prático e menos detalhado que o ideal, sendo esse fato um dos motivos que acarretam aos municípios problemas para prestar contas a órgãos de controle e muitas vezes instalem serviços de saúde que perdem o financiamento federal, segundo palavras do representante “[...] na teoria tudo é lindo, mas, na prática, nada funciona”. Da parte da representação estadual a queixa ocorreu no sentido de a CIR alocar todo o debate em regulação e negligenciar temas de planejamento. Um apoiador do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), em outro momento, chegou a retomar o mesmo assunto fazendo o diagnóstico de que a CIR tinha perdido sua função original de pactuação entre os secretários e se tornado um espaço técnico, com mero repasse de informes e tarefas. Como tentativa de aperfeiçoamento da CIR, foi proposto, em uma das reuniões da comissão, a criação do colegiado de planejamento e regulação a

fim de fortalecer o planejamento municipal e foi exposto a expectativa de que os repasses de informações e avisos técnicos sejam mais enxutos e que os secretários municipais possam ter maior protagonismo nas reuniões.

Essas deficiências no funcionamento da CIR já foram relatadas de modo rotineiro em outros trabalhos. Para Vargas¹⁴, a falta crônica de planejamento municipal é um dos mais importantes problemas na regionalização do sistema de saúde. Podemos citar, também, a assimetria de poder entre a representação estadual e municipal, assim como a assimetria dos maiores municípios em relação aos municípios de menor porte, a alta rotatividade de representantes municipais, a baixa capacidade técnica operacional da esfera municipal e os interesses imediatos das gestões políticas.

No trabalho de Shimizu¹⁵ foi identificado que este espaço deliberativo tem desempenhado um papel significativo na coordenação das ações e serviços de saúde em regiões específicas, entretanto, foi constatada uma insuficiência na capacidade de influenciar a formulação da política de saúde em nível mais amplo.

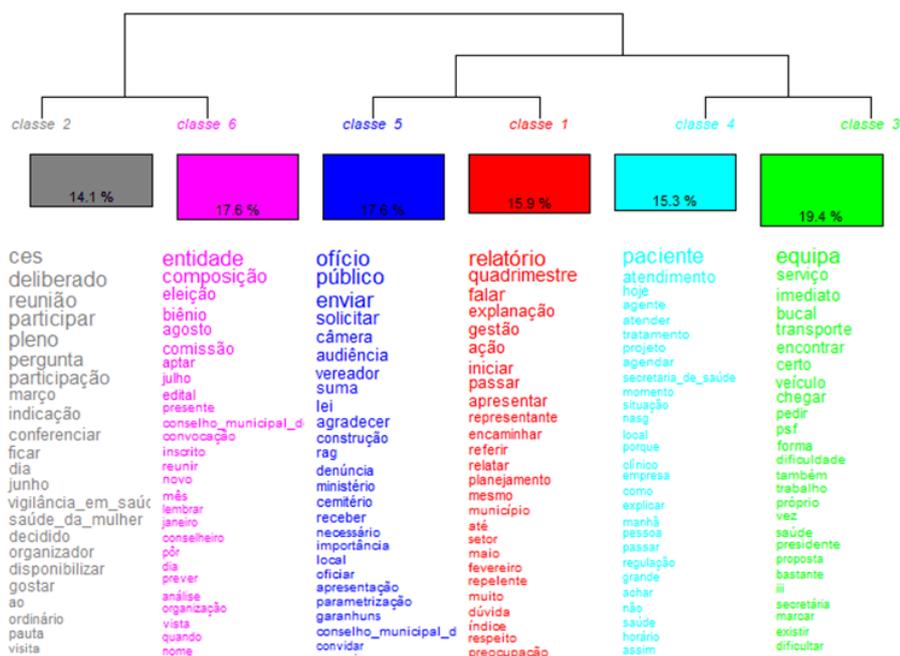
A partir da resolução nº 4¹⁶ o Ministério da Saúde resolve que cabe aos estados e municípios: “[...] estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional”. Apesar da intenção inequívoca da norma, que reforça a intenção de promover uma maior participação social no nível das redes de saúde regionais e deste movimento progressivo de estabelecimento de um arcabouço legal que fundamente a participação social na região de saúde¹⁷, não existe ainda um mecanismo formal de controle social regional. A partir da análise temática realizada foi possível coletar evidências de que, no universo observado, o Conselho de Saúde não se propôs a discutir cotidianamente os serviços de saúde na perspectiva regional e também foi evidenciado que não há registros representativos de participação social direta no planejamento e nas pactuações realizadas na V GERES, assim como não há comunicação ou colaboração estável entre a CIR da V GERES e o CMS no período analisado.

