



REGIONALIZAÇÃO SE FAZ REGIONALIZANDO

Fortalecimento dos processos de governança,
organização e integração da rede de atenção à saúde

Ministério da Saúde
Hospital Alemão Oswaldo Cruz
CONASEMS



REGIONALIZAÇÃO SE FAZ REGIONALIZANDO

Fortalecimento dos processos de governança,
organização e integração da rede de atenção à saúde

2020 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://bvsms.saude.gov.br>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://editora.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2020 – 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria Executiva
Departamento de Gestão
Interfederativa e Participativa
Esplanada dos Ministérios,
Bloco G, 3º andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-3604
Site: <http://www.saude.gov.br>
E-mail: dgip@saude.gov.br

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC)

Rua João Julião, 331, Bela Vista
CEP: 01327-001 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3549-1000
Site: www.haoc.com.br

CONASEMS

Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
Anexo B, sala 144
Zona Cívico-Administrativo
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3022-8900
Site: www.conasems.org.br

Organização:

Adriana Nunes – MS
Ana Paula Lopes – MS
Andreza Tonasso Galli – HAOC
Grégory dos Passos Carvalho – CGAT/MS
Lissandra Andion de Oliveira – HAOC
Paula Campos – HAOC
Paula Etlinger – HAOC
Rodrigo Lacerda – CONASEMS
Samara Kielmann – HAOC

Elaboração:

Anderson Torreão
Daniele Marie Guerra
Rubens Griep
Lara Paixão
Mariana Fonseca Paes
Samara Kielmann

Revisão técnica:

Andrezza Tonasso Galli
Lissandra Andion de Oliveira
Paula Campos
Paula Etlinger
Samara Kielmann

Normalização:

Isabella Maria Silva Barbosa – Editora MS/CGDI

Capa, projeto gráfico e diagramação:

Laura Camilo - L7 Design
Impresso no Brasil / Printed in Brazil – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Regionalização se faz regionalizando: fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde / Ministério da Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

207 p.

ISBN: 978-85-334-2856-0

1. Serviços em saúde. 2. Planejamento em saúde. 3. Atenção Básica à saúde. I. Título. II. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. III. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

CDU 614.2

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0344

Título para indexação:

Regionalization is done by Regionalizing. Strengthening the governance, organization and integration processes of the health care network.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Macrorregiões de Saúde participantes do Projeto
Figura 02	Matriz de importância X Urgência
Figura 03	Matriz de priorização “Esforço” e “Impacto”
Figura 04	Fórmula para cálculo do IPSaúde
Figura 05	Ex. da utilização de símbolos no fluxograma analisador
Figura 06	Formação da estratégia como um processo racional
Figura 07	Formação da estratégia como um processo negociado
Figura 08	Funções de governança e gestão, 2014
Figura 09	Instâncias implicadas com o processo de governança no âmbito macrorregional
Figura 10	Ciclo de Planejamento Integrado no SUS
Figura 11	Estrutura institucional e decisória do SUS
Figura 12	Dimensões da Regulação
Figura 13	Representação do processo de Educação Permanente desenvolvido entre as equipes de trabalho do projeto
Figura 14	Macrorregião de Saúde I – Rondônia
Figura 15	Mapa ampliado da Macrorregião de Saúde I – Rondônia
Figura 16	Macrorregião de Saúde Cariri – Ceará
Figura 17	Mapa ampliado da Macrorregião de Saúde Cariri - Ceará
Figura 18	Macrorregião de Saúde PEBA – Pernambuco e Bahia
Figura 19	Mapa ampliado da Macrorregião de Saúde PEBA – Pernambuco e Bahia
Figura 20	Macrorregião de Saúde Sudoeste - Goiás
Figura 21	Mapa ampliado da Macrorregião de Saúde Sudoeste - Goiás
Figura 22	Macrorregião de Saúde Sul – Minas Gerais
Figura 23	Mapa ampliado da Macrorregião de Saúde Sul – Minas Gerais
Figura 24	Macrorregião de Saúde Metropolitana – Rio Grande do Sul
Figura 25	Macrorregião de Saúde Metropolitana – Rio Grande do Sul
Figura 26	Imagens recortadas da análise situacional de saúde do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião 1 de Rondônia, 2020
Figura 27	Imagens recortadas da análise situacional de saúde do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião do Cariri/CE, 2020
Figura 28	Imagens recortadas da Análise Situacional de Saúde do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião PEBA, 2020
Figura 29	Imagens recortadas da Análise Situacional de Saúde do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sudoeste/GO, 2020
Figura 30	Imagens recortadas da Análise Situacional de Saúde do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sul/MG, 2020

Figura 31	Imagens recortadas da Análise Situacional de Saúde do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Metropolitana/RS, 2020
Figura 32	Imagens recortadas da análise situacional da capacidade instalada da RAS presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião I/RO, 2020
Figura 33	Imagens recortadas da análise situacional da capacidade instalada da RAS presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião do Cariri/CE, 2020
Figura 34	Imagens recortadas da análise situacional da capacidade instalada da RAS presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião PEBA, 2020
Figura 35	Imagens recortadas da análise situacional da capacidade instalada da RAS presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sudoeste/GO, 2020
Figura 36	Imagens recortadas da análise situacional da capacidade instalada da RAS presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sul/MG, 2020
Figura 37	Imagens recortadas da análise situacional da capacidade instalada da RAS presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Metropolitana/RS, 2020
Figura 38	Imagens recortadas da análise situacional da capacidade de apoio logístico, governança e gestão presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião I/RO, 2020
Figura 39	Imagens recortadas da análise situacional da capacidade de apoio logístico, governança e gestão presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião PEBA, 2020
Figura 40	Imagens recortadas da análise situacional da capacidade de apoio logístico, governança e gestão presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sudoeste/GO, 2020
Figura 41	Imagens recortadas da análise situacional da capacidade de apoio logístico, governança e gestão presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Metropolitana/RS, 2020
Figura 42	Imagens representativas dos itinerários terapêuticos idealizados, recortadas do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião I/RO, 2020
Figura 43	Imagens representativas dos itinerários terapêuticos idealizados, recortadas do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião do Cariri/CE, 2020
Figura 44	Imagens representativas dos itinerários terapêuticos idealizados, recortadas do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião PEBA, 2020
Figura 45	Imagens representativas dos itinerários terapêuticos idealizados, recortadas do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sul/MG, 2020
Figura 46	Imagens representativas dos itinerários terapêuticos idealizados, recortadas do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sudoeste/GO, 2020
Figura 47	Itinerário Terapêutico para Covid-19
Figura 48	Itinerário Terapêutico para HAS no contexto da Covid-19

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Pontuação para priorização com a técnica da matriz GUT
Quadro 02	Componentes da técnica Hanlon
Quadro 03	Matriz para priorização de problemas método CENDES-OPS
Quadro 04	Pontuação <i>Ranking</i> de projetos
Quadro 05	Modelo de balanceamento de projetos
Quadro 06	Funções, elementos constituintes e instância envolvidas na governança da RAS
Quadro 07	Síntese das oficinas de Alinhamento Conceitual, 2019-2020
Quadro 08	Proposta de Oficinas Macrorregionais
Quadro 09	Proposta de Oficinas Macrorregionais no contexto da pandemia da Covid-19
Quadro 10	Síntese Oficinas da Macrorregião I de Rondônia
Quadro 11	Síntese Oficinas da Macrorregião Cariri do Ceará
Quadro 12	Síntese Oficinas da Macrorregião PEBA de Pernambuco e Bahia
Quadro 13	Síntese Oficinas da Macrorregião Sudoeste de Goiás
Quadro 14	Síntese Oficinas da Macrorregião Sul de Minas Gerais
Quadro 15	Síntese Oficinas da Macrorregião Metropolitana do Rio Grande do Sul
Quadro 16	Caracterização da identificação do espaço macrorregional
Quadro 17	Macroproblemas priorizados nas macrorregiões
Quadro 18	Macroproblemas e objetivos estratégicos das macrorregiões
Quadro 19	Roteiro de informações para Análise Situacional de Saúde
Quadro 20	Roteiro de informações para Análise da Rede Assistencial - atenção primária e atenção especializada
Quadro 21	Roteiro de informações para Análise da Rede Assistencial - atenção hospitalar e sistema de apoio diagnóstico e terapêutico
Quadro 22	Matriz de Desenho da RAS
Quadro 23	Matriz de Gestão, Planejamento e Governança
Quadro 24	Matriz de Desenho da RAS com foco na Covid-19
Quadro 25	Matriz de Gestão, Planejamento e Governança com foco na Covid-19
Quadro 26	Instrumento para Diagnóstico Municipal/Macrorregional - Covid-19
Quadro 27	Matriz de Desenho da RAS para HAS com foco na Covid-19
Quadro 28	Matriz de Gestão, Planejamento e Governança para HAS com foco na Covid-19

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AB	Atenção Básica
ABP	Aprendizado Baseado em Problemas
ADS	Área Descentralizada da Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
ASIS	Análise de Situação de Saúde
BA	Bahia
C.F	Constituição Federal
CE	Ceará
CEGRAS	Comitê Executivo de Gestão da RAS
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGR	Colegiado Gestor Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNS	Cartão Nacional do SUS
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
COVID 19	Doença do coronavírus
CRIE	Comissão de Cogestão da Região Interestadual de Saúde
CRIL	Central de Regulação Interestadual de Leitos
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DERES	Departamentos Regionais de Saúde
DGIP	Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa

EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EVIPnet	Rede para Políticas Informadas por Evidências
GIH	Guia de Internação Hospitalar
GO	Goiás
GT-TRI	Grupo Técnico Tripartite
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MAC	Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleo de Apoio à saúde da Família
NBR	Norma Brasileira
NEMS	Núcleo Estadual do Ministério da Saúde
NOAS 01/02	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PCEP	Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor Regional
PE	Pernambuco
PEBA	Pernambuco-Bahia
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PGASS	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNR	Política Nacional de Regulação
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PQAVS	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
PRI	Planejamento Regional Integrado
PROADI SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção à Urgência
RC	Rede Cegonha
RO	Rondônia
RS	Rio Grande do Sul
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SEINF	Seções de Apoio Institucional e Articulação Federativa
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
S-RES	Sistema essencial de Registro Eletrônico em Saúde
SUDESC	Superintendência da Gestão Descentralizada de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO



APRESENTAÇÃO

Este documento é fruto de uma parceria estratégica e fundamental entre o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria Executiva no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

O projeto **“Fortalecimento dos processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde”** teve como finalidade principal o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio do aperfeiçoamento do protagonismo municipal nos processos de governança, organização e integração da RAS, num processo cooperativo de fortalecimento do Planejamento Regional.

Este livro apresenta o processo de construção da temática acima, de seis macrorregiões do Brasil, ao longo de um ano e meio, escolhidas sob a diretriz de que deveriam refletir a diversidade de organização e necessidades de saúde do país. São elas: Macrorregião de Saúde Sudoeste – Goiás; Macrorregião de Saúde Porto Velho – Rondônia; Macrorregião de Saúde Cariri – Ceará; Macrorregião Interestadual de Saúde – Pernambuco/Bahia; Macrorregião de Saúde Sul – Minas; e Macrorregião de Saúde Metropolitana – Rio Grande do Sul.

As escolhas metodológicas do projeto priorizaram estabelecer frequente diálogo entre as práticas de gestão do SUS e o processo de regionalização, inclusive em seu âmbito teórico. O Documento Síntese aqui apresentado, mais do que se consubstanciar num produto, pretende sistematizar um legado do projeto que nos fala sobre a importância inequívoca do protagonismo dos atores locais, especialmente gestores e técnicos dos municípios, na efetivação de qualquer concepção metodológica que se proponha a construir avanços na regionalização. Ademais, reafirma, como será possível ao leitor perceber a partir da narrativa dos autores, a valorização do planejamento ascendente na legitimação do processo e de seus resultados.

Os aprendizados foram muitos, e sem sombra de dúvida poderão auxiliar gestores estaduais e municipais na construção e consolidação de novos (e antigos) processos de regionalização pelo Brasil.

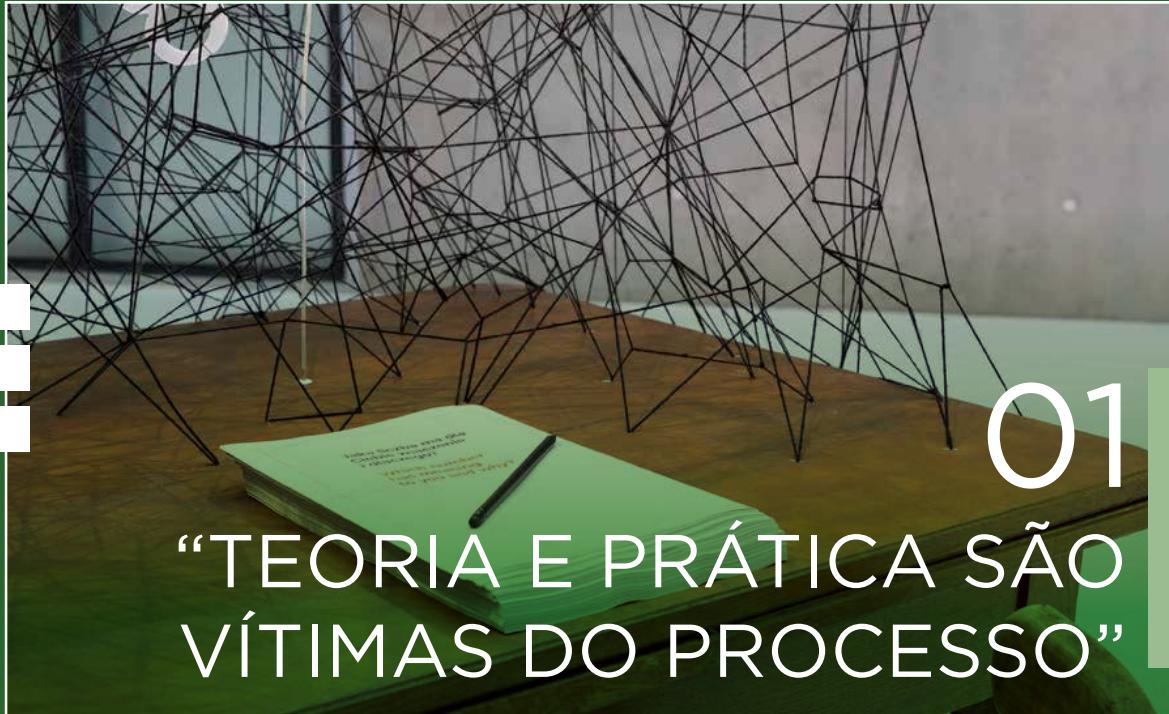
O Grupo Executivo (GE), composto pelo Ministério da Saúde, CONASEMS e HAOC, espera que as experiências aqui narradas possam efetivamente guiar Estados e municípios na busca pelo fortalecimento do SUS, proporcionando melhoria do acesso à saúde em tempo oportuno, e qualidade da assistência e do cuidado ao usuário do sistema.

GRUPO EXECUTIVO – PROADI/SUS

Ministério da Saúde

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS

Hospital Alemão Oswaldo Cruz – HAOC



01

“TEORIA E PRÁTICA SÃO VÍTIMAS DO PROCESSO”

The questionnaire makes one reflect on one's relationship with numbers

Image Credit: Sonia Szelag, Courtesy of Chiharu Shiota

“
Mas o que salva a humanidade
É que não há quem cure a curiosidade
Mas o que salva a humanidade
É que não há quem cure a curiosidade
A curi, a curi...
A curiosidade
Que inventou, inventou
A humanidade ”

*Salva a Humanidade
Tom Zé (2014)*

FUNDAMENTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DO PROJETO

Embora seja notório o avanço alcançado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no decorrer dos últimos 30 anos, torna-se cada vez mais evidente a importância em superar a fragmentação das ações e serviços de Saúde e qualificar a gestão do cuidado.

Ao longo dos 30 anos do SUS, o planejamento, as responsabilidades de cada ente da federação, a gestão e os conceitos de governança têm sido muito discutidos e apresentam uma evolução permanente. Gestão e planejamento no SUS são essenciais para sua governança, indissociáveis e singulares por suas características federativas e de participação na comunidade. Da mesma forma, universalidade, integralidade e equidade também são indissociáveis de um modelo de atenção. Em ambos os casos, um não se expressa sem a existência do outro. Para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), os princípios organizativos do SUS de descentralização e regionalização também são indissociáveis.

Nesse documento apresentamos uma síntese entre as propostas metodológicas do projeto, que visou ao **“Fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da Rede de Atenção à Saúde”** e os desdobramentos em seis macrorregiões.

As escolhas metodológicas priorizaram estabelecer frequente diálogo entre as práticas de gestão do SUS e o processo de regionalização, inclusive em seu âmbito teórico. Ao longo dos capítulos apresentamos algumas construções teóricas de um conjunto de autores, mas sem a pretensão de aprofundamento teórico-científico. Foram escolhas teóricas costuradas durante todo o período do projeto, e que também dialogam com as vivências dos próprios consultores no âmbito de suas formações e atuações profissionais.

O processo de descentralização e gestão federativa é constitucional para o setor Saúde, desde 1988, embora este princípio represente uma necessidade nacional apontada desde o início da década de 1960. A Lei Orgânica da Saúde apresenta as competências das esferas de gestão do SUS também no que se refere ao planejamento. Conforme a Lei nº 8080/1990:

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:
XVII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:
II - Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual (BRASIL, 1990).

Os avanços atingidos na implementação do SUS ao longo dos primeiros 20 anos têm sido atribuídos ao acelerado processo de descentralização prescrito pela Constituição Federal (CF) de 1988, que estabeleceu novas bases para o pacto federativo, transferindo responsabilidades e recursos da esfera federal para os Estados e municípios.

O SUS foi criado num país com heterogeneidades na extensão e diversidade dos territórios socioeconômicos, com desigualdades regionais, culturais e políticas, e diversidades nas necessidades epidemiológicas, na oferta de serviços e na disponibilidade de recursos humanos onde, conforme definido pela Constituição de 1988, cada ente federativo tem a responsabilidade de organizá-lo, de forma compartilhada, assegurando assim a integralidade da atenção à saúde (VIANA, 2009).

O federalismo brasileiro, tal como configurado pela Constituição Federal de 1988, possui a singularidade de estabelecer os municípios como entes federados dotados de competência tributária e autonomia política e administrativa. “Neste sentido, o processo de descentralização ocorrido, desde 1990, privilegiou o papel dos municípios como atores fundamentais na construção e efetivação das Políticas de Saúde” (OUVERNEY, 2005, p. 92).

A primazia da dimensão municipalista da descentralização trouxe avanços para o SUS, relacionados à responsabilização e ampliação da capacidade de gestão dos municípios, à implementação de Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, à progressiva modificação no critério de financiamento e à criação e consolidação dos colegiados intergovernamentais: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito federal, e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual (COSTA, 2001).

Por outro lado, o avanço da descentralização evidenciou a necessidade do enfrentamento de um conjunto de problemas para a garantia da integralidade da atenção à saúde. Neste sentido, destacam-se as desigualdades das condições políticas, técnicas, financeiras e de necessidade de saúde dos municípios; a fragilidade das relações estabelecidas entre estados e municípios; a competição entre os entes federados, que inviabiliza a real autonomia dos municípios na gestão dos estabelecimentos e recursos financeiros de seu território; e a fragmentação das ações e serviços de atenção à saúde, que dificulta o alcance da integralidade da assistência à saúde para a população. Faz-se necessário, então, a construção de estruturas e procedimentos de interdependência municipal, o que só é possível através de processos de territorialização dos serviços de saúde e planejamento conjunto de sua gestão e oferta, pois não se considera viável garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade em todos os municípios brasileiros (OUVERNEY, 2005).

