

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

ANA KARLA DE ALBUQUERQUE ESPINOLA MOURA

**ORGANIZAÇÃO DA REDE NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: UMA
ANÁLISE SOBRE O ACESSO PARA O PACIENTE COM DIABETES NA
V REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**

RECIFE
2014

ANA KARLA DE ALBUQUERQUE ESPINOLA MOURA

**ORGANIZAÇÃO DA REDE NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE
SOBRE O ACESSO PARA O PACIENTE COM DIABETES NA V REGIONAL DE
SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: **Prof.^aDr.^a Kátia Rejane de Medeiros**

RECIFE

2014

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

M929o Moura, Ana Karla de Albuquerque Espinola.

Organização da rede no serviço público de saúde: uma análise sobre o acesso para o paciente com diabetes na V Regional de Saúde de Pernambuco / Ana Karla de Albuquerque Espinola Moura.

— Recife: [s.n.], 2014.

89 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Continuidade da Assistência ao Paciente. 4. Regionalização. I. Medeiros, Kátia Rejane de. II. Título.

CDU 614.2

ANA KARLA DE ALBUQUERQUE ESPINOLA MOURA

**ORGANIZAÇÃO DA REDE NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE
SOBRE O ACESSO PARA O PACIENTE COM DIABETES NA V REGIONAL DE
SAÚDE DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Data da aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^aDr.^a Kátia Rejane Medeiros
CPqAM/Fiocruz

Prof.^aDr.^a Maria Rejane Ferreira da Silva
CPqAM/Fiocruz

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli
DMS/UFPE

Dedico este trabalho aos meus maiores
amores: Flávio, João, Carol e Felipe.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a quem agradeço o dom da vida, que na grandeza do seu amor infinito nos ensina o dom da caridade e da solidariedade como símbolo do amor verdadeiro pelos nossos irmãos;

Aos meus pais, exemplos de força e dedicação que impulsionaram na minha vida a busca eterna pelo conhecimento;

Ao meu esposo Flávio, cujo amor, companheirismo e paciência sempre me foi oferecido mais necessitei e tem me trazido alegria e inspiração todos os dias da minha vida;

Aos meus filhos João Victor, Carolina e Felipe, que proporcionaram ternura, alegria e suavidade nos dias mais árduos da minha jornada;

A todos os meus amigos, especialmente Cláudia e Vera, que sempre me incentivaram nos momentos árduos da minha vida;

A todas as amigas que fiz no mestrado profissional, especialmente Rafa, Vilma, Helena e Vanessa;

À minha magnífica orientadora Kátia Rejane, pelos valiosos conhecimentos, paciência e incentivo na construção desta dissertação, sobretudo agradeço pela capacidade que Deus lhe concedeu de proferir a palavra amiga e necessária nos momentos decisivos deste caminho;

À minha turma do Mestrado Profissional, pelos ricos momentos de discussão coletiva e alegrias que vivemos juntos;

À equipe da V Gerencia Regional de Saúde de Pernambuco, em especial à Dra. Ricarda Samara;

À Prefeitura da Cidade de Garanhuns, em especial ao Secretário de Saúde à época, Harley Davidsom, aos profissionais da Coordenação da Atenção Primária e a todos os profissionais de saúde que acreditam em um SUS mais integral;

Aos funcionários da Biblioteca do CPqAM, pela atenção dispensada e, especialmente a Márcia e Mégine pelo carinho e simpatia com que sempre me atenderam;

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica do CPqAM, especialmente a Semente, que dedica aos alunos o maior dom da vida, a “solidariedade”.

*Há muito tempo que a Paula
volta a escola receia
pois tinha dito na aula
que a mestra era velha e feia.*

*A um colega que escutava
disse mas e disse tudo
que da mestra não gostava
muito menos do estudo.*

*Quem no estudo não se esforça
não necessita estudar
é uma pessoa imperfeita
que devemos desprezar.*

*(Hilda Guilherme de Albuquerque, minha avó, recitou esta
poesia quando tinha 5 anos, em 1929, na escola em que
estudava)*

MOURA, Ana Karla Albuquerque Espínola. **Organização da rede no serviço público de saúde**: uma análise sobre o acesso para o paciente com diabetes na V Regional de Saúde de Pernambuco. 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

RESUMO

A mudança na lógica do serviço de saúde fragmentado é um processo contínuo para transformação no modelo assistencial, reorientando para uma prática de atenção à saúde em forma de rede. O sistema público de saúde deve prestar assistência ao usuário de forma integral, com ações articuladas. Esse aspecto foi o objeto deste estudo, que buscou analisar a organização dos serviços públicos de saúde sobre o acesso para o paciente com diabetes na V regional de saúde de Pernambuco, descrevendo o processo de organização contido nos documentos normativos, analisando a estrutura da rede, com identificação dos elementos convergentes e divergentes que interferem no acesso aos serviços públicos de saúde e elaboração de um fluxograma do acesso, de acordo com o relato dos entrevistados. Utilizou-se um método de abordagem qualitativa, com características de uma pesquisa explicativa, através da análise documental e entrevistas semiestruturadas; o processamento dos dados ocorreu mediante condensação de significados. Os resultados revelaram que existe, por parte do Estado e Município, a formalização de pactos (leis, decretos e portarias) para funcionamento da rede. Contudo, a prática efetiva é desfeita com base na contradição dos discursos dos entrevistados, de acordo com os seguintes aspectos: demanda e oferta nos atendimentos; dificuldade na continuidade da assistência, comprometendo o acesso aos diferentes níveis de complexidade; pouca participação municipal, que interfere no processo de pactuação e coalizão. Dessa forma, verificou-se que serviços de saúde em forma de rede disponibilizada para o paciente diabético, funcionam de forma desarticulada, dificultando o acesso e a continuidade do cuidado, comprometendo o atendimento integral na assistência à saúde.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Continuidade da assistência ao paciente. Regionalização.

Moura, Ana Karla Albuquerque Espinola. **Network organization in the public health service**: an analysis of access to the patient with diabetes in V Pernambuco Regional Health. 2014. Dissertation (Professional Master's in Public Health) - Research Center Aggeu Magalhães, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2014.

ABSTRACT

The change in the logic of fragmented health service is a continuous process for processing care model for reorienting health care practice in network order. The public health system should assist the user in full, with coordinated actions. This aspect has been the object of this study, which aimed to analyze the organization of public health services on access to the patient with diabetes in regional V health Pernambuco, describing the organizational process contained in normative documents, analyzing the network structure, identifying the convergent and divergent elements that interfere with access to public health services and the development of a flow chart of access, according to the interviewees. We used a qualitative approach method with characteristics of explanatory research through document analysis and semi-structured interviews; Data processing was by condensation of meaning. The results revealed that there is, for the State and County, the formalization of agreements (laws, decrees and orders) for network operation. However, the actual practice is undone based on the contradiction of the interviews, according to the following aspects: demand and supply in the care; difficulty in continuity of care, compromising access to different levels of complexity; little municipal participation, which interferes with the process of agreement and coalition. Thus, it was found that health services as networks available to the diabetic patient, work in a disjointed manner, making it difficult to access and continuity of care, compromising the comprehensive care in health care.

Keywords: Access to health services. Continuity of patient care. regionalization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Complexidade da rede de atenção à saúde por nível	24
Figura 2	Gestão da condição de saúde: linha de cuidados no sistema de rede	24
Gráfico 1	Evolução de internações por diabetes, no Brasil-2003-2012	26
Figura 3	Mapa da V Região de Saúde de Pernambuco	31
Quadro 1	Matriz entrevistado A/B	33
Quadro 2	Instrumentos operativos e organizacionais do planejamento em Gestão	35
Figura 4	Distribuição das regiões de saúde em Pernambuco, 2011.	37
Gráfico 2	Frequência às reuniões da CIR no ano de 2013	38
Figura 5	1ª fase da linha de cuidados	44
Figura 6	2ª fase da linha de cuidados	44
Quadro 3	Elementos convergentes facilitadores do acesso apontados nas entrevistas municipal/ regional	55
Quadro 4	Elementos divergentes no acesso apontados nas entrevistas municipal/ regional	55
Figura 7	Fluxograma do acesso ao serviço de rede para diabetes segundo O representante da V regional de saúde	56
Figura 8	Fluxograma do acesso ao serviço da rede para diabetes no município	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Causas de mortes evitáveis em Pernambuco, por faixa etária de 5 a 74 anos	27
Tabela 2	Causas de mortes evitáveis na V Regional de Saúde em Pernambuco, por faixa etária de 5 a 74 anos	28
Tabela 3	Temas e objetos de debates nas reuniões da CIR na V regional, em 2013	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CGR.....	Colegiado de Gestão de Regional
CIB.....	Comissão Intergestores Bipartite
CIR.....	Colegiado Inter gestor Regional
Coap.....	Contrato Organizativo de Ação Política da Saúde
DCNT.....	Doença Crônica não Transmissível
ESF.....	Equipe Saúde da Família
EUA.....	Estados Unidos da América
Geres.....	Gerência Regional de Saúde
HIPS.....	Hospital Infantil Palmira Sales
HPS.....	Hospital Perpétuo do Socorro
HRDM.....	Hospital Regional Dom Moura
MS.....	Ministério da Saúde
Noas.....	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
Opas.....	Organização Panamericana da Saúde
OSI.....	Organização de Saúde Integrada
PAS.....	Programação Anual de Saúde
PDI.....	Plano Diretor de Investimento
PDR.....	Plano Diretor de Regionalização
PES.....	Plano Estadual de Saúde
PNAD.....	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPA.....	Plano Plurianual
PPI.....	Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde
PSF.....	Programa Saúde da família
RAS.....	Rede de Atenção à Saúde
RIS.....	Rede Integrada de Saúde
SUS.....	Sistema Único de Saúde
UPAE.....	Unidade de Pronto Atendimento Especializado
Vigitel.....	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Pergunta condutora	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	15
2.1	Novos arranjos no sistema de saúde: o acesso aos serviços de saúde nos níveis de complexidade	15
2.2	Características das redes de atenção à saúde: regionalização como processo organizacional	18
2.3	Modelo da pirâmide de risco e linha de cuidados na diabetes	23
3	OBJETIVOS	29
3.1	Objetivo Geral	29
3.2	Objetivos Específicos	29
4	METODOLOGIA	30
4.1	Tipo de Pesquisa	30
4.2	Área do Estudo	30
4.3	Período do Estudo	31
4.4	Técnicas e procedimento de coleta de dados	31
4.4.1	Fontes de coleta	32
4.5	Técnicas de análise e processamento de dados	32
4.6	Considerações éticas	33
5	RESULTADOS	34
5.1	Planejamento e meta de consensualização na V Regional de Saúde, de acordo com os documentos normativos para caracterização da rede	34
5.2	Estruturação da rede para os pacientes com diabetes, segundo um representante da V Gerência Regional de Saúde	40
5.3	A organização da rede de acesso dos pacientes com diabetes segundo um representante do Município	49
6	DISCUSSÃO	58
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICE A. Termo de consentimento livre e esclarecido	72

APÊNDICE B. Carta de anuência- V Gerência Regional de Saúde de Pernambuco	73
APÊNDICE C. Carta de anuência- Secretaria Municipal de Saúde de Garanhuns	74
APÊNDICE D. Parecer do Comitê de Ética	75
APÊNDICE E. Roteiro de questionamento em comum para os entrevistados, na elaboração das entrevistas	76
APÊNDICE F. Roteiro de entrevista com um representante municipal de saúde	77
APÊNDICE G. Roteiro de entrevista com um representante da V Regional de Saúde	78
ANEXO A. Regimento interno das comissões intergestoras regionais	81

1 INTRODUÇÃO

A reordenação dos serviços públicos de saúde, no Brasil, surge a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Desde então se observou a emergência de diversos conflitos filosóficos e pragmáticos, refletindo-se num processo contínuo de busca de transformação de um modelo assistencial, cuja ênfase era o cuidado individual, para outro que propõe cuidados coletivos.

Nesse contexto de mudanças nos serviços da saúde pública no Brasil, a implementação de políticas públicas direcionadas para um novo modelo assistencial define as premissas nas propostas da construção do SUS, enfatizando o pressuposto doutrinário da universalidade do acesso e da integralidade da atenção, implementando uma série de normas operacionais e portarias ministeriais que oferecem o arcabouço necessário para a efetivação das políticas na estruturação da rede de atenção à saúde.

Dessa forma, a integração dos serviços de saúde e a organização de rede regionalizada reafirmam-se como aspecto central, pois permitem o diálogo e a defesa de um sistema de saúde que opere com atenção organizada hierarquicamente, e possa efetivamente garantir o acesso e a assistência em todos os níveis de complexidade articulados em forma de rede.

As redes se desenvolvem com o reconhecimento do trabalho em conjunto, em que é possível atingir os objetivos comuns no atendimento à sua necessidade, fator essencial na melhoria do sistema de saúde, com a incorporação da gestão de redes ao processo de regionalização de saúde, reafirmando os princípios de construção do SUS na melhoria do acesso ao sistema, no contexto atual (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

Numa análise da estrutura e implantação das redes de atenção à saúde esse acesso aos serviços de saúde funciona como porta de entrada do sistema à atenção primária, integrando e coordenando o atendimento da população, de acordo com as suas necessidades de saúde (MENDES, 2007).

Todo o emaranhado desta rede desenha uma construção na linha do cuidado, na produção da saúde de forma sistêmica, com processos dinâmicos, voltada para o fluxo da assistência e focada em seu campo de necessidade.

Desta maneira, a rede é organizada para o cuidado progressivo ao usuário, numa estrutura hierarquizada (vertical), que se faz através de uma completa integração, baseada numa comunicação fluida entre as diferentes unidades produtivas dessa rede. Isso significa colocar sob a mesma gestão todos os pontos de atenção à saúde e comunicá-los através de sistemas logísticos potentes (MENDES, 2011a).

Entretanto, apesar do sistema de saúde apresentar estrutura normativa que preconiza a organização dos serviços em forma de rede, o modelo de atenção ainda vigente nos serviços públicos está voltado para os cuidados de doenças agudas, pois ainda representa o modelo historicamente aceito e desenvolvido pelos profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, o rápido envelhecimento populacional exige que o sistema de saúde esteja preparado não somente para o atendimento das doenças agudas, mas, também das doenças crônicas, no sentido de dar resposta às mudanças exigidas por este novo perfil epidemiológico que compreende o aumento de morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs).

Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (2012), em 2008, 17 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares, e há uma estimativa de que, em 2030, esse número aumente para cerca de 55 milhões.

No grupo das doenças crônicas, a diabetes, no Brasil, apresentou tendência de aumento no período de 1996 a 2009, e esteve, em 2010, associada a outros 68,5 mil óbitos o que totaliza 123 mil pessoas mortas, direta ou indiretamente, pela diabetes propriamente dita; a doença preocupa pelo alto índice de óbitos: em torno de 50 mil por ano (BRASIL, 2013b).

No grupo das doenças crônicas a diabetes é de grande magnitude em alguns estados. Em Pernambuco, constitui uma das principais causas de mortalidade por causa específica, sendo notadamente relevante na V Regional de Saúde, e esta diretamente relacionada ao aumento do risco da mortalidade cardiovascular.

A rede de atenção à saúde para diabetes foi destacada como condição traçadora deste estudo, em virtude da necessidade de identificar os entraves no combate às condições crônicas, principalmente no controle desta patologia.

É fato que os serviços são fragmentados, com ações desarticuladas nos diferentes níveis de complexidade. Dessa forma para que ocorra a organização das redes de atenção à saúde, faz-se necessária uma definição político administrativa,

direcionada a investimentos estruturantes que garantam a implantação de uma regionalização sustentável, com uma nova configuração da oferta. Uma política que priorize as necessidades de saúde e redefina os fluxos assistenciais de modo a garantir o acesso aos serviços de saúde, garantindo um atendimento integral, desenvolvendo ações que contribuam para a redução dos fatores de riscos e o fortalecimento dos sistemas de saúde para o atendimento do paciente diabético.

Considerando-se os desafios de organização da rede de serviços de saúde para o paciente com diabetes e a relevância desta patologia no grupo das doenças crônicas no Estado de Pernambuco, neste trabalho investigam-se estas questões, tendo como *locus* de observação a V Regional de Saúde. Nesse contexto, indaga-se:

1.1 Pergunta condutora

Como a V Regional de Saúde de Pernambuco tem organizado a rede de atenção à saúde para o paciente com diabetes?

2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 Novos arranjos no sistema de saúde: o acesso aos serviços de saúde nos níveis de complexidade

As reformas do sistema de saúde têm influenciado cada vez mais os processos decisivos acerca de políticas governamentais de saúde. Buscam-se resultados concretos na assistência à saúde da população, que possam influenciar e subsidiar as decisões políticas sobre as reformas necessárias para melhorar a sua acessibilidade, qualidade, em termos atenção e cuidado, eficiência, efetividade e equidade, dentre outros.

Segundo Lobato e Giovanella (2008), o sistema de saúde é considerado como parte da dinâmica social e compreende um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população e que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde que prevalece na sociedade.

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias (MENDES, 2011a).

A composição de um sistema é formada por pessoas, grupos, instituições, corporações e empresas, com interesses, valores e objetivos comuns. Todos esses atores circulam em uma arena política na qual decidem as diretrizes do sistema, intermediados por regras, tendo como componentes principais a cobertura e os vários tipos de recursos (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Os recursos humanos e tecnológicos são melhor utilizados quando estão presentes na região, de forma a desbloquear fluxos e garantir resolutividade na atenção, disponibilizando recursos sociais e políticos que incentivem o compartilhamento de responsabilidades entre os governos, nos sistemas de saúde (LIMA et al., 2012).