Método de Reinert e Análise de Similitude Usando a Teoria dos Grafos

A partir do processamento do corpus textual pelo IRAMUTEQ foi obtida a classificação hierárquica descendente (CHD) ou “método de Reinert” das atas referentes às reuniões do CMS (figura 1 e 2), a CHD das atas referentes às reuniões do CIR (figura 3 e 4), a análise de similitude referentes às atas das reuniões do CMS (figura 5) e a análise de similitude das atas referentes às reuniões do CIR (figura 6).

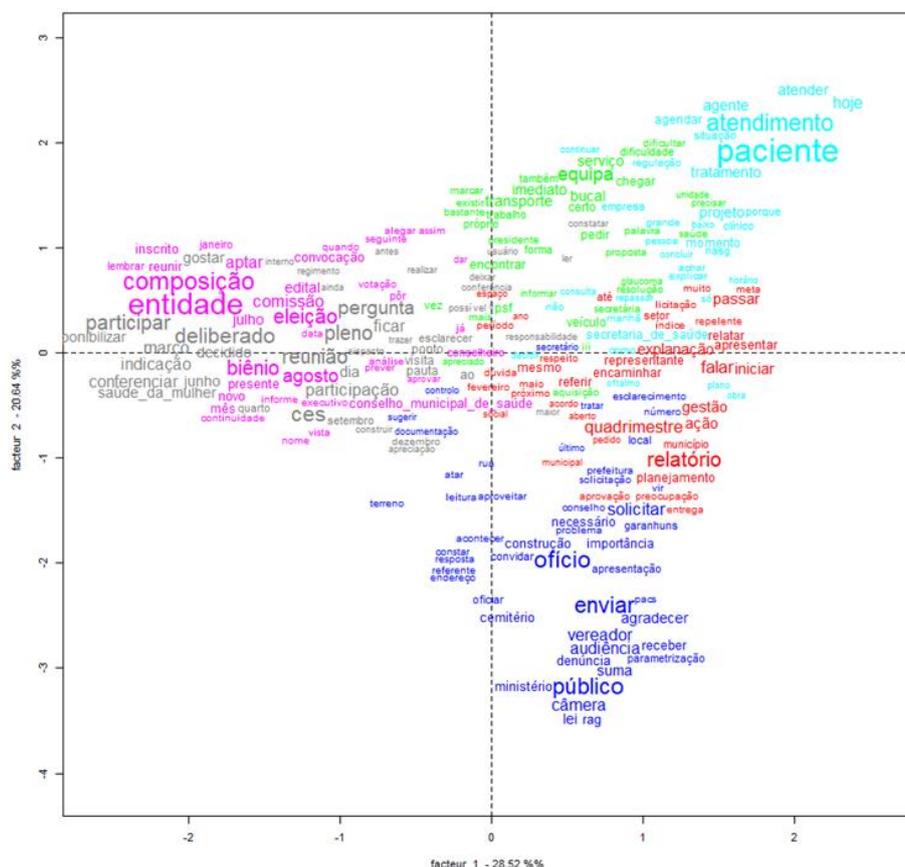
As figuras 1 e 2 representam a mesma análise com as duas formas gráficas descritas por Reinert⁹, sendo a primeira denominada dendrograma e a segunda análise fatorial de correspondência. Podemos notar que o software organizou o texto em 6 grupos temáticos, sendo eles os mais significantes no corpus analisado. Por meio da leitura repetida do texto original, é possível notar que as duas classes que mais destoam das restantes são a classe 2 e 6, sendo a classe 2 o agrupamento de palavras encontrados quando o Conselho deliberou como se daria a participação dos seus conselheiros nas reuniões do CES e nas conferências em participaram oficialmente. Já a classe 6 representa as pautas relacionadas a eleição das entidades que iriam compor o conselho no biênio seguinte. As classes 1 e 5 apresentaram maior relação entre si, em comparação com a classe 3 e 4, tendo a classe 1 como tema principal os instrumentos de planejamento aprovados pelo conselho e a classe 5 a comunicação oficiosa entre o conselho e a Câmara de Vereadores, o Ministério da Saúde e Secretarias Municipais. As palavras agrupadas na classe 4 abordam as principais demandas de usuários que chegaram ao conhecimento do conselho e as palavras na classe 5 os trâmites para operacionalizar as visitas às unidades de saúde da família e o resultado da observação dos conselheiros.