A relação direta entre o nível federal e o municipal, e a fragilidade das relações estabelecidas entre estados e municípios, dificultou a definição de responsabilidades. A tentativa de estabelecer instrumentos para fortalecer o papel dos estados na condução política não foi suficiente para a organização de redes assistenciais organizadas nos preceitos da regionalização. Desta forma, a concentração política do processo de descentralização na esfera federal foi importante para o processo de municipalização, mas criou obstáculos para a conformação de mecanismos de coordenação federativa, com incidência sobre as relações intermunicipais, onde os estados deveriam desempenhar este papel (DOURADO; ELIAS, 2001; LEVCOVITZ et al., 2001).

Diante deste cenário, a regionalização ganhou um destaque a partir da necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e o fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde, no sentido de organizar redes assistenciais regionalizadas, que possam efetivar o cuidado integral à saúde.

A regionalização da Saúde no Brasil está prevista desde 1988 na Constituição Federal como uma estratégia de organização das ações e serviços de saúde, porém, somente em 2002, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02), passa a ser de fato implementada (VIANA et al., 2008). A NOAS define a regionalização como estratégia de organização da oferta, organizando redes e fluxos intermunicipais para a garantia da integralidade e equidade, propõe a definição dos territórios em Microrregiões, Regiões e Módulos de saúde, a elaboração do Plano Diretor Regional (PDR), a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Investimento (PDI) como ferramentas para o processo de regionalização (BRASIL, 2002).

O Pacto pela Saúde de 2006 reafirma a importância da regionalização e amplia o conceito de Região de Saúde considerando, além da oferta de serviços, já proposta pela NOAS, a existência de identidades culturais, econômicas, sociais e de uma rede de comunicação e transportes, ou seja, adequa o desenho das regiões de saúde às diversidades locais, com vistas à garantia de acesso, resolutividade e qualidade nas ações e serviços de Saúde. Além disso, propõe a organização de Colegiados de Gestão Regional (CGR) como estrutura de governança das Regiões de Saúde (BRASIL, 2006).

A regionalização da Saúde deve ser entendida como um processo de pactuação política no âmbito do planejamento territorial entre os entes federados, que devem ser solidários na utilização do território. Este processo envolve mudanças nas relações de poder e demanda a integração dos diversos atores que atuam no território, num processo de planejamento e formulação de estratégias na gestão e financiamento de uma rede de ações e serviços no território, para além da delimitação, nomeação e hierarquização de áreas (VIANA et al., 2008; VIANA; LIMA, 2001).

A construção de sistemas de saúde regionalizados de modo a conformar Redes de atenção à saúde requer o estabelecimento de parcerias entre municípios e estados, que apesar de autônomos são interdependentes (DOURADO; ELIAS, 2011). São relações de cooperação, horizontais e sem o estabelecimento de autoridade, e para isso é necessária alguma coordenação, que implica em centralização de decisões sem que se atinja a autonomia dos entes federados. Neste sentido, a regionalização é um processo que tem como objetivo solucionar o problema da ação coletiva, criando mecanismos que desestimulem a concorrência predatória entre os municípios e entre municípios e estados, que possibilitem e incentivem a solidariedade e a cooperação, em busca do interesse comum entre todos (MENICUCCI, 2008).

Para Viana e Lima (2011) os processos de implantação de sistemas baseados na descentralização, regionalização e equidade, em geral, são lentos e envolvem a cooperação e decisões conjuntas entre governos, que nem sempre possuem interesses e projetos convergentes na disputa política, e ressaltam a complexidade dos acordos, pelo grande número de entes envolvidos e pelas baixas condições institucionais de municípios e estados.

Diante de um cenário de transição epidemiológica, relacionado com o envelhecimento da população e com a tripla carga de doenças caracterizadas pela manutenção de doenças infecciosas e outras relacionadas à desnutrição e saúde reprodutiva, somado à grande inserção de doenças crônicas e causas externas, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 4279/2010, que estabelece diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde no SUS, definida como “arranjos organizativos de ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, [que] buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, s.p.).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, estabelece em seu artigo 7º que “as Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores”, definindo como Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, “delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Regulamenta, também, que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de Saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 2011, s.p.).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, estabelece a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar aos usuários o acesso aos serviços com efetividade e eficiência. O documento referente à Portaria aponta como justificativa para a organização da RAS, além da fragmentação, a dificuldade em qualificar ações no âmbito da gestão do cuidado, tendo em vista o modelo de atenção à saúde vigente. Aponta ainda que, consequentemente, a caracterização da fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas é demonstrada por:

...] (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS)” (BRASIL, 2010, s.p.).

Desta forma, para garantir o acesso e a qualidade das ações e serviços, é primordial a qualificação dos processos de governança na RAS, levando em conta os diferentes arranjos organizativos possíveis nos territórios regionais e macrorregionais.

A porta de entrada preferencial do SUS é a Atenção Básica, que deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde. A Política Nacional de Atenção Básica aponta que a atenção básica deve atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral e articular as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos

para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros (BRASIL, 2011).

Neste sentido, é preciso que a atenção básica seja a base do sistema, dado que é a modalidade de gestão com mais capilaridade; seja resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas, articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo; seja coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, na medida em que reconhece as necessidades da população e pode articular com os outros pontos de atenção da RAS (BRASIL, 2011).

Nesta rede que, de acordo com Castells (2005), é um sistema de nós interligados, formada por diversas estruturas em entram e saem, de acordo com as mudanças necessárias, estando sempre em movimento, permitindo uma organização complementar. Nesse sentido, a rede está sempre em movimento, possibilita que as estruturas se organizem de forma complementar, em consonância com o que o O Ministério da Saúde (2010, s.p.) postula ao colocar que “todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam”.

Faz-se necessário que, neste cenário de complexidade, os gestores tenham ferramentas para organizar as ações e serviços de saúde visando a garantia do acesso universal, integral e equânime. Nesta mesma direção, o Ministério da Saúde, através da Portaria de Consolidação nº 3/2017, coloca-nos que, para assegurar a resolutividade na RAS, é fundamental considerar: Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos. Também menciona que o trabalho em rede, além da organização com a sociedade civil, “exige que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios”, buscando a garantia da sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017, s.p.).



Apesar das ferramentas de gestão disponíveis para o planejamento em saúde, a organização dos serviços muitas vezes não pressupõe o trabalho em rede, resultando em sobrecarga do sistema, tanto no que tange à infraestrutura dos serviços quanto ao desempenho dos profissionais de saúde. A ausência de planejamento e de espaços de discussão que considerem as singularidades das Regiões de Saúde para a realização de ações otimizadas faz com que os recursos disponíveis sejam subutilizados, tendo como fim resultados assistenciais que não condizem com as expectativas das Políticas de Saúde vigentes.

Como reflexo da necessidade de fortalecimento da RAS, a Resolução da CIT nº 37 de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização de Macrorregiões de Saúde orienta, dentre outros, que:

O espaço regional ampliado que garanta a resolubilidade da RAS será denominado de macrorregião de saúde e deve ser instituído pelas CIB no processo de Planejamento Regional Integrado integrado, coordenado pelos estados em articulação com os municípios e a participação da União, tendo como base a configuração das Regiões de Saúde existentes [...] (BRASIL, 2018, s.p.).

A Macrorregião de Saúde corresponde ao espaço regional ampliado, composto por uma ou mais Regiões/Comissão Intergestores Regional (CIR), e seus respectivos municípios. Deve ser organizada no sentido de garantir uma maior governança da RAS e ser de fato uma base do planejamento e orçamentação ascendente. Deve incorporar mecanismos que facilitem a governança partilhada nesta região. É dimensionada a partir de uma rede regionalizada que comporte uma capacidade de resolução mais ampla possível na Média e Alta Complexidade, em que se possa garantir acesso, com economia de escala, regulação e logística adequada. A macrorregião deve ser a base do PRI. Cada CIB deve refletir sobre sua dimensão a partir do trabalho apresentado pelo Ministério da Saúde como sugestão inicial (BRASIL, 2017; CONASEMS, 2019).

A Deliberação CIT nº 37/18 ainda propõe o Comitê Executivo de Governança da RAS:

[...] de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB deverá ser instituído na macrorregião de saúde, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS e fornecerá subsídios para a tomada de decisão na macrorregião bem como contribuirá para a efetivação dos acordos pactuados nas CIB e CIR, conforme a Resolução CIT nº 23/2017 (BRASIL, 2018, s.p.).

A região amazônica possui características específicas que dificultam uma hegemonia com o processo e regionalização do SUS, e deve buscar uma maior reflexão na busca de alternativas que considerem as enormes dificuldades de logística, em especial a de transporte de pacientes, garantindo o direito à saúde das populações isoladas, não apenas por uma Atenção Básica diferenciada, mas também por uma estrutura que minimize os desafios da logística da RAS (CONASEMS, 2019).

Da mesma forma, as regiões interestaduais têm urgência a serem consideradas e formalizadas, de forma diferenciada, pela gestão do SUS. Em alguns casos, a região de referência no

Estado pode significar muitos dias a mais de trajeto para o usuário que a utilização de referência em outro Estado. A região de fronteira nacional, igualmente, tem gerado preocupação dos gestores municipais, que reportam o isolamento do município no apoio a populações estrangeiras, que em geral buscam serviços de Saúde (CONASEMS, 2019).

Os sistemas integrados modelados em rede promovem melhorias na qualidade clínica e nos resultados sanitários, reduzem custos do sistema e ampliam a responsabilidade sanitária de profissionais/serviços, gerando maior satisfação aos usuários do sistema. Um dos desafios da implantação da RAS é que, ao mesmo tempo, é preciso qualificar a atenção primária para o exercício do atributo de coordenação do cuidado, e também organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a atenção primária e forneça aos usuários do SUS uma resposta adequada. Tudo isso planejado a partir de um correto diagnóstico de necessidades em saúde que considere a diversidade e a extensão do território brasileiro (MERHY, 1997; MENDES; 2009).

Para tanto, e reforçando que a necessidade de planejamento nas regiões é um tema atual e urgente, é imprescindível formar e ou fortalecer os comitês de governança da RAS, instrumentalizar os profissionais de saúde que fazem parte desta rede, oferecendo a eles a possibilidade de reflexão sobre suas práticas e aproveitando o exercício dos encontros de discussão para a produção de propostas de intervenções, com soluções factíveis para os entraves da atenção à saúde, baseando-se nas legislações vigentes e nas diretrizes do planejamento ascendente, o que possibilitará o fortalecimento da RAS a partir da compreensão de território e dos diferentes modos possíveis de produzir cuidado em Saúde.

O avanço do processo de regionalização tende a interferir de forma positiva no acesso à saúde, pois permite observar o modo como os determinantes sociais se comportam no território e projetar necessidades de organização dos serviços de forma ampla; estabelecer portas de entrada e hierarquia tecnológica com base em parâmetros de necessidade; otimizar os recursos humanos e tecnológicos da região, garantindo assim a resolutividade na atenção e a disponibilização de recursos sociais e políticos que incentivem o compartilhamento de responsabilidades entre os governos nos sistemas de saúde (LIMA et al., 2012).

Conforme apontado por Guerra (2015, 2019), alguns desafios ainda precisam ser superados para a consolidação do processo de regionalização no SUS:

- Superação da fragmentação do cuidado nos territórios regionais e macrorregionais: Atualmente encontramos pontos de atenção desconectados, inclusive dentro do território municipal. Para isso, podemos contar com mecanismos de integração de rede ligados à gestão, como Grupos Condutores, Fóruns de Prestadores, Comissões Interestaduais e Comitê de Governança das RAS, entre outros; e dispositivos relacionados com a continuidade do cuidado compartilhado, como matriciamento, Educação Permanente, telessaúde, prontuário eletrônico e regulação, considerando as especificidades de cada território;
- Multiplicidade dos atores atuando na região: Estabelecimentos de Saúde, Organizações Sociais de Saúde, Consórcios, trabalhadores e população, entre outros que atuam na dinâmica regional. Neste sentido, o grande desafio é encontrar arranjos que possam incluir todos os atores que “governam as RAS” na governança assistencial, sem interferir na autonomia da gestão, como construção local;

- Disparidade de poder no cenário regional: Fortalecimento do protagonismo dos municípios, independentemente do porte, nas decisões em ambiente regional, onde as relações de poder são ainda muito desiguais;
- Contratualização dos prestadores na gestão regional: Fortalecimento do gestor municipal/estadual (modelo) e implementação da discussão regional na definição da oferta e planejamento das ações compartilhadas;
- Enfrentar a disputa do público-privado na RAS: Desafio de não transferir a responsabilidade da gestão do sistema para instituições privadas, OSS (Organizações Sociais de Saúde) e Consórcios;
- Fortalecimento e integração dos processos regulatórios;
- Efetivação das Secretarias Estaduais de Saúde como coordenadoras e articuladoras do Sistema Estadual de Saúde: Superação da fragmentação da assistência, que gera dificuldades na efetivação do cuidado integral. Destaca-se o papel das instâncias regionais da SES no poder decisório, como indutora do processo de regionalização nas macrorregiões;
- Atuação dos Núcleos Regionais do MS, que podem potencializar o processo de pactuação macrorregional;
- Inclusão da Saúde Suplementar e sua relação com o SUS na provisão e continuidade do cuidado;
- Fortalecimento dos instrumentos de gestão interfederativa: Planejamento Regional e/ou Macrorregional Integrado, de modo a construir uma responsabilidade sanitária de forma sistêmica, gerando subsídios para pactuações e investimentos;
- Diálogo com a Sociedade, em busca da participação social, para além do controle, e que possa estar inserida em todo o ciclo de planejamento do SUS;
- Articulação com os órgãos de controle, na compreensão da regionalização como um processo em construção permanente, minimizando os efeitos da judicialização;
- Ampliação da discussão da regionalização com prefeitos, parlamentares, e com a sociedade, para que a regionalização ganhe “força política” e possa gerar os efeitos necessários para a integralidade do cuidado; e
- Alinhamento com políticas de desenvolvimento econômico e risco social; alinhamento com o desenvolvimento regional (mobilidade, meio ambiente, urbanização).

Considerando todo esse complexo contexto acerca dos processos de regionalização da Saúde no SUS e da necessidade de qualificação das RAS nas Macrorregiões de Saúde, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz foi demandado pelo Ministério da Saúde e pelo CONASEMS e elaborou o projeto intitulado “Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde”, executado no âmbito do PROADI-SUS durante o triénio 2018-2020.

O referido projeto, carinhosamente conhecido como “Regionalização”, teve como finalidade principal o fortalecimento da RAS, por meio do aperfeiçoamento do protagonismo munici-

pal nos processos de governança, organização e integração da Rede de Atenção à Saúde, num processo cooperativo de fortalecimento do Planejamento Regional. Para tanto, foram concebidos os seguintes movimentos: (I) análise situacional e definição das problemáticas que refletem as condições de Saúde da Macrorregião; (II) assessoria à gestão municipal na composição dos Planejamentos Ascendentes que devem compor o Planejamento da Macrorregião; (III) participação ativa dos profissionais de Saúde como protagonistas das mudanças; e (IV) construção.

O desenvolvimento de propostas de intervenção macrorregionais e processos de monitoramento e avaliação, para provocar mudanças nas práticas de governança e modelagem de serviços, visa a fortalecer o processo de Planejamento Regional e qualificar a Rede de Atenção à Saúde nos territórios macrorregionais. O foco no planejamento ascendente como metodologia predominante impõe como dimensão essencial, desde a etapa inicial, o componente político expresso no processo de articulação, pactuação e adesão dos atores pertinentes no contexto da região, assim como nos processos de acompanhamento e avaliação das ações propostas.

Para o sucesso desses processos é reconhecida a importância da inclusão do conjunto de atores que precisam estar implicados na discussão da regionalização e consolidação da Rede de Atenção à Saúde e, tendo como etapa propositiva, a abertura de espaços de diálogo inclusivo nas instâncias e colegiados de gestão, em que se reconhecem os diferentes interesses.

A proposta desse projeto ainda coincide com a estratégia e com os esforços envidados pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde no desenvolvimento e consolidação dos dispositivos de regionalização, estruturação da Rede Integrada de Serviços e apoio à implementação e ao fortalecimento do comitê de governança da RAS, com foco em ações estruturantes para o Planejamento Regional Integrado, conforme disposto na Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, considerados como fundamentais para a superação da fragilidade do sistema e coordenação das Políticas de Saúde (BRASIL, 2018).

Objetivos



■ Objetivo Geral

Aumentar o protagonismo municipal nos processos de planejamento, governança e operação da rede de atenção à saúde, por meio de uma lógica de planejamento ascendente na elaboração de planejamento regional, em seis macrorregiões.



■ Objetivos Específicos

Assessorar os municípios que compõem cada uma das 06 Macrorregiões de saúde para a participação no planejamento regional e construção de um Documento Orientador do Planejamento Regional da RAS, na lógica do planejamento ascendente e com ênfase no protagonismo municipal nos processos de planejamento, governança e operação da rede.

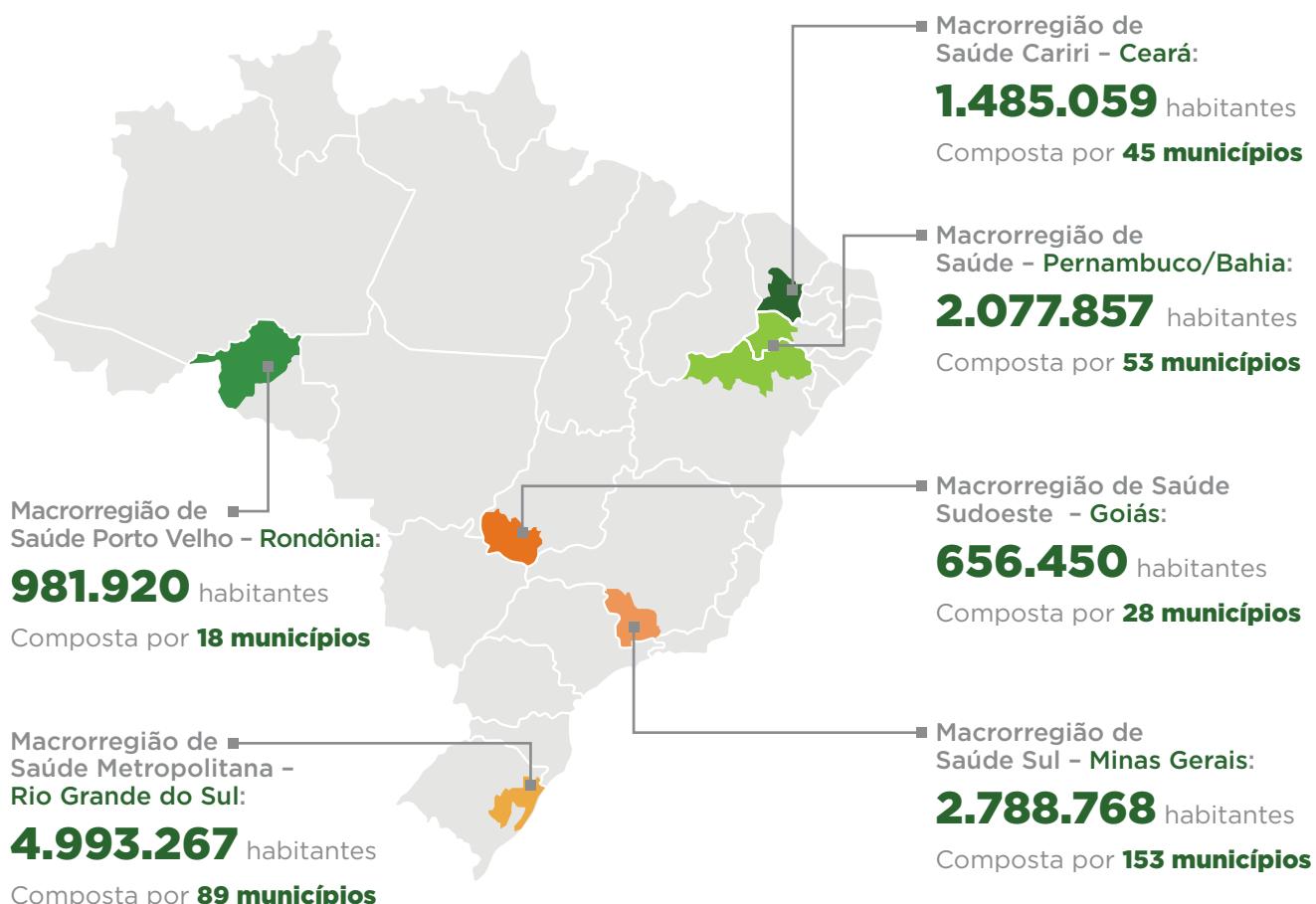
Macrorregiões contempladas no Projeto

A escolha das macrorregiões do projeto foi uma pactuação entre os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), o CONASEMS, o Ministério da Saúde e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, sob a diretriz de que as macrorregiões escolhidas deveriam refletir a diversidade de organização e necessidades de saúde do Brasil, direcionada pelos seguintes critérios: a) Ter adesão de 100% dos municípios integrantes da macro ao projeto; b) Serem macrorregiões em que o COSEMS pudesse acompanhar as atividades executadas; c) Pelo menos uma macrorregião com grande capital; d) Pelo menos uma macrorregião interestadual; e) Pelo menos uma macrorregião com predominância de Consórcios; f) Pelo menos uma macrorregião com organização mínima da RAS; e g) Pelo menos uma macrorregião nas cinco regiões do Brasil.