No que concerne aos recursos econômicos e ao financiamento nos sistemas de saúde, resultam de articulações entre financiadores e prestadores de serviços e constituem um eixo estrutural de grande representatividade. Entretanto, a emergência da crise financeira do Estado motivou a difusão de estratégias de

restrição de gastos públicos e, conseqüentemente, da ação estatal, gerando uma partilha desigual de recursos financeiros entre as regiões de saúde, incoerente com os princípios doutrinados do SUS (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

O subfinanciamento, nas últimas décadas, é traduzido também em desinvestimento para diversos segmentos do processo assistencial em saúde no SUS, onde não é enfatizado o pressuposto da universalidade de acesso e a integralidade de atenção à saúde, o que resulta na perda de capacidade efetiva de resolutividade do sistema público (MENDES, 2009).

Assim, o SUS opera com um significativo subfinanciamento e necessita de mais recursos, que devem vir acrescentados de mudanças dos objetivos sanitários. Dessa forma, se reconhece que, para a resolução da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde não basta o aumento no volume dos recursos, mas também uma mudança na forma como é utilizado o recurso financeiro na saúde (MENDES, 2011a).

Como política pública, o SUS é um experimento social que está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, mas enfrenta enormes desafios a serem superados (MENDES, 2011b). No texto constitucional, o papel do Estado é revisado, quando no arcabouço de algumas dessas políticas é introduzido o princípio de proteção social aos cidadãos. Pelo ângulo da extensão do acesso, essas transformações refletem conquistas históricas absolutamente adequadas à trajetória das políticas sociais no Brasil (MEDEIROS, 2011).

A organização do sistema de saúde pressupõe a constituição de uma rede de serviços que tem como objetivo o atendimento integral de maneira continuada, buscando superar a fragmentação do sistema, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada área, favorecendo o acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (SOLLA et al., 2008).

Ainda de acordo com Solla et al. (2008), o acesso da população a esta rede deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Assim, o sistema de saúde pode ser dividido por níveis de complexidade. O nível primário corresponde à maior demanda de atendimento compreendendo como

estruturante a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF que integra a família em seu espaço social, com reconhecimento de potencialidades terapêuticas presentes na própria relação familiar e na comunidade; potencialidades estas que podem operar de acordo com as características peculiares de cada família, buscando, no cotidiano das relações, contribuir para a superação de conflitos danosos à saúde dos seus membros de forma dialógica e participativa (STERMAN; MENDONÇA, 2005).

Na atenção básica, a maior parte das ações e dos procedimentos a serem realizados é destinada à maioria dos usuários durante quase todo o tempo, atuando de forma mais extensiva. Na atenção especializada, a população-alvo a cada momento é circunscrita a uma parcela da população total, um subconjunto que apresenta, naquele instante, a necessidade de cuidados diferenciados e, muitas vezes, mais intensivos (CECILIO et al., 2012).

Dessa forma, a configuração de uma rede regionalizada e hierarquizada é essencial para a garantia da atenção especializada, tornando-a mais racional e garantindo que todos os usuários possam ter acesso aos procedimentos necessários, seja no município onde residem, ou fora dele, através de referências intermunicipais ou até mesmo interestaduais (VIANA, 2008).

A média complexidade tem sido historicamente definida por exclusão, representando as ações que transcendem àquelas da atenção primária e as que ainda não se configuram como alta complexidade. É composta por um conjunto de ações e serviços que visam atender os principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio-diagnóstico e terapêutico (SOLLA et al., 2008).

Assim, os serviços de média complexidade, em geral, caracterizam-se pela dificuldade de acesso e baixa resolutividade, superposição de oferta de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar e baixo grau de integração entre as ações dos diferentes níveis ou graus de complexidade da assistência (SANTOS et al., 2012).

Para Solla et al.(2008), a oferta de serviços de alta complexidade do SUS caracteriza-se pelo predomínio do setor privado contratado e dos hospitais universitários, sendo a lógica de organização também baseada na oferta e não na necessidade epidemiológica, com credenciamento de serviços pelo SUS realizado

sem parâmetros de base populacional, resultando em uma concentração relativa nas grandes cidades.

Ao mesmo tempo, esta oferta está desvinculada de linhas de cuidados, caracterizando-se pela fragmentação das ações de atenção à saúde, não havendo responsabilização pelos pacientes e sendo realizados, quase exclusivamente, procedimentos selecionados (MERHY; CECILIO, 2003).

2.2 Características das Redes de Atenção à Saúde: a regionalização como processo organizacional

O conceito de Redes de Atenção à Saúde surge na década de 80, embora seja no ano de 1990 que ganham ampla difusão na literatura internacional da administração. Assim, nos Estados Unidos (EUA), na Inglaterra e na Europa Ocidental, a ideia de rede como resultado final das políticas já vinha sendo desenvolvida (FLEURY; OUVREY, 2007).

Uma definição muito conhecida, na literatura internacional, é a derivada de um grupo pioneiro de sistemas organizados de prestação de serviços de saúde nos EUA. Nessa definição as redes são formadas por organizações que prestam uma continuidade dos serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população (MENDES, 2011a).

Para a OMS o conceito de serviços integrados de saúde é “a gestão e a oferta” de serviços de saúde, de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde (MENDES, 2011a).

A Organização Pan-Americana da Saúde (apud MENDES, 2011a), conceitua as redes integradas de serviços de saúde como:

[...] uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve.

As redes como suporte às políticas públicas têm sido crescentemente, adotadas, a partir da década de 90, para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de complexificação das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de

organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público (MENDES, 2011a).

Quando se considera o impacto que as mudanças estruturais, políticas, econômicas e ideológicas geram para novas situações de riscos e danos à saúde, o papel das redes torna-se fundamental para a assistência integral (FARIAS, 2009).

Para Fleury e Ouverney (2007), as redes se desenvolvem ao longo do tempo, por meio de frequentes interações, em uma ou mais arenas em torno de um problema concreto de política pública. Eles tornam mais fáceis as interações, a cooperação e a aprendizagem entre as partes, nos jogos da política e nas arenas, porque proporcionam os arranjos institucionais que dão suporte às suas atividades.

Com o objetivo de garantir o acesso à assistência à saúde, a rede surge com o propósito da integralidade das ações nos diferentes níveis de complexidade, assim a rede deve ser compreendida como um instrumento de cuidado continuado nos serviços de saúde (FLEURY; OUVERNEY, 2007).

Existem várias denominações para a forma como os serviços devem ser organizados e articulados em todos os níveis de complexidade, com garantia do acesso e do atendimento integral. Os termos mais utilizados são: Rede de Atenção à Saúde (Rass), Redes Integradas de Saúde (Riss) e Organizações de Saúde Integradas (OSI).

Navarrete et al. (2005), destacam que os termos Organizações de Saúde Integradas, e Redes Integradas de Saúde tratam do mesmo propósito. Assim, os atores as definem como o conjunto de organizações ofertadas, diretamente ou através da compra de serviços de saúde, que prestam cuidados coordenados através de uma continuidade de serviços para uma população definida.

Para Castells (2005), as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia.

As redes têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos, como: interação de agentes públicos e privados, centrais e locais, numa crescente demanda por benefícios e por participação cidadã (MENDES, 2011b).

Para Mendes (2012), redes são arranjos organizacionais voltados para a resolução de problemas que não podem ser sanados isoladamente, ou seja, a organização de um sistema não dispõe apenas de funções e atividades

assistenciais, pois é um conjunto de ações articuladas, ampliando os resultados dos sistemas de saúde.

Fleury e Ouverney (2007) corroboram o argumento de Mendes (2012), quando o autor refere que as redes se desenvolvem ao longo do tempo, por meio de frequentes interações, em uma ou mais arenas em torno de um problema concreto de política pública. As redes tornam mais fáceis as interações, a cooperação e a aprendizagem entre as partes nos jogos da política e nas arenas, porque proporcionam os arranjos institucionais que dão suporte às suas atividades.

As características de cada tipo de rede variam de acordo com a compatibilidade dos membros (o desafio, o objetivo da rede *versus* os objetivos dos membros) e o ambiente de mobilização de recursos, com disponibilidade de fundos e tipos de controle sobre este recurso. São características importantes a horizontalidade e a interdependência entre os seus participantes, além da pluralidade dos atores, com maior mobilização de recursos priorizados de forma democrática (FLEURY; OUVERNEY, 2007).

A estrutura da rede pressupõe a interdependência de diversos atores proporcionando o fortalecimento de todos os envolvidos neste processo. Dessa forma, pensar a rede implica: reconhecer o trabalho de um conjunto de pessoas que, orientadas por documentos, devem desenvolver ações coletivamente planejadas, com interesses em comum capazes de proporcionar maior eficácia à gestão pública (MENDES, 2010).

Assim, as redes são formadas por atores, recursos, percepções e regras, que devem estar alinhados aos arranjos organizacionais (coalizão). Há interação entre os membros, observando a natureza de cada rede e suas capacidades, imprescindíveis para garantir o comportamento mobilizador da liderança, a fim de alcançar metas comuns. A gestão de redes implica a gestão de interdependência, onde cada organização depende da outra, sem que isso implique relação de subordinação entre elas (FLEURY; OUVERNEY, 2007).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), explicita os atributos de uma RAS: população e território definidos, com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências, que determinam a oferta de serviços de saúde; extensa gama de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e

integram os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos.

Por seu significado e pelas relações existentes entre regiões e redes de atenção, considera-se que o avanço do processo de regionalização tende a interferir positivamente no acesso à saúde (LIMA et al., 2012).

Neste contexto, destaca-se, como finalidades da Rede, a ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde; o aprimoramento da qualidade da atenção a esses usuários; o acesso aos recursos para diagnóstico e tratamento adequados e em tempo oportuno; a integralidade do cuidado e a ênfase no autocuidado; e a ampliação das ações para enfrentamento aos fatores de risco associados a essas doenças (MENDES, 2009).

A organização de redes regionalizadas constituiu uma das premissas sobre o papel da regionalização que foram debatidas nas propostas de reforma do sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, cabe discorrer sobre as várias compreensões que envolvem o assunto.

A regionalização é um processo organizacional de descentralização da saúde que considera a especificidade local, promovendo uma gestão participativa e solidária entre os entes federados, visando a integralidade da assistência à saúde. Tem como objetivo garantir o acesso, a integralidade e a qualidade das ações e serviços de saúde que ultrapassem os limites municipais e locais (GUIMARÃES, 2012).

A retomada da proposta da regionalização e das redes ocorreu a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (BRASIL, 2002a) e, especialmente, no Pacto pela Saúde/2006 (BRASIL, 2006). Este se propõe a redefinir as estratégias de organização das redes, faz a crítica ao excesso normativo da Noas e reconfigura a regionalização como de base fundamentalmente voluntária e cooperativa, ainda que induzida por incentivos econômicos: um processo eminentemente político, orientado por algumas diretrizes gerais, mas essencialmente de base local (BRASIL, 2006).

O Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011a) que regulamentou a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) deu institucionalidade à pactuação intergestores regionais por meio de um instrumento jurídico, o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap), interligando as estratégias das regiões de saúde, organizando o sistema de saúde em forma de rede, garantindo melhoria no acesso aos serviços em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2011a).

A oferta de serviços de saúde foi assim regulamentada mediante um instrumento jurídico, o decreto 7508/2011 (BRASIL, 2011a), que oferece melhoria do acesso aos serviços de saúde e define, como critérios de acesso, em seu Capítulo III:

Artigo 1º: portas de entrada são serviços de atendimento inicial à saúde do usuário do SUS.

Artigo 8º: o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde que se inicia pela porta de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Artigo 9º: “como portas de entrada da rede o serviço de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial e especial de acesso aberto”.

Artigo 12º a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região (BRASIL, 2011a).

Entretanto, no contexto atual o Coap ainda se encontra obsoleto e poucas unidades federativas incorporaram esta forma de contratualização dos serviços de saúde.

Para Viana et al.(2008), a regionalização é um processo fundamental para o avanço do SUS, envolve negociações e acordos políticos entre as três esferas do governo, com desenvolvimento de estratégia, e instrumentos voltados para a integração de serviços, agentes, instituições e práticas em espaços geográficos distintos. Constitui um eixo estruturante para o fortalecimento e qualificação da gestão do SUS.

2.3 Modelo da pirâmide de risco e a linha de cuidados na diabetes

Para Mendes (2006), a mudança no perfil epidemiológico da população brasileira, com o aumento da expectativa de vida e o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, tem exigido, do sistema de saúde, a mudança tem surgido no sentido de agregar complexidades. Dados atuais demonstram uma grande evolução do SUS, no sentido de dar resposta às mudanças exigidas por este novo perfil, embora não se possa concluir que esta evolução seja em escala e distribuição suficientes para atender as necessidades da população (MENDES, 2006).

Para o autor, as condições crônicas são aquelas de curso mais ou menos longo ou permanente que exigem respostas e ações contínuas, proativas e

integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias, para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade (MENDES, 2011b).

As doenças crônicas não transmissíveis correspondem a um conjunto de enfermidades que lideram as estatísticas de morbimortalidade da população, em vários países no mundo contemporâneo, há algumas décadas, e estão associadas às mudanças na estrutura etária da população no processo da transição demográfica em função do grau de desenvolvimento alcançado (CESSE, 2006).

O cuidado preventivo e os esforços de promoção de saúde dependem da situação do indivíduo e do seu compromisso na busca da saúde, aspecto necessário e imprescindível para a identificação dos entraves na oferta de um serviço de saúde adequado, contínuo e integral nas doenças crônicas. Outro aspecto diz respeito ao gerenciamento da condição de saúde, com base numa atenção primária de qualidade.

O modelo da pirâmide de risco pode ser utilizado para qualquer condição crônica: entende-se que somente uma pequena quantidade de pessoas necessitam de atenção constante e cuidados mais complexos. A aplicação do modelo da pirâmide de riscos, segundo Mendes (2011b) deve seguir as seguintes premissas:

- 1) Manejo clínico diferenciado por estratos de riscos;
- 2) A introdução da gestão da clínica;
- 3) A distribuição relativa do autocuidado e do cuidado profissional;
- 4) A concentração ótima da atenção dos membros das equipes multiprofissionais no cuidado profissional;
- 5) A distribuição relativa da atenção entre profissionais generalistas e especialistas;
- 6) A racionalização da agenda dos profissionais da atenção primária à saúde e da atenção especializada.

Figura 1 - Complexidade da rede de atenção à saúde por nível.



Fonte: Mendes (2011).

A continuação dos cuidados está organizada através da articulação entre diversos setores da saúde, com acompanhamento longitudinal ou vertical dos pacientes, desde a porta de entrada do serviço até o atendimento de média e alta complexidade, e faz parte da rede de atenção à saúde seguindo uma linha de cuidados (BRITO et al., 2012).

Segundo Gondim (2011), a implementação da linha de cuidados colabora para entre os fluxos, evitando a fragmentação do cuidado e apoiando mudanças na percepção de necessidades em saúde, concretizada por meio de arranjos organizacionais, com visão abrangente do indivíduo, caracterizando o espaço coletivo e não hierarquizado de desenvolvimento de ações de saúde.

Figura 2 - Gestão da condição de saúde: linha de cuidados no sistema de rede



Fonte: Mendes (2011).

A diabetes é uma doença de incidência crescente. A maior parte desse crescimento ocorrerá em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão por faixa etária de ocorrência da doença. Mundialmente falando, os custos diretos para o atendimento à diabetes, dependendo da prevalência local e da complexidade do tratamento, variam de 2,5 a 15% dos gastos nacionais em saúde (SCHMIDT, 2006).

Alguns fatores como mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas, contribuem para o aumento da diabetes Melitus.

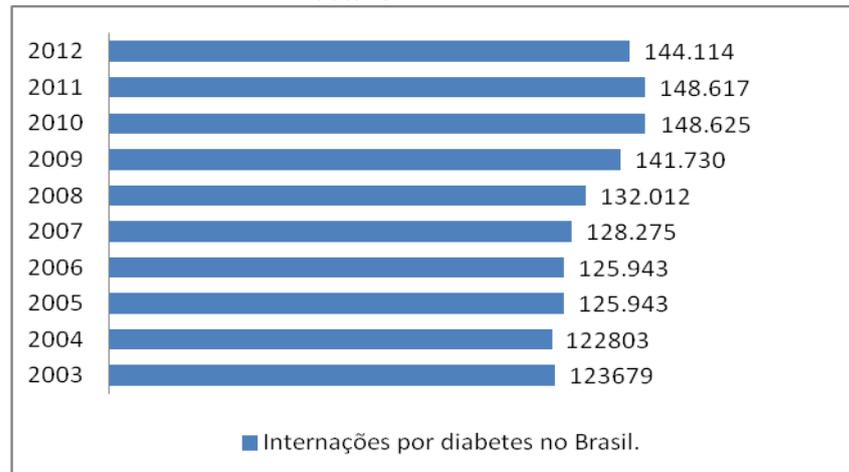
Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2013), pesquisa produzida pela empresa de pesquisas internacionais sobre saúde apontou os oito países com o maior número de diabéticos no mundo. A China lidera, com 98,4 milhões de diabéticos, e o Brasil aparece na quarta colocação do ranking, com 11,9 milhões de doentes (BRASIL, 2013 c).

No Brasil, a prevalência de pacientes com diabetes Mellitus é de 7.6% na população de faixa etária de 30 a 69 anos, segundo dados do Censo de 1989, em nove capitais brasileiras. Desta porcentagem, 53% tinham conhecimento prévio da doença e 41% faziam uso de hipoglicemiante oral como forma de tratamento. Além disso, a pesquisa aponta que uma em cada duas pessoas com diabetes não tem conhecimento da doença, padronizando uma doença silenciosa (BRASIL, 2013 b).

Segundo o MS (2013a), a diabetes mata quatro vezes mais do que a Aids e supera o número de vítimas do trânsito. Em 2010, 54 mil brasileiros morreram em decorrência do diabetes, enquanto 12 mil óbitos foram ocasionados pelo vírus HIV e 42 mil mortes foram registradas por acidentes de trânsito em todo o país. Esse número seria ainda maior caso se considere que o diabetes age como fator de risco para várias outras doenças, como câncer e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013 a).