Figura 1. Dendrograma referente às atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Garanhuns no ano de 2017.



Fonte: Elaborado pelos autores

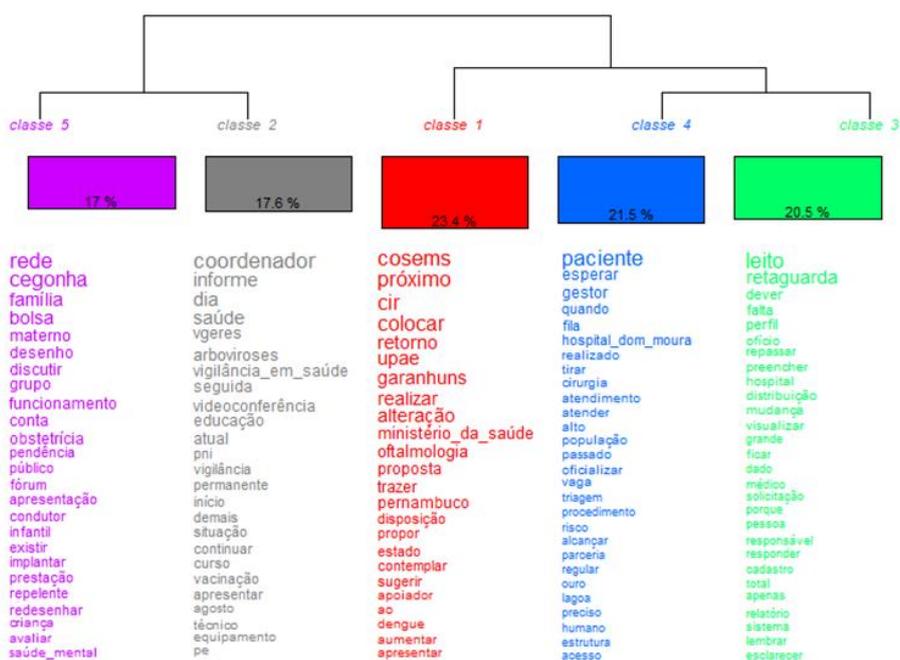
Figura 2. Análise fatorial de correspondência referente às atas das reuniões do Conselho Municipal de Garanhuns no ano de 2017.