A Figura 01 apresenta as seis macrorregiões selecionadas para o Projeto de Fortalecimento da Gestão Municipal:

Foram selecionadas macrorregiões das cinco regiões do país: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste, sendo que o Nordeste foi contemplado com duas macrorregiões devido ao número de estados que o compõem, e pela inclusão de uma macrorregião interestadual. A seguir apresentam-se as características gerais das macrorregiões selecionadas pelo projeto.

Figura 01 | Macrorregiões de Saúde participantes do Projeto



Fonte: CGAT/DGIP/SE, DATASUS/MS e IBGE (2018). Elaboração: SEINSF/SEMS/GO (2020).

Percurso metodológico

As fases iniciais do Projeto “Regionalização” tiveram como objetivo estabelecer o perfil de competências desejado para a contratação dos assessores temáticos, responsáveis pelo apporte teórico e metodológico e, a partir destes, a contratação da equipe local, responsável pela execução do Projeto, composta por um coordenador e dois facilitadores para cada Macrorregião de Saúde, com exceção da Macrorregião Sul de Minas Gerais, considerando o número de municípios envolvidos em Minas Gerais, que demandou mais um facilitador, e da Macrorregião Interestadual PEBA, de Pernambuco e Bahia que, considerando suas particularidades, demandou a ampliação de mais dois facilitadores.

Para além das definições de arranjos estruturais, de gestão e do escopo de regiões contempladas, o projeto previu também um desenho metodológico específico. Assim, a metodologia do projeto foi dividida em três fases, a partir de Ciclos de Oficinas Macrorregionais e atividades de Educação Permanente. No entanto, em virtude da pandemia, a fase 3 foi substituída por outras atividades virtuais e por algumas ligadas ao enfrentamento da Covid-19, conforme necessidade da macrorregião. Para o desenvolvimento das atividades, um Termo de Referência foi elaborado, com a metodologia proposta, em cada fase, bem como um levantamento bibliográfico dos principais conceitos envolvidos a cada momento do projeto. As atividades foram desenvolvidas com produtos delineados, nas 2 Fases do Projeto, conforme demonstrado a seguir:

Fase I – Assessoria para participação dos municípios no Planejamento Regional Integrado e construção de um Documento Norteador do Planejamento Regional

Para a Fase I foi proposta a realização de três oficinas em cada macrorregião envolvida no projeto, como parte da assessoria aos municípios, com o propósito de promover os encontros com o grupo de trabalho composto pela equipe local, técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde (nível central e regional) e Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde. O principal resultado esperado desta fase era o fortalecimento do protagonismo municipal na construção dos Planejamentos Regionais Integrados.

Ao final desta fase foram sistematizados os documentos relativos aos produtos das equipes locais do projeto, que são os **Documentos Norteadores do Planejamento Regional** por macrorregião, contendo os produtos elaborados e as recomendações para orientar o processo de Planejamento Regional Integrado em cada macrorregião selecionada.

Fase II – Construção e disponibilização de um Documento de Referencial Metodológico do processo de Planejamento Regional

Na Fase II foi proposto que a equipe de assessores do projeto, com a colaboração permanente dos coordenadores e facilitadores locais, sistematizasse um documento de caráter crítico-reflexivo acerca das múltiplas possibilidades de adaptação metodológica identificadas em cada uma das macrorregiões, dialogando com os referenciais teóricos que embasam processos de regionalização em sistemas universais de saúde. Com isso, cada equipe local elaborou um conjunto de diretrizes reflexivas sobre os processos metodológicos vivenciados, com a respectiva análise crítica acerca das necessidades de adaptação, bem como dos fatores relevantes que justificaram e influenciaram as decisões de flexibilização metodológica em cada macrorregião.

A seguir será apresentado o detalhamento operacional previsto para as três oficinas integrantes da Fase I, bem como os conceitos sobre os quais o desenvolvimento das atividades desta fase foi ancorado.

1º oficina: Análise da situação de Saúde na Macrorregião

Produto esperado: Macroproblemas de Saúde identificados e priorizados, e objetivos estratégicos definidos para cada um dos macroproblemas de Saúde.

Conceito 1: Macroproblema de Saúde Pública numa perspectiva situacional

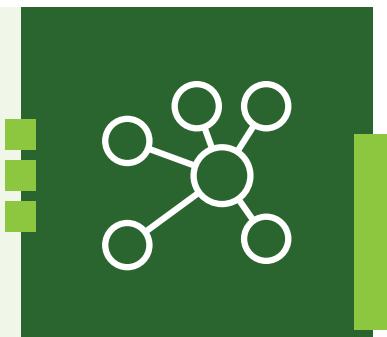
Costa e Victora (2006), em revisão rápida para o artigo publicado na Scielo, na tentativa de encontrar uma definição para o elemento “Problema de Saúde Pública”, informam que alguns textos encontrados sequer traziam uma definição clara e precisa sobre o termo, provavelmente porque não se previa o amplo uso da expressão.

O Dicionário de Epidemiologia de Last (1995), por exemplo, não inclui a expressão entre seus inúmeros termos, porém define Saúde Pública como:

[...] um dos esforços organizados pela sociedade para proteger, promover e restaurar a saúde de populações [...] é a combinação de ciências, habilidades e crenças que estão direcionadas para a manutenção e melhora dos níveis de saúde de todas as pessoas através de ações coletivas ou sociais [...] os programas, serviços e instituições envolvidas enfatizam a prevenção das doenças e as necessidades de saúde de toda a população... as atividades de saúde pública mudam de acordo com as inovações tecnológicas e dos valores sociais, mas os objetivos permanecem os mesmos: reduzir na população a quantidade de doença, de mortes prematuras, de desconforto e incapacidades produzidas pelas doenças (LAST, 1995 *apud* COSTA, VICTORIA, 2006, S.P.).

Tal definição pode ajudar na conceituação de interesse, uma vez que enfatiza os aspectos preventivos inerentes à saúde pública, assim como valoriza ações direcionadas para o controle de mortes precoces e sequelas evitáveis (COSTA; VICTORA, 2006). Os autores utilizam a visão de Leavell e Clark (1976) na definição de problema de saúde como uma

A definição do Dicionário de Epidemiologia de Last (1995), pode ajudar na conceituação de interesse, uma vez que enfatiza os aspectos preventivos inerentes à saúde pública.



expressão de sua natureza, extensão, severidade e significância, e os critérios que definiam problemas prioritários seriam o interesse da comunidade, a prevalência, a gravidade e a possibilidade de controle. Enfatizam, também, que ao se julgar sobre recomendações de rastreamento deve-se considerar a “carga de mortalidade, morbidade e sofrimento causados pela condição”, que é caracterizada pelo “impacto no indivíduo em termos de anos potenciais de vida perdidos, a extensão de incapacidade, dor e desconforto, o custo do tratamento, e o impacto na família do indivíduo; e pelo impacto na sociedade” (COSTA; VICTORA, 2006, s.p.).

Na visão de Figueiredo Filho e Muller (2002), a partir da produção de Matus (1996) o processo de planejar inicia-se com o ato de explicação da realidade, sendo que tal explicação pode ser obtida por meio de um diagnóstico ou de uma explicação situacional. O diagnóstico trata o sistema social como um problema bem estruturado, isto é, que responde a leis preestabelecidas que, uma vez explicadas ou descobertas, transformam-se na única verdadeira possível, onde um único ator enxerga e explica como aquelas leis funcionam.

Dentro dos sistemas criativos surge o chamado problema quase estruturado, fruto da assimetria de explicações que os diversos atores fazem da realidade e da interação entre eles. Trata-se da ação intencional e reflexiva, por meio da qual o autor da ação espera alcançar conscientemente determinados resultados, onde atingir um objetivo significa planejar, montar cenários e tomar decisões através do cálculo interativo, que é incerto e causa a interdependência entre as decisões dos atores concorrentes, produzindo cenários ou planos, possíveis de serem aplicados nas variadas circunstâncias que possam se apresentar.

Nessa perspectiva, considerando a diversidade de atores e interesses no contexto macrorregional, e compreendendo que os problemas que aí se apresentarão serão, em sua maioria, problemas criativos ou quase estruturados, há que se identificar a dificuldade inerente à construção de consensos sobre quais problemas se apresentam e, principalmente, quais destes têm maior potencial de gerar interesse para o coletivo de gestores da macrorregião visando o seu enfrentamento efetivo.

Os autores do projeto, resguardando-se nos princípios básicos explorados no início do presente tópico acerca da definição de problema de saúde pública, e tendo adotado a perspectiva conceitual matusiana sobre o elemento “problema”, reconhecendo a complexidade na busca por consensos para identificação e validação de problemas que gerem interesse no coletivo macrorregional, optaram pela construção do conceito-chave de **“macroproblema de saúde”**, que pode ser descrito como: problema de saúde pública, assim caracterizado por um impacto epidemiológico e/ou assistencial amplo, que gera interesse comum para seu efetivo enfrentamento num coletivo de gestores públicos, organizados numa perspectiva administrativa e sanitária macrorregional.

Conceito 2: Imagem-objeto e Objetivos estratégicos

Os sistemas de Atenção à Saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades das populações, que se expressam nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia fina entre essas necessidades e a forma como os Sistemas de Saúde se organizam para respondê-las socialmente. Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade deve haver uma coerência entre a situação de saúde, expressa, especialmente, pelas situações demográficas e epidemiológicas, e os Sistemas de Saúde.

A crise contemporânea dos Sistemas de Saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e uma resposta social que, ao não garantir a continuidade dos processos assistenciais, responde apenas às condições agudas e aos eventos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa (OPAS, 2011). Neste sentido, para que os desafios identificados na análise de situação de saúde sejam superados, no tocante às necessidades em saúde da população, é necessária a construção de estratégias para que se alcance os resultados sanitários esperados.

Há, no parágrafo anterior, alguns aspectos que precisam ser elucidados para uma melhor compreensão do que se deseja traduzir, em especial os conceitos de situação e de estratégia. Pode-se inferir, em livre interpretação do que afirma Carlos Matus (1996), que a situação (ou realidade) pode ser concebida sob duas óticas principais: objetiva ou subjetiva. Na perspectiva objetiva da realidade (que o autor chama de “diagnóstico”), há uma única verdade, os outros atores sociais não existem. Só existe aquele ator que enxerga e explica como aquelas leis funcionam e, consequentemente, como a realidade se apresenta. Assim, a realidade não influí na explicação deste único ator. Há uma separação entre quem explica e o que é explicado. Epistemologicamente falando, sujeito e objeto estão separados e o primeiro pode prever comportamentos e controlar o segundo. Este objeto planejado não pensa antes de agir; ele somente apresenta condutas previsíveis (FIGUEIREDO FILHO; MULLER, 2002).

Na perspectiva subjetiva (a qual o autor denomina de “explicação situacional”), cada ator social vê e vive a sua realidade, que não é igual à realidade de outro ator, e é necessário um diálogo referente a uma situação específica para articular as diferentes maneiras de conhecer e agir, que fala por si mesma e complementa a linguagem formal, conferindo-lhe um significado livre de equívocos. O contexto situacional complementa o texto da linguagem nas conversações, do mesmo modo como o contexto situacional complementa a explicação do texto situacional pertinente à prática da ação vital. O significado, portanto, não existe fora da situação (FIGUEIREDO FILHO; MULLER, 2002).

A subjetividade aparece quando um ator distingue o seu mundo próximo do mundo próximo do outro, como um ato prévio para explicar uma situação, e foca a sua atenção naquilo que lhe parece relevante. A referência à própria situação causa a assimetria de explicações da realidade dos diversos atores. Explicações diferentes sobre uma mesma realidade não só significam diferentes respostas para as mesmas perguntas, mas também diferentes respostas para diferentes perguntas (idem, 2002).

É nesse contexto que emerge o conceito de “imagem objeto”, que se caracteriza como sendo uma situação inserida em um tempo futuro e que marca a direção das estratégias a serem implementadas, como escolhas de caminhos pelos quais se partirá da situação inicialmente identificada como insatisfatória ou problemática (na explicação situacional), para a situação a que se quer chegar. Portanto, tal conceito sofre influência direta da perspectiva sobre a qual o ator explica a realidade, devendo tal subjetividade ser considerada para a adequada compreensão do mesmo (MATUS, 1983).

Migrando essa matriz teórica para o cenário do projeto, é possível perceber que a imagem objeto deve se refletir como o desejo consensualmente estabelecido entre os diversos atores sociais implicados e que se propõem a enfrentar macroproblemas de Saúde Pública. Corresponde a uma visão de médio ou longo prazo sobre resultados desejados, que refletem a melhoria da situação de saúde identificada.

Continuando o processo de depuração conceitual referido no início da presente seção, recorremos a Mintzberg e Quinn (2001, apud SILVA, 2003), que definem “estratégia” como uma rota, um curso de ação, conscientemente elaborado para guiar a organização através do tempo. Assim, a estratégia tem duas dimensões essenciais: a) é preparada previamente às ações para as quais se aplicam; e b) é desenvolvida consciente e deliberadamente. Nesse sentido, a estratégia deve representar a consistência no comportamento organizacional em relação às intenções previamente estabelecidas. Em seção posterior no presente termo de referência aprofundaremos as bases teóricas deste conceito.

A estratégia se consubstancia em “Objetivos Estratégicos”, que representam os desafios que a instituição deverá suplantar para conseguir implementar a sua estratégia, alcançando ou se aproximando da imagem objeto. São intenções futuras para as quais a organização direciona seus esforços e energia. Um objetivo é uma linha de ação geral, que encerra em sua redação uma mudança concreta na situação inicial. Portanto, inicia-se com um verbo, mas também deve contemplar aspectos que garantam sua eficácia, em especial: a) ser específico; b) ser motivador; c) ser atingível; d) ser flexível; e) ser mensurável; e f) ser consistente com o tempo disponível (SERTEK et al., 2007).

Para que as equipes locais pudessem operacionalizar as atividades para alcance dos produtos esperados (identificação e priorização dos macroproblemas e definição dos objetivos estratégicos) foram propostas diversas técnicas, visualizadas a seguir:

A. Técnica de *Brainstorming*, associada à visualização móvel

O *brainstorming* foi desenvolvido formalmente em 1957 por Osborn, que argumentou que este método aumenta a qualidade e a quantidade das ideias geradas pelos membros individuais de um grupo. Tendo em vista que a geração de ideias é uma parte crítica do processo de inovação, muitas organizações consideram e utilizam o *brainstorming* como método particularmente eficaz para a geração de muitas ideias criativas. Nesse sentido, este método serve de estímulo à criatividade, ou seja, possibilita o compartilhamento verbal de ideias sem que haja críticas ao longo do processo de geração das ideias. É importante ressaltar que os grupos são um elemento importante nas organizações, sendo que a compreensão sobre o que dificulta ou facilita sua criatividade e inovação é de extrema importância (BUCHELE et al., 2017).

Outrossim, a obtenção de informações advindas de um grupo institucional, além de eliminar as barreiras estruturais de uma organização, permite a participação de pessoas no processo decisório na solução de problemas. A sessão de *brainstorming*, por ser uma técnica de grupo, tem por objetivo coletar ideias de todos os participantes, sem críticas ou julgamentos. Logo, destina-se ao recolhimento de ideias e sugestões viabilizadoras de soluções para determinados problemas ou situações de trabalho improdutivo (NÓBREGA; LOPES NETO; SANTOS, 1997).

Metodologicamente, o processo de *brainstorming* segue as seguintes fases:

- Criativa – os participantes da sessão apresentam o maior número de ideias e sugestões, sem se preocupar em analisá-las ou criticá-las;
- Crítica – os participantes da sessão, individualmente, justificam e defendem suas ideias com o propósito de convencer o grupo; é a fase de filtração de ideias para a permanência das que foram mais fundamentadas e de aceitação dos envolvidos.

A sessão de *brainstorming* inicia quando o coordenador (moderador e harmonizador dos trabalhos) clarifica a sua função e a do secretário (registrador, organizador e apresentador das contribuições dos participantes), faz exposição e debate do assunto e define o objetivo a ser conquistado a partir das contribuições apresentadas ao final da reunião (idem, 1997). Após a exposição do assunto e dos objetivos, o coordenador deverá solicitar a todos os membros do grupo que registrem livremente as ideias que possam ter, sendo relevante nessa fase que não se julgue seu mérito ou viabilidade. De fato, no *brainstorming* o que importa não é responder de forma acertada ou lógica, mas de maneira espontânea e criativa. Recolhido o manancial de ideias despoletadas durante o *brainstorming*, a fase seguinte passa por uma análise e organização das mesmas para posterior reflexão crítica (COUTINHO; BOTTENTUIT JUNIOR; BATISTA; 2007).

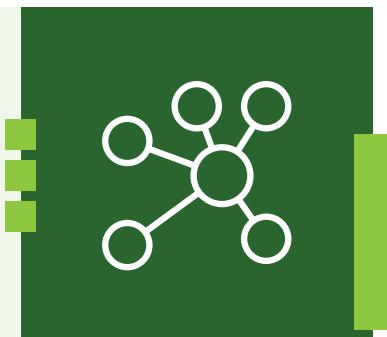
O tratamento reflexivo pode ser feito de modo livre (discussão de cada ideia identificada) ou mais sistematizado, por meio de alguma técnica acessória. A Visualização Móvel é uma técnica que utiliza de maneira eficiente os aspectos lúdicos da comunicação, usando para isso materiais que envolvam, de maneira leve, grupos de pessoas que visam a melhorar a comunicação e o entendimento entre várias formas de pensar, com a troca de experiências e informações, e assim encontrar respostas para o tema abordado em uma reunião.

A técnica une a **visualização por meios de tarjetas** de diversos formatos e tamanhos, onde são escritos ou registrados os pensamentos, as ideias e as opiniões dos participantes do grupo de discussão. A mobilidade se dá pela flexibilização na ordem de apresentação das ideias apresentadas pelos participantes, permitindo que as ideias e sugestões sejam disponibilizadas. Assim, todos podem visualizar o painel montado, apresentando a imagem construída pela participação e envolvimento de cada participante da discussão (CORDIOLI, 2001).

B. Técnicas de priorização de problemas

Priorizar significa estabelecer uma hierarquia dos problemas identificados de forma a determinar os prioritários a intervir, isto é, significa dispor os problemas de saúde de acordo com alguns critérios. Qualquer processo de seleção de prioridades reveste-se de subjetividade, que não pode ser completamente eliminada, em função de vários fatores que exercem influência nas dinâmicas de um processo de gestão, especialmente na área da Saúde. O reconhecimento da interferência da subjetividade nesses processos torna mais premente a necessidade de se pactuar técnicas sistematizadas para se obter um processo mais transparente, fundamentado e legitimado. A singularidade de cada processo de seleção de prioridades resulta, assim, da incorporação das diferentes “visões” dos vários atores envolvidos.

Priorizar significa estabelecer uma hierarquia dos problemas identificados de forma a determinar os prioritários a intervir, isto é, significa dispor os problemas de saúde de acordo com alguns critérios.