No mesmo levantamento do MS, verificou-se uma estabilização das internações decorrentes do diabetes, o que pode ter ocorrido em decorrência do aumento na distribuição da medicação para os pacientes. Assim, de 2010 a 2012 foram registradas, em média, 72 mil hospitalizações no Brasil (Quadro 1) (BRASIL, 2013a).

Gráfico 1 - Evolução de internações por diabetes no Brasil-
2003/2012



Fonte: Brasil (2013).

Em Pernambuco, a mortalidade por doença cardiovascular encontra-se numa escala crescente, e a diabetes já representa a terceira causa de mortes no grupo causas evitáveis de 5 a 74 anos, no Estado. Contudo, é importante estar atento à correlação direta da diabetes com a mortalidade por doença cardiovascular, um fator que potencializa muito o risco de morte. A tabela 1 demonstra as principais causas de óbitos por causas evitáveis, no Estado de Pernambuco.

Tabela 1 -.Causas de mortes evitáveis em Pernambuco por faixa etária de 5 a 74 anos

Reduzíveis por ações de:	2012		2013	
	nº	%	nº	%
Promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis	13959	61,2%	13741	61,8%
Doenças isquêmicas do coração	3651	16,0%	3446	15,5%
Doenças cerebrovasculares	2280	10,0%	2211	9,9%
Diabetes mellitus	1704	7,5%	1645	7,4%
Promoção à saúde, prevenção e atenção adequada às causas externas (acidentes e violências)	6110	26,8%	5622	25,3%
Agressões	2964	13,0%	2650	11,9%
Acidentes de transporte	1733	7,6%	1507	6,8%
Eventos cuja intenção é indeterminada	383	1,7%	514	2,3%
Promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas	2653	11,6%	2787	12,5%
Infecções respiratórias incluindo pneumonia e influenza	817	3,6%	909	4,1%
Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana	544	2,4%	499	2,2%
Outras infecções	320	1,4%	427	1,9%
Demais Causas Evitáveis	97	0,4%	88	0,4%

Fonte: Pernambuco (2013).

A V Regional constatou, entre os pacientes atendidos, no Estado, um aumento na mortalidade por diabetes entre as causas evitáveis. Embora a mortalidade por doença cardiovascular seja referenciada como a primeira causa de mortalidade, tanto no Estado como na referida Regional, esta causa se apresenta diretamente relacionada com a diabetes. A tabela 2 demonstra os óbitos pelas principais causas evitáveis na V Regional de Saúde.

Tabela 2- Causas de mortes evitáveis na V Regional de Saúde de Pernambuco, por faixa etária de 5 a 74 anos.

Reduzíveis por ações de:	2012		2013	
	nº	%	nº	%
Promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis	757	61,0%	849	66,1%
Doenças isquêmicas do coração	218	17,6%	222	17,3%
Doenças cerebrovasculares	97	7,8%	131	10,2%
Diabetes mellitus	112	9,0%	117	9,1%
Promoção à saúde, prevenção e atenção adequada às causas externas (acidentes e violências)	389	31,3%	310	24,1%
Acidentes de transporte	165	13,3%	124	9,6%
Agressões	153	12,3%	117	9,1%
Lesões autoprovocadas intencionalmente	18	1,4%	29	2,3%
Promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas	88	7,1%	124	9,6%
Infecções respiratórias incluindo pneumonia e influenza	30	2,4%	41	3,2%
Outras infecções	19	1,5%	34	2,6%
Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana	6	0,5%	11	0,9%
Demais Causas Evitáveis	8	0,6%	2	0,2%

Fonte: Pernambuco (2013).

Nessa perspectiva, a diabetes, no grupo das doenças crônicas, constitui um grave problema de saúde pública, uma vez que a doença vem superando as estimativas, com aumento crescente em todo o território nacional. Os fatores de riscos comportamentais estão associados às alterações metabólicas e fisiológicas, correlacionadas à mortalidade por causas cardiovasculares. Dessa maneira, necessário se faz que os serviços de saúde prestem a estes pacientes uma assistência de cuidado contínuo e singular, com garantia de acesso aos serviços, em todos os níveis de complexidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o acesso do paciente com diabetes à rede de atenção à saúde na V Regional de Saúde de Pernambuco.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever com base nos documentos normativos, o processo de organização da rede para assistência à diabetes, na V Regional de saúde;
- b) Analisar a estruturação da rede proposta para o atendimento do diabético, segundo a ótica de um representante da V Regional de Saúde e do município de Garanhuns;
- c) Identificar as posições de convergência e divergência que influenciam o acesso do diabético nos diferentes níveis de atenção na V Regional de Saúde de Pernambuco;
- d) Elaborar um fluxograma de acesso do diabético na V Regional de Saúde e no município.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Estudo com método de abordagem qualitativa, que apresenta as características de uma pesquisa explicativa, em que se busca esclarecer os fatores causadores dos fenômenos e como eles estão associados entre si (TOBAR; YALOUR, 2001).

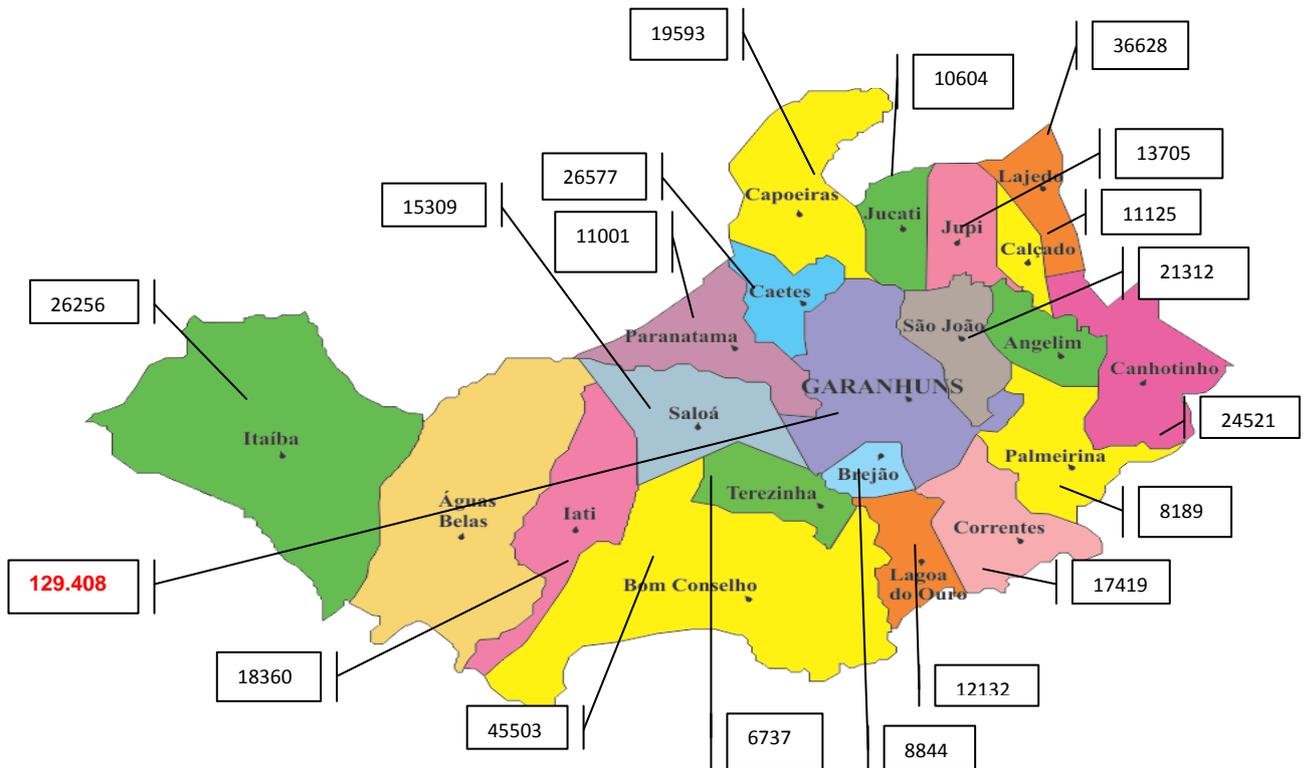
Na perspectiva de compreender a rede de atenção à saúde para o paciente com diabetes na V Regional de Saúde de Pernambuco, tomou-se como objeto de estudo a rede de atenção à saúde. Buscou-se descrever, na análise, a estrutura e organização da rede, identificando os elementos que influenciaram (dificultaram ou facilitaram) o acesso desses usuários aos serviços de saúde, na perspectiva dos sujeitos entrevistados ancorados no arcabouço normativo em vigor no Estado de Pernambuco.

4.2 Área do estudo

O estudo foi realizado na V Gerência Regional de Saúde (Geres)¹ de Pernambuco, localizada na cidade de Garanhuns, sede e polo da Regional. A região apresenta uma população estimada, em 2010, em 513.660 habitantes, e é composta por 21 municípios. O mapa da V Regional de PE constitui a figura 3.

¹ A missão das Geres é apoiar os 21 municípios, localizados no Agreste Meridional do Estado.

Figura 3 - Mapa da V Região de Saúde de Pernambuco



Fonte: Pernambuco (2013).

4.3 Período do estudo

O período do estudo, para análise e coleta de dados, compreendeu o ano de 2013 e 2014.

4.4 Técnicas e procedimentos de coleta de dados

A técnica da coleta dos dados foi realizada mediante entrevistas individuais e análise documental. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas a partir de um roteiro temático preestabelecido.

A aplicação das entrevistas teve por objetivo coletar informações para evidenciar aspectos relacionados à estrutura e aos elementos que repercutem no acesso dos pacientes diabéticos à V Regional.

A análise dos documentos buscou coletar subsídios para caracterizar a estrutura da rede de atenção à saúde para o paciente diabético.

4.4.1 Fontes de coleta

Foram realizadas entrevistas em profundidade com dois atores-chaves em relação aos objetivos propostos: **um representante da V Gerência Regional de Saúde de Pernambuco e um representante municipal de saúde de Garanhuns²**. Teve-se como perspectiva verificar a compreensão destes sobre a estrutura e os elementos que influenciam o acesso do diabético nos diferentes níveis atenção, na V Regional de Saúde.

Adicionalmente para a saturação de informação, foi feita uma análise de documentos normativos da Secretaria de Saúde de Pernambuco em 2013, quais sejam: documentos institucionais, Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI); Programação Pactuada e Integrada (PPI) e atas das reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR); Programação Anual de Saúde (PAS) e o Plano Estadual de Saúde (PES), todos de domínio público. A análise destes documentos permite caracterizar a estrutura da rede e sua lógica de organização.

A busca documental ocorreu em órgãos públicos e com pessoas que tinham sob sua responsabilidade os arquivos destes documentos. Buscou-se, por meio deles, explicitar a rede nos diferentes níveis de complexidade, através da referência no marco concreto de cada plano.

4.5 Técnicas de análise e processamento de dados

O processamento dos dados primário se deu mediante o exame das entrevistas gravadas e transcritas, recorrendo-se à análise por condensação de significados de Kvale (2009). Essa opção se justificou por se tratar de uma proposta metodológica que possibilita, através da análise das entrevistas, simplificar os significados expressos pelos entrevistados em formulações mais curtas (KVALE; BRINKMANN, 2009).

A análise envolve cinco etapas:

² Como critério para seleção do sujeito, optou-se pelo representante municipal, pelo fato da estrutura da rede ser mais complexa, no grupo dos municípios que compreendem a V Regional e por ser o município-polo dessa região.

- 1) Ler toda a entrevista, para que se possa ter uma noção de todo o conteúdo;
- 2) Descrever as unidades naturais do texto, como são expressas pelos sujeitos, sendo determinadas as unidades pelo pesquisador;
- 3) O tema é descrito conforme as unidades naturais definidas;
- 4) Interrogar as unidades de significados em termos do propósito específico do estudo;
- 5) Os temas essenciais não redundantes de toda a entrevista são condensados em uma declaração descritiva.

Para Kvale (2009), a condensação de significados pode servir para analisar textos de entrevistas extensas, muitas vezes complexos, procurando por unidade de significado natural e explicando os seus principais temas. Estes temas podem, posteriormente, ser submetidos a interpretações mais amplas e análises teóricas, possibilitando dessa forma realizar as análises necessárias, neste dos serviços de saúde. Assim, foi utilizada a seguinte matriz:

Quadro 1 - Matriz entrevistado A/B.

Pergunta condutora do projeto: Pergunta que se pretende responder com o entrevistado:	
Unidades naturais	Tema central

Fonte Kvale (2009).

Por último, recorreu-se à triangulação dos resultados, ou seja, à pesquisa documental com a posição referida pelos entrevistados. Assim, buscou-se confrontar os pontos de aproximação ou distanciamento da prática efetiva entre os atores e a arena dos serviços de saúde.

4.6 Considerações éticas

Obedecendo aos preceitos éticos definidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa - com registro no Caae: 21750113.0.0000.5190.

Antes da realização das entrevistas com um representante municipal e regional, para obtenção dos dados primários, estes assinaram carta de anuência e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS

5.1 Planejamento e meta de consensualização na V Regional de Saúde, de acordo com os documentos normativos para caracterização da rede

Os documentos pesquisados estabelecem e caracterizam as redes de atenção à saúde, em suas dimensões organizativas e instrumentos operacionais.

Nos serviços de saúde, esses instrumentos fazem parte do planejamento e são intrínsecos ao processo de regionalização isso possibilita descrever a conformação da rede de cuidados.

Verificou-se que o Estado de Pernambuco vem desenvolvendo iniciativas buscando organizar seus serviços em forma de rede e apontando a vantagem operacional do trabalho coletivo por meio de instrumentos de gestão que auxiliam na estruturação dos serviços seja no Estado, seja nos municípios.

No quadro são apresentados os principais instrumentos operativos e organizativos para o planejamento da gestão.

Quadro 2- Instrumentos operativos e organizacionais do planejamento em gestão

INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO	CARACTERÍSTICAS	ARTICULAÇÃO	ANO DE ELABORAÇÃO
Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI)	A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. A PPI deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.	PDR/PDI	2006
Plano Diretor de Regionalização (PDR)	O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.	PDI	2011
Plano Diretor de Investimento (PDI)	O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional, e na macrorregião, no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.	PPI/PDR	2011
Comissão Intergestora Regional (CIR)	A CIR é um órgão de instância colegiada, não paritário, de natureza permanente, cujas decisões são tomadas por consenso, em conformidade com as disposições estabelecidas pelo Pacto pela Saúde, constituindo-se em um espaço de planejamento, pactuação e cogestão solidária entre os gestores municipais.	SMS/SES/CIB	2008
Programação Anual de Saúde (PAS)	A PAS é um instrumento destinado a servir de referência para a construção do Relatório Anual de Gestão, delimitando o seu objeto. Deste modo, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão representam recortes anuais do Plano de Saúde, o primeiro com caráter propositivo e o segundo analítico/indicativo.	PNS/PPA	2013
Plano Plurianual (PPA/PES)	O PPA estabelece, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes, e para as relativas aos programas de duração continuada.	AES/PNS/PDR	2012/2015

Fonte: Brasil (2006).

Dentre os documentos elaborados pelo Estado, com o propósito organizativo, analisou-se o Plano Estadual de Saúde (PES 2012-2015).

Trata-se de um documento que apresenta diagnóstico, estratégias e metas. *A priori* o PES deve considerar o que foi estabelecido no PDR, já que este é parte integrante do próprio Plano de Saúde e deve ser revisto anualmente através das agendas de saúde e da PPI (PERNAMBUCO, 2012).

Para um período de quatro anos; deve estar adequado aos anseios e perspectivas da saúde da sociedade, por ordem de prioridade. O quadro atual da diabetes no Estado de Pernambuco está descrito no (PES, 2012-2015). O PES é um instrumento de gestão que consolida o processo de planejamento. Nele apresenta-se o perfil epidemiológico das doenças crônicas e da diabetes, comparando-o com a Região Nordeste e o Brasil. Verifica-se que os óbitos cuja causa específica de morte foi a diabetes, apresentam um índice menor que o da Região Nordeste e mesmo do Brasil (PERNAMBUCO, 2012).

Contudo, o índice de morbimortalidade está em fase crescente no Estado, sobretudo na V Regional, e conseqüentemente há um aumento da mortalidade relacionada às comorbidades.

Em Pernambuco, oito linhas de cuidados foram elencadas como prioritárias e estão descritas no Plano Diretor de Regionalização, 2011. Essas linhas tornaram-se prioridade com base no relatório para a agenda de saúde, em conformidade com o perfil epidemiológico e o diagnóstico situacional das regiões de saúde. As linhas prioritárias foram:

- 1) Cardiologia;
- 2) Oncologia;
- 3) Urgência/Emergência – com ênfase em trauma;
- 4) Materno e Infantil;
- 5) Saúde Mental;
- 6) Nefrologia;
- 7) Saúde Bucal;
- 8) Oftalmologia.

Posteriormente, foram inseridas as linhas de cuidados de neurologia/neurocirurgia e a vigilância à saúde A diabetes não foi incluída como linha prioritária do PES (PERNAMBUCO, 2011).

Outro documento que faz parte do planejamento de ações de saúde no Estado é a PAS, organizada de acordo com as metas estabelecidas no plano de saúde. A PAS objetiva desenvolver ações para organizar os serviços de média e alta complexidade nas 12 Regiões de Saúde do Estado (PERNAMBUCO, 2013).

Para efetivar o processo de regionalização e identificar a realidade local, o Estado de Pernambuco buscou organizar-se através das regiões de saúde. Estas

são dispostas como Gerências Regionais de Saúde (Geres) e constituem unidades técnico-administrativas da Secretaria Estadual de Saúde (PERNAMBUCO, 2012).

Na figura 4 está representado o mapa das regionais do Estado de Pernambuco.

Figura 4 - Distribuição das Regiões de Saúde em Pernambuco, 2011.



Fonte: Pernambuco (2011).

Em Pernambuco, foram instituídos 11 Colegiados de Gestão de Regional (CGRs) (BRASIL, 2008), através da resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), n.º 1284, de 1º de setembro de 2008 (PERNAMBUCO, 2012).