Fonte: Elaborado pelos autores

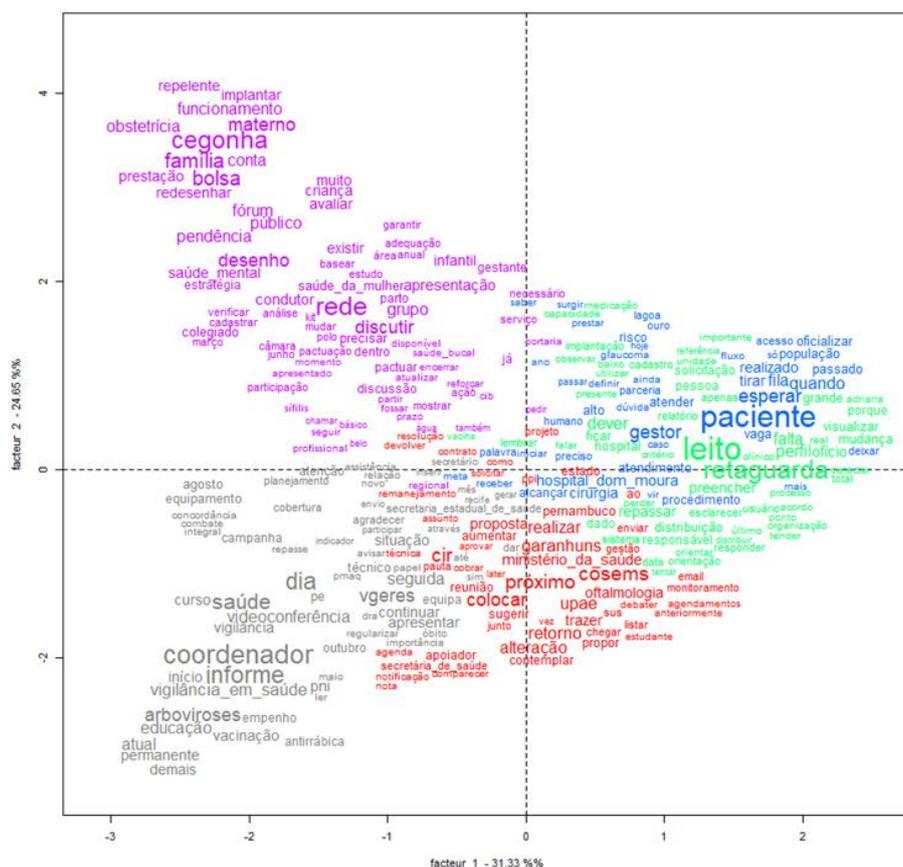
Na CHD produzida com o conteúdo dos debates do CIR podemos aplicar o mesmo raciocínio de associar cada classe a um tema significativamente debatido, sendo que as linhas que ligam as classes na imagem indicam quais estão mais relacionadas entre si através do mecanismo de agrupamento de vocabulário em comum. Nas figuras 3 e 4 podemos notar cinco classes, onde a classe 1 não foi identificada como representando nenhum núcleo temático organizado e está justamente numa posição de interface entre outras classes; a classe 2 representa informes de cursos e conferências em que foi solicitada presença de técnicos dos municípios; a classe 3 representa a implantação dos leitos de retaguarda na V GERES; a classe 4 representa a regulação e coordenação dos serviços do hospital Dom Moura em Garanhuns; e a classe 5 representa os debates sobre o funcionamento da rede cegonha que tiveram grande importância e espaço nas discussões do Colegiado.

Figura 3. Dendrograma referente às atas das reuniões do Colegiado Intergestores Regional da V GERES no ano de 2017.



Fonte: Elaborado pelos autores

Figura 4. Análise fatorial de correspondência referente às atas das reuniões do Colegiado Intergestores Regional da VGERES do ano de 2017.



Fonte: Elaborado pelos autores

Na figura 5, onde observa-se a análise de similitude em referência ao conteúdo das reuniões do CMS, é evidente a presença de 3 (três) termos nucleares: o termo “Conselho Municipal de Saúde”, que reúne ao seu redor termos menos importantes que indicam a rotina burocrática inerente ao funcionamento da instituição; o termo “conselheiro”, que está associado a atividades de representação que esses atores desempenham em eventos externos ao conselho; e, por fim, o termo “Secretaria Municipal de Saúde”, que está relacionado a termos que indicam procedimentos de controle social e de fiscalização que o CMS desempenha.

representantes, por vezes, a baixa experiência e qualificação, a assimetria de poder entre municípios e entre municípios e estado, e a preponderância de ações que buscam resultados imediatos em vez de processos sanitários, educacionais e políticos de longo prazo.