Segue a seguir a descrição de um conjunto de técnicas que podem ser usadas para priorizar problemas na área da Saúde:

B.1) Matriz Importância X Urgência

A Matriz Importância X Urgência define que cada problema deve ser avaliado de acordo com sua importância e urgência. O grau de importância atribuído a um problema refere-se ao seu nível de impacto ao grupo. Quanto mais impacto, maior a importância. Por urgência entende-se quão imediata é a necessidade de resolução do problema. A ferramenta baseia-se no Princípio de Eisenhower para gestão do tempo, que classifica as atividades conforme seu grau de urgência e importância, definindo as prioridades, conforme ilustrado na Figura 02:

Figura 02 | Matriz de Importância X Urgência



Fonte: COLLELA (2013).

Nessa perspectiva, os problemas devem ser classificados nos quadrantes seguindo os critérios:

- Quadrante 1: problemas importantes e urgentes; que estão impactando as atividades do grupo e necessitam de uma resolução imediata.
- Quadrante 2: problemas urgentes, mas não importantes; necessitam de resolução imediata, mas não impactam diretamente as atividades do grupo.
- Quadrante 3: problemas importantes, mas não urgentes. São aqueles que não requerem uma resolução imediata, mas que estão impactando as atividades.
- Quadrante 4: problemas não importantes e não urgentes; aqueles que não necessitam de uma resolução imediata e nem acrescentam valor ao grupo.

A prioridade de resolução do problema inicia-se no quadrante 1 e regride até o quadrante 4. O grupo deve entrar em consenso quanto à classificação dos problemas nos seus respectivos quadrantes. Se na dinâmica da identificação dos problemas são utilizados *post-its* ou tarjetas para relacionar os problemas, essa matriz pode ser reproduzida num quadro em dimensão maior para que a classificação esteja clara para todos.

Como principal vantagem de utilização dessa ferramenta está a facilidade de aplicação e a rápida execução, mesmo com uma quantidade elevada de problemas. Como desvantagem, destaca-se a tendência para o subjetivismo do grupo.

B.2) Matriz Esforço x Impacto

Similar à Matriz Urgência x Importância, a Matriz Esforço x Impacto analisa os problemas sob a ótica das variáveis esforço e benefício. Por esforço, entende-se o volume de trabalho necessário para que o problema seja solucionado, ou seja, quanto o grupo precisará dedicar-se nas ações corretivas. Quanto menor o esforço necessário para corrigir um problema, mais rápido poderá ser resolvido e mais cedo o grupo obterá os resultados dessa ação. Por impacto ou benefício, entende-se o ganho obtido para o grupo ou para o projeto com a resolução do problema. Quanto maior o benefício, mais resultado a resolução do problema agregará ao grupo.

A prioridade na resolução de problemas seguirá a regra de resolver primeiro o que agrupa maior valor, ou seja, o impacto é mais alto. Após a avaliação pelos benefícios, serão priorizados os problemas que demandam menor esforço (Figura 03).

Figura 03 | Matriz de priorização “Esforço” e “Impacto”



Fonte: COLLELA (2013).

Ao utilizar esta técnica, os problemas devem ser classificados nos quadrantes seguindo os critérios:

- Quadrante 1: impacto alto, esforço baixo, ou seja, problemas cuja resolução apresenta alto valor agregado para grupo e/ou projeto e não demandam muito esforço. Resolver imediatamente.
- Quadrante 2: impacto alto, esforço alto. A resolução do problema agrupa valor, porém o esforço para a resolução é alto. Recebem a segunda prioridade de resolução.
- Quadrante 3: impacto baixo, esforço baixo. Problemas de rápida resolução, porém sem grande acréscimo de valor ao grupo. Recebem a terceira prioridade de resolução.

- Quadrante 4: impacto alto, esforço alto. Problemas que demandam um alto esforço e o benefício da resolução não agrega grande valor ao grupo. Devem receber a última prioridade de resolução.

A utilização da Matriz Esforço x Impacto é indicada quando a grande maioria dos problemas a ser resolvida é de ordem técnica.

B.3) Matriz GUT

Ferramenta usada para definir prioridades, dadas as diversas alternativas de ação, respondendo racionalmente a duas questões básicas: o que se deve fazer primeiro? Por onde começar? Essa Matriz utiliza as variáveis Gravidade, Urgência e Tendência do fenômeno, que explicitamos a seguir:

- Gravidade: representa o impacto do problema analisado, caso ele venha a acontecer. É analisado sob aspectos como tarefas, pessoas, resultados, processos, organizações etc., considerando sempre seus efeitos a médio e longo prazo, caso o problema em questão não seja resolvido;
- Urgência: prazo, o tempo disponível ou necessário para resolver um determinado problema. Quanto maior a urgência, menor o tempo disponível para resolução.
- Tendência: representa o potencial de crescimento do problema; a probabilidade de se tornar maior com o passar do tempo. É a avaliação da tendência de crescimento, redução ou desaparecimento do problema.

Para cada problema levantado o grupo atribui uma nota de 1 a 5 para cada variável. A pontuação final para cada problema será o produto entre as três variáveis. O Quadro 1 mostra a definição dos critérios para a nota em cada um dos quesitos. Todos os problemas devem ser avaliados e classificados, e as notas em cada um dos quesitos devem ser um consenso entre o grupo.

Quadro 01 | Pontuação para priorização com a técnica da Matriz GUT

Pontuação	Gravidade	Urgência	Tendência (“se nada for feito...”)
5	problema extremamente sério	ação imediata	piora imediata
4	muito sério	muito urgente	haverá piora no curto prazo
3	severo	o quanto antes	haverá piora no médio prazo
2	um pouco sério	pode esperar um pouco	haverá piora no longo prazo
1	sem gravidade	sem pressa	não haverá piora

Fonte: KEPNER; TREGOE (1981).

B.4) Matriz genérica de prioridade

As ferramentas apresentadas anteriormente possuem variáveis pré-definidas que determinam a prioridade. Porém, todas partem do princípio de que a priorização de problemas é parte da percepção de valor para o grupo, isto é, os problemas a serem resolvidos primeiro devem agregar valor para o grupo e/ou para o projeto e pode significar melhoria do processo de trabalho e da qualidade das entregas.

Os grupos podem definir variáveis, valores ou critérios de priorização diferentes das apresentadas aqui, uma vez que têm autonomia para definir seus critérios de priorização, podendo este ser único, duplo ou múltiplo. Sendo único, a análise de uma variável apenas define a priorização. Como duplo, uma matriz cartesiana semelhante às “Importância x Urgência” e “Esforço x Impacto”, deve ser adotada. A partir de três critérios, a sistemática da matriz GUT pode ser atualizada (FARIAS, 2015).

B.5) Votação por distribuição de pontos

Uma maneira simples e didática de adotar a priorização dos grupos é por meio de uma distribuição por pontos. Se foram utilizados *post-its* ou tarjetas para identificar os problemas, pode-se distribui-los em um quadro e solicitar que cada membro do grupo vote naqueles que achar mais importantes. Cada membro tem o direito de distribuir uma quantidade de pontos, podendo concentrar todos em um mesmo problema ou dividir entre os que achar pertinente. Ao final, os itens mais votados são priorizados (idem, 2015).

B.6) IPSaúde

O IPSaúde é um critério objetivo que evidencia a magnitude de problemas e determinantes de saúde em situações de planejamento (BATTESINI et al., 2013). O IPSaúde foi utilizado na identificação de prioridades de saúde nas diferentes regiões administrativas do Rio Grande do Sul (RS), durante o desenvolvimento do Plano Estadual de Saúde 2009-2011. A aplicação do Índice auxiliou na identificação da magnitude relacional de problemas de saúde, com base em uma referência interna aos territórios analisados e seu emprego representou uma opção técnica na identificação de prioridades, que proporcionou uma simplificação na linguagem utilizada para expressar problemas e determinantes de Saúde. O índice tem inspiração no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), utilizando a mesma lógica na forma de cálculo de seus índices de dimensão (Figura 04).

Figura 04 | Fórmula para cálculo do IPSaúde

$$IP\text{ Saúde} = \frac{\text{Valor Observado} - \text{Valor Mínimo}}{\text{Valor Máximo} - \text{Valor Mínimo}}$$

Equação 1

Fonte: BATTESINI et al. (2013).

Os valores assim obtidos expressam a magnitude dos problemas de saúde em um dado território (valor observado) em relação aos demais considerados (valores mínimo e máximo). A Equação 1 fornece os valores de IPSaúde para indicadores do tipo maior é melhor (quanto maior o valor do indicador, melhor o estado de saúde da população); já para indicadores do tipo menor é melhor, seu valor é calculado subtraindo da unidade o resultado obtido. Em ambos os casos o valor do IPSaúde é expresso em termos de um intervalo que varia sempre entre zero e um, o que permite a uniformização direcional na sua leitura. Desse modo, valores de IPSaúde próximos a zero representam prioridades em saúde e, inversamente, valores próximos à unidade representam um desempenho de referência, uma performance a ser alcançada pelos demais territórios analisados.

Uma forma simplificada de descrever o cálculo do IPSaúde é como uma conversão de unidade, onde as medidas originais dos indicadores são expressas em termos de um mesmo intervalo de variação, utilizado como critério unificado e unidirecional na apreciação de um conjunto de indicadores. Essa característica e a influência do IDH na sua forma de cálculo definiram sua denominação enquanto um índice. É entendido como índice de referência que expressa a situação mais recente do problema e sua respectiva data de apuração, podendo assumir formas simples, a exemplo de um valor observado em um dado período expresso como uma percentagem em relação a um período base, ou formas mais complexas, como um índice de preços ao consumidor.

A opção metodológica de calcular o IPSaúde, individualmente, para cada indicador, tem o objetivo de expressar a especificidade dos problemas e determinantes nos diferentes territórios, o que representa uma escolha pela facilidade de compreensão e de utilização no processo de tomada de decisão, inclusive por não especialistas, apesar de ser possível criar um indicador composto ou sintético, a partir da utilização do IPSaúde de diferentes indicadores (BATTESEINI et al., 2013).



B.7) Método de Hanlon

Esse método possibilita a avaliação das necessidades de saúde mediante a aplicação de critérios, agregados em componentes, por meio da fórmula: Ordem de prioridade = (A+B) C x D, em que A representa a magnitude do problema; B a sua Severidade; C a eficácia da solução; e D a exequibilidade da intervenção, classificada pelo acrônimo PEARL – pertinência, exequibilidade econômica, aceitação, recursos e legalidade (Quadro 02).

A componente PEARL implica na discussão das necessidades com a comunidade, operacionalizada pela realização de um grupo focal com líderes e representantes formais e informais da comunidade.

Quadro 02 | Componentes da técnica Hanlon

Componente	Designação	Escala
A	Magnitude - dimensão que o problema assume para a população	Numérica de 0 a 10 (convertida a partir da % da população afetada pelo problema)
B	Severidade - o problema é considerado grave?	Numérica de 0 a 10
C	Eficácia - o problema é de fácil resolução?	Numérica de 0,5 a 1,5 (em que 0,5 corresponde a um problema difícil de solucionar e 1,5 corresponde a um problema de fácil solução)
D	Exequibilidade	
P	Pertinência - É pertinente intervir no problema, a intervenção é adequada?	
E	Exequibilidade Económica - Existe viabilidade económica para a realização da intervenção?	Valor 0 ou 1 (em que 0 corresponde a não exequível e 1 a exequível)
A	Aceitação - A comunidade aceita e/ou deseja uma intervenção no problema?	A atribuição de 0 em qualquer uma das dimensões (PEARL) inviabiliza a abordagem do problema em análise
R	Recursos (disponibilidade) - Existem recursos para a realização da intervenção?	
L	Legalidade - A lei existente permite a realização da intervenção?	

Fonte: SOUSA et al. (2017, adaptado).

B.8) Matriz de priorização CENDES-OPS

A determinação de prioridades pode ser realizada com a utilização de critérios objetivos de decisão ou com base em preferências subjetivas dos atores envolvidos. Os critérios objetivos geralmente utilizados neste método são: Magnitude, Transcendência, Vulnerabilidade e Custos. Os três primeiros operam em proporção direta e o último em proporção inversa, ou seja, quanto maior o problema, mais evidência do que deve ser priorizado, e quanto menor o custo de intervenção, mais é indicativo da possibilidade de ser priorizado. Pontuação dos Critérios: Magnitude: baixa (0); significativa (1); alta (2); muito alta (3). Transcendência:

baixa (0); significativa (1); alta (2); muito alta (3); Vulnerabilidade: baixa (0); significativa (1); alta (2); muito alta (3); Custo: Baixo (3); Significativo (2) alto/muito alto (0) (Quadro 03).

A magnitude se refere ao “tamanho” do problema, e pode ser dimensionada em função do volume da população atingida. Geralmente, a magnitude de um problema é definida em função dos indicadores epidemiológicos, ou seja, a morbimortalidade atribuída ao problema. A valorização social, por sua vez, diz respeito ao impacto do problema na percepção dos diversos grupos da população. Assim, um problema pode ter baixa magnitude, por exemplo, a prevalência de AIDS no município, e ser altamente valorizado pela população, pelo significado social do problema. Por outro lado, um problema pode ter alta magnitude, por exemplo, a mortalidade infantil ou materna, que atinge uma proporção significativa de menores de um ano (MI) e de mulheres (MM), e não ser valorizado socialmente, em virtude de os óbitos atingirem grupos de população marginalizados, excluídos.

O terceiro critério, disponibilidade de tecnologia para intervir sobre o problema, diz respeito à capacidade operacional do Sistema municipal de Saúde. Ainda que um problema qualquer seja de alta magnitude e valorizado socialmente, se o Sistema municipal não dispuser de condições organizativas e tecnológicas para enfrentá-lo, não será conveniente considerá-lo prioridade. Finalmente, um critério de priorização importante é o custo estimado da intervenção sobre o problema, uma vez que, quanto mais barata for a intervenção, mais facilmente um problema pode ser considerado prioridade, sendo que, quanto mais cara a intervenção, mais difícil é garantir o enfrentamento e superação.

Quadro 03 | Matriz para priorização de problemas método CENDES-OPS

Problema	Magnitude	Valorização	Tecnologia Disponível	Custo Estimado	Total de Pontos
1.					
2.					
3.					
4.					
N					

Fonte: OPS-OMS (1965).

B.9) Método PMRank

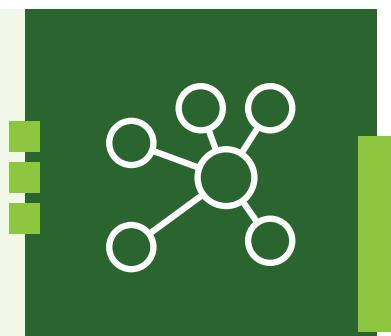
Este método, originalmente pensado para priorização de projetos, que podem ser tomados de forma análoga como estratégias de enfrentamento de problemas, pressupõe que tal etapa de gestão deve seguir três etapas: i) definição de critérios de seleção, (ii) elaboração do ranking de projetos e (iii) balanceamento de recursos (VARGAS, 2010). A seguir é apresentado o detalhamento de cada uma dessas etapas.

Definição dos critérios de seleção

Nesta etapa é importante dosar a quantidade de critérios a utilizar na seleção, definindo os mais relevantes para a estratégia da organização. Pode-se utilizar dois níveis de critérios. Dessa forma, categorizam-se os critérios para comparação par-a-par. Usualmente, o mercado privado utiliza não mais que 12 critérios únicos para seleção e priorização de projetos. O método propõe alguns critérios básicos para avaliação, que poderão ser utilizados em várias das técnicas para seleção de projetos:

- Alinhamento com o Planejamento Estratégico da Organização - Avalia o grau em que o projeto está alinhado com o planejamento estratégico da organização. Algumas perguntas que podem orientar essa avaliação são: O projeto está ligado a algum objetivo estratégico? O projeto irá acrescentar (ou melhorar) algum produto ou serviço ao portfólio da organização?
- Requisitos legais - O projeto é necessário para atender a alguma determinação legal ou regulatória?
- Avaliação econômico-financeira - Qual a relação custo x benefício?
- Partes Interessadas (*stakeholders*) - Quais os principais *stakeholders*? Algum *stakeholder* é estratégico? Qual seu poder, legitimidade e urgência?
- Prazo - Qual o prazo previsto para execução do projeto? Esse prazo é compatível com os objetivos estratégicos?
- Complexidade - Qual o nível de complexidade do projeto? Sua execução é compatível com os recursos (humanos, financeiros e tempo) disponíveis?
- Risco - Quão arriscado é o projeto? Esta avaliação pode e deve levar em conta a sua complexidade, mas também precisa avaliá-lo em termos de risco de sucesso do serviço a ser disponibilizado.
- Conhecimento Técnico - O projeto pode ser desenvolvido com o conhecimento e experiência internos? Ou será necessário adquirir novos conhecimentos técnicos para viabilizá-lo? Qual a dimensão do investimento em treinamentos e/ou contratação de novos profissionais?
- Nível de dependência de terceiros - A organização possui competência e capacidade para executar o projeto? Qual o nível de dependência de fornecedores e consultorias?

Nesta etapa é importante dosar a quantidade de critérios a utilizar na seleção, definindo os mais relevantes para a estratégia da organização.



Em alguns casos os critérios de seleção são objetivos e quantitativos (como nos itens da avaliação econômico-financeira); em outros, a avaliação tende a ser subjetiva. Nesses casos sugere-se o uso da avaliação qualitativa, utilizando escalas padronizadas de três ou cinco pontos a fim de facilitar a próxima etapa: o *ranking* de projetos.

B.10 - Elaboração do *ranking* de projetos

Há algumas técnicas para seleção de projetos: priorização, classificação, análise financeira, pontuação e técnicas mistas (que combinam as opções anteriores). A seguir a descrição das principais técnicas (EDUARDO, 2015):

- Priorização – usa variáveis simples para fazer o *ranking*, como a importância e a complexidade. Sua principal vantagem é a simplicidade; como desvantagem tem-se a subjetividade da avaliação.
- Classificação – são criadas categorias de benefícios e/ou beneficiados por projeto. Como exemplo de benefícios temos: resultados, financiamento e prazo. Os beneficiados podem ser externos, como usuários, *stakeholders*, parceiros; ou internos, por exemplo, uma divisão departamental (tecnologia de informação, recursos humanos, produção, entre outros). Os projetos a serem selecionados nesse método são os que se encaixam em um maior número de categorias. Um projeto que beneficie clientes e parceiros, gere melhores resultados financeiros e auxilie nos processos de algum departamento teria mais chances de ser colocado em prática do que um que apenas reduza o tempo de trabalho do recurso humano.
- Pontuação – O método pode ser usado de forma isolada ou juntamente com os outros métodos apresentados. Para fazer a pontuação são listados tópicos relativos a cada um dos projetos em avaliação, é estipulada uma pontuação para cada tópico e é verificado se os projetos em avaliação atendem cada critério. Por fim, são somados os pontos de cada projeto e aqueles com maior pontuação final são selecionados para serem desenvolvidos. Um exemplo de utilização desse método em conjunto com outros métodos é quando se estabelece um peso para cada uma das categorias levantadas na técnica de seleção por classificação. Dessa forma, um projeto que propicie vantagens para um *stakeholder* mais relevante (a presidência de uma empresa) receberia mais pontos nesse quesito do que um projeto que beneficie o departamento de recursos humanos.

O Quadro 04 apresenta um exemplo de *ranking* de projetos com três critérios e cinco projetos.

Quadro 04 | Pontuação *Ranking* de projetos

Problema	Critério A	Critério B	Critério C	Total	Total de Pontos
Projeto 1	1	5	1	7	4º
Projeto 2	2	1	2	5	5º
Projeto 4	3	2	4	9	3º
Projeto 4	4	3	3	10	2º
Projeto 5	5	4	5	14	1º

Fonte: EDUARDO (2015).