Na V Regional de Saúde, o Colegiado Intergestores Regionais (CIR) foi instituído através da Resolução CGR V Geres n.º. 1284/ 2008, como uma instância colegiada e de articulação, negociação e pactuação entre os gestores estadual e municipal, para regular a operacionalização da descentralização do SUS, dentro do seu território. Seu principal objetivo é discutir as necessidades do município, estabelecendo as prioridades para a saúde, de acordo com as respectivas demandas (PERNAMBUCO, 2012).

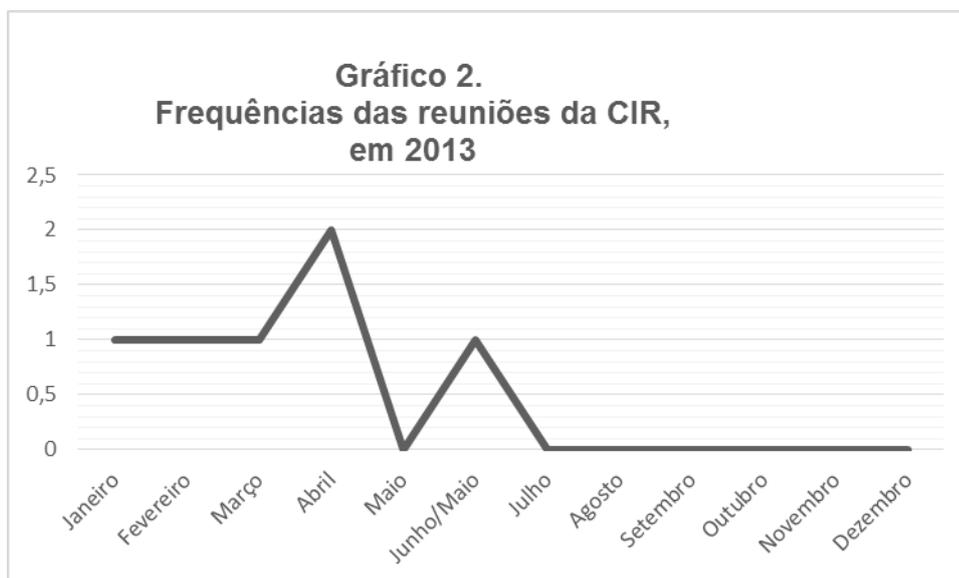
Os colegiados são imprescindíveis para a qualificação do processo de regionalização. Suas decisões se dão por consenso e são apoiadas por Câmaras Técnicas, pressupondo o envolvimento e o comprometimento dos gestores com os compromissos pactuados, constituindo um espaço ao mesmo tempo técnico e político.

Em virtude da importância da CIR, que pode definir os rumos de garantia de um sistema integral, melhorando o acesso aos serviços de saúde com uma

assistência mais resolutiva, foram analisadas as atas das reuniões realizadas no ano de 2013. A análise dessas atas, sob o ponto de vista participativo, revelou à seguinte situação:

Em 2013, foram realizadas 6 reuniões, quando deveriam acontecer 12, conforme descrito no preâmbulo, de acordo com o Art. 6º: “O Plenário da CIR V Região reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês e, extraordinariamente, quando convocado pelo Presidente (Gerente da V Geres) e/ou Vice-Presidente Regional do Cosems.” Assim, o não cumprimento do calendário das reuniões comprometeu as discussões das políticas de saúde na V Regional de Saúde, diminuindo a oportunidade de diálogo dos gestores municipais. Isso reflete também a baixa credibilidade desse fórum para efetivação das solicitações deliberadas nas reuniões. Destaca-se também que, no segundo semestre de 2013, não ocorreu nenhuma reunião na CIR. O gráfico 2 demonstra a frequência de reuniões ocorridas no ano de 2013.

Gráfico 2 - Frequência às reuniões da CIR no ano de 2013



Fonte: Comissão Intergestores Regional (2013).

Numa análise das atas das reuniões do ponto de vista da representação, verifica-se que 47,6% delas tiveram a participação dos gestores e 35% de substitutos, outorgados pelos respectivos gestores. Os municípios que não estiveram presentes correspondem a 17,4%. Os municípios, que mais participaram

foram: Águas Belas, Angelim, Calçado, Garanhuns, Lajedo, Paranatama, São João, e Terezinha.

Dentre os que menos participaram estão Jucati e Itaíba. Contudo, apesar da participação do gestor municipal ter ocorrido em um maior percentual, os assuntos pactuados e deliberados foram meramente informativos, conforme se observa na tabela 3.

Tabela 3 - Temas e objeto de debate nas reuniões da CIR na V Regional, em 2013

Assuntos/Objeto de Debate	Frequência	%
Apresentação de documentos e portarias.	5	83,3
Homologações e pactuações.	5	83,3
Elaboração de políticas sobre estrutura e organização da rede como estratégia para implementar a regionalização enquanto estratégia de qualificação da descentralização do SUS.	5	83,3
Elaboração de políticas no processo de descentralização e regionalização para o fortalecimento da rede.	0	0
Elaboração de políticas para o fortalecimento da rede para doenças crônicas, com foco na diabetes.	0	0

Fonte: Comissão Intergestores Regional (2013).

Apesar de Pernambuco apresentar uma dinâmica nos processos que conduzem às redes de atenção à saúde, com documentos instituídos que corroboram a prerrogativa de uma regionalização dinâmica e ativa articulando municípios e ações em forma de rede, as diretrizes desta conformação de rede, de forma ideal e formal, não condizem com a realidade verificada na análise documental.

A implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas deverá ocorrer por meio da organização e operacionalização de linhas de

cuidado específicas, articulando os pontos de atenção à saúde, envolvendo a atenção básica, a atenção especializada, os serviços de apoio diagnóstico e os sistemas logísticos.

5.2 Estruturação da rede para os pacientes com diabetes, segundo um representante da V Gerência Regional de Saúde

Alguns elementos necessários que devem compor as redes de atenção a saúde no tocante à estrutura e organização são:

- a) População, determinando a região adscrita à rede de atenção à saúde;
- b) Modelo lógico, que corresponde ao modelo de atenção à saúde desenvolvido para aquela população assistida.

Assim, para analisar a estruturação da rede proposta para o atendimento do diabético, segundo o representante da V Regional de Saúde de Pernambuco, recorreu-se a entrevista e buscou-se inquirir sobre estes elementos, verificando a compreensão do entrevistado sobre o processo de organização da rede e o acesso dos pacientes com diabetes perpassando por todos os níveis de complexidade.

Ao expressar suas impressões quanto à organização e acesso aos serviços de saúde para o paciente com diabetes, o representante da V Regional de Saúde atribui maior responsabilidade aos representantes municipais. Aos municípios cabe a porta de entrada do sistema, ocorrendo inicialmente na Equipe de Saúde da Família (ESF), com seguimento garantido na linha do cuidado para o serviço especializado.

A linha de cuidado é de responsabilidade dos gestores municipais, a porta de entrada é feita pelo PSF, onde existe toda avaliação... (Entrevista, Representante Regional).

Na ESF ocorre a identificação, o diagnóstico, o tratamento e o cadastro no hiperdia, daí o paciente segue para o acompanhamento com o especialista, conforme preconizado pelo MS; normalmente, os pacientes são encaminhados à Unidade de Pronto Atendimento Especializado (UPAE).

Há toda uma preconização pelo hiperdia que é o programa de hipertensão e diabetes do governo federal que pelo menos o diabético ele tenha uma avaliação anual com o endócrino (Entrevista, Representante Regional).

Essa linha de cuidado estando bem mais estabelecida agora com a inauguração da UPAE, onde a gente faz a avaliação pelo endocrinologista que tá aí para ficar com aqueles pacientes que são refratários aos tratamentos convencionais (Entrevista, Representante Regional).

De acordo com o MS, o HiperDia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, a que garante a identificação única do usuário do SUS (BRASIL, 2002c).

A continuidade do atendimento é complementada com o acesso às medicações municipais contidas na cesta básica e farmácia popular. Note-se que a distribuição de insulina é feita pela regional, desde que os municípios solicitem.

Eles (pacientes) têm acesso às medicações municipais da cesta básica e também tem a da farmácia popular... Então você amplia o acesso à medicação, com a distribuição de insulina que é feita aqui pela regional desde que os municípios precisem (Entrevista, Representante Regional).

A V Regional de Saúde tem responsabilidade de apoiar 21 municípios que a compõem, garantindo referência para os serviços especializados conveniados com a UPAE, em Garanhuns.

Então hoje a gente conta com a linha de cuidado, já garantindo também a referência, pois os nossos 21 municípios, que compõem a regional, estão conveniados com a UPAE (Entrevista Representante Regional).

Caso seja necessário um atendimento secundário ou terciário, este é realizado pelo Hospital Regional Dom Moura ou por hospital conveniado, como o Perpétuo Socorro, localizados no município de Garanhuns, que complementam o sistema de saúde com a rede privada. Estes serviços são ofertados na referência para as complicações da diabetes e estão capacitados a realizar o tratamento dentro do território. No relato da gestão regional:

... E aí se por ventura houver uma necessidade de um atendimento secundário a terciário aí a gente já vai para trazer pra o Hospital Regional Dom Moura ou então para os conveniados como o Perpétuo Socorro (Entrevista, Representante Regional).

Nos serviços de média e alta complexidade, segundo o representante, a Regional tem investido em nefrologia, como diálises e hemodiálises, avançando em cardiologia e neuropatias diabéticas, que fechariam o ciclo das complicações para o paciente com diabetes. Dessa forma, a linha de cuidado inicia-se na atenção

primária, segue para um atendimento de média complexidade na UPAE e, quando necessário, para o serviço de alta complexidade na Regional, que já dispõe deste atendimento.

Hoje a gente já tá plenamente capacitado a realizar o tratamento dentro do nosso território, isso a gente vem investindo cada vez mais (Entrevista, Representante Regional).

A gente já tem toda parte do nefro, a parte das diálises das hemodiálises aqui na região a gente tá avançando com a parte da cardiologia... Você fecharia o ciclo do paciente, das complicações do diabetes, seria a parte das neuropatias diabéticas, já uma negociação nesse sentido (Entrevista, Representante Regional).

Mas, no caso das vasculopatias diabéticas, muito frequentes nos pacientes diabéticos, os usuários são referenciados para outra Regional, como Caruaru ou Recife. Conforme descrito na entrevista.

As vasculopatias diabéticas elas são muito frequentes, a gente tá tentando ter essa linha de cuidado, hoje nesse caso específico à gente ainda tá mandando pra fora do território (Entrevista, Representante Regional).

Na segunda macro o Mestre Vitalino também vem com uma complexidade, vem com toda uma linha de cuidado de uma complexidade maior em Caruaru e Recife (Entrevista, Representante Regional).

O acesso às consultas e exames especializados da diabetes ocorre em toda regional de saúde. Esses serviços são regulados em Garanhuns e todos os municípios já estão conveniados com o Estado, articulados com a central regional de regulação. Entretanto, ainda permanecem sendo regulados pela V Regional serviços como tomografia, ressonância, entre outros. Contudo a demanda para estes serviços ocorre mediante critério médico.

...todos os municípios já trabalham com a central regional de regulação e entra no sistema, marca a consulta e o paciente vão [sic] ser atendidos" [sic] (Entrevista, Representante Regional).

A parte de tomografia já tá aqui, a ressonância foi assinada há uns quinze dias atrás a contratualização. Então ressonância e tomografia têm dentro do território desde que precise, (Entrevista, Representante Regional).

O médico que tá acompanhando ele (o paciente) no PSF tem segurança do que tá fazendo, ótimo tá certo, ele vai continuar sendo acompanhado, agora lógico que... Vai do bom senso dos nossos colegas de pelo menos pedir uma avaliação do oftalmo ou outras especialidades, pelo menos uma avaliação anual se não tiver outra indicação que favoreça (Entrevista, Representante Regional).

Segundo o representante da V Regional, para a divisão de vagas com as especialidades, entre os municípios, utiliza-se o critério preconizado de que a

distribuição de vagas deve ser de acordo com a cobertura do programa de saúde da família nos municípios. É o que determina a Portaria nº 1101/2002, em seu preâmbulo, referente ao número de consultas (BRASIL, 2002b).

Existe um “espaço” na divisão de consultas por cobertura através do Programa Saúde da Família, uma vez que não ocorre uma cobertura deste em 100% nos municípios. Entretanto, esta divisão do número de consultas por município é pactuada posteriormente com os gestores, nas reuniões da CIR:

Hoje a gente faz o cálculo pela portaria. O que é que a gente faz? Pega a portaria 1101 onde você lá faz o cálculo da necessidade, quantas consultas pela população você precisa ter de endócrino por município, (Entrevista, Representante Regional).

O critério que foi usado pra UP AE a gente pegou um indicador não a população toda, mas a população coberta pelo PSF já que o ordenador de demanda era o PSF, a população coberta pelo PSF é a população geral e a gente fez o cálculo em cima disso pra você poder fazer a distribuição das consultas (Entrevista, Representante Regional).

É realizado um perfil epidemiológico com prioridade locorregional, demandando o quantitativo e quais especialidades necessárias; assim, espera-se que, em seu relato, o representante menciona pelo menos uma consulta anual com o especialista, na média complexidade, para fins de avaliação do paciente diabético, conforme o preconizado pelo MS.

Como é que a UP AE chega, sempre se pergunta como é que se chegaram nesses profissionais que tem hoje? Se estudando a região (Entrevista, Representante Regional).

A UP AE daqui ela tem um determinado tipo de profissional que a UP AE de Petrolina não tem, que a de Serra já é diferente (Entrevista, Representante Regional).

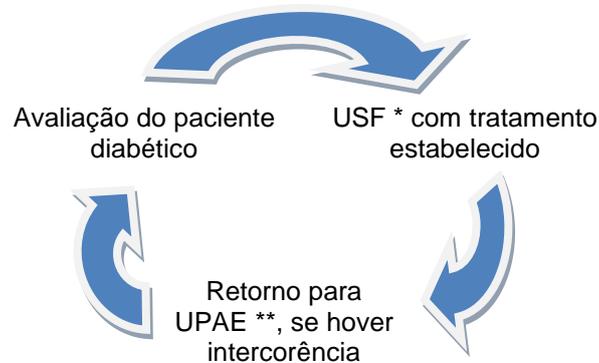
O fluxo de atendimento quanto à linha de cuidados na UP AE está dividido em duas fases. Na primeira (figura 5), ocorre o mecanismo de coordenação da gestão clínica, é demandada a primeira consulta (diagnóstico inicial) através do município, na forma de encaminhamento, em que o paciente diabético é avaliado na UP AE, retornando ao município com um tratamento estabelecido e contrarreferenciando ao ESF. O paciente deverá retornar à UP AE em caso de intercorrências.

O paciente ele precisa fazer uma avaliação, volta pro PSF, não precisa vir todo mês pra UP AE... Volta já com uma intercorrência e quantas vezes for necessário. Não é aquele acompanhamento, “eu tenho que ir todo mês ao cardiologista”, não é isso (Entrevista, Representante Regional).

Lembrando que a UP A E ele (o paciente) não é acompanhado, ele é avaliado, é estabelecido um tratamento e ele volta com a contra referência para o PSF (Entrevista, Representante Regional).

A UPAE é um serviço novo, é tudo novo, então você teve como colocar um marco que ele vai atender desse jeito... A gente vai ter que modificar não só os pacientes como também os nossos profissionais para eles entenderem que ele precisa avaliar e devolver (Entrevista, Representante Regional).

Figura 5 - 1ª fase da linha de cuidados



Nota: * Unidade de Saúde da Família

Nota:** Unidade de Pronto atendimento especializado

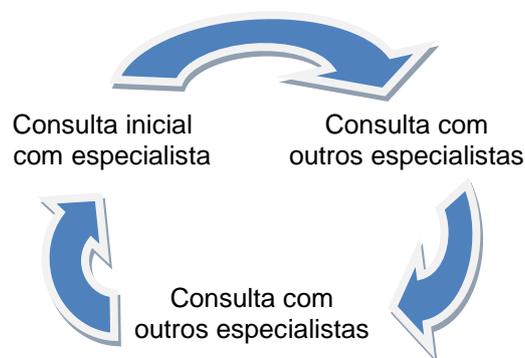
Fonte: Elaborado pela autora.

Na segunda fase (figura 6) ocorre um mecanismo de coordenação da assistência, em forma de “interconsultas”, circulando dentro do próprio serviço, de acordo com a necessidade do paciente, realizando o encaminhamento dentro da própria unidade.

Vai pro endócrino e percebe que o paciente tem um déficit visual, ele pode ser encaminhado pelo próprio endócrino da UPAE para o oftalmo da UPAE que a gente chama de interconsulta, que o paciente volta lá dentro (Entrevista, Representante Regional).

A maioria dos exames hoje complementares tem na própria UPAE, inclusive as avaliações cardiológicas, nas pacientes que precisaram fazer que tivesse outro problema, circula dentro do próprio serviço (Entrevista, Representante Regional).

Figura 6 - 2ª fase da linha de cuidados



Fonte: Elaborado pela autora

Ainda de acordo com o entrevistado ocorre em todo serviço de rede para o paciente com diabetes na V Gerência Regional de Saúde ocorre a referência e

contrarreferência, contemplando uma linha de cuidados efetivos de forma longitudinal, com responsabilidade compartilhada.

A gente tá fazendo um desenho da referência, como também da contrarreferência, o paciente quando voltava pra o seu município ele não tinha assim isso bastante estabelecido (Entrevista, Representante Regional).

A atenção primária, PSF deve ser completamente ordenadora do sistema, por ela entra, por ela encaminha e pra ela se volta, por isso a importância dela (Entrevista, Representante Regional).