Uma metodologia exploratória como a aplicada neste trabalho não pretende esgotar o assunto, mas é de grande utilidade para trazer à tona questões importantes sobre os problemas enfrentados e possíveis caminhos para o desenvolvimento da participação social e a qualificação do debate em torno da gestão da rede regionalizada. A criação de um conselho de saúde regional ou a instauração de uma comissão permanente, formada por representantes dos conselhos municipais de uma mesma região, parecem ser as alternativas mais concretas para a resolução do problema da baixa participação da comunidade no âmbito regional. Também, é significativa a possibilidade de maior participação da sociedade civil organizada nos eventos de pactuação regional através da presença de representantes não governamentais nas reuniões deliberativas do CIR e maior engajamento em tentar trazer para o CIR as demandas dos usuários e profissionais da saúde. Desenvolver o controle social e os mecanismos participativos de gestão são estratégias que podem reforçar o quadro de atores qualificados que pensem e trabalhem pela rede de atenção à saúde regional, que possibilita que as demandas mais importantes e imediatas da população possam ser postas em pauta, assim como, que o princípio organizativo da participação da comunidade possa ser efetivado.

Manter ainda, um olhar atento sobre a definição de políticas de saúde e os possíveis conflitos entre diferentes instâncias de governança ajuda a garantir a transparência no processo político, promovendo a responsabilização dos atores envolvidos perante a sociedade.

Ao estudar continuamente a definição de políticas de saúde e os possíveis conflitos entre essas instâncias, é possível identificar desafios persistentes que podem não ter sido totalmente abordados ao longo dos anos. Isso permite uma compreensão mais clara das questões que continuam a afetar a saúde da população e orienta esforços futuros para enfrentar esses desafios.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.332 de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasil. Recuperado em 13 de janeiro de 2021 de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html
2. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.332 de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasil, 2006. Recuperado em 13 de janeiro de 2021 de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3332_28_12_2006.html
3. Farias Filho MC, da Silva AN, Mathis A. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2014 jun.;19(6):1911–9. doi:10.1590/1413-81232014196.08062013.
4. Shimizu HE, Pereira MF, Cardoso AJC, Bermudez XPCD. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2013;18(8):2275-84.
5. Jorge MS, Ventura CA. Os Conselhos Municipais de Saúde e a Gestão participativa. *Textos Contextos (Porto Alegre)* [Internet]. 27 jul. 2012 [citado 10 out. 2024];11(1):106-15. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/article/view/9693>
6. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7ª ed. São Paulo: Atlas; 2019.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2014. 407 p.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. 70ª ed. Lisboa: [editor desconhecido]; 1977.
9. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicol* [Internet]. 2013 dez. [citado 17 mai. 2024];21(2):513-8. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
10. Sousa YSO, Gondim SMG, Carias IA, Batista JS, Machado KCM. O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. *Pesq Praticas Psicossoc*. 2020;15(2):1-19. Recuperado em 17 de maio de 2024 de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200015
11. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS Universidade Federal de Santa Catarina; 2013. Recuperado em 13 de janeiro de 2021 de: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
12. Reinert M. Alceste, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval. *Bullet Methodol Sociolog*. 1990;26:24-54.
13. Marchand P, Ratinaud P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: Les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011). *Actes des 11ème Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles*. 2012;687-99. Recuperado de: <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20-%20L'analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf>
14. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Unger JP, da-Silva MR, De Paepe P, Vázquez ML. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy Plan*. 2015;30(6):705-17.

15. Shimizu HE, Pereira VO de M, de Carvalho ALB, Brêtas Jr N, Ramos MC. Regionalização em saúde no Brasil: uma análise da percepção dos gestores de Comissões Intergestores Regionais. *Physis* [Internet]. 2022;32(1) e320105. doi:10.1590/S0103-73312022320105.
16. Ministério da Saúde. Resolução Nº 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). 2012. Recuperado em 13 de janeiro de 2021 de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0004_19_07_2012.html
17. Moraes IA, Vilaça DSS, Cruz MS. Participação Social e Regionalização de Políticas Públicas no Brasil: O Caso da Saúde. *Investigação Qualitativa em Saúde Brasília*. 2016;2.