

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Aline de Carvalho Amand Pilar

**Estratégias e Instrumentos de Governança das Redes de Atenção às Pessoas com
Diabetes na Região de Saúde Metropolitana II do Estado do Rio De Janeiro.**

Rio de Janeiro

2021

Aline de Carvalho Amand Pilar

Estratégias e Instrumentos de Governança das Redes de Atenção às Pessoas com Diabetes na Região de Saúde Metropolitana II do Estado do Rio De Janeiro.

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidados em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Luciana Dias de Lima.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Governance Strategies and Instruments of Care Networks for People with Diabetes in the Metropolitan Health Region II of the State of Rio de Janeiro.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

P637e Pilar, Aline de Carvalho Amand.
Estratégias e instrumentos de governança das redes de atenção às pessoas com diabetes na Região de Saúde Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro / Aline de Carvalho Amand Pilar. — 2021.
166 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadora: Luciana Dias de Lima.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Atenção à Saúde - organização & administração. 2. Governança. 3. Diabetes Mellitus. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Regionalização. 6. Conselhos de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.462

Aline de Carvalho Amand Pilar

Estratégias e Instrumentos de Governança das Redes de Atenção às pessoas com Diabetes na região de Saúde Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidados em Saúde.

Aprovada em: 01 de outubro de 2021.

Banca Examinadora

Prof^ª. Dra Ana Luiza d'Ávila Viana
Universidade Estadual de Campinas

Prof^ª. Dra Patty Fidelis de Almeida
Universidade Federal Fluminense

Prof^ª. Dra Adelyne Maria Mendes Pereira
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^ª. Dra Sheyla Maria Lemos Lima
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^ª. Dra Luciana Dias de Lima
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Orientadora)

Rio de Janeiro

2021

AGRADECIMENTOS

À minha família por todo apoio e compreensão. Em especial ao meu amigo, companheiro e marido Victor e à minha filha Letícia, que iluminam meu caminho.

À minha querida orientadora Kalu, que me guiou na condução da pesquisa, pela paciência e pela orientação. Agradeço por todo o aprendizado durante as aulas ministradas, ao planejamento docente, à oportunidade de pesquisarmos juntas e pelo apoio na superação de desafios tão intensos no decorrer do curso.

Aos amigos e às amigas da turma, que vivenciamos momentos emocionantes, fizemos importantes discussões nas disciplinas, compartilhamos momentos dramáticos e alegres.

Às professoras membros da banca de qualificação e da banca examinadora por contribuírem com valiosas sugestões para esta pesquisa.

Às professoras e aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública, que ministraram excelentes aulas e proporcionaram ricas discussões para a saúde pública. Aos funcionários da ENSP que sempre atendem às solicitações e apoiam a construção desse curso.

Aos participantes da pesquisa que aceitaram fazer parte dela e pela contribuição dada.

Muito obrigada!

Não me Peçam Razões...

*Não me peçam razões, que não as tenho,
Ou darei quantas queiram: bem sabemos
Que razões são palavras, todas nascem
Da mansa hipocrisia que aprendemos.*

*Não me peçam razões por que se entenda
A força de maré que me enche o peito,
Este estar mal no mundo e nesta lei:
Não fiz a lei e o mundo não aceito.*

*Não me peçam razões, ou que as desculpe,
Deste modo de amar e destruir:
Quando a noite é de mais é que amanhece
A cor de primavera que há-de vir.*

SARAMAGO
Os Poemas Possíveis, 1997, p. 126

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo central a análise das estratégias e dos instrumentos de governança regional das redes de atenção à saúde das pessoas com *Diabetes Mellitus tipo 2*. Para tal foi realizada pesquisa exploratória e qualitativa por meio da revisão narrativa da literatura e estudo de caso, que contou essencialmente com a pesquisa documental e entrevistas com atores-chave das gestões estadual e municipal, e da associação de pessoas com diabetes na região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Foi possível discutir aspectos conceituais relacionados à governança regional das redes de atenção às pessoas com diabetes; identificar os desafios para o desenvolvimento de redes de atenção às pessoas com diabetes; mapear o contexto do sistema de saúde para a atenção à saúde das pessoas com DM na região de saúde; caracterizar as estruturas, espaços de decisão e instrumentos preponderantes dessa governança e discutir limites e avanços da governança regional das redes de atenção à saúde das pessoas com DM. Foram apontados importantes desafios dessa governança considerando-se o contexto da situação de saúde, a coordenação de políticas regional e a integração assistencial, nos níveis estadual, regional e municipal. A governança regional das redes de atenção às pessoas com diabetes foi bastante incipiente na região de saúde. Os principais limites da governança regional das redes estão relacionados a questões estruturais, como o financiamento e a gestão em saúde, alterações nas políticas de saúde e os avanços envolvem a diminuição da mortalidade por diabetes na região, aumento da cobertura populacional da APS em alguns municípios, participação de municípios de médio e baixo desenvolvimento à nível regional, discussão de experiências municipais com a APS, presença da associação de pessoas com DM na região. Contudo é preciso maior fortalecimento da coordenação e cooperação entre os municípios da região, com gestão compartilhada de recursos e estruturas, além de organizar as redes de atenção às pessoas com diabetes na região com vista a ações integradas, sistêmicas em saúde e fortalecimento da APS. Apesar dos intensos desafios identificados, a estratégia de governança das redes de atenção às pessoas com diabetes pode ser um importante meio de superar as fragilidades municipais e fortalecer as ações regionais.

Palavras-chave: governança regional das redes de atenção à saúde, governança em saúde, redes de atenção à saúde, diabetes.

ABSTRACT

This research aims to analyse governance strategies and regional instruments of healthcare networks for people with type 2 *Diabetes Mellitus* type 2. For this purpose, an exploratory and qualitative research was carried out through a narrative review of the literature and a case study, which had essentially a documental research and interviews with key actors of the state and municipal administrations, and association of people with diabetes in the Metropolitan Region II of the State of Rio de Janeiro. It was possible to discuss conceptual aspects related to the regional governance of care networks for people with diabetes; identify the challenges for the development of these health networks; map the context of the health system for the health care of people with DM in the health region; characterize the structures, decision spaces and preponderant instruments of this governance and discuss limits and advances in the regional governance of healthcare networks for people with DM. Important challenges of this governance were pointed out, considering the context of the health situation, the coordination of regional policies and care integration, at the state, regional and municipal levels. The regional governance of care networks for people with diabetes was quite incipient in the health region. The main limits of regional governance of networks are related to needs, such as financing and health management, changes in health policies and the advances involving the reduction of mortality from diabetes in the region, the increase in population coverage of PHC in some municipalities, participation of medium and low-developed municipalities at regional level, discussion of municipal experiences with PHC, presence of the association of people with DM in the region. However, greater coordination and cooperation is needed between municipalities in the region, with shared management of resources and structures, in addition to organizing the care networks for people with diabetes in the region with a view to integrated, systemic health actions and strengthening of PHC. Despite the intense challenges identified, governance strategy for care networks for people with diabetes can be an important means of overcoming municipal weaknesses and strengthening regional actions.

Keywords: regional governance of health care networks, health governance, health care networks, diabetes.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Matriz de coleta, sistematização de informação e análise da Governança das Redes de Atenção às pessoas com DM.....	31
Quadro 2 -	Classificação dos municípios da Região Metropolitana II.....	33
Quadro 3 -	Fontes documentais da pesquisa: Atas das reuniões e/ou deliberações dos órgãos colegiados, 2013 a 2020.....	35
Quadro 4 -	Fontes documentais da pesquisa: planos de saúde estadual, regionais e municipais, 2012 a 2021.....	36
Figura 1 -	Principais leis e normativas relacionadas às comissões e aos conselhos de saúde do SUS.....	41
Quadro 5 -	Modelos estruturais da Regionalização em países de alta renda.....	43
Quadro 6 -	Principais políticas que influenciaram as Redes de Atenção à Saúde no Brasil, 1988 a 2020.....	48
Quadro 7 -	Políticas, planos, programas e/ou ações relacionados à atenção das pessoas com DM no Brasil.....	60
Quadro 8	Posição ocupada por municípios conforme PIB, PIB per capita municipal, Metropolitana II e Estado do Rio de Janeiro, 2018.....	67
Gráfico 1 -	Pirâmide etária do Estado do Rio de Janeiro e da Região Metropolitana II, 2010 e 2020.....	68
Gráfico 2 -	Taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e por diabetes no Estado do Rio de Janeiro e na Metropolitana II, 2013 a 2019.....	70
Gráfico 3 -	Variação das Taxas de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e por diabetes nos municípios da Metropolitana II, 2013 a 2019.....	70
Gráfico 4 -	Percentual de internações por <i>Diabetes Mellitus</i> no Estado do Rio de Janeiro e na Região Metropolitana II, 2013 a 2020.....	71
Quadro 9 -	Características demográficas, epidemiológicas e de saúde da Metropolitana II.....	72
Gráfico 5 -	Tipos de estabelecimentos de saúde no Estado do Rio de Janeiro e Região Metropolitana II, 2021.....	73
Gráfico 6 -	Distribuição dos estabelecimentos de saúde segundo tipo de	

	atendimento por municípios da região Metropolitana II, 2021.....	73
Gráfico 7 -	Estabelecimentos de saúde segundo nível de atenção por municípios da Metropolitana II, 2021.....	74
Gráfico 8 -	Distribuição dos Estabelecimentos de saúde segundo esfera jurídica por municípios da Região Metropolitana II, 2021.....	74
Quadro 10 -	Principais estabelecimentos para tratamento do diabetes na Metropolitana II, 2013 a 2020.....	75
Gráfico 9 -	Percentual da produção hospitalar ligada ao tratamento do diabetes por esfera jurídica e por município, 2013 a 2020.....	76
Gráfico 10 -	Produção ambulatorial para tratamento do diabetes por município, 2013 a 2020.....	76
Gráfico 11 -	Percentual da cobertura populacional estimada para ESF e AB no ERJ e na Metropolitana II, julho de 2013 a julho de 2020.....	77
Quadro 11 -	Características da APS nos municípios da Metropolitana II, de 2013 a 2020.....	78
Gráfico 12 -	Número de pessoas com diabetes atendidas (individual por condição) no Estado do Rio de Janeiro e na Região de saúde Metropolitana II, 2014 a 2020.....	80
Gráfico 13 -	Relação entre número de internações hospitalares por diabetes e cobertura populacional estimada na atenção básica por municípios, 2013 a 2020.....	81
Gráfico 14 -	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada por quadrimestre de 2018 a 2020.....	82
Gráfico 15 -	Financiamento em saúde pelo governo estadual no período de 2013 a 2019 por subfunção e percentual aplicado em ASPS.....	84
Gráfico 16 -	Percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços de saúde pública (LC141/2012)	85
Quadro 12 -	Recursos próprios e transferências federais por municípios da Região Metropolitana II, 2013 a 2020.....	86
Gráfico 17 -	Gastos em saúde segundo subfunção por municípios da Região Metropolitana II, 2013 a 2019.....	87
Quadro 13 -	Relação dos secretários estaduais de saúde e governadores do Estado	

	do Rio de Janeiro, 2013 a 2021.....	88
Quadro 14 -	Presidentes do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro, 2013 a 2020.....	90
Quadro 15 -	Principais características das organizações e espaços decisórios do SUS na Região de Saúde Metropolitana II e no Estado do RJ: descrição, função, composição, organização, reuniões.....	91
Gráfico 18 -	Frequência das principais organizações por segmentos nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde, agosto de 2014 a março de 2020.....	94
Gráfico 19 -	Principais temas discutidos nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde, agosto de 2014 a março de 2020.....	95
Gráfico 20 -	Redes de saúde identificadas nas pautas das reuniões do Conselho Estadual de Saúde, agosto de 2014 a março de 2020.....	96
Gráfico 21 -	Áreas da Secretaria Estadual de Saúde presentes nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite, fevereiro de 2013 a maio de 2020.....	98
Gráfico 22 -	Principais temas discutidos nas pautas das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite, fevereiro de 2013 a maio de 2020.....	98
Gráfico 23 -	Redes de saúde identificadas nas pautas das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite, janeiro de 2013 a maio de 2020.....	99
Gráfico 24 -	Áreas da Secretaria Estadual de Saúde presentes nas reuniões da Comissão Intergestores Regional, fevereiro de 2013 a janeiro de 2020..	101
Gráfico 25 -	Principais temas discutidos nas reuniões da Comissão Intergestores Regional, fevereiro de 2013 a janeiro de 2020.....	101
Gráfico 26 -	Redes de saúde identificadas nas pautas das reuniões da Comissão Intergestores Regional, fevereiro de 2013 a janeiro de 2020.....	102
Gráfico 27 -	Principais temas das deliberações do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro, 2013 a 2020.....	103
Gráfico 28 -	Frequência dos secretários estaduais de saúde por gestão na Comissão Intergestor Bipartite e no Conselho Estadual de Saúde, 2013 a 2020.....	104
Gráfico 29 -	Participação das áreas da Secretaria Estadual de Saúde nas reuniões da Comissão Intergestora Bipartite e da Comissão Intergestora Regional, 2013 a 2020.....	105
Gráfico 30 -	Frequência dos secretários municipais de saúde por gestão nas reuniões	

	das Comissões Intergestores Bipartite e Regional, 2013 a 2020.....	106
Gráfico 31 -	Temas identificados nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde, 2014 a 2020; da Comissão Intergestora Bipartite e da Comissão Intergestora Regional e nas deliberações do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, 2013 a 2020.....	107
Quadro 16 -	Planos estaduais e regionais de saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2012 a 2020.....	112
Quadro 17 -	Relação dos secretários municipais de saúde e prefeitos de Niterói, Maricá e Tanguá, 2013 a 2021.....	114
Quadro 18 -	Síntese dos conselhos municipais de saúde: descrição, função, composição, organização, reuniões.....	115
Gráfico 32 -	Frequência das principais organizações por segmentos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Niterói, fevereiro de 2013 a maio de 2020.....	117
Gráfico 33 -	Áreas da Secretaria Municipal de Saúde presentes nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Niterói, fevereiro de 2013 a maio de 2020.....	119
Gráfico 34 -	Principais temas discutidos nas pautas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Niterói, fevereiro 2013 a maio de 2020.....	120
Gráfico 35 -	Redes de saúde identificadas nas pautas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Niterói, fevereiro de 2013 a maio de 2020.....	121
Gráfico 36 -	Frequência das principais organizações por segmentos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Maricá, janeiro de 2013 a dezembro de 2019.....	122
Gráfico 37 -	Áreas da Secretaria Municipal de Saúde presentes nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Maricá, janeiro de 2013 a dezembro de 2019.....	123
Gráfico 38 -	Principais temas discutidos nas pautas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Maricá, janeiro de 2013 a dezembro de 2019.....	124
Gráfico 39 -	Redes de saúde identificadas nas pautas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Maricá, janeiro de 2013 a dezembro de 2019.....	125
Gráfico 40 -	Frequência das principais organizações por segmentos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Tanguá, janeiro de 2013 a março de	

2020.....	126
Gráfico 41 - Áreas da Secretaria de saúde presentes nas reuniões do Conselho municipal de saúde de Tanguá, janeiro de 2013 a março de 2020.....	127
Gráfico 42 - Principais temas discutidos nas pautas das reuniões do Conselho municipal de Tanguá, janeiro de 2013 a março de 2020.....	128
Gráfico 43 - Redes de saúde identificadas nas pautas das reuniões do Conselho municipal de saúde de Tanguá, janeiro de 2013 a março de 2020.....	129
Gráfico 44 - Principais representações dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde de Niterói, Maricá e Tanguá.....	131
Gráfico 45 - Temas identificados nas reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde, Niterói, Tanguá e Maricá.....	132
Quadro 19 - Síntese dos planos municipais de saúde: período, matriz do plano e atenção às pessoas com diabetes.....	134
Quadro 20 - Mapeamento dos limites e avanços da Governança das redes de atenção às pessoas com DM na Metropolitana II segundo dimensões e subdimensões da pesquisa.....	144

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Frequência dos secretários de saúde estadual nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde por gestão estadual, agosto de 2014 a março de 2020.....	93
Tabela 2 -	Frequência dos secretários de saúde estadual nas reuniões da Comissão Intergestora Bipartite por gestão estadual, fevereiro de 2013 a maio de 2020.....	96
Tabela 3 -	Frequência dos secretários municipais de saúde nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite por período de gestão, fevereiro de 2013 a maio de 2020.....	97
Tabela 4 -	Frequência dos secretários municipais de saúde e suplentes nas reuniões da Comissão Intergestores Regional da Metropolitana II por período de gestão, fevereiro de 2013 a janeiro de 2020.....	100
Tabela 5 -	Frequência dos secretários de saúde municipais nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Niterói por gestão municipal, fevereiro de 2013 a maio de 2020.....	119
Tabela 6 -	Frequência dos secretários de saúde municipais nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Maricá por gestão municipal, janeiro de 2013 a dezembro de 2019.....	123
Tabela 7 -	Frequência dos secretários de saúde municipais nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Tanguá por gestão municipal, janeiro de 2013 a março de 2020.....	128

LISTA DE ABRVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ADA	<i>American Diabetes Association</i>
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
ADIFAT	Associação de Diabéticos e Familiares de Tanguá
ADRETERJ	Associação dos renais e transplantados do Estado do Rio de Janeiro
AFAC	Associação Fluminense de Amparo aos Cegos
AFARJ	Associação dos Falcêmicos e Talassêmicos do Rio de Janeiro
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AM	Associação de Moradores
AMF	Associação Médica Fluminense
ANDEF	Associação Niteroiense dos Deficientes Físicos
APS	Atenção Primária à Saúde
ASPLAN	Assessoria de Planejamento
ASPMSN	Associação dos Servidores Públicos do Município de Niterói
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
ASSERVISA	Associação dos Servidores da Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro
BM	Banco Mundial
CAPs	Centro de Atenção Psicossocial
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CCM	<i>Chronic Care Model</i>
CCSR	Conselho Comunitário de Saúde Regional
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CER	Central de Regulação
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF 88	Constituição Federal de 1988
CH	Carga horária
CIB	Comissão Intersetorial Bipartite
CIES	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissão Intersetorial Regional

CIRPE	Centro Integrado de Reabilitação de Pessoas
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COM	Organização Não Governamental Cidadania e Movimento
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CONLESTE	Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento da Região Leste Fluminense
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CORHU	Coordenação de Recursos Humanos
Cosems	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFONO	Conselho Regional de Fonoaudiologia
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
CRO	Conselho Regional de Odontologia
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DECAU	Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DM2	<i>Diabetes Mellitus</i> tipo 2
DRC	Doença Renal Crônica
EC	Emenda Constitucional
EMUSA	Empresa Municipal de Moradia, Urbanização e Saneamento
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
ESF	Estratégia de Saúde da Família
E-SIC	Sistema de Informação ao Cidadão
FAFERJ	Federação das Associações de Favelas do Rio de Janeiro
FAMNIT	Federação das Associações de Moradores de Niterói
FEMERJ	Federação das Misericórdias, Entidades Filantrópicas e Beneficentes do Estado do Rio de Janeiro

FINDRISC	<i>Finnish Diabetes Risk Score</i>
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
GCE	Grupo Condutor Estadual
GCR	Grupo Condutor Regional
GDN	Grupo Diversidade Niterói
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEDE	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia
IMC	Índice de Massa Corpórea
INAC	Ingá Núcleo de Ação Comunitária
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
JUG	<i>Joined-up Government</i>
LC	Linha de Cuidado
LDL	<i>Low Density Lipoprotein</i>
M2	Metropolitana 2
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
MORHAN	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NDVS	Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NPH	<i>Neutral Protamine Hagedorn</i>
OAB-RJ	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAHI	Programa de Apoio aos Hospitais do Interior
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PES	Plano Estadual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNPS	Política Nacional da Promoção da Saúde
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PP	Partido Progressista
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRI	Planejamento Regional Integrado
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica
PSC	Partido Social Cristão
PSL	Partido Social Liberal
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PV	Partido Verde
Raps	Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
RPDC	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
RS	Região de Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

SASERJ	Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado Do Rio De Janeiro
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde
SEMPAS	Secretaria Municipal de Participação Social
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SF	Saúde da Família
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINDENFRJ	Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Rio de Janeiro
SINDMED	Sindicato dos Médicos
SINDPREVS	Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência do Serviço Público Federal
SINFERJ	Sindicato dos Fonoaudiólogos do Estado do Rio de Janeiro
SINFITO	Sindicato dos Fisioterapeutas
SINTRASEF	Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Federal no Estado do Rio de Janeiro
SINTUFF	Sindicato dos Trabalhadores em Educação da Universidade Federal Fluminense
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SIS-HiperDia	Sistema de Informação de Hipertensos e Diabéticos
SISREG	Sistema de Regulação
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	Taxa de Mortalidade
TME	Taxa de Mortalidade Específica
TRS	Terapia Renal Substitutiva
Tx	Taxa
UBM	União Brasileira de Mulheres

UBS	Unidade Básica de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USPA	Associação de Proteção dos Animais
VIPACAF	Vice Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família
VIPAHE	Vice Presidência de Atenção Hospitalar
WOG	<i>Whole-of-Government</i>
WOS	<i>Whole-of-Society</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
2	CAMINHO METODOLÓGICO.....	27
3	GOVERNANÇA REGIONAL EM SAÚDE.....	38
3.1	O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO E CONFORMAÇÃO DAS REDES DE SAÚDE.....	42
3.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO E DA CONFORMAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS.....	45
4	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DIABETES: DESAFIOS E ESPECIFICIDADES PARA SUA ORGANIZAÇÃO.....	54
4.1	ASPECTOS GERAIS SOBRE O DIABETES.....	54
4.2	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO DIABETES NO SUS.....	58
5	O CONTEXTO DA REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA II.....	67
5.1	CARACTERÍSTICAS GERAIS.....	67
5.2	CARACTERÍSTICAS DA REDE DE SAÚDE REGIONAL.....	72
6	ESTRUTURAS E INSTRUMENTOS DE GOVERNANÇA REGIONAL..	88
6.1	CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES E ESPAÇOS DECISÓRIOS.....	89
6.1.1	Conselho Estadual de Saúde.....	93
6.1.2	Comissão Intergestores Bipartite.....	96
6.1.3	Comissão Intergestores Regional.....	99
6.1.4	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro.....	103
6.1.5	Organizações e discussões em âmbitos estadual e regional.....	104
6.2	PLANEJAMENTO E GESTÃO.....	107
7	ESTRUTURAS E INSTRUMENTOS DE GOVERNANÇA MUNICIPAL	114
7.1	CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES E ESPAÇOS DECISÓRIOS	114
7.2	PLANEJAMENTO E GESTÃO.....	132
8	GOVERNANÇA REGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DIABETES: LIMITES E AVANÇOS.....	136
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
	REFERÊNCIAS.....	148

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS.....	158
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	161

1. INTRODUÇÃO

A governança ganhou destaque na literatura a partir de meados da década de 1970 com algumas publicações na área das ciências sociais e principalmente na década de 2000 quando houve um crescente interesse acadêmico. Isso se deu sobretudo pela ideia de mudança embutida na governança, em consonância com a atual sociedade de mudança ou de transformação (LEVI-FAUR, 2012). Contudo, o termo governança apresenta significados múltiplos e até ambíguos.

A partir dos anos de 1990, o termo governança disseminou-se nos países da América Latina como sinônimo de boa gestão, ou seja, um modo de governar em conformidade com a discussão internacional sobre reformas do Estado e da administração pública. Essa conotação teve forte influência especialmente do Banco Mundial e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (MARQUES, 2016), utilizando a governança de forma bastante prescritiva como sinônimo de gestão para o desenvolvimento (FREY, 2008).

A governança em saúde pode ser entendida de forma geral como a ação de governar, envolvendo diferentes atores na formulação, implantação e controle de políticas públicas (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2016). Dentre os diversos conceitos de governança, nesta pesquisa adotou-se a concepção de governança das redes de saúde, ou seja, a ação de organizar as políticas, os serviços e as ações em saúde, envolvendo diferentes atores e contextos com vistas à cooperação e à superação dos problemas locais.

No Sistema Único de Saúde (SUS) há diferentes instituições públicas e privadas que conformam a governança em saúde e influenciam as políticas de saúde. Os arranjos institucionais do SUS foram criados a fim de fortalecer uma política de caráter nacional, dado um cenário federativo e democrático. As ações e as responsabilidades relacionadas ao sistema de saúde cabem aos três entes federativos: União, estados e Distrito Federal, e municípios, que deveriam atuar com uma lógica de gestão compartilhada e solidária.

Há diferentes foros de negociação e pactuação, quanto aos aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada foram criados no SUS, como Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), assim como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde, visando à maior articulação entre municípios e estados, como Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselhos de Secretarias Municipais (Cosems). Os conselhos de saúde, nacional, estaduais e municipais, também

foram instituídos no SUS como órgãos permanentes e deliberativos, para a fiscalização e o controle das ações e serviços de saúde, reforçando o caráter democrático e de participação social.

Além dessas instituições, há outros grupos e organizações do mercado (empresas, corporações) e da sociedade civil (organizações não governamentais e movimentos sociais), com conexões e interdependências diversas com os governos, na gestão e provisão de serviços de saúde, e que influenciam as políticas de saúde.

Essa multiplicidade de instituições, entes governamentais e não governamentais, com diferentes intenções, cujas lógicas político, econômica e administrativa nem sempre estão em consonância com a visão sistêmica, universal, integral e regionalizada da organização das ações e dos serviços em saúde, constitui um dos grandes desafios da governança em saúde.

Com relação à organização dos sistemas e dos serviços de saúde, as redes de saúde têm sido apontadas como a principal estratégia a fim de superar a fragmentação estrutural e otimizar os “gastos em saúde”¹, o que enfatiza a necessidade de integração e coordenação de políticas, serviços e ações, e de aproximação de diversos atores visando ao alcance de objetivos comuns.

No Brasil, houve maior ênfase no processo de regionalização e na conformação de redes de serviços de saúde a partir dos anos 2000, quando ganhou destaque na agenda da política nacional de saúde. Na adoção das redes de serviços integradas ou do sistema de saúde integrado, a política de saúde, por meio de resoluções, diretrizes e normas ao longo da década de 2000 agregou certas concepções de redes para a organização do SUS sob influências internacionais (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Desde o ano de 2010, a política de saúde adota o conceito da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, a fim de garantir a integralidade do cuidado, serviços de saúde com qualidade, responsabilidade e humanizados (BRASIL, 2010). Posteriormente, houve a introdução das redes temáticas, priorizando grupos populacionais e agravos específicos para a organização do sistema de saúde.

De uma forma geral, os estudos sobre a governança em saúde apontam a necessidade de desenho institucional e organização dos diversos grupos sociais para o acompanhamento e

¹ Utiliza-se gastos entre aspas pela argumentação de que os recursos financeiros aplicados na saúde devem ser considerados investimentos, ao compreender que a saúde, assim como outras áreas sociais, possibilita a eficiência econômica e equidade social de um país. Sobre o paradigma de investimento social ver Hemerijck (2017).

a implementação das políticas de saúde, ainda incipientes ou frágeis do ponto de vista local, regional ou nacional (AZEVEDO; ANASTASIA, 2002; SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Por um lado, os estudos sobre as Redes de Atenção à Saúde apontam que há ausência de longitudinalidade e integralidade no cuidado (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017; SANTOS; GIOVANELLA, 2016), bem como há frágil gestão dos estados e municípios na regionalização e na conformação das redes de saúde (MELLO et al., 2017). Por diversas razões, pode-se afirmar que a configuração de RAS, como forma de organização do SUS, ainda é incipiente e não permitiu a integração sistêmica das ações, dos serviços e das políticas de saúde tal como proposto na política brasileira (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

Outros estudos apontam avanços com relação à Rede de Saúde com a coordenação do cuidado pela expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), à oferta de serviços especializados, aos sistemas de regulação e contratação de serviços, ao desenvolvimento de instrumentos para a coordenação clínica e informacional, entre outros (VIANA et al., 2018), contudo, reconhecem que estes avanços ainda são insuficientes, considerando principalmente a atenção às pessoas com condições crônicas.

Além das questões que envolvem a governança das redes de saúde, como a complexa relação entre diversos atores e contextos para a organização dos serviços de saúde, há o atual desafio da transição epidemiológica e demográfica, traduzida pelo envelhecimento da população aliado ao aumento das condições crônicas. Esse último, demanda o acompanhamento permanente e a incorporação de novas modalidades de atenção, desafiando a organização dos sistemas de saúde.

As condições crônicas são problemas de saúde persistentes que requerem cuidado contínuo por anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Incluem doenças transmissíveis como HIV/AIDS e não transmissíveis como *Diabetes Mellitus* (DM), incapacidades estruturais ou deficiências físicas oriundas de acidentes de trânsito, distúrbios mentais de longo prazo como a esquizofrenia, entre outros agravos e doenças.

A partir de meados do Século XX, tais condições apresentaram um significativo aumento de prevalência no mundo devido a diferentes fatores, entre os quais se destacam a urbanização intensa e as mudanças de consumo e estilos de vida, que ampliaram o uso de produtos nocivos à saúde, como, por exemplo, tabaco, álcool e alimentos industrializados.

Essas condições crônicas causam grande impacto social e econômico, principalmente nos países de baixa e média rendas. Seus efeitos estão relacionados à diminuição da qualidade de vida dos indivíduos, às elevadas despesas pessoais com serviços médicos, à redução da atividade laboral e à perda de emprego, além da oneração dos sistemas de saúde com o

aumento dos custos dos serviços de saúde (IBGE, 2013; MENDES, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Esses aspectos reforçam a necessidade de (re)organização dos sistemas de saúde para o enfrentamento adequado dessas condições.

O DM, sobretudo o tipo 2, é uma importante condição crônica, multifatorial, que causa grande impacto social e econômico para o indivíduo, a família e a sociedade. O gerenciamento dessa condição é complexo, necessitando de formulação de políticas e desenvolvimento de ações de saúde integradas desde a promoção da saúde e prevenção dessa condição, passando pelo tratamento e reabilitação por possíveis complicações.

Sendo assim, é necessário refletir sobre a governança das redes de saúde, em especial para as redes de atenção às pessoas com diabetes tipo 2, considerando a complexidade das relações entre Estado, organizações do mercado e sociedade no contexto da saúde globalizada, e a urgência da reorganização do sistema de saúde para atender às necessidades da população frente às transições epidemiológica e demográfica em curso.

Diante do exposto, as seguintes questões nortearam a pesquisa: Quais as principais políticas, programas e ações para a atenção das pessoas com diabetes tipo 2 no Brasil? A atenção das pessoas com diabetes tem sido abordada nas estruturas e espaços decisórios do SUS? Quais são os desafios para o desenvolvimento das redes de atenção às pessoas com diabetes? Quais os limites e avanços da governança regional das redes de atenção à saúde das pessoas com DM?

Compreender governança regional da saúde é essencial para ampliar a discussão da gestão do SUS, seja nos âmbitos local, regional, estadual ou nacional. As redes de saúde são estratégias para a reorganização do sistema, a fim de enfrentar os diferentes desafios epidemiológicos e demográficos atualmente. Identificar e discutir os atores, espaços de decisão, limites e contribuições da governança das redes de saúde de modo multinível possibilitam uma maior compreensão dos desafios para promover e fortalecer a governança regional das redes e os entreves para o desenvolvimento das redes de saúde às pessoas com diabetes no SUS.

A alta prevalência do diabetes é um problema de saúde global e atual. Para o enfrentamento dessa doença é preciso um planejamento de médio a longo prazo, políticas e ações em saúde integradas e intersetoriais. Dentre as demais DCNT, essa foi selecionada pela complexidade do cuidado, da organização dos serviços de saúde e pelo seu forte impacto social. Dessa forma, a pesquisa tratou de um tema relevante para a saúde pública com importância global para a melhoria da gestão e da assistência à saúde.

O interesse neste tema surgiu a partir da minha trajetória profissional como enfermeira, primeiro atuando na Atenção Primária à Saúde no Município do Rio de Janeiro, tanto na Estratégia de Saúde da Família quanto na Atenção Básica tradicional e, posteriormente, em atenção especializada.

As pessoas com diabetes e outros agravos são atendidas prioritariamente nas unidades básicas de saúde da APS. Contudo, nessa atenção observam-se inúmeras dificuldades, como a falta de articulação entre os serviços de saúde com maior densidade tecnológica, déficit de profissionais de saúde, complexidade dos problemas de saúde, que extrapolam as ações das equipes de saúde, entre outros. Ao ingressar no serviço especializado e de reabilitação para pessoas com deficiência visual, constatei problemas envolvendo lacunas assistenciais que podem ter agravado a situação de saúde das pessoas com diabetes, descasos e negligências relacionados ao cuidado, barreiras físicas, sociais, dentre outras.

Além dos problemas envolvendo a rede assistencial de ações e serviços, as políticas de saúde também não se mostram articuladas a outras políticas públicas, como políticas sociais, educacionais, de urbanização, de segurança pública etc., refletindo os desafios do setor saúde na busca da integração dos serviços, das ações e na implantação das próprias políticas.

Enfim, os serviços de saúde não conseguem responder aos determinantes sociais da saúde de forma isolada. São necessários diversos setores econômicos e sociais, atores políticos, econômicos e sociais, políticas públicas, organizações, serviços e ações para atender as necessidades impostas por condições crônicas. Nesse contexto, o fortalecimento da governança das redes de saúde é necessário para superar esses e outros desafios no Sistema Único de Saúde.

Foi delimitado como objetivo geral do estudo: analisar as estratégias e os instrumentos de governança regional das redes de atenção à saúde das pessoas com *Diabetes Mellitus tipo 2*.

Os objetivos específicos traçados foram:

1. Discutir aspectos conceituais relacionados à governança regional das redes de atenção às pessoas com diabetes;
2. Identificar os desafios para o desenvolvimento de redes de atenção às pessoas com diabetes na literatura internacional e nacional sobre o tema;
3. Mapear o contexto do sistema de saúde para a atenção à saúde das pessoas com DM em uma região de saúde selecionada;
4. Caracterizar as estruturas, espaços de decisão e instrumentos preponderantes da governança das redes de atenção às pessoas com DM na região de saúde;

5. Discutir os limites e avanços da governança regional das redes de atenção à saúde das pessoas com DM.

Esta tese foi estruturada em sete capítulos.

O primeiro capítulo apresenta a descrição da metodologia da pesquisa e as escolhas conceituais para o referencial de análise da pesquisa. O segundo aborda diferentes concepções da governança em saúde, com foco no processo de regionalização, suas características, e a conformação das redes de saúde com base na literatura internacional e nacional. O terceiro destaca a magnitude do diabetes como problema de saúde pública, bem como traz elementos para a reflexão sobre a organização das redes de saúde para as pessoas com diabetes. O quarto capítulo caracteriza o contexto da região de saúde selecionada para o estudo - a Região de Saúde Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro -, enfatizando o perfil demográfico e epidemiológico, a disponibilidade de serviços de saúde e o financiamento em saúde. Os quinto e sexto capítulos apontam estruturas e espaços decisórios do SUS em âmbitos estadual, regional e municipal. O último discute os limites e avanços da governança regional das redes de atenção à saúde das pessoas com diabetes.

Esta pesquisa proporcionou a identificação e a discussão de importantes elementos para a governança regional das redes de atenção das pessoas com diabetes no SUS.

Apesar das diversas políticas, programas e ações desenvolvidas para a atenção das pessoas com diabetes tipo 2 desenvolvidas no Brasil, estas não estão suficientemente integradas e articuladas com os diversos setores, fato que prejudica a governança das redes de saúde.

As estruturas e os espaços decisórios do SUS estudados não deram ênfase ao tema do diabetes nas discussões, apesar de terem sido abordadas as redes de atenção à saúde e a regulação da assistência à saúde.

Os desafios para o desenvolvimento das redes de atenção às pessoas com diabetes são inúmeros e refletem os diversos interesses e multiplicidade de envolvidos nas redes de saúde.

Os principais limites da governança regional das redes estão relacionados a questões estruturais, como o financiamento e a gestão em saúde, alterações nas políticas de saúde e os avanços envolvem a diminuição da mortalidade por diabetes na região, aumento da cobertura populacional da APS em alguns municípios, participação de municípios de médio e baixo desenvolvimento à nível regional, discussão de experiências municipais com a APS, presença da associação de pessoas com DM na região.

2. CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória desenvolvida em duas etapas. A primeira consistiu na revisão narrativa da literatura buscando maior aprofundamento do tema, tendo em vista os principais conceitos e abordagens utilizados na tese, presentes nas produções nacional e internacional. A revisão narrativa da literatura foi desenvolvida valendo-se de busca nas bases de dados nacionais e internacionais, como Scopus, Biblioteca Virtual em Saúde, Banco de Teses e Dissertações com descritores e palavras-chave: “governança”, “*governance*”, “redes de atenção à saúde”, “*health network*”, “*health care network*”, “*integrated health care*”, “regionalização”, “*regionalization*”, “coordenação”, “*coordination*”, “doença crônica”, “*chronic disease*”, “diabetes” e diferentes combinações destas.

Termos como governança, redes, coordenação e integração em saúde são polissêmicos e possuem diferentes usos considerando diversas áreas do conhecimento, como ciências políticas e sociais, administração, economia e ciências da saúde.

São inúmeros os significados para a governança, ora como a) estrutura decisória conformada por atores e instituições, formais e informais; b) funções relacionadas à dinâmica dos processos de formulação e implementação de políticas; c) mecanismos ou procedimentos institucionais para a tomada de decisão, conformidade e controle (instrumentos); ou d) estratégia para governar, considerando diversas instituições e mecanismos (LEVI-FAUR, 2012).

Algumas especificações são incorporadas ao termo governança para designar um “*modus*” de governança ou para enfatizar alguma dimensão específica, como a governança global, governança territorial, governança em rede, governança sistêmica, governança colaborativa, governança corporativa, dentre outras. Na área da saúde, diversos significados também são utilizados, incluindo outros relacionados a questões assistenciais e de organizações de serviços, como a governança clínica.

Da mesma forma, o termo “redes” tem sido utilizado por diversas áreas do conhecimento, com diferentes significados e usos. Calmon e Costa (2013) identificaram com base em Powell e Smith-Doerr (1994) duas vertentes principais a utilizar o termo redes. A primeira tem como base a sociologia e a teoria das organizações, e compreende redes como um instrumento analítico para apreensão das relações sociais nas organizações, das relações interorganizacionais e da relação das organizações com o ambiente externo a ela. A segunda apresenta caráter multidisciplinar, com influência da economia, das políticas públicas e da administração pública, conceitua redes como uma forma de governar, especialmente aplicável

na gestão de sistemas complexos. Na área da saúde, esse termo ora refere-se às relações entre pessoas, grupos, organizações, sociedade e Estado, ora como uma estratégia para a organização dos serviços ou sistema de saúde.

Neste estudo, partiu-se de um conceito amplo de governança, como uma estratégia para governar, considerando diversas instituições e mecanismos envolvidos na organização e na assistência à saúde das pessoas com diabetes.

A governança de redes de saúde refere-se à ação de coordenar e organizar as políticas, os serviços e as ações em saúde, envolvendo diferentes atores e contextos a fim de atingir objetivos comuns por meio de uma gestão compartilhada. Para essa governança são essenciais as estruturas, os atores e as organizações, espaços decisórios formais, que conformam a própria governança do SUS, além dos instrumentos ou mecanismos para a coordenação de políticas, integração dos serviços e ações de saúde expressos formalmente nos planos de saúde estadual, regional e municipais.

Com base nas contribuições da revisão da literatura sobre governança de redes de saúde, além de aspectos relacionados ao diabetes, foi desenvolvida uma matriz para coleta de dados, sistematização das informações e referencial de análise (Quadro 1). Essa matriz orientou o estudo de caso, permitindo maior compreensão, delimitação e escolhas conceituais e metodológicas para o recorte da pesquisa.

O contexto do sistema de saúde é uma importante dimensão de análise ao permitir a compreensão sobre o sistema de saúde considerando aspectos estruturais, históricos, políticos, culturais, sociais e econômicos no qual ele foi desenvolvido. Um dos grandes desafios para o SUS é a intensa desigualdade social e estrutural entre os municípios e estados brasileiros, que condiciona a maneira como os serviços e as ações de saúde são ofertados no território.

A dimensão contexto do sistema de saúde indica a situação de saúde voltada às pessoas com diabetes e a capacidade de oferta e de prestação de serviços. Como componentes estão as características epidemiológicas, demanda/uso dos serviços de saúde, disponibilidade de profissionais de saúde, de modalidades de organizações de serviços para a atenção da pessoa com DM.

A coordenação regional de políticas é compreendida como dimensão essencial para a governança das redes de saúde. A coordenação de uma forma geral pode envolver diferentes níveis de hierarquia ou de solidariedade e relações interorganizacionais (ALEXANDER, 1998). Dito isso, a coordenação regional pode influenciar o desenvolvimento das redes integradas de saúde numa região, contribuindo para a realização de ações cooperativas. Refere-se às relações entre diferentes atores em espaços decisórios. Os componentes são

grupos e organizações preponderantes e a inserção do debate de redes de saúde nos espaços decisórios.

Aqui os principais grupos e/ou organizações considerados foram os órgãos colegiados do SUS, como CES, CMS, CIR, CIB, Cosems ²

Outra subdimensão da coordenação regional de políticas de saúde foi planejamento, gestão e financiamento governamental. Elementos essenciais para a governança regional das redes de saúde. São destacados como componentes os instrumentos de planejamento, pactuações e metas de saúde, e financiamento voltados para a atenção das pessoas com diabetes.

A respeito da integração em saúde, existem diferentes significados e usos desse termo, principalmente no âmbito da saúde (KODNER; SPREEUWENBERG, 2002). A integração em saúde enfatiza a coordenação dos serviços de saúde por meio do cuidado contínuo e da colaboração entre provedores e organizações dos serviços de saúde para criar um sistema (LEATT; PINK; GUERRIERE, 2000).

São vários os aspectos de integração identificados na literatura. Desde aspectos que envolvem organizações em um mesmo nível de atenção ou diferentes níveis (LEATT; PINK; GUERRIERE, 2000). Seja à gestão dessas organizações para agregar maior valor ao sistema (SHORTELL et al., 1993; SHORTELL; GILLIES; ANDERSON, 1994); integração no nível do cuidado propriamente dito e entre equipes de saúde; integração normativa (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004); integração normativa e sistêmica envolvendo diferentes níveis e instâncias políticas/decisórias (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004) ou mesmo integração virtual, como arranjo jurídico de organizações de saúde (LEATT; PINK; GUERRIERE, 2000).

Por fim, nessa dimensão integração assistencial de ações e serviços enfatiza-se o cuidado integral, contínuo e longitudinal com a colaboração de diversas organizações e níveis assistenciais. É marcada por cinco subdimensões: posicionamento da APS nas redes de saúde, regulação assistencial, comunicação e informação, transporte sanitário e mecanismos de controle. Como componentes estão as estratégias de qualificação profissional, a inserção do debate da APS nos espaços decisórios; a articulação entre níveis de complexidade e de densidade tecnológicas distintos, normatização e regulamentação da atenção; as tecnologias de informação e de comunicação utilizadas; o transporte de pessoas com DM para

² Diferentes organizações, como sindicatos e associações profissionais, unidades de saúde de referência para a atenção das pessoas com diabetes seriam importantes para maior aprofundamento da pesquisa, mas não foi possível abranger essa totalidade de organizações pelo maior recorte feito devido à pandemia causada pela COVID-19.

atendimentos diversos e a disponibilidade de ambulâncias; a auditoria, ouvidoria, conselhos gestor.

Quadro 1. Matriz de coleta, sistematização de informação e análise da Governança das Redes de Atenção às pessoas com DM.