O representante refere que existe disponibilidade de vagas para o atendimento do paciente com diabetes, sem demanda reprimida para o endocrinologista, com grade de especialistas contemplando a demanda, com sobra de consultas. Para ele, há disponibilidade de profissionais e de atendimento suficientes, porém algumas barreiras contribuem para a dificuldade do acesso, pois, os pacientes diabéticos não conseguem visualizar a necessidade do acompanhamento com o endocrinologista e, por conseguinte, não procuram o serviço especializado.

Nos primeiros meses de UP AE, não tinha paciente pra endócrino, eu fiquei assim eu fiquei meio atordoada porque eu fazia “meu Deus o tanto de diabético que a gente tem” (Entrevista, Representante Regional).

Então quando a gente começou a massificar a informação que tinha que precisava que precisava que precisava hoje a gente consegue ter um atendimento maior, mas hoje endócrino ainda não é uma especialidade que eu tenha 100% de utilização (Entrevista, Representante Regional).

Hoje você tem uma disponibilidade tá certo, mas que a gente vai ter que desenvolver nos nossos gestores, nos nossos municípios o entendimento de que o paciente diabético também precisa ser acompanhado (Entrevista, Representante Regional).

Mensalmente, as gerências regionais se reúnem para discutir os indicadores principais e secundários e suas variações, e, nessa oportunidade, compartilham e discutem estratégias com vista a melhorar os indicadores, desenvolvendo ações que efetivamente deem certo em uma ou outra regional. Contudo, o representante compreende que, na atualidade, ocorre uma mudança no perfil de morbidade e mortalidade com um aumento das doenças crônicas e considera isso um problema que exige trabalho com mais intensidade, e não pontualmente, como ocorre atualmente.

É compartilhado mensalmente, cada um apresenta a sua gerência, os seus indicadores, tem os indicadores principais e tem os indicadores secundários e entre os principais está o acompanhamento dos pacientes hipertensos e

diabéticos, sua incidência e o acompanhamento dos pacientes (Entrevista, Representante Regional).

A gente na verdade hoje a gente tá vivendo um momento do conhecimento dessas doenças tá certo. Por que virou a mortalidade por doenças, saiu da violência pras doenças crônicas? Foi quando começou a ter mais conhecimento, provavelmente o que a gente tá fazendo daqui a alguns anos talvez as pessoas que vão vir depois da gente já vão ter outro olhar (Entrevista, Representante Regional).

O planejamento de ações é articulado junto aos municípios e é pactuada na CIR, no grupo das doenças crônicas a Regional tem buscado atingir o percentual de cobertura de nível nacional, esclarecendo à população a necessidade da busca dos cuidados para as doenças crônicas.

No dia que diabetes for tratado como dengue aquela coisa de você massificar a informação, de você colocar numa televisão tá certo que as pessoas elas comecem a ter mais autoconhecimento (Entrevista, Representante Regional).

O grande problema é que diabetes ela não entra no atestado de óbito naquelas causas subsequentes certo, e aí você perde, por exemplo, aí entra assim acidente vascular cerebral, aí tem assim nas causas subsequente hipertensão, mas a pessoa assim se quer perguntam se quer vão atrás da história para ver se o paciente é diabético (Entrevista, Representante Regional).

O entrevistado destaca que existe uma cobertura de 50% de pacientes diagnosticados e cadastrados no hiperdia, quando o ideal deveria ser de, pelo menos, 70%.

Segundo o relato do entrevistado o desconhecimento da doença, por parte da população, é o grande entrave para minimizar as complicações, sendo de responsabilidade do poder público instituído nos três níveis de governo: federal estadual e municipal, o esclarecimento da magnitude da doença. Mas, compete ao município a responsabilidade na cobertura do diagnóstico, já que, se diagnosticados, 90% dos pacientes com diabetes conseguem acompanhamento na Regional, segundo o levantamento do Hiperdia (PERNAMBUCO, 2014).

Você perde um pouco de como você estabelecer uma linha de cuidado, como é que você vai estabelecer um planejamento em cima disso tá certo, se os números você tem uma previsão de 7 a 8 % deveriam, você não consegue chegar nesse número tá certo, mas no que você chega você atende aí como planejar maior (Entrevista, Representante Regional).

A gente tem mais ou menos só 50% desses diabéticos diagnosticados e cadastrados, dos 50% diagnosticados eu acompanho 90%, então significa dizer que do que já foi descoberto a gente consegue dar uma assistência à saúde dele, o problema tá nos outros 50% que ainda nem diagnosticados foram (Entrevista, Representante Regional).

E aí é aonde que vem aquela história da doença silenciosa do século e tudo que ela promove em relação à parte de nefrologia, de neuropatia, das doenças cardiovasculares... (Entrevista, Representante Regional).

O planejamento, de acordo com o entrevistado, referente aos recursos para recuperação, readequação e expansão da rede, considerando o grupo das doenças crônicas não transmissíveis, com foco para a diabetes, é realizado na arena de discussões, para a elaboração de políticas na CIR. Nesta arena ocorre a discussão com os gestores municipais sobre os indicadores, necessidades de recursos físicos e materiais e elaboração da linha de cuidados, de acordo com a oferta dos serviços de saúde.

E eu vou lhe confessar uma coisa: desde que eu cheguei aqui a coisa que eu mais faço é tentar sensibilizar as pessoas (Entrevista, Representante Regional).

Por isso que a gente tá muito mais voltado trazendo os municípios à disposição, levando em todas as CIRs as discussões é quanto ao diagnóstico (Entrevista Representante Regional).

Mas o que eu quero chegar a dizer é o seguinte: tamanha a importância, eu considero a CIR eu diria que tudo na saúde você tem que planejar absolutamente, você não faz nada sem um planejamento, não é isso que tem que constar uma explicação tá aí tudo pra se trabalhar em cima de planejamento ou trabalha em cima de planejamento ou não efetiva absolutamente nada (Entrevista, Representante Regional).

Eu fico muito satisfeita quando eu consigo uma CIR que eu consigo levar mais gente daqui que eu consigo que os municípios se encontrem mais. Porque pra mim fica assim, então de certa forma em algum momento o meu discurso está entrando aos pouquinhos na cabeça, porque eu vivo dizendo se você não participa você tá delegando a seu vizinho o direito de decidir o teu destino certo (Entrevista, Representante Regional).

Para o representante, um dos principais entraves para a efetividade da rede e que influencia na sua formação é o rodízio das equipes da saúde, uma rotatividade que ocorre constantemente dos gestores e dos profissionais, dificultando o planejamento e comprometendo a construção e organização da rede. Estes elementos influenciam na formação de redes.

É a dança das cadeiras, às vezes você tem um gestor que vem num mês no outro mês já vem outro, já trocou, tem municípios que já trocaram quatro vezes de gestor da Atenção Básica, você não tem uma linha estabelecida (Entrevista, Representante Regional).

Tudo isso complica, mudança de representante já é ruim, mudança dos coordenadores é muito ruim e olhe que eu cheguei a fevereiro estava no começo de todas as gestões praticamente teve município que veio ter gestor assim que veio ter coordenador da Atenção Básica em maio (Entrevista, Representante Regional).

Com relação às estratégias e operacionalização para a construção e organização da rede de atenção à saúde dos diabéticos, os documentos existentes no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, como: o PDR, PDI, PPI, PAS e PES, foram elaborados após o diagnóstico por regiões. Foram definidas as áreas prioritárias, com uma linha de cuidados específicos por área. Nesse contexto, a diabetes não foi incluída como prioridade. Mas, é intrínseca nas estratégias prioritárias da atenção primária.

O PDR ele quando ele foi pensado ele foi pensado com estabelecimento de algumas linhas, assim vamos dizer a regionalização do atendimento, o que foi que evoluiu de 2012 pra cá? O aparecimento das UPAs [sic], que foi a grande vamos dizer que foi o grande marco na linha de cuidado (Entrevista, Representante Regional).

Assim, os elementos estruturais e organizativos necessários à conformação de um serviço de rede efetivo, elencados pelo representante, são: financiamento, acesso, acompanhamento continuado, coordenação do cuidado; dentre outros elementos, compreendem o conjunto necessário para organizar a rede de atenção à saúde para o paciente diabético.

Ainda como maior entrave relatado pela entrevistada o subfinanciamento, compromete os serviços de saúde como um todo. Porém, a representante enfatiza e reconhece que o ordenamento das despesas e a otimização dos gastos representa um problema maior, que exige maior qualificação dos gestores para melhor utilização do financiamento no SUS.

Eu entendo que o financiamento ele sempre vai ser um gargalo sempre tá certo, mas eu acho que gargalo maior está na utilização do financiamento, está na qualificação da utilização, o bom gestor não gasta ele investe (Entrevista, Representante Regional).

Eu acho que o que acontece é que se pulveriza o financiamento, então financiamento deixa a desejar... Então assim a gente é um país de diversidade cultural, de diversidade de patologias de acesso de tudo o que for e ainda quando se o pouco que tem se pulveriza não se aperfeiçoa certo, eu acho que no meu entendimento financiamento ele deixa a desejar, mas pra mim pior é não ser bem utilizado certo (Entrevista, Representante Regional).

Se financiamento fosse tão ruim quanto todas as pessoas falam... Não podia existir coisa boa porque ele é o mesmo pra todo mundo, perceptivamente você recebe a mesma coisa dos municípios pela quantidade de pessoas. Então, por que tem município que consegue fazer muito e outros não conseguem (Entrevista, Representante Regional).

Outra dificuldade relatada pela representante é a revisão da PPI, que foi elaborada em 2006 e ainda se encontra em uso, o que considera um documento

retrógrado e desordenador, com disparidade e desorganização no financiamento municipal.

A PPI, eu não gosto dessas PPIs não, eu não vou mentir, a PPI ela vem um processo de ordenamento assim de uma coisa que era completamente desordenada (Entrevista, Representante Regional).

A grande dificuldade que acontece. Por quê? Porque os municípios eles não param no tempo, eles não param de 2006 a 2012 quando o Coap sair, a PPI será obsoleta (Entrevista, Representante Regional).

No SUS os atores só mudam de local. Dizem isso que nós somos o mesmo elenco que atuamos em peças diversas e em espetáculos diferentes, mas essa coisa de mudar o espetáculo, de mudar o lugar muda o jeito de pensar e esse jeito de pensar esse planejamento e ele vai se encerrar em 31 de dezembro de 2014 né, independente de quem esteja em 01 de janeiro (Entrevista, Representante Regional).

Nesse contexto fica evidente a necessidade de reflexão sobre a forma como estão distribuídos os serviços de saúde ofertados, diante dos aspectos normativos para a operacionalização das redes. A articulação e a cooperação dos atores envolvidos no processo, bem como a consolidação do papel que cada gestor representa para a instituição, fortalece o desenvolvimento de ações. Estas ações podem determinar um sistema de saúde resolutivo que impulse as redes como estratégia primordial para o alcance de serviços de saúde de qualidade para o usuário. Pois, uma rede só poderá se concretizar se houver usuários, profissionais de saúde, gestores e a sociedade comprometida com as condições de saúde definidas por competências e responsabilidades que vão além das dimensões políticas.

5.3 A organização da rede de acesso dos pacientes com diabetes segundo um representante do Município

Na análise da entrevista com o representante municipal de saúde de Garanhuns, buscou-se identificar também a sua compreensão sobre os componentes da rede de atenção, os elementos necessários para organizar a estrutura da rede na população assistida e o modelo de atenção à saúde, verificando o acesso e a coordenação do cuidado, de acordo com o seguimento da assistência, descrevendo a linha de cuidado para este percurso no município.

Para ele, o acesso aos serviços de saúde ocorre inicialmente na atenção primária. O paciente diabético é captado precocemente na área de atuação da ESF

onde acontece a triagem através de consultas com enfermeiro e médico. Se identificado como diabético realiza-se o cadastramento do usuário no programa Hiperdia. A partir de então, estes pacientes são acompanhados pelo Programa Saúde da Família (PSF), como diabéticos.

... Então o paciente ele é cadastrado assim que ele é identificado, primeiro eu acho que antes de ser identificado esse paciente tem que ser bem triado, então ele vai pra sua consulta médica e consulta de enfermagem (Entrevista, Representante Municipal).

Nós temos o programa do hiperdia, que é o nosso programa onde cadastramos todos os pacientes hipertensos e também os diabéticos. Então eles são cadastrados e acompanhados na unidade básica de saúde (Entrevista, Representante Municipal).

Então em muitos destes casos nós conseguimos captar, reconhecer esses pacientes que ainda estão sem queixas para fazer o acompanhamento e o cadastramento (Entrevista, Representante Municipal).

Ainda de acordo com o representante, o acesso aos serviços de média complexidade é regulado na atenção primária. De acordo com a necessidade, a critério médico, os pacientes que não controlam a doença, embora permaneçam na atenção primária, necessitam da avaliação do especialista. Os pacientes que precisam dos serviços da alta complexidade e dos serviços na UPAE são encaminhados para o serviço de regulação, que regula não somente os pacientes do município de Garanhuns, mas também de todos os usuários que pertencem aos municípios no âmbito da V Regional de Saúde, ou seja, 21 cidades.

Os pacientes eles não têm um acesso imediato à média e a alta complexidade. Toda a rede ela é regulada através da atenção primária, então a atenção primária faz a captação desses pacientes portadores de diabetes e assim de acordo com a necessidade são encaminhados para os serviços de média e alta complexidade (Entrevista, Representante Municipal).

Nós temos aqui no município uma central de regulação regional aonde serve o município e os demais municípios da região, fazemos a ordenação de acordo com a justificativa daquele caso que é mais urgente (Entrevista, Representante Municipal).

A coordenação administrativa da rede, descrita pelo entrevistado, foi identificada na fala sobre regulação, porém, o relato não ocorre de acordo com a necessidade do serviço, onde a oferta é menor que a demanda. Assim, o entrevistado ressalta a necessidade de mais especialistas.

A regulação ela vai ordenar justamente esse processo do acesso do usuário da ponta pra os serviços de maior complexidade, então essa central de regulação organiza esse sistema fazendo com que o usuário ele possa sair da ponta e chegar aos outros serviços (Entrevista, Representante Municipal)

Nós temos dois problemas, um é justamente essa questão da demanda, eu tenho uma oferta muito inferior, muito aquém da demanda realmente existente (Entrevista, Representante Municipal).

A posição do endócrino seria apenas fazer aquele controle e voltar àquele paciente pra atenção primária pra que ele pudesse ser acompanhado pelo médico do postinho de saúde, só que muitas vezes ele encontra resistência, ele não quer ser mais acompanhado pelo médico de saúde da família, ele quer continuar fazendo o tratamento com o especialista. (Entrevista, Representante Municipal).

No que se refere à linha de cuidados, o representante a descreve como bem definida para seguimento do atendimento ao paciente diabético. O município dispõe de uma estrutura organizativa da rede, com especialista no âmbito municipal e disponibilidade de endocrinologista na UPAE, no Hospital Regional e convênio com uma unidade filantrópica, que complementam os serviços prestados a estes usuários na média complexidade. Na alta complexidade, o representante relata que a macrorregional e os hospitais estaduais em Recife oferecem o suporte necessário.

Nós temos a linha do cuidado com atenção ao paciente com diabetes, ela bem definida aqui no município (Entrevista, Representante Municipal).

Nós temos para descrever um pouco a rede, nós temos o nosso centro de especialidades municipal, o ambulatório do hospital regional Dom Moura, as consultas na regional, nós também temos um convênio com uma comunidade filantrópica que é o hospital infantil que também temos profissionais nessa área e agora nós temos uma nova estrutura que é chamada a UPAE que é a unidade pernambucana de atendimento especializado, que também é referência pra essa também (Entrevista, Representante Municipal).

A gente complementa a rede usando a nossa macrorregional que nós temos os serviços em Caruaru e Vitória de Santo Antão. Vitória já é fora da nossa área de macrorregião, mas também integra nossa rede de alta complexidade (Entrevista, Representante Municipal).

A falha de comunicação é apontada pelo representante municipal como falha no estabelecimento da rede. Para ele, a comunicação é imprescindível para os serviços de referência e contrarreferência. Houve relatos de que não há um protocolo no município, que deveria ser utilizado para facilitar a comunicação e, assim, efetivar um atendimento longitudinal. Assim, esta conexão não é claramente realizada. A referência intra e extramunicipal da média e alta complexidade para diabetes não está contemplada na íntegra e a falha é perceptível, na medida em que a comunicação entre os serviços de saúde não se completa.

Muitas vezes como eu falei, a contrarreferência ela não é feita porque o canal de comunicação não existe... E na esfera extramunicipal é que esse problema é aumentado, porque aí realmente não existe nenhuma forma de comunicação entre o outro serviço e o serviço municipal (Entrevista, Representante Municipal).

Agora a gente não tem um protocolo estabelecido, isso vai depender muito do tipo de serviço. Então tem serviço realmente que faz essa comunicação ente um e outro e outros fica mais a questão realmente da busca do profissional em saber do paciente, mas nem sempre a conexão ela está claramente estabelecida (Entrevista, Representante Municipal).

Tanto a referência também falha com a contrarreferência ela não indica o que o outro serviço deve fazer pra o acompanhamento do serviço (Entrevista, Representante Municipal).

O encaminhamento é a única garantia referenciada para o serviço especializado, pois a visão fragmentada do paciente ainda coabita nos universos médicos. O cuidado ao paciente com diabetes não é compartilhado de forma continuada, comprometendo toda a linha de cuidados na rede. Não há coordenação de gestão clínica entre níveis de assistência.

Existe apenas um encaminhamento, a garantia de que foi feito, mas não existe à volta como é que isso agora deve ser conduzido no nível municipal (Entrevista, Representante Municipal).

O próprio município, o próprio profissional também vê o cuidado de forma fragmentada e não de forma continuada (Entrevista, Representante Municipal).

Eu acho que ele (o paciente) é visto de forma fragmentada dentro da própria linha de cuidado, a minha responsabilidade é até aqui e daqui pra frente é com você (Entrevista, Representante Municipal).

Quanto ao processo organizativo da rede, o município realiza diagnóstico com perfil epidemiológico, elencando as prioridades municipais. Estes elementos fazem parte integrante da elaboração de documentos que conformaram a rede, como o PAS; todos os passos são discutidos com a equipe da coordenação municipal e levados para as reuniões da CIR como produto do município.