B.11 - Balanceamento de recursos

É possível que a organização possua condições financeiras para executar mais de um projeto. A relação é simples e deve ser definida através do balanceamento de recursos financeiros, também conhecida como conciliação financeira. Outra questão é a alocação de pessoal para atuar no projeto e de recursos de tecnologia de informações, que muitas vezes são escassos e disputados entre diversos projetos e atividades operacionais, tornando necessário balancear a utilização desses recursos (EDUARDO, 2015).

Por exemplo, considerando que tivéssemos cinco projetos em avaliação para início imediato. Se temos R\$ 500 mil de orçamento e 20 pessoas disponíveis, é preciso escolher a combinação de projetos que possuem a maior pontuação, balancear os recursos humanos e financeiros e elegê-los (Quadro 05).

Quadro 05 | Modelo de balanceamento de projetos

Nome	Total	Custo R\$	Pessoas	Selecionado
Projeto 1	7	200.000	11	Não (supera pessoal disponível)
Projeto 2	5	50.000	4	Sim
Projeto 3	9	100.000	6	Sim
Projeto 4	10	250.000	4	Não (supera orçamento)
Projeto 5	14	300.000	10	Sim

Fonte: EDUARDO, 2015.



2º oficina: Análise da capacidade de resposta atual e desenho da Rede de Atenção à Saúde desejada, com foco nos seus pontos de atenção e serviços de apoio, para cada um dos macroproblemas de saúde priorizados

Produto: Itinerário terapêutico do usuário, com a identificação de fortalezas e fragilidades e a sistematização de estratégias de qualificação da Rede de Atenção à Saúde, com foco nos seus pontos de atenção e serviços de apoio, para cada um dos macroproblemas de saúde priorizados.

Conceito 3: Itinerário terapêutico

Os itinerários terapêuticos podem ser descritos por:

[...] todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes". Referem-se a uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que, tendo como objeto o tratamento da enfermidade, constrói uma determinada trajetória, com a intenção de subsidiar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários em momento oportuno e de forma contínua (MARTINEZ, 2015 apud CABRAL, 2011, p. 4.434).

Entretanto, mesmo como os esforços de gestores e trabalhadores de serviços de Saúde, os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados, pois suas escolhas expressam construções subjetivas, individuais e coletivas, acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, forjadas sob as influências de diversos fatores e contextos, e são as escolhas que vão definir ações que, passo a passo, constituirão um determinado percurso (MARTINEZ, 2006, apud CABRAL, 2011).

O autor John Janzen (1960) buscou uma compreensão contextual e holística das abordagens de doença e cura, combinando terapias africanas àquelas procedentes da biomedicina ocidental, sendo pioneira sua discussão sobre itinerários. Outra importante contribuição aos estudos de itinerários terapêuticos é a reflexão socioantropológica de Artur Kleinman na década de 1980, sobre as condutas para tratar o processo afeítivo. Mediante o conceito de "modelos explicativos", o autor estabelece a relação entre o contexto cultural e a ação singularizada de cada sujeito na construção de seu itinerário de cura. Kleinman tenta explicar a doença e o tratamento tendo em vista a elaboração do significado pessoal e social da experiência da enfermidade. Esse significado orientaria a escolha entre as terapias existentes, mas não obstante a decisão do tratamento ser pessoal, ela carece das explicações e conjuntura culturalmente admitidas pelo doente e por seu grupo (PINHO; PEREIRA, 2012).

No Brasil, Alves e Souza (1999 apud PINHO; PEREIRA, 2012), entendem por itinerários terapêuticos o conjunto de planos, estratégias e atitudes humanas constituídos pela junção de ações distintas, que formam uma unidade articulada apta a criar significações. Sustentam os autores, ainda, que as terapias escolhidas se pautam em "crenças e receitas práticas" compartilhadas e contraídas no decorrer de uma "trajetória biográfica singular".

Entretanto, Alves e Souza observam que o reconhecimento da influência de estruturas sociais nas ações humanas não implica que elas sejam decisivas na escolha terapêutica. Tomando por suporte essa teorização, Tatiana Gerhardt (2006 apud PINHO; PEREIRA, 2012), evidenciou que os intrincados caminhos terapêuticos dos atores sociais de sua pesquisa são pautados no universo sociocultural individual e coletivo no qual se encontram, e que os sujeitos compõem suas ações em conformidade com o contexto em que estão inseridos.

Cabral (2011) aponta duas diferentes abordagens, que se destacam nos fatores que influenciam a utilização de serviços de Saúde: a) dominante e de cunho positivista, que procura caracterizar as diferenças entre usuários e não usuários através da definição de um “perfil do usuário” com padrões de comportamentos relativos ao uso do serviço e em termos de facilitadores ou barreiras (psicológicas, geográficas, estruturais etc.) para o acesso; e b) de caráter dinâmico, que trata a procura de serviços de Saúde como um processo social não só influenciado pelos dispositivos biomédicos existentes, mas também pelos recursos leigos e as redes sociais. Entretanto, é importante reconhecer que o processo saúde/doença/cuidado está inserido em um macrocontexto, determinado por fatores econômicos e sociais, que envolvem também uma dimensão subjetiva e cultural que vai interferir na forma como as pessoas utilizam os Serviços formais de Saúde.

Considerando-se os referenciais acima, no contexto do presente projeto, definiremos o itinerário terapêutico como o percurso que o usuário do SUS realiza na busca por cuidados, representado por trajetórias de tentativa para solucionar problemas de saúde, seja no intuito de preservar ou recuperar a saúde. Trata-se, portanto, de um conjunto de planos e ações que se sucedem, mesclam-se ou se sobrepõem para lidar com a enfermidade.

Outrossim, a construção de itinerários terapêuticos que representem as possíveis trajetórias dos usuários na busca pela solução de problemas de saúde, no contexto deste projeto, deve subsidiar a elaboração de estratégias para qualificação das respostas da RAS na macrorregião para o enfrentamento de cada macroproblema de saúde identificado, seja na perspectiva de sua prevenção, cura/acompanhamento e/ou reabilitação.

Conceito 4: Fluxograma Analisador

A ferramenta proposta por Merhy (1997 apud REIS; DAVID, 2010), chamada de fluxograma analisador, se baseia na concepção de cartografia, que se refere à produção de sentidos na medida em que outros e novos sentidos se produzem, e implica num olhar sobre processos dinâmicos do cotidiano que só podem ser descritos em termos de relatos provisórios. O fluxograma consiste em mapear os fluxos e os processos de trabalho, publicizando-os, cartografando-os por meio de uma representação gráfica, tornando-os uma ferramenta para reflexão da equipe. De acordo com Barboza e Fracolli (2005 apud REIS; DAVID, 2010), se constitui numa ferramenta que interroga os “para que?”, os “que?” e os “como?” do processo de trabalho e cujas funções são:

- Revelar o processo de trabalho;
- Identificar os nós críticos do processo de trabalho;
- Contribuir para o planejamento e reorganização do processo de trabalho;
- Analisar o modelo assistencial praticado por uma unidade ou equipe de Saúde;

- Dispersar processo de autoanálise na equipe de Saúde;
- Servir como banco de dados, pois é a memória dos trabalhadores.

O fluxograma tem o objetivo de disparar um processo de coletivização da gestão do trabalho cotidiano e traduzi-lo para um formato que seja visível e partilhável por todos, para que, a partir disso, possam ser traçadas algumas intervenções que se mostrarem necessárias. Com o fluxograma, se constrói uma imagem, uma representação do processo de trabalho que usualmente é percebido apenas do ponto de vista individual, que passa a se tornar comum a todos, do qual podemos tomar um certo distanciamento e lançar um olhar crítico e reflexivo (REIS; DAVID, 2010, p. 121).

Para a sua visualização, o fluxograma utiliza símbolos, sistematizados num diagrama que representa o modo de organizar os processos de trabalho, que vinculam entre si em torno de certa cadeia de produção do cuidado, onde o eixo condutor do fluxo a ser representado é o usuário, geralmente sistematizado a partir da ideia de linha de cuidado, que pode ser quanto a um tipo de agravio, cujo controle exige ações programáticas, ou em relação a grupos específicos que demandam ações programáticas específicas, tais como mulheres, crianças, gestantes (REIS; DAVID, 2010).

Os símbolos utilizados no fluxograma são padronizados universalmente e podem ser observados na Figura 05, uma representação gráfica dos símbolos básicos desde a entrada e saída no processo (elipses), até os momentos nos quais se realizam etapas importantes de trabalhos na cadeia produtiva, com consumo de recursos e produtos bem definidos (retângulos). A mediação entre estas etapas é representada pelos losangos e quadrados, que representam, respectivamente, os momentos de decisão em relação às opções disponíveis e as ações desenvolvidas no processo (REIS; DAVID, 2010).



Figura 05 | Exemplos da utilização de símbolos no fluxograma analisador



Fonte: REIS; DAVID (2010).

Segundo Schiffler et al. (2005 apud REIS; DAVID, 2010, p. 122), “o que impõe poder ao fluxograma é o conjunto de atores éticos-políticos que estão envolvidos com o processo de construção e com a avaliação dos seus achados, tornando-o um dispositivo analisador”. Nesse sentido, usaremos no âmbito do presente projeto uma adaptação da ferramenta do fluxograma analisador visando o mapeamento de itinerários terapêuticos que representem as trajetórias dos usuários na RAS, agregando a identificação de aspectos potencializadores e/ou dificultadores do acesso e da qualidade assistencial para subsidiar a elaboração de estratégias de qualificação.

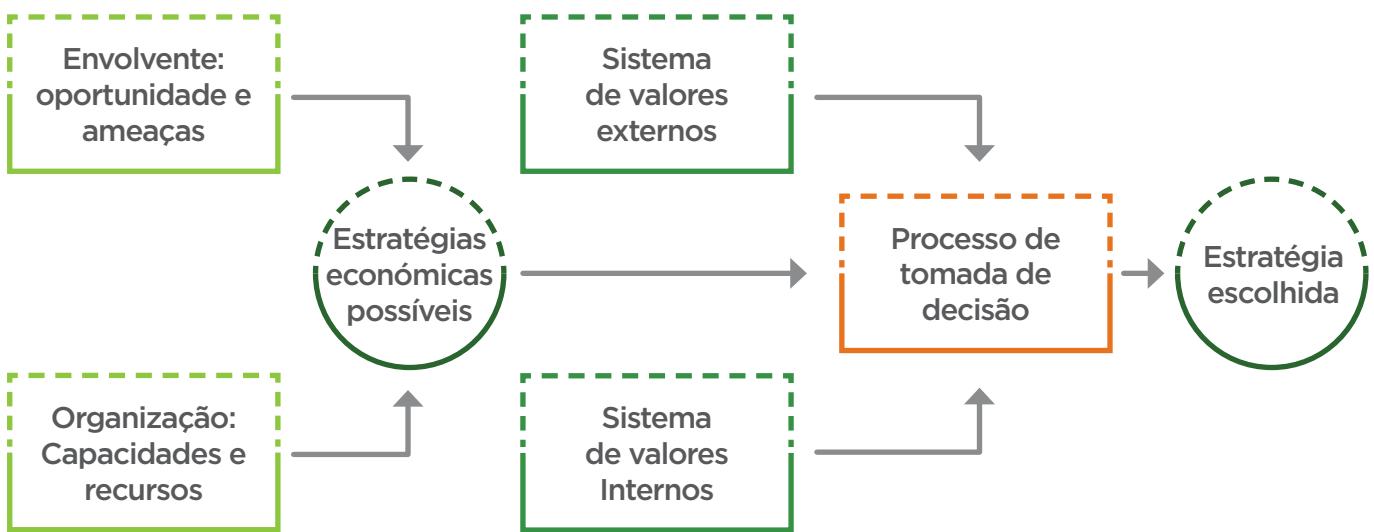
Conceito 5: Estratégia

Muitas são as definições do conceito de estratégia e todas elas assumem a inseparabilidade entre a organização e o seu meio que, se por um lado representa uma condicionante à sua atividade, por outro lhe oferece oportunidades que importa aproveitar. Em geral, as estratégias podem se estabelecer ao nível da organização ou das atividades específicas desenvolvidas no seu seio, e que todas as organizações têm subjacente ao seu comportamento uma estratégia implícita ou explícita (NICOLAU, 2001).

Hamel e Prahalad (1995) definem a estratégia como o processo de construção do futuro, aproveitando competências fundamentais da empresa. Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000, p. 21), apontam que “a estratégia diz respeito à organização e ao ambiente, e sua essência é complexa, pois envolve questões relativas ao caminho determinado, assim como o processo de se determinar este caminho”.

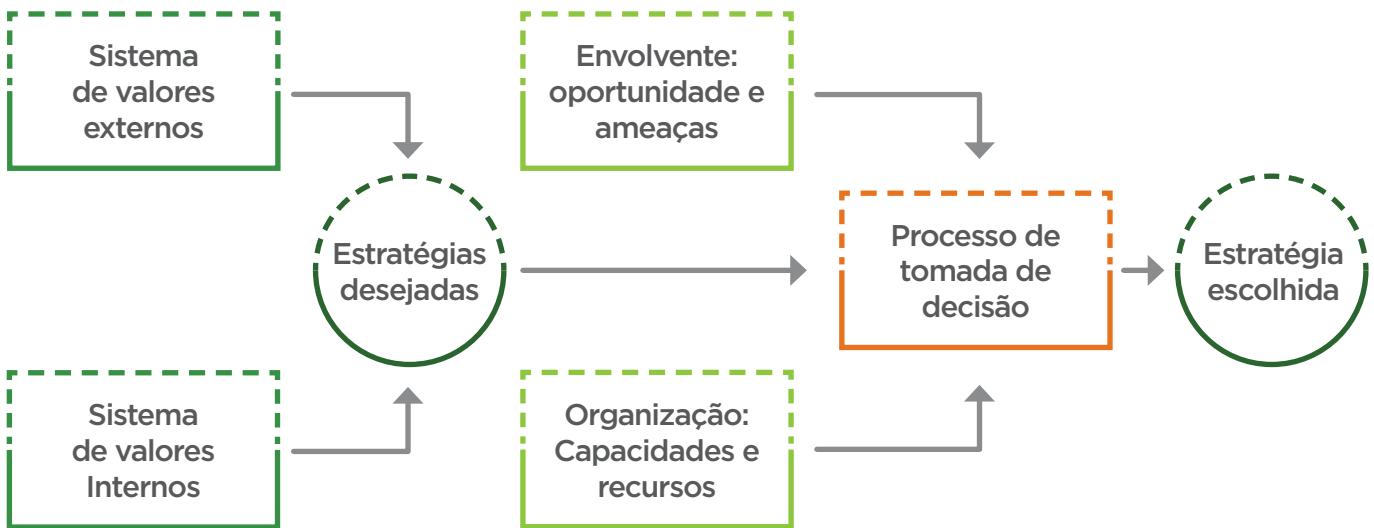
A concepção predominante na literatura entende a formação da estratégia como um processo que se desenvolve através de uma série de etapas sequenciais, racionais e analíticas e envolve um conjunto de critérios objetivos baseados na racionalidade econômica para auxiliar os gestores na análise das alternativas estratégicas e tomada de decisão. Por outro lado, há autores que defendem que a formação da estratégia é um processo de negociação entre grupos sociais envolvidos com a organização, o que constitui uma restrição à racionalidade econômica, de tal forma que este processo e a sua aceitação pela estrutura organizacional são os aspectos mais importantes a considerar na formação da estratégia (NICOLAU, 2001, p. 09)

Figura 06 | Formação da estratégia como um processo racional



Fonte: NICOLAU (2001).

Figura 07 | Formação da estratégia como um processo negociado



Fonte: NICOLAU (2001).

A estratégia deve ser usada para gerar projetos estratégicos por meio de um processo de busca. O papel da estratégia nesse contexto é, primeiramente, focalizar a atenção em áreas por ela definidas e, em segundo lugar, identificar e eliminar possibilidades que com ela sejam incompatíveis. É uma ferramenta para lidar com as condições de mudança que cercam a organização na atualidade (ANSOFF; MCDONNELL, 1993 apud WOSNIAK; REZENDE, 2012).

Nicolau (2011) aponta que o sistema de planejamento formal está centrado, hegemonicamente, em aspectos quantitativos que têm, indiscutivelmente, sua importância no processo, mas subvaloriza os aspectos qualitativos (comportamentais e organizacionais) e nem sempre se desenvolve através

de processos claros, ordenados e controlados, nem se encontra explícita (ou integralmente explícita) em qualquer documento e vão se formando através da aprendizagem do meio, capacidades internas de organização e forma apropriada de estabelecer relação entre elas, no sentido de construir planos capazes de antecipar a mudança, de modo a fazer face aos desafios do meio. Neste sentido, estratégia é a determinação dos objetivos básicos de longo prazo, assim como deriva de uma relação existente atualmente entre a organização e o meio, resultante de ações passadas.

Com isso, tomaremos alguns desses aspectos para a aplicação do conceito de estratégia no presente projeto. Desta forma, ancoramos nossa definição em Mintzberg e Quinn (2001 apud SILVA, 2003), que apresentam a estratégia como uma rota, um curso de ação, conscientemente elaborado para guiar a organização através do tempo, o que lhe confere duas dimensões essenciais: a) é preparada previamente às atividades para as quais se aplicam; e b) é desenvolvida consciente e deliberadamente.

3º oficina: Análise da organização atual e desenho desejado dos sistemas logísticos e dos mecanismos de governança da Rede de Atenção à Saúde para cada um dos macroproblemas priorizados

Produto: Fluxograma dos sistemas logísticos e dos mecanismos de gestão e governança das regiões e macrorregiões, com a identificação de fortalezas e fragilidades e a sistematização de estratégias de qualificação dos mecanismos de governança e gestão da Rede de Atenção à Saúde.

Conceito 6: Sistema de apoio logístico da RAS

Os sistemas logísticos são soluções em Saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, e ligadas ao conceito de integração vertical. Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de e dos sistemas de apoio na Rede de Atenção à Saúde. Estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde, como por exemplo, o cartão de identificação das pessoas usuárias, os sistemas de informação clínica, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte sanitário (BRASIL, 2010; MENDES, 2006; OPAS, 2010).

Os sistemas logísticos, nas Redes de Atenção à Saúde, estão ligados ao conceito de integração vertical, como uma combinação, numa mesma organização ou numa aliança interorganizacional, de diferentes unidades produtivas que eram previamente autônomas, mas cujos produtos são insumos de uma unidade para outra. Os fatores motivadores da integração vertical são a superação da fragmentação dos sistemas de atenção à saúde, a obtenção de menores custos de transação no sistema e o aumento da produtividade pela utilização eficiente dos recursos comuns. Nas Redes de Atenção à Saúde, a integração vertical, ainda que se possa dar pela formação de uma entidade de única de propriedade consiste, fundamentalmente, em comunicar à Atenção Primária à Saúde os pontos de atenção secundários e terciários e os sistemas de apoio, de diferentes prestadores de serviços, por meio de sistemas logísticos potentes, com o objetivo de se obter uma atenção à saúde de coordenada no contínuo de cuidados (OPAS, 2010).