Dimensões	Subdimensões	Componentes	Variáveis/Indicadores	Fontes da pesquisa
Contexto do Sistema de Saúde	Situação de saúde relacionada ao diabetes	Características epidemiológicas	População total, faixa etária Procedimentos ambulatoriais e hospitalares Prevalência de DM Taxa de mortalidade por DM Número de internações hospitalares por DM Número de pessoas com DM cadastradas/acompanhadas na AB	Bases de dados secundários disponíveis: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; Sistema de Informações Hospitalares; Sistema de Informações Ambulatoriais, entre outros
		Demanda e/ou uso dos serviços de saúde		
	Capacidade de oferta e de prestação de serviços	Disponibilidade de profissionais de saúde	Número de equipes de saúde, carga horária profissional	Bases de dados secundários disponíveis: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
		Disponibilidade e modalidades de organizações de serviços	Modalidades de organizações Responsabilidade de prestação e de gestão dos serviços	
Coordenação Regional de Políticas de Saúde	Atores e espaços decisórios	Grupos e organizações preponderantes	Existência de grupo ou associações de pessoas com DM Frequência em reuniões Criação de grupos, fóruns, comitês, conselhos etc.	Atas reuniões da CIB, CIR, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Plano Diretor de Regionalização, Planos Municipais de Saúde, Plano Estadual de Saúde, Plano Estadual para Enfrentamento das DCNT, portarias e resoluções etc.;; Bases de dados secundários disponíveis: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, Fundo Nacional de Saúde Entrevistas com informantes-chave
		Inserção do debate sobre redes de saúde	Espaços de debates/discussões coletivas	
	Planejamento, gestão e financiamento governamental	Instrumentos de planejamento em saúde, pactuações e metas de saúde e financiamento para a atenção à saúde das pessoas com DM	Existência de pactuações e metas assistenciais Instrumentos de planejamento e gestão em saúde Existência de consórcios intermunicipais de saúde e suas características Modalidades de transferência e repasses para o financiamento destinado para a atenção das pessoas com DM Existência de ações intersetoriais instituídas nos planos de saúde municipais e estadual e em outros documentos oficiais	

Integração assistencial de ações e serviços de saúde	Posicionamento da Atenção Primária na Rede de Saúde	Estratégias de qualificação profissional	Existência de programa de capacitação, qualificação profissional	<p>Atas reuniões da CIB, CIR, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Comitê Intergestor, Plano Diretor de Regionalização, Planos Municipais de Saúde, Plano Estadual de Saúde, Plano Estadual para enfrentamento das DCNT, relatórios de gestão anual, portarias e resoluções etc.;</p> <p>Bases de dados secundários disponíveis: CNES</p> <p>Entrevistas com informantes-chave</p>
		Inserção do debate da APS nos espaços decisórios	Desafios e experiências discutidas nos espaços de debates/discussões coletivas	
	Regulação assistencial	Articulação entre níveis assistenciais	Existência de Centrais de Regulação no município/região e características	
		Normatização e regulamentação da atenção	Existência de fluxos e protocolos assistenciais pactuados de referência e contrarreferência Existência de fluxos e protocolos de regulação pactuados Políticas, programas, diretrizes desenvolvidas para a atenção à saúde das pessoas com DM	
	Comunicação e informação	Tecnologias de comunicação e informação utilizadas	Existência de sistemas de informação e canais de comunicação instituídos	
	Transporte sanitário	Transporte de pessoas com DM para atendimentos na região de saúde ou município	Disponibilidade de meio de transporte para pessoas com DM em tratamento fora do município	
		Disponibilidade de ambulâncias no município/região	Número e tipos de ambulâncias disponíveis	
	Mecanismos de controle	Auditoria, ouvidoria, conselho gestor	Existência de serviços como auditoria, ouvidoria ou outra organização de controle na região de saúde	

Fonte: Elaboração própria.

A segunda etapa da pesquisa foi o estudo de caso. O estudo de caso investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, sobretudo quando fenômenos e contexto não estão claramente limitados, apresenta como vantagem a capacidade de lidar com uma variedade de dados (YIN, 2005). Tem como característica essencial o aprofundamento de um caso a fim de descrever, compreender e interpretar a complexidade do caso concreto (MARTINS; THEÓPHILO, 2009).

Visou-se a valorizar uma abordagem multinível, considerando os âmbitos estadual, regional e municipal. A Região de Saúde Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro foi selecionada para o estudo de caso. Nessa região, foram selecionados três municípios: um município polo (Niterói), um com dependência moderada (Maricá) e um município com maior dependência (Tanguá), considerando-se a capacidade de oferta e de prestação de serviços de saúde (Quadro 2), ou seja, a quantidade de estabelecimentos dos diferentes níveis de densidade tecnológica, a produção de saúde e o desenvolvimento socioeconômico nos municípios.

Quadro 2. Classificação dos municípios da Região Metropolitana II.

Municípios	Grau de dependência entre municípios
Itaboraí	Moderada dependência
Maricá	Moderada dependência
Niterói	Menor dependência (polo)
Rio Bonito	Maior dependência
São Gonçalo	Menor dependência
Silva Jardim	Maior dependência
Tanguá	Maior dependência

Fonte: Elaboração própria.

O Estado do Rio de Janeiro foi selecionado por sua importância no cenário político, econômico e social no país, além da comodidade para a realização da pesquisa. Apresenta uma área territorial de 43.750,423 km², população estimada em mais de 17,4 milhões de pessoas em 2020, densidade demográfica de 365,23 hab/km², IDH de 0,761 (2010) (IBGE), é o segundo Estado com maior PIB (produto interno bruto) do país, mais de R\$ 750 milhões de reais em 2018 (IBGE).

Há uma intensa desigualdade socioeconômica, com múltiplas realidades regionais, ampla estrutura de unidades de saúde, com extensa rede de serviços (públicos e privados), enorme diversidade de atores cujos interesses de cunho político, partidário e econômico influenciam o desenvolvimento das políticas de saúde, e diferentes arranjos organizativos de governança em saúde no estado.

A Região Metropolitana II destaca-se por apresentar um alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços, segundo a tipologia das regiões de saúde proposta por Viana et al. (2015). O Plano Regional Integrado de Saúde (2013) explicitou o diabetes como problema de saúde, apresentando propostas para reorganizar as redes de atenção, com desenvolvimento da linha de cuidado voltada ao enfrentamento dessa doença/condição crônica e apresenta também municípios com diferentes modelos de atenção à saúde implantados.

Este estudo utilizou técnicas de pesquisa e fontes de informações diversas, tendo a pesquisa documental como técnica preponderante.

As principais organizações e espaços decisórios formais no SUS são as comissões intergestores e os conselhos de saúde, e os principais instrumentos formais de planejamento e gestão em saúde são os planos de saúde, a programação anual de saúde e o relatório anual de gestão, sendo, portanto, privilegiados como fontes documentais.

Para tanto, foram utilizadas 452 atas das reuniões e/ou 1.264 deliberações da Comissão Intergestores Bipartite, do Conselho Estadual de Saúde, da Comissão Intergestores Regional (Metropolitana II), do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde, dos Conselhos Municipais de Saúde, além de 12 instrumentos de planejamento em saúde como: Planos Estaduais de Saúde, Planejamento Regional Integrado, Plano Estadual para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Planos Municipais de Saúde.

Esses documentos, em sua maioria, foram coletados com base nos *sites* da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, do Conselho Estadual de Saúde, da Comissão Intergestores Bipartite no período de junho a julho de 2020 e no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS). Os conselhos municipais de saúde entregaram cópias das atas das reuniões ou arquivos digitais, uma vez que as atas das reuniões não estão disponíveis em meio eletrônico³

As fontes documentais da pesquisa, número de atas das reuniões e/ou deliberações dos colegiados estudados e os planos de saúde selecionados estão sintetizados nos quadros seguintes. Os conselhos e as comissões intergestores têm normas jurídicas de criação e de regulamentação nacional, que embasam esses órgãos colegiados, mas também são regidos por normas de cunho estadual e municipal, considerando-se as especificidades locais.

³ Ressalta-se a dificuldade na obtenção de documentos no estado e nos municípios, mesmo recorrendo ao Sistema de Informação ao Cidadão (e-SIC), cujos prazos da solicitação não foram atendidos.

Quadro 3. Fontes documentais da pesquisa: Atas das reuniões e/ou deliberações dos órgãos colegiados, 2013 a 2020.

Atas das reuniões/Deliberações de órgãos colegiados					
	Órgão colegiado	Instrumento normativo	Período *	Nº. reuniões	Nº. deliberações
Âmbitos regional e estadual	Conselho Estadual de Saúde	Criado na forma do artigo 289 da Constituição do Estado, constituído pela Lei Complementar nº 152/2013, de 18 de novembro de 2013 e em observância à Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 e da Resolução 453 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de maio de 2012.	Agosto de 2014 a março de 2020	96	68
	Comissão Intergestores Bipartite	Instituída pela Resolução nº 855, de 12 de julho de 1993, do Secretário de Estado de Saúde e ratificada pelo Art. 14-A da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com redação dada pela Lei Federal nº 12.466, de 24 de agosto de 2011 e pelo Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011.	Fevereiro de 2013 a maio de 2020	77	1147
	Comissão Intergestores Regional	Decreto Presidencial nº 7.508 de 28 de junho de 2011 regulamentando a Lei nº 8080 19 de setembro de 1990, e pelas Deliberações CIB nº 648 de 05 de maio de 2009 e nº 1452 de 09 de novembro de 2011.	Fevereiro de 2013 a janeiro de 2020	77	----
	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro	Foi institucionalizado pela Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, que alterou a Lei nº 8.080/90.	Janeiro de 2013 a dezembro de 2020	----	36 (em conjunto com o Conselho Estadual de Saúde RJ) 13 (em conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde)
Âmbito municipal	Conselho Municipal de Saúde de Niterói	Foi instituído pelas Leis municipais nº 1085, de 24/07/1992, nº. 1560, 18/12/1996 e nº 1773, 13/12/1999.	Fevereiro de 2013 a maio de 2020 (exceção do ano de 2018) **	58	----
	Conselho Municipal de Saúde de Maricá	Foi criado pelas Leis municipais nº 1083, de 12 de maio de 1992, modificada pela Lei Municipal nº 1704, de 25 de novembro de 1997.	Janeiro de 2013 a dezembro de 2019 **	93	----
	Conselho Municipal de Saúde de Tanguá	Criado pelas Leis municipais nº 025/1997, de 28 de junho de 1997, alterada pelas Leis nº 0661/2008, de 29 de fevereiro de 2008, e nº 0995/2015, de 27 de novembro de 2015	Janeiro de 2013 a março de 2020 **	51	----
	Total de documentos utilizados			452	1264

Fonte: Elaboração própria.

* Período das atas das reuniões, conforme recorte temporal da pesquisa, disponíveis nos *sites* da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro [<https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/regionais?Regiao=600>], da CIB-RJ [<http://www.cib.rj.gov.br/atas-das-reunioes.html>] e no *site* do

CES [<http://www.conselhodesaude.rj.gov.br/>] e da Imprensa Oficial do Estado do Rio de Janeiro [<http://www.ioerj.com.br/portal/>].

** Período das atas disponibilizadas pelos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios selecionados.

Quadro 4. Fontes documentais da pesquisa: planos de saúde estadual, regionais e municipais, 2012 a 2021.

	Planos de saúde	Período	Descrição
Âmbitos regional e estadual	Plano Estadual de Saúde	2012-2015	Apresenta os projetos, programas e ações prioritizados no período de sua vigência.
		2016-2019	
		2020-2023	
	Planejamento Regional Integrado da Metropolitana II	2013	Apresenta a análise situacional de saúde da Região Metropolitana II, bem como ações prioritizadas no período de sua vigência.
		2020	
Plano Estadual para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)	2013-2022	Descreve os objetivos, ações, metas e indicadores para cada eixo, medidas de prevenção, considerando-se os principais determinantes sociais, de promoção e de controle para o combate às DCNTs.	
Âmbito municipal	Plano Municipal de Saúde de Niterói	2014-2017	Apresenta os projetos, programas e ações prioritizados no período de sua vigência.
		2018-2021	
	Plano Municipal de Saúde de Maricá	2014-2017	
		2018-2021	
	Plano Municipal de Saúde de Tanguá	2014-2017	
2018-2021			
Total de documentos utilizados			12

Fonte: Elaboração própria

Utilizaram-se também dados secundários disponíveis em bases nacionais, como o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o Fundo Nacional de Saúde (FNS), além de dados demográficos e econômicos do IBGE para contextualizar o sistema de saúde.

As entrevistas semiestruturadas com informantes-chave selecionados foram realizadas apenas de forma complementar, principalmente devido ao desafio de realização dessa técnica de pesquisa com gestores no momento da pandemia.

Esses informantes foram selecionados com base no cargo ou função desempenhada no período da entrevista nos níveis estadual e municipal. Foram entrevistados apenas três informantes-chave. Em nível estadual foi selecionado um membro da Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde. No nível municipal, optou-se por um gestor da atenção primária à saúde. Foi possível também entrevistar um representante de associação de pessoas com DM com importância na Metropolitana II.

Esses foram contatados via telefone ou *e-mail* institucional e agendada a entrevista em data e local reservados no período anterior à pandemia, e por meio *on-line* no período pandêmico. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para melhor tratamento das

informações. Foi utilizado um roteiro para a entrevista semiestruturada composto por perguntas abertas (Apêndice 1), que foi autorizada pelo participante por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

O recorte temporal da pesquisa considerou o período de 2013 a 2020, período marcado por crises política, econômica e sanitária, com consequências importantes para SUS. Em 2014, foi instituída a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, pelo Ministério da Saúde, com potencial de valorização e organização da atenção às pessoas com diabetes. Enfatizou-se na pesquisa o período recente com base na instituição dessa rede, buscando também contemplar os períodos de gestão governamental municipal 2013 a 2016 e 2017 a 2020.

Esta pesquisa está em conformidade com as Resoluções nº. 466, de 12 de dezembro de 2012 e nº. 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, respeitando todos os princípios éticos da pesquisa com seres humanos. Foi aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa da ENSP com parecer nº. 3.598.735, do dia 25 de setembro de 2019.

3. GOVERNANÇA REGIONAL EM SAÚDE

No contexto internacional, há diferentes modelos e perspectivas de governança. O termo governança tem sido utilizado por diferentes campos do conhecimento, com diferentes entendimentos, alguns antagônicos e outros sinérgicos (LEVI-FAUR, 2012). A disseminação e a apropriação do conceito de governança refletem as crescentes necessidades de repensar as relações intergovernamentais, de implantação e implementação das políticas públicas.

Na década de 1990, o Banco Mundial utilizou o termo “boa governança” como sinônimo de “boa gestão para o desenvolvimento”, isto é, a forma de gestão considerando aspectos econômicos e sociais para o desenvolvimento de um país (WORLD BANK, 1992). Essa concepção foi disseminada para vários países no contexto de busca por maior efetividade das políticas públicas (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

Contudo, essa concepção sofre muitas críticas por ter um caráter prescritivo, limitado à eficiência econômica e administrativa, com concepções de participação restrita e de fraca democracia, que fortalece as condições políticas existentes e não contribuiu para uma renovação democrática capaz de alterar essas relações de poder (FREY, 2008).

Nos anos 2000, a Comissão da União Europeia também apresentou um conceito de governança como conjunto de regras, processos e práticas que dizem respeito à qualidade do exercício do poder em nível europeu, no que se refere à responsabilidade, transparência, coerência, eficiência e eficácia. Enfatizou os propósitos de incorporar mais pessoas e organizações em sua concepção e realização, e de promover uma maior responsabilização de todos os envolvidos (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

No âmbito acadêmico, Hufty, Báscolo e Bazzani (2006) definiram governança como uma “ferramenta analítica para a compreensão dos processos de ação coletiva que organizam a interação de atores, a dinâmica dos processos e as regras do jogo (informais e formais), com as quais uma sociedade toma e implementa suas decisões e determina suas condutas. Isso é aplicável a diferentes níveis: local, nacional, internacional e global” (HUFTY; BÁSCOLO; BAZZANI, 2006, p. 37).

A governança compreendida como um conceito analítico, cujo objetivo é de compreender as mudanças nas relações internas entre as organizações estatais e entre a administração pública, governo e sociedade civil. Esse recurso analítico foi desenvolvido para descrever e analisar as transformações que afetaram os assuntos públicos no contexto atual, no qual impera a interdependência das relações locais, nacionais e internacionais (FREY, 2008).

Para Marques (2016), a governança no Brasil associa-se a duas formas de organização do governo, uma com a ideia de redução do Estado e de integração dos atores privados com ênfase na eficiência, outra com a ideia de governança democrática com participação e controle social com ênfase no aumento dessa participação. Trata-se de “conjuntos de atores estatais e não estatais interconectados por ligações formais e informais operando no processo de fazer políticas e inseridos em cenários institucionais específicos” (MARQUES, 2016, p.80).

Diversos países adotaram diferentes conceitos e modelos de governança. No Reino Unido foi desenvolvido o *Joined-up Government* (JUG), que contempla uma variedade de modelos, instrumentos e manuais de boas práticas, utilizados de forma a complementar e não substituir as estruturas verticais e tradicionais, para a execução de ações integradas, transversais e colaborativas a fim de dar a melhor solução para os “*wicked problems*” (problemas complexos, controversos e sem resposta única).

O *Whole-of-Government* (WOG) foi elaborado na Austrália. Estabeleceu dimensões e valores como fundamentos para a boa governança, entre eles abertura, transparência e integridade; orientação para o desempenho; colaboração efetiva; liderança forte e manutenção de um sistema e processos para viabilizar a governança (AUSTRALIAN NATIONAL AUDIT OFFICE, 2014).

Tanto no WOG quanto no *Whole-of-Society* (WOS) – cuja ideia é a expansão da governança também para a sociedade civil - o Estado assume multifunções como regulador, ao definir regras e limites para os consumidores e os envolvidos; como provedor de bens e serviços públicos; como administrador de recursos públicos; e como parceiro em empreendimentos colaborativos com outras jurisdições, empresas e organizações da sociedade civil (KICKBUSCH; GLEICHER, 2012).

Organizações internacionais têm apostado nas estratégias de governança, *Whole-of-Government* e *Whole-of-Society*, para o enfrentamento das condições crônicas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; UNITED NATIONS, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A governança na saúde aponta para as relações de interdependência, interação e acordos estabelecidos entre os diversos atores, relacionados ao Estado, ao mercado e à sociedade, cujos interesses podem ser direcionados a objetivos comuns (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2016).

A governança das redes de saúde está ligada à organização das redes de atenção à saúde, envolvendo diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada das políticas, dos serviços e das ações em saúde.

No SUS, a governança das redes envolve o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização, como as relações federativas, as relações público-privadas, as capacidades internas de gestão, a sustentabilidade financeira, a regulação da atenção, padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros (BRASIL, 2017).

Alguns instrumentos e mecanismos operacionais e formais na governança da RAS são: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação, comissões/câmeras técnicas temáticas, consórcio público de saúde, entre outros (BRASIL, 2017).

Importantes instituições como a Comissão Intergestores Tripartite, as Comissões Intergestores Regionais, as Comissões Intergestores Bipartite, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, os Conselhos de Secretarias Municipais, os Conselhos de Saúde conformam o arcabouço institucional do SUS.

Entre as instituições que caracterizam a democracia sanitária no país estão as conferências, os conselhos, os fundos de saúde, assim como as Comissões Intergestores Bipartites, as Comissões Intergestores Regionais e a Comissão Intergestores Tripartite, que são mecanismos de gestão participativa e colegiada, e conselhos gestores de serviços de saúde (SCOREL; MOREIRA, 2008).

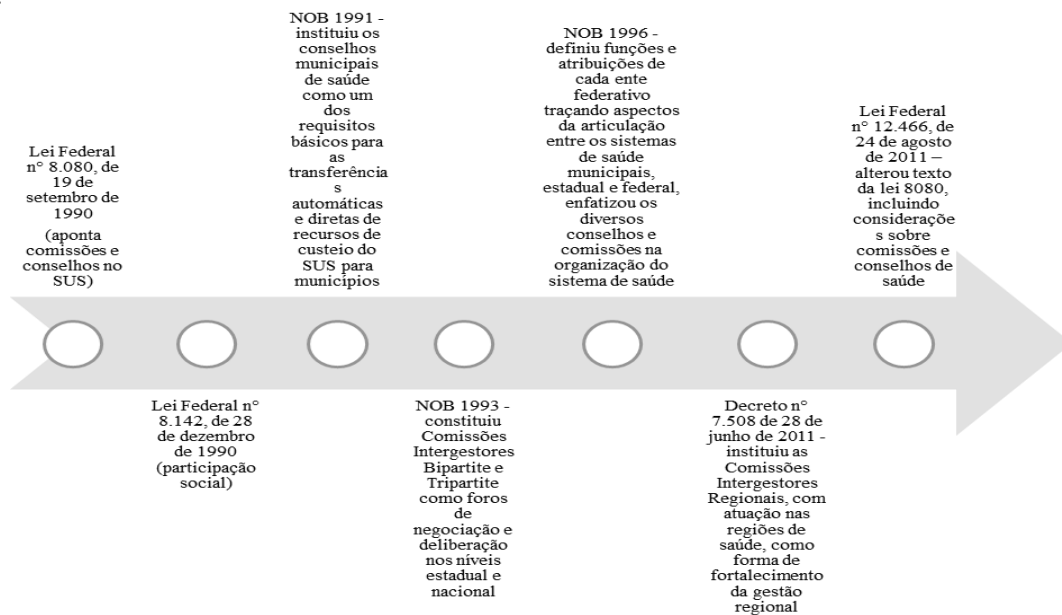
Os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgãos colegiados, são compostos por representantes do governo, profissionais da saúde, prestadores de serviços da saúde e usuários, atuam de forma geral na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos administrativos, econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do Poder Executivo em cada esfera de governo.

Esses são importantes órgãos da participação social para a fiscalização e o controle das ações e serviços de saúde, e possibilitam a ampliação dos espaços de discussões e de decisões democráticas no âmbito da saúde.

As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde, e declarados de utilidade pública e de relevante função social. Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde.

A origem desses conselhos e comissões está relacionada à formação do próprio SUS, a partir de 1988 (Figura 1). As leis e normativas foram sendo desenvolvidas ao longo dos anos para definir competências e responsabilidades dos entes federativos, além de orientar a implementação de ações e serviços no sistema de saúde.

Figura 1. Principais leis e normativas relacionadas às comissões e aos conselhos de saúde do SUS.



Fonte: Elaboração própria.

No SUS, tanto o processo de regionalização, com a definição política e administrativa de entes e responsabilidades por serviços e ações em saúde, a territorialização, quanto a conformação das redes de saúde, sua organização, serviços prestados etc. são importantes fatores que influenciam a governança das redes de saúde.

3.1 O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO E CONFORMAÇÃO DAS REDES DE SAÚDE

A regionalização configura-se como um processo técnico-político que envolve dimensões políticas, territoriais e de gestão dos serviços de saúde: a distribuição de poder e as relações entre governos, organizações e cidadãos em um espaço geográfico; o desenvolvimento de mecanismos de planejamento, gestão e financiamento de redes regionalizadas de ações e serviços de saúde; a apreensão de componentes para diferenciação e diversidade socioespacial no desenvolvimento e implementação de políticas de saúde; a integração de campos de saberes diferenciados para a redução das desigualdades sociais; a identificação de fluxos e necessidade populacionais na configuração de redes assistenciais (LIMA, 2015).

É preciso considerar pressupostos básicos, como a garantia do acesso aos serviços de saúde, com efetividade do serviço e resposta adequada às necessidades dos usuários; e a implantação racional dos recursos de saúde, que devem ser organizados com vistas a otimizar os gastos com base na articulação das vantagens da provisão local com economia de escala nas ações e serviços prestados. Assim, exige-se um amadurecimento da articulação dos atores, efetiva coordenação e aumento do aporte de recursos (GADELHA et al, 2011).

O processo de regionalização e conformação de redes de serviços de saúde tem se desenvolvido de forma diferenciada nos contextos dos sistemas de saúde.

As experiências de regionalização nos diferentes países indicam melhorias nas condições de saúde da população de uma forma geral, no desempenho dos sistemas de saúde, privilegiando a abordagem intersetorial, maior conhecimento sobre as necessidades da população local, maior capacidade gestão (BERGEVIN et al., 2016) e política envolvendo a governança em multinível e participação da sociedade (VRANGBAEK, 2016).

Contudo, há ainda controvérsias sobre a sua capacidade de desenvolver um sistema ou redes de saúde integradas (BROWN; PISTERS; NAYLOR, 2016), ou de melhorar a integração e o desempenho do sistema de saúde (BEVAN, 2016). Desafios quanto à organização dos serviços de saúde, mesmo em países que adotaram a regionalização, são apontados na literatura, como insuficiente clareza dos papéis e das responsabilidades entre governos, ministérios da saúde e autoridades regionais de saúde, inadequada cobertura financeira de medicamentos essenciais, entre outros (BERGEVIN et al., 2016).

São apontados diferentes modelos de regionalização construídos segundo a natureza administrativa e política em cada país (Quadro 5).

Quadro 5. Modelos estruturais da Regionalização em países de alta renda.

Modelo Estrutural	Características	Países/Jurisdicção
Descentralização democrática	Descentralização política e administrativa: unidades regionalizadas são órgãos eleitos democraticamente com responsabilidade, que se estendem para além do cuidado em saúde. Governos locais ou regionais administram, regulam, coordenam e prestam serviços de saúde.	Suécia (condados), Dinamarca (regiões), Itália (regiões), Espanha (comunidades autônomas)
Delegação fiscal e administrativa	Unidades administrativas delegam a organizações que operam com autonomia limitada. Autoridades de saúde delegam a administração, a coordenação e, em alguns casos, a prestação dos serviços de saúde.	Nova Zelândia, Austrália (alguns estados), Inglaterra e Canadá (algumas províncias)
Descentralização administrativa com política centralizada e controle fiscal	desconcentração burocrática do ministério à autoridade centralizada com alguns funcionários localizados em zonas geográficas.	Irlanda e Canadá (algumas províncias)

Fonte: Tradução livre de Marchildon (2016, p. 13).

A regionalização pode ter como característica o nível de descentralização/centralização. Uma maior centralização por meio de uma autoridade regional única de saúde pode gerar economias de escala (aquisição de equipamentos, por exemplo) e especialização (compartilhamento de conhecimento, por exemplo); oportunidades para a aprendizagem em toda região; internalização de políticas geográficas e melhor equidade geográfica. Porém, existe a possibilidade de promover ao mesmo tempo deseconomias de escala, afastamento das comunidades e politização (caracterizado por clientelismo) (DUCKETT, 2016).

Outra questão relevante à regionalização, segundo Bergevin et al. (2016), é a dimensão territorial das regiões de saúde. Diferentes serviços são organizados e fornecidos em distintas escalas considerando tamanhos populacionais (níveis local, regional e municipal). Assim, a extensão territorial, a população adstrita a ele e o tempo máximo de viagem dentro de uma mesma região são elementos a serem considerados no processo de regionalização.

Outro elemento é o caráter político das estratégias de regionalização (ou consolidação) dos sistemas, uma vez que implementar ou modificar estruturas regionais de governança no nível da administração faz com que os usuários não percebam diretamente as alterações no sistema (FIERLBECK, 2016). O que a torna uma estratégia politicamente útil.

A conformação das redes de saúde segue também determinadas lógicas em consonância com o contexto no qual são implementadas. São várias as nomenclaturas⁴ encontradas na literatura para designar diferentes modelos de sistemas de saúde que utilizam as redes de saúde como organização das ações e serviços. Todas são utilizadas como sinônimos, apesar dos diferentes contextos, objetivos e público-alvo nos quais e para os quais foram desenvolvidos.

Como alertaram Kuschnir e Chorny (2010), mesmo que sejam observadas semelhanças nas estratégias utilizadas e nos arranjos organizacionais resultantes, deve-se considerar a natureza dos sistemas, seus valores e princípios no âmbito da política de saúde.

Redes construídas em sistemas universais de saúde têm como base mecanismos de coordenação do cuidado, articulação entre profissionais dos diversos níveis de atenção, além da garantia de direito à saúde (SANTOS; ANDRADE, 2011), diferentemente das redes implantadas em sistemas de mercado, cuja essência é a competição (VIANA et al., 2018) e a valoração das organizações.

As redes de saúde nesta pesquisa são entendidas baseando-se na definição de Mendes (2016), ou seja, organizações poliárquicas com conjuntos de serviços de saúde, interligados por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Isso permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde (prestada no tempo, no lugar, com o custo e com a qualidades certos) com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população.

Dessa forma, essas redes de saúde envolvem as ações de saúde, os serviços prestados, os programas e as políticas construídas. Entende-se então que há a conjugação de diferentes atores envolvidos e interesses na conformação das redes de atenção à saúde em determinado território.

A partir da década de 1990, a organização dos sistemas de saúde em redes se fortaleceu como aposta das organizações internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Banco Mundial (BM) para a superação da fragmentação dos sistemas de saúde, otimização dos recursos em saúde, com prioridade a minimizar gastos e déficits

⁴ As nomenclaturas encontradas na literatura foram: sistema de saúde integrado, sistemas organizados de prestação de serviços, redes integradas de saúde, redes integradas de serviços, redes regionalizadas, serviços integrados, cuidado integrado, entre outras.

públicos (LEATT; PINK; GUERRIERE, 2000) e melhor o atendimento as demandas pelas condições crônicas (VÁZQUEZ et al., 2009).

Alguns elementos essenciais para o desenvolvimento dos sistemas integrados envolvem a integração do cuidado propriamente dito, a integração de serviços e organizações diferentes, a governança desses serviços e organizações, financiamento adequado e incentivos, além de sistemas político e jurídico coerentes e consistentes, entre outros (LEATT; PINK; GUERRIERE, 2000; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2011; SHORTELL et al., 1993; SHORTELL; GILLIES; ANDERSON, 1994; SUTER et al., 2009).

3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO E DA CONFORMAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

No Brasil, apesar da definição constitucional (Constituição Federal de 1988), do Sistema Único de Saúde regionalizado e hierarquizado, o processo de regionalização e de constituição das redes de saúde ocorreu com maior ênfase a partir dos anos 2000.

A descentralização da gestão em saúde com o protagonismo dos municípios constituiu uma estratégia democrática com a incorporação de novos atores e de inovação na gestão local (FLEURY et al., 2014). Possibilitou avanços como a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, a melhoria de indicadores de saúde. Mas, foram encontradas dificuldades como desigualdades políticas, técnicas, financeiras e de organização dos serviços de saúde entre os municípios (SHIMIZU et al., 2017).

Os municípios, de uma forma geral, isoladamente não são capazes de prover as ações e serviços de saúde necessários para o atendimento universal, equânime e integral da população, pela insuficiência de recursos financeiros, humanos e logístico (SHIMIZU et al., 2017), entre outros.

Assim, após a descentralização política-administrativa ocorrida na década de 1990 não se mostrar suficiente para alterar o cenário de fragmentação na saúde, ampliar o acesso, a equidade e a universalidade, foi preciso desenvolver estratégias de regionalização para promover relações intergovernamentais, equilibrar a autonomia e a interdependência entre os entes federativos, incentivar as pactuações, organizar as redes de saúde e racionalizar o uso de recursos (SHIMIZU et al., 2017).

O processo de regionalização é complexo e constitui uma arena política onde ocorre disputa de diversos projetos, sejam políticos, econômicos e/ou institucionais (MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY, 2017).

Cabem aos estados a responsabilidade de coordenar o processo de planejamento regional, no qual estes e os municípios são entes políticos autônomos. Os estados são responsáveis pela regulação, mediação e negociação entre os municípios. Deve-se observar, contudo, a existência de características heterogêneas entre estados, municípios e regiões de saúde, que refletem as diferentes capacidades e fragilidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção à saúde.

A regionalização definida para buscar a integração e a coordenação das redes e fluxos assistenciais produziu baixo impacto institucional. Fatores externos à própria política, como coalizões políticas no setor saúde e seus interesses influenciaram o resultado da regionalização. Condições estaduais e suas políticas, às vezes contrárias às diretrizes federais, e a ausência de fóruns intergovernamentais apropriados também são entraves para a efetivação da regionalização (VIANA et al., 2017).

Para Vargas et al (2015), a superação dos desafios da regionalização da saúde no Brasil será possível com o fortalecimento do planejamento e na centralização de funções nas estruturas regionais e estados.

Pode-se identificar três etapas no processo de regionalização e configuração das redes de saúde no país: fase I (2001-2005) - região normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde; fase II (2006-2010) - região negociada com redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde; fase III (2011-atual) - região negociada e contratualizada com as redes de atenção à saúde (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Com relação à conformação das redes de saúde no país, estas foram sendo instituídas pela política de saúde por meio de resoluções, diretrizes, normas, como meio de organização do SUS, sem alterar profundamente a estrutura política e organizacional existente.

Entende-se a RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo dessa rede é integrar ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica (BRASIL, 2017).

A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a APS como centro de comunicação e coordenadora do cuidado, pela

centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos, além da cooperação e da solidariedade entre os entes federativos (BRASIL, 2017).

Há a ênfase na contratualização ou nos contratos de gestão, ou seja, modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, tanto sanitários quanto os econômicos, com fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos (BRASIL, 2017).

Alguns fundamentos para a RAS são economia de escala, qualidade, acesso, suficiência, disponibilidade, comodidade, aceitabilidade. A integração vertical e horizontal é também valorizada na construção da RAS, bem como outros mecanismos para melhorar e diminuir custos, em função das demandas, das necessidades da população e dos recursos disponíveis (BRASIL, 2017).

Elementos como população/região de saúde definidas, estrutura operacional (*APS ampliada, pontos de atenção secundários e terciários, sistema logístico* – composto por identificação e acompanhamento dos usuários, centrais de regulação, registro eletrônico e sistema de transporte sanitário; *sistemas de apoio* – diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, sistemas de informação em saúde; e *sistema de governança*) e modelo de atenção à saúde operacionalizam a RAS (BRASIL, 2017).

Cabe destacar que o modelo de atenção à saúde que tem sido apontado para a organização em redes de atenção exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas. Para isso, deve-se superar o modelo hegemônico (pautado essencialmente no saber biomédico, hospitalocêntrico e centrado no profissional médico) de saúde no Brasil. O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma organização intersetorial para a promoção da saúde, valoriza a integralidade, considerando as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades. No SUS, a Estratégia Saúde da Família representa o principal modelo para a organização da APS, e seu fortalecimento torna-se uma exigência para o estabelecimento da RAS (BRASIL, 2017).

Foram identificados importantes marcos normativos instituídos a partir da Constituição Federal de 1988 até o ano de 2011, com objetivos de organizar e promover a conformação das redes de saúde no âmbito do SUS. Após 2015, pode-se identificar uma importante inflexão decorrente das alterações recentes, inclusive na própria Constituição, com

vistas a uma maior flexibilização e autonomia municipal, contudo, sem garantir o financiamento e condições necessárias para a autonomia municipal (Quadro 6).

Quadro 6. Principais políticas que influenciaram as Redes de Atenção à Saúde no Brasil, 1988 a 2020.

Ano	Políticas, plano, programas, ações	Instrumento normativo	Síntese das deliberações/objetivos
1988	Constituição Federativa do Brasil de 1988	Constituição Federativa do Brasil de 1988. DOU, Brasília, 5 de outubro de 1988, p.1, col.1.	Institui o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído por ações e serviços públicos de saúde, integrado por rede regionalizada, hierarquizada e organizada segundo a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.
1990		Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. DOU de 20.9.1990.	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.
		Lei nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990. DOU de 31.12.1990.	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
1991	Norma Operacional Básica 1991	Resolução do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social nº 258, de 07 de janeiro de 1991.	Fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS, considera aspectos de natureza operacional e aspectos necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde nos três níveis de governo, como também do controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos.
1992	Norma Operacional Básica 1992	Portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde nº. 234, de 07 de fevereiro de 1992.	Normaliza a assistência à saúde no SUS; estimula a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; indica instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.
1993	Norma Operacional Básica 1993	Portaria do Ministério da Saúde nº 545, de 20 de maio de 1993.	Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde.
1996	Norma Operacional Básica 1996	Portaria do Ministério da Saúde nº. 2.203, publicada no DOU de 6 de novembro de 1996.	Promove e consolida o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios com a consequente redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.
2001	Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001	Portaria do Ministério da Saúde nº 95, de 26 de janeiro de 2001.	Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
2002	Norma Operacional da Assistência à Saúde 2002	Portaria do Ministério da Saúde Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002	Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
2006	Pacto pela Saúde	Portaria do Ministério da Saúde nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.	Conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) com o objetivo de promover inovações

			nos processos e instrumentos de gestão, visando a alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. Redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Apresenta três dimensões: pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Esses pactos contemplam temas como Regionalização, Política Nacional de Atenção Básica, Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, Implantação de Complexos Reguladores, Política Nacional de Promoção da Saúde, Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
2010	Redes de Atenção à Saúde	Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.	Estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
2011	Rede Cegonha	Portaria do Ministério da Saúde nº 1.459, de 24 de junho de 2011, alterada pelas portarias ministeriais nº 2351, de 05/10/2011, nº 2236, de 01/10/2012, nº 904, de 29/05/2013 e nº 1516, de 24/07/2013.	Institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS,
	Rede de Urgência e Emergência	Portaria do Ministério da Saúde nº 1.600, de 07 de julho de 2011,	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.
2011	Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas	Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011,	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.
2012	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites),	Portaria do Ministério da Saúde nº 793, de 24 de abril de 2012,	Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS,
2013/ 2014	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	Portaria do Ministério da Saúde nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, posteriormente reeditada pela Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014.	Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.
2011		Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.	Regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e trata sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).
2015		Emenda Constitucional nº 86/2015.	Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica.

2016		Emenda Constitucional nº. 95/2016.	Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.
2017		Portaria de consolidação do Ministério da Saúde nº. 1, de 28 de setembro de 2017.	Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.
2017		Portaria de consolidação do Ministério da Saúde nº. 2, de 28 de setembro de 2017. Alterada pelas Portarias nº 1.710, de 8 de julho de 2019; nº 2.539, de 26 de setembro de 2019; nº 3.119, de 27 de novembro de 2019; nº 804, de 14 de abril de 2020; nº 1.037, de 21 de maio de 2021.	Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, dentre elas a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional da Atenção Básica.
2017		Portaria de consolidação do Ministério da Saúde nº. 3, de 28 de setembro de 2017.	Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.
2017		Portaria de consolidação do Ministério da Saúde nº. 4, de 28 de setembro de 2017.	Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde, dentre eles o Sistema de Vigilância em Saúde.
2017		Portaria de consolidação do Ministério da Saúde nº. 5, de 28 de setembro de 2017.	Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
2017		Portaria de consolidação do Ministério da Saúde nº. 6, de 28 de setembro de 2017.	Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
2017	Política Nacional de Atenção Básica	Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS.
2017		Portaria do Ministério da Saúde nº. 3.992, de 28 de dezembro 2017.	Altera a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS.
2019	Programa Saúde na Hora	Portaria do Ministério da Saúde nº 930, de 15 de maio de 2019. DOU, 17 de maio de 2019.	Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera as Portarias nº 2.436, de 2017; nº 2, de 2017 e nº 6, de 2017.
2019	Programa Previne Brasil	Portaria do Ministério da Saúde nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. DOU, 13 de novembro de 2019,	Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.
2019	Programa Médicos pelo Brasil	Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. DOU, 19 de dezembro de 2019.	Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da Atenção Primária à Saúde no SUS e autoriza o Poder Executivo federal a instituir o serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps).
2020		Portaria nº 397, de 16 de março de 2020.	Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5, de 28 de setembro de

			2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica.
--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria.

A Constituição Federal de 1988 afirmou o SUS como sistema constituído por ações e serviços públicos de saúde, integrado por rede regionalizada, hierarquizada e organizada segundo a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

A Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, reforçou elementos como a descentralização político-administrativa, a regionalização na saúde e a hierarquização da rede de serviços de saúde. Foram instituídas também normas operacionais básicas (NOB) e normas operacionais da assistência à saúde (NOAS) ao longo das décadas de 1990 e 2000.

Essas normas, grosso modo, buscaram normatizar a assistência à saúde (NOB 1992), regulamentar o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS (NOB 1993), estabelecer os mecanismos de financiamento (NOB 1991, 1993), estabelecer instrumentos de planejamento para a conformação de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços e para a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI) (NOB 1996).

As NOAS (2001 e 2002) ampliaram as responsabilidades dos municípios na APS, estabelecendo o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; fortaleceram a capacidade de gestão do SUS e atualizaram os critérios de habilitação de estados e municípios.

Em 2006, o Ministério da Saúde trouxe o Pacto pela Saúde, considerado um acordo interfederativo articulado em três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (compartilhada e solidária).

O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde pactuaram responsabilidades no campo da gestão e da atenção à saúde reforçando a organização das regiões sanitárias, instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional, fortalecendo espaços e mecanismos de controle social, acesso da população à atenção integral à saúde, redefinindo os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valorizando a cooperação técnica entre os gestores e propondo um financiamento tripartite (BRASIL, 2006).

Já em 2010, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a organização das RAS, no âmbito do SUS. No período de 2011 a 2013, foram pactuadas as redes temáticas prioritárias para a implantação da RAS. Inicialmente a Rede Cegonha, a Rede de Urgência e Emergência (RUE), a Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou

transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Raps), a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e, por último, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas em 2014.

O Decreto nº. 7508, de 28 de junho de 2011, regulamentou a Lei nº 8.080/1990 e tratou sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), que foi abandonado pelos estados e municípios.

A política de saúde sofreu várias mudanças a partir de 2016, com fortes consequências para a organização das redes de atenção à saúde. Uma delas foi com relação ao seu financiamento, com a aprovação da Emenda Constitucional nº. 86/2015, que estabeleceu uma regra transitória de escalonamento (de 13,2% a 15%) ao longo de cinco anos. Essa emenda determinou também os valores apurados dos *royalties* do petróleo como uma das fontes para o cumprimento do mínimo constitucional a ser aplicado em saúde.

Posteriormente, houve a aprovação da Emenda Constitucional nº. 95/2016, que limita por 20 anos os gastos públicos. O teto de gastos para 2017, primeiro ano de vigência da PEC, foi definido com base na despesa primária paga em 2016 (incluídos os restos a pagar) com correção da inflação. A partir de 2018, os gastos federais só poderão aumentar de acordo com a inflação acumulada, conforme o índice nacional de preços ao consumidor amplo (IPCA). Em 2017, a saúde teve 15% da receita corrente líquida (somatório arrecadado pelo governo, deduzido das transferências obrigatórias previstas na Constituição) e a partir de 2018 segue o critério do IPCA (AGÊNCIA SENADO).

Em 2017, diversas portarias, resoluções e normas que abordam a organização e o funcionamento do SUS foram consolidadas pelas cinco portarias de consolidação do Ministério da Saúde.

A política nacional da atenção básica ⁵ foi fortemente alterada em 2017. Essas mudanças em prol de uma maior autonomia dos gestores municipais possibilitam retrocessos na PNAB, como a relativização da cobertura universal, definição de padrões distintos de serviços, recomposição das equipes e reorganização do processo de trabalho na atenção básica (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), com maior ênfase ao modelo tradicional da atenção básica em detrimento da ESF, estímulo à descoordenação entre gestores, sociedade e profissionais de saúde (MELO et al., 2018).

⁵ Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

Outra importante alteração foi a modificação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS ⁶. A partir de 2018, o repasse dos recursos financeiros federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde, transferidos aos demais entes federados na modalidade fundo a fundo, é organizado e transferido na forma de dois blocos: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2018).

Essa mudança foi realizada com a defesa de promover maior flexibilização do fluxo financeiro. Contudo, pode-se considerar que essa maior flexibilização também permitirá o desinvestimento em áreas da saúde antes atendidas no financiamento por grandes blocos; a decisão final de como alocar os recursos caberá ao governo municipal, com todas as dificuldades de capacidade de gestão já conhecidas.