Nós temos as nossas equipes aí de vigilância epidemiológica, nós sabemos os nossos números das nossas morbidades das nossas mortalidades e justamente esses números são indutores das nossas práticas (Entrevista, Representante Municipal).

Eu discuto sempre com a minha equipe, então hoje mesmo eu tive uma avaliação da Programação Anual de Saúde, eu sentei com todas as minhas coordenações e já fui fazer uma avaliação (Entrevista, Representante Municipal).

As reuniões do colegiado ocorrem mensalmente e são espaços utilizados pelos representantes municipais para realizar com a regional pactuações e deliberações das suas solicitações. A CIR foi mais fortalecida a partir do decreto 7508/2011, e surge com a necessidade de reforçar, no nível municipal, a necessidade de serem discutidas políticas para a saúde de acordo com a demanda municipal (BRASIL, 2011a).

Todo o desenho da rede surge da necessidade de cada município e a regional tem o papel de consolidar o diagnóstico e estabelecer as necessidades. A política é diferente do campo estadual, uma vez que a demanda de necessidade municipal é determinada pelo colegiado, que avalia suas prioridades, de acordo com a realidade local.

Dentro da CIR os representantes é quem vão dizer o que é que é importante pra eles, então mesmo que dentro das prioridades, das diretrizes do Estado a linha do cuidado para atenção à diabetes não esteja contemplada dentro da regional, se os municípios entenderem que essa deve ser uma linha de cuidado prioritária ela será dentro da nossa regional (Entrevista, Representante Municipal).

É um pouquinho diferente da política estadual, porque aqui o comando da operacionalização da oferta ela está sob os cuidados dos representantes que compõem a nossa regional de saúde (Entrevista, Representante Municipal).

Para o representante municipal, o gerente regional é o ator que tem o papel de estimular a articulação com os municípios na elaboração de políticas de saúde. Contudo, revela um certo descrédito em relação à efetividade no plano concreto de cooperativismo entre os entes federados, pois, nas reuniões é baixa e frágil a participação dos gestores, o que dificulta o processo e cumprimento do papel central das discussões políticas.

...falta credibilidade em nível de regional, eu levar aquele problema e acreditar que ele vai ser resolvido ali (Entrevista, Representante Municipal).

Mas o que acontece é que nem todos os municípios dão a devida importância que o colegiado tem (Entrevista, Representante Municipal).

O tempo é muito curto, nós nos reunimos apenas uma vez por mês e tem uma reunião que não demora mais de duas horas, tem uma pauta que tem muita informação, muita pactuação, então não sobra muito tempo pra que a gente.. (Entrevista, Representante Municipal).

O representante aponta, como maiores desafios, conseguir fazer a conexão da rede municipal com a média e alta complexidade, estabelecendo fluxos concretos de referência e contrarreferência. Também destaca a necessidade de aumentar o número de profissionais especialistas para compor a rede para os pacientes diabéticos e, num outro âmbito, aumentar o financiamento da saúde, revendo a lei de responsabilidade fiscal e revisando a PPI.

Nós temos aí uma PPI que é a Programação Pactuada Integrada que o município de Garanhuns, por exemplo, como município polo, daríamos vinte serviços a outros municípios só que o recurso que o município recebe ele não é um recurso SUS, ele é norteado pela tabela SUS (Entrevista, Representante Municipal).

As dificuldades apontadas pelo representante municipal, referentes às questões de organização e estruturação da rede, implicam que, para o bom funcionamento das redes, é necessário superar a fragmentação do sistema, reforçar o financiamento, aumentando o valor da tabela SUS, rediscutir o papel do Estado, para assegurar à população a atenção universal, integral e equânime.

Então como é que eu vou garantir dentro da pactuação a quantidade de procedimentos que o município pactuou comigo se o valor que eu recebo não dá para pagar quase que a metade dos procedimentos que eu deveria oferecer ao município (Entrevista, Representante Municipal).

Os desafios internos que é justamente conseguirmos fazer a conexão entre a própria rede municipal, conseguir essa conexão da média com a atenção primária, estabelecer fluxos concretos de referência e contra referência (Entrevista, Representante Municipal).

O nível municipal nós precisaríamos de um financiamento um pouco maior, não vou envolver agora apenas na questão de diabetes, mas nas outras linhas de cuidado também que precisamos fortalecer e a nível regional (Entrevista, Representante Municipal).

Alguns elementos que possibilitam caracterizar a rede foram verificados, nas entrevistas, como pontos convergentes e divergentes. Estes elementos podem dificultar ou facilitar o acesso dos usuários aos serviços públicos de saúde. Os quadros 2 e 3 descrevem os elementos que facilitam ou dificultam o acesso aos serviços públicos de saúde.

Quadro 3 - Elementos convergentes facilitadores do acesso apontados nas entrevistas municipal/ regional

Convergência	Município	Regional
População/ Território	Adscrito ao lócus analisado, considerando o município polo.	Adscrito ao lócus analisado, considerando a área de abrangência da Regional.
Coordenação do cuidado	Realizada pela atenção primária	Realizada pela atenção primária
Continuidade dos cuidados	Realizada pela atenção primária	Realizada pela atenção primária
Regulação	Realizada no município para a área de abrangência da V Regional	Realizada no município para a área de abrangência da V Regional
Planejamento das ações	Ocorre no lócus investigado e é discutido nas reuniões do colegiado	Ocorre no lócus investigado e é discutido nas reuniões do colegiado

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 4- Elementos divergentes no acesso apontados nas entrevistas municipal/ regional

Divergência	Município	Regional
Organização por níveis de complexidade, referência e contrarreferência	Componentes isolados	Por um contínuo de atenção com serviço de referência e contrarreferência compartilhada
Fluxo de atendimento	Média e alta complexidade # nas referências com a regional	Média e alta complexidade # nas referências com o município
Gestão da oferta	Oferta de consultas menor que a demanda	Oferta de consulta maior que a demanda
Forma do atendimento	Voltado para a população, com captação precoce e atendimento integral, resultando em eficiência no diagnóstico e acompanhamento.	Voltado para o indivíduo, resultando em uma baixa cobertura na identificação do paciente.

Fonte: Elaborado pela autora

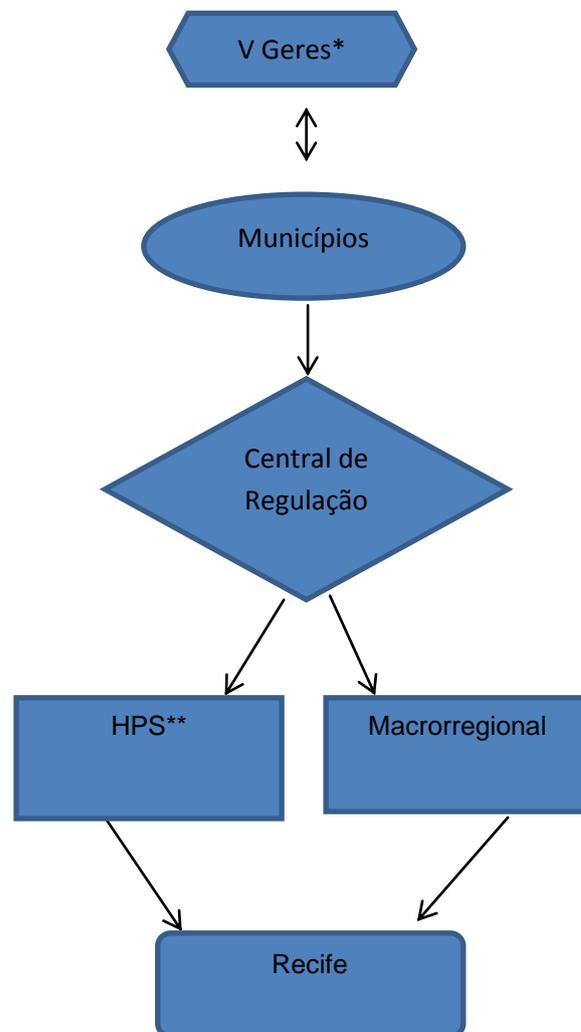
Para melhor compreensão do acesso dos pacientes diabéticos aos serviços públicos de saúde no âmbito da V Regional, foi elaborado um fluxograma, cujo

objetivo é visualizar a estrutura e organização da rede no atendimento destes usuários, conforme relato de seu respectivo representante.

O fluxograma é representado por três símbolos, convencionados universalmente: a elipse representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços; o losango indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho; e um retângulo, que diz respeito ao momento de intervenção, ação sobre o processo (SOUSA, 2010).

A figura 5 descreve o fluxograma, segundo um representante da V regional de saúde.

Figura 7 - Fluxograma do acesso ao serviço de rede para diabetes.



Nota:*V Gerência Regional de Saúde

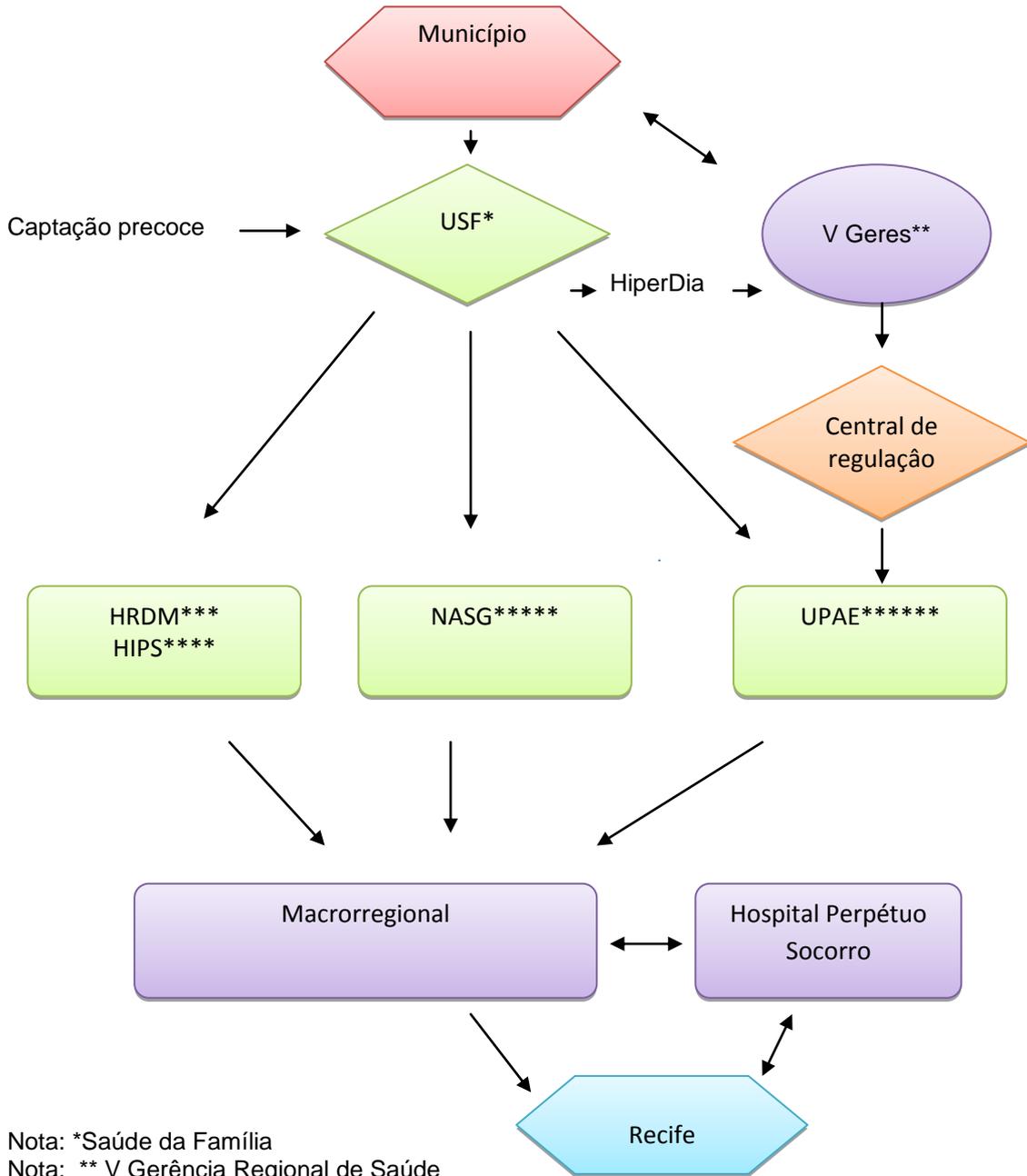
Nota:** Hospital Perpétuo do Socorro

Fonte: Representante da V Regional de Saúde

Elaborado pela autora.

Optou-se pela construção de um segundo fluxograma, a partir da compreensão do representante municipal.

Figura 8 - Fluxograma do acesso ao serviço de rede para diabetes no município



Nota: *Saúde da Família
 Nota: ** V Gerência Regional de Saúde
 Nota: ***Hospital Regional Dom Moura
 Nota: ****Hospital Infantil Palmira Sales
 Nota: *****Núcleo de Assistência à Saúde de Garanhuns
 Nota: *****Unidade de Pronto Atendimento Especializado
 Fonte: Representante da V Regional de Saúde
 Elaborado pela autora.

6 DISCUSSÃO

A organização das redes de atenção à saúde é uma estratégia que busca garantir equidade, acesso, eficiência e qualidade no atendimento à população. Ou seja tem-se buscado organizar o acesso e a coordenação da assistência utilizando estratégias.

Trata-se de um instrumento que pode garantir, ao cidadão, uma melhoria na saúde, ampliando o acesso aos diferentes níveis de complexidade, proporcionando a integralidade nas ações de saúde, diminuindo as iniquidades regionais.

Para Mendes (2009), é necessário restabelecer a coerência entre a situação de saúde, substituindo um sistema fragmentado por um sistema integrado que opere de forma contínua e proativa.

Na área da saúde, as redes são essenciais para garantir o atendimento integral ao cidadão, uma forma de atenuar as diferenças geográficas, demográficas e socioeconômicas dos entes federativos, gerando equidade federativa e qualificando o acesso (SANTOS, 2012).

Sob o ponto de vista estrutural, na pesquisa documental foi identificada a necessidade de reformulação dos elementos que estruturam a rede, definindo as necessidades locorregionais. Os documentos analisados mostram limitações na construção de uma rede de atenção integrada, hierarquizada e regionalizada, buscando a necessidade de reavaliar o ordenamento das redes, objetivando a melhoria do modelo de atenção.

O Estado de Pernambuco dispõe de uma ordem técnico-administrativa com instrumentos e documentos organizativos e operacionais para conformação da rede de atenção à saúde. Porém, a rede se apresenta concretamente frágil, refletindo dessa forma numa assistência fragmentada.

Na V Regional de Pernambuco são expressivos os aumentos da morbimortalidade com causa específica de diabetes, sobretudo considerando o aumento da mortalidade relacionada às comorbidades.

A leitura e análise minuciosa dos documentos pertinentes à estrutura e organização de redes e seu funcionamento (atas), bem como as entrevistas com os representantes deixam entrever a fragilidade do diagnóstico situacional e epidemiológico. Verifica-se também uma dificuldade na elaboração das linhas dos cuidados, negligenciando as redes temáticas de atenção à saúde e, por outro lado,

não expressam uma melhoria no acesso e na qualidade dos serviços, face às necessidades de saúde e a realidade regional.

Os resultados corroboram o que pensa Santos (2012), ao destacar que há ainda um vasto espaço entre as necessidades de saúde da população e a rede pública de ações e serviços de saúde. O SUS enfrenta ainda dificuldades quanto ao acesso do cidadão às ações e serviços de saúde resolutivas, adequadas, oportunas, humanas e eficazes.

Os representantes reconhecem a importância de documentos como o PDR, o PDI e a PPI, como essenciais para a conformação da rede. Reconhecem também que estão desatualizados quanto aos tetos financeiros e referem a necessidade de discussão do Coap como forma de reparar estes vazios existentes na organização da rede.

As entrevistas também permitiram identificar que, entre os representantes, há compreensão de que o acesso dos pacientes diabéticos aos serviços de saúde na região e no município tem início na USF. O Brasil adota uma hierarquização na atenção primária coordenadora dos cuidados, que é responsável pelo acolhimento inicial e deve contribuir para o diagnóstico, acompanhamento e encaminhamento para os serviços de média e alta complexidade.

Para Mendes (2011b), os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a atenção primária à saúde são mais adequados, porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos, porque são a única forma de enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população.

A noção de rede regionalizada de atenção à saúde, segundo Lima et al.(2012), pressupõe que esta possui atributos fundamentais para sua organização e funcionamento. Assim, ela se constitui num conjunto de unidades, de diferentes funções, complexidades e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender as necessidades e demandas da população.

A atenção primária torna-se, dessa forma, o eixo estruturante para o sistema de saúde e cabe ao PSF a coordenação administrativa do acesso ao serviço de saúde.

Esta premissa está de acordo com Cecílio et al. (2012), ao destacarem que deve competir à atenção básica de saúde coordenar os fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde, buscando garantir maior equidade ao acesso e à efetiva utilização das demais tecnologias e serviços do sistema, para responder às necessidades de saúde da população.

Para os entrevistados, existe um serviço de rede na Regional que oferece o acesso para a média e alta a complexidade. Porém, eles se contradizem quanto à compreensão que têm da oferta desses serviços.

O representante da Regional avalia que existe uma sobra/ excedente de atendimentos no serviço de média complexidade, com um quantitativo de consultas maior que a demanda. No sentido oposto, o representante municipal destaca que os pacientes encontram dificuldades no acesso ao serviço especializado, pois a demanda de pacientes é maior que o número de consultas ofertadas, de maneira que o sistema não consegue suprir as necessidades do município.