Conceito 7: Governança

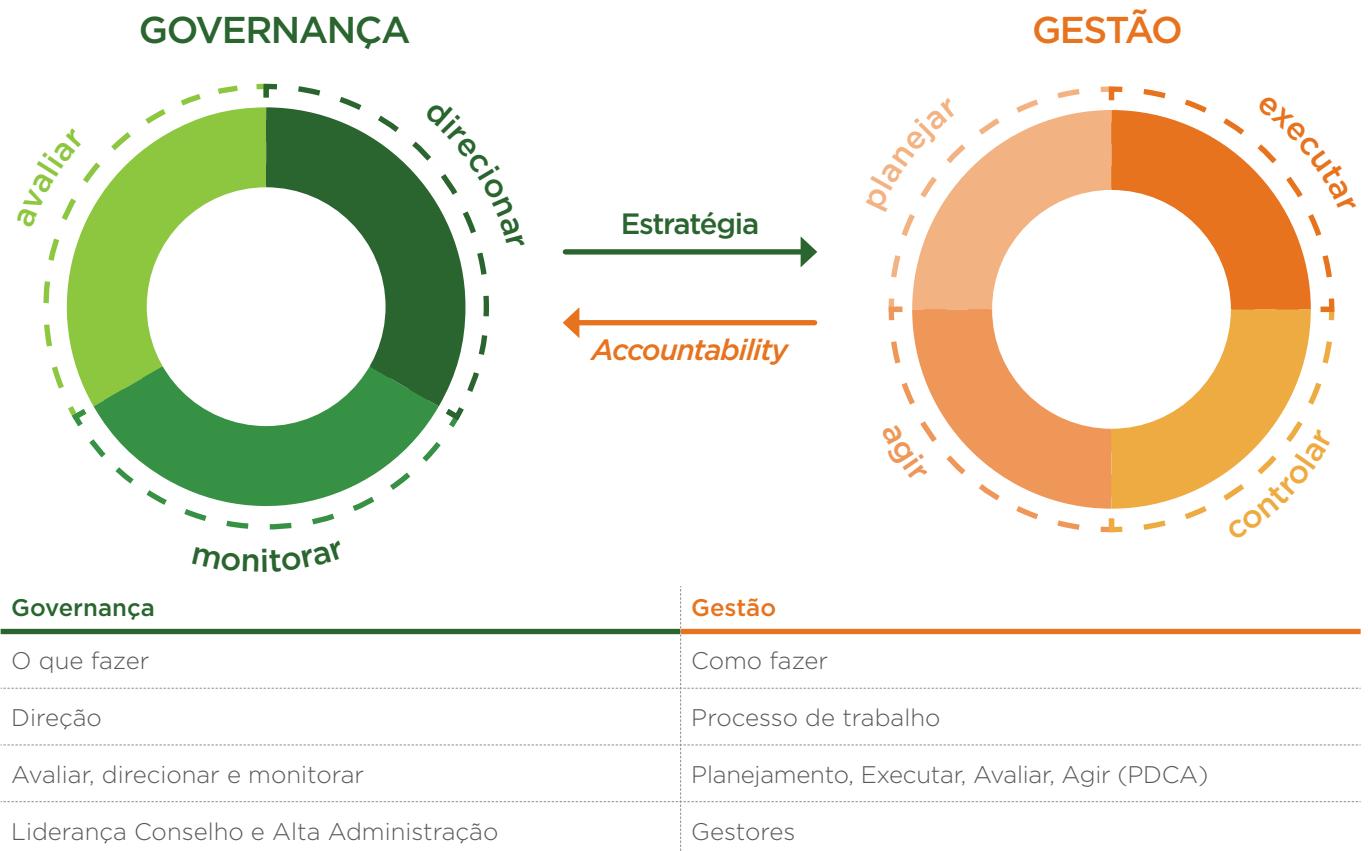
A Governança no setor público compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para **avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade**.

Portanto, governança e gestão são funções complementares. Enquanto uma faz o manejo dos recursos colocados à disposição da organização e busca o alcance dos objetivos estabelecidos, a outra provê direcionamento, monitora e avalia a atuação da gestão, com vistas ao atendimento das necessidades dos cidadãos e demais partes interessadas, conforme Figura 08 (TCU, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a governança no setor da Saúde se refere a diversas funções governamentais, realizadas pelos governos e decisores para atingir os objetivos da Política Nacional de Saúde favoráveis à sua cobertura universal. É um processo político que envolve equilibrar diferentes influências e demandas, por exemplo, dos usuários dos serviços de saúde, de profissionais da área, de fornecedores de insumos e medicamentos. Já a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conceitua governança em Saúde como o exercício das responsabilidades e competências da Política Pública em Saúde, num contexto de novas relações entre governo e sociedade no Estado (TCU, 2014).

O Banco Mundial, por sua vez, estabelece que a governança deve ser realizada com instrumentos de incentivos e responsabilização, essenciais para melhorar o estado de saúde da população, e capazes de garantir que os serviços prestados sejam de custo e qualidade aceitáveis. Por fim, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) indica que para melhorar a governança do sistema de saúde, novos avanços podem ser feitos em três direções, incluindo alcançar uma melhor coordenação, melhorar o monitoramento de desempenho e fortalecer os incentivos (idem, 2014).

Figura 08 | Funções de governança e gestão, 2014



Fonte: TCU (2014).

A literatura científica especializada tem também trabalhado as questões conceituais que envolvem a governança pública no setor Saúde. Para Neves et al. (2017), o movimento que o mundo globalizado promove traz para a sociedade novas formas de se estruturar e de abordar o desenvolvimento esperado dentro de padrões de competitividade justa, sustentabilidade e boas práticas de governo que se relacionam com a busca de respostas para situações como as oscilações no mercado, as mudanças no ambiente, o acirramento da concorrência e o crescimento dos concorrentes, e a promoção da democracia participativa, das respostas aos anseios da sociedade em geral.

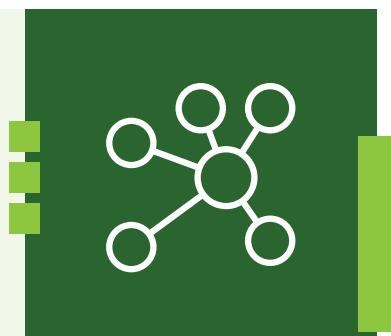
Em suma, os pontos centrais da governança na Saúde, na ótica dos organismos internacionais, são o direcionamento estratégico, o monitoramento, a articulação do sistema, a coordenação entre o setor da saúde e seus setores diversos, a responsabilização, a transparência e o fortalecimento de incentivos. Outrossim, a governança aplicável a órgãos e entidades constitui-se como a vertente corporativa da governança no setor público, com foco nas organizações, na manutenção de propósitos e na otimização dos resultados ofertados por elas aos cidadãos e aos usuários dos serviços. A função da governança é garantir que as ações das organizações estejam alinhadas com o interesse público (TCU, 2014).

Ao citar Almquist et al. (2013), Neves et al. (2017) destacam que nas últimas três décadas a gestão das organizações do setor público vem passando por grandes transformações, influenciadas por diretrizes de gestão do setor privado - a exemplo da governança que, neste caso, não se refere apenas à prestação de contas à sociedade, mas também a uma maior transparência na administração da máquina pública e maior responsabilidade na atuação operacional do governo na aplicação dos recursos tributários.

Marques (2016) destaca que a governança vinha associada à busca por maior eficiência e assumia formas organizacionais específicas via redução do aparato administrativo do Estado, privatização, parcerias com organizações do terceiro setor e o desenvolvimento de competências de regulação e contratação. Em outro sentido, a governança apontava para as experiências de participação, controle social e democratização da gestão pública, com apoio ao intenso desenvolvimento de instituições participativas, como conselhos, orçamento participativo e conferências, que criavam formas de acesso e participação dos cidadãos nas decisões sobre Políticas Públicas e seu controle.

Para o autor, a governança deve ser entendida como “o conjunto de atores estatais e não estatais interconectados por ligações formais e informais operando no processo de fazer políticas e inseridos em cenários institucionais específicos”, apontando para um olhar sobre os arranjos institucionais dinâmicos e diversificados, em função das características dos atores envolvidos (MARQUES, 2016, p. 78).

A literatura científica especializada tem também trabalhado as questões conceituais que envolvem a governança pública no setor Saúde.



Inúmeras dificuldades vêm sendo apontadas como limitantes para a consolidação das Regiões de Saúde como espaço de governança no SUS, dentre as quais se destacam: 1) a não concretização do planejamento ascendente; 2) a ausência de informações qualificadas para o planejamento; 3) o uso inadequado de ferramentas e instrumentos de planejamento; e 4) a concentração do poder econômico decisório na União. A falta de pactuações políticas regionais compartilhadas entre municípios, e entre municípios e estados, dificulta a promoção do acesso, gera vazio assistencial, demanda reprimida, ineficiência na atenção e provocam o descrédito no SUS a partir da visão dos usuários, dos trabalhadores e da mídia. De forma geral, a ausência de políticas compartilhadas e coordenadas por entes federados no arranjo regional provoca a descontinuidade no cuidado e impacta negativamente nas finanças públicas, ao resultar em duplicidade assistencial e em baixa resolutividade do cuidado, e na saúde física e mental do trabalhador (OLIVEIRA et al., 2019).

Nicholson et al. em 2013 produzem uma revisão sistemática de estudos de países desenvolvidos sobre as experiências de governança para integração de redes entre serviços de saúde primários e secundários. Oliveira et al. (2013) apontam que este estudo sintetizou os dez elementos necessários para o desenvolvimento da governança:

- Planejamento conjunto: Avaliação conjunta das necessidades estratégicas acordadas; formalização das relações entre as partes interessadas; promoção de um foco comunitário e autonomia organizacional; guia para tomada de decisão coletiva; parcerias multiníveis; concentração na continuidade do cuidado com a contribuição de fornecedores e usuários.
- Tecnologia integrada de comunicação da informação: Sistemas projetados para oferecer suporte ao intercâmbio clínico compartilhado, isto é, Registro Eletrônico de Saúde Compartilhado; uma ferramenta para integração de sistemas que vinculem processos clínicos, resultados e medidas financeiras.
- Gerenciamento compartilhado de mudanças: estratégias para gerenciar mudanças e alinhar valores culturais organizacionais; liderança executiva e clínica; visão; compromisso nos níveis meso e micro.
- Prioridades clínicas compartilhadas: Áreas-alvo acordadas para planejamento; papel das redes clínicas multidisciplinares/painéis clínicos; caminhos para garantia da continuidade do cuidado.
- Incentivos: São oferecidos incentivos para fortalecer a coordenação de atendimento, por exemplo, agrupar múltiplos fluxos de financiamento e estruturas de incentivo como distribuição equitativa de financiamento; incentivos à inovação e desenvolvimento de modelos alternativos.
- Foco populacional: Foco na saúde da população geográfica.
- Medição: Usando dados como ferramenta de melhoria da qualidade – Dados clínicos da população, compartilhados para uso no planejamento, com foco na melhoria da qualidade. A abordagem colaborativa para medir o desempenho fornece transparência através dos limites organizacionais.
- Desenvolvimento profissional contínuo, apoiando o valor do trabalho conjunto: As oportunidades de aprendizado interprofissional e interorganizacional oferecem treinamento para apoiar novas formas e alinhar culturas; identificar claramente os papéis, responsabilidades e diretrizes.

- Envolvimento do paciente/comunidade: Envolvimento da participação do paciente e da comunidade usando narrativas de experiência do paciente e maior envolvimento da comunidade.
- Inovação: Disponibilidade de modelos inovadores de atendimento.

Quadro 06 | Funções, elementos constituintes e instâncias envolvidas na governança da RAS

Macrofunção	Microfunções	Elementos constituintes	Instâncias envolvidas
Direção	Planejamento, pactuação e financiamento da RAS	PRI, COAP/Consórcio, PGASS	CIR, CIB e CIT
Monitoramento	Acompanhamento dos sistemas logísticos	Regulação do acesso Transporte sanitário Informação em saúde Órgãos colegiados, Apoio Institucional	CEGRAS, CIR, CIB
	Acompanhamento de estabelecimentos de saúde com oferta de ASPS em caráter regional	Contratualização Consórcios Acreditação, Qualidade e Incorporação de tecnologia em saúde	
Avaliação	Análise permanente de cenários resultados e impacto	Sistema de Informação/Sala de situação macroregional	CIR
	Análise de processos de gestão	Instrumentos de gestão municipal Instrumentos de gestão estadual	
	Análise de processos de controle e fiscalização	Auditoria e Judicialização Controle social	Sistema de Auditoria de SUS, CIR e CIB Conselhos de Saúde

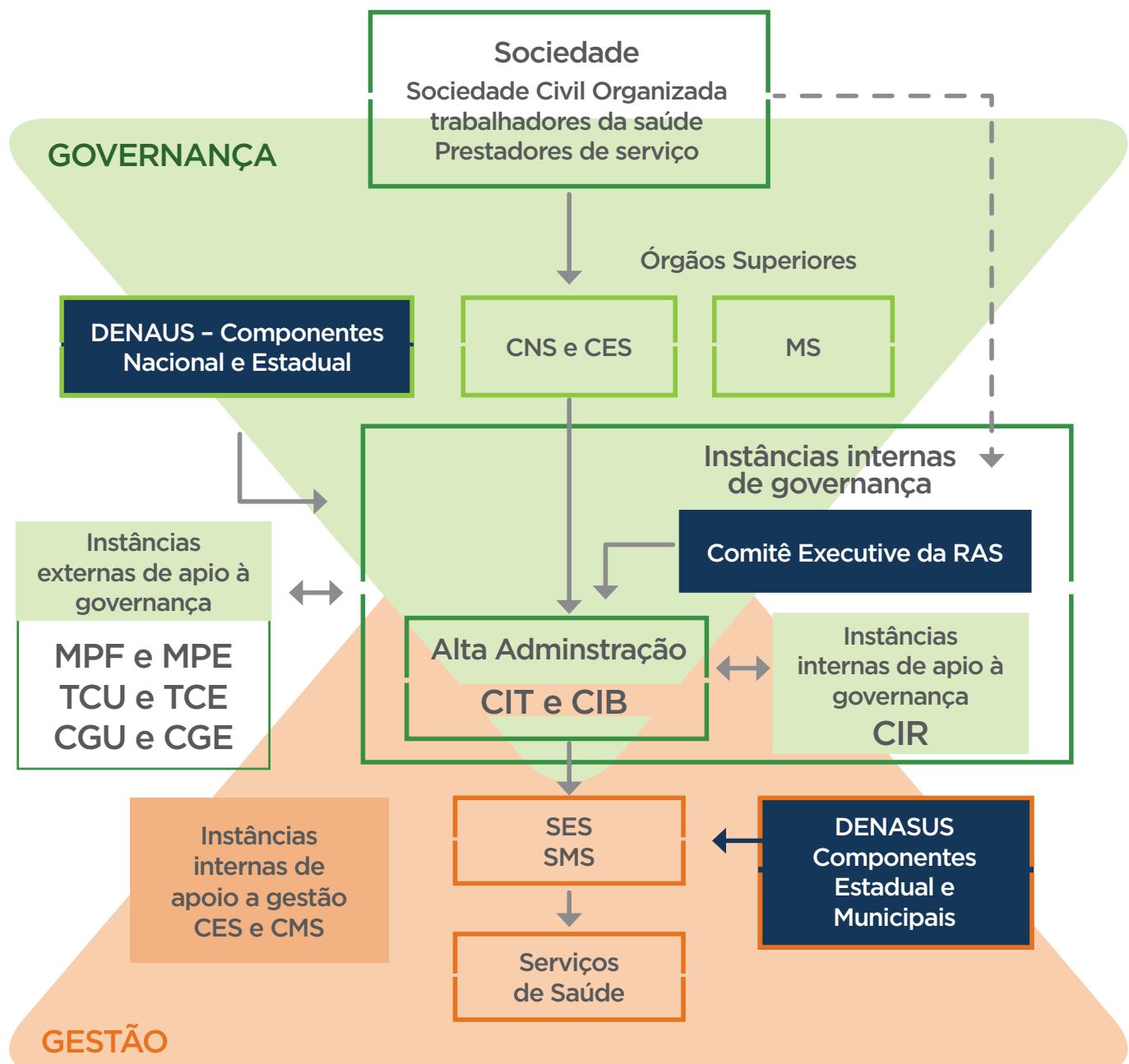
Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Considerando a legislação e as normas administrativas mais atuais, por exemplo, a própria Deliberação CIT nº 37/18, que disciplina sobre o processo de regionalização e organização da RAS, é possível perceber que a governança em nível macrorregional deverá implicar as várias instâncias já constituídas no âmbito do SUS, para garantir que todas essas funções possam ser exercidas a contento e visando o alcance de melhores práticas nesse sentido. Assim, para proporcionar a discussão sobre governança, no âmbito do presente projeto, sistematizamos o Quadro 06 para apoiar uma melhor compreensão sobre a complexidade das funções de governança, seus principais elementos constituintes e instâncias geralmente envolvidas na sua execução.

Sintetizamos também uma representação gráfica que pudesse apresentar as implicações das várias instâncias existentes atualmente no SUS, no processo de governança em âmbito macrorregional, conforme visualizado na Figura 09.

Considerando que o Comitê Executivo de Gestão da RAS (CEGRAS) é uma instância relativamente nova no arcabouço jurídico-administrativo do SUS, entendemos ser importante sua contextualização no âmbito macrorregional. A Resolução nº 37 de 22 de março de 2018 da CIT, que **dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de Macrorregiões de Saúde**, esclarece que o referido CEGRAS terá natureza técnica e operacional, estando vinculado à CIB, e deverá ser instituído na Macrorregião de Saúde com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS, fornecendo subsídios para a tomada de decisão na Macrorregião, bem como contribuindo para a efetivação dos acordos pactuados nas CIB e CIR.

Figura 09 | Instâncias implicadas com o processo de governança no âmbito macrorregional



Fonte: TCU (2014, adaptado).

Conforme já explicitado na Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, a CIB deverá instituir, definir a composição, atribuições e funcionamento em espaços regionais onde se organizam as RAS, observadas as realidades locais e os Comitês Executivos de Governança das RAS, que poderão subsidiá-la nas tomadas de decisões acerca do seu espaço regional, no que se refere à implementação das RAS, sugerindo a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e representantes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Barbazza e Tello (2014) apontam uma dimensão da governança, para além da função de centrada no Estado, organizada em linhas verticais de responsabilidade que apontam para os arranjos horizontais ou "em rede", considerando o desenho dos relacionamentos entre atores e como a autoridade e a responsabilidade são distribuídas e aplicadas, e a caracterizam como um conjunto de processos aplicados formal ou informalmente para distribuir responsabilidades entre os atores de um sistema de saúde. Tomando como exemplo a "participação e o consenso" como uma dimensão de governança, os processos devem "gerar diálogo" e "receber feedback" entre vários atores do sistema de saúde, e apontam para a necessidade arranjos que levem em consideração vários nós de poder, interesses e atividades, e a diversidade dos atores que atuam no território, considerando que a Saúde é propriedade de sistemas complexos e redes dinâmicas e tem exigido interações novas e formais com diversos atores.

A forma como diferentes configurações de atores, instituições e redes interagem gera determinados padrões de governança, passíveis de estudos comparativos (MARQUES, 2016). Neste sentido, o conceito de governança pode incorporar, para além da atuação dos governos, as análises a interação dos múltiplos atores, que têm influência na condução e coordenação das Políticas Públicas de modo a compreender a estruturação do sistema de saúde (LIMA et al. 2017).

Pelas próprias características da Política de Saúde, onde o peso da lógica de mercado e das corporações profissionais no processo decisório é forte e, muitas vezes, se apresenta de forma concorrencial e não colaborativa com a lógica pública, a governança na Saúde pode ser expressa pelas relações de dependência, interação e acordos estabelecidos entre diversos atores (relacionados ao Estado, ao mercado e à sociedade), que podem ser organizados e direcionados segundo objetivos comuns, de modo a assegurar o direito ao acesso universal à saúde. Desta forma, entende-se que os protagonistas da governança regional serão aqueles com maior capacidade de influência e atuação (funções, mecanismos e instrumentos) na condução e organização do sistema de saúde e o modo como se constitui a governança refletirá as características institucionais dos espaços decisórios; a abrangência, decisões e tipos de relações desenvolvidas entre os atores estratégia, assim como instrumentos utilizados por eles (LIMA; ALBUQUERQUE; SCATENA, 2016).

Conceito 8: Planejamento Regional Integrado

O Planejamento Regional Integrado (PRI) é uma estratégia apontada na legislação do SUS, desde a sua concepção. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2001/2002 já trazia a necessidade de um planejamento integrado como um instrumento para efetivar a regionalização, com foco na organização da oferta, das redes e dos fluxos intermunicipais, em busca da integralidade e da equidade. O Pacto pela Saúde explicitou que o Planejamento Regional Integrado, mais que uma exigência formal, deveria expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações, que contribuem para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prio-

ridades e responsabilidades definidas regionalmente estarem refletidas no Plano de Saúde de cada município e do estado. Já o Decreto nº 7508/2011 define que o processo de planejamento da Saúde deve ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros (BRASIL, 2001, 2002, 2006, 2011).