Outras ações tomadas pelo governo federal, como a criação do programa Saúde na Hora, do programa Médicos pelo Brasil e da Agência para o Desenvolvimento da APS (ADAPS) nesse período também foram agravando a APS e, conseqüentemente, o SUS, possibilitando sua mercantilização com o apoio de importantes atores e órgãos nacionais (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Os desafios com relação à regionalização e às redes de atenção no país são inúmeros e foram intensificados nos últimos cinco anos. Pode-se perceber que apesar da RAS instituída pelas portarias ministeriais reforçarem a organização dos serviços de saúde com a cooperação dos entes, principalmente nas regiões de saúde e o fortalecimento da APS, ainda não foram implementadas devidamente. Soma-se a esse desafio as alterações políticas recentes que prejudicam fortemente o desenvolvimento das redes de saúde.

⁶ Alteração designada pela Portaria do Ministério da Saúde, nº. 3.992, de 28 de dezembro 2017.

4. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DIABETES: DESAFIOS E ESPECIFICIDADES PARA SUA ORGANIZAÇÃO

4.1 ASPECTOS GERAIS SOBRE O DIABETES

O DM é uma importante condição e doença crônica, multifatorial, caracterizada pela dificuldade ou não de produção do hormônio insulina, ou pela incapacidade orgânica de utilizar a insulina produzida, gerando hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras. Habitualmente, essa doença está associada a outras condições, como dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial (BRASIL, 2013b).

Essa doença pode causar complicações e ocasionar impactos individuais, sociais e econômicos. Trata-se de uma das principais DCNT com relevância mundial e um importante problema para a saúde pública, cuja incidência e prevalência têm aumento nas últimas décadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

As complicações dessa doença, no nível individual, envolvem diversas partes do organismo, podendo ainda aumentar o risco de morte prematura. As complicações mais comuns são infarto agudo, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, amputação de membros (principalmente membros inferiores), perda de visão, danos nos nervos, problemas odontológicos, macrossomia do recém-nato e aumento do risco de morte fetal, quando mal controlado na gestação, além dos efeitos transgeracionais. O diabetes tem sido associado a outros problemas de saúde, como neoplasia, depressão, incapacidade física e cognitiva, e tuberculose (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017a).

O diabetes e suas complicações trazem perdas econômicas para as pessoas com a doença, suas famílias, para os sistemas de saúde e para as economias nacionais por meio de custos dos serviços de saúde e da perda de trabalho. Os principais custos dos sistemas de saúde estão relacionados aos cuidados hospitalares e ambulatoriais, além do maior custo das insulinas análogas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Essa é uma condição sensível à atenção primária, ou seja, pertence a um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiu o risco de internações, ações traduzidas por prevenção da doença, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, controle e acompanhamento de patologias crônicas. As elevadas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população indicam problemas de acesso ao sistema de saúde e/ou de desempenho (ALFRADIQUE et al., 2009).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (2016), nos últimos trinta anos a prevalência global do diabetes praticamente dobrou, passando de 4,7% em 1980 para 8,5% em 2014, considerando-se a população adulta. Segundo a *International Diabetes Federation* (2019), a prevalência estimada de pessoas com diabetes, com idades entre 20 e 79 anos, no mundo é de 9,3%, ou seja, há 463 milhões de pessoas com diabetes. Em 2045, a projeção é de 628,6 700 milhões de pessoas com a doença.

Na América do Sul e Central, a prevalência estimada de pessoas com diabetes, com idades entre 20 e 79 anos, é de 9,4%, o que corresponde a 32 milhões de pessoas, e a projeção para o ano de 2045 é de 49 milhões e ainda há uma proporção de pessoas não diagnosticadas de 41,9%, ou seja, 13 milhões. No Brasil, a prevalência é em torno de 11,4% ou 16,8 milhões de pessoas e a projeção para 2045 é de 26 milhões, e a proporção de pessoas não diagnosticadas é de 46% ou 7,7 milhões (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019).

Além desses alarmantes dados, as estimativas indicam que outras 34 milhões de pessoas ou 10,1% da população, com idades entre 20 e 79 anos, possuem intolerância à glicose. Estima-se que 127.200 pessoas com menos de 20 anos tenham diabetes tipo 1 na região e que cerca de 95.846 estejam no Brasil, tornando-o o terceiro país com o maior número de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 no mundo, atrás da Índia e dos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019).

Em 2017, a América Latina e Central apresentou uma taxa de mortalidade para diabetes, pessoas entre 20 e 79 anos, de 12,5% ou 243.200 mortes pela doença. Cerca de 44% dessas mortes ocorreram em pessoas com menos de 60 anos (IDF, 2017; 2019). Nessa mesma região, o gasto total em saúde com diabetes totalizou USD 69,7 bilhões, correspondendo a 9,2% do total gasto no mundo. Espera-se que essas despesas aumentem 23% até 2045, atingindo USD 86 bilhões (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2019).

Segundo a *International Diabetes Federation* (2017a), são três tipos principais: o tipo 1, no qual as pessoas são dependentes de insulina exógena para sobreviver, o tipo 2 e o gestacional. O tipo 2 é o mais prevalente em todo o mundo, responsável por 90% dos casos de diabetes. Mais comumente sua manifestação é em adultos e idosos, mas a incidência em crianças, adolescentes e adultos jovens tem aumentado devido à obesidade, à inatividade física e à má alimentação. O DM tipo 2 foi privilegiado na pesquisa por sua maior prevalência na população.

O diagnóstico do diabetes não é fácil, dá-se pela observação dos níveis séricos de glicose (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2021a). Como o desenvolvimento do diabetes tipo 2 é lento, sendo assintomático por muitos anos, há um grande período de pré-

detecção. O indivíduo com diabetes tipo 2 geralmente é diagnosticado quando ocorre um episódio referente à alteração glicêmica (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017a).

As causas do DM2 ainda não estão explicitadas na literatura, sabe-se, contudo, que há uma forte ligação com o sobrepeso, a obesidade, o aumento da idade, a etnia e a história familiar. Alguns fatores de risco modificáveis importantes incluem: excesso de adiposidade, má alimentação e nutrição, inatividade física, pré-diabetes ou tolerância à glicose diminuída, tabagismo e história pregressa de diabetes gestacional com exposição do feto à glicemia alta durante a gravidez (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017a).

Os esforços para melhorar a saúde da população com diabetes ou prevenir o desenvolvimento dessa condição exigem uma combinação de abordagens no nível do sistema de saúde, bem como no nível individual (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2021a), principalmente relacionados aos fatores de risco modificáveis para o DM2, como alimentação adequada, atividade física (TUOMILEHTO et al., 2001) e exposições ambientais (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017a).

As intervenções preventivas podem alcançar indivíduos e famílias por meio de campanhas, educação, marketing social e incentivar a escolha de estilo de vida saudável em diversos ambientes, como familiar, escolar, laboral etc. As intervenções coletivas e as políticas públicas podem permitir escolhas saudáveis, ou seja, proporcionar a escolha de estilo de vida saudável (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017a).

Pessoas com diabetes necessitam de acesso a cuidados de saúde sistemáticos, regulares e organizados, prestados por equipe multiprofissional, interdisciplinar e qualificada. Intervenções básicas, como acesso a medicamentos, aconselhamento sobre saúde e estilo de vida, educação em saúde, revisão periódica do controle metabólico e das complicações micro e macrovasculares, plano terapêutico continuamente atualizado e acesso a cuidados centrados no paciente são elementos para o bom gerenciamento do diabetes. O acesso a serviços de urgência e emergência, bem como especializado, também é necessário para gerenciar complicações agudas e crônicas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2021a; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017b, 2017a).

No gerenciamento do diabetes, as metas e os planos terapêuticos devem ser elaborados junto com a pessoa com diabetes com base em suas preferências, valores e metas individuais. Para tanto, a comunicação dialógica e respeitosa entre os profissionais de saúde, a pessoa com diabetes e seus familiares/cuidadores é essencial nesse processo (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2021b).

A utilização de protocolos, manuais, diretrizes sobre o tratamento e manejo das pessoas com diabetes pode fortalecer o enfrentamento da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016), além da contínua capacitação dos vários profissionais de saúde envolvidos nesse cuidado.

Nesse sentido, é importante também a disponibilidade de tecnologias do diabetes, ou seja, *hardware*, *software* e dispositivos que as pessoas com diabetes utilizam para ajudar a gerenciar os níveis de glicose no sangue, evitar as complicações do diabetes e melhorar a qualidade de vida, como exemplo, dispositivos híbridos que monitoram a glicose e fornecem insulina automaticamente, estão sendo cada vez mais desenvolvidos e utilizados. Contudo, essa tecnologia deve servir para auxiliar na promoção do autogerenciamento do diabetes e não se tornar uma barreira para o enfrentamento da doença (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2021c).

Então, planejamento a longo prazo, respostas intersetoriais e multissetoriais (IDF, 2017a), maior financiamento para a saúde (SAMB et al., 2010), além de melhoria do acesso a cuidados básicos (ALWAN et al., 2010) são fundamentais para combater as DCNT, incluindo o DM. Conforme Geneau et al (2010), a negligência das doenças crônicas representa um fracasso de cunho político, já que medidas custo-efetivas estão disponíveis. Além disso, é necessário um maior engajamento às causas sociais e à prevenção de doenças crônicas como uma chave estratégica de redução da pobreza.

Para o enfrentamento dessas condições crônicas, setores diversos (saúde e outros) devem atuar em conjunto, com ações multissetoriais, principalmente sobre os quatro fatores de risco em comum das DCNT: tabagismo, inatividade física, uso abusivo de bebidas alcoólicas e alimentação inadequada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Algumas medidas propostas pela OMS são:

- Reduzir os fatores de risco e desenvolver ambientes promotores da saúde: com a implementação de sistemas multissetoriais, econômicos para intervenção nos fatores de risco como consumo de tabaco, dieta pouco saudável, inatividade física e uso nocivo do álcool, incluindo revisão sobre a produção e a comercialização de produtos nocivos à saúde.
- Fortalecer as políticas nacionais e os sistemas de saúde: por meio do desenvolvimento de políticas e planos nacionais multissetoriais para a prevenção e controle de DCNT, fortalecimento dos sistemas de saúde com base nos cuidados de saúde primários, gestão eficaz, sustentável e coordenada, respostas e dados essenciais baseados em evidências, eficazes em termos de custos, equitativos e integrados, serviços voltados

ao paciente; aumento e priorização das alocações orçamentárias para o enfrentamento dos fatores de risco para DCNT, para vigilância, prevenção, detecção, tratamento e cuidados de apoio; acesso às tecnologias em saúde.

- Cooperação internacional e parcerias colaborativas: incluindo as DCNT nas agendas de cooperação internacional; incentivo de parcerias entre governo, sociedade civil, setor privado, organizações não governamentais.
- Pesquisa e desenvolvimento: investimentos nacionais e internacionais, fortalecimento da capacidade nacional de desenvolvimento e de qualidade, uso da tecnologia de informação e comunicação.
- Monitoramento e avaliação: fortalecimento de sistemas de vigilância e monitoramento.
- Acompanhamento: sobre os progressos alcançados na prevenção e controle das DCNT.

A OMS também propôs um modelo de atenção – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), entendendo que apenas modelos de atenção às condições agudas não são suficientes para responder às condições crônicas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Esse modelo foi desenvolvido inicialmente nos Estados Unidos, *Chronic Care Model* (CCM), e foi posteriormente alterado em outros países para melhor responder às questões nacionais. Alguns pontos principais abordados pelo MACC foram: organização da atenção à saúde segura e de alta qualidade, sistema de prestação de serviços desenhado de forma efetiva e baseado no autocuidado apoiado, suporte às decisões com base nas evidências científicas e nas preferências das pessoas, sistema de informação clínica e recursos na comunidade (MENDES, 2011).

4.2 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO DIABETES NO SUS

No Brasil, conforme Lessa (2004), desde a década de 1980 foram criados programas com propostas de educação e de controle direcionados à hipertensão e ao diabetes, contudo, tais programas foram desenvolvidos com forte ênfase no tratamento farmacológico, atendimentos em urgência e emergência ou sob hospitalizações. Com isso, esses programas não apresentaram o desempenho esperado, além de sofrerem alterações a cada nova gestão, e não terem os resultados avaliados ao longo do tempo.

As políticas, os planos e os programas de saúde que envolvem o enfrentamento do DM no país estão relacionados de uma forma geral ao enfrentamento das DCNT. Diversas políticas e programas enfatizam a prevenção das DCNT e apontam a necessidade de articular ações e políticas para o enfrentamento das condições crônicas.

Em 2019, foi aprovada a Polícia Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética no Brasil, que prevê a realização de campanhas de divulgação e conscientização sobre a importância e a necessidade de medir regularmente e controlar os níveis glicêmicos (BRASIL, 2019).

Essa política tem como diretrizes: I - universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da sociedade na definição e no controle das ações e dos serviços de saúde; II - ênfase nas ações coletivas e preventivas, na promoção da saúde e da qualidade de vida, na multidisciplinaridade e no trabalho intersetorial em equipe; III - desenvolvimento de instrumentos de informação, análise, avaliação e controle por parte dos serviços de saúde, abertos à participação da sociedade; IV - apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico voltado para o enfrentamento e o controle do diabetes, dos problemas com ele relacionados e de seus determinantes, assim como à formação permanente dos trabalhadores da rede de serviços de saúde; V - formação e educação continuada de profissionais, pacientes, familiares e cuidadores, com vistas ao melhor controle da enfermidade e à prevenção de complicações (BRASIL, 2019).

Contudo, a regulamentação dessa lei ficou a cargo do Poder Executivo e foi vetada a disponibilização de exames de glicemia capilar ou outros que sejam de fácil realização, e de leitura imediata por gerar despesa obrigatória ao Poder Público. Não houve menção sobre o financiamento para essa política, prejudicando a sua execução.

O Quadro a seguir sistematiza algumas políticas, planos, programas e ações desenvolvidos no país relacionados direta ou indiretamente à atenção das pessoas com diabetes a partir principalmente dos anos 2000.

As políticas, planos, programas e/ou ações identificados estão relacionados principalmente aos fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes ou para conter o seu agravamento, como alimentação inadequada, tabagismo, uso de álcool e outras drogas, inatividade física; assim como a alguns elementos essenciais no gerenciamento dessa condição crônica, por exemplo, medicamentos essenciais, protocolos assistenciais e serviços especializados ligados ao DM.

Quadro 7. Políticas, planos, programas e/ou ações relacionados à atenção das pessoas com DM no Brasil.

Ano	Políticas, plano, programas, ações	Instrumento normativo	Síntese das deliberações/objetivos
1998	Política Nacional de Medicamentos (PNM)	Portaria nº 3.916/GM, em 30 de outubro de 1998.	Garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos; uso racional dos medicamentos; acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.
1999, revisada em 2011	Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)	Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999; Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011.	Melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira.
2004	Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)	Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004.	Nortear a formulação de políticas setoriais, como políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao SUS e cuja implantação envolve tanto o setor público como o privado de atenção à saúde. Trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.
2001	Plano para Reorganização da Atenção à Hipertensão e ao <i>Diabetes Mellitus</i> no SUS	Portaria nº 235, de 20 de fevereiro de 2001.	Estabelece diretrizes para a reorganização da atenção aos segmentos populacionais expostos e portadores de HAS e DM, com ênfase à APS e à reorganização da rede de serviços; atenção à assistência farmacêutica para HAS e DM, por meio do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial Sistêmica e <i>Diabetes Mellitus</i> , promoção de atividades educativas, cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (Sistema HiperDia), desenvolvimento das linhas de cuidado.
2001	Cadernos de Atenção Básica - Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e <i>Diabetes Mellitus</i> (DM): protocolo, caderno 7		Capacitar os profissionais da APS. Teve como base os protocolos, consensos e manuais elaborados pelas áreas técnicas do MS e pelas sociedades científicas, além de outros documentos e trabalhos, incluindo experiências bem sucedidas nos estados e municípios.
2003	Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer		Reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil; promover a cessação de fumar; proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco.
2004, atualizada em 2018	Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade	Portaria nº 1169/GM, de 15 de junho de 2004. Portaria nº 1.846, de 21 de novembro de 2018.	Organizar e implantar Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular compostas por serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, situadas em

			Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular. Atualizar critérios para a habilitação de Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular.
2004, 2014	Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica	Portaria nº 1168, de 15 de junho de 2004; Portaria nº 389, de 13 de março de 2014.	Instituir a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Definir os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com DRC e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.
2006, 2011, modificada em 2017	Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	Portaria nº 648, de 28 de março de 2006; Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011; Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.	Diretrizes e normas para a organização da APS para os Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Revisar diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.
2006, redefinida em 2014	Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS)	Portaria nº 687, de 30 de março de 2006; Portaria nº 2446, de 11 de novembro de 2014.	Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, com ênfase na alimentação saudável, práticas de atividades físicas, prevenção do tabagismo, redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, desenvolvimento sustentável.
A partir de 2006	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico		Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal.
2006, revisada em 2014	Guia Alimentar para a População Brasileira		Estratégia para implementação da diretriz de promoção da alimentação adequada e saudável que integra a PNAN.
2006, atualizado em 2013	Cadernos de atenção básica - <i>Diabetes Mellitus</i> no.16; nº36		Protocolo dirigido aos profissionais de saúde da APS. Informar a comunidade sobre como prevenir a doença, identificar grupos de risco, fazer o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica, inclusive a medicamentosa, manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no autocuidado, monitorar o controle, prevenir complicações e gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, buscando a melhoria de qualidade de vida da população.
2006	Distribuição gratuita de medicamento e insumos para pessoas com DM	Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006.	Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos.

2007, 2009	Política Nacional sobre o Álcool Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e outras Drogas	Decreto no. 6.117, de maio de 2007. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009.	Dispõe sobre as medidas para a redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersectorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causados pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira.
2007	Medicamentos e insumos distribuídos pelo SUS	Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007.	Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de <i>Diabetes Mellitus</i> .
2008	Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de DCNT		Promover a reflexão sobre o modelo de assistência orientado para responder às necessidades das pessoas com DCNT.
2010, 2017	Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde	Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Portaria de Consolidação nº. 3, de 28 de setembro de 2017. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.	Estabelecer diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
2010	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN	Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010.	Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.
2011	Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022		Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco; fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas.
2011, redefinida em 2013, 2017	Programa Academia da Saúde	Portaria nº 1.402, de 15 de junho de 2011; Portaria nº 2681, de 7 de novembro de 2013; Portaria nº 2684, de 8 de novembro de 2013; Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017; Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.	Define o Programa Academia da Saúde no SUS. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio, e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no município e o Programa Academia da Saúde. Promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população.

2011	Farmácia Popular/Saúde Não Tem Preço	Portaria nº 184, de 03 de fevereiro de 2011.	Disponibilizar medicamentos gratuitos para hipertensão, diabetes e asma, nos estabelecimentos credenciados no Programa Farmácia Popular.
2011	Plano Brasil sem Miséria	Decreto nº 7492, de 2011.	Superar a extrema pobreza até o final de 2014. O Plano se organiza em três eixos: um de garantia de renda, para alívio imediato da situação de extrema pobreza; outro de acesso a serviços públicos, para melhorar as condições de educação, saúde e cidadania das famílias; e um terceiro de inclusão produtiva, para aumentar as capacidades e as oportunidades de trabalho e geração de renda entre as famílias mais pobres. Reduzir a pobreza destacando ações para o enfrentamento de HAS e DM.
2013	Normas de financiamento e de execução do CBAF	Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013.	Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica do SUS.
2013	Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias		Estabelecer as diretrizes para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, assim como subsidiar a organização dessa rede e a definir conceitos importantes para a organização.
2014	Cadernos de Atenção Básica - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, nº. 35		Destaca a importância atual das condições crônicas, salienta a complexidade das doenças/fatores de risco de determinação múltipla, aborda conceitos comuns às diversas doenças crônicas e apresenta diretrizes para a organização do cuidado. Inclui ainda estratégias para mudança de hábitos, promoção da alimentação saudável e prática de atividade física, abordagens para construção e acompanhamento dos planos de cuidado e de apoio ao autocuidado.
2014	Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: “orientando sobre modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira”		Organizar as orientações de forma articulada, conjunta e intersetorial para o enfrentamento do sobrepeso e obesidade e seus determinantes no país.
2016	Síntese de evidências para políticas de saúde: controle da DM2 no Município de Franco da Rocha		Síntese de evidências para informar políticas de saúde, realizado pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.
2019	Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética no Brasil	Lei nº. 13.895, de 30 de outubro de 2019.	Estabelece a Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética, para apoiar o desenvolvimento científico, a formação e a educação continuada de profissionais e pacientes, o direito às medicações e instrumentos, o teste no procedimento de triagem e a disponibilização de exames de fácil realização.

2020	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do DM2	Portaria SCTIE/MS nº 54, de 11 de novembro de 2020.	Estabelece Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do <i>Diabetes Mellitus</i> Tipo 2 para maiores de 18 anos, com ou sem complicações microvasculares ou macrovasculares.
------	--	---	--

Fonte: Elaboração própria.

O Ministério da Saúde sugeriu o desenvolvimento das linhas de cuidado (LC), a fim de orientar a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC) segundo a magnitude de doenças/agravos em cada região, sendo o diabetes indicado como uma das linhas de cuidado prioritária (BRASIL, 2013).

Essas linhas são recomendações orientadas por diretrizes clínicas e definem as ações e os serviços a ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção da rede de atenção à saúde, expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário a fim de atender às suas necessidades de saúde (MENDES, 2011).

A implantação de LC deve ser com base nas unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Devem ser observados a garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; a integração e corresponsabilização das unidades de saúde; a interação entre equipes; os processos de educação permanente; a gestão de compromissos pactuados e de resultados (BRASIL, 2017).

Na APS, o acompanhamento das pessoas com DM deve ser feito por equipe de saúde com periodicidade regular, além da realização de grupos de saúde a critério das unidades de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2013).

Os diferentes profissionais de saúde indicados para o gerenciamento da pessoa com diabetes na APS são: agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, técnico de saúde bucal e dentista; na equipe do NASF-AB: fisioterapeuta, farmacêutico, psicólogo, educador físico, nutricionista. Na atenção especializada conta-se com médicos especialistas (endocrinologista, cardiologista, nefrologista, oftalmologista, reumatologista) e assistente social (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2018; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2018).

Há uma estratificação de risco para o diabetes com relação ao controle glicêmico, complicações e capacidade para o autocuidado a fim de planejar as ações para o controle do DM, no nível individual, considerando ações na APS, no NASF, na atenção de média e alta densidade tecnológica (BRASIL, 2013).

As pessoas com risco baixo de diabetes são acompanhadas pela equipe da APS e pela equipe do NASF, estas equipes são responsáveis pela elaboração do plano de cuidados (ou terapêutico) junto ao paciente. Pessoas com risco médio também são acompanhadas por equipe multiprofissional da atenção especializada ambulatorial, esta equipe elaborará o plano de cuidados junto ao paciente, este será monitorado pela equipe da APS e NASF. Já pessoas com alto risco podem ser acompanhadas por médicos especialistas (endocrinologista, nefrologista e/ou reumatologista) em nível estadual, e/ou por teleconsultoria até a estabilização metabólica do paciente para assim retornar o acompanhamento periódico na APS. Pessoas com risco muito alto são atendidas na atenção especializada hospitalar para internação ou acompanhamento ambulatorial (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2018; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2018).

São apontadas algumas ações a serem realizadas prioritariamente na APS conforme a estratificação de risco (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2018; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2018).

Promoção de estilo de vida saudável, conscientização sobre o risco de desenvolver DM, articulação das ações intersetoriais no território da unidade básica de saúde; realizar grupos de reeducação alimentar; investigar DM usando avaliações como *Finnish Diabetes Risk Score* (FINDRISC) e/ou glicemia de jejum; e investigar fatores de risco cardiovascular, como pressão arterial, peso, IMC, circunferência abdominal e lipídeos séricos para pessoas com risco baixo de DM.

Pessoas com risco médio já devem ter maior controle clínico, com controle da pressão arterial, LDL-colesterol e hemoglobina glicada; prescrição de medicamentos; rastreamento de retinopatia diabética; rastreamento de doença renal diabética; rastreamento de pé diabético, síndromes dolorosas, parestesias e disfunções autonômicas; rastreamento de doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica; mudanças de hábitos não saudáveis; monitoramento dos fatores de risco cardiovascular (peso, IMC, circunferência abdominal e lipídeos séricos).

Aquelas que apresentam risco alto e muito alto devem ter maior controle clínico com controle da pressão arterial, LDL-colesterol e hemoglobina glicada; prescrição de medicamentos; tratamento da retinopatia diabética; tratamento da doença renal diabética; tratamento do pé diabético, síndromes dolorosas, parestesias e disfunções autonômicas; tratamento da doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica; acompanhamento periódico para evitar internações; mudanças de hábitos não

saudáveis; monitoramento dos fatores de risco cardiovascular; encaminhamento para a atenção especializada ambulatorial.

É necessária a articulação entre as unidades da APS, da atenção média e alta, como exemplos, podem ser feitos relatórios contínuos de alta de hospitais e unidades de urgência/emergência para as unidades básicas de saúde; prescrição de medicamentos limitados para os pacientes atendidos nos serviços de urgência e emergência, e agendamentos prévios de consultas para esses pacientes (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

As equipes de saúde devem fazer uso das diversas tecnologias de cuidado, como: atenção contínua, educação em saúde estruturada, grupos educativos, atenção compartilhada em grupo, aconselhamento para exercício físico, aconselhamento dietético, plano de cuidado à pessoa com DM, autocuidado apoiado (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2018; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2018), tecnologias do DM.

Considerando o exposto antes, para o enfrentamento e para o gerenciamento do diabetes é necessária uma abordagem sistemática e organizada com o envolvimento dos diferentes pontos de atenção e níveis de saúde. Equipes de saúde qualificadas, ambiente adequado e com a atenção centrada na pessoa com diabetes.

Assim, as redes de atenção à saúde das pessoas com diabetes devem envolver as políticas, os serviços e as ações tanto nos âmbitos micro e meso organizacionais, das unidades de saúde municipais e regionais envolvidas no cuidado integral, contínuo e longitudinal das pessoas com diabetes, quanto no âmbito macro-organizacional da elaboração de políticas que induzam a organização da atenção à saúde, com maior ênfase na prevenção dessa condição crônica e na promoção de qualidade de vida, além de maior qualidade da atenção para minimizar os efeitos deletérios do DM (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2021a; KALDOR; MAGNUSSON; COLAGIURI, 2015).

5. O CONTEXTO DA REGIÃO DE SAÚDE METROPOLITANA II

5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS

A Região de Saúde Metropolitana II é composta por sete municípios: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. Apresenta extensão territorial de 2.713.669 km² (6,2% do território estadual), sendo a segunda região mais populosa do estado (12,3% do total estadual), com uma população estimada de 2.131.058 pessoas e densidade demográfica de cerca de 715 habitantes por km² (IBGE, 2020). Os municípios da região apresentam características geográficas diversas, alguns com ampla urbanização como Niterói e São Gonçalo, e outros com atividade agropecuária, como Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2012a).

Nessa Região de Saúde, a maioria dos municípios integra o arranjo populacional da metrópole nacional do Rio de Janeiro. Rio Bonito configura-se como centro sub-regional, com atividades de gestão menos complexas, menor área de influência e menor porte populacional. Já Silva Jardim é identificado como Centro Local por exercer influência local limitada e pouca atividade gestora ou empresarial (IBGE, 2020).

Niterói, Maricá e São Gonçalo estão entre os municípios com o maior produto interno bruto (PIB) do estado (Quadro 8), ocupando, respectivamente, o terceiro (mais de R\$ 40 milhões de reais), o quinto (mais de R\$ 26 milhões de reais) e o sexto lugares (mais de R\$ 18 milhões de reais) (IBGE, 2018).

Quadro 8. Posição ocupada por municípios conforme PIB, PIB *per capita* municipal, Metropolitana II e Estado do Rio de Janeiro, 2018.

Município	Posição ocupada pelos municípios com relação ao PIB	Produto Interno Bruto, a preços correntes (R\$ 1.000)	Produto Interno Bruto <i>per capita</i> , a preços correntes (R\$ 1,00)
Niterói	3 ^a	40.356.678,94	78.854,60
Maricá	5 ^a	26.982.458,63	171.003,42
São Gonçalo	6 ^a	18.501.295,97	17.167,60
Itaboraí	23 ^a	4.474.777,43	18.746,84
Rio Bonito	43 ^a	1.660.195,13	27.755,96
Tanguá	59 ^a	550.372,35	16.249,55
Silva Jardim	68 ^a	465.703,46	21.389,03
Metropolitana II		92.991.481,90	44.251,86
ERJ		758.859.000,00	44.222,66

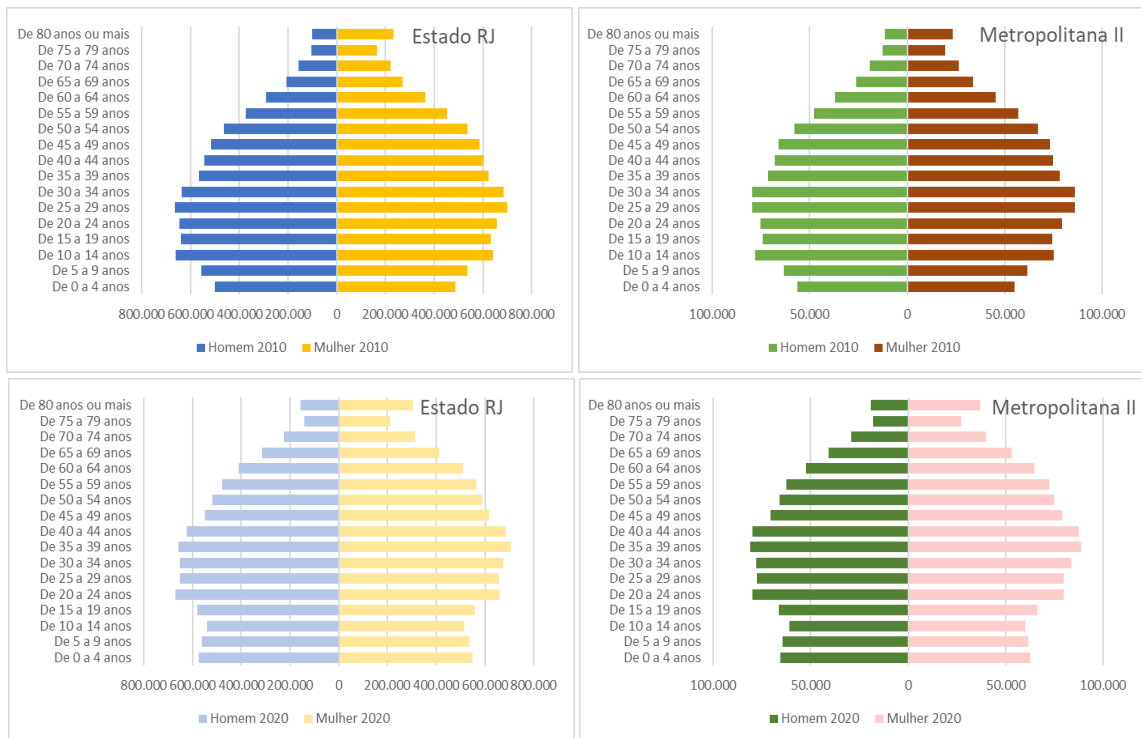
Fonte: IBGE, 2018.

O Índice de Gini dos municípios da região variou de 0,42 em Tanguá a 0,59 em Niterói. Houve uma variação de 40,47% entre o maior e o menor valor do índice na região. São Gonçalo apresentou índice de 0,43, Itaboraí e Rio Bonito apresentaram índice de 0,48, Maricá e Silva Jardim índice de 0,49. Alguns municípios apresentam baixo índice como São Gonçalo e Tanguá, a maioria registra índices de 0,48 e 0,49, e apenas Niterói destaca-se como um dos maiores índices de Gini (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO BRASIL, 2013).

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do ano de 2010, observou-se o menor valor para Silva Jardim e Tanguá com 0,654, e o maior valor para Niterói com 0,837 (valor acima do índice estadual de 0,761), uma variação de 27,98%. Os demais municípios apresentaram os seguintes IDHM: Maricá, 0,765; São Gonçalo, 0,739; Rio Bonito, 0,710; e Itaboraí, 0,693 (IBGE cidades).

No período de 2010 a 2020, observa-se tendência de envelhecimento da população regional, com aumento da expectativa de vida e diminuição da taxa de fecundidade. Em 2020, 18% da população possuía idade igual ou superior a 60 anos (Gráfico 1). Tal tendência é semelhante à observada no estado.

Gráfico 1. Pirâmide etária do Estado do Rio de Janeiro e da Região Metropolitana II, 2010 e 2020.



Fonte: IBGE, DATASUS.

A expectativa de vida em 2010 nos municípios da região variou de 72,55 anos em Tanguá (menor) e 76,23 anos em Niterói (maior). Silva Jardim apresentou uma expectativa de vida próxima a de Tanguá, com 72,60 anos, seguido de Itaboraí com 73,75 anos, Rio Bonito com 74,16 anos, São Gonçalo com 74,96 anos e Maricá com 75,99 anos (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO BRASIL, 2013).

O índice de envelhecimento ⁷ também em 2010 variou bastante entre o menor valor, 6,56 em Itaboraí e 12,17 em Niterói, uma variação de 85,51%. Tanguá registrou índice de envelhecimento de 7,25; Silva Jardim de 7,75; São Gonçalo de 7,97; e Maricá de 8,44. Niterói apresentou um elevado índice de envelhecimento, bem superior ao índice estadual que é de 8,91 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO BRASIL, 2013).

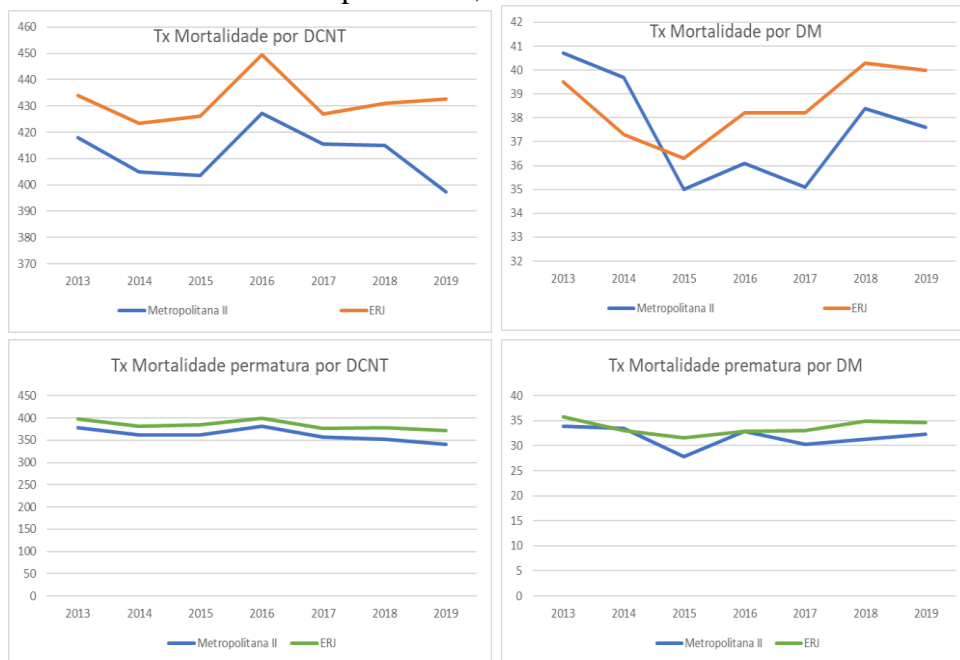
A taxa de fecundidade em 2010 foi menor em Niterói com 1,41, seguido de São Gonçalo com 1,49, Rio Bonito com 1,53 e Maricá com 1,64, todos abaixo da taxa estadual de 1,68. Tanguá e Itaboraí registraram taxas muito próximas, 2,02 e 2,05, respectivamente, e Silva Jardim apresentou a maior taxa, 2,50.

O aumento da expectativa de vida, a diminuição da taxa de fecundidade e o aumento da taxa de envelhecimento mostram a transição demográfica em curso. Com o envelhecimento da população evidencia-se o aumento da prevalência de condições crônicas (transição epidemiológica).

A taxa de mortalidade por DCNT no período de 2013 a 2019 na Metropolitana II apresentou uma redução de 4,95%, passando de 418,0 em 2010 para 397,3 em 2019. A taxa de mortalidade prematura também sofreu variação de 9,94%, passando de 378,16 em 2013 para 340,55 em 2019. Já a mortalidade específica por diabetes no mesmo período apresentou uma leve redução, passando de 40,7 para 37,6 e a taxa de mortalidade prematura por diabetes ficou em torno de 35,0 no período (Gráfico 2). A taxa de mortalidade por DM estadual apresentou um leve aumento no período, chegando a 40,0 em 2019.

⁷ Índice de envelhecimento é o número de pessoas a partir de 60 anos para cada 100 pessoas menores de 15 anos, na população residente em um determinado espaço geográfico e ano (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008).

Gráfico 2. Taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e por diabetes no Estado do Rio de Janeiro e na Metropolitana II, 2013 a 2019.



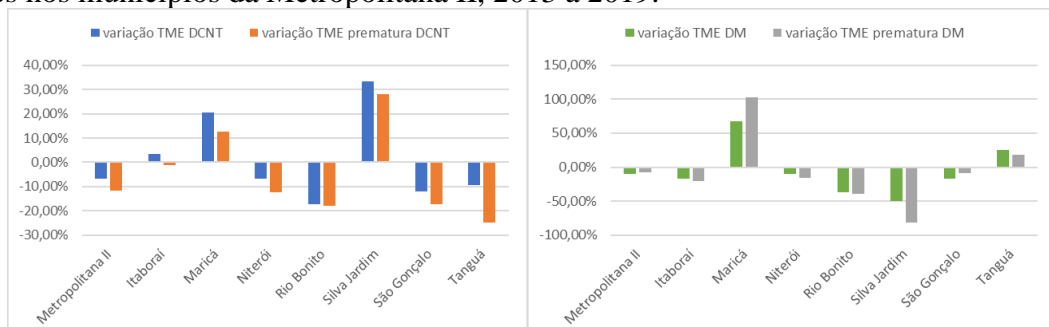
Fonte: INFORMAÇÕES DE SAÚDE/RJ; DATASUS; SVS.

Com relação às taxas de mortalidade por DCNT e por DM, a maioria dos municípios da região apresentou uma importante redução no período de 2013 a 2019. Apenas Maricá e Silva Jardim registraram um aumento significativo das taxas (Gráfico 3).

Em Maricá, a taxa de mortalidade por DCNT passou de 389,55 para 468,96, já a taxa de mortalidade prematura por DCNT foi de 350,50 para 394,30 por 100.000 habitantes. A taxa de mortalidade por DM variou de 38,53 para 64,51 e a taxa de mortalidade prematura por DM passou de 23,00 para 46,50 por 100.000 habitantes no período de 2013 a 2019.

Silva Jardim apresentou uma taxa de mortalidade por DCNT que passou de 261,84 para 349,04 e a taxa de mortalidade prematura por DCNT foi de 300,10 para 384,10 por 100.000 habitantes no período de 2013 a 2019.

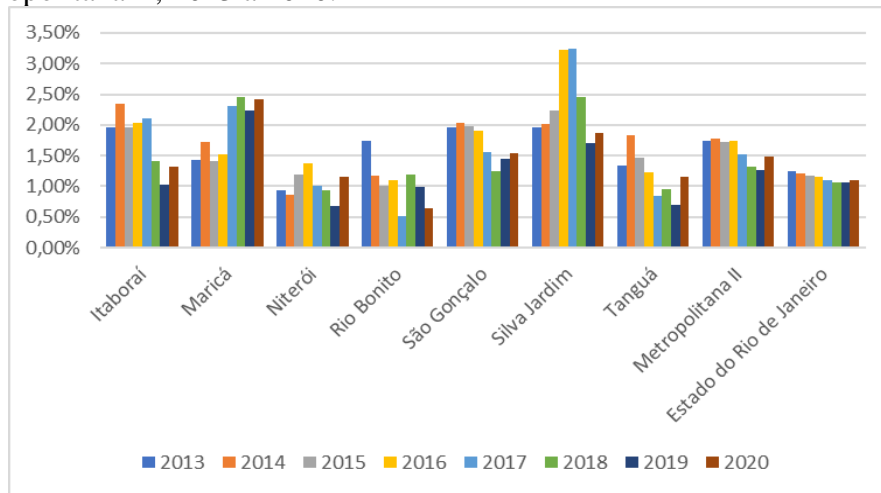
Gráfico 3. Variação das taxas de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e por diabetes nos municípios da Metropolitana II, 2013 a 2019.



Fonte: INFORMAÇÕES DE SAÚDE/RJ.

O percentual de internações hospitalares por DM na região, no período de 2013 a 2020, diminuiu de 1,73% em 2013 para 1,48% em 2020. Com exceção de Niterói, que apresentou um aumento de 22,34%, passando de 0,94% em 2013 para 1,15% em 2020 e de Maricá com aumento de 69,23%, indo de 1,43% em 2013 para 2,42% em 2020, os demais municípios da região apresentaram diminuição no percentual de internações por DM.

Gráfico 4. Percentual de internações por Diabetes Mellitus no Estado do Rio de Janeiro e na Região Metropolitana II, 2013 a 2020.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Apesar das taxas de mortalidade e de internações por DM não serem tão elevadas, quando comparadas a outras DCNT, uma das maiores preocupações com o DM diz respeito às suas complicações e aos efeitos negativos desta condição na qualidade de vida. Os estudos sobre as cargas de doenças mostram a influência do DM ou da glicemia elevada, entre outros, na qualidade de vida (MARINHO et al., 2018) ⁸.

A região apresentou importantes estruturas relacionadas ao planejamento e à gestão em saúde, como CIR, NDVS, Centrais de Regulação e CMS. Com relação ao consórcio intermunicipal, foi identificada a sua criação em 2007, porém ainda incipiente na região.

O quadro a seguir sintetiza as principais características demográficas, epidemiológicas e de saúde da região.

⁸ Para maiores informações, ver estudo de Marinho et al (2018) relacionado à *Global Burden of Disease (GBD)* no Brasil.

Quadro 9. Características demográficas, epidemiológicas e de saúde da Metropolitana II.

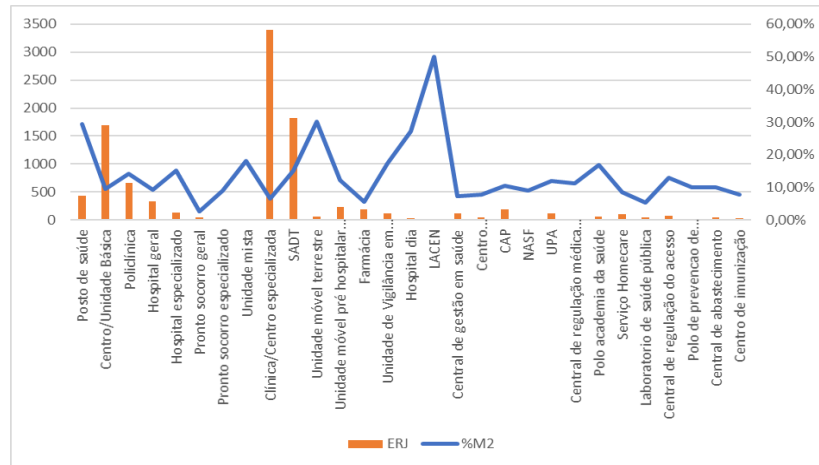
Componentes	Metropolitana II
Composição de municípios (sete)	Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim, Tanguá.
População e porte	Representa 12,3% (2.131.058 pessoas) do total estadual. São Gonçalo concentra 51,23% (1.091.737 pessoas) da população da região e Niterói 24,18% (515.317 pessoas). Silva Jardim tem apenas 1,02% da população da região (21.774 pessoas).
Aspectos econômicos	As principais atividades econômicas desenvolvidas na região estão relacionadas à: administração, defesa, educação e saúde públicas, e seguridade social. Indústrias extrativas têm importância econômica em Maricá e Niterói. Setor de construção em Rio Bonito e Silva Jardim. A região concentra três dos municípios com maior PIB no estado: Niterói, Maricá e São Gonçalo.
Tipologia urbana e condições socioeconômicas	A maioria dos municípios constitui o arranjo populacional do Rio de Janeiro, considerada metrópole nacional. Rio Bonito configura-se como centro sub-regional e Silva Jardim é identificado como Centro Local. Com relação à urbanização da região, Niterói destaca-se com maior esgotamento sanitário (91,1%) e urbanização de vias públicas (58,8%). O IDH da região varia de médio (Silva Jardim, Tanguá e Itaboraí) a alto (Maricá, Niterói, Rio Bonito e São Gonçalo). O índice de Gini mostra uma desigualdade de renda na região, com maior destaque para Niterói.
Características epidemiológicas	Tendência de envelhecimento da população regional, com aumento da expectativa de vida e diminuição da taxa de fecundidade. Taxas de mortalidade por DCNT e por DM na região são menores que as taxas estaduais. Internações por DM na região reduziram 14,45%, indo de 1,73% em 2013 para 1,48% em 2020, próximo à redução estadual (10,95%).
Estruturas de planejamento e gestão em saúde	Sede da CIR no Município de Niterói. Sede do Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde (NDVS) em Niterói. Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço Estadual (CIES) na região. Centrais de regulação de acesso ao menos uma em cada município, uma central de regulação de urgências médicas em Niterói. Todos os municípios apresentam CMS.
Consórcio em saúde	Os municípios da região e outros formaram o Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento da Região Leste Fluminense – CONLESTE em 2007, cujo objetivo é traçar estratégias de atuação conjuntas, por meio de parcerias, para o crescimento econômico, cultural e sustentável das regiões consorciadas, buscar soluções para as áreas de mobilidade urbana, habitação e saúde. Contudo, a atuação desse consórcio ainda é incipiente.