Essa observação do representante do município vai na contramão do princípio da integralidade, que deve ser entendido também como acesso a todos os recursos assistenciais de que o usuário necessita. Tem-se reafirmado que a construção das redes deve proporcionar ao usuário a garantia de um caminho ininterrupto de cuidado à sua saúde, configurando, assim, as linhas de cuidado, ou seja, um conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário (FRANCO, 2003).

Ainda sobre as questões do acesso, Bahia (2012) destaca que ele (o acesso) é uma chave essencial à efetivação do direito à saúde. Assim, as evidências sobre ampliação da procura de cuidados e atenção à saúde, centralidade assistencial das portas de entrada da rede SUS e redução das desigualdades regionais e de classes de renda são essenciais à compreensão de um sistema de saúde complexo e segmentado.

Todavia, a mesma autora adverte também que a definição de acesso como liberdade para uso das ações e serviços de saúde não se reduz à obtenção de vagas para consultas ou exames, e muito menos à inscrição de famílias e domicílios nos cadastros governamentais (BAHIA, 2012).

Quanto à linha de cuidados, o acompanhamento existe para o paciente diabético, com uma estrutura de rede que oferece um suporte definido. Os gestores

entrevistados admitem que a UPAE é um serviço efetivo de rede, apropriado e eficiente para o paciente diabético.

Tal modelo, definido pelos gestores como estruturante, organizativo e eficiente para o tratamento do paciente diabético, é apropriado para as condições agudas. Assim, a diabetes, por ser uma condição crônica, não se enquadra no perfil da assistência prestada na Regional.

Mendes (2009) adverte que os sistemas de atenção constituem respostas sociais deliberadas às necessidades dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde. Nesse contexto, um sistema de atenção fragmentado, reativo e episódico não se adequa ao enfrentamento das condições crônicas.

A construção de linha do cuidado parte do princípio da produção da saúde de forma sistêmica. Essa linha se inicia na entrada do usuário, seja em serviços de urgência, atenção básica ou especializada e, a partir daí, abre-se um caminho que se estende, conforme as necessidades do usuário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros (MERHY; CECÍLIO, 2003).

Os representantes enfatizam necessidade de pessoal habilitado para discutir a formação e organização da rede. Algumas destas discussões que ocorrem na CIR e também nas reuniões das câmaras técnicas, são, por vezes, improdutivas, sob o ponto de vista político, para a formação e construção das redes de atenção à saúde.

A não participação municipal nas reuniões da CIR, conforme se observou compromete o processo de pactuação. Em se tratando de uma arena onde deve ocorrer o amplo debate dos gestores municipais para as pactuações e discussões das políticas de saúde no âmbito da Regional, são inconcebíveis tais ausências às reuniões, evidenciando a fragilidade desse fórum.

Dessa forma, as redes de atenção à saúde tornam-se um complexo emaranhado de prioridades, longe das realidades locais regionais. É importante redefinir o papel estruturante do SUS nas redes de atenção à saúde, com um olhar singular para os usuários do serviço público de saúde.

Por último, cumpre salientar que as questões que envolvem o financiamento foram apontadas como um grande “gargalo”, porém os entrevistados destacam que, associado a esse problema, há uma pulverização do ordenamento das despesas, o que inviabiliza a eficiência da estrutura da rede para o atendimento aos pacientes diabéticos.

Nessa perspectiva, defende-se que, além de um reordenamento no financiamento e subfinanciamento, é preciso qualificar os profissionais de saúde.

As redes de atenção à saúde, no Brasil, passam por problemas caracterizados pela predominância da fragmentação, o que resulta em duplicação de serviços, ineficiência de escala e escopo, baixa qualidade derivada da atenção descontínua e custos de tratamento elevados. As diferentes partes do sistema de saúde não funcionam como um todo. Há pouca articulação de recursos, equipes e tecnologias entre os prestadores (MENDES, 2011b).

Os resultados apontam claramente uma dissociação na concepção de rede. Evidenciou-se que os diversos serviços se apresentaram como se fossem processos distintos, descaracterizando o objetivo dos serviços em rede, criada com o propósito de possibilitar melhores resultados do sistema. Não obstante, o grande desafio consiste em associar a regionalização da rede com o modelo assistencial, ou seja mantê-los articulados, de forma que constituam um sistema único, inteiramente voltado para oferecer serviços de saúde adequados e eficazes para a população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estruturação das RASs ocupa, na atualidade, posição de destaque na pauta e fóruns do setor e nas discussões dos gestores do SUS. Nesse sentido, contribui decisivamente para a incorporação do processo de regionalização de saúde no debate da política e para a gestão com proposições de mudanças na atenção à saúde.

Esta mudança do paradigma exige um enfoque mais abrangente, ou seja, um conceito de saúde que se oponha a um sistema fragmentado, voltado para uma assistência às doenças agudas, refletido em ações de caráter emergencial e isoladas, incapazes de prestar uma atenção contínua à população,

O modelo de assistência com abrangência no escopo das ações de saúde em forma de redes exige um sistema com oferta integral, que estabeleça uma linha de cuidados longitudinal, possibilitando uma reflexão na prática da assistência, refletindo-se na oferta de serviços de saúde compartilhados.

A análise da estrutura e implantação das redes de atenção à saúde deixou claro quanto eles são complexas, pois se desenvolvem num conjunto de ramificações, compreendidas por redes temáticas. Estas atendem um grupo determinado da população, estabelecido através do desenvolvimento de linhas de cuidados que estabelecem frequentes interações, por ordem de prioridade sanitária, de acordo com as necessidades da sociedade.

O estabelecimento de redes para o atendimento das doenças crônicas ocorreu mais recentemente, através da portaria Nº 252/2013, que *institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas*. Mas, no tocante à diabetes, os arcabouços normativos de portarias e decretos são obsoletos, uma vez que não instituíram com mais ênfase a diabetes, que é um problema crescente em todo o território nacional, não somente pela doença em si, mas, sobretudo, por suas complicações e sua correlação com as doenças cardiovasculares responsáveis pelo maior número de mortes na atualidade (BRASIL, 2013b).

Dois fatores também devem ser considerados em relação à diabetes e outras doenças crônicas o crescimento populacional e o aumento da longevidade, que levam a um rápido aumento de adultos jovens e idosos e, conseqüentemente, ao crescimento das mortes causadas por doenças crônicas não transmissíveis. A diabetes, por ser uma doença crônica, passa pelo serviço público de saúde como

uma doença de baixo impacto, já que o desenvolvimento de suas complicações não ocorre de imediato.

Quanto à estrutura e organização da rede para pacientes diabéticos em Pernambuco, observa-se uma grande fragilidade, ou quase negligência, diante da identificação de vazios assistenciais.

Dessa forma, os documentos cuja análise constituiu parte do trabalho não permitiram descrever uma conformação na organização na rede de cuidados para a diabetes. No PES, PAS, PDR, PDI e PPI, a descrição das ações em saúde no âmbito estadual e regional apresenta-se de forma abrangente, referenciando as redes de atenção à saúde genericamente, refletindo-se no conjunto dos 21 municípios que compõem a V Regional de Saúde, inviabilizando o sistema de atendimento ao paciente diabético.

É adequado afirmar que foram observadas algumas contribuições para formulações de novos arranjos e estratégias para a implantação de redes de atenção solidária, cooperativa e responsável. Em que pesem os problemas de funcionamento da CIR, não contemplando as prerrogativas que a ela são propostas, sua inclusão como espaço de debate sugere um esforço de amadurecimento na construção das RASs. Essa impressão não limita o reconhecimento de que os desafios para a conformação de uma estrutura organizada em forma de rede são ainda maiores.

Assim, se reconhecem dois blocos de desafios: aqueles que podem ser resolvidos localmente e os que demandam um grupo de atores com maior poder de governabilidade de resolução nos sistemas.

Os dados coletados no estudo levaram a uma análise de como está estabelecido e como funciona a rede de cuidados aos pacientes com diabetes e permitem oferecer algumas sugestões.

Iniciativas locais necessárias:

- 1) Qualificação dos Atores Sociais, de maneira que possam, de fato, compreender a necessidade urgente de estabelecer a rede de cuidados, nas doenças crônicas, para a diabetes;

- 2) Associar regionalização, rede e modelo assistencial como um conjunto de ações articuladas por diversos segmentos e não como processos distintos;
- 3) Reorganizar a atenção primária de forma mais resolutiva, considerando que a *“atenção primária não é rede, e sim, parte integrante dela”*. Pensando enquanto sistema, não há rede sem atenção primária, assim como não há atenção primária sem rede;
- 4) Reorganizar a forma de condução na elaboração do plano Regional, tendo em mente que este não é a soma dos planos municipais. Da forma como ele é aplicado não se pode construir uma responsabilidade coletiva.

Iniciativas de atores com maior poder de governabilidade, de resolução:

- 1) Despolitização na discussão de construção da rede, através do envolvimento de diversos atores que possam rediscutir, no contexto social, a política de redes;
- 2) Buscar a integralidade como princípio que deve conduzir o sistema de saúde e, dessa forma, melhorar o acesso a estes serviços;
- 3) Reordenar o modelo de atenção à saúde, ou seja, construir um sistema descentralizado, com comando único, que absorva um sistema fragmentado. Sem isso, não se pode conduzir um sistema que opere em forma de rede;
- 4) Reavaliar a situação do município-polo. Isso evitaria a sobrecarga daqueles municípios que se esforçam em organizar seus sistemas, em detrimento dos pouco operativos, que aumentam as iniquidades locorregionais;
- 5) Rever os instrumentos estruturais como: PDR, PPI, PDI. Eles são um conjunto de instrumentos de programações técnicas importantes, porém não suficientes para melhor distribuição dos reajustes dos tetos financeiros;
- 6) Subfinanciamento do SUS, que representa, para os gestores, o grande gargalo na saúde.

Conclui-se que, para promover à saúde com qualidade de vida, é necessário reconhecer o imperativo ético de responder às necessidades sociais, no marco dos direitos universais e fundamentais da vida. Isso se deve refletir numa ação coletiva participativa e na adoção de novos caminhos éticos para alcançar uma sociedade justa.

O estudo se deteve na análise documental e no olhar dos gestores, que permitiram estabelecer diálogos. Com base nessas informações foi possível desvelar um conjunto de fragilidades da rede nos cuidados aos pacientes com diabetes. Longe de responder a problemática, cabe investigar outra dimensão e ator fundamental nos cuidados, o usuário. Nessa direção, recomenda-se, como temas de pesquisa, no futuro, o olhar de avaliação dos usuários, ou seja, como eles reconhecem no cotidiano do serviço, todo esse processo legal e de relação entre níveis de gestão do sistema.

REFERÊNCIAS

BAHIA, L. Entradas e bandeiras e o SUS no século XXI. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2876-2880, 2012.

CASTELLS, M.; CARDOSO, G. **A sociedade em rede do conhecimento a acção política**. Conferência promovida pelo Presidente da República. Belém, mar. 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 20 out. 2013.

_____. **Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, 2002a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 04 jun. 2013.

_____. Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, v. 139, n. 112, 13 jun. 2002b. Seção 1, p. 36.

_____. **Sistema Único de Saúde (SUS): Instrumentos de gestão em saúde**. Brasília, 2002c.

_____. **Portaria GM/MS nº 39, 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

_____. **Portaria GM/MS nº 3170, de 24 de dezembro de 2008**. Colegiado de Gestão de Regional – CGR. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3170_24_12_2008.html>. Acesso em: 04 jun. 2013

_____. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108599-7508.html>> Acesso em: 04 set. 2012.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**: relatório de situação. 5. ed. Brasília, 2011b.

_____. **Portaria GM/ MS nº 41 conass**. Minuta da portaria mãe RAS de pessoas com doenças crônicas. Brasília, Nov. 2012.

_____. Secretaria Executiva. **Ministério da Saúde e municípios: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde**. 2. ed. Brasília, 2013 a.

_____. **Portaria nº252, de 19 de fevereiro de 2013b**. Institui a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013b. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>.
Acesso em: 20 out. 2013.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2013c.

BRITO, E. S. V. et al. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 4, p. 413-423, out./dez. 2012.

CECILIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2893-2902, 2012.

CESSE, E. et al. Tendências da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: expansão ou redução. In: FRESSE, E., et al. (Org.). **Epidemiologia, política e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, p. 89-104, 2006.

FARIAS, S. F. **Interesses estruturais na regulação da assistência médico-hospitalar do SUS**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 2007.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E.E., et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

GONDIM, R. et al. Gestão da atenção à saúde: organização da atenção. In: GONDIM, R. et al. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD, Ensp, p.93-120, 2011.

GUIMARÃES, V. L. B. **O processo da regionalização da saúde em Pernambuco na perspectiva da gestão estadual**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

KVALE, S.; BRINKMANN, S. interViews: learning the craft of qualitative research interviewing. Análise de contextualização. In: _____. **KEVAL. Method of Analysis**. 2. ed. Sage, 2009.

LIMA, L. D., et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2881-2892, 2012.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L., et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 107-140, 2008.

MEDEIROS, K. R. **Lei de Responsabilidade Fiscal e despesas com pessoal da saúde: um estudo dos municípios brasileiros**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

MENDES, A. C. G., et al. As doenças crônicas não transmissíveis e o acesso à assistência de alta complexidade: uma análise através dos sistemas de informações assistenciais. In: FRESSE, E., et al.(Org.). **Epidemiologia, política e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Editora Universitária da UFPE, p. 105-119, 2006.

MENDES, E, V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf>. Acesso em: 10 jun 2013.

_____. Oficina de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: oficina II. **Redes de atenção à saúde e regulação assistencial**. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

_____. As redes de atenção à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, Agos. 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011a.

_____. **Modelos de atenção á saúde:** as redes de atenção à saúde. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/6oficinaAPSUS/apresentacaomodeloatenc aosaude.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas: Unicamp, 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2013.
 NAVARRETE, V. M. L., et al. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Revista, **Española de Salud Publica** [online]. Madri, v. 79, n. 6, p. 633-643, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. No communicable diseases: a major health challenge of the 21st century. In: **World health statistics 2012.** [Geneva, 2012]. Part.2: Highlighted topics. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdfTopics> Acesso em: 19 ago. 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização (PDR), 2011.** Versão final Recife, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf>. Acesso em: 22 ago, 2013.

PERNAMBUCO._____.**Plano Estadual de Saúde (PES), 2012-2015.** Versão preliminar. Recife, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.pe.gov.br/arquivos>>. Acesso em: 19 ago.2013.

PERNAMBUCO. _____.**Programação Anual de Saúde (PAS), 2013.** Versão preliminar. Recife, 2013. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/uploads/2013/09/Programa%C3%A7%C3%A3o-Anual-de-Sa%C3%BAde-PAS-2013.pdf>> Acesso em: 22 jan. 2014.

PERNAMBUCO._____.Comitê Gestor Executivo. **Pacto pela saúde ampliar a oferta e a qualidade dos serviços públicos de saúde.** Garanhuns, 2014. Apresentação em power point.

SANTOS, I., et al. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 2876-2880, 2012.

SCHMIDT, M. I. Diabetes Melito: diagnóstico, classificação e abordagem inicial. In: DUNCAN, B. B., et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 669-676, 2006.

SOLLA, J., et al. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L., et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 627-664, 2008.

SOUSA, F. O. S. **O processo de trabalho em saúde e a demanda por assistência especializada na rede básica de saúde do Recife**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

STERMAN, L. H.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N.T., et al. (Orgs.). **Saúde e democracia, história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas: Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

VIANA, A. L. Á., et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido



Ministério da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa "Organização da rede no serviço público de saúde: uma análise sobre a linha de cuidados para o paciente com diabetes na V Regional de Saúde de Pernambuco", que tem como objetivo analisar as condições de acesso e continuidade nos serviços de saúde da V Geres , discutindo o processo de organização da rede de atenção à saúde, tendo Garanhuns, como município polo representante e participante do projeto. Será realizado pela enfermeira Ana Karla de Albuquerque Espinola Moura (pesquisadora responsável), sob orientação da professora Kátia Medeiros.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista sobre o acesso ao serviço de saúde e a continuidade da assistência, de acordo com a linha de cuidado para os pacientes com diabetes, elencando as dificuldades relatadas no caminho percorrido pelo usuário, descrevendo as prioridades nas políticas regionais e locais. A entrevista será gravada, para posterior transcrição. Os dados obtidos com a sua participação sera utilizados para os fins desta pesquisa e para publicação em revista científica, mas garantimos o total sigilo de suas informações pessoais. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o/a Sr/a pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Este estudo não trará nenhum gasto para o (a) Sr.(a); contudo, contribuirá para o melhor conhecimento no acesso à rede, no sistema de saúde.

O (A) Sr.(a) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de denúncias a respeito de alguma questão ética sobre esta pesquisa, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM (Fiocruz Pernambuco), através do telefone (81) 21012639.

Pesquisadora Responsável: ANA KARLA DE ALBUQUERQUE ESPINOLA MOURA

(assinatura)

Endereço: Rua Melquiades Borrego, S/N, Caetés-PE. USF Queimada Grande.

E-mail: f_espinola2@yahoo.com.br; Telefones de contato: (87) 91529862; (87) 37831104.

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa, e concordo voluntariamente em participar.

Nome:.....

Assinatura:.....

Recife,.....de.....de 2013.....

APÊNDICE B- Carta de anuência - V Gerência Regional de Saúde de Pernambuco

**Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
V Gerência Regional de Saúde
Garanhuns - PE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que concordamos em receber Ana Karla de Albuquerque Espínola Moura, mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz na V Gerência Regional de Saúde de Pernambuco, para desenvolver a pesquisa intitulada **ORGANIZAÇÃO DA REDE NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE A LINHA DE CUIDADOS PARA O PACIENTE COM DIABETES NA V REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**, sob a orientação da Professora Doutora Kátia Medeiros, e co orientação da Professora Doutora Paulette Cavalcanti, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM, Fiocruz Pernambuco.

Garanhuns, 14 de Novembro de 2013.