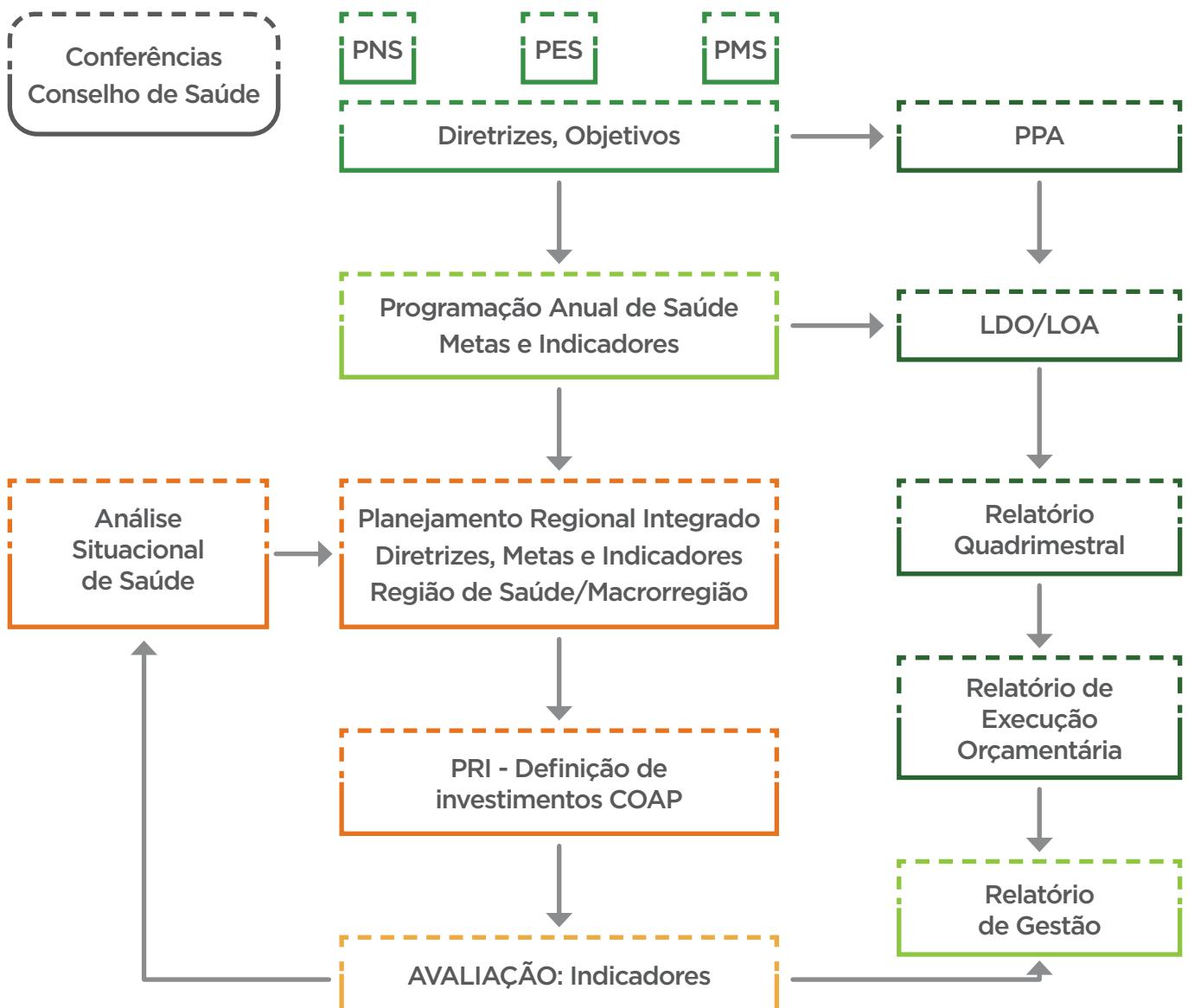
O PRI é parte do processo de planejamento do SUS, a ser realizado no âmbito das Macrorregiões de Saúde, cujo produto, resultante das pactuações entre as unidades federadas, com participação do Ministério da Saúde, será o Plano Regional Integrado, que servirá de base para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, conforme § 2º, art. 30, da Lei Complementar nº 141/2012 (BRASIL, 2012).

O Documento Tripartite para o Planejamento Regional Integrado traz a importância das Resoluções CIT nº 23/2017 e CIT nº 37/2018, que definem o desenvolvimento do PRI nos territórios e orientam o processo de organização regional dos serviços e das ações de Saúde, levando em consideração a diversidade no processo de implementação das RAS existentes no país, em que as Comissões Intergestores têm papel decisivo, uma vez que são foros de negociação e pactuação entre gestores que devem decidir sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS e definir diretrizes de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados (BRASIL, 2013, 2017, 2018).

O processo de Planejamento Regional Integrado deve estar em consonância com os instrumentos formais de planejamento do SUS e com os instrumentos de planejamento governamental, conformando um ciclo, que visa a promover a equidade regional, contribuindo assim para a concretização do planejamento ascendente do SUS. O Ciclo de Planejamento Regional Integrado, pode ser demonstrado na Figura 10.



Figura 10 | Ciclo de Planejamento Integrado no SUS



Fonte: BRASIL (2013).

Segundo o Manual de Planejamento do SUS, Planejamento Regional Integrado é coordenado pelo Estado em articulação com os municípios e participação da União, e expressará as responsabilidades dos gestores de Saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resabilidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde, observando os Planos de Saúde dos três entes federados, em busca da equidade, integralidade na atenção à saúde, da racionalização dos gastos e otimização dos recursos, com ganho de escala, e o estabelecimento de mecanismos de governança e a atuação do Estado orientada pela lógica dos interesses coletivos e do SUS no espaço regional, superando um modelo organizativo de atenção episódica, reativa e fragmentada, por uma atenção contínua, proativa e integrada, compatível com o manejo adequado das condições agudas e crônicas (BRASIL, 2013).

A Resolução nº 37, de 22 de março de 2018, dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de Macrorregiões de Saúde e propõe algumas etapas, listadas a seguir:

- Definição das Macrorregiões de Saúde;
- Elaboração da análise da situação de saúde:
 - Identificação das necessidades de saúde
 - Identificação da capacidade instalada e dos vazios assistenciais
 - Identificação dos fluxos de acesso
- Definição de prioridades sanitárias: diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
- Organização dos pontos de atenção da RAS;
- Elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde;
- Definição dos investimentos necessários.

A Resolução nº 37/2018 também contempla os critérios para definição das macrorregiões:

- Conformação regional com escala, necessária para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, baseada em um limite geográfico, independentemente de divisas estaduais, e um contingente mínimo populacional de 700 mil habitantes, exceto para os estados da Região Norte, cuja base mínima populacional é de 500 mil habitantes;
- Contiguidade territorial, mesmo quando ultrapassar as divisas estaduais, visando a dar coesão regional, bem como proporcionar a organização, o planejamento e a regulação de serviços de saúde no território;
- Comitê Executivo: de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB deverá ser instituído na Macrorregião de Saúde com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS, com participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e representantes do Ministério da Saúde.

Atribuições do Comitê Executivo de Governança da RAS: De natureza técnica e operacional, vinculado à CIB, deverá ser instituído na Macrorregião de Saúde com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS, e fornecerá subsídios para a tomada de decisão na Macrorregião, bem como contribuirá para a efetivação dos acordos pactuados nas CIB e CIR, conforme a Resolução CIT nº 23/2017.

- Acompanhar o funcionamento da RAS nos diversos pontos de atenção da rede;
- Monitorar os objetivos e as metas da RAS que devem ser cumpridas em curto, médio e longo prazos;

- Monitorar os indicadores estabelecidos no painel de bordo da RAS na Macrorregião;
- Recomendar novos arranjos, fluxos e organização da RAS;
- Recomendar capacitações e Educação Permanente para as equipes de Saúde;
- Recomendar medidas que favoreçam as articulações das políticas interinstitucionais;
- Encaminhar para a CIB estadual as recomendações.

Além das funções explicitadas anteriormente, entendemos que o Comitê Executivo da RAS tem, ainda, o potencial para:

- Formular as diretrizes assistenciais, considerando as desigualdades e diversidades do território macrorregional, para a efetivação de um modelo de atenção à saúde, voltado às condições crônicas;
- Criar uma “Identidade Macrorregional”, baseada nas necessidades de saúde, que possa criar bases de sustentação para o planejamento e o desenvolvimento de ações e serviços de saúde, superando os desafios a curto, médio e longo prazo, gerando institucionalidade dos princípios do SUS nos territórios;
- Contribuir para a definição da incorporação tecnológica, dialogando com todo o processo de judicialização do SUS; e
- Contribuir para a criação de diretrizes para a formação em Saúde, fomentando a formação de profissionais com perfil voltado às necessidades do SUS nos territórios macrorregionais.

Ressalta-se a importância de que o Comitê Executivo da RAS seja constituído e adequado à realidade local, e que esteja em ampla articulação com a “Estrutura Institucional e Decisória do SUS” (Figura 11), em especial com a Comissão Intergestores Regional, que reúne todos os gestores municipais das Regiões de Saúde, garantindo que o Planejamento Regional Integrado seja construído, pactuado e monitorado de forma ascendente. Por fim, é esperado que o Comitê Executivo da RAS incorpore uma construção técnica e científica, que apoie a gestão e traga sustentabilidade à decisão política, criando assim uma institucionalidade do PRI da macrorregião, que ao ser pautado nas necessidades de saúde possa ser revisitado de forma contínua, e tenha estabilidades frente às constantes renovações da gestão.

Ressalta-se a importância de que o Comitê Executivo da RAS seja constituído e adequado à realidade local, e que esteja em ampla articulação com a “Estrutura Institucional e Decisória do SUS”.

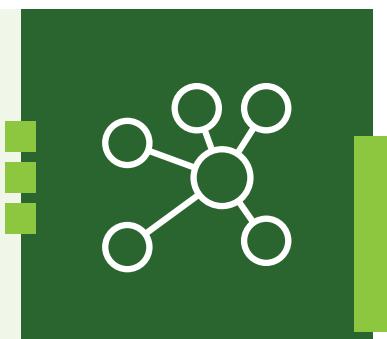
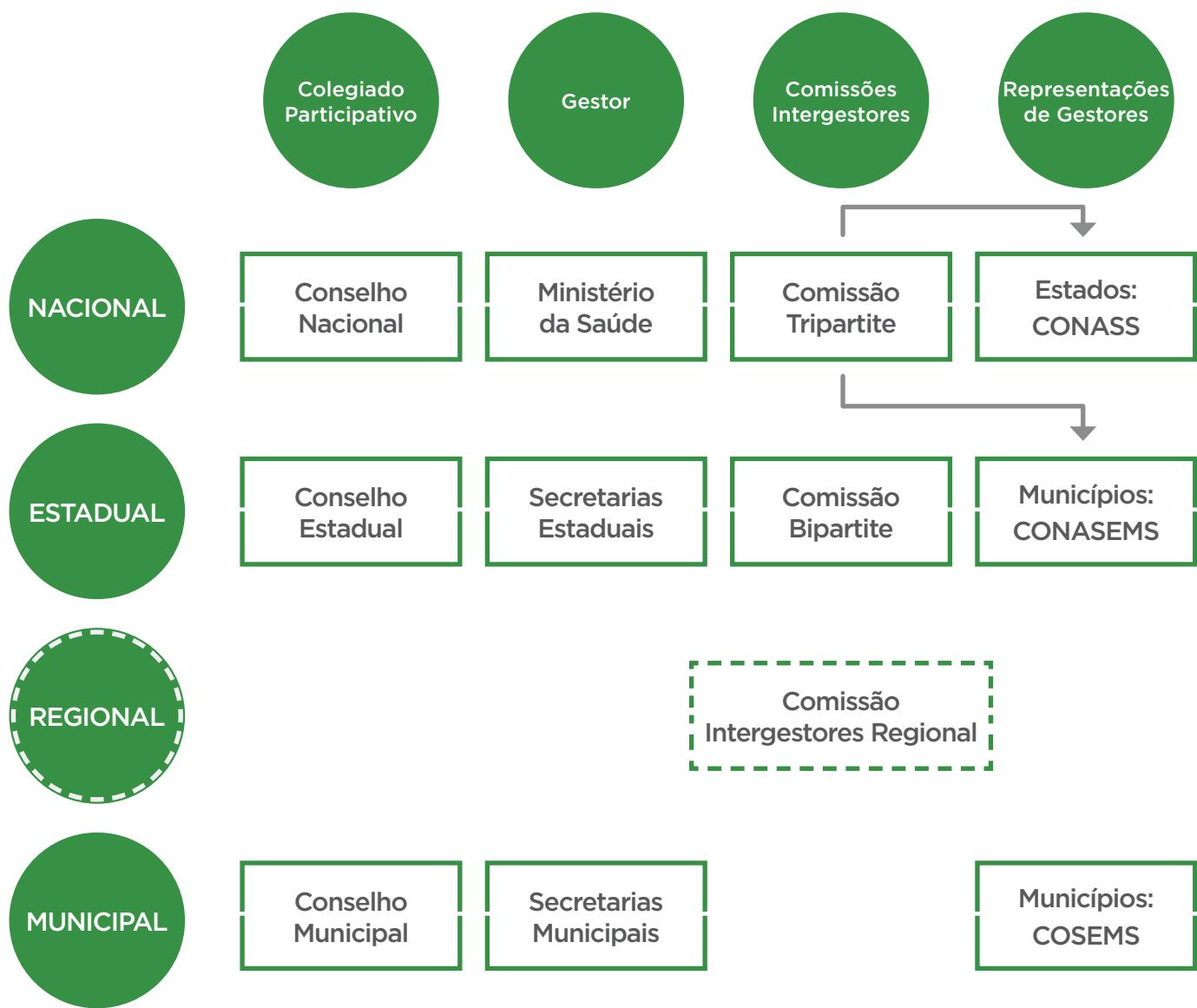


Figura 11 | Estrutura institucional e decisória do SUS



Fonte: BRASIL (2002, adaptado).

Conforme já explicitado na Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, a CIB deverá instituir, definir a composição, as atribuições e o funcionamento dos Comitês Executivos de Governança das RAS, observadas as realidades locais, que poderão subsidiá-la nas tomadas de decisões acerca do seu espaço regional, no que se refere à implementação das RAS, sugerindo a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e representantes do Ministério da Saúde.

Conceito 9: Regulação em Saúde

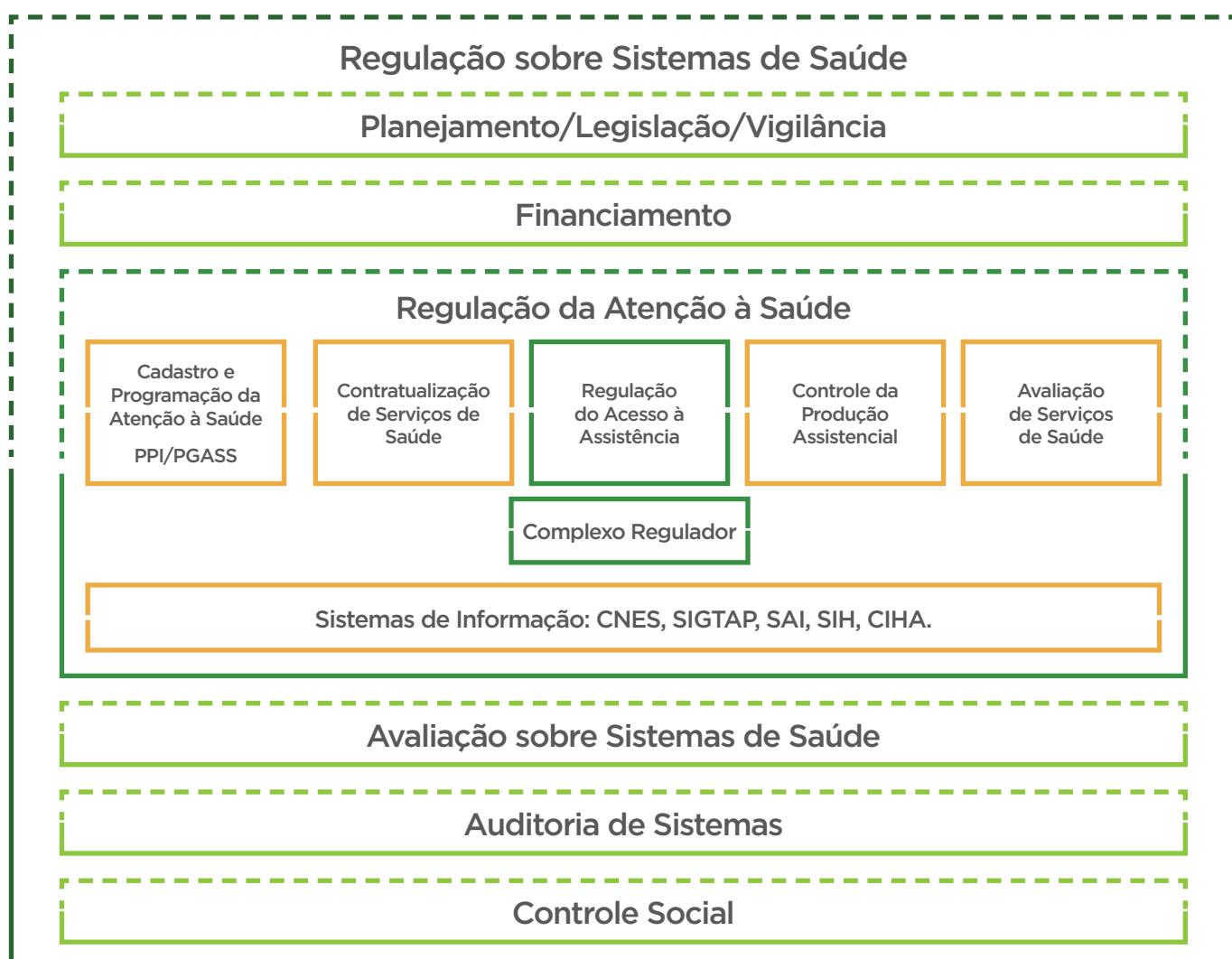
No setor Saúde a regulação compreende ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção e a distribuição de bens e Serviços de Saúde. A regulação no setor Saúde tem por finalidade contribuir para a produção das ações de Saúde e, como objeto: os estabelecimentos (envolvendo estrutura física, equipamentos, profissio-

nais etc.); as relações contratuais; o exercício das profissões de Saúde; a oferta e a demanda por serviços; os protocolos assistenciais; os fluxos de atendimento; a produção, venda, incorporação e uso de insumos, medicamentos e de outras tecnologias; condições de trabalho e ambientes relativos ao setor Saúde; além do controle e da avaliação dos custos e gastos em Saúde (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, a regulação no setor Saúde é uma ação política de garantia de direitos sobre os interesses do mercado e é composto por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos nos diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2016).

A Portaria GM/MS nº 1.559, publicada em 1º de agosto de 2008, institui a Política Nacional de Regulação (PNR) a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo. As ações, estão organizadas em três dimensões de atuação, integradas entre si e representadas na Figura 12.

Figura 12 | Dimensões da Regulação



Fonte: BRASIL (2008).

De acordo com a Política Nacional de Regulação, as dimensões da regulação podem ser explicitadas da seguinte maneira (BRASIL, 2008):

I. Regulação de Sistemas de Saúde: têm como objeto os sistemas municipal, estadual e nacional de Saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e das diretrizes do SUS as macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas. São ações da Regulação do Sistema de Saúde:

- Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão.
- Planejamento, financiamento e fiscalização de Sistemas de Saúde.
- Controle Social e Ouvidoria em Saúde.
- Vigilância Sanitária e Epidemiológica.
- Regulação da Saúde Suplementar.
- Auditoria Assistencial ou Clínica.
- Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

II. Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto são a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigidas aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial, e controle da oferta de serviços, executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.

- Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
- Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS).
- Contratualização de Serviços de Saúde segundo as normas e políticas específicas do Ministério da Saúde.
- Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde.
- Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais.
- Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar.
- Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).
- Avaliação analítica da produção.

- Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários (PNASS).
- Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde.
- Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde.
- Utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

III. Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais, e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

- Regulação do acesso a partir da atenção básica – acolhimento, matriciamento e encontros técnicos, gestão das listas de acesso etc.
- Regulação do acesso às unidades especializadas – gestão das agendas etc.
- Regulação da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências – determinação da vaga zero etc.
- Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados.
- Autorização dos procedimentos de alto custo/complexidade.
- Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos de regulação do acesso.
- O estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da Atenção em Saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes.

Regulação do acesso a partir da Atenção Básica

A regulação do acesso a partir da atenção básica compreende e articula uma série de ações que contribuem para que o usuário adentre o Sistema de Saúde e percorra um fluxo de encaminhamento definido, na busca de atendimento às suas necessidades. Os municípios devem organizar uma atenção básica que seja resolutiva e que faça encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência, coordenadora e ordenadora do cuidado, em que a regulação do acesso passe a fazer parte do processo organizativo do modelo de atenção adotado, respaldado por responsabilidades nos diversos níveis de atenção (BRASIL, 2016).

Uma ferramenta importante para efetivação da regulação do acesso na atenção básica é a constituição de um espaço para qualificação das solicitações dos usuários, seja como Apoio Matricial ou outros Encontros Técnicos, onde os profissionais de Saúde lançam mão das listas de acesso, dos protocolos de regulação, das ofertas disponíveis, da localização dos estabelecimentos executantes, das prioridades de gestão, da linha de cuidado, das condições sociais e clínicas do usuário para priorizar o agendamento.

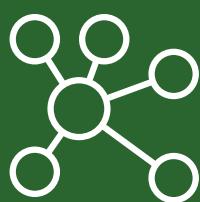
Dentre outras ferramentas, o acolhimento surge como possibilidade de operacionalizar o processo de produção da relação usuário-serviço favorecendo o acesso aos serviços de saúde em primeira instância, identificando a necessidade do usuário e dando um efetivo encaminhamento. Potencializar a capacidade resolutiva da atenção básica reduz a demanda para os níveis mais complexos e especializados, viabiliza a adequada hierarquização da rede e, por consequência, a adoção de fluxos referenciados e mais equânimis, aproximando o processo assistencial da população e da comunidade (BRASIL, 2016).

Conceito 10: Contratualização de Serviços de Saúde

A Política de Regulação do SUS define, entre outros aspectos, a contratação de prestadores de serviços de saúde como competência comum dos entes federativos. A contratação de serviços de saúde de forma complementar das instituições privadas e a sua relação com o gestor deve ser estabelecida por vínculos formais, permitindo-lhe suprir a insuficiência dos serviços no setor público, assegurada a preferência às entidades filantrópicas e aquelas sem fins lucrativos, conforme Art. 199, §1º da Constituição Federal, observadas as exigências gerais aplicáveis (BRASIL, 2016).

Conforme explicitado no Manual de Orientações para Contratação de Serviços, a celebração de vínculos formais entre gestores e prestadores de serviços de saúde tem a função de estabelecer uma ferramenta formal de compromisso entre as partes no aspecto qualquantitativo, e garantir a legalidade dos repasses de recursos financeiros. Para assegurar o atingimento dessas funções deverão as partes cumprir as regras fixadas na legislação pertinente às Licitações e aos Contratos Administrativos. A formalização da participação complementar das entidades privadas no SUS se reveste de importância na atividade assistencial e deve, ainda, ser entendida como importante mecanismo de gestão, controle e avaliação dos serviços contratados, conforme institui a PNR, na dimensão regulação da atenção (BRASIL, 2016).

Os conceitos propostos pelo Manual de Orientações para Contratação de Serviços (BRASIL, 2016) são:



A Política de Regulação do SUS define, entre outros aspectos, a contratação de prestadores de serviços de saúde como competência comum dos entes federativos.

Contratualização: Como nova modalidade contratual, a contratualização não se restringe ao ato formal de contratação de serviços, pois refere-se a uma pactuação entre gestor e prestador de serviços onde são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas de acordo com as necessidades de saúde da população e do perfil assistencial do prestador. São especificadas obrigações e responsabilidades para as partes envolvidas e estabelecidos critérios para o monitoramento e avaliação de seu desempenho. A formalização contratual entre o Poder Público e a iniciativa privada é de suma importância, pois estabelece de forma clara os direitos e deveres de cada uma das partes, legitima o repasse de recursos públicos para o setor privado, de mecanismos de subordinação do processo de contratação às diretrizes das Políticas de Saúde do SUS e torna-se um forte instrumento de regulação e de avaliação dos resultados na prestação de serviços. Entretanto, deve ser lembrado que, antes da formalização contratual, é imprescindível planejar a compra de serviços com base no diagnóstico das necessidades de saúde da população e na capacidade de oferta da rede pública. A definição do escopo, quantidade e qualidade dos serviços a serem contratados deve ter como base os protocolos assistenciais, bem como as prioridades definidas pelo gestor no seu Plano de Saúde.

Complementação dos serviços públicos de saúde: Quando as disponibilidades de oferta de serviços próprios forem insuficientes para garantir o atendimento à população, o gestor de Saúde poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde, respeitando as competências que lhes são atribuídas pela lei, a legislação aplicável às licitações e os limites de seu território no planejamento de ações garantidoras da suficiência da assistência.

Contratação dos Serviços de Saúde: É o ato ou efeito de contratar; é o acordo estabelecido entre o gestor e o prestador que entre si transferem direito ou se sujeitam a uma obrigação. Para proceder à contratação de serviços de saúde, o gestor pode utilizar diversos instrumentos, que serão adotados de acordo com a natureza do objeto a ser contratado. Entre eles, destacam-se:

- **Convênio** – Pode ser definido como forma de ajuste entre Poder Público e entidades públicas ou privadas, para a realização de objetivos de interesse comum, mediante mútua colaboração, ou seja, todas as partes têm um só objetivo. Assim, o convênio pode ser utilizado para regular a relação com as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, quando houver o interesse mútuo em promover a saúde da população. Pelo disposto no art. 199, §1º da Constituição Federal, tais entidades têm prioridade na participação complementar da Rede Pública de Saúde. Para serem consideradas filantrópicas estas entidades devem obter certificação. Com a publicação da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, a responsabilidade de certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social (CNAS) passa para o Ministério da Saúde, da Educação e da Assistência Social, de acordo com a área de atuação preponderante das entidades (BRASIL, 2009).
- **Contrato Administrativo** – Ajuste firmado entre Poder Público e prestadores privados, com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços numa lógica de pagamento por produção, seguindo os ditames da Lei nº 8.666/1993. O objeto do contrato deverá estabelecer metas por produção.
- **Contrato de Gestão** – Segundo Meirelles (2003), este não é um contrato propriamente dito, pois não há interesses contraditórios; é melhor conceituado como um acordo de Direito Público. Sua finalidade básica é possibilitar à Administração fixar metas e prazos de execução a serem cumpridos pela entidade privada ou pelo ente da administração indireta, a fim de permitir melhor controle de resultados. O contrato de gestão também está previsto na

Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, julgada constitucional pelo Superior Tribunal de Justiça como instrumento para estabelecer vínculo jurídico entre Organizações Sociais (OS) e a administração pública, quando o objetivo do contrato for a transferência da gestão de uma instituição pública para a OS (BRASIL, 1998). O contrato de gestão, quando celebrado com entidades da administração indireta, tem por objetivo ampliar a sua autonomia; porém, quando celebrado com Organizações Sociais, restringe-se a exigências contidas no contrato de gestão. Para ordenar o relacionamento dos gestores do SUS com os estabelecimentos hospitalares, o Ministério da Saúde publicou as Portarias GM/MS nº 3.390, de 30 de abril de 2013, e nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013). A primeira institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde no SUS. Suas disposições aplicam-se a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Já a Portaria GM/MS nº 3.410/2013 estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde. As disposições desta Portaria se aplicam a todos os entes federativos que possuam sob sua gestão hospitais integrantes do SUS. Cabe ao gestor definir a área de abrangência, a população referenciada, a contratação de ações e serviços de acordo com o perfil assistencial do hospital, e baseado nas necessidades epidemiológicas da região, bem como no Plano de Ação Regional das Redes Temáticas.

- **Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP)** – A Portaria GM/MS nº 161, de 21 de janeiro de 2010, em seu art. 2º, define o PCEP como instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um município, que estão sob a gerência de determinada unidade federativa, e gestão de outra. Em seu art. 4º, parágrafo único, determina a obrigatoriedade de Plano Operativo que deverá conter: a) Definição das metas físicas das unidades, atendimento ambulatorial, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com seus quantitativos e fluxos de referência e contrarreferência; b) Definição das metas de qualidade; e c) Descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão (BRASIL, 2010).
- **Parcerias** – Forma de relacionamento entre o Poder Público e a sociedade civil, criada pela Lei nº 9.790/1999 que dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. No art. 9º desta lei fica instituído o Termo de Parceria, assim considerado o instrumento passível de ser firmado entre o Poder Público e as entidades qualificadas, como organizações da sociedade civil de interesse público, destinado à formação de vínculo de cooperação entre as partes, para o fomento e a execução das atividades de interesse público previstas no art. 3º desta Lei (BRASIL, 1999).
- **Consórcios Públicos** – Previstos na Lei nº 11.107/2005, que regulamentou o art. 241 da Constituição Federal, e estabelece normas gerais de contratação dos consórcios públicos, aplicáveis à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios. A construção de RAS exige que certos serviços comuns transcendam os limites municipais. Isso conduz ao estabelecimento de parcerias entre municípios, Estado e União, e implica a superação das relações hierárquicas, baseadas na autoridade, por relações de cooperação e de interdependência entre os diversos atores sociais (MENDES, 2011). Existem inúmeros desafios a serem considerados no processo de regionalização. Entre eles, as dificuldades para integrar e coordenar ações e serviços de saúde em diferentes espaços geográficos,

com distintas gestões para atender às necessidades de Saúde na escala, qualidade e custos adequados. Nesse contexto, surgem os consórcios públicos enquanto possibilidade organizacional para suprir às necessidades de coordenação e integração entre os entes federados (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020). Os Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo o exposto no artigo 241 da Constituição Federal, na Lei nº 11.107/05, regulamentada pelo Decreto nº 6.017/07, são constituídos entre os entes federados para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos (BRASIL, 2005, 2007). Teixeira et al. (2003) definem os Consórcios Intermunicipais de Saúde como uma iniciativa autônoma de municípios localizados em áreas geográficas contíguas, que se associam para gerir e prover conjuntamente serviços especializados e de apoio diagnóstico de maior densidade tecnológica à população das municipalidades participantes. Os benefícios dos consórcios são, entre outros, o ganho de escala na prestação de serviços, a racionalidade de processos e de despesas e a realização de projetos conjuntos que seriam inviáveis de forma isolada.

- **Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP)** – Tem como objeto a organização e a integração das ações de Saúde dos entes federativos de uma Região de Saúde em Rede de Atenção à Saúde (art. 3º, Resolução nº 02 de 29/9/2011 – CIT). Estabelecerá para cada ente signatário as responsabilidades executivas, orçamentário-financeiras e de monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria, como forma de garantia da integralidade da assistência à saúde (Parágrafo único, art. 3º Resolução nº 02 de 29/9/2011 – CIT). Definido pelo art. 2º, inciso II do Decreto nº 7.508/2011:

Acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

Mais recentemente a Deliberação CIT nº 44, de 25 de abril de 2019, definiu que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado, e será expresso no Plano Regional Integrado e observará as diretrizes contidas nas Resoluções CIT nº 23/2017 e nº 37/2018.

Conceito 11: Programação Assistencial

Com a implantação do SUS, o Ministério da Saúde elaborou e definiu uma série de Portarias e Normativas cujos objetivos visavam à sedimentação do Sistema. Foi nesse contexto que a Norma Operacional Básica, publicada em 1996 (NOB 96), introduziu na gestão do SUS a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que se manteve como instrumento do processo de regionalização pela NOAS/2001, reafirmada como instrumento indutor da qualificação da gestão dos municípios e Estados, bem como dos mecanismos de alocação e transferência de recursos, no âmbito do Pacto de Gestão (Portaria GM nº 1097/06).

Segundo explicitado no documento da Metodologia para Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade (Ministério da Saúde):

A programação assistencial consiste na definição dos quantitativos físicos e financeiros das ações e resultante de um processo de negociação e pactuação entre os gestores estaduais e municipais de saúde. Busca a otimização dos recursos físicos e financeiros, por meio da pactuação de fluxos assistenciais, tendo por objetivo o acesso da população aos serviços de que necessita, independentemente da disponibilidade no seu município de residência (BRASIL, 2019).

Em 2011 o Decreto nº 7.508, e a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, determinaram mudanças no planejamento do Sistema Único de Saúde, que implicaram na reformulação dos processos de programação das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, 2012). Nesse contexto, em agosto de 2012 a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) definiu diretrizes e proposições metodológicas para uma proposta de Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), buscando a integração das áreas de promoção e da assistência à Saúde, de epidemiologia e controle de doenças, de vigilância sanitária e de assistência farmacêutica - o que também não se concretizou, por dificuldades técnicas e de gestão, que ainda carecem ser estudadas.

A Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade está subdividida em três etapas:

- Etapa I – Registro das diretrizes, objetivos e metas dos Planos de Saúde, harmonizados no âmbito regional.
- Etapa II – Modelagem da Rede de Atenção à Saúde.
- Etapa III – Programação Assistencial da Média e Alta Complexidade, com explicitação dos pactos de gestão e programação por estabelecimento de Saúde.

Parâmetros para a programação assistencial – Portaria GM 1.631/2015

Os parâmetros são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços do SUS, nos processos de programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde. São referenciais importantes para o planejamento e programação das ações e serviços de saúde regidos pela lógica das necessidades de saúde da população e da organização das redes. Além disso, contribuem para a definição de critérios de alocação de recursos em cada município e Região de Saúde.

Conceito 12: Transporte Sanitário

De acordo com Mendes (2011), os Sistemas de Transporte em Saúde estruturam-se em diferentes subsistemas: o subsistema de Transporte em Saúde de Pessoas, o subsistema de Transporte em Saúde de Material Biológico e o subsistema de Transporte em Saúde de Resíduos dos serviços de saúde. A Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e define o Transporte Sanitário como um dos quatro sistemas logísticos que compõem a sua estrutura operacional.

Aqui destacamos como fundamental para a garantia da integralidade do cuidado a organização dos serviços de Transporte em Saúde de Pessoas, em caráter eletivo e/ou de urgência, de menor complexidade para serviços de referência de maior complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em Unidade de Terapia Intensiva, bem como a transferência de serviços de maior complexidade para unidades de menor complexidade, para a conclusão do tratamento.

A Resolução CIT nº 13, de 23 de fevereiro de 2017, dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo, destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS. Já a Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aborda as transferências e o transporte Inter-hospitalar em situações de urgência, considerando-se as grades de referência previamente pactuadas (BRASIL, 2002; 2017).

O Transporte Sanitário, tanto em situações eletivas quanto nos casos de urgência, deve ser garantido por uma estrutura de regulação de acesso à atenção à saúde, preferencialmente de base regional, e poderá ser terrestre, aéreo ou aquaviário, considerando-se as condições geográficas de cada região e observando-se as distâncias e vias de acesso.

Para os casos em que seja requerido o transporte em ambulâncias, deve-se considerar o estabelecido na Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, que define ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos. As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000, que caracterizam as Ambulâncias de Suporte Básico, Ambulâncias de Suporte Avançado, Aeronaves de Transporte Médico e as Embarcações de Transporte.



Conceito 13: Informação em Saúde

Os sistemas de informação em Saúde são ferramentas importantes para o diagnóstico da situação de saúde e da estrutura da RAS (pontos de atenção), com vistas à produção de intervenções sobre as necessidades da população. Os sistemas de informação em saúde “constituem um esforço integrado para coletar, processar, reportar e usar informação e conhecimento para influenciar as políticas, os programas e a pesquisa” (MENDES, 2011, p. 131).

Os sistemas de informação em Saúde devem incorporar:

Determinantes sociais da saúde e os ambientes contextuais e legais nos quais os sistemas de Atenção à Saúde operam; os insumos dos sistemas de Atenção à Saúde e os processos relacionados a eles, incluindo a política e a organização, a infraestrutura sanitária, os recursos humanos e os recursos financeiros; a performance dos sistemas de Atenção à Saúde; os resultados produzidos em termos de mortalidade, morbidade, carga de doenças, bem-estar e estado de saúde; e a equidade em saúde (MENDES, 2011, p. 131).

Nos últimos anos, os sistemas de informação em Saúde no Brasil tiveram um crescimento acelerado, especialmente com a implementação do SUS, um trabalho coletivo de construção e esforço da União, Estados e municípios. Os Serviços de Saúde no Brasil produzem dados que alimentam vários sistemas de informação criados por necessidades específicas, e que resultam em bases de dados independentes, volumosas e heterogêneas em qualidade e cobertura, refletindo condições socioeconômicas, administrativas e técnico-operacionais em cada instância de gestão (FONSECA, 2017).

Na concepção do SUS, um dos objetivos básicos do Sistema de Informação em Saúde (SIS) é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, tomando como referencial microrregiões homogêneas e considerando, necessariamente, as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença. O desempenho dos Sistemas de Informação em Saúde depende da qualidade das informações geradas que alimentam os sistemas. Como um dos principais desafios encontra-se a democratização da informação em Saúde que reflete a melhoria de sua qualidade (idem, 2017).

O processo de construção e de implantação do SUS evidencia a importância da informação para o planejamento, execução e avaliação das ações em todas as instâncias governamentais. Nesse sentido, a gestão em Saúde requer a tomada de decisões de alta responsabilidade e relevância social. O gestor é, antes de tudo, um tomador de decisão; a informação corresponde à matéria-prima para a realização desse processo. As informações em Saúde referem-se ao processo saúde-doença e condições de vida, bem como a informações de cunho administrativo, e possibilitam o conhecimento ampliado da realidade sanitária de uma população, através da identificação de problemas individuais e coletivos (ibidem, 2017).

Os indicadores de Saúde facilitam a quantificação e a análise das informações e são relevantes sobre diversos aspectos como instrumento de avaliação do estado e empenho dos Sistemas de Saúde. Podem ser avaliados em conjunto para refletir a situação sanitária de uma população e servir como ferramenta na vigilância das condições de saúde. O desenvolvimento de um indicador pode variar desde uma simples contagem de casos de uma determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices (FONSECA, 2017).

Informações qualificadas auxiliam os decisores a aperfeiçoar as suas decisões e levam à melhoria dos serviços públicos. Para além dos Sistemas de Informações em Saúde propostos pelo Ministério da Saúde, os municípios e as Regiões de Saúde podem e devem incorporar dispositivos que permitam compreender, monitorar e avaliar o cuidado em saúde, o que pode ser potencializado pela incorporação do prontuário eletrônico e a definição de dados estratégicos que permitam “olhar” para o espaço municipal, micro e macrorregional, incorporando aspectos relacionados à produção, qualidade dos serviços e ações de saúde ofertados e, principalmente, das questões relacionadas ao processo de adoecimento.

Conceito 14: Acreditação e Qualidade

O conceito de qualidade em Saúde admite inúmeros olhares e diferentes autores propõem significados distintos para o termo. A literatura apresenta muitas abordagens e definições de qualidade em Saúde que incorporam aspectos técnicos, políticos, sociais e econômicos. Para Serapioni (2009), o conceito de qualidade não é simples, nem hegemônico, mas complexo e polivalente. Para o autor, a complexidade da qualidade depende de vários fatores.

Em primeiro lugar, é preciso assinalar a complexidade da mesma concepção de saúde que, após as críticas ao processo de medicalização da vida, considera a pessoa na sua unidade e integridade biopsíquicas, inclusos os componentes espirituais, relacionais e sociais. Tal complexidade é reforçada pela variedade de atores que agem no âmbito dos Sistemas de Saúde