Fonte: IBGE, CNES, SIH, CONLESTE.

5.2 CARACTERÍSTICAS DA REDE DE SAÚDE REGIONAL

Com relação à disponibilidade de serviços de saúde para as redes de saúde às pessoas com DM, o Estado do Rio de Janeiro apresenta uma enorme quantidade de estabelecimentos (públicos e privados), porém, com distribuição e concentração desigual com relação às regiões de saúde. São 887 consultórios na região (7,79%), dos mais de onze mil no estado. O gráfico a seguir mostra a relação dos demais estabelecimentos de saúde cadastrados entre a Metropolitana II e o estado.

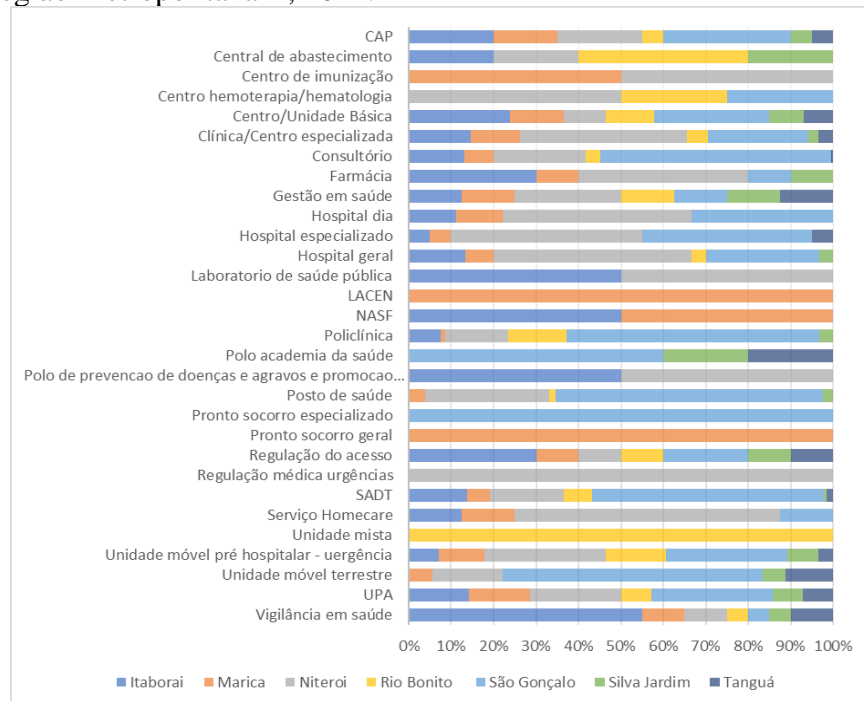
Gráfico 5. Tipos de estabelecimentos de saúde no Estado do Rio de Janeiro e Região Metropolitana II, 2021.



Fonte: CNES.

A Metropolitana II também apresenta distribuição desigual e concentração dos estabelecimentos principalmente nos municípios de Niterói, São Gonçalo, Itaboraí e Maricá, como mostra o próximo gráfico.

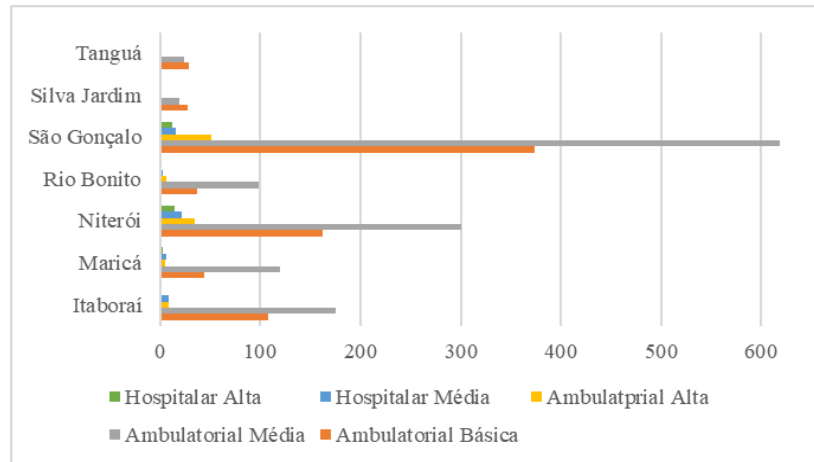
Gráfico 6. Distribuição dos estabelecimentos de saúde segundo tipo de atendimento por municípios da Região Metropolitana II, 2021.



Fonte: CNES.

Os estabelecimentos de saúde por nível de densidade tecnológica estão concentrados principalmente em Niterói e São Gonçalo (Gráfico 7).

Gráfico 7. Estabelecimentos de saúde segundo nível de atenção por municípios da Metropolitana II, 2021.

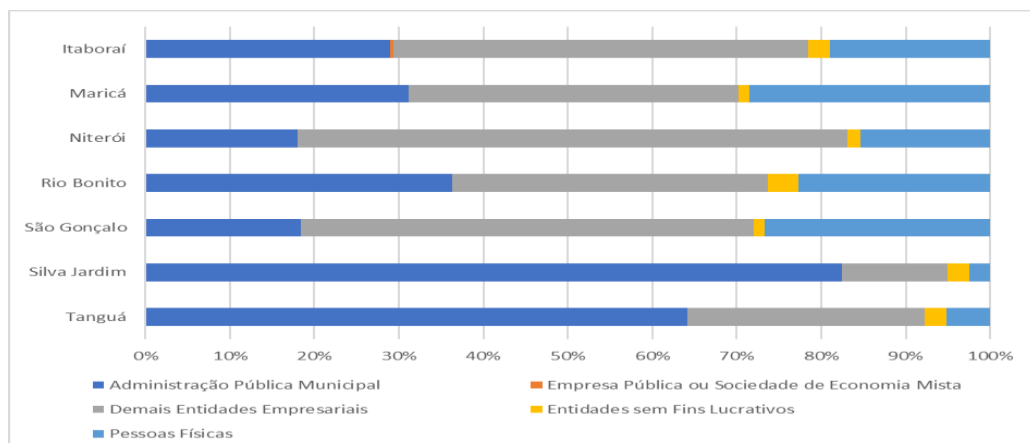


Fonte: CNES.

Essas informações demonstram as maiores capacidades de oferta de serviços de saúde concentradas em Niterói e São Gonçalo e a desigual distribuição de serviços na região, fatores que influenciam a governança das redes de saúde.

No que se refere à esfera jurídica dos estabelecimentos de saúde na Metropolitana II, os municípios de Niterói e São Gonçalo apresentaram grande quantidade de empresas e pessoas físicas cadastradas no CNES. Isso significa uma diversidade de entidades envolvidas e que influencia a governança das redes de saúde municipais e regional (Gráfico 8). Além das entidades privadas, há unidades sob a gestão de outros entes federativos na região, como uma sob a gestão federal e seis unidades sob a gestão estadual em Niterói, três unidades estaduais em São Gonçalo e três estaduais em Itaboraí.

Gráfico 8. Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde segundo esfera jurídica por municípios da Região Metropolitana II, 2021.



Fonte: CNES.

No que se refere aos procedimentos hospitalares realizados para o tratamento do diabetes, a Metropolitana II foi a segunda região do estado com mais de 7.500 procedimentos no período de 2013 a 2020, atrás da Metropolitana I, conforme o Sistema de Informação Hospitalar do SUS. Os municípios apresentaram uma diminuição desses procedimentos, com exceção de Maricá, Niterói e Tanguá que aumentaram a produção. Maricá passou de 45 para 130 (incremento de 189%); Niterói de 102 para 170 (incremento de 67%); e Tanguá de 8 para 11 (37,5%) procedimentos. São Gonçalo foi o município com a maior produção, 4.329 (55,71% da Metropolitana II), seguido de Niterói, 1.110 procedimentos (14,29% da produção regional).

Os estabelecimentos de saúde que mais realizaram procedimentos hospitalares ligados ao diabetes (exame do pé diabético, tratamento do diabetes e tratamento de pé diabético complicado) no período de 2013 a 2020 estavam sediados em São Gonçalo (45,48%), Niterói (18,83%), Itaboraí (15,92%) e Maricá (8,97%). Os principais estabelecimentos estão listados no quadro a seguir.

Quadro 10. Principais estabelecimentos para tratamento do diabetes na Metropolitana II, 2013 a 2020.

Estabelecimentos de Saúde	% de Procedimentos	Município
Hospital Municipal Desembargador Leal Junior	10,11%	Itaboraí
Pronto Socorro Central Dr. Armando Gomes de Sá	9,54%	São Gonçalo
Clínica Médica Dimara LTDA *	9,23%	São Gonçalo
Hospital Municipal Conde Modesto Leal	8,97%	Maricá
Hospital Municipal Carlos Tortelly	8,70%	Niterói
Clínica Santa Paula SA **	7,76%	São Gonçalo
Hospital Estadual Alberto Torres	7,76%	São Gonçalo
Hospital Estadual Pref. Joao Baptista Caffaro	5,81%	Itaboraí
Hospital Regional Darcy Vargas	5,05%	Rio Bonito
Hospital Dr. Luiz Palmier	4,78%	São Gonçalo
Hospital Estadual Azevedo Lima	3,85%	Niterói
Hospital Franciscano Nossa Senhora das Graças	3,45%	São Gonçalo
Hospital Universitário Antônio Pedro	3,21%	Niterói
Hospital Getúlio Vargas filho	2,68%	Niterói
Policlínica Municipal Aguinaldo Moraes	2,54%	Silva Jardim

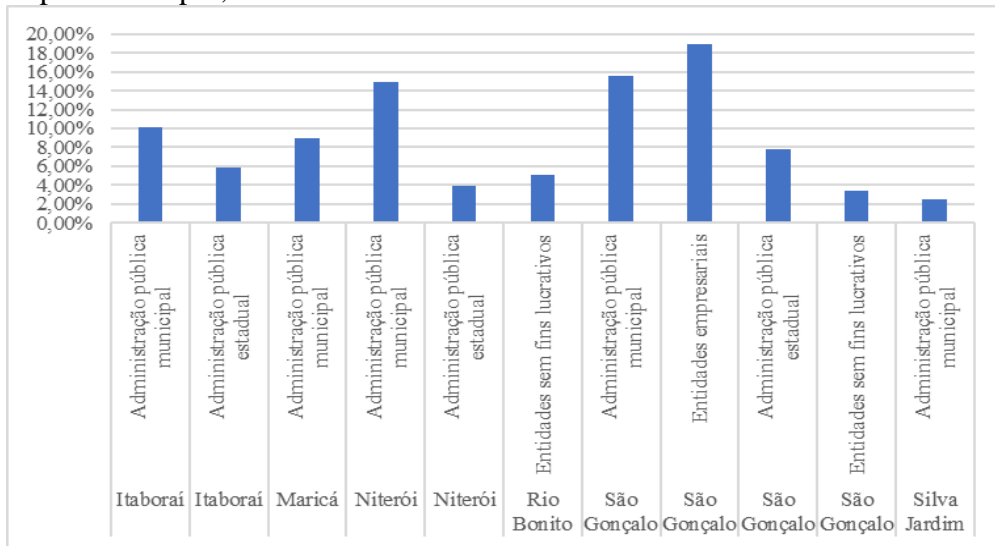
FONTE: SIH

* Atendimento ao SUS no período de 2014 a 2017

** Atendimento ao SUS no período de 2013 a 2014

Destacaram-se na região os estabelecimentos de saúde sob a administração pública municipal. Em São Gonçalo, chamou a atenção a produção elevada dos estabelecimentos de saúde privados (conveniados ao SUS) (Gráfico 9).

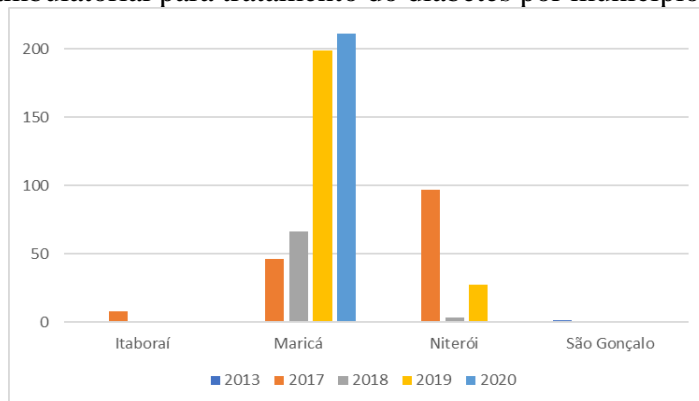
Gráfico 9. Percentual da produção hospitalar ligada ao tratamento do diabetes por esfera jurídica e por município, 2013 a 2020.



Fonte: SIH/SUS.

Conforme a produção ambulatorial para tratamento do diabetes (exame do pé diabético, tratamento do diabetes e tratamento de pé diabético complicado), a produção da Metropolitana II representou apenas 2,76% (658 procedimentos) no estado. Os municípios da região com registro dessas atividades foram principalmente Maricá e Niterói no nível da atenção básica (Gráfico 10). Chamou a atenção o baixo registro dessas atividades por municípios no período.

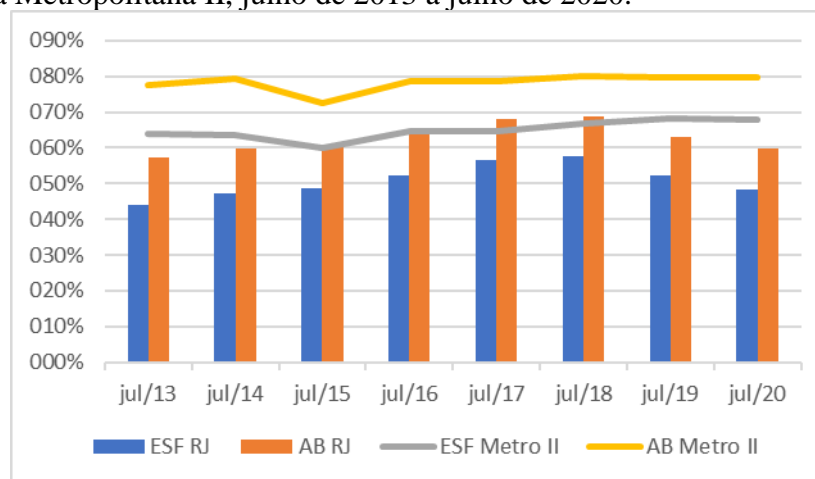
Gráfico 10. Produção ambulatorial para tratamento do diabetes por município, 2013 a 2020.



Fonte: SIA-SUS

Para a organização das redes de atenção às pessoas com DM, a APS deve ser a coordenadora do cuidado, resolutiva e articulada. A cobertura populacional estimada da atenção básica na região no período de junho de 2020 era de 79,59% (1.684.551 pessoas) e a cobertura populacional estimada da ESF era de 67,92% (1.437.634 pessoas), maior que a cobertura estadual (Gráfico 11).

Gráfico 11. Percentual da cobertura populacional estimada para ESF e AB no Estado do Rio de Janeiro e na Metropolitana II, julho de 2013 a julho de 2020.



Fonte: E-GESTOR.

Observou-se que a Região Metropolitana II se manteve estável com relação à cobertura populacional estimada na atenção básica desde o ano de 2016 e obteve um leve crescimento da cobertura populacional pela ESF no período de 2013 a 2020, já no estado houve uma redução da cobertura populacional estimada nos anos de 2019 e 2020.

Na Metropolitana II há um perfil heterogêneo da cobertura da Estratégia de Saúde da Família entre os municípios, além da convivência da ESF com modelos tradicionais de organização da APS (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2012). As diferentes coberturas da APS nos municípios mostram a priorização dessa estratégia para a organização dos serviços de saúde locais.

Pode-se identificar no quadro seguinte as diferenças entre os municípios com relação tanto ao número de equipes de saúde e à carga horária dos profissionais médicos e enfermeiros, quanto à cobertura populacional estimada para ESF e AB no período de 2013 a 2020.

Quadro 11. Características da APS nos municípios da Metropolitana II, de 2013 a 2020.

Ano *	Município	Nº Equipes SF e equiv.	CH Médico	CH Enfermeiro	Cobertura ESF	Cobertura AB
2013	ITABORAÍ	56	11,36	25,55	69,74%	85,05%
2014		52	8,63	14,05	65,86%	77,35%
2015		53	9,90	16,05	65,30%	78,38%
2016		51	10,16	15,95	61,77%	75,08%
2017		48	9,06	13,60	58,30%	70,08%
2018		50	9,16	24,15	60,87%	72,69%
2019		53	9,70	20,75	62,15%	74,34%
2020		48	5,73	8,00	60,23%	73,61%
2013	MARICÁ	29	12,83	12,50	40,85%	68,61%
2014		30	13,03	11,70	44,50%	69,65%
2015		29	11,20	16,90	43,39%	66,87%
2016		30	10,13	13,80	47,08%	67,82%
2017		35	13,73	15,65	48,34%	75,82%
2018		37	17,76	11,70	56,37%	79,31%
2019		49	15,63	11,95	80,90%	100,00%
2020		51	23,63	14,80	77,04%	100,00%
2013	NITERÓI	102	52,96	20,07	57,52%	69,77%
2014		115	50,60	24,47	63,53%	78,38%
2015		113	22,43	18,65	65,45%	76,75%
2016		115	28,23	20,95	65,29%	77,95%
2017		110	27,93	16,30	65,14%	74,96%
2018		114	16,93	17,45	67,06%	77,24%
2019		113	17,36	20,45	64,71%	74,89%
2020		111	14,03	14,95	65,16%	73,94%
2013	RIO BONITO	20	3,33	4,25	100,00%	100,00%
2014		18	0,00	1,50	100,00%	100,00%
2015		20	1,33	3,50	100,00%	100,00%
2016		19	1,33	3,50	100,00%	100,00%
2017		18	0,00	0,50	100,00%	100,00%
2018		20	1,66	1,00	100,00%	100,00%
2019		18	2,00	2,00	92,29%	100,00%
2020		22	2,00	2,00	100,00%	100,00%
2013	SÃO GONÇALO	238	52,88	45,65	65,19%	78,67%
2014		246	62,15	72,65	61,90%	80,08%
2015		208	45,68	52,20	54,16%	67,44%
2016		246	53,76	85,40	63,81%	79,35%
2017		251	55,95	76,05	64,44%	80,51%
2018		255	53,70	85,30	66,05%	81,40%
2019		250	42,08	71,95	66,59%	78,30%
2020		236	28,21	56,52	66,15%	78,37%
2013	SILVA JARDIM	10	1,86	2,97	100,00%	100,00%
2014		9	0,40	3,92	100,00%	100,00%
2015		9	2,00	6,60	100,00%	100,00%
2016		8	1,26	5,60	100,00%	100,00%
2017		7	0,26	6,60	100,00%	100,00%
2018		10	0,26	1,85	100,00%	100,00%
2019		11	1,26	2,65	100,00%	100,00%
2020		13	3,26	3,65	100,00%	100,00%
2013	TANGUÁ	8	0,66	1,00	87,79%	87,79%
2014		8	0,00	0,00	86,67%	86,67%
2015		10	0,00	0,00	100,00%	100,00%
2016		10	0,00	0,00	100,00%	100,00%
2017		9	0,00	0,00	94,95%	94,95%
2018		10	0,66	1,00	100,00%	100,00%
2019		10	0,00	2,00	100,00%	100,00%
2020		12	2,00	6,00	100,00%	100,00%

Fonte: E-GESTOR AB.

* Refere-se à competência do mês de julho de cada ano.

O Município de Itaboraí apresentou diminuição do número de equipes de saúde, da carga horária dos profissionais médicos e enfermeiros, da cobertura populacional estimada para ESF e AB a partir do ano de 2016, com um leve aumento em 2019 e posterior queda em 2020.

O Município de Maricá, de forma geral, apresentou um aumento do número de equipes de saúde, da carga horária dos profissionais médicos e enfermeiros, da cobertura populacional estimada para ESF e AB no período de 2013 a 2020, chegando a 100% de cobertura populacional para AB em 2019 e um importante aumento da cobertura de ESF, passando de 40,85% em 2013 para 77,04% em 2020.

Niterói também apresentou aumento do número de equipes de saúde, da cobertura populacional estimada para ESF e AB no mesmo período. Contudo, a carga horária dos profissionais médicos e enfermeiros diminuiu, sobretudo do médico com uma redução de 73,5% horas, passando de 52,96 em 2013 para 14,03 em 2020.

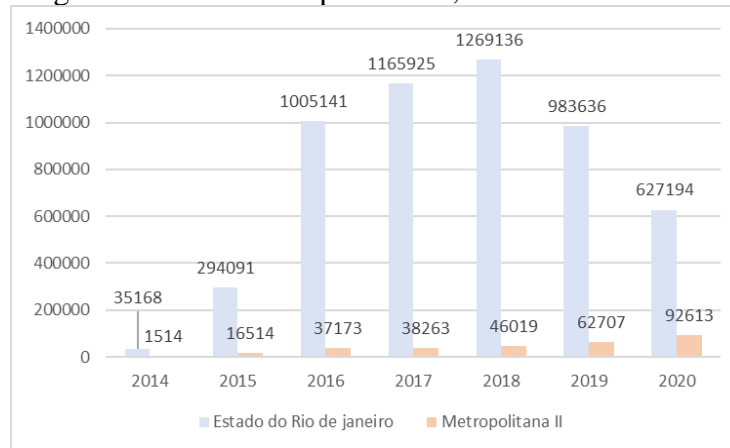
Rio Bonito e Silva Jardim registraram pouca variação no período. São dois dos três municípios da região que apresentam 100% de cobertura populacional para ESF e para AB.

São Gonçalo registrou, de forma geral, um pequeno aumento da cobertura populacional estimada para ESF no período. Entretanto, uma diminuição do número de equipes de saúde e da carga horária médica.

Tanguá apresentou um pequeno aumento do número de equipes de saúde e da carga horária dos profissionais médicos e enfermeiros. A cobertura populacional estimada para ESF e AB passou de 87,79% em 2013 para 100% em 2020.

Segundo o Ministério da Saúde, o número de pessoas com diabetes atendidas na Metropolitana II no período de 2014 a 2020 foi crescente, com aumento de 60,17%. Já no estado, observou-se uma diminuição a partir de 2019 (Gráfico 12). Essa diminuição de atendimentos no estado pode ter sido consequência do fechamento de unidades de saúde da família no Município do Rio de Janeiro.

Gráfico 12. Número de pessoas com diabetes atendidas (individual por condição) no Estado do Rio de Janeiro e na Região de Saúde Metropolitana II, 2014 a 2020.

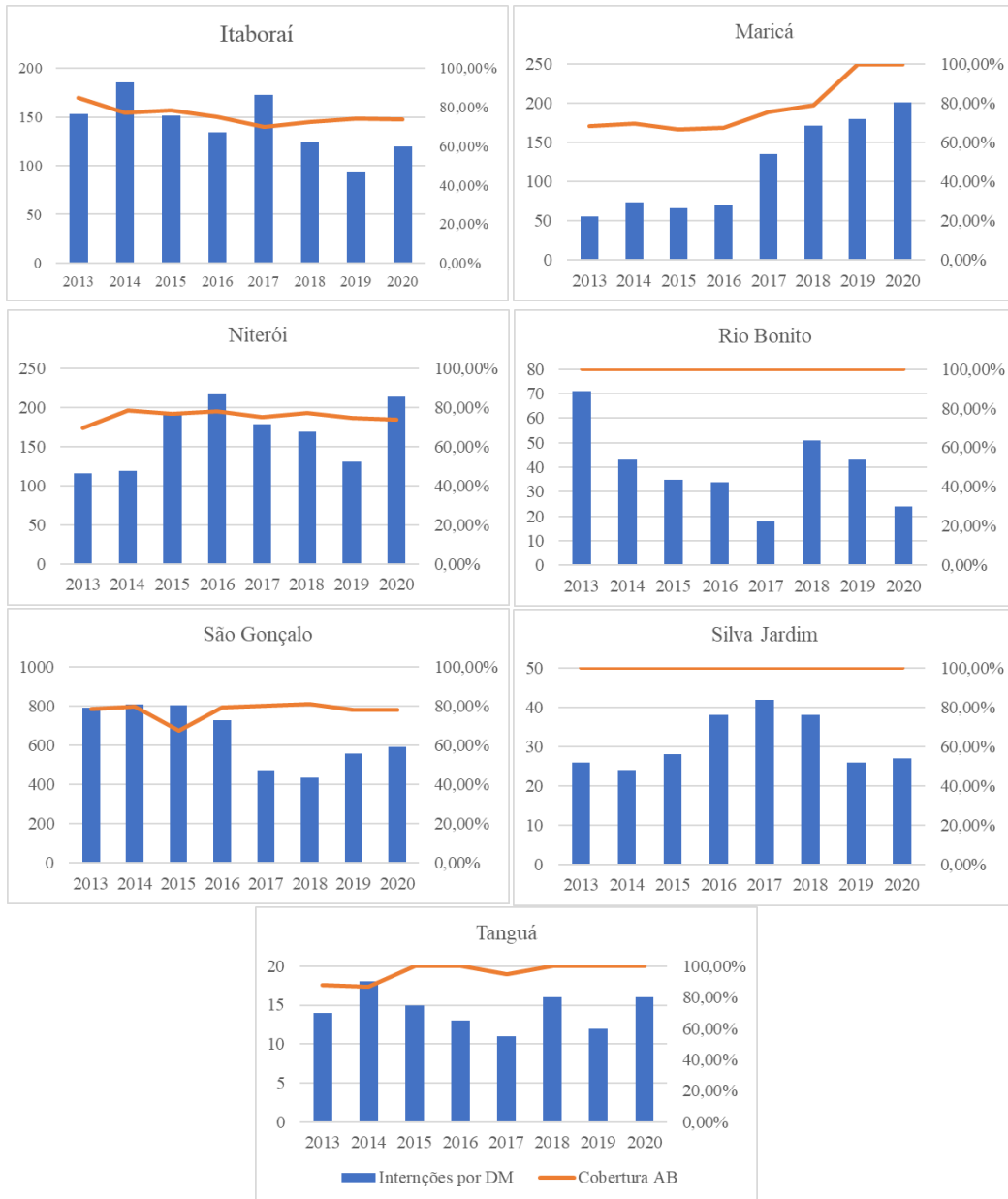


Fonte: SISAB.

* No ano de 2014, estão indisponíveis as informações dos municípios: Itaboraí, Maricá, São Gonçalo e Tanguá.

Quanto à cobertura populacional estimada na atenção básica e o número de internações hospitalares por DM nos municípios, pode-se perceber diferentes variações entre uma maior cobertura e o número de internações (Gráfico 13). Sabe-se que o DM é uma condição crônica que sofre influência de diversos fatores, mas uma maior cobertura da APS pode significar um maior gerenciamento do DM e dos seus fatores de risco. Contudo, não foi possível observar uma relação direta nos municípios da região.

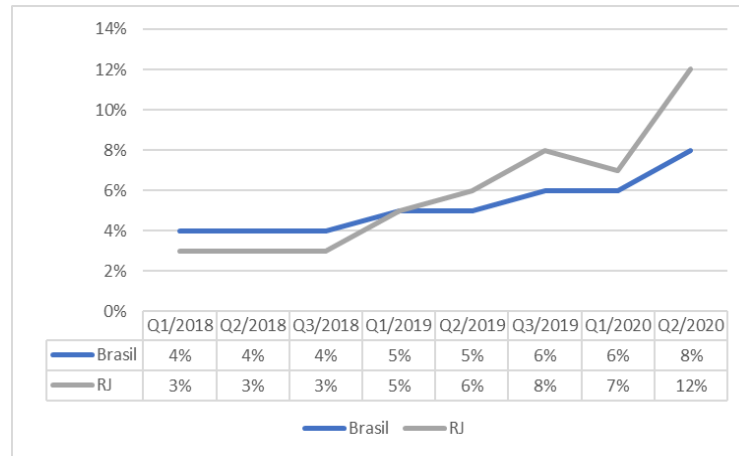
Gráfico 13. Relação entre número de internações hospitalares por diabetes e cobertura populacional estimada na atenção básica por municípios, 2013 a 2020.



Fonte: SIH, E-GESTOR.

Com relação ao indicador de desempenho proposto pela PNAB 2017, houve aumento do percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada por quadrimestre de 2018 a 2020 a partir do final de 2018 no estado (Gráfico 14).

Gráfico 14. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada por quadrimestre de 2018 a 2020.



Fonte: SISAB.

No que se refere à vigilância em saúde no estado, suas ações são determinadas por monitoramento das doenças infectocontagiosas e ações relativas à complexidade e maior risco sanitário. Há nove Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde (NDVS) - instâncias de apoio técnico para as regiões/municípios a fim de fomentar o desenvolvimento da Vigilância da Saúde. Não obstante, ainda são intensas as dificuldades com relação às condições de infraestrutura e de qualificação profissional das equipes de vigilância locais (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2012; 2020).

No tocante ao programa academia da saúde, foram identificados 128 polos desta academia em situação de cadastrada ou vigente no Estado do Rio de Janeiro até maio de 2020. Desses, apenas 25 polos estão situados na Metropolitana II, sendo um em Itaboraí, oito em São Gonçalo, oito em Silva Jardim e oito polos em Tanguá (SAPS).

Com relação ao tratamento farmacológico da pessoa com diabetes, este está disponível tanto pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) como pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Os insumos para o tratamento da pessoa com diabetes, como canetas, seringas com agulhas acopladas, agulhas para caneta e tiras, bem como os medicamentos antidiabéticos orais (cloridrato de metformina, glibenclamida e gliclazida) e as insulinas humanas regular e NPH 100 UI/mL (solução/suspensão injetável) estão disponíveis no CBAF. Já a inulina análoga de ação prolongada 100 UI/mL e a insulina análoga de ação rápida 100 UI/mL (solução injetável com sistema de aplicação) fazem parte do grupo 1A no CEAF (BRASIL, 2020).

O financiamento do CBAF é tripartite e o gerenciamento do componente é executado pela esfera municipal. O Ministério da Saúde é responsável pela aquisição e distribuição das

insulinas NPH e Regular para as secretarias estaduais, as quais têm a responsabilidade de distribuí-las aos municípios para a dispensação às pessoas com diabetes. O financiamento do grupo 1A no CEAF é exclusivo do Ministério da Saúde (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2012b).

O fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF obedece a critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2020).

No Estado do Rio de Janeiro, há 25 municípios polos regionais para cadastro e dispensação dos medicamentos especializados e 10 Centros de Referência. Com a crise financeira ⁹ que o estado vem enfrentando desde o final de 2015, tem ocorrido desabastecimento de medicamentos do grupo 1A e dos outros grupos (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2020).

A regulação em saúde envolve três dimensões distintas: urgência/emergência; exames e procedimentos ambulatoriais; internações. Quanto aos exames e procedimentos ambulatoriais, assim como aos leitos, há um entendimento de que a regulação deve ser descentralizada aos municípios. Alguns procedimentos ambulatoriais de alta complexidade passaram a ser regulados de forma unificada em todo o estado, como gestação de alto risco, cirurgias bariátricas, hematologia e terapia renal substitutiva (TRS), dada a capacidade de garantir oferta/acesso e continuidade (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2012b).

Para isso, existe a Central Estadual de Regulação (CER-RJ) e as oito Centrais Regionais: Metropolitana I (cogestão) com a Central Reuni-RJ; a Metropolitana II, em Niterói; a Baixada Litorânea, em Cabo Frio (cogestão); a Centro-Sul, em Três Rios (cogestão); a Serrana, em Teresópolis; a Médio Paraíba e Baía de Ilha Grande, em Volta Redonda; a Norte, em Campos (cogestão); e a Noroeste, em Itaperuna (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2012b).

Significativos desafios são apontados na operacionalização dos processos regulatórios orientados ainda pela oferta de serviços e não pela necessidade da população, como a indefinição de fluxos e de protocolos para todas as regionais, comunicação deficiente, insuficiente apropriação dos tetos financeiros e/ou físicos das pactuações sobre as redes de

⁹ Foi promulgada a Lei Estadual nº 7.483, de 08 de novembro de 2016, reconhecendo o estado de calamidade pública no âmbito da administração financeira - declarado pelo Decreto nº 45.692, de 17 de junho de 2016.

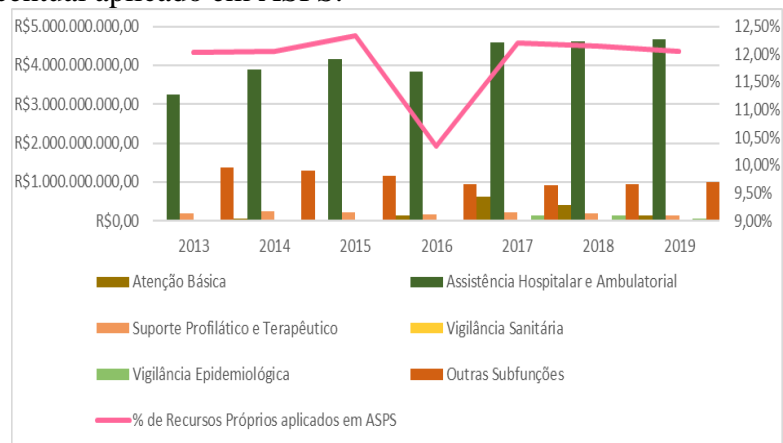
serviços pelas Coordenações Regionais, ausência de sistema de regulação informatizado em todas as centrais e para todos os procedimentos sob regulação, necessidade de capacitação dos técnicos e ampliação do quadro de profissionais (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2012b).

As áreas de atuação da Secretaria Estadual de Saúde, por meio de suas Centrais de Regulação, que envolvem a atenção às pessoas com diabetes, são procedimentos de alta complexidade em cardiologia; consultas e procedimentos em oftalmologia; Terapia Renal Substitutiva; traumatologia-ortopedia (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2012b, 2016).

A redução da cobertura populacional da APS em alguns municípios pode gerar a diminuição do acompanhamento das pessoas com DM, poucas academias de saúde, dificuldades no fornecimento de medicamentos e insumos, além das dificuldades de regulação dos serviços de saúde com maior densidade tecnológica observadas no período, que influenciam o gerenciamento do DM, prejudicando a atenção à saúde da pessoa com esta condição.

Quanto ao financiamento em saúde realizado pelo Estado do Rio de Janeiro no período de 2013 a 2019, pode-se observar em geral a manutenção da aplicação de 12% nas ações e serviços públicos de saúde, com exceção do ano de 2016 que chegou a 10,5%. A subfunção com maior proporção de gasto tem sido a atenção hospitalar e ambulatorial, como demonstrado no próximo gráfico.

Gráfico 15. Financiamento em saúde pelo governo estadual no período de 2013 a 2019 por subfunção e percentual aplicado em ASPS.



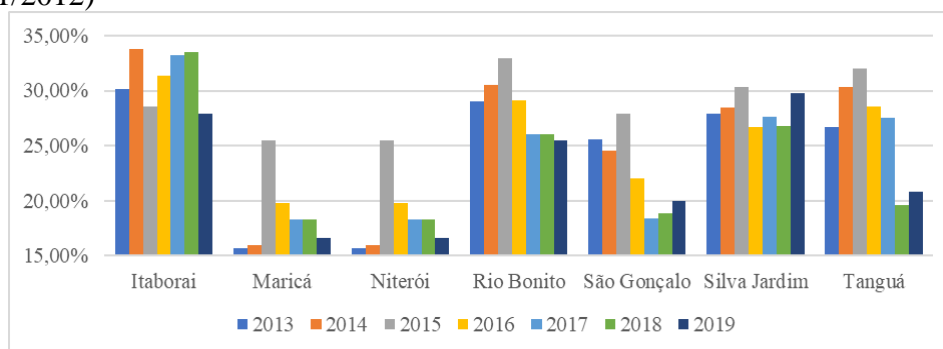
Fonte: SIOPS

Nos anos de 2017 e 2018, a despesa na subfunção da atenção básica chegou a pouco mais de 12,5% e aproximadamente 8,1%, respectivamente, do total de recursos investidos na

saúde. A subfunção vigilância epidemiológica e sanitária não chegou a 1% do total de recursos gastos na saúde, com exceção dos anos de 2017 e 2018, com 2,7% e 3,0%, respectivamente.

Com relação aos municípios da Metropolitana II, de uma forma geral, o percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços de saúde pública ao longo de 2013 a 2019 esteve entre 15% e 33%. Sendo Itaboraí o município com o maior percentual, perto dos 33% investidos, e o Município de Maricá com o menor, em torno dos 15% (Gráfico 16).

Gráfico 16. Percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços de saúde pública (LC141/2012) *



Fonte: SIOPS

* Lei Complementar n.º.141/2012 determina aplicação por municípios de 15% e aplicação por estado de 12%.

O Município de Itaboraí apresentou uma importante oscilação e Silva Jardim também, mas em menor proporção, ao longo dos anos de 2013 a 2019. Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo e Tanguá reduziram fortemente as despesas em saúde a partir do ano de 2015.

No que concerne ao financiamento federal, houve um aumento ao longo dos anos com diferenças entre os municípios. Em 2017, houve uma diminuição importante do financiamento federal. São Gonçalo e Rio Bonito obtiveram os maiores investimentos federais nos anos seguintes. Silva Jardim, Itaboraí, Niterói e Tanguá apresentaram investimento federal mais constante a partir de 2018 (Quadro 12).

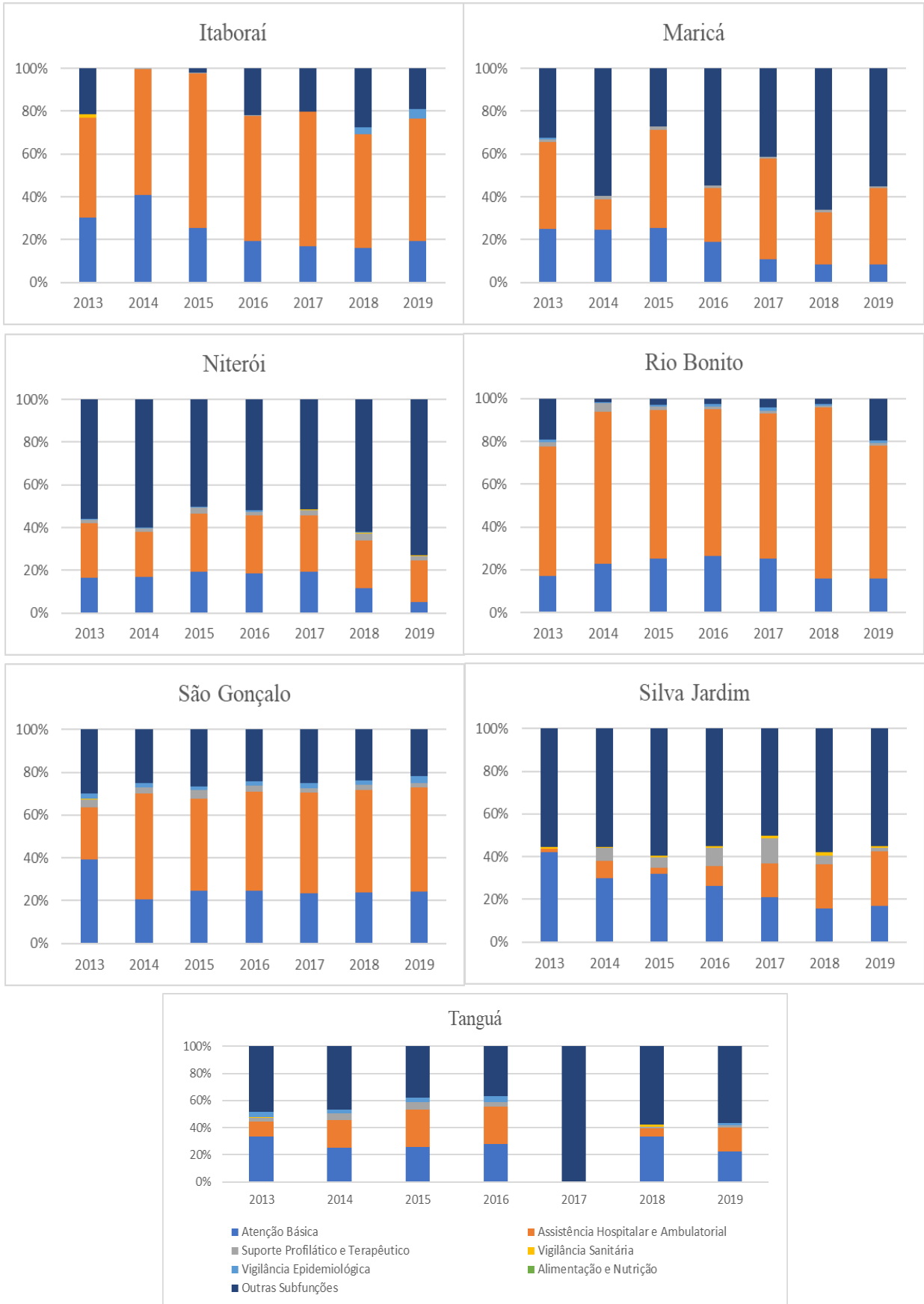
Quanto às subfunções (Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Suporte Profilático e Terapêutico, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Alimentação e Nutrição e outras subfunções), os municípios da Metropolitana II investiram mais na assistência hospitalar e ambulatorial e na atenção básica (Gráfico 17).

Quadro 12. Recursos próprios e transferências federais por municípios da Região Metropolitana II, 2013 a 2020.