D^{ra} Ricarda Samara
Ger da V Reg de Saúde
Mat 233.662-6

APÊNDICE C - Carta de anuência- Secretaria Municipal de Saúde de Garanhuns



Governo do Município de Garanhuns - PE

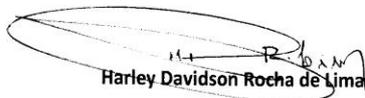
Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins está ciente da realização do Projeto de extensão intitulado: **“ORGANIZAÇÃO DA REDE NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE A LINHA DE CUIDADOS PARA O PACIENTE COM DIABETES NA V REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO”** pela mestranda Ana Karla de Albuquerque Espindola Moura, da Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação da Professora Dr.^a Kátia Medeiros, facultando-lhe a coleta de dados na Secretaria Municipal de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família deste Município.

A realização do estudo está autorizada, desde que a pesquisadora cumpra com os requisitos da Resolução do CNS nº 466/2012 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para fins de pesquisa.

Garanhuns, 14 de Novembro de 2013



Harley Davidson Rocha de Lima

Secretário Municipal de Saúde
Port. 008/2013-GP

Harley Davidson Rocha de Lima
Secretário de Saúde
Port. 008/2013-GP

APÊNDICE D – Parecer do Comitê de Ética



Título do Projeto: "Organização da rede no serviço público de saúde: uma análise sobre a linha de cuidados para o paciente com diabetes na V regional de saúde de Pernambuco".

Pesquisador responsável: Ana Karla de Albuquerque Espinola Moura

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 20/11/2013

Registro no CAAE: 21750113.0.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 522.958

PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 05 de fevereiro de 2017.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 07 de agosto de 2014.

Vice-Coordenador do CEP/CPqAM

APÊNDICE E - Roteiro de questionamento em comum para os entrevistados, na elaboração das entrevistas

- Quais elementos dificultam o acesso dos pacientes diabéticos na rede de atenção à saúde;
- Quais elementos facilitam o acesso dos pacientes diabéticos na rede de atenção à saúde;
- Como ocorre o serviço de regulação;
- Existe comunicação entre os níveis de complexidade;
- Quem coordena os cuidados na rede de atenção à saúde para o paciente diabético;
- Como é o fluxo de atendimento para o paciente diabético;
- Qual o modelo de atendimento realizado para o paciente com diabetes, considerando o grupo das doenças crônicas;
- Quais são as Linhas de cuidados prioritários para o estado e município;
- Que instrumentos normativos são utilizados para a caracterização da rede.

APÊNDICE F- Roteiro de entrevista com um representante municipal de saúde**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO**

Município: População municipal:

Nome: Profissão:

Sexo:

Tempo em que trabalha neste cargo:

Data da entrevista:

Hora de início: Hora da finalização:

Ocupação da pessoa entrevistada:

1. Para que serviços de saúde recorrem os pacientes com diabetes do município, no acesso à assistência de média e alta complexidade?
2. Existe a hierarquização lógica entre a atenção básica prestada aos pacientes com diabetes e as demandas dos seus usuários na atenção à referência municipal ofertada por este município?
3. Como é realizado o percurso dos pacientes com diabetes, desde o acesso ao serviço de saúde até a média e alta complexidade?
4. Pode-se afirmar que através da oferta de serviço de saúde municipal e do Hospital Regional ou Serviço de Referência Regional, os pacientes com diabetes provenientes do município têm acesso aos diferentes níveis de complexidade?
5. Como se estabelece a referência intra e extramunicipal para média e ou alta complexidade para diabetes?
6. Qual vem sendo a participação e ofertas de serviços do sistema municipal de saúde para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde no grupo das DCNTs com foco na diabetes?

7. Entre as esferas de gestão municipal e estadual existe negociação para oferta/demanda de serviços de média e alta complexidade para DCNTs no grupo da diabetes? Que lógica orienta esta organização?

8. Quais os principais desafios, no atual quadro do município, para aconformação da rede de atenção à saúde nos cuidados do paciente com diabetes. Como se pensa superá-los?

APÊNDICE G- Roteiro de entrevista com um representante da V Regional de Saúde

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Profissão:

Sexo:

Tempo em que trabalha neste cargo:

Data da entrevista:

Hora de início: Hora da finalização:

Ocupação da pessoa entrevistada:

1. Como está sendo realizada a linha de cuidado na Regional, quanto à organização e acesso aos serviços de saúde para o paciente com diabetes?
2. Que critérios são utilizados para a regulação do acesso às consultas e exames especializados para diabetes na Regional de Saúde?
3. Qual a disponibilidade da Regional, no processo de atendimento da oferta para os pacientes com diabetes?
4. Como é elaborado o planejamento na V Regional, no que se refere aos recursos para recuperação, readequação, expansão e organização da rede de saúde para diabetes, considerando o grupo das DCNTs?
5. A oferta estabelecida para efetuar os fluxos assistenciais para DCNTs no grupo da diabetes é suficiente para atender a demanda dos municípios?
6. Qual a participação efetiva dos municípios na pactuação intermunicipal para conformação da rede para a diabetes?
7. Como se dá a elaboração de políticas de saúde na organização da rede para o grupo das DCNTs, com foco na diabetes, na V regional?

8. Com relação às estratégias e operacionalização do PDR, como elas ocorrem na V Regional?

Construção e organização na conformação da rede de atenção à saúde para diabetes?

9. Considerando o financiamento na saúde, qual sua opinião sobre os vazios assistenciais para diabetes em Pernambuco, considerando o PDI?

10. Quanto às propostas de implementação da Programação Pactuada e Integrada (PPI), de ações e serviços de saúde para a diabetes em conjunto com os municípios da V Regional, que fatores dificultam a realização da PPI e quais fatores facilitam a implementação?

ANEXO A**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO****SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE****REGIMENTO INTERNO DAS COMISSÕES INTERGESTORAS REGIONAIS****CAPÍTULO I****DA NATUREZA E FINALIDADE**

Art.1º - A Comissão Intergestora Regional da V Região de Saúde (CIR V) instituído através da Resolução CGR V GERES Nº. 1284, DE 1º DE SETEMBRO DE 2008, do Representante Estadual de Saúde/Gestor do SUS tem caráter permanente e é uma instância colegiada de articulação, negociação e pactuação entre os gestores estadual e municipal para regular a operacionalização da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da V Região de Saúde.

CAPÍTULO II**DA COMPOSIÇÃO**

Art. 2º - O Plenário da CIR V é constituído por todos os representantes municipais de saúde desta região e mais representantes da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco da V Região de Saúde.

§1º - A Presidência e a Vice- Presidência da CIR serão exercidas, respectivamente, pelo Gerente da Regional e representante dos Representantes Municipais de Saúde desta Região.

§2º - Os representantes do segmento estadual serão indicados pela Gerência da V Geres

CAPÍTULO III**DA ORGANIZAÇÃO**

Art. 3º - A CIR V GERES tem a seguinte organização:

- I. Plenário;
- II. Câmara Técnica (CT- CIR V);
- III. Coordenação da CIR;
- IV. Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) e,
- V. Secretaria Executiva (SE) da CIR.

Parágrafo Único – A Comissão Permanente de Integração Ensino - Serviço Regional terá Regimento Específico.

CAPÍTULO IV**DO FUNCIONAMENTO**

Art. 4º - O Plenário da CIR V GERES é constituído por todos os representantes municipais de saúde ou seu representante legal desta região e mais representantes da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco da V Regional, em conformidade com o artigo 2º deste regimento.

§ 1º. Os Representantes Municipais e representantes da SES indicam seu suplente.

§ 2º. Participarão das sessões da CIR V Região o plenário, os integrantes da CT-CIR V Região e convidados indicados pelos segmentos que o compõem em conformidade com a pauta;

Art. 5º - As sessões da CIR V Região serão coordenadas de forma bipartite por representantes dos dois segmentos que o conformam indicados como Presidente (V GERES) e Vice-Presidente Regional do COSEMS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

I - As sessões acontecerão mediante a verificação de quorum mínimo de mais de 50% mais um do segmento municipal. As deliberações serão referendadas por consenso.

II - Na ausência do Presidente (Gerente da V GERES) e/ou do Vice-Presidente, a sessão será presidida por qualquer dos seus membros escolhido entre seus pares.

III - Os membros da CIR V GERES serão substituídos caso faltem, sem motivo justificado, a três reuniões consecutivas ou cinco reuniões intercaladas no período de um ano.

IV - Os membros da CIR V GERES poderão ser substituídos mediante solicitação da Gerencia da V GERES ou dos Prefeitos mediante expediente encaminhado à Coordenação da CIR V GERES.

V - As resoluções pactuadas *ad referendum* serão apresentadas na sessão seguinte da CIR V GERES no item Informes e seguirão seus tramites legais.

Art. 6º - O Plenário da CIR V Região reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês e, extraordinariamente, quando convocado pelo Presidente (Gerente da V GERES) e/ou Vice-Presidente Regional do COSEMS.

Parágrafo Único - as sessões ordinárias do Plenário serão agendadas na última sessão de cada ano, quando será pactuado o calendário para o ano seguinte.

Art. 7º - As pautas para as sessões Plenárias da CIR V Região serão elaboradas pela CT- CIR V Região e apresentadas pelo Coordenador da CT-CIR V Região aos gestores com antecedência mínima de uma semana da sessão ordinária, sendo constituída por quatro itens:

- a) Homologação;
- b) Pactuação;
- c) Apresentação e
- d) Informes.

Parágrafo único - A inclusão de outros temas à pauta somente será permitida mediante acordo entre os dois segmentos formadores do CGR V Região. A inclusão está restrita aos itens apresentação, discussão ou informes.

Art. 8º - Os temas a serem pactuados pelo Plenário deverão, necessariamente, ser analisados e fundamentados pela CT- CIR V Região.

§ 1º - as matérias que não encontrarem consenso em nenhuma das versões apresentadas ao Plenário pela CT- CIR V Região serão devolvidas à CT- CIR V Região para reavaliação;

§ 3º - as matérias que exigirem solução imediata ou implicarem em danos ou riscos iminentes à saúde da população em geral ou a de grupos populacionais específicos serão classificadas como urgentes e incluídas à pauta no item discussão e pactuação;

§ 2º - As resoluções pactuadas *ad referendum* serão apresentadas na sessão seguinte da CIR V Região no item Informes e seguirão seus tramites legais;

§3º. As resoluções pactuadas *ad referendum* serão apresentadas na sessão seguinte da CIR V GERES no item Informes e seguirão seus tramites legais.

§ 4º - as matérias classificadas como urgentes serão incluídas e constarão, necessariamente, de todas as pautas subseqüentes até a sua pactuação.

Art. 9 - A CT-CIR V Região é instância permanente de caráter consultivo e de assessoramento da CIR V GERES, tem por finalidade analisar e elaborar pareceres e propostas relativas aos temas em debate e pactuação na CIR V Região, subsidiando as.

Decisões das Comissões Intergestoras Regionais na operacionalização das políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) na V Região.

Art. 10 - A Câmara Técnica da CIR V Região é constituída, paritariamente, por representação de técnicos da V GERES e das Secretarias Municipais de Saúde sob a jurisdição desta Regional.

§ 1º - As entidades integrantes da CIR na forma especificada no art. 2º indicarão oito representantes de cada segmento, que serão formalizados por meio de Resolução.

§ 2º Não haverá indicação de suplentes dado o caráter técnico e sistemático da CT-CIR V Região.

Art.11 – A estrutura organizacional da CT-CGR V GERES, constituída por três áreas temáticas será composta por:

I. Áreas temáticas:

- a) Gestão do SUS (Atenção à Saúde, Planejamento e Gestão e Regulação (4 membros de cada segmento);
- b) Gestão do Trabalho e Educação Permanente (2 membros de cada segmento);
- c) Gestão da Vigilância em Saúde (2 membros de cada segmento)

II. Secretaria Executiva – SE.

Art.12. A plenária poderá constituir Grupos de trabalho.

a. Os Grupos de Trabalho (GT) serão constituídos por técnicos da SES e das SMS indicados pelos representantes de saúde e referendados pelo plenário da CIR. A depender da necessidade, poderão ser convidadas instituições de notório saber para demandas específicas.

b. Os GT serão acompanhados pela CT- CIR V Região.

c. Os GT têm por finalidade analisar, propor medidas e acompanhar os assuntos, projetos, programas e ferramentas de operacionalização da política de regionalização/descentralização pautadas e pactuadas pelo Plenário da CIR V Região.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

d. Os GT têm por finalidade analisar, propor medidas e acompanhar os assuntos, projetos, programas e ferramentas de operacionalização da política de regionalização/descentralização pautadas e pactuadas pelo Plenário da CIR V Região.

Art.13 - A Secretaria Executiva da CIR tem por finalidade prestar o apoio administrativo necessário ao pleno funcionamento da Comissão e seus componentes.

- I. Convocar as sessões da CIR e CT- CIR V Região;
- II. Organizar e secretariar as sessões da CT- CIR V Região;
- III. Elaborar as resoluções da CIR V Região.

Art. 14 - Compete à Coordenação da Câmara Técnica:

- I - Convocar e coordenar as reuniões do Plenário da Câmara Técnica;
- II – Analisar e dar encaminhamentos necessários às correspondências dirigidas à Câmara Técnica, bem como distribuir pautas para emissão de pareceres;
- III - Articular-se com os setores envolvidos quanto às proposições em questão, cabendo-lhes convocar representantes quando necessário;
- IV – Elaborar a Pauta das Reuniões;

Art.15. A CT- CIR V Região reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês antes da sessão ordinária do CIR V Região e, extraordinariamente, quando convocada por qualquer um dos coordenadores técnicos bipartite, não excedendo a duas sessões mensais.

§ 1º - O quorum mínimo para iniciar os trabalhos da CT-CIR V Região será de seis membros, sendo no mínimo 01 por área temática de cada segmento.

§ 2º - A ausência de qualquer dos membros da CT - CIR V Região em espaços de discussão e pactuação (Plenário da CIR V GERES, CT- CIR V GERES, GT e Comissões Temáticas) no período de três sessões consecutivas da mesma implicará na solicitação de sua substituição ao segmento que representa pela Coordenação da CIR V Região.

§ 3º - Os temas para apreciação da CT- CIR V Região deverão ser enviados à Secretária Executiva da CIR V Região até sete dias antes da reunião da CIR.

§ 4º - A pauta da CT- CIR V GERES será elaborada pela Secretaria Executiva da CIR V GERES em conjunto com a Coordenação da CIR V GERES e enviada com antecedência mínima de quarenta e oito horas e aos demais componentes da CIR V GERES pela Secretaria Executiva da CT - CIR V GERES.

§ 5º - Os pareceres e propostas elaborados pela CT devem, quando possível, representar o consenso entre os membros desta. Quando não for possível, os Coordenadores da CT devem apresentar as propostas alternativas aos respectivos gestores, que decidirão pela inclusão, ou não, dos cenários alternativos à pauta da CIR V Região.

§ 6º - A pauta da CT- CIR V Região será constituída por cinco itens:

- a) Leitura e apreciação de demandas recebidas;
- b) Distribuição das demandas para os GT e pactuação dos prazos para retorno dos produtos à CT- CIR V GERES, quando couber;



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

- c) Acompanhamento das demandas desenvolvidas pelos GT, quando couber;
- d) Avaliação dos produtos provenientes dos GT, quando couber, e
- e) Discussão e proposição de pontos de pauta da CIR V Região.

Art.16 - A V GERES garantirá os meios administrativos necessários ao adequado funcionamento da SE, da CIR, da CT e dos GT formados pelo Plenário da CIR V Região.

**CAPÍTULO V
DAS COMPETÊNCIAS**

Art.17 - Compete a CIR V Região:

- I. Formular e definir diretrizes e estratégias para implementar a regionalização, enquanto estratégia de qualificação da descentralização do SUS.
- II. Promover o intercâmbio de informações entre a SES – V GERES e as SMS para o fortalecimento dos processos de descentralização, regionalização e pactuação;
- III. Promover a articulação, negociação e pactuação entre a Secretaria de Estado da Saúde - SES - V GERES e as Secretarias Municipais de Saúde - SMS para a regulamentação e a operacionalização das políticas de saúde no âmbito da Região de Saúde;
- IV. Atuar como foro de elaboração e pactuação de instrumentos, parâmetros, mecanismos de implementação e regulamentações complementares nos aspectos comuns a esta região;
- V. Promover e apoiar processos de qualificação permanente das CT;

- I. Pactuar os instrumentos de planejamento do SUS;

Art. 18 - Compete à Presidência e Vice-Presidência da CIR V Região:

- I. Convocar e Coordenar as sessões Plenárias;
- II. Supervisionar o funcionamento da SE; CT e Componentes;
- III. Aprovar a versão final da pauta.

Art. 19 - Compete à Câmara Técnica (CT – V Região):

- I – Coordenar, propor, acompanhar e avaliar os trabalhos das Comissões Temáticas e Grupos de Trabalho;
- II - Elaborar a pauta das reuniões do Plenário da CIR V GERES;
- III - Desenvolver estudos e análises com vistas a assessorar e subsidiar o Plenário da CIR V GERES na discussão da política no âmbito do SUS/PE;
- IV – Participar das reuniões do Plenário e assessorar os membros da CIR V GERES no desenvolvimento dos trabalhos;
- V – Formular propostas de estratégias para implementação das políticas no SUS, como subsídio às deliberações da CIR V GERES;
- VI – Promover o intercâmbio de informações com outras Câmaras Técnicas, em temas correlatos;
- VII- Promover, apoiar e participar dos processos de qualificação de educação permanente das Câmaras Técnicas.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.20 – As decisões da CIR V Região serão encaminhadas à CIB-PE através de resolução assinada de forma bipartite.

Art. 21 – Os casos omissos serão resolvidos pelo Plenário da CIR V Região. Se alguma das partes necessitarem recorrer das decisões tomadas, poderá encaminhar a questão à CIT.

Art.22 – As questões não acordadas poderão ser encaminhadas por qualquer uma das partes à CIB/PE.

Art. 23. Este regimento só poderá ser alterado em parte ou no seu todo, em sessão expressamente convocada para este fim.

Garanhuns, 15 de Fevereiro de 2012