Municípios	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Itaboraí								
Recursos Próprios	R\$ 125.140.019,16	R\$ 140.329.037,80	R\$ 92.433.036,93	R\$ 69.726.574,71	R\$ 66.607.152,04	R\$ 74.813.862,44	R\$ 72.608.891,86	
Federal	R\$ 41.974.267,26	R\$ 53.669.637,81	R\$ 68.619.467,14	R\$ 73.024.741,39	R\$ 54.858.061,44	R\$ 65.604.828,42	R\$ 65.871.292,88	R\$ 66.761.850,40
Maricá								
Recursos Próprios	R\$ 22.258.270,54	R\$ 26.158.678,93	R\$ 32.287.927,75	R\$ 38.061.935,39	R\$ 42.627.689,14	R\$ 59.739.139,81	R\$ 87.323.686,70	
Federal	R\$ 14.551.872,98	R\$ 20.511.171,80	R\$ 25.365.546,57	R\$ 27.369.818,65	R\$ 30.655.996,23	R\$ 48.448.078,58	R\$ 39.644.204,11	R\$ 36.836.559,52
Niterói								
Recursos Próprios	R\$ 182.179.924,53	R\$ 197.997.553,69	R\$ 233.015.407,52	R\$ 239.678.203,64	R\$ 272.273.321,63	R\$ 268.481.220,99	R\$ 280.979.310,71	
Federal	R\$ 127.706.110,08	R\$ 148.401.579,58	R\$ 146.891.847,52	R\$ 155.288.513,45	R\$ 150.124.360,38	R\$ 158.586.341,57	R\$ 156.527.579,09	R\$ 162.551.252,77
Rio Bonito								
Recursos Próprios	R\$ 21.110.657,72	R\$ 24.386.540,40	R\$ 26.855.861,87	R\$ 24.643.914,20	R\$ 21.724.208,10	R\$ 24.310.217,29	R\$ 24.119.718,83	
Federal	R\$ 37.025.852,09	R\$ 40.313.319,10	R\$ 43.088.726,21	R\$ 39.861.386,67	R\$ 37.057.391,82	R\$ 44.879.585,43	R\$ 45.397.954,11	R\$ 57.016.966,69
São Gonçalo								
Recursos Próprios	R\$ 109.267.956,41	R\$ 114.482.761,61	R\$ 126.383.004,66	R\$ 95.984.759,03	R\$ 86.564.295,14	R\$ 97.910.794,59	R\$ 114.021.796,21	
Federal	R\$ 191.426.165,05	R\$ 212.000.097,16	R\$ 215.913.308,06	R\$ 229.193.420,03	R\$ 227.533.437,54	R\$ 249.695.606,23	R\$ 293.392.096,32	R\$ 258.110.456,16
Silva Jardim								
Recursos Próprios	R\$ 13.735.073,40	R\$ 15.378.912,23	R\$ 17.112.021,71	R\$ 14.753.756,45	R\$ 15.235.811,57	R\$ 17.046.156,39	R\$ 18.081.401,42	
Federal	R\$ 6.383.436,63	R\$ 7.170.736,39	R\$ 8.120.318,25	R\$ 10.060.450,69	R\$ 11.250.583,86	R\$ 11.244.188,55	R\$ 12.465.390,65	R\$ 10.216.982,61
Tanguá								
Recursos Próprios	R\$ 10.202.256,77	R\$ 12.468.290,26	R\$ 13.582.564,34	R\$ 12.808.043,17	R\$ 12.384.012,10	R\$ 9.609.540,82	R\$ 10.232.967,59	
Federal	R\$ 3.709.848,82	R\$ 7.600.835,89	R\$ 10.459.006,39	R\$ 15.789.778,11	R\$ 10.572.832,95	R\$ 12.748.166,38	R\$ 12.460.771,99	R\$ 12.656.578,45

Fonte: SIOPS, FNS.

Gráfico 17. Gastos em saúde segundo subfunção por municípios da Região Metropolitana II, 2013 a 2019.



Fonte: SIOPS.

6. ESTRUTURAS E INSTRUMENTOS DE GOVERNANÇA REGIONAL

O período de 2013 a 2020 foi marcado por grandes crises políticas e econômicas, que influenciaram as decisões na política de saúde, inclusive com retrocessos em importantes temas da saúde. Esse período contempla diferentes secretários de saúde nas gestões estaduais (Quadro 13). No ano de 2020, com o início da pandemia causada pela COVID-19, diferentes secretários de saúde assumiram o cargo no nível estadual, fato que prejudicou as ações de saúde no estado.

O cargo de secretário estadual de saúde é comissionado e a indicação é feita pelo governador. Sabe-se que cargos com grande importância política e poder de decisão são utilizados como barganha política no país. No Estado do Rio de Janeiro, os últimos cinco governadores (Wilson Witzel, Luiz Fernando Pezão, Sérgio Cabral Filho, Rosinha Garotinho e Anthony Garotinho) foram presos e/ou afastados por acusações diversas: corrupção, abuso de poder, crimes eleitorais, entre outras. Assim, as políticas públicas, incluindo a política de saúde, são interrompidas ou afetadas pela ausência de um governo contínuo.

Na gestão do Governador Luiz Fernando Pezão, 2014 a 2018, houve quatro diferentes secretários de saúde. Nesse período, o Estado do Rio de Janeiro passava por crise econômica, fiscal, de gestão com reflexos na saúde estadual, agravando os problemas de funcionamento irregular de unidades de saúde, atrasos de salários, déficit de profissionais, entre outros (PUFF, 2016; PERES; SANT’ANA; RODRIGUES, 2020). Os problemas enfrentados pelo estado nesse período podem ter influenciado as mudanças de secretários de saúde.

Já na gestão do governador Wilson Witzel, 2019 a 2021, também foram nomeados quatro secretários de saúde num período conturbado pela pandemia causada pelo COVID-19, além das questões econômicas, fiscais, de gestão e política já presentes no estado, representando enormes desafios para o sistema de saúde.

Quadro 13. Relação dos secretários estaduais de saúde e governadores do Estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2021.

Secretário de Saúde	Período de gestão	Governador *
Sérgio Luiz Côrtes da Silveira	Até 31/12/2013	Sérgio Cabral Filho (PMDB)
Marcos Esner Musafir	06/01 a 31/12/2014	Luiz Fernando Pezão (PMDB) assumiu o exercício como governador em 04/04/2014. Em 2015, foi empossado governador.
Felipe Peixoto	01/01/2015 a 03/01/2016	
Luiz Antonio de Souza Teixeira Júnior	04/01/2016 a 05/04/2018	
Sérgio D’Abreu Gama	06/04 a 31/12/2018	
Edmar José Alves dos Santos	01/01/2019 a 17/05/2020	Wilson Witzel (PSC) manteve-se no governo até 30/04/2021.
Fernando Raphael de Almeida Ferry	18/05/2020 a 22/06/2020	
Alex da Silva Bousquet	25/06/2020 a 24/09/2020	

Carlos Alberto Chaves de Carvalho	25/09/2020 a 04/05/2021	
Alexandre Otávio Chieppe	04/05/2021 (atual)	Cláudio Castro (PSC) assumiu o exercício como governador em 28/08/2020. Foi empossado em 01/05/2021 como governador.

*Mandatos do governo estadual: 2011-2014; 2015-2018; 2019-2022.

Fonte: DOERJ

6.1 CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES E ESPAÇOS DECISÓRIOS

Diferentes organizações e espaços decisórios integram o complexo de governança regional do SUS e influenciam as políticas de saúde na Região de Saúde Metropolitana II e no Estado do RJ: o Conselho Estadual de Saúde, a Comissão Intergestores Bipartite, a Comissão Intergestores Regional e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro.

No Estado do Rio de Janeiro, o CES é um órgão permanente de caráter deliberativo e composição paritária, integrante da estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde, corresponsável pela elaboração e atualização das políticas estaduais de saúde, incluindo fiscalização e controle das ações e serviços de saúde de qualquer natureza, como também dos aspectos econômicos e financeiros no âmbito do SUS. O CES é composto por gestor e prestadores de serviços, público e/ou privados (25%), profissionais de saúde (25%) e usuários (50%).

Para a sua organização há o plenário que se reúne mensalmente ou de forma extraordinária, quando há necessidade e o pleno é convocado por seus membros. Foram instituídas também comissões específicas para assessoramento do plenário, há o presidente do conselho, a secretaria executiva e os apoiadores regionais.

A CIB e a CIR são instâncias colegiadas de articulação, negociação e pactuação entre os gestores estadual e municipais para fins de operacionalização das políticas públicas de saúde, de interesse do SUS, nos âmbitos estadual e regional, respectivamente. A CIB está formalmente vinculada à secretaria estadual de saúde e a CIR está formalmente integrada à CIB.

A CIB é composta paritariamente por representantes do governo estadual, indicados pelo secretário estadual de saúde e por secretários de saúde municipais, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde. A CIR é composta pelos secretários municipais de saúde dos municípios que formam a região de saúde, sendo um deles o vice-presidente regional do Cosems, e por representantes estaduais.

Para a organização da CIB e da CIR, há o plenário que se reúne mensalmente ou de forma extraordinária, quando há necessidade. As câmaras técnicas específicas para

assessoramento do plenário, o presidente do conselho e a secretaria executiva são outros mecanismos de organização dessas instâncias. A CIB – RJ é composta ainda pelas CIRs e pela Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Estado do Rio de Janeiro.

O Cosems é uma entidade representativa dos entes municipais em âmbito estadual, sendo vinculado institucionalmente ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Composto por secretários municipais de saúde, que são seus membros associados. Atua de forma cooperativa a fim de proporcionar articulação entre os entes municipais.

Para a organização do Cosems, existe a assembleia geral, órgão de deliberação superior composta pelos secretários municipais ou suplentes, representada pelas reuniões mensais e de forma extraordinária quando há convocação para tal; tem também diretoria, composta por presidente, vice-presidentes regionais, secretário geral e diretor financeiro; diretorias temáticas; e conselho fiscal.

Desde o ano de 1988, o Cosems atua em prol da articulação dos municípios. No período de 2013 a 2020, foram presidentes do Cosems as secretárias de saúde dos municípios de Iguaba Grande (Região de Saúde Noroeste) e de Pirai (Região Médio Paraíba) (Quadro 14).

Quadro 14. Presidentes do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro, 2013 a 2020.

Período de gestão	Presidente do COSEMS	Secretaria Municipal
2011-2013	Maria Juraci Dutra	Secretária Municipal de Saúde de Iguaba Grande
2013-2015		
2015-2017	Maria da Conceição de Souza Rocha	Secretária Municipal de Saúde de Pirai
2017-2019		
2019-2021		
2021-2023	Rodrigo Alves Torres Oliveira	Secretário Municipal de Saúde de Niterói

Fonte: Cosems RJ

Observa-se que essas organizações e espaços decisórios são compostos por entidades representativas de diferentes segmentos, gestores estaduais, municipais, organizações civis, instituições de ensino, sindicatos, associações, conselhos profissionais, entre outros com interesses diversos, assimetrias de poder e de capacidades institucionais. Isso demonstra a complexidade na governança em saúde e a necessidade dessas organizações e espaços cumprirem seus papéis institucionais como importantes organizações do SUS, como meio de participação e controle social.

O próximo quadro sintetiza as principais características das organizações e espaços decisórios do SUS na Região de Saúde Metropolitana II e no Estado do RJ.

Quadro 15. Principais características das organizações e espaços decisórios do SUS na Região de Saúde Metropolitana II e no Estado do RJ: descrição, função, composição, organização, reuniões.

Órgão colegiado	CES	CIB	CIR	COSEMS
Descrição/Função	Colegiado máximo, órgão permanente de caráter deliberativo e composição paritária, integrante da estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde, corresponsável pela elaboração e atualização das políticas estaduais de saúde, incluindo fiscalização e controle das ações e serviços de saúde de qualquer natureza, como também dos aspectos econômicos e financeiros no âmbito do SUS no estado, sendo suas resoluções homologadas pelo chefe do Poder Executivo.	Instância colegiada de articulação, negociação e pactuação entre os gestores estadual e municipais para fins de operacionalização das políticas públicas de saúde, de interesse do SUS, no âmbito estadual. Está vinculada à Secretaria de Estado de Saúde para fins operacionais e administrativos.	Espaço interfederativo regional de negociação e pactuação de matérias relacionadas à organização e ao funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em rede de atenção à saúde para efeitos administrativos e operacionais, observando as diretrizes da CIB. Órgão colegiado, não paritário, de natureza permanente vinculada tecnicamente à CIB/RJ.	Entidade representativa dos entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, vinculados institucionalmente ao CONASEMS. Considerada uma associação civil, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, tem por finalidade congregar as Secretarias Municipais de Saúde e seus respectivos gestores para atuação em prol do desenvolvimento da Saúde Pública, observando os princípios e diretrizes do SUS, promovendo ações conjuntas que fortaleçam a descentralização política, administrativa e financeira do SUS.
Composição	Representações dos segmentos gestor e prestadores de serviços, público e/ou privados (25%), profissionais de saúde (25%) e usuários (50%). Dos representantes dos usuários, metade é indicada pelos CMS de cada região e a outra metade é constituída por representantes de patologias; representantes dos trabalhadores em atividade e aposentados, de setores que não o da saúde; representantes dos usuários residentes no território estadual, ou das respectivas associações.	Constituída, paritariamente, por representantes do governo estadual indicados pelo secretário estadual de saúde e dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde. O secretário de estado de saúde é membro nato e presidente da CIB/RJ, o presidente do COSEMS-RJ e o secretário municipal de saúde da capital do estado são membros natos da CIB/RJ.	Composta pelos secretários de saúde dos municípios que integram a região de saúde, sendo um destes o vice-presidente regional do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro da região, indicado por este conselho; um representante de nível central da secretaria estadual de saúde, indicado pelo secretário estadual de saúde ou pelo secretário executivo da CIR; além de representantes do estado.	Composto por membros associados, todas as secretarias municipais de saúde ou órgãos equivalentes. Os associados são representados no COSEMS pelos secretários de saúde municipais ou pelo detentor de função ou cargo equivalente.

Organização	<p>Constituído por: Plenário, órgão máximo de deliberação do CES-RJ;</p> <p>Comissão Executiva, órgão executivo e de assessoramento do Plenário;</p> <p>Comissões, são grupos de composição mista e de caráter consultivo e não deliberativo;</p> <p>Secretaria Executiva, apoio administrativo e técnico do plenário, de todas as comissões e grupos de trabalho;</p> <p>Apoiadores Regionais, conselheiros titulares e/ou suplentes eleitos pelo plenário;</p> <p>Presidência do Conselho, eleita pelos votos dos conselheiros, será ocupada em rodízio pelos três segmentos e o mandato em cada segmento será pelo período de um ano.</p>	<p>Constituída por: Plenário, órgão de deliberação máxima, configurado pelas reuniões ordinárias e extraordinárias;</p> <p>Câmara Técnica, assessora e subsidia tecnicamente a CIB;</p> <p>Câmaras Técnicas Temáticas, subordinadas à Câmara Técnica, com caráter permanente para a execução de tarefas específicas e de acordo com as necessidades;</p> <p>Secretaria Executiva, apoio administrativo para a execução das atividades referentes às decisões e orientações do plenário e das câmaras técnicas, praticando todos os atos de gestão administrativa;</p> <p>Comissões Intergestores Regionais;</p> <p>Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço do Estado do Rio de Janeiro, instância intersetorial e interinstitucional permanente que participa da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito das regiões de saúde do SUS e da secretaria de saúde estadual.</p>	<p>Constituída por: Plenário; instância máxima de deliberação, configurado pelas reuniões ordinárias e extraordinárias dos membros da CIR;</p> <p>Câmara Técnica, com caráter permanente, subsidia as discussões do plenário;</p> <p>Grupos de Trabalho, caráter permanente e/ou transitório, por temas específicos, para desenvolvimento de estudos, planos e projetos que embasem as discussões da câmara técnica e do plenário;</p> <p>Secretaria Executiva, vinculada à Assessoria de Integração Regional/Subsecretaria Geral/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, que garante apoio administrativo e logístico para o seu funcionamento.</p>	<p>Constituído por: Assembleia geral, órgão de deliberação superior composta pelos secretários municipais ou suplentes;</p> <p>Diretoria, composta por presidente, vice-presidentes regionais, secretário geral e diretor financeiro; e diretorias temáticas, como comunicação, relações institucionais e parlamentares, direito sanitário e regionalização e descentralização;</p> <p>Conselho fiscal, órgão colegiado de fiscalização superior, composto por cinco membros efetivos e cinco suplentes eleitos em assembleia.</p>
Periodicidade das reuniões	Ordinariamente uma vez por mês ou extraordinariamente sempre que houver convocação pelo presidente ou pela comissão executiva, ou por 1/3, no mínimo, de seus membros efetivos.	Ordinariamente uma vez por mês, extraordinariamente quando convocada por qualquer uma das partes.	Ordinariamente uma vez por mês ou extraordinariamente quando necessário.	Ordinariamente uma vez por mês, na mesma data de reunião da CIB, e de forma extraordinária quando necessário por iniciativa da diretoria executiva ou a pedido de 1/5 dos associados.

Fonte: BRASIL, 2011; COSEMS, 2018; SES RJ

6.1.1 Conselho Estadual de Saúde

Foram identificados representantes da SES (presentes em 91 reuniões – 95,8%), da Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas do Estado do Rio de Janeiro (83 reuniões – 87,4%), do Cosems (48 reuniões – 50,5%) como as principais instituições do segmento de gestores e prestadores de serviços (Gráfico 17). Os secretários estaduais de saúde compareceram a 22 reuniões (22,9%) considerando o período analisado (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência dos secretários de saúde estadual nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde por gestão estadual, agosto de 2014 a março de 2020.

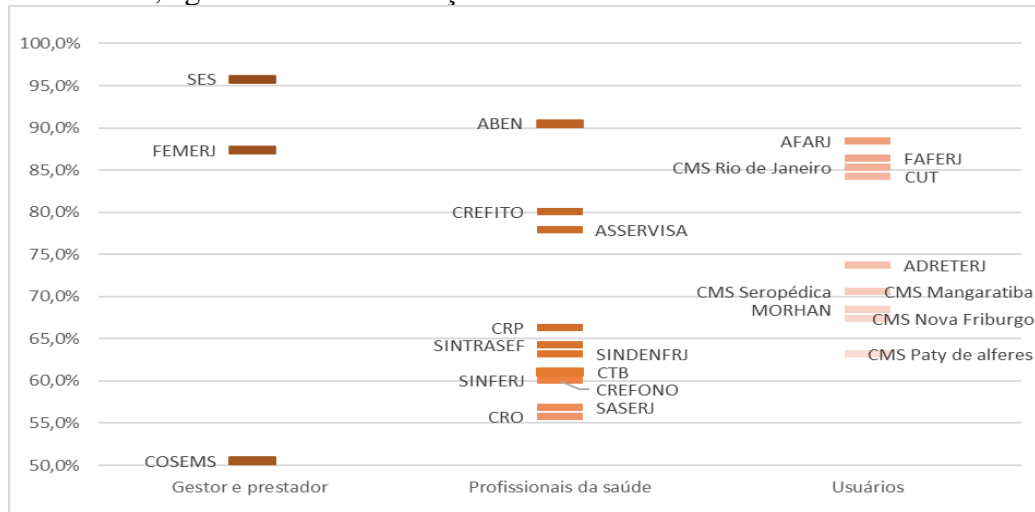
	Número de reuniões do CES	Número de presença do secretário	Percentual de participação do secretário
Gestão 2013-2014	5	5	100,0
Gestão 2015-2018	64	14	21,8
Gestão 2019-2020	27	3	11,1
Total	96	22	22,9

Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CES.

Associações e conselhos profissionais representaram o segmento profissionais de saúde, com maior destaque para a Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn (86 reuniões – 90,5%), Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - CREFITO (76 reuniões – 80,0%) e Associação dos Servidores da Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro - ASSERVISA (74 reuniões - 77,9%).

O segmento dos usuários foi representado principalmente por: Associação dos Falcêmicos e Talassêmicos do Rio de Janeiro - AFARJ (84 reuniões – 88,4%), Federação das Associações de Favelas do Rio de Janeiro - FAFERJ (82 reuniões – 86,3%), CMS do Rio de Janeiro (81 reuniões – 85,2%) e Central Única dos Trabalhadores - CUT (80 reuniões – 84,2%). Dentre os CMS dos municípios da Metropolitana II, os que mais participaram das reuniões no CES foram: CMS de Tanguá (53 reuniões – 55,8%) e CMS de São Gonçalo (52 reuniões – 54,7%). O CMS de Niterói compareceu a apenas 2 reuniões (2,1%). Não foi identificada associação de pessoas com diabetes presentes nas reuniões.

Gráfico 18. Frequência das principais organizações por segmentos nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde, agosto de 2014 a março de 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CES.

No CES, o tema relacionado ao diabetes apareceu de forma pontual no período de 2017 a 2019, duas observações importantes nas reuniões sobre este tema foram: a preocupação acerca do projeto de lei do Senado nº. 225/2017, que dispõe sobre a assistência ao paciente com *Diabetes Mellitus* no SUS, mais especificamente sobre a atenção integral à pessoa com *Diabetes Mellitus*, especialmente por meio da instalação de centros especializados na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. Esse projeto está na câmara dos deputados desde abril de 2018 e foi realizado um levantamento sobre impactos orçamentário e financeiro para a União no ano de 2019.

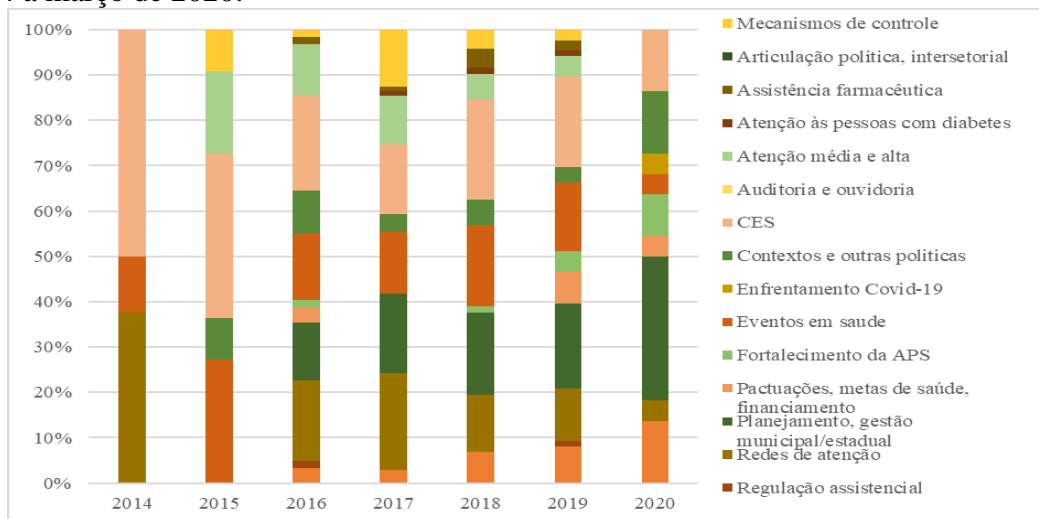
A outra observação foi com relação à situação do diabetes no Estado do Rio de Janeiro e as dificuldades no acesso a medicamentos e serviços, alguns problemas envolvendo a RioFarmes, a assistência na APS, entre outros. Conforme fragmento da discussão na ata:

(...) atenção do gabinete em relação ao IEDE (Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione), que foi descaracterizado nos últimos vinte anos, (...) trata-se de um instituto de ponta e com gente muito competente, que poderia dar suporte técnico, no que tange ao treinamento de profissionais médicos e de enfermagem, foi destruído (...). Muitos pés foram salvos da amputação graças à equipe do IEDE, mesmo na condição que eles tinham nos últimos dez anos para trabalhar (...). Questiona o motivo de não se fazer o acolhimento na glicemia capilar nas pessoas que entram no posto de saúde para tomar uma vacina ou fazer um cuidado (...) desta forma teríamos mais efetividade na prevenção, seriam detectados muito mais diabéticos na atenção básica e é muito barato fazer (...) o acolhimento é apenas uma entrevista e que deveria ser diferente porque se fosse feito de outra forma conseguiria identificar muito mais hipertensos e diabéticos. (...) o Estado precisa ser indutor de algumas políticas. (Ata da reunião do CES, dia 17/12/2019, p.4-7).

Outro problema levantado na discussão foi com relação ao número baixo de pacientes com diabetes cadastrados e a ausência de uma linha de cuidado para doenças não transmissíveis no estado.

Os temas tratados no CES foram principalmente os relacionados à operacionalização do conselho, eventos de saúde – organizados pelo conselho ou com a participação de seus membros, planejamento e gestão em saúde do estado e de municípios, abordando as dificuldades do estado e dos municípios em relação à gestão de unidades de saúde estaduais e municipais, contratos com organizações, gestão do trabalho, instrumentos de planejamento e gestão, e redes de atenção à saúde (Gráfico 19).

Gráfico 19. Principais temas discutidos nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde, agosto de 2014 a março de 2020.



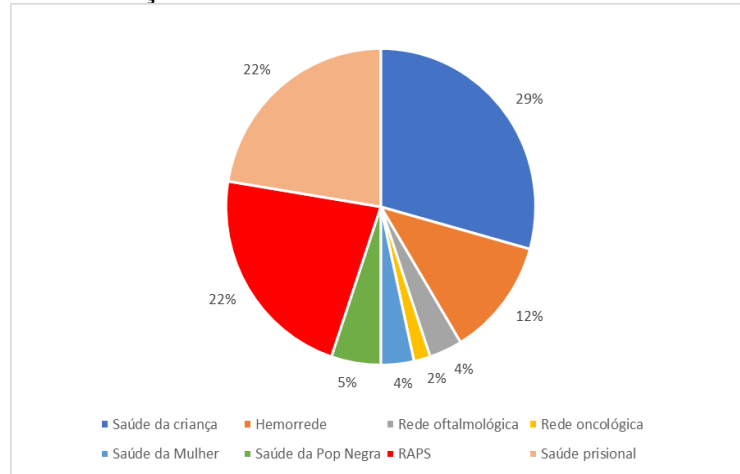
Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CES.

Sobre a APS foram discutidos principalmente as alterações da política nacional da atenção básica, o financiamento da APS e o cofinanciamento estadual para a APS.

A vigilância em saúde teve como principais discussões o controle de doenças infectocontagiosas, a contaminação da água no Município do Rio de Janeiro, a violência no estado e a saúde do trabalhador.

As redes de saúde discutidas no CES foram principalmente a saúde da criança (29%), com discussão sobre dificuldades na realização da triagem neonatal; Saúde Prisional e RAPS (22%). As demais redes discutidas foram Hemorrede (12%), Saúde da População Negra (5%), Saúde da Mulher (4%), rede oftalmológica (4%) e oncológica (2%) (Gráfico 20).

Gráfico 20. Redes de saúde identificadas nas pautas das reuniões do Conselho Estadual de Saúde, agosto de 2014 a março de 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CES.

A regulação assistencial tratou da central de regulação no estado e de problemas com o SISREG. Contudo, foi discutida de forma bastante pontual.

6.1.2 Comissão Intergestores Bipartite

Nas reuniões da CIB foram identificados secretários estaduais, secretários municipais de saúde da Metropolitana II, presidente do Cosems RJ e importantes áreas técnicas da SES.

Os secretários estaduais de saúde compareceram a apenas 24 das reuniões (31,2%) da CIB (Tabela 2). Em 2013 e em 2020 não houve participação do secretário estadual de saúde, considerando-se as atas disponíveis para o estudo.

Tabela 2. Frequência dos secretários de saúde estadual nas reuniões da Comissão Intergestora Bipartite por gestão estadual, fevereiro de 2013 a maio de 2020.

	Número de reuniões da CIB	Número de presença do secretário	Percentual de participação do secretário
Gestão 2013-2014	21	3	14,3%
Gestão 2015-2018	44	15	34,1%
Gestão 2019-2020	12	6	50,0%
Total	77	24	31,2%

Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões da CIB.

Os secretários municipais de saúde da Metropolitana II com maior frequência nas reuniões da CIB foram de Silva Jardim (45 reuniões – 58,4%) e Niterói (23 reuniões – 29,9%) (Tabela 3). Os demais municípios da região em ordem decrescente de participação foram: São

Gonçalo (10 reuniões – 13,0%), Itaboraí (7 reuniões - 9,1%), Rio Bonito (6 reuniões - 7,8%) e Maricá (3 reuniões - 3,9%). O Município de Tanguá não foi representado no período em questão, conforme as atas analisadas.

Tabela 3. Frequência dos secretários municipais de saúde nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite por período de gestão, fevereiro de 2013 a maio de 2020.

Município	Gestão 2013-2016		Gestão 2017-2020		Total	
	n ₁₃₋₁₆ =42	%	n ₁₇₋₂₀ =35	%	n _{total} =77	%
Secretário Municipal de Saúde de Silva Jardim	22	52,4%	23	65,71%	45	58,4%
Secretário Municipal de Saúde de Niterói	2	4,8%	21	60,00%	23	29,9%
Secretário Municipal de Saúde de São Gonçalo	10	23,8%	0	0,00%	10	13,0%
Secretário Municipal de Saúde de Itaboraí	7	16,7%	0	0,00%	7	9,1%
Secretário Municipal de Saúde de Rio Bonito	0	0,0%	6	17,14%	6	7,8%
Secretário Municipal de Saúde de Maricá	2	4,8%	1	2,86%	3	3,9%
Secretário Municipal de Saúde de Tanguá	0	0,0%	0,00%	0,00%	0	0,0%

Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões da CIB.

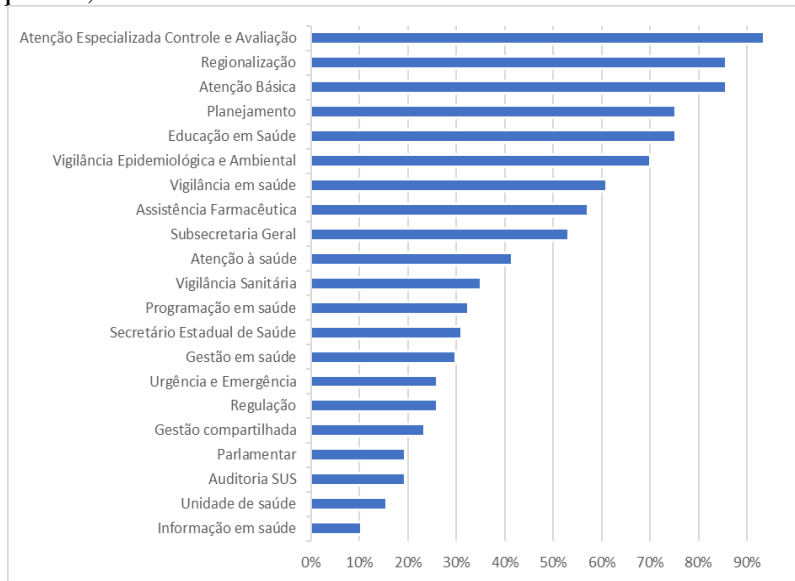
A secretária de saúde de Pirai também respondeu como presidente do Cosems no período de 2015 a 2020 e frequentou 76 reuniões (98,7%) da CIB.

Na SES foram identificadas as principais áreas com base na frequência dos representantes nas reuniões da CIB (Gráfico 21). Optou-se por identificar a área, uma vez que houve alteração na estrutura organizacional e na equipe da SES no período analisado.

Assim, as áreas da secretaria estadual de saúde com maior representação nas reuniões da CIB foram: Atenção especializada, controle e avaliação representada em 72 reuniões (93,5%); Atenção Básica e Regionalização, ambas representadas em 66 reuniões (85,7%); Educação em Saúde e Planejamento, ambas presentes em 58 reuniões (75,3%); Vigilância Epidemiológica e Ambiental em 54 reuniões (70,1%); seguida da área de Vigilância em Saúde em 47 reuniões (61,0%); Assistência Farmacêutica em 44 reuniões (57,1%); e Subsecretaria Geral, representada em 41 reuniões (53,2%).

As demais áreas identificadas, como Atenção à Saúde, Vigilância Sanitária, Programação em Saúde, Gestão em Saúde, representação do Gabinete do Secretário, Regulação, Urgência e Emergência, Gestão Compartilhada, Auditoria SUS, Assessoria Parlamentar, Unidade de Saúde, Informação em Saúde, Controladoria Interna Jurídica e Assessoria Técnica foram representadas em menos de 50% das reuniões no período de 2013 a 2020.

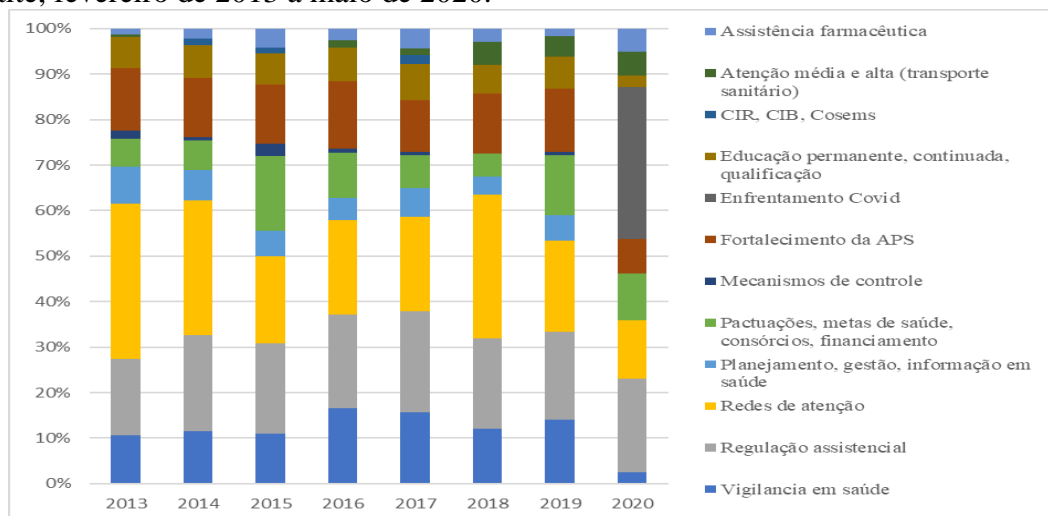
Gráfico 21. Áreas da Secretaria Estadual de Saúde presentes nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite, fevereiro de 2013 a maio de 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões da CIB.

Na CIB, de forma geral, o tema relacionado à atenção das pessoas com DM não foi abordado diretamente, contudo, alguns temas tangenciais a este foram discutidos nas reuniões, como organização das redes de atenção à saúde, regulação assistencial, educação permanente, capacitação ou qualificação profissional, com maior destaque às redes de atenção à saúde e à regulação assistencial (Gráfico 22).

Gráfico 22. Principais temas discutidos nas pautas das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite, fevereiro de 2013 a maio de 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões da CIB.

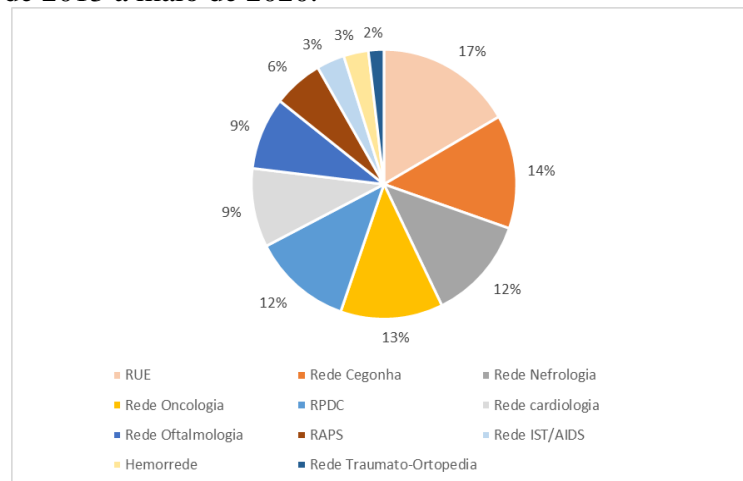
Sobre a APS foram discutidos principalmente as políticas e os programas desta área; ampliação, implantação, reforma e/ou aquisição de equipamentos e materiais; e-sus na

atenção básica; protocolos assistenciais; apoio institucional; experiências municipais; programas de apoio e de formação em saúde e telessaúde.

A vigilância em saúde teve como principais discussões a descentralização das ações nos municípios, com a formação dos núcleos descentralizados de vigilância em saúde, ações de monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis, programa academia da saúde e ações no combate a doenças infectocontagiosas.

As redes de atenção à saúde foram amplamente discutidas no período estudado. As principais redes identificadas foram: RUE (17%), Cegonha (14%), Nefrologia e Oncologia (ambas com 13%), seguidas da RCPD (12%), Cardiologia (9%), Oftalmologia (9%), RAPS (6%), Rede IST-Aids (3%), Hemorrede (3%) e Traumato-ortopedia (2%) (Gráfico 23).

Gráfico 23. Redes de saúde identificadas nas pautas das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite, janeiro de 2013 a maio de 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões da CIB.

A regulação assistencial tratou do credenciamento e descredenciamento de unidades de saúde, discussão de protocolos e fluxos específicos com relação a agravos e doenças, o complexo regulador, convênios com unidades de saúde, REUNI, transportes dos pacientes, remanejamentos de serviços e tetos financeiros, entraves entre municípios com relação à referência e contrarreferência de serviços de saúde diversos.

6.1.3 Comissão Intergestores Regional

Os municípios em ordem decrescente de participação nas reuniões da CIR foram: Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Maricá, Silva Jardim, Itaboraí e Tanguá. Com destaque para o Secretário de Saúde de Silva Jardim (55 reuniões - 71,4%), para o suplente do

Município de Niterói (52 reuniões – 67,5%) e o suplente do Município de São Gonçalo (49 reuniões – 63,6%) (Tabela 4).

Tabela 4. Frequência dos secretários municipais de saúde e suplentes nas reuniões da Comissão Intergestores Regional da Metropolitana II por período de gestão, fevereiro de 2013 a janeiro de 2020.

Cargo/Função	Gestão 2013-2016		Gestão 2017-2020		Total	
	n ₁₃₋₁₆ =41	%	n ₁₇₋₂₀ =36	%	n _{total} =77	%
Secretário Municipal de Saúde de Silva Jardim	29	70,7%	26	72,2%	55	71,4%
Suplente de Niterói	26	63,4%	26	72,2%	52	67,5%
Suplente de São Gonçalo	17	41,5%	32	88,9%	49	63,6%
Suplente de Itaboraí	13	31,7%	32	88,9%	45	58,4%
Suplente de Tanguá	19	46,3%	26	72,2%	45	58,4%
Secretário Municipal de Saúde de Maricá	19	46,3%	19	52,8%	38	49,4%
Secretário Municipal de Saúde de Rio Bonito	20	48,8%	16	44,4%	36	46,8%
Suplente de Rio Bonito	18	43,9%	16	44,4%	34	44,2%
Suplente de Maricá	25	61,0%	3	8,3%	28	36,4%
Secretário Municipal de Saúde de Niterói	16	39,0%	12	33,3%	28	36,4%
Suplente de Silva Jardim	18	43,9%	8	22,2%	26	33,8%
Secretário Municipal de Saúde de Itaboraí	19	46,3%	5	13,9%	24	31,2%
Secretário Municipal de Saúde de São Gonçalo	16	39,0%	6	16,7%	22	28,6%
Secretário Municipal de Saúde de Tanguá	12	29,3%	3	8,3%	15	19,5%

Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões da CIR.

Entre os secretários municipais com maior frequência nas reuniões da CIR, destacaram-se os secretários de Silva Jardim (42 reuniões - 54,5%), considerando as duas gestões; de Rio Bonito (20 reuniões - 48,7%), considerando a primeira gestão (2013-2016); e de Maricá (19 reuniões – 46,3%), considerando a segunda gestão (2017-2020).

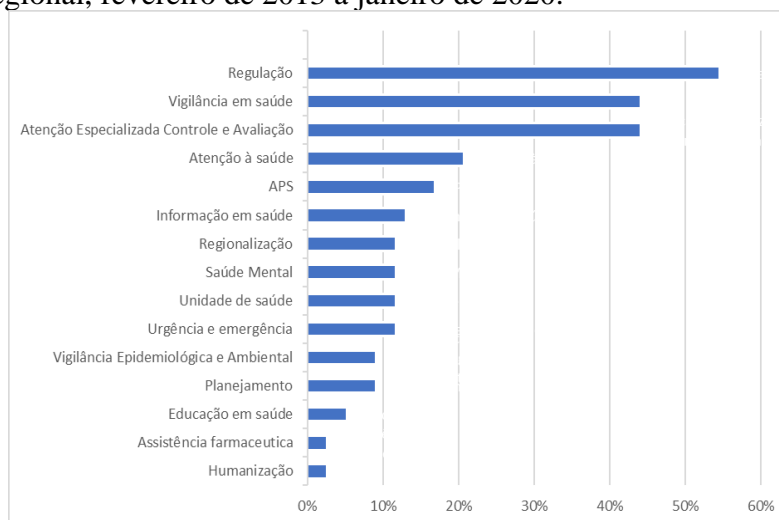
Além desses, há o destaque para a apoiadora regional do COSEMS na Metropolitana II (62 reuniões – 80,5%), assim como dos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, principalmente do Departamento de Controle e Avaliação (DECAU), reforçado possivelmente pelo papel de município polo na região de saúde.

Com relação à participação das áreas da secretaria estadual na CIR, pode-se identificar que a área da Regulação esteve presente em 42 reuniões (54,5%); Especialização, controle e avaliação; e Vigilância em saúde, ambas presentes em 34 reuniões (44,2%); Atenção à saúde em 16 reuniões (20,8%); Atenção primária em saúde presente em 13 reuniões (16,9%); e Informação em saúde em 10 reuniões (13,0%) (Gráfico 24).

As demais áreas estiveram presentes em menos de 10 reuniões da CIR no período de 2013 a janeiro de 2020. Foram elas: Urgência e Emergência; Saúde Mental; Unidade de

Saúde, Regionalização, Planejamento, Vigilância Epidemiológica e Ambiental; Educação em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Humanização.

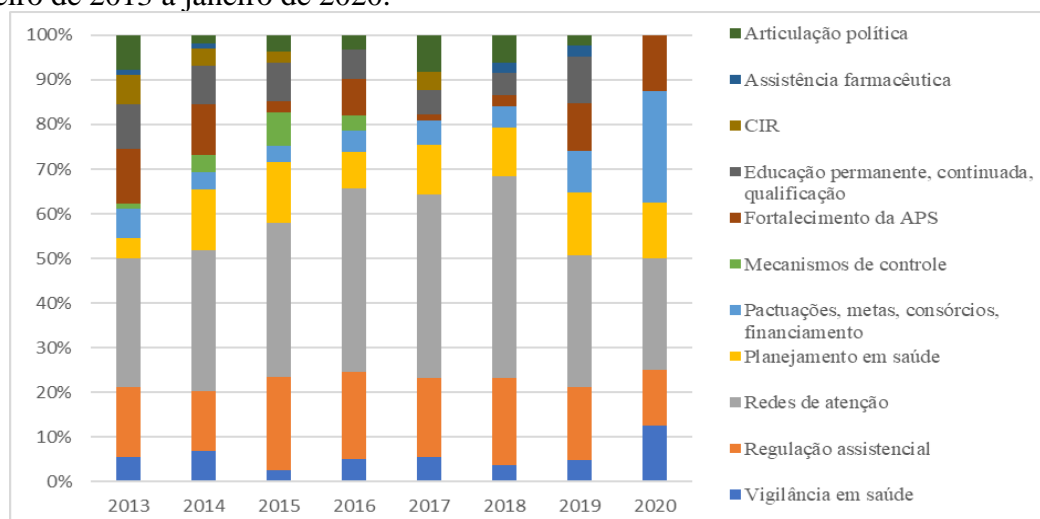
Gráfico 24. Áreas da Secretaria Estadual de Saúde presentes nas reuniões da Comissão Intergestores Regional, fevereiro de 2013 a janeiro de 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões da CIR.

No âmbito da CIR, os principais temas tratados nas reuniões foram as redes de atenção à saúde e a regulação assistencial, como mostra o gráfico seguinte.

Gráfico 25. Principais temas discutidos nas reuniões da Comissão Intergestores Regional, fevereiro de 2013 a janeiro de 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões da CIR.

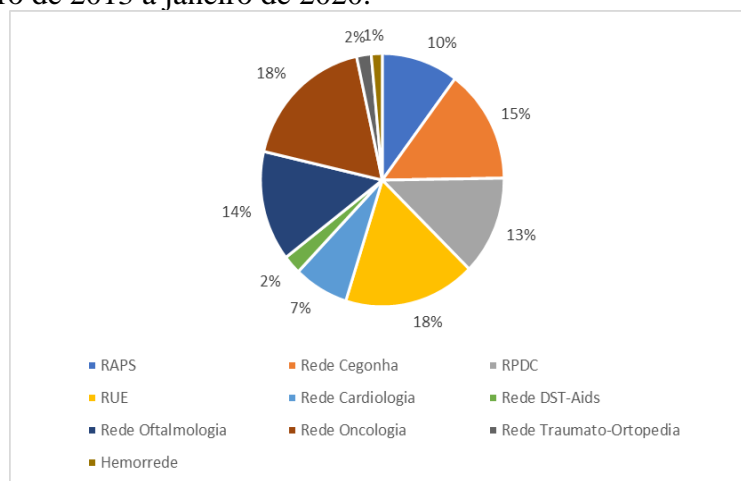
A discussão sobre APS envolveu a criação de grupo de trabalho regional da APS, ampliação, construção e reforma de unidades básicas de saúde, experiências municipais, desenvolvimento e implantação de protocolos assistenciais para enfermagem, e-SUS,

alimentação e nutrição, saúde bucal, programa de melhoria da atenção e da qualidade, e programa mais médicos.

A Vigilância em Saúde abordou principalmente as discussões sobre o programa de qualificação das ações de vigilância em saúde, sobre os núcleos descentralizados de vigilância em saúde, grupo de trabalho sobre vigilância e polos de academia da saúde. O tema das DCNT foi acompanhado pela discussão sobre articuladores municipais e levantamento da situação de saúde dos municípios.

No que tange às redes de saúde, as principais foram: Rede de Oncologia (18%), RUE (18%) e Cegonha (15%), Oftalmológica (14%), RCPD (13%) e RAPS (10%) (Gráfico 26).

Gráfico 26. Redes de saúde identificadas nas pautas das reuniões da Comissão Intergestores Regional, fevereiro de 2013 a janeiro de 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões da CIR.

A Regulação assistencial no âmbito da CIR abarcou questões relacionadas aos fluxos dos serviços de saúde, desenvolvimento de protocolos, dificuldades de acesso a serviços, dificuldades com o SISREG, discussões sobre plano operacional de unidades hospitalares de importância para a região, inclusão e disponibilidade de procedimentos, alterações nos procedimentos regulados, centrais de regulação, remanejamento de serviços entre municípios, distribuição de vagas em unidades federais, descredenciamento e credenciamento de serviços, regulação dos serviços das unidades estaduais, protocolos dos hospitais estaduais na região, regulação regional e complexo regulador.

De uma forma geral, comunicação e informação à saúde foram temas pouco discutidos no CES, na CIB e na CIR. Nesses temas, quando abordados, foram discutidos principalmente os sistemas de informação em saúde. Alguns problemas relacionados à comunicação e informação foram identificados na afirmação: “(...) comunicação e a informação entre setores

da saúde à (sic) nível estadual não se dá de maneira tão integrada por causa de problemas estruturais, como o déficit profissional, sobrecarga de trabalho (...)” (Entrevistado 1).

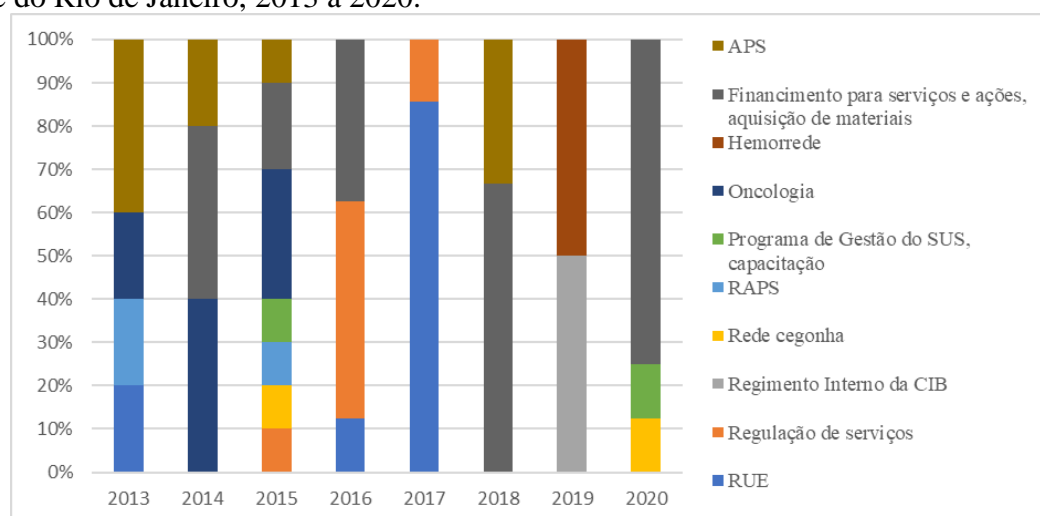
O transporte sanitário em níveis estadual e regional apareceu como demanda principalmente ligada às unidades de urgência e emergência, como necessidade de aumento da frota de ambulâncias.

Os mecanismos de controle, como auditoria, ouvidoria, conselhos gestores de unidades e judicialização apareceram de modo muito pontual nas discussões do CES, da CIB e da CIR. Algumas discussões apontaram para a falta de ouvidorias instaladas ou mal funcionamento, necessidades de auditorias externas e internas com contratos firmados entre estado e organizações diversas.

6.1.4 Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro

Os principais temas tratados nas deliberações conjuntas do Cosems-RJ com o Conselho Estadual de Saúde e com a Secretaria Estadual de Saúde estão relacionados ao financiamento de serviços e ações em saúde, aquisição de materiais, credenciamento, habilitação e qualificação de serviços (Gráfico 27). As deliberações envolvem aspectos estadual e regionais, e dá maior destaque para as ações realizadas na Região de Saúde Metropolitana I.

Gráfico 27. Principais temas das deliberações do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro, 2013 a 2020.

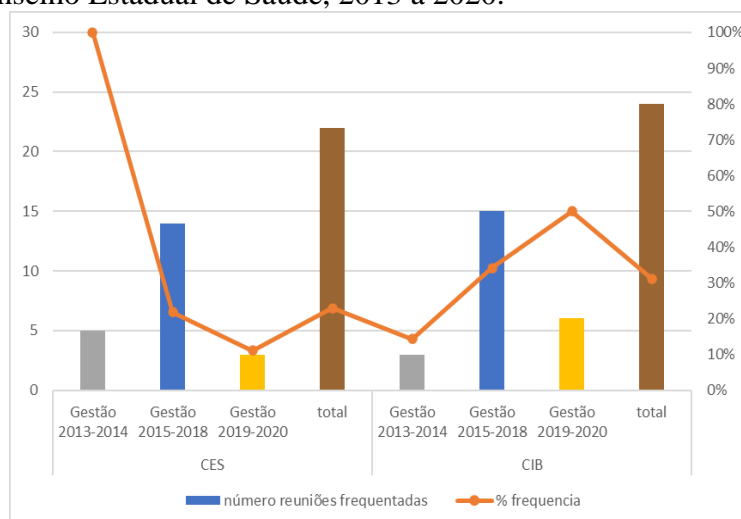


Fonte: CIB-RJ.

6.1.5 Organizações e discussões em âmbitos estadual e regional

No nível estadual, o secretário de saúde mostra-se um importante ator pela concentração de poder de decisão e de execução, apesar de pouca presença nas reuniões da CIB e do CES. Os secretários de saúde, na gestão 2015-2018, apresentaram maior comparecimento às reuniões quando comparados a outras gestões. As reuniões da CIB foram mais privilegiadas pelos secretários estaduais no período do estudo (Gráfico 28), possivelmente por ser considerado órgão de maior importância política.

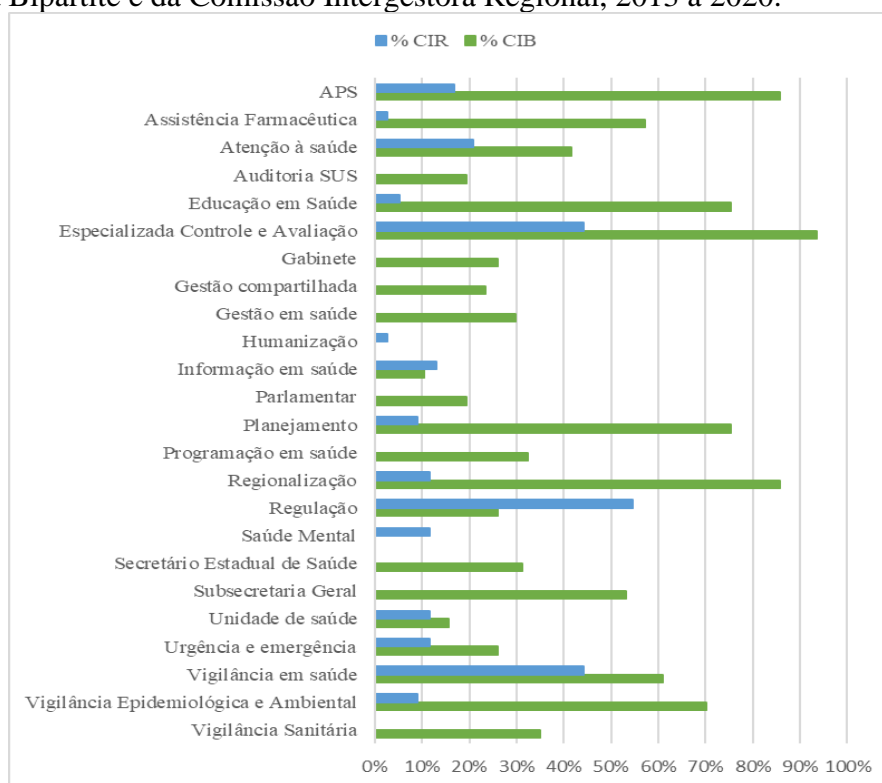
Gráfico 28. Frequência dos secretários estaduais de saúde por gestão na Comissão Intergestor Bipartite e no Conselho Estadual de Saúde, 2013 a 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões da CIB e do CES.

Áreas estratégicas dentro da secretaria estadual de saúde também são necessárias para desempenhar a coordenação regional das redes de atenção às pessoas com diabetes, como APS, Atenção especializada, controle e avaliação, vigilância em saúde, regulação e regionalização. As áreas da SES identificadas na CIB e na CIR apresentaram frequências diferenciadas conforme as instâncias colegiadas, como mostra o próximo gráfico.

Gráfico 29. Participação das áreas da Secretaria Estadual de Saúde nas reuniões da Comissão Intergestora Bipartite e da Comissão Intergestora Regional, 2013 a 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões da CIB e da CIR.

A área de Atenção especializada, controle e avaliação destacou-se tanto nas reuniões da CIB quanto da CIR. A APS, a Regionalização e a Vigilância em saúde destacaram-se na CIB. Já a área de Regulação apresentou forte presença na CIR.

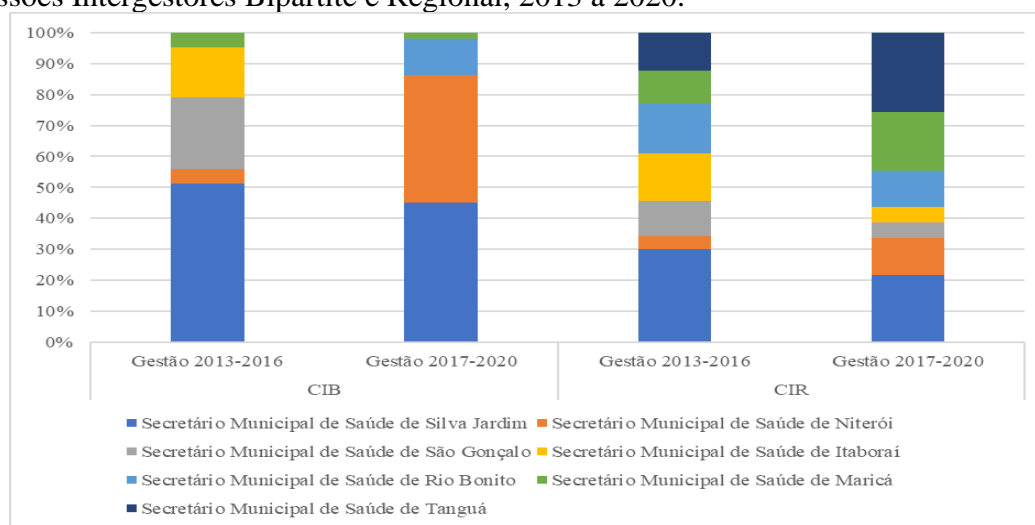
Compreende-se que as áreas da Atenção especializada, controle e avaliação e da APS apresentaram-se nas reuniões pela importância dos temas tratados por elas. A Regulação destacou-se na CIR possivelmente pela importância desta área, principalmente para a resolução dos entraves entre os municípios. A área da Vigilância também apresentou importante frequência na CIR, apesar do tema sobre vigilância não ter sido alvo de grande discussão nesta instância.

O COSEMS também tem uma importante atuação na governança em saúde. Seu presidente no período de 2021 a 2023 é o Secretário Municipal de Saúde de Niterói, o que pode contribuir para maior governança da Metropolitana II.

Associações de pessoas com doenças ou agravos, associações, sindicatos e conselhos profissionais também se apresentaram no nível estadual, porém não foi observada organização relacionada às pessoas com diabetes ou organizações profissionais envolvidas explicitamente com este tema.

Já em nível regional, as secretárias municipais de saúde de Silva Jardim e de Niterói mostraram-se com grande potencial de coordenação pela presença nas reuniões da CIB. Considerando as reuniões da CIR, a Secretária de Saúde de Silva Jardim também se destacou, assim como os secretários de Tanguá, de Maricá e de Rio Bonito (Gráfico 30). A Secretária de Niterói pouco frequentou as reuniões da CIR no período.

Gráfico 30. Frequência dos secretários municipais de saúde por gestão nas reuniões das Comissões Intergestores Bipartite e Regional, 2013 a 2020.



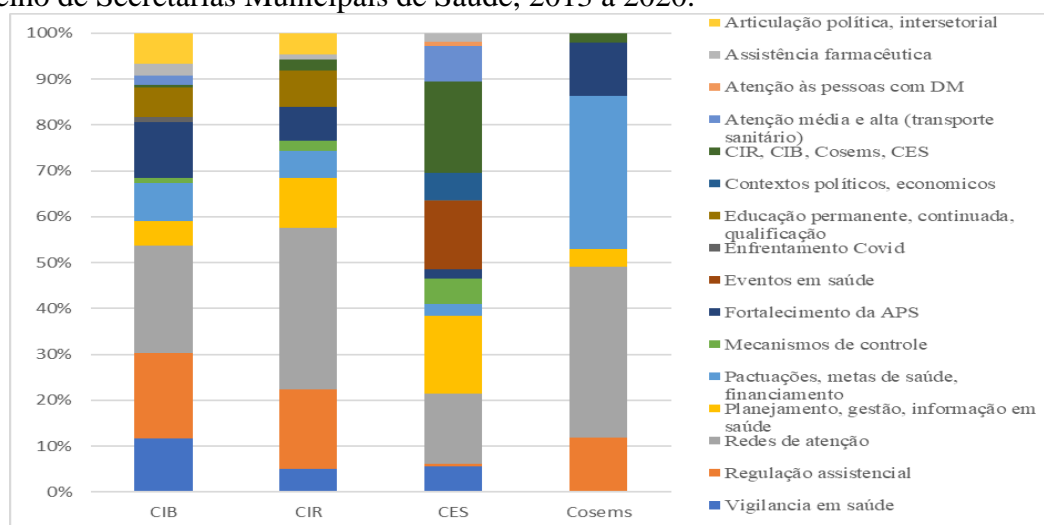
Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões da CIB e da CIR

A apoiadora regional do Cosems na Metropolitana II também foi muito frequente nas reuniões, reforçando a influência deste conselho.

Chama a atenção no nível regional uma maior participação de secretários de saúde de municípios com baixo e médio desenvolvimento. É possível que isso se dê pela maior necessidade desses municípios se articularem para atingir seus objetivos. Niterói, São Gonçalo e Itaboraí não se destacaram.

Os temas com maior ênfase nos âmbitos estadual e regional foram as redes de atenção à saúde e a regulação assistencial (Gráfico 30). Isso mostra como nos dois níveis esses temas são importantes para a organização do SUS, sendo discutidos prioritariamente as redes de urgência e emergência, cegonha e de oncologia. A discussão sobre a regulação assistencial como se espera teve uma perspectiva mais geral na CIB e uma abordagem mais regional e local, relacionadas aos remanejamentos municipais de serviços, hospitais locais e regionais, entraves na regulação etc. na CIR.

Gráfico 31. Temas identificados nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde, 2014 a 2020; da Comissão Intergestora Bipartite e da Comissão Intergestora Regional e nas deliberações do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, 2013 a 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CES, da CIB e da CIR e nas deliberações do Cosems.

6.2 PLANEJAMENTO E GESTÃO

Com base nos planos estaduais de saúde (triênios 2012-2015, 2016-2019 e 2020-2023) e nos planejamentos regionais integrados da Metropolitana II (2013 e 2020), apesar da indicação de maior interação entre áreas das secretarias estadual e municipais, as ações apontadas nos planos de saúde continuam sendo pontuais, de promoção e prevenção da saúde e de redução de mortalidade, com pouca ênfase sobre ações que priorizem a minimização da morbidade do DM ou mesmo das suas complicações.

Houve uma preocupação exposta nos planos estaduais de saúde (PES) com relação ao perfil da morbimortalidade das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente sobre a mortalidade prematura por DCNT em indivíduos com 30 a 69 anos de idade.

Em 2011, a OMS adotou como meta global a redução da taxa de mortalidade prematura por DCNT em indivíduos com 30 a 69 anos de idade em 2% ao ano ou 25% até 2025. Essa meta foi pactuada entre estados e municípios brasileiros como um indicador do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de fortalecimento do planejamento triênios 2013-2015 e 2017-2021.

Reconheceu-se nos planos estaduais a necessidade de ações de prevenção, de promoção da saúde e de monitoramento, de caráter intersetorial no enfrentamento desse panorama sanitário nos planos de saúde, com articulação entre Vigilância em Saúde e a Atenção Primária em saúde e setores da administração pública estadual (educação, meio

ambiente, agricultura, trabalho, indústria e comércio, entre outros), empresas e organizações não governamentais.

Foi destacada a importância de monitoramento das DCNT, incluindo o DM no Estado do Rio de Janeiro e os fatores de risco. O SIS-HiperDia era o principal sistema de monitoramento tanto do diabetes quanto da hipertensão até 2014, quando foi descontinuado.

De uma forma geral, os três planos destacaram a necessidade de reorientação da atenção com ênfase na construção de linhas de cuidado e organização das redes de atenção à saúde. O plano estadual mais recente (2020-2023) traz uma maior preocupação com a estruturação e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com destaque inclusive na matriz do plano.

Um dos maiores desafios referentes à organização do sistema de saúde consiste na integração e articulação de diversos pontos de atenção, visando à garantia da integralidade do cuidado. As redes de atenção à saúde adquiriram maior relevância, mas ainda é preciso avançar nesse sentido no Estado do Rio de Janeiro (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2016).

No período de 2013 a 2020, houve inicialmente a adesão do estado às “redes temáticas” e às linhas de cuidado priorizadas pelo Ministério da Saúde: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Oncologia. Além dos programas e projetos de saúde relacionados à melhoria da atenção à saúde, como o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Redes de Atenção à Saúde - QualiSUS-Redes¹⁰ – proposto para apoiar a organização das RAS.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde (2020), foi observada a necessidade também de se apoiar a reorganização de outras linhas de cuidado, como as linhas de cuidado da oftalmologia, materno-infantil, às pessoas com doenças crônicas, com deficiências, e em situação de violência e acidentes.

Outro importante ponto identificado nos PES foi o desenvolvimento de programas de cofinanciamento estadual no período de 2013 a 2020, como o cofinanciamento da Atenção Básica e do componente básico da assistência farmacêutica; o investimento estadual para construção e aparelhagem de unidades básicas de saúde nos municípios; e o programa de apoio aos hospitais do interior (PAHI).

¹⁰ Trata-se de um projeto de cooperação entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial, que visa à qualificação da atenção e da gestão em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da organização de redes de atenção eficientes e efetivas, que contemplem a atenção de forma integral.

O cofinanciamento estadual da Atenção Básica foi implementado a partir de 2007, vinculado à melhoria de um conjunto de indicadores de saúde, como número de consultas de pré-natal; percentual de cobertura do exame colpocitológico preventivo do câncer ginecológico; taxa de acidente vascular cerebral na população de 30 a 59 anos por 10 mil habitantes; percentual de abandono do tratamento da tuberculose; e capacidade instalada da atenção em saúde mental (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2012). No período de 2016 a 2019, esse cofinanciamento foi suspenso devido à crise econômico-financeira no Estado do Rio de Janeiro e foi retomado em 2019.

O desenvolvimento de uma linha de cuidado do diabetes é indicado pelo Ministério da Saúde para organização na APS, mas não há financiamento específico como ocorreu com as redes temáticas.

“(…) Quando você está falando da gestão... está falando em recursos também, investimento e priorização. Investimentos também significa recursos financeiros, humanos etc. (...) Eu acho que não houve priorização nem a nível nacional e nem estadual que deveria ter [sobre a atenção das pessoas com diabetes]” (Entrevistado 1).

O indicador de desempenho da APS proposto pela PNAB 2017, percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada, suscitou uma maior observação dos gestores para pessoas com diabetes, mas de forma muito incipiente e pontual.

Com relação à matriz de planejamento, os planos estaduais não destacaram a linha de cuidado do DM, mas foram identificadas redes e linhas prioritárias tangenciais às pessoas com DM: Rede de Saúde Bucal, Rede de Atenção em Oftalmologia, Rede de Atenção em Cardiologia, Rede de Urgência/Emergência (RUE), Rede de Reabilitação (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2012).

Um elemento interessante foi a adesão nos PES triênios 2012-2015 e 2016-2019 das ações de implantação do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, mas sem continuidade no plano estadual mais recente.

O plano estadual de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) 2013-2022 foi desenvolvido e apresentado aos municípios em 2013 com monitoramento bianual dos indicadores e metas até 2022. O Ministério da Saúde estabeleceu o repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde para a implantação e o fortalecimento das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das DCNTs para estados e capitais (BRASIL, 2011), sendo o Estado do Rio de Janeiro contemplado com a quantia de R\$ 250.000,00, bem como sua capital (BRASIL, 2012).

Assume-se que para melhorar as condições de vida da população torna-se imperativo oferecer e incentivar o uso dos espaços públicos com segurança, promover a educação e reeducação alimentar, trabalhar intersetorialmente e com equipe multidisciplinar, e possibilitar escolhas para que as mudanças de comportamentos sejam possíveis. As ações de prevenção e promoção da saúde no enfrentamento das DCNTs são estratégicas nesse contexto. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2012).

Os objetivos gerais do plano estadual de enfrentamento das DCNTs são prevenir e controlar as DCNTs e seus fatores de risco, a fim de obter atenção integral às pessoas com estas doenças/condições crônicas; e o desenvolver políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis por meio de articulações intra e intersetoriais (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2012).

No que tange ao nível regional, o Planejamento Regional Integrado (PRI) foi desenvolvido inicialmente em 2009 e retomado em 2013 para vigência até 2016. A articulação intergovernamental teve o apoio das CIR e de grupos de trabalho instituídos.

No primeiro PRI, a Região de Saúde Metropolitana II apontou a alta incidência e prevalência de doenças não transmissíveis, como diabetes, hipertensão e neoplasias. Ações propostas para a atenção das pessoas com diabetes foram mapear os entraves e necessidades para a atenção integral destas pessoas mais frequentes na população da região, assim como revisar e adequar as pactuações referentes à PPI (Programação Pactuada Integrada) de acordo com o mapeamento realizado.

Outros problemas apontados nesse Primeiro Planejamento Integrado foram a deficiência na oferta da atenção especializada cardiovascular, ortopedia, oftalmologia, entre outros, deficiência na estrutura e nos processos gerenciais e operacionais de controle, avaliação, regulação e auditoria na região, precarização dos vínculos e das condições de trabalho nos municípios, deficiência das ações de educação permanente e continuada em todos os níveis, inclusive o gerencial.

O segundo ciclo do PRI foi iniciado em 2017 pelo grupo condutor estadual, responsável por conduzir o processo, composto por representantes da secretaria estadual de saúde e do COSEMS-RJ; e o grupo condutor regional, responsável por operacionalizar o processo em sua região de saúde, composto por representantes regionais de várias áreas técnicas com o apoio da CIR.

Nesse segundo planejamento regional, o diabetes foi apontado como problema de saúde que deve ser monitorado pelas secretarias municipais com ações da vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e da promoção da saúde.

Nos níveis estadual e regional não foi dada ênfase à atenção às pessoas com DM ao longo dos anos de 2013 a 2020. Houve um período de maior interesse, de 2013 a 2016, mas como possível resposta aos incentivos federais para o enfrentamento das DCNT.

Os planos estaduais e regionais de saúde utilizados na pesquisa estão sintetizados no quadro a seguir. Esse quadro abordou elementos dos planos, como o período, uma breve descrição do plano, a matriz do plano e observações sobre a atenção das pessoas com diabetes.

Quadro 16. Planos estaduais e regionais de saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2012 a 2020.

	Plano de Saúde	Período	Descrição	Matriz do Plano	Atenção às pessoas com diabetes
1	Plano Estadual de Saúde	2012-2015	Apresenta os projetos, programas e ações prioritizados no período de sua vigência. Traz a análise situacional de saúde e a matriz de diretrizes, objetivos, estratégias e metas.	Está dividido em três eixos, quatro diretrizes, treze objetivos, cinquenta e cinco estratégias, duzentas e quatro metas.	Aponta medidas voltadas ao controle de determinantes e condicionantes da saúde da população, que abarca as orientações referentes às ações de promoção da saúde com articulação intersetorial, implantação das diretrizes nacionais do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT. São enfatizadas estratégias e metas relacionadas ao fortalecimento da atenção primária à saúde, articulação com a atenção especializada, organização da atenção por meio de redes de saúde.
2	Plano Estadual de Saúde	2016-2019	Apresenta análise situacional de saúde mais ampla, análise das redes de saúde cardiológica e oncológica no estado e a matriz do plano.	Está dividido em três eixos, três diretrizes, quatorze objetivos, cinquenta e quatro estratégias, cento e cinquenta e cinco metas.	Ações de promoção da saúde e fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, como implementação do Plano Estadual de enfrentamento das DCNT, ações relacionadas ao fortalecimento da atenção primária como ordenadora do sistema de saúde; à promoção da assistência pré-hospitalar, ambulatorial e hospitalar; à ampliação do acesso a cuidados especializados; à organização da oferta de serviços assistenciais de acordo com diretrizes e parâmetros das linhas de cuidado prioritárias para o estado (RAPS, RCPD, RUE); à garantia da assistência farmacêutica e suprimento de outros insumos estratégicos.
3	Plano Estadual de Saúde	2020-2023	Apresenta análise situacional de saúde, análise de algumas redes de saúde específicas no estado e a matriz do plano.	Está dividido em quatro diretrizes, quarenta e nove objetivos, 186 metas quadrienais e 186 indicadores.	Houve maior explicitação sobre a estruturação e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com destaque explícito na matriz do plano. Os objetivos, as metas e os indicadores estão mais integrados e transversais às diretrizes do plano.
4	Planejamento Regional Integrado da Metropolitana II	2013	Apresenta a análise situacional de saúde da Região Metropolitana II, a capacidade instalada e oferta de serviços de saúde e informações sobre gestão em saúde.	Está dividido em três eixos, quatro diretrizes, treze objetivos, vinte e quatro ações e vinte e oito metas.	Aponta a alta incidência e prevalência de doenças não transmissíveis, como diabetes, hipertensão e neoplasias. Ações propostas para a atenção das pessoas com diabetes foram mapear os entraves e necessidades para atenção integral destas pessoas mais frequentes na população da região, assim como revisar e adequar as pactuações referentes à PPI (Programação Pactuada Integrada) de acordo com o mapeamento realizado.
5	Planejamento Regional Integrado da Metropolitana II	2020	Apresenta a análise situacional de saúde da Região Metropolitana II, aspectos da atenção à saúde, das redes temáticas de atenção à saúde e da gestão e do planejamento regionais.	Não apresentou matriz.	Não apresenta uma matriz com explicitação dos problemas e ações regionais. O diabetes é apontado como problema de saúde que deve ser monitorado pelas secretarias municipais, com ações de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde.

6	Plano estadual para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis	2013-2022	Descreve os objetivos, ações, metas e indicadores para cada eixo, medidas de prevenção, considerando-se os principais determinantes sociais, de promoção e de controle para o combate às DCNT.	Está dividido em três eixos conforme o plano nacional e mais dois eixos transversais aos demais eixos, cinco objetivos gerais, dezessete objetivos específicos, setenta e sete ações.	Os objetivos gerais reforçam a implementação desse plano e seu acompanhamento no período de 2013 a 2022, destaca a necessidade de prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco a fim de obter atenção integral às pessoas com essas doenças/condições crônicas, e o desenvolvimento de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis por meio de articulações intra e intersetoriais.
---	---	-----------	--	---	--

Fonte: Elaboração Própria.

7. ESTRUTURAS E INSTRUMENTOS DE GOVERNANÇA MUNICIPAL

A respeito dos secretários de saúde e prefeitos dos municípios selecionados, pode-se observar uma continuidade na gestão municipal, com reeleição de prefeitos nos três municípios e quatro alterações de secretários de saúde no período de 2013 a 2020 (Quadro 17).

Quadro 17. Relação dos secretários municipais de saúde e prefeitos de Niterói, Maricá e Tanguá, 2013 a 2021.

Município	Secretário de Saúde	Início da gestão	Prefeito *
Niterói	Francisco D'Angelo Pinto	01/01/2013	Rodrigo Neves (PT/PV/PDT), prefeito de 2013 a 2020
	Solange Regina de Oliveira	04/04/2014	
	Maria Celia Valladares Vasconcellos	01/04/2016	
	Rodrigo Alves Torres de Oliveira	14/03/2020-atual	Axel Grael (PDT), empossado prefeito em 2021
Maricá	Janete Clano Valadão	01/01/2013	Washington Luiz Cardoso Siqueira (PT), prefeito de 2013 a 2016
	Fernanda Vasconcelos Spitz	14/02/2014	
	Peterson da Silva Cabral	04/09/2015	
	Simone da Costa Silva	02/01/2017-atual	Fabiano Taques Horta (PT), prefeito de 2017 até o momento
Tanguá	Fábio Lourenço Siles	01/01/2013	Valber Luiz Marcelo de Carvalho (PTB), prefeito de 2013 a 2020
	Simone Cavalcanti Amaral	20/07/2013	
	Marcelo Sá Bagueira Leal	16/01/2014	
	Tatiana Lisboa Reis	2019-atual	Rodrigo da Costa Medeiros (PP), empossado prefeito em 2021

*Mandatos do governo municipal: 2013 a 2016, 2017 a 2020, 2021 a 2024.

Fonte: Diário Oficial de Niterói; SARGSUS; TSE.

A frequente alteração dos secretários municipais de saúde, alguns permaneceram no cargo por menos de um ano, indica a fragmentação na gestão em saúde causada possivelmente por questões políticas, o que afeta a continuidade das políticas de saúde nos municípios.

7.1 CARACTERÍSTICAS DAS ORGANIZAÇÕES E ESPAÇOS DECISÓRIOS

Os conselhos municipais de saúde integram o complexo de governança da saúde em âmbito local dos municípios de Niterói, Maricá e Tanguá. Apresentam como base a legislação e diretrizes nacionais, bem como leis municipais que os regulamentam. De forma geral, a composição e a organização desses conselhos são semelhantes, mas apresentam especificidades com relação ao município em que está inserido. A função, a composição e o funcionamento dessas organizações estão sintetizados no Quadro 18.

Os conselhos municipais são órgãos colegiados, deliberativos, permanentes da estrutura organizacional do SUS dos municípios. Atuam na formulação de estratégias de

saúde, no estabelecimento, acompanhamento, controle, fiscalização e avaliação da execução da política municipal de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e promoção do controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado.

A composição dos conselhos municipais é paritária, com representação de usuários do SUS (50%), profissionais da saúde (25%) e representantes do poder público, ou seja, governo municipal e prestadores de serviços (25%).

De forma geral, os conselhos têm um colegiado pleno, órgão de deliberações superior e conclusiva, configurada pela reunião ordinária ou extraordinária dos seus membros. Essas reuniões ocorrem em geral mensalmente e de forma extraordinária quando necessário e convocada. Têm ainda presidente, secretaria executiva, comissões ou grupos de trabalho específicos, entre outros.

Quadro 18. Síntese dos conselhos municipais de saúde: descrição, função, composição, organização, reuniões.

Órgão colegiado	CMS Niterói	CMS Maricá	CMS Tanguá
Descrição/Função	Órgão colegiado, deliberativo, consultivo e normativo, permanente do SUS, integrante da secretaria municipal de saúde. Atua na formulação de estratégia, com o objetivo de estabelecer, acompanhar, controlar, fiscalizar e avaliar a execução da Política Municipal de Saúde	Órgão de instância colegiada, de caráter deliberativo e natureza permanente, integrante da estrutura organizacional do SUS do Município de Maricá e consubstancia a participação da sociedade organizada de forma paritária na administração da saúde, tem por finalidade atuar na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação, finalização da implementação e controle da execução da política de saúde do município, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e promoção do controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado.	Órgão de instância colegiada, de caráter deliberativo e natureza permanente, integrante da estrutura organizacional do SUS do Município de Tanguá.
Composição	Representantes dos usuários (50%), dos profissionais de saúde (25%) e representantes do Poder Público (25%).	Representantes dos usuários (50%), do governo municipal, dos prestadores de serviços de saúde (25%) e dos trabalhadores de saúde (25%).	Representantes dos usuários (50%), do governo municipal, dos prestadores de serviços de saúde (25%) e dos trabalhadores de saúde (25%).
Organização	Constituído por: Colegiado Pleno, órgão de deliberações superior plena e conclusiva, configurada pela	Plenária, órgão de deliberações superior plena e conclusiva, configurada pela reunião ordinária ou extraordinária dos seus membros; Mesa Diretora, composta por: a) Presidência;	Constituído por: Colegiado Pleno, órgão de deliberações superior plena e conclusiva, configurada pela reunião ordinária ou

	<p>reunião ordinária ou extraordinária dos seus membros;</p> <p>Presidência, presidente é eleito em pleno;</p> <p>Comissões Executivas, seus objetivos são: pronunciar-se, emitir parecer e recomendações sobre as matérias encaminhadas pelo colegiado pleno;</p> <p>Secretaria Executiva, operacionalizar as atividades do CMS/NIT juntamente com o seu presidente, tem um secretário indicado pelo secretário municipal de saúde e conta com membros do CMS/NIT, escolhidos pelo colegiado pleno.</p>	<p>b) Vice-Presidência; c) Secretário Geral; d) Tesoureiro.</p> <p>Comissões e Grupos de Trabalho.</p>	<p>extraordinária dos seus membros;</p> <p>Presidência, presidente é eleito em pleno;</p> <p>Secretário geral;</p> <p>Comissões Executiva e Setoriais;</p> <p>Secretaria Executiva, assegurar suporte técnico e administrativo às ações do conselho.</p>
Periodicidade das reuniões	As reuniões ordinárias ocorrem mensalmente e extraordinárias quando há necessidade.	Ordinariamente, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, por convocação do seu presidente ou em decorrência de requerimento da maioria absoluta dos seus membros.	Ordinariamente, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário.

Fonte: Regimento interno dos CMS.

O Município de Niterói é polo da Região metropolitana II, sendo capaz de ofertar serviços aos diversos municípios que integram a região. A história da formação do Município de Niterói, antiga capital do antigo Estado do Rio de Janeiro, possibilita compreender o grande número de instituições públicas no município. Essa situação viabiliza maior autonomia e capacidade governamental, mas estabelece a necessidade de maior investimento nas unidades, de melhor planejamento e coordenação da rede e adequação às políticas de saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI, 2014).

Os principais atores identificados no CMS de Niterói foram representantes dos usuários, dos profissionais de saúde e do poder público (Gráfico 32).

Gráfico 32. Frequência das principais organizações por segmentos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Niterói, fevereiro de 2013 a maio de 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CMS Niterói

Os representantes dos usuários com maior frequência nas reuniões foram: Federação das Associações de Moradores de Niterói (FAMNIT), presente em 57 reuniões (98,3%); Conselhos Comunitários de Saúde Regional Centro Sul, presente em 53 reuniões (91,4%); e Leste em 49 reuniões (84,5%); Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) em 45 reuniões (77,6%); Sindicato dos Vigilantes em 43 reuniões (74,1%); Associação Fluminense de Amparo aos Cegos em 36 reuniões (62,1%); Mitra Arquidiocesana de Niterói em 35 reuniões (60,3%); Conselhos Comunitários de Saúde Regional Norte em 34 reuniões (58,3%); União Brasileira de Mulheres (UBM), presente em 26 reuniões (44,8%); Ingá Núcleo de Ação Comunitária (INAC) em 25 reuniões (43,1%); Grupo pela Vida em 19 reuniões (32,8%); Rotary Club Niterói em 17 reuniões (29,3%); Cruz Vermelha e Pestalozzi, ambos em 16 reuniões (27,6%); OAB-RJ em 14 reuniões (24,1%); Igreja Assembleia de Deus em 12 reuniões (20,7%); Grupo Diversidade Niterói (GDN) em 11 reuniões (19,0%); e Associação Niteroiense dos Deficientes Físicos (ANDEF) em 9 reuniões (15,5%).

Os demais grupos ou associações estiveram presentes em menos de 10% das reuniões, foram eles: Organização Não Governamental 7 Cores, ALFA, Associação de Moradores do Beltrão, Associação de Moradores do Viradouro, Organização Não Governamental Cidadania e Movimento (COM).

Observou-se uma alta rotatividade de representantes desses grupos, com os mesmos representantes em diferentes grupos ou associações.

Já os representantes dos profissionais de saúde foram principalmente de sindicatos, conselhos profissionais e representantes da Universidade Federal Fluminense (UFF).

O Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) esteve presente em 53 reuniões (91,4%), o Sindicato dos Médicos (SINDMED) em 51 reuniões (87,9%), a Associação dos Servidores Públicos do Município de Niterói (ASPMSN) em 43 reuniões (74,1%), o Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social (SINDPREVS) em 34 reuniões (58,6%), o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN/RJ) em 27 reuniões (46,5%), a Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF em 17 reuniões (29,3%), o Conselho Regional de Odontologia (CRO) em 15 reuniões (25,9%), o Sindicato dos Trabalhadores em Educação da UFF em 14 reuniões (24,1%) e o Hospital Universitário Antônio Pedro em 8 reuniões (13,8%).

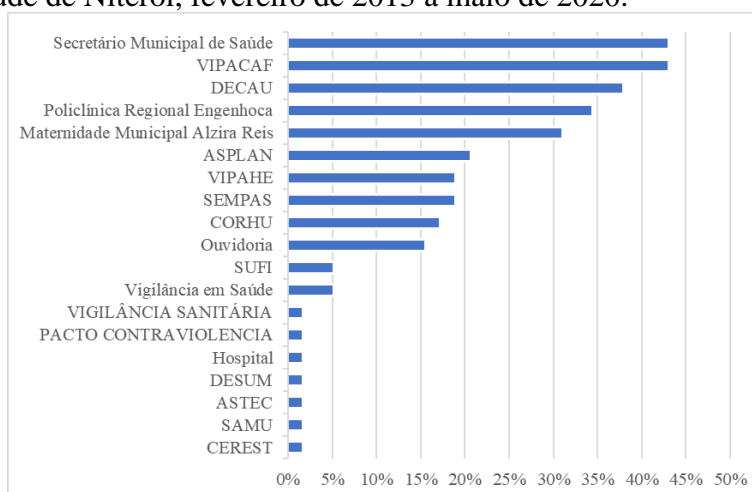
Outras organizações identificadas em menos de 10% das reuniões foram: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Sindicato dos Fisioterapeutas (SINFITO), Associação Médica Fluminense (AMF) e Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ).

O poder público foi representado principalmente pela Secretaria Municipal de Saúde/Fundação Municipal de Saúde presentes em todas as reuniões, Câmara Municipal de Vereadores em 24 reuniões (41,4%), Secretaria Municipal de Participação Social em 11 reuniões (19,0%) e Empresa Municipal de Moradia Urbanização e Saneamento (EMUSA) em apenas uma reunião (1,7%).

As principais áreas da SMS presentes nas reuniões foram secretário municipal de saúde, que esteve presente em 25 reuniões (43,1%), Vice Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família (VIPACAF) em 24 reuniões (41,4%), Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DECAU) em 22 reuniões (38,0%), Policlínica Regional da Engenhoca em 20 reuniões (34,5%), Maternidade Alzira Reis em 18 reuniões (31,0%), Assessoria de Planejamento (ASPLAN) em 12 reuniões (20,7%), Vice Presidência de Atenção Hospitalar (VIPAHE) em 11 reuniões (19,0%), Coordenação de Recursos Humanos (CORHU) em 10 reuniões (17,2%) e Ouvidoria em 9 reuniões (15,5%) (Gráfico 33).

Outras áreas ou unidades como coordenação de Vigilância em Saúde, Departamento de Finanças, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Assessoria Técnica, Departamento de Supervisão Técnica e Metodológica (DESUM), Pacto contra Violência, Vigilância Sanitária e Empresa Municipal de Moradia, Urbanização e Saneamento (EMUSA) estiveram presentes em menos de 10% das reuniões.

Gráfico 33. Áreas da Secretaria Municipal de Saúde presentes nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Niterói, fevereiro de 2013 a maio de 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CMS Niterói.

Os secretários de saúde compareceram a vinte e oito reuniões no período (48,3%) (Tabela 5).

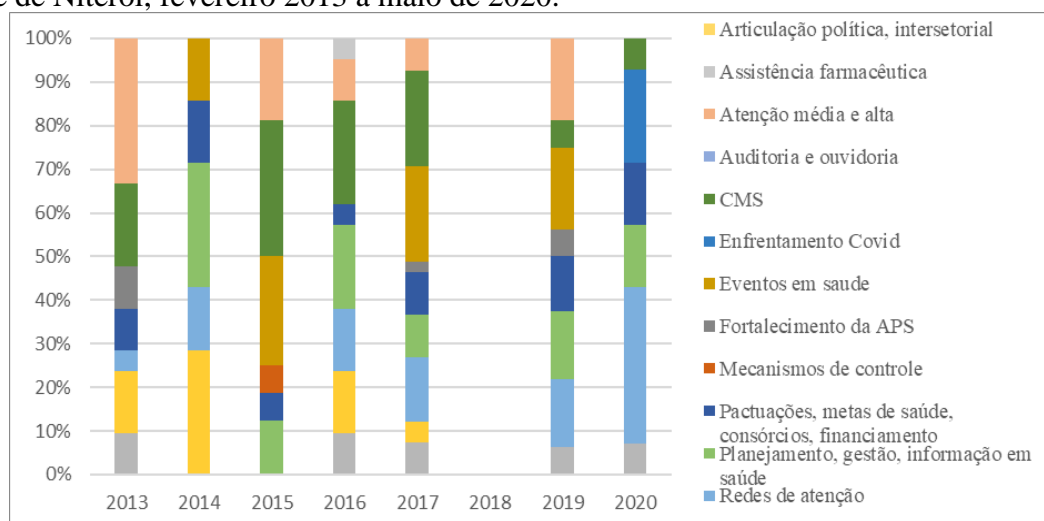
Tabela 5. Frequência dos secretários de saúde municipais nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Niterói por gestão municipal, fevereiro de 2013 a maio de 2020.

	Número de reuniões do CMS	Número de presença do secretário	Percentual de participação do secretário
Gestão 2013-2016	27	20	74,1%
Gestão 2017-2020	31	8	25,8%
Total	58	28	48,3%

Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CMS Niterói

Os principais temas discutidos no Conselho Municipal de Saúde de Niterói foram sobre operacionalização do próprio CMS, planejamento e gestão municipal, conferências ou eventos de saúde, redes de atenção à saúde, atenção de média e alta densidade tecnológica (Gráfico 34). O único tema relacionado diretamente à atenção das pessoas com diabetes foi a falta de insumos em determinada unidade hospitalar do município.

Gráfico 34. Principais temas discutidos nas pautas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Niterói, fevereiro 2013 a maio de 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CMS de Niterói.

A operacionalização do próprio conselho abrangeu a discussão sobre regimento interno, atualização da Lei de criação do conselho, questões referentes à organização e funcionamento do CMS e à capacitação de conselheiros.

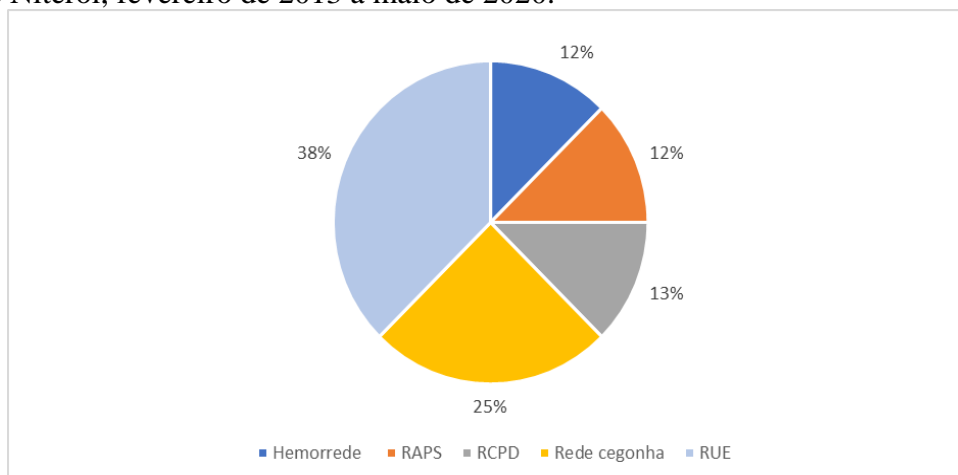
No município foi realizada uma importante discussão no conselho sobre modelos de gestão de saúde, incluído a criação, estatuto, contrato de trabalho, regulamento e regimento, e concurso público da Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FeSaúde), empresa pública com direito privado e as Organizações Sociais de Saúde presentes no município.

O tema sobre planejamento e gestão trouxe questões sobre monitoramento das ações e gestão do município por meio dos relatórios de gestão, programação anual de saúde, orçamento e execução, produção ambulatorial e hospitalar.

Sobre a APS foram discutidos a política nacional da atenção básica, a ampliação e convênios do Médico de Família (modelo de atenção à saúde adotado no Município de Niterói), a expansão do NASF, a expansão da saúde bucal e o Programa Mais Médicos. Já a vigilância em saúde teve como principais discussões as ações para o enfrentamento de doenças infectocontagiosas.

Com relação às redes de atenção à saúde foi discutida amplamente a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, principalmente da alta e média densidade tecnológica. Da mesma forma, a dificuldade de fixar profissionais de saúde na rede de saúde municipal, tanto na APS quanto na rede hospitalar. As redes identificadas nas discussões foram a RUE (38,0%), a Cegonha (25,0%), a RCPD (13,0%), a RAPS (12,0%) e a Hemorrede (12,0%) (Gráfico 35).

Gráfico 35. Redes de saúde identificadas nas pautas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Niterói, fevereiro de 2013 a maio de 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CMS de Niterói.

Na regulação assistencial foram discutidos credenciamento e descredenciamento de unidades de saúde, convênio com unidades de saúde, entraves de referência e contrarreferência de serviços de saúde no município e o sistema de regulação municipal.

O tema atenção média e alta tratou principalmente da situação das unidades hospitalares, contratos e serviços que devem ser realizados nestas unidades com destaque para o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), dificuldades de acesso aos serviços de saúde e discussão sobre frota veicular das unidades de saúde.

O tema relacionado à comunicação e informação em saúde não foi bem abordado no CMS de Niterói. Sobre mecanismos de controle, foi discutida pontualmente a criação de conselhos gestores em específicas unidades de saúde.

Os municípios de Maricá e Tanguá passaram à gestão plena do sistema apenas em 2014, e isto impôs importantes desafios à gestão municipal, como a necessidade de regular diretamente os prestadores de serviços de saúde, bem como ofertar serviços à população. Esses municípios não contam com ampla capacidade governamental instalada, sendo necessário recorrer a serviços fora deles, além da necessidade de promover maior investimento no próprio município.

Com relação ao Município de Maricá, os principais atores identificados foram os representantes dos usuários, que frequentaram todas as reuniões, dos profissionais de saúde (84 reuniões - 90,3%), dos gestores municipais e prestadores de serviços, ambos frequentaram 90 reuniões (96,8%) (Gráfico 36).

Gráfico 36. Frequência das principais organizações por segmentos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Maricá, janeiro de 2013 a dezembro de 2019.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CMS Maricá

Dentre os representantes dos usuários, as associações de moradores destacaram-se com maior presença (75 reuniões - 80,6%), seguidas da Associação Pestalozzi (66 reuniões - 71,0%), Rotary Club de Itaipuaçu (57 reuniões - 61,3%) e Paróquia Nossa Senhora do Amparo (54 reuniões - 58,0%).

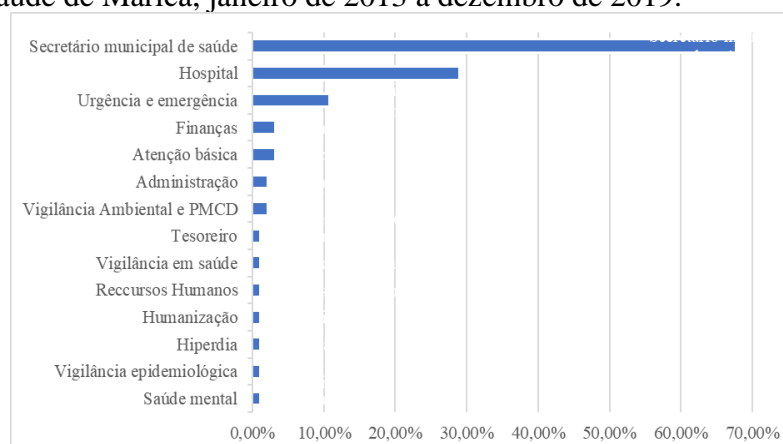
O segmento prestador de serviços foi representado principalmente pela Associação Médica de Maricá, presente em 86 reuniões (92,5%), frente a outros prestadores identificados, como o Centro Integrado de Reabilitação de Pessoas (CIRPE), presente em 16 reuniões (17,2%) e a Associação Comercial de Maricá em 16 reuniões (17,2%).

Os representantes dos profissionais de saúde foram principalmente a Associação dos Profissionais de Saúde, presente em 74 reuniões (79,6%), e o Sindicato dos Servidores Públicos, presente em 71 reuniões (76,3%).

Com relação aos gestores, foram identificados representantes da SMS, presentes em 90 reuniões (96,8%), da Secretaria Municipal de Meio Ambiente, presentes em 27 reuniões (29,03%) e da Secretaria Municipal de Assistência Social, presentes em apenas 1 (1,1%).

As principais áreas da SMS identificadas foram: representação do hospital municipal, presente em 27 reuniões (29,0%); urgência e emergência, presente em 10 reuniões (10,7%); Finanças e Atenção Básica, ambas presentes em 3 reuniões (3,2%); Administração e Vigilância Ambiental, e Programa Municipal de Controle de Dengue, ambos em 2 reuniões (2,1%); e as áreas Saúde Mental, Vigilância Epidemiológica, Programa Hiperdia, Humanização, Recursos Humanos, Vigilância em Saúde e Tesouraria em apenas 1 reunião cada (1,1%) (Gráfico 37).

Gráfico 37. Áreas da Secretaria Municipal de Saúde presentes nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Maricá, janeiro de 2013 a dezembro de 2019.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CMS de Maricá.

Os secretários de saúde compareceram a 63 reuniões (67,7%) do CMS (Tabela 6).

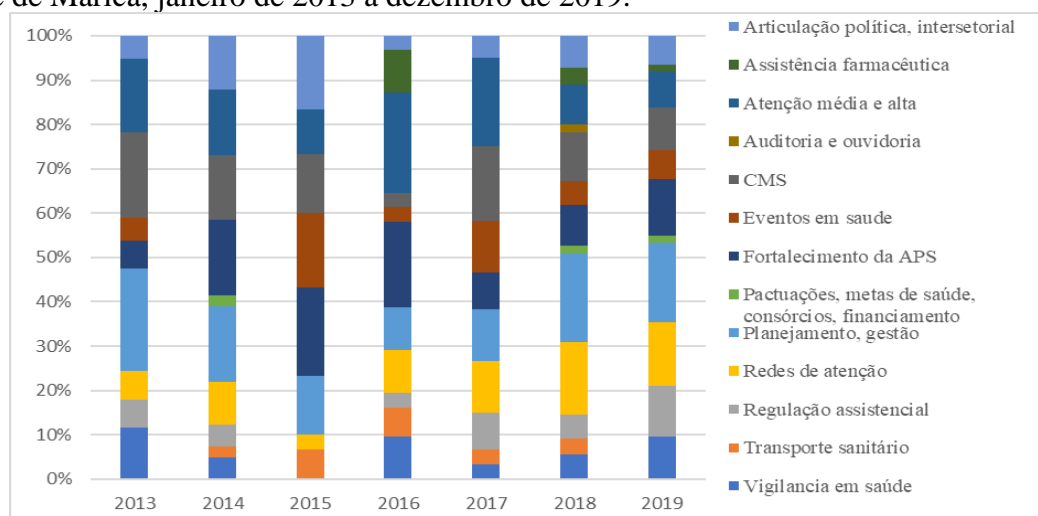
Tabela 6. Frequência dos secretários de saúde municipais nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Maricá por gestão municipal, janeiro de 2013 a dezembro de 2019.

	Número de reuniões do CMS	Número de presença do secretário	Percentual de participação do secretário
Gestão 2013-2016	53	38	71,7%
Gestão 2017-2020	40	25	62,5%
Total	93	63	67,7%

Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CMS de Maricá.

Os principais temas discutidos no CMS de Maricá trataram da operacionalização do próprio conselho municipal, planejamento e gestão municipal, atenção de média e alta densidade tecnológica, fortalecimento da APS e redes de atenção à saúde (Gráfico 38). O tema discutido diretamente sobre a atenção das pessoas com diabetes foi com relação ao mal funcionamento do programa HiperDia, com discussões sobre a falta de insumos e medicamentos, acompanhamento da atenção à pessoa com diabetes e hipertensão.

Gráfico 38. Principais temas discutidos nas pautas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Maricá, janeiro de 2013 a dezembro de 2019.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CMS de Maricá.

Sobre o CMS, as discussões seguiram o regimento interno, a necessidade de atualização da Lei de criação do conselho, funcionamento e capacitação de conselheiros. Outras discussões tratadas foram a desvalorização do conselho pela SMS e a necessidade de dar visibilidade às ações feitas pelo conselho para a população.

Planejamento e gestão foram relacionados ao monitoramento das ações e gestão do município por meio dos relatórios de gestão, programação anual de saúde, orçamento e execução, produção ambulatorial e hospitalar. Nesse tópico foram discutidas as dificuldades do município com relação à manutenção dos recursos humanos em saúde, realização de concurso público ou contratação, modelo de gestão por organização social da saúde nas principais unidades de saúde do município e implicação da gestão plena de sistemas de saúde.

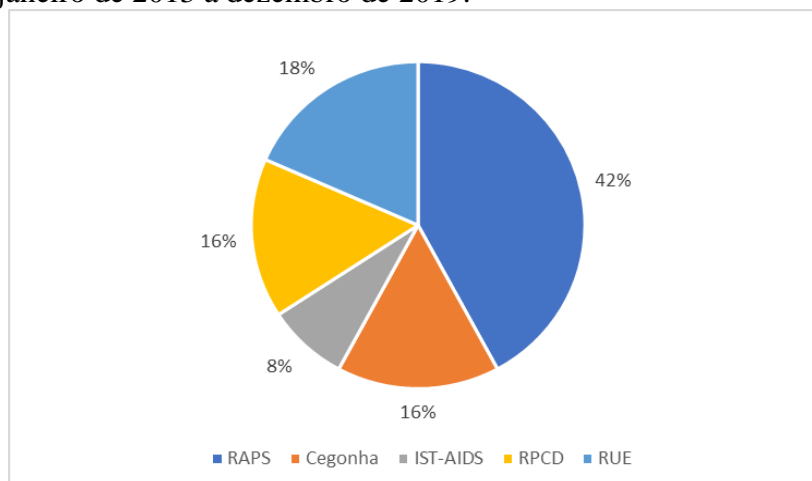
O fortalecimento da APS abarcou temas sobre a situação precária das unidades básicas de saúde, a construção e reformas de unidades básicas, a implantação do NASF, a saúde bucal, a expansão das equipes de Saúde da Família, o programa HiperDia, o programa de valorização do profissional da atenção básica e o programa Mais Médicos. Foi tratada também diretamente a falta de articulação entre a APS e as unidades da alta e média densidade tecnológica.

A vigilância em saúde teve como principais discussões as ações para o enfrentamento de doenças infectocontagiosas, a discussão sobre o programa de saúde do trabalhador no município, o controle de zoonoses e atendimento aos animais, e a imunização.

Com relação às redes de atenção foram identificadas principalmente a RAPS (42,0%), principalmente sobre atendimentos realizados no Centro de Atenção Psicossocial, situação

precária da unidade de saúde, falta de articulação entre o CAPs, a assistência social, o consultório na rua, dificuldade de atendimento de saúde mental no hospital municipal; a RUE (18,0%), com discussões sobre atendimento emergencial na UPA e no hospital municipal, SAMU e ambulâncias; a Rede Cegonha (16,0%) muito relacionada à saúde da mulher; a RCPD (16,0%) voltada principalmente ao transporte das pessoas com deficiência para o tratamento em unidades de saúde; e a rede de IST/AIDS (8,0%), relacionada à testagem e acompanhamento das pessoas com infecção sexualmente transmissível, com destaque para pessoas com AIDS e com sífilis (Gráfico 39).

Gráfico 39. Redes de saúde identificadas nas pautas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Maricá, janeiro de 2013 a dezembro de 2019.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CMS de Maricá.

Na regulação assistencial foram discutidos credenciamento e descredenciamento de unidades de saúde, convênio com unidades de saúde, dificuldades do município em obter vagas e serviços de saúde em outros municípios.

O tema atenção média e alta tratou principalmente da situação das unidades de média densidade tecnológica, contratos e serviços, situação precária do hospital municipal, dificuldades de acesso aos serviços de saúde especializados, consulta médicas, exames laboratoriais e de diagnóstico, discussão sobre falta de insumos, materiais e medicamentos, contrato de profissional de saúde, gestão das unidades hospitalares e unidade de pronto atendimento.

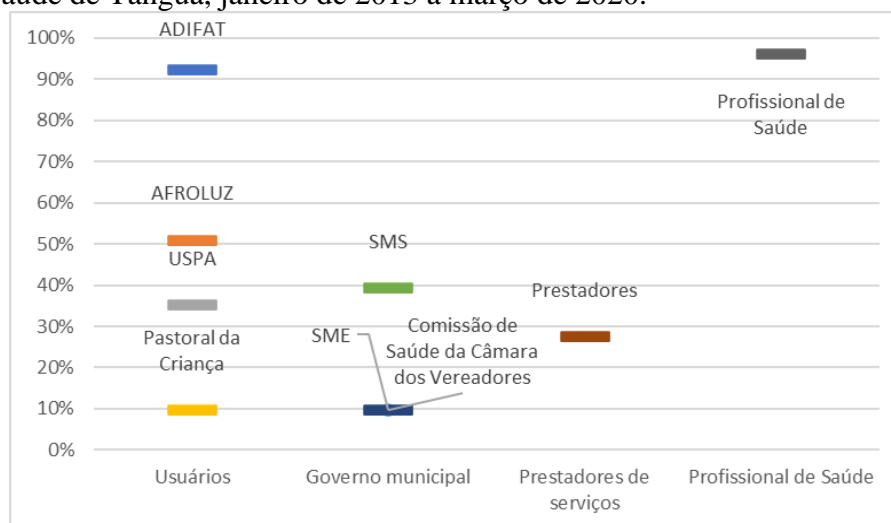
O transporte sanitário foi destaque em muitas reuniões do CMS de Maricá, dada a extensão territorial do município com muitas regiões rurais e necessidade deste transporte para o atendimento da população que realiza consultas e exames, para o tratamento fora do

domicílio, além da falta de veículo para atender as necessidades dos profissionais de saúde e dos gestores, dos diferentes programas de saúde.

Os temas relacionados à comunicação e à informação em saúde não foram abordados no CMS de Maricá, bem como os mecanismos de controle.

No Município de Tanguá, os principais atores identificados do Conselho Municipal de Saúde foram os representantes dos usuários que frequentaram todas as reuniões, profissionais de saúde (49 reuniões - 96,1%), gestores municipais, que também frequentaram todas as reuniões, e prestadores de serviços (14 reuniões - 27,4%) (Gráfico 40).

Gráfico 40. Frequência das principais organizações por segmentos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Tanguá, janeiro de 2013 a março de 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CMS de Tanguá.

Dentre os representantes dos usuários, destacaram-se a Associação de Diabéticos Familiares de Tanguá (ADIFAT), presente em 47 reuniões (92,2%); AFROLUZ, presente em 26 reuniões (51,0%); Associação de Proteção dos Animais (USPA), presente em 18 reuniões (35,2%); e Pastoral da Criança, presente em 5 reuniões (9,8%).

A ADIFAT é uma associação com atuação concreta na Região de Saúde Metropolitana II, mas com contato em diversos estados do país. Tem como missão levar orientação e atualização para pessoas com diabetes e seus familiares, foi fundada em 09 de julho de 2008 e legalizada em 2010 com o título de utilidade pública municipal. A associação funciona com profissionais voluntários e por meio de doações financeiras.

Essa associação realiza eventos em saúde para pessoas com diabetes e seus familiares. Participa de programas de saúde, como o Saúde na Escola, Hipertensão e Diabetes, Doenças

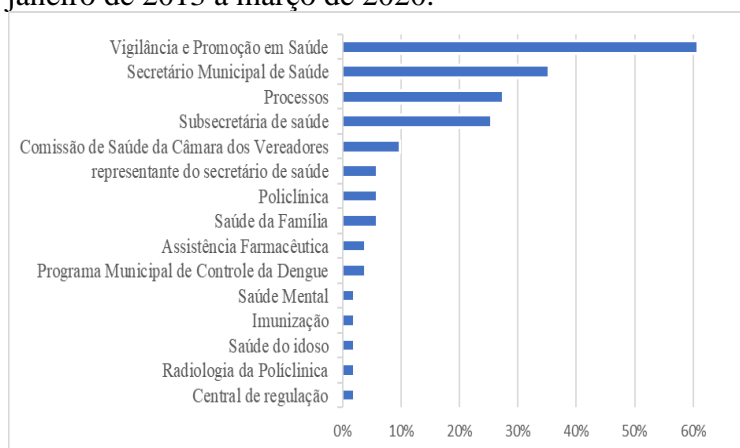
Crônicas Não Transmissíveis no Município de Tanguá e em outros municípios como educadores em diabetes.

Representantes dos profissionais de saúde e prestadores de serviços não foram especificados nas atas das reuniões.

Os representantes governamentais foram da SMS de Tanguá, presentes em todas as reuniões, Comissão de Saúde da Câmara dos Vereadores de Tanguá e do Centro Integrado de Educação e Saúde, presentes em 5 reuniões (9,8%).

Foi possível identificar as áreas da SMS que frequentaram as reuniões do CMS de Tanguá: Vigilância e Promoção da Saúde esteve presente em 31 reuniões (60,8%); secretário municipal de saúde em 18 reuniões (35,3%); área de Processos em 14 reuniões (27,4%); subsecretaria de saúde em 13 reuniões (25,5%); Saúde da Família, representante da Policlínica e do secretário de saúde estiveram presentes em 3 reuniões (5,9%); Programa de Controle de Dengue e assistência farmacêutica, ambos em 2 reuniões (3,9%); central de regulação, radiologia, saúde do idoso, imunização e saúde mental, todas em apenas 1 reunião (1,9%) (Gráfico 41).

Gráfico 41. Áreas da Secretaria de saúde presentes nas reuniões do Conselho municipal de saúde de Tanguá, janeiro de 2013 a março de 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CMS de Tanguá.

Os secretários de saúde compareceram a 18 reuniões (35,3%) do CMS. Nos anos de 2018 a 2020, os secretários não compareceram às reuniões, de acordo com as atas disponibilizadas para a pesquisa (Tabela 7).

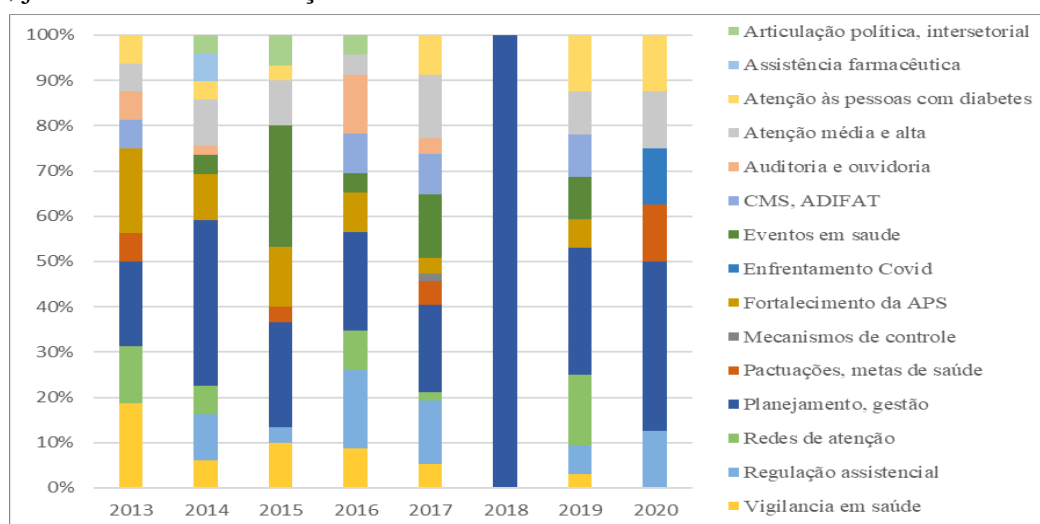
Tabela 7. Frequência dos secretários de saúde municipais nas reuniões do Conselho municipal de saúde de Tanguá por gestão municipal, janeiro de 2013 a março de 2020.

	Número de reuniões do CMS	Número de presença do secretário	Percentual de participação do secretário
Gestão 2013-2016	31	17	54,8%
Gestão 2017-2020	20	1	5,0%
Total	51	18	35,3%

Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CMS de Tanguá.

Nas reuniões do CMS de Tanguá, destacaram-se o tema de planejamento e gestão primordialmente, a organização dos eventos de saúde, o fortalecimento da APS, a regulação assistencial e a atenção de média e alta densidade tecnológica (Gráfico 42).

Gráfico 42. Principais temas discutidos nas pautas das reuniões do Conselho municipal de Tanguá, janeiro de 2013 a março de 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CMS de Tanguá.

A ADIFAT levantou questões relacionadas diretamente à atenção a pessoas com diabetes, principalmente sobre a realização de eventos de saúde, oferecendo educação em saúde para estas pessoas, e a necessidade de insumos, medicamentos e serviços a este público.

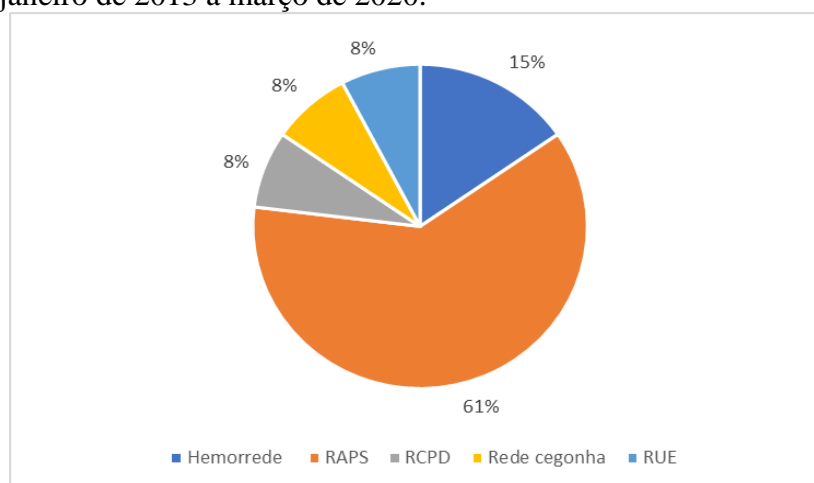
Planejamento e gestão tiveram como aprofundamento discussões sobre as dificuldades de gestão do município, com baixo orçamento público e muitas demandas em saúde, dificuldades em manter o quadro de profissionais de saúde, gerir os prestadores de serviços em saúde, além das questões de monitoramento das ações e gestão do município, por meio dos relatórios de gestão, programação anual de saúde, orçamento e execução, produção ambulatorial e hospitalar.

Os eventos em saúde também apareceram com frequência, a organização das conferências municipais, a participação em eventos estaduais e nacionais. Destacaram-se os eventos relacionados à atenção às pessoas com diabetes promovidos pela ADIFAT e também a participação desta associação representando o CMS em eventos nacionais e estaduais sobre diabetes.

A APS foi discutida com relação às ações e serviços prestados, por vezes com muitas queixas sobre atendimento, falta de profissionais e medicamentos, e condições precárias de unidades de saúde. O PMAQ, o PROVAB e a academia da saúde também foram abordados. A vigilância em saúde teve como principais discussões as ações para o enfrentamento de doenças infectocontagiosas e a discussão sobre a criação do programa de saúde do trabalhador no município.

Redes de atenção não foram destaque nas discussões. Pode-se identificar principalmente a RAPS (61%), que abordou atendimentos às pessoas que estavam sendo desinstitucionadas do Hospital Colônia de Rio Bonito e retornando a seus municípios, a Hemorrede (15%) principalmente sobre a atenção à pessoa com anemia falciforme e a RCPD voltada principalmente a crianças, a Rede Cegonha (muito relacionada à saúde da mulher) e a RUE, com discussões sobre atendimento emergencial, SAMU e ambulâncias (Gráfico 43).

Gráfico 43. Redes de saúde identificadas nas pautas das reuniões do Conselho municipal de saúde de Tanguá, janeiro de 2013 a março de 2020.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões do CMS de Tanguá.

Na regulação assistencial foram discutidos credenciamento e descredenciamento de unidades de saúde, convênio com unidades de saúde, dificuldades do município em obter vagas e serviços de saúde em outros municípios.

O tema atenção média e alta tratou principalmente da situação das unidades de média densidade tecnológica, contratos e serviços, dificuldades de acesso aos serviços de saúde especializados, discussão sobre falta de veículos para atender as necessidades das unidades de saúde e transportar usuários.

A comunicação e a informação não foram discutidas no CMS de Tanguá. Sobre mecanismos de controle, foi discutida a necessidade de criação de ouvidoria no município.

Outros elementos apontados na atenção às pessoas com diabetes foram os custos com o gerenciamento do diabetes e a necessidade de uma melhor gestão do cuidado, como refletem as afirmações abaixo:

“(...) Uma das maiores dificuldades encontradas pelas pessoas com diabetes perpassa a questão financeira. Apesar de existir tratamento disponível no sistema de saúde, em muitos casos há falta de medicamentos ou insumos, ou mesmo prescrição de medicamentos ainda não incorporados no SUS, sendo necessário recorrer à judicialização (...)” (Entrevistado 2).

“(...) se tiver um Centro de Referência com uma equipe multidisciplinar (...) várias equipes para fazer atendimento para Metropolitana, que [a pessoa com diabetes] possa [ser atendida] por endócrino, cardiologista, com fisioterapeuta (...) a gente sempre está pedindo essa parceria para poder trabalhar melhor, o diabético não tem só diabetes, ele tem comorbidade (...) tem a retinopatia, neuropatia... tem muita coisa (...) [A pessoa com diabetes] tem que passar por uma nutricionista, passar por uma psicóloga, tem que passar pela enfermeira, por um educador físico (...). É isso, um Centro de Referência para a região seria fundamental” (Entrevistado 2).

De uma forma geral, os secretários de saúde não frequentaram muito as reuniões dos CMS. Pode-se destacar no nível local a Secretária de Saúde de Maricá, que frequentou mais da metade das reuniões em seu município. Outro ator local que se destacou sobretudo com relação à atenção às pessoas com diabetes foi a Associação de Pessoas com Diabetes e Familiares (ADIFAT) em Tanguá.

É possível afirmar que nos três municípios, como representantes dos usuários, estiveram presentes associações ou conselho de moradores, associação ou movimento de pessoas com doenças, agravos ou comorbidades, como diabetes, hanseníase, pessoas com cegueira ou Associação Pestalozzi. Movimentos sociais relacionados à cultura africana e de proteção dos animais em Tanguá. Chamou a atenção a participação de instituições com cunho filantrópico, como a Rotary Club e Pastoral da Criança, além de instituições religiosas, como segmentos das vertentes católica e evangélica (Gráfico 44).

Gráfico 44. Principais representações dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde de Niterói, Maricá e Tanguá.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões dos conselhos municipais de saúde.

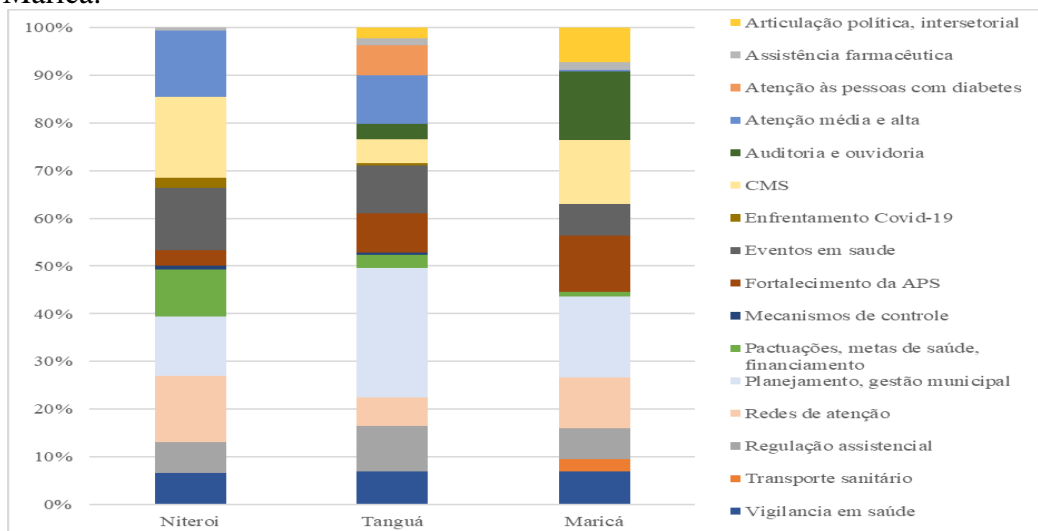
Como representantes dos profissionais destacaram-se sindicatos e conselhos profissionais (fisioterapeutas, enfermagem, médicos), além de profissionais da UFF em Niterói, e como representantes de prestadores destacou-se a Associação Médica em Maricá.

A presença de todos esses atores mostra a diversidade de interesses, de grupos organizados na saúde e o desafio de regular e de garantir a saúde universal, integral e equânime.

Com relação às áreas das SMS, destacaram-se o secretário de saúde, a APS, o controle e avaliação, e a área de planejamento em Niterói; a atenção hospitalar, urgência e emergência e o secretário de saúde em Maricá; vigilância e promoção da saúde, e área de processos em Tanguá. Isso reflete as diferentes prioridades em saúde tratadas pelas secretarias de saúde nos municípios.

Os principais temas discutidos nos conselhos municipais foram principalmente relacionados ao planejamento e gestão municipal, à organização e ao funcionamento dos próprios conselhos e às redes de atenção à saúde, com destaque para a Raps em Maricá e Tanguá, e RUE em Niterói (Gráfico 45).

Gráfico 45. Temas identificados nas reuniões dos conselhos municipais de saúde, Niterói, Tanguá e Maricá.



Fonte: Elaborado a partir das atas das reuniões dos Conselhos municipais de saúde

7.2 PLANEJAMENTO E GESTÃO

Quanto ao planejamento e gestão, observou-se de uma forma geral um maior realce na organização das redes de saúde e integração das ações e dos serviços de saúde nos planos municipais de saúde mais recentes (2018-2021), nos anteriores (2014-2017) as ações e serviços foram apresentados de forma mais segmentada.

A Secretaria Municipal de Saúde de Niterói admitiu a necessidade de uma organização de ações e serviços baseando-se na intersectorialidade com ênfase na promoção da saúde sobretudo na APS, contemplando a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considerando as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, com base no processo de territorialização e incorporação processual da regionalização como diretriz do SUS, que tem por função a organização das RAS em cada estado, superando a visão municipalista (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI, 2018).

Dentre as redes em destaque no município estão a necessidade de implantação/implementação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Doenças Crônicas com especial ênfase à hipertensão e diabetes, assim como as Redes de Média e Alta Complexidade, como a Rede de Atenção em Oncologia, com ênfase em cânceres femininos (colo de útero e mama) e masculino (próstata), Rede de Atenção em Cardiologia, Rede de Atenção em Oftalmologia e Terapia Renal Substitutiva (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI, 2018).

O programa de doenças crônicas não transmissíveis foi destacado pela Secretaria de Saúde de Niterói. Nesse, objetiva-se integrar diversos eixos de atuação da rede municipal relacionados à prevenção, acompanhamento e monitoramento, abordando os quatro principais grupos de DCNT, os fatores de riscos modificáveis e comuns para DCNT e suas complicações (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI, 2018).

As ações relacionam-se à vigilância, à promoção da saúde, à criação e publicação de normas técnicas para o rastreamento organizado na Atenção Básica, à manutenção e garantia da distribuição de medicamentos de uso contínuo na farmácia básica; à assistência e supervisão da rede de atenção a estas doenças crônicas, especificamente na rede ambulatorial, por meio de visitas às unidades de saúde e contato permanente com os profissionais envolvidos em seu atendimento (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI, 2018).

O Programa Médico de Família e a Estratégia de Saúde da Família são responsáveis pela atenção à saúde, com ênfase no controle das doenças crônico degenerativas, como o *Diabetes Mellitus*, entre outros agravos no Município de Niterói.

No plano municipal de Maricá 2014-2017, foi destacada como prioridade o Programa Hipertensão com as seguintes ações principais: busca ativa nos postos de saúde e hospital para atualização do cadastro; confecção de *folders* educativos e cartazes para as programações específicas e implementação do Polo de Insulina.

A Secretaria Municipal de Saúde de Maricá enfatizou a organização das redes de saúde no plano municipal recente (2018-2021), bem como foi dado destaque ao Programa de Atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis. Houve uma maior preocupação com a integração das ações, manutenção de medicamentos para pessoas com doenças crônicas, e estruturação dos serviços por protocolos.

No plano de 2014-2017, a Secretaria de Saúde de Tanguá apresentou a necessidade de expandir e efetivar ações de atenção básica, reduzindo a morbimortalidade por meio de ações de promoção, prevenção recuperação e reabilitação, visando à integralidade do cuidado em saúde, mas não abordou a atenção às pessoas com diabetes diretamente.

Já no plano 2018-2021, houve ênfase ao desenvolvimento das redes de atenção, principalmente a RUE e a Rede Cegonha. Com relação ao diabetes, abordou na diretriz da atenção integral com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção, com o objetivo de utilizar mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica e a meta de reduzir a taxa de mortalidade prematura por DCNT.

Os planos municipais utilizados estão sintetizados no Quadro 19, que apresenta o período, a matriz do plano e observações relacionadas à atenção das pessoas com diabetes.

Quadro 19. Síntese dos planos municipais de saúde: período, matriz do plano e atenção às pessoas com diabetes.

Município	Período	Matriz do Plano	Atenção às pessoas com diabetes
Niterói	2014-2017	Está dividido em sete eixos, sete objetivos, treze diretrizes, vinte e sete ações, setenta e duas metas, setenta e sete indicadores. Neste plano, as ações estão bastante segmentadas pelos eixos.	Programa de Hipertensão e Diabetes, cujo objetivo era integrar os diversos eixos de atuação da rede municipal relacionados à prevenção, acompanhamento e monitoramento destas doenças, seus fatores de risco e complicações. Suas ações relacionam-se aos com: vigilância, promoção da saúde e assistência. A articulação com os setores do nível central da FMS, por meio de orientação técnica relacionada ao fornecimento de medicamentos e insumos para pessoas com diabetes.
	2018-2021	Está dividido em quatro eixos, sete objetivos, dez diretrizes, cento e oitenta e oito metas, cento e oitenta e oito indicadores. Neste plano, eixos e diretrizes apresentam-se mais integrados.	Enfatizou a necessidade de implantação/implementação das Redes de Atenção à Saúde. A coordenação do programa de Hipertensão e Diabetes tem como principal missão integrar os diversos eixos de atuação da rede municipal relacionados à prevenção, acompanhamento e monitoramento, abordando os quatro principais grupos de DCNT e os fatores de riscos modificáveis e comuns, e complicações. As ações relacionam-se à vigilância; à promoção da saúde; à criação e publicação de normas técnicas para o rastreamento e organizado na APS; à manutenção e garantia da distribuição de medicamentos de uso contínuo na farmácia básica; à assistência e supervisão da rede de atenção às doenças crônicas.
Maricá	2014-2017	Está dividido em quatro eixos, dois objetivos, quatro diretrizes, trinta e sete ações. Neste plano as ações são segmentadas por programas e apresentam pouca integração entre elas.	Houve destaque para Atenção Primária em Saúde como a porta de entrada prioritária do SUS no município e a construção das redes de atenção, de forma a consolidar o cuidado integral. Apresentou entre as ações estratégicas: realização de oficinas de condições crônicas; elaboração de estudo de morbidade e mortalidade por condições sensíveis à atenção primária; reduzir a internação hospitalar por diabetes mellitus no SUS.
	2018-2021	Está dividido em três eixos, quatro diretrizes, quinze objetivos, dezenove ações e cento e dezenove indicadores.	Foi dada ênfase ao Programa de Atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis. Houve uma maior preocupação com a integração das ações, manutenção de medicamentos para pessoas com doenças crônicas e estruturação dos serviços por protocolos.
Tanguá	2014-2017	Está dividido em cinco eixos, oito objetivos, oito diretrizes, seis ações, cinquenta e nove metas e cinquenta e nove indicadores.	Necessidade de expansão e efetivação das ações de atenção básica reduzindo a morbimortalidade por meio de ações de promoção, prevenção recuperação e reabilitação, visando à integralidade do cuidado em saúde, como uma das metas manutenção, implementação e monitoramento dos programas de saúde do adulto.
	2018-2021	Está dividido em sete diretrizes, oito objetivos, treze trinta e nove metas e trinta e nove indicadores.	Trouxe como uma das diretrizes a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e das pessoas com doenças crônicas, estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de

			promoção e prevenção, com o objetivo de utilizar mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica e a meta de reduzir a taxa de mortalidade prematura por DCNT.
--	--	--	---

Fonte: Planos municipais de saúde.

8. GOVERNANÇA REGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DIABETES: LIMITES E AVANÇOS

A governança das redes de atenção às pessoas com diabetes envolve a capacidade de organização das redes de atenção à saúde, considerando diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada das políticas, dos serviços e das ações em saúde específicas para a atenção à saúde deste grupo.

Considerando que as redes de atenção à saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, a APS ganha destaque como coordenadora do cuidado com o apoio de diferentes pontos de atenção à saúde no cuidado da população.

Os diferentes pontos de atenção às pessoas com diabetes são as unidades básicas de saúde, as unidades de serviços especializados, unidades de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, unidades de urgência e emergência, unidades de serviços de reabilitação, como também centros de atividade física, como academias, parques, áreas de lazer, unidades de ensino, centros de convívio, entre outras, ou seja, qualquer unidade que possa oferecer serviços de saúde em forma de promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como serviços assistenciais e específicos em saúde.

Os municípios, de uma forma geral, não são capazes de oferecer todos esses serviços à população, demandando principalmente serviços especializados de outros municípios com maior capacidade de oferta e de prestação. Por isso, existe a necessidade de organizar e de promover meios de cooperação entre os diferentes municípios e regiões de saúde.

O diabetes tem um gerenciamento bastante complexo. Para o seu enfrentamento é preciso a oferta de serviços de diferentes densidades tecnológicas e complexidades integrados, ou seja, é essencial o desenvolvimento de redes de saúde organizadas e efetivas para minimizar a incidência, acompanhar os casos existentes, diminuir as complicações decorrentes dessa condição e sua mortalidade, principalmente precoce.

A preocupação com o gerenciamento do DM envolve além da mortalidade pela doença, as consequências deletérias dessa condição. Como reforçaram Marinho et al. (2018), apesar das melhorias dos indicadores utilizados nos estudos de cargas de doenças desde 1990, fatores como a alimentação inadequada, a pressão arterial e a glicose sérica elevada representaram uma importante influência nos anos de vida ajustados por incapacidade (MALTA et al., 2017; MURRAY et al., 2020).

Para formar as redes de saúde às pessoas com diabetes, a região e seus municípios devem dispor de estabelecimentos de saúde e de serviços de saúde adequados. Entretanto, a Metropolitana II apresenta desigual distribuição e concentração de serviços, assim como o Estado do Rio de Janeiro. Municípios como Niterói, São Gonçalo, Itaboraí e Maricá têm maior capacidade de oferta de serviços de saúde em comparação aos municípios de Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá.

Apesar da importante redução da mortalidade por DM identificada na região, ações com prevenção da incidência não são enfatizadas. A cobertura da APS na Metropolitana II (80% em 2020) supera a cobertura da APS no estado (60% em 2020) e essa atenção poderia promover tais ações. Contudo, os municípios da região apresentam um perfil heterogêneo da cobertura da ESF, combinada com modelos tradicionais. Foram identificadas importantes variações da cobertura da APS, assim como a redução da carga horária total de profissionais médicos e enfermeiros em alguns municípios da região, principalmente a partir de 2017.

No tocante à vigilância em saúde na região, percebeu-se que esta ainda está muito relacionada ao monitoramento e ações voltadas para as doenças infectocontagiosas. As academias da saúde, que estão sob a responsabilidade das vigilâncias nos municípios, também são incipientes na região. Os polos da academia da saúde na região representam 19,5% do total do estado, com distribuição desproporcional entre os municípios da região.

Sobre a assistência farmacêutica na região, observaram-se discussões pontuais nos conselhos e comissões de saúde e pouco destaque nos planos de saúde analisados. Conforme o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (2020), alguns problemas relacionados à assistência farmacêutica na Metropolitana II foram: ausência de recursos para atividades da assistência farmacêutica na rede municipal, falta de estruturação das farmácias das unidades de saúde, ausência de Comissão de Farmácia Terapêutica para definir REMUMES, dificuldade de aquisição de medicamentos e falta de qualificação dos profissionais dentro dos serviços de farmácia.

Com relação às centrais de regulação, há uma central da região no Município de Niterói com a função de regulação de urgências médicas e regulações de acesso a serviços em cada município da região. Mas são apontados diversos problemas com as regulações, como falta de informatização e de padronização dos procedimentos regulados.

Quanto ao financiamento, de uma forma geral, houve diminuição do gasto em saúde, principalmente na APS. O governo federal diminuiu o repasse para os municípios da região a partir de 2017, quando comparado aos anos anteriores. O estado tem mantido o percentual

mínimo de aplicação em ações e serviços públicos em saúde próximo aos 12%, com exceção do ano de 2016 em que foi aplicado aproximadamente 10,5%. Os municípios também diminuíram as despesas próprias em saúde a partir do ano de 2015. Quanto às subfunções de gasto pelos municípios no período de 2013 a 2019, observou-se diferenças importantes entre os municípios da região, com redução do percentual de investimentos na APS em todos eles.

Verificou-se uma variação da cobertura populacional da APS com redução em alguns municípios e aumento em outros, redução da carga horária de profissionais de saúde na APS, baixa oferta de academias da saúde, dificuldade de oferta de serviços de saúde em alguns municípios, dificuldades com relação à assistência farmacêutica, redução de financiamento em saúde, além das alterações recentes nas políticas nacionais de atenção básica, fatores que prejudicam as redes de atenção à saúde das pessoas com diabetes, tanto nas ações de prevenção como no gerenciamento desta condição.

Com relação à coordenação regional de políticas de saúde, identificou-se a existência das estruturas de governança formais do SUS, estadual, regional e municipais, com organizações definidas, espaços decisórios, reuniões realizadas periodicamente, discussão de temas pertinentes à saúde e uso de instrumentos de planejamento.

Contudo, não foi possível identificar atores específicos com atuação direta na governança das redes de atenção às pessoas com diabetes, mas atores potenciais nos órgãos colegiados, que poderiam atuar no desenvolvimento e fortalecimento destas redes. A pouca relevância da atenção à pessoa com diabetes nas discussões desses órgãos também foi identificada, apesar de terem sido tratados temas gerais às redes de atenção à saúde.

Os atores potenciais para a governança regional das redes de atenção às pessoas com diabetes foram identificados pela posição assumida por eles e pelas presenças nas reuniões dos conselhos e das comissões estudadas. São eles: representantes da secretária estadual; secretário estadual e representantes de áreas estratégicas estaduais, como APS, atenção especializada, controle e avaliação, vigilância em saúde, regulação, regionalização; representantes das secretarias municipais de saúde, como secretários e técnicos municipais principalmente dos municípios de Niterói e Silva Jardim; representantes do COSEMS, como a apoiadora regional; representantes da sociedade civil, como a associação de pessoas com diabetes e associações de moradores.

A multiplicidade de atores, cujas ações e interesses são diversos, presentes nas instancias estudadas também representa um imenso desafio para a governança das redes de saúde no SUS.

A intensa rotatividade de secretários de saúde estaduais e municipais foi enorme no período estudado, representando outro desafio para a governança das redes de atenção à saúde.

Os principais espaços de discussão identificados foram os espaços institucionais formais do CES; da CIB; da CIR; dos CMS; espaços dos representantes dos usuários, como a ADIFAT; dos profissionais de saúde e gestores das SMS e outras secretarias municipais; assim como espaço acadêmico, como o da UFF em Niterói; os eventos em saúde, como conferências, fóruns e oficinas. Outros possíveis espaços são os constituídos por grupos de trabalho, grupos condutores etc., pouco identificados com relação à atenção à pessoa com diabetes na pesquisa.

Os espaços coletivos regionais, como reuniões dos conselhos de secretários municipais nas regiões, fóruns de discussões e reuniões das comissões intergestoras regionais devem ser valorizados a fim de estimular a capacidade regional, o compartilhamento das tomadas de decisões e pactuações (SHIMIZU et al., 2017). Apesar de ainda serem insuficientes, frágeis politicamente, burocratizados, reprodutores de uma simples formalidade (MELLO et al., 2017), esses espaços devem ser fortalecidos e os atores capacitados a fim de superar a mera reprodução da cultura política municipal e estadual, os interesses eleitorais, clientelistas e corporativos.

Da mesma forma, os CMS, Cosems, CIR, apoiadores técnicos e operacionais, e CIB são considerados atores importantes no processo de regionalização e de fortalecimento da governança regional. Mas também é preciso um maior envolvimento político, maior diálogo com a população da região para a construção de um projeto regional e o desenvolvimento de lideranças (SHIMIZU et al., 2017).

As secretarias municipais de saúde (SMS) são consideradas as principais responsáveis pela gestão cooperativa, solidária e de interdependência regional, mas são vistas como estruturas burocráticas de perfil centralizador. A atuação é prejudicada pela descontinuidade política da rotatividade de secretários e pela sua fragilidade técnica (MELLO et al., 2017).

Sobre planejamento, gestão e financiamento, há os desafios persistentes da regionalização no Estado do Rio de Janeiro, que apresenta heterogeneidade e fragilidade entre as regiões (LIMA et al., 2016) no que tange à governança regional, além da necessidade de maior investimento e de coordenação.

Os desafios do planejamento regional são a necessidade de mecanismos de transferência e gestão de recursos financeiros do SUS na perspectiva regional, e a capacidade

instalada existente e de produção das regiões de saúde (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2016).

Os planos analisados em geral destacaram o diabetes como problema de saúde a ser superado, mas de forma bastante pontual e com maior ênfase na diminuição da mortalidade precoce, apesar do reconhecimento sobre a necessidade de organizar redes de atenção com ações transversais.

Os municípios precisam se organizar e constituir arranjos organizacionais para superar os problemas de saúde locais e regionais. A governança regional das redes de saúde é cada vez mais necessária e essencial para que os municípios, sobretudo os com menor capacidade gestora, consigam ofertar os serviços de saúde e responder às necessidades de saúde da população.

A Região Metropolitana II ainda carece de uma maior coordenação regional. Pode-se identificar os desafios na oferta de serviços de saúde, principalmente nos municípios mais dependentes, e as dificuldades encontradas para a pactuação e a regulação dos serviços de saúde na região. O que demonstra a necessidade de melhor cooperação, coordenação e articulação entre os municípios da região.

O Município de Niterói exerce uma função de polo na região por apresentar uma das maiores ofertas de serviços na rede assistencial e ser um município de maior desenvolvimento econômico na região, mas também apresenta dificuldades com relação à sua própria rede. Não foi possível identificar uma posição de coordenador regional impressa pelo município na região, apesar do grande potencial.

Sobre as estratégias e os instrumentos para a integração assistencial, foram identificadas nas discussões sobre as redes de atenção à saúde nos conselhos e comissões estudados, dificuldades de acesso principalmente à atenção de média e alta densidade tecnológica e falta de integração entre os pontos de atenção. Esses ainda são problemas estruturais do SUS, ligados à frágil regionalização, à falta de cooperação e coordenação regional, ao subfinanciamento do sistema de saúde, entre outros.

Assuntos relacionados à integração assistencial, como fortalecimento da APS, regulação assistencial e articulação entre pontos de atenção, foram discutidos nos diferentes municípios da região, mas não especificamente sobre a atenção à pessoa com diabetes. O tensionamento dessa pauta no Município de Tanguá foi orientado pela participação da ADIFAT no CMS.

A criação e o envolvimento de uma associação de pessoas com diabetes foram importantes para tensionar a atenção das pessoas com diabetes na região. É uma estratégia

interessante para pressionar a gestão sobre situações específicas relacionadas ao diabetes, como apontaram Diallo et al. (2014).

A APS parece estar relegada apenas ao âmbito municipal e os municípios da região apresentam capacidades diferenciadas sobre recursos financeiros, capacidade gestora e capacidade de ofertar e prover serviços de saúde à população. Houve discussões sobre experiências municipais à nível estadual e municipal, mas estas devem ser mais incentivadas e fortalecidas, com vistas a ações integradas e sistêmicas na região.

Essa atenção, responsável pela coordenação do cuidado no SUS, tem sofrido alterações que impactam sobre seu financiamento e organização, sob o pretexto falacioso de maior flexibilização da gestão para os municípios. Com as alterações realizadas pela PNAB 2017, o subfinanciamento crítico do SUS vivido nos últimos anos e com previsão de manutenção deste por mais vinte anos, além das ações de forte mercantilização da saúde anunciadas, a APS tende a ser cada vez mais enfraquecida, apresentando um pacote mínimo de serviços para uma determinada população. Observou-se também um desinvestimento na APS nos municípios da região no período de 2013 a 2020.

As dificuldades municipais no âmbito das redes de saúde para o financiamento das ações, para a conformação e a fixação das equipes multiprofissionais, principalmente médicos, bem como dificuldades relativas à organização e à gestão do sistema de saúde, às precárias estruturas das unidades saúde ou à qualidade de suas instalações, incluindo a disponibilidade de equipamentos são notáveis na região, sendo abordadas constantemente nos espaços de discussões.

Segundo Salci, Meirelles e Silva (2017), as RAS apresentam fragilidades nas conexões entre os diferentes pontos de atenção em âmbito municipal com relação à atenção das pessoas com diabetes. Essas fragilidades são traduzidas principalmente na dificuldade de articulação entre os serviços da atenção primária e os serviços especializados.

O desenvolvimento da linha de cuidado do DM, por exemplo, não se constituiu no Estado do Rio de Janeiro e nem nos municípios estudados da Metropolitana II até o momento. O que reflete ainda o entrave ao acesso dos serviços especializados e de maior densidade tecnológica, principalmente para os casos mais graves do DM.

Venancio, Rosa e Bersusa (2016) apontaram questões importantes relacionadas à macro e à micropolítica na atenção às pessoas com diabetes, como: inutilização do Sistema Hiperdia pelas equipes de saúde; poucas ações de promoção e prevenção à saúde destinadas à população; insuficiência de mecanismos formais de referenciamento na linha de cuidado do diabetes mellitus; pouca adesão a protocolos de diabetes e desconhecimento do material por

profissionais; dificuldades no acesso aos medicamentos para controle do diabetes; dificuldades na coordenação do cuidado pela APS e sua relação com a AE, como agendamento de consultas e acesso às informações clínicas realizadas na atenção especializada (VENANCIO; ROSA; BERSUSA, 2016).

Pereira (2007) identificou no Município de Recife as dificuldades com relação à atenção às pessoas com DM: ausência de uma diretriz municipal no que tange às ações desenvolvidas pelas equipes em relação ao diabetes, ausência de planejamento e monitoramento, ausência de capacitação específica dos profissionais, a fragilidade das ações de prevenção e diagnóstico precoce nas equipes.

A regulação assistencial na Metropolitana II também carece de investimentos, profissionais disponíveis, informatização e melhor organização dos fluxos assistenciais na região de saúde com desenvolvimento de diretrizes e protocolos na região e municípios.

Os temas com maior ênfase nos âmbitos estaduais e regional foram as redes de atenção à saúde e a regulação assistencial. Isso mostra como nos dois níveis esses temas são importantes e geram maiores tensões.

A comunicação e a informação em saúde ainda são deficientes na região. Os sistemas de informação, como o e-sus, não estão totalmente implantados nos municípios, e ainda há muitas queixas sobre o funcionamento destes. Falta de estrutura física, falta de recursos e de capacitações para os profissionais são queixas recorrentes. Na Região Metropolitana II, a comunicação e a informação em saúde ainda são desafios a serem superados, como informam as afirmações a seguir.

“(…) A rede informal de contatos ainda predomina na comunicação e informação de saúde a nível municipal” (Entrevistado 2).

“(…) Quanto à utilização de sistemas de informação, muitos municípios ainda não implantaram os sistemas por problemas estruturais físicos, falta de profissionais para lidar com os sistemas, entre outros” (Entrevistado 1).

“(…) São pouquíssimas as unidades de saúde com sistema implantado no município” (Entrevistado 3).

Sistemas de informação específicos para o enfrentamento do DM têm sido utilizados em vários países na Europa, na Ásia, nos Estados Unidos da América e na Nova Zelândia com vistas a monitorar o tratamento da pessoa com diabetes e fortalecer a governança em saúde nos países e regiões (PIWERNETZ, 2001), o que possibilita maior integração das ações, planejamento e financiamento (JOSHY; SIMMONS, 2006).

O transporte sanitário também se mostrou outro entrave na integração assistencial, municípios com grande extensão territorial necessitam de transporte para a sua população dentro do próprio município, bem como para a realização de tratamento fora do município. As queixas sobre a falta de transporte sanitário são inúmeras nos municípios, como falta de ambulâncias ou precariedade dos veículos existentes. As queixas acontecem também sobre a falta de frota veicular para atender a necessidade de deslocamento das próprias equipes de saúde e equipes gestoras dentro dos municípios.

Mecanismos de controle como ouvidoria, auditoria, judicialização, criação de conselhos gestores em unidades foram pouco discutidos. Houve muitas queixas com relação à falta desses serviços e a necessidade de implantação nos âmbitos estadual e municipal. Auditorias, ouvidorias, criação de conselhos gestores nas unidades de saúde, entre outros, são mecanismos de controle importantíssimos para aproximar a população da gestão local.

Em suma, a governança das redes de atenção às pessoas com diabetes na região depende de uma maior coordenação e cooperação entre os entes municipais e outras instituições envolvidas com estas redes de saúde.

Simmons, Wenzel e Zgibor, (2017) apontaram que a opção de um sistema de saúde integrado com atenção primária, secundária e comunitária do diabetes parece ser a mais óbvia, mas isto não é simples pela complexidade dos sistemas de saúde. Os governos devem migrar sobretudo para os sistemas que promovam a integração da atenção.

Foram mapeados os problemas encontrados na pesquisa e os avanços da governança das redes atenção às pessoas com diabetes na região (Quadro 20), muitos problemas estão relacionados a questões estruturais de gestão, financiamento e organização dos municípios, já os avanços envolvem principalmente a diminuição da mortalidade por diabetes, aumento da cobertura da APS em alguns municípios, participação de secretários de saúde dos municípios de médio e baixo desenvolvimento nas reuniões regionais, presença de associação de pessoas com diabetes na região, reconhecimento do DM como importante problema de saúde e da necessidade de organizar as redes de atenção à saúde com ações transversais, e discussões de experiências na APS à nível estadual e regional.

Os problemas identificados se assemelham aos encontrados por ROSA et al. (2009) no Estado de São Paulo, quanto à regionalização e à integralidade do cuidado e aos desafios na organização das redes de serviços de saúde para pessoas com diabetes em Pernambuco (MOURA, 2014).

Apesar de todas as dificuldades encontradas sobre a governança regional das redes de atenção às pessoas com diabetes, entende-se que há a necessidade de fortalecimento das ações regionais como meio de superar as fragilidades municipais.

Contudo, sem planejamento regional, financiamento adequado, ações cooperativas entre os municípios e estado, será impossível o fortalecimento da governança regional das redes de saúde, seja para as pessoas com diabetes ou quaisquer outras condições de saúde.

É imperativo também o fortalecimento da APS com ênfase no modelo de saúde da ESF centrado nas pessoas. Para isso, as alterações recentes na PNAB e no financiamento precisam ser revertidas. As ações integradas entre a APS e os diferentes pontos de atenção, além das necessárias intervenções que extrapolam o setor saúde, estão cada vez mais distantes, considerando o atual contexto político e econômico no país. Fato que prejudicará muito o enfrentamento do DM.

Quadro 20. Mapeamento dos limites e avanços da Governança das redes de atenção às pessoas com DM na Metropolitana II segundo dimensões e subdimensões da pesquisa.

Dimensões	Subdimensões	Limites	Avanços
Contexto do Sistema de Saúde	Situação de saúde relacionada ao diabetes	Políticas de enfrentamento do DM apresentam pouca integração; as alterações nas políticas de saúde, sobretudo na organização da APS e financiamento com proposta falaciosa de maior autonomia para municípios prejudicam as ações em saúde; houve um desinvestimento percentual da APS na região.	Houve redução das taxas de mortalidade por DM e por DM prematura na região; diminuição do percentual de internações por DM na região.
	Capacidade de oferta e de prestação de serviços	Houve diminuição da carga horária dos profissionais médicos e enfermeiros; há poucas unidades de academia da saúde na região; há desigual distribuição e concentração de serviços de média e alta densidade tecnológica na região; observou-se grande participação das entidades privadas na prestação de serviços na região em alguns municípios e baixa capacidade gestora em municípios da região.	Houve aumento da cobertura da APS em alguns municípios da região.

Coordenação regional de políticas de saúde	Atores e espaços decisórios	Multiplividade de atores e interesses envolvidos nas instâncias decisórias. Alta rotatividade de secretários de saúde estaduais e municipais. Municípios da região não apresentaram grande protagonismo no nível regional; há poucas organizações/atores ligados diretamente ao DM; houve ausência de discussão das redes de atenção à saúde e regulação de serviços relacionados diretamente ao DM nas instancias estudadas.	Existência de estruturas de governança do SUS, como as comissões e conselhos de saúde nos níveis estadual, regional e municipal. Regularidade das reuniões das comissões e dos conselhos. Participação de representantes das secretarias estadual e municipais de saúde. Houve maior participação de secretários de saúde dos municípios de médio e baixo desenvolvimento nas reuniões regionais; há uma Associação de pessoas com DM na região.
	Planejamento, gestão e financiamento governamental	Planos de saúde apresentaram pouca ênfase nas ações integradas de combate à prevenção e ao gerenciamento do DM, a maioria das ações ainda pontuais e segmentadas com ênfase na diminuição da mortalidade e pouca referência quanto à morbidade. As ações intersetoriais são pouco mencionadas e não são efetivas.	Uso dos instrumentos de planejamento em saúde, elaboração de planos de saúde. Existência de meta para diminuição da mortalidade precoce por DM; houve o reconhecimento do DM como importante problema de saúde e a necessidade de organizar as redes de atenção à saúde com ações transversais.
Integração assistencial de ações e serviços de saúde	Posicionamento da Atenção Primária na rede de saúde	Há poucas ações para fortalecimento da APS nos níveis estadual e regional	Redes de atenção foram um dos temas mais discutidos nas instancias colegiadas. Houve discussões de experiencias na APS à nível estadual e regional.
	Regulação assistencial	Centrais de regulação nos municípios apresentaram dificuldades de funcionamento; há entraves na articulação entre níveis assistenciais, ausência de protocolos de regulação e informatização; não há políticas, programas, diretrizes desenvolvidas para a atenção à saúde das pessoas com DM com diretriz regional e/ou municipal	Regulação foi um dos temas mais discutidos nas instâncias colegiadas. Existência das centrais de regulação nos níveis estadual, regional e municipal.
	Comunicação e informação	Sistemas de informação são pouco implantados na região; houve a descontinuidade do SIS-HIPERDIA. A Comunicação intra e interinstitucional é bastante deficiente na região.	-----
	Transporte sanitário	Transporte sanitário estão em condições precárias, há poucas unidades para atendimento das necessidades gestoras e assistenciais da população.	-----
	Mecanismos de controle	Foram pouco discutidos; unidades de ouvidorias, serviços de auditorias, conselhos gestores são incipientes nos municípios da região.	-----

Fonte: Elaboração própria.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foi analisada a governança regional das redes de atenção às pessoas com diabetes, com recorte para a Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa, exploratória, utilizando diferentes técnicas de pesquisa e fontes de informação.

Foram apontados importantes desafios dessa governança considerando o contexto da situação de saúde, a coordenação de políticas regionais e a integração assistencial, nos níveis estadual, regional e municipal.

A governança regional das redes de atenção às pessoas com diabetes foi bastante incipiente na região de saúde. Contudo, foi possível identificar nas estruturas e nos instrumentos de governança formais do SUS limites e possibilidades para essa governança.

Os principais limites da governança regional das redes foram as alterações nas políticas de saúde, no que tange à organização dos serviços e seu financiamento; a falta de integração entre as diversas políticas e programas desenvolvidos para o enfrentamento do DM; o desinvestimento na APS nos municípios da região; a concentração e distribuição desigual de estrutura e de serviços de saúde na região; a baixa capacidade gestora de municípios; a ausência de coordenação e cooperação entre municípios da região; as fragilidades nas estruturas de regulação; a comunicação e informação incipientes na região; o transporte sanitário inadequado e os mecanismos de controle frágeis.

Os avanços envolveram principalmente a diminuição da mortalidade por diabetes na região, aumento da cobertura da APS em alguns municípios, participação de secretários de saúde de municípios de médio e baixo desenvolvimento à nível regional, discussão de experiências municipais com a APS, presença da associação de pessoas com DM na região.

A governança das redes de atenção ainda se mostra frágil, muitos desafios relacionados à regionalização e à conformação das redes de atenção à saúde permanecem e são cada vez mais aprofundados. O tema do diabetes não foi destacado nas estruturas e instrumentos de governança estudados, apesar da relevância desta condição crônica para a saúde pública. Contudo, a estratégia de governança das redes de atenção às pessoas com diabetes pode ser um importante meio de superar as fragilidades municipais e fortalecer as ações regionais.

Algumas ações são necessárias para avançar na governança regional das redes de atenção à saúde das pessoas com diabetes na região, como maior fortalecimento da coordenação e cooperação entre os municípios da região, organização das redes de atenção às

peças com diabetes na região com vista a ações integradas e sistêmicas em saúde; fortalecimento das organizações que lidam diretamente com o DM e de espaços para maior discussão sobre o enfrentamento dessa condição.

Esta pesquisa apresentou como limites a análise predominantemente documental. Alguns documentos não estavam disponíveis *online* e outros não foram disponibilizados na totalidade. Os aspectos informais da governança não puderam ser adequadamente aprendidos dada a ênfase na análise documental. Não foi possível também investigar no nível local das unidades e/ou das organizações envolvidas na governança regional das redes de atenção às pessoas com diabetes. Da mesma forma, a perspectiva da pessoa com diabetes também não foi abordada.

Ressalta-se a dificuldade de acessar informações e dados estaduais e principalmente municipais, mesmo recorrendo ao Sistema de Informação ao Cidadão (E-SIC), cujos prazos não foram atendidos pelos gestores.

Existe a necessidade de realização de pesquisa no nível das unidades de saúde, considerando os diferentes pontos de atenção e das pessoas com diabetes para a melhor compreensão das ações necessárias, ações desenvolvidas, potenciais e barreiras *in loco*. O desenvolvimento de outras pesquisas relacionadas com a governança regional com aprofundamento em cada nível de gestão, bem como a investigação dos arranjos de governança para superar os desafios da saúde também serão importantes.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. **Promulgada Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos.** Matéria atualizada em 23/04/2018. Disponível em:

<<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/15/promulgada-emenda-constitucional-do-teto-de-gastos>>. Acesso em 07/02/2021.

ALBUQUERQUE, M. V. DE; VIANA, A. L. D'ÁVILA. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 28–38, dez. 2015.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337–1349, jun. 2009.

ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **The Lancet**, v. 376, n. 9755, p. 1861–1868, nov. 2010.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 1. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. **Diabetes Care**, v. 44, n. Supplement 1, p. S7–S14, jan. 2021a.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: *Standards of Medical Care in Diabetes—2021*. **Diabetes Care**, v. 44, n. Supplement 1, p. S40–S52, jan. 2021b.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 7. Diabetes Technology: *Standards of Medical Care in Diabetes—2021*. **Diabetes Care**, v. 44, n. Supplement 1, p. S85–S99, jan. 2021c.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO BRASIL. Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/rio-de-janeiro>. Acesso em 28/01/2020

AUSTRALIAN NATIONAL AUDIT OFFICE. **Public sector governance: strengthening performance through good governance.** Barton, ACT: Australian National Audit Office, 2014.

AZEVEDO, S. D.; ANASTASIA, F. Governança, “Accountability” e Responsividade. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 22, n. 1, p. 82–100, mar. 2002.

BRASIL. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 05/08/2021.

BRASIL. DATASUS. **Estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo - 2000-2020**. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>>. Acesso em 26/02/2021.

BRASIL. DATASUS. **SARGSUS**. Disponível em:
<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!usuarioLogado.action?SARGSUS_TOKEN=8UYJ-XPBZ-SHIE-4C2M-JNTV-WCOI-9P2Y-IL54>. Acesso em 22/03/2021

BRASIL. DATASUS. **SIA SUS**. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qarj.def>>. Acesso em 22/03/2021

BRASIL. DATASUS. **SIH SUS**. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrrj.def>>. Acesso em 24/02/2020

BRASIL. DATASUS. **SIOPS**. Disponível em:
<http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal_uf.php?S=1&UF=33;&Ano=2020&Periodo=12>. Acesso em 25/10/2020

BRASIL. **DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.html. Acesso em 22/04/2021

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº. 86/2015**. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível em<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc86.html>. Acesso em 29/04/2021.

BRASIL. **Fundo Nacional de Saúde**. Disponível em:
<https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>. Acesso em 25/10/2020.

BRASIL. **Lei n. 13.895, de 30 de outubro de 2019**. Sec. Diário Oficial da União. Seção 1 de 31.10.2019, página 1.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **E-Gestor da Atenção Básica**. Disponível em:<<https://egestorab.saude.gov.br/index.html>>. Acesso em 30/08/2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2.993, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2012**. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2993_26_12_2012.html>. Acesso em 30/08/2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006**. Pacto pela Saúde. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**. 30 dez. 2010, Sec. DOU de 31/12/2010, página 88, seção 1, n. 251.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Academia da saúde. Disponível em: <<http://aps.saude.gov.br/ape/academia>>. Acesso em 20/01/2020.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. (ED.). **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022**. 1a edição ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SISAB. Disponível em: <<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/saude/RelSauProducao.xhtml>>. Acesso em: 20/01/2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SISAPS. **Painéis de indicadores da atenção primária à saúde**. Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>>. Acesso em 19/10/2020)

BRASIL. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017.

BRASIL. SECRETARIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE. Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/dcnt/>>. Acesso em: 26/02/2021

BRASIL. TSE. Divulgação de Candidaturas e Contas Eleitorais. Disponível em: <tse.jus.br>. Acesso em 20/06/2021

BROWN, A.; PISTERS, P.; NAYLOR, C. D. Regionalization Does Not Equal Integration. **HealthcarePapers**, v. 16, n. 1, p. 5–6, 29 jul. 2016.

CASANOVA, A. O. et al. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1209–1224, abr. 2017.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTDO DO RIO DE JANEIRO - CIB-RJ. **Deliberações do COSEMS-RJ**. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-conjuntas.html>>. Acesso em: 29/04/2021

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília.: [s.n.].

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO DO LESTE FLUMINENSE - CONLESTE. Disponível em: <<http://conleste.com.br/>>. Acesso em: 17/03/2021.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - COSEMS RJ. Disponível em: <<http://www.cosemsrj.org.br/>>. Acesso em 29/04/2021

DIALLO, M. M. et al. Access to diabetes care in sub-Saharan Africa: Results of a diabetes health network in Guinea. **DIABETES RESEARCH AND CLINICAL PRACTICE**, v. 103, n. 1, p. S50, fev. 2014.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. B. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Eds.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 979–1010.

FLEURY, S. et al. Modernização da Gestão Local do SUS: a dimensão gerencial. In: FLEURY, S. (Ed.). Rio de Janeiro: Cebes/Editora Fiocruz, 2014. p. 480.

FREY, K. Development, good governance, and local democracy. **Brazilian Political Science Review (Online)**, v. 3, n. se, 2008.

GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 6, p. 3003–3016, jun. 2011.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. DE O. DA. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1225–1234, abr. 2017.

GENEAU, R. et al. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. **The Lancet**, v. 376, n. 9753, p. 1689–1698, nov. 2010.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. DE. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, abr. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA; NÚCLEO CONDIÇÕES CRÔNICAS. **Linha de Cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus**. p. 52, 2018.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Informações de saúde/RJ**. Disponível em: < http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?def/sim_taxas_mortalidade_dcnt.def>. Acesso em 08/10/2020

HEMERIJCK, A. A Revolução silenciosa do paradigma de investimento social na União Européia. In: RODRIGUES, P. H. DE A.; SANTOS, I. S. (Eds.). **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. Rio de Janeiro, São Paulo: Cebes, Hucitec, 2017. p. 25–60.

HUFTY, M.; BÁSCOLO, E.; BAZZANI, R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. suppl, p. S35–S45, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **IBGE cidades e estado, 2020**. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj.html> >. Acesso em 16/03/2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Produto Interno Bruto – PIB, 2018**. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php> >. Acesso em 16/03/2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **SIDRA**. Disponível em: < <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5938>>. Acesso em 27/08/2019.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Clinical Practice Recommendations for managing Type 2 Diabetes in Primary Care**. Brussels, Belgium.: International Diabetes Federation, 2017b.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 8. ed. Brussels, Belgium.: International Diabetes Federation, 2017a.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 9th ed. Brussels, Belgium: 2019: International Diabetes Federation, 2019. Disponível em: <<https://www.diabetesatlas.org>>. Acesso em 26/08/2021.

JOSHY, G.; SIMMONS, D. Diabetes information systems: a rapidly emerging support for diabetes surveillance and care. **Diabetes Technol Ther**, v. 8, n. 5, p. 587–97, out. 2006.

KALDOR, J. C.; MAGNUSSON, R. S.; COLAGIURI, S. Government action on diabetes prevention: time to try something new. **Med J Aust**, v. 202, n. 11, p. 578–80, jun. 2015.

KICKBUSCH, I.; GLEICHER, D. **Governance for health in the 21st century**. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2012.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, 08PY - 2010 2010.

LEATT, P.; PINK, G.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. **Healthcare Papers**, v. 1, n. 2, p. 13–35, 15 mar. 2000.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 931–943, dez. 2004.

LEVI-FAUR, D. From “Big Government” to “Big Governance”. In: LEVI-FAUR, D. (Ed.). **The Oxford handbook of governance**. Oxford: Oxford Univ. Press, 2012. p. 3–18.

LIMA, L. D. DE et al. A regionalização da saúde no Estado do Rio de Janeiro. In: GERSCHMAN, S.; SANTOS, A. M. S. P. (Eds.). **Saúde e políticas sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2016. p. 137–158.

LIMA, L. D. DE; ALBUQUERQUE, M. V. DE; SCATENA, J. H. **Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

LIMA, LUCIANA DIAS DE. **Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil: desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 Anos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

MARQUES, E. C. L. Governo, Atores Políticos e Governança em Políticas Urbanas no Brasil em São Paulo: conceitos para uma agenda de pesquisa futura. In: MENICUCCI, T. M. G.; LEANDRO GONTIJO, J. G.; GOMIDE, A. (Eds.). **Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2016. p. 71–100.

MELLO, G. A. et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1291–1310, abr. 2017a.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 38–51, set. 2018.

MENDES, E. V. A GOVERNANÇA REGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRAZIL) (Ed.). **CONASS Debate. Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde**. CONASS Debate. 1a edição ed. Brasília: CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016. p. 49–93.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011.

MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVENEY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1097–1108, abr. 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018.

MOURA, A. K. DE A. E. **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 em Saúde Pública—Recife: Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde., 2010.

OUVERNEY, A. L. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Ed.). **A saúde no Brasil em 2030. prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro: Organização e Gestão do Sistema de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3p. 143–182.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the America**. Washington, D.C: PAHO, 2011.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Linha Guia de Diabetes Mellitus**. p. 57, 2018.

PEREIRA, P. M. H. **Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na estratégia saúde da família**. Dissertação Mestrado em Saúde Pública—Recife: Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

PERES, A. M. A. M.; SANT'ANA, D. R.; RODRIGUES, P. H. DE A. O processo de desmonte da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e sua invisibilidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300315, 2020.

PIWERNETZ, K. DIABCARE Quality Network in Europe--a model for quality management in chronic diseases. **Int Clin Psychopharmacol**, v. 16 Suppl 3, p. S5-13, jul. 2001.

PREFEITURA DE NITERÓI. **Diário Oficial de Niterói**. Disponível em: <<http://www.niteroi.rj.gov.br/do.html>>. Acesso em 18/05/2021

PUFF, J. Saúde pública: **Como o RJ chegou a uma de suas piores crises no ano dos Jogos**. BBC News Brasil. 11 de janeiro de 2016. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/01/160106_crise_economica_rio_jp>. Acesso em 18/05/2021

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (ED.). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2a edição ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, 2008.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J.-L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1075–1084, abr. 2017.

ROSA, T. E. DA C. et al. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 2, p. 158–171, jun. 2009.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. DA. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, n. 0, 9 mar. 2017.

SAMB, B. et al. Chronic Diseases: Chronic Diseases and Development 4 Prevention and management of chronic disease: a litmus test for health-systems strengthening in low-income and middle-income countries. **LANCET**, v. 376, n. 9754, p. 1785–1797, 20 nov. 2010.

SANTOS, A. M. DOS; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, 2016.

SANTOS, A. M. DOS; GIOVANELLA, L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 622–631, ago. 2014.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. DE. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1671–1680, mar. 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Plano Estadual de Saúde RJ - 2012/2015**. Rio de Janeiro: [s.n.].

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Plano Estadual de Saúde RJ - 2020/2023**. Rio de Janeiro: [s.n.].

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **REALINHAMENTO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2016-2019**. Rio de Janeiro: [s.n.].

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Niterói, RJ: [s.n.].

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Niterói, RJ: [s.n.].

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Guia de referência rápida: Diabetes Mellitus**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Guia de referência rápida: Diabetes Mellitus**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2013.

SHIMIZU, H. E. et al. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1131–1140, abr. 2017.

SHORTELL, S. M. et al. Creating organized delivery systems: The barriers and facilitators. **Hospital & Health Services Administration**, v. 38, n. 4, p. 447–466, 1993.

SHORTELL, S. M.; GILLIES, R. R.; ANDERSON, D. A. The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems. **Health Affairs**, v. 13, n. 5, p. 46–64, jan. 1994.

SILVA, HUDSON PACIFICO; MOTA, PAULO HENRIQUE DOS SANTOS. Regionalização da Saúde e Integração dos Serviços: Evidências Sobre o Atual Estágio de Conformação das Regiões e Redes de Atenção à Saúde na Perspectiva dos Municípios Brasileiros. **Novos Caminhos**, Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. v. 11, 2016.

SIMMONS, D.; WENZEL, H.; ZGIBOR, J. C. Diabetes Integrated Care: Are We There Yet? In: SIMMONS, D.; WENZEL, H.; ZGIBOR, J. C. (Eds.). **Integrated Diabetes Care**. Cham: Springer International Publishing, 2017. p. 233–248.

SUTER, E. et al. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. **Healthcare Quarterly**, v. 13, n. sp, p. 16–23, 16 out. 2009.

TUOMILEHTO, J. et al. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. **New England Journal of Medicine**, v. 344, n. 18, p. 1343–1350, 3 maio 2001.

UNITED NATIONS. **Resolution 66/2. Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. In Sixty-sixth session of the United Nations General Assembly.**, 2012.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 26, n. 4, out. 2009.

VENANCIO, S. I.; ROSA, T. E. DA C.; BERSUSA, A. A. S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 113–135, mar. 2016.

VIANA, A. L. D'ÁVILA et al. Region and Networks: multidimensional and multilevel approaches to analyze the health regionalization process in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. suppl 1, p. S7–S16, 2017.

VIANA, A. L. D'ÁVILA et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791–1798, jun. 2018.

WORLD BANK (ED.). **Governance and development**. Washington, D.C: World Bank, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ED.). **Global report on diabetes**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ED.). **Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report**. Geneva: World Health Organization, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases: 2013-2020**. [s.l: s.n.].

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTAS

Roteiro para a Entrevista com Gestores municipais e estadual

Identificação

1. Nome ou Código Identificador:
2. Instituição ao qual é vinculado:
3. Vínculo Empregatício:
4. Profissão:
5. Escolaridade/Formação acadêmica:
6. Cargo ou Função:

Aspectos relacionados governança regional das redes de atenção às pessoas com DM

7. A organização da atenção às pessoas com DM tem sido priorizada na região? De que forma?
8. Quais as principais políticas (normas, diretrizes, programas e ações) que informam a organização da atenção de saúde às pessoas com DM na região?

Coordenação regional

9. Quais atores (pessoas, grupos, organizações/instituições) participam da formulação, implantação e controle dessas políticas na região?
10. Há outros setores diferentes da saúde envolvidos no processo de formulação, implantação e controle dessas políticas? Explique
11. Como ocorre a interação/relacionamento entre esses atores no processo de formulação, implantação e controle dessas políticas?
12. Quais fatores contribuem para o processo de formulação e implantação dessas políticas? Quais são seus principais apoios e resistências na região?
13. Quais os principais espaços decisórios relacionados à organização da atenção às pessoas com DM na região? A CIR tem sido um espaço relevante?
14. Há envolvimento da população nesse processo? Como se dá a participação social?
15. Quais instrumentos (meios) de gestão podem ser destacados para a organização da atenção às pessoas com DM na região?
16. Quais instrumentos (meios) de articulação política (intersetoriais) podem ser destacados para a organização da atenção às pessoas com DM na região?
17. Como o senhor(a) considera o financiamento para a atenção às pessoas com DM? Explique.

Integração de ações e serviços

18. Qual o destaque ou importância da Atenção primária à saúde na organização da atenção

das pessoas com DM?

19. Há fluxos assistenciais e de regulação definidos para a atenção das pessoas com DM? Estão disponíveis para consulta?

20. Há alguma forma de integração das equipes da APS e de outros níveis assistenciais? Explique

21. Como se dá a informação e a comunicação entre as unidades envolvidas na atenção às pessoas com DM?

22. Há programa de capacitação, qualificação dos profissionais envolvidos com a atenção das pessoas com DM? Explique

23. Há algum sistema de informação ou outras tecnologias para informação e comunicação assistencial? Explique

24. Há unidades/serviços em acreditação? Quais?

25. Explique como ocorre o processo de auditoria na região.

26. Existe serviços de ouvidorias nas unidades envolvidas com a atenção das pessoas com DM? Quais as principais queixas? Quais as principais respostas?

27. O(A) senhor(a) gostaria de fazer algum comentário sobre o assunto abordado?

Roteiro para a Entrevista com Representante de grupos ou associações de pessoas com DM

Identificação

1. Nome ou Código Identificador:

2. Associação/grupo ao qual é vinculado:

3. Escolaridade/Formação acadêmica:

4. Função:

Aspectos relacionados governança regional das redes de atenção às pessoas com DM

5. Explique a atuação desse grupo ou associação de pessoas com DM.

6. A organização da atenção às pessoas com DM tem sido priorizada na região? De que forma?

7. Quais atores (pessoas, grupos, organizações/instituições) participam da organização da atenção às pessoas com DM na região?

8. Como ocorre a interação/relacionamento entre esses atores na organização da atenção às pessoas com DM?

9. Como se dá sua participação enquanto membro da Associação/grupo de pessoas com DM?

10. Há outros setores diferentes da saúde envolvidos na atenção às pessoas com DM? Explique

11. Quais os principais espaços decisórios relacionados à organização da atenção às pessoas

com DM na região?

12. Como se dá a informação e a comunicação entre as unidades/organizações envolvidas na atenção às pessoas com DM?

13. Quais as principais dificuldades relacionadas à atenção das pessoas com DM na região?

14. Quais mecanismos utilizados para reivindicar ou para melhorar a atenção às pessoas com DM?

15. Quais pontos positivos você destaca na atenção das pessoas com DM na região?

16. O(A) senhor(a) gostaria de fazer algum comentário sobre o assunto abordado?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante gestor(a),

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa Governança regional das redes de atenção às pessoas com diabetes: atores, estratégias e instrumentos de coordenação e integração regional, desenvolvida por Aline de Carvalho Amand Pilar, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Luciana Dias de Lima.

O objetivo central do estudo é analisar a governança regional das redes de atenção às pessoas com *Diabetes Mellitus* em duas regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) para responder às questões dessa pesquisa por coordenar ou gerenciar ações e serviços de saúde que compõe a temática desse estudo ou porque o(a) senhor(a) exerce função, no âmbito da Secretaria Estadual e/ou Municipal de Saúde, relacionado à gestão de redes de atenção à saúde. Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Não há qualquer penalização caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas abertas de um roteiro de entrevista semiestruturada à pesquisadora do projeto. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

As entrevistas serão gravadas, transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Optou-se pela gravação da

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

entrevista e transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, o(a) senhor(a) pode solicitar à pesquisadora que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução no. 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir na análise política, administrativa e organizacional no nível local, municipal ou estadual para a governança regional das redes de atenção às pessoas com DM. Permitirá, ainda, identificar as relações intergovernamentais e interinstitucionais para desenvolvimento das redes de saúde que conformam essa atenção.

Toda pesquisa envolve riscos potenciais aos participantes. Nessa pesquisa os possíveis riscos são a identificação não intencional ou indireta do entrevistado, em razão do cargo público ocupado, pois serão entrevistados informantes-chave relacionados à gestão local, municipal e/ou estadual.

Contudo, serão realizadas medidas para que os riscos descritos sejam minimizados ou que não ocorram, como: informações coletadas serão analisados em conjunto com outras fontes de pesquisa, citações diretas das falas, que permitam sua identificação, serão evitadas; os resultados da análise são de responsabilidade da pesquisadora.

Assim sendo, solicitamos a autorização do entrevistado para identificação da fala através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assinale a(s) opção(ões) abaixo que considerar pertinente(s), relacionada(s) à autorização das condições de uso do seu depoimento para fins de pesquisa científica.

- () Autorizo que minha função institucional conste em uma listagem geral de entrevistados.
() Autorizo que minha função institucional seja vinculada às informações por mim fornecidas.

Caso haja algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, o senhor(a) terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os resultados serão divulgados na tese. Pretende-se publicar artigo científico em revista especializada em Saúde Pública e/ou participar de evento científico. A pesquisadora coloca-se à disposição do(a) participante, bem como da instituição por ele(a) representada para divulgar os resultados após conclusão da tese.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Este Termo será redigido em duas vias, sendo uma das vias fornecida para o entrevistado(a) e outra para a pesquisadora.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel/Fax: (0XX) 21- 25982863, e-mail: cep@ensp.fiocruz.br.

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo, Mangunhos, Rio de Janeiro/RJ - CEP: 21041-210. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Aline de Carvalho Amand Pilar – (pesquisadora do campo)

Doutoranda em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ

Tel: (21) 9 9658-9992 e-mail: aline.pilar@posgrad.ensp.fiocruz.br ou
line.amand@gmail.com

Rio de Janeiro, ___/___/_____

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do(a) participante da pesquisa)

Nome do participante: _____

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa Governança regional das redes de atenção às pessoas com diabetes: atores, estratégias e instrumentos de coordenação e integração regional, desenvolvida por Aline de Carvalho Amand Pilar, discente de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Luciana Dias de Lima.

O objetivo central do estudo é analisar a governança regional das redes de atenção às pessoas com *Diabetes Mellitus* em duas regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Você foi selecionado(a) para responder por representar associação ou grupo de pessoas com diabetes, reconhecida em âmbito municipal, regional ou estadual. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas abertas de um roteiro de entrevista semiestruturada à pesquisadora do projeto. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

As entrevistas serão gravadas, transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Optou-se pela gravação da entrevista e transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar à pesquisadora que interrompa a gravação a qualquer momento durante a

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

realização da entrevista. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução no. 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir na análise das relações entre governo, associações, grupos da sociedade etc. no desenvolvimento das redes de saúde que conformam essa atenção.

Toda pesquisa envolve riscos potenciais aos participantes. Nessa pesquisa os possíveis riscos são de constrangimento durante a entrevista e risco de identificação não intencional do entrevistado, uma vez que serão entrevistados informantes em associação ou grupo de pessoas com diabetes reconhecidos.

Contudo, serão realizadas medidas para que os riscos descritos sejam minimizados ou que não ocorram, como: acolhimento na entrevista, as informações coletadas serão analisados em conjunto com outras fontes de pesquisa, citações diretas das falas, que permitam sua identificação, serão evitadas; os resultados da análise são de responsabilidade da pesquisadora.

Assim sendo, solicitamos a autorização do entrevistado para identificação da fala através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Caso haja algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, o senhor(a) terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os resultados serão divulgados na tese. Pretende-se publicar artigo científico em revista especializada em Saúde Pública e/ou participar de evento científico. A pesquisadora coloca-se à disposição do(a) participante, bem como da instituição por ele(a) representada para divulgar os resultados após conclusão da tese.

Este Termo será redigido em duas vias, sendo uma das vias fornecida para o entrevistado(a) e outra para a pesquisadora. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Tel/Fax: (0XX) 21- 25982863, e-mail: cep@ensp.fiocruz.br.

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo, Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ - CEP: 21041-210. Disponível em: <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Aline de Carvalho Amand Pilar – (pesquisadora do campo)

Doutoranda em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ

Tel: (21) 9 9658-9992 e-mail: aline.pilar@posgrad.enasp.fiocruz.br ou
line.amand@gmail.com

Rio de Janeiro, ___/___/_____

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do(a) participante da pesquisa)

Nome do participante: _____

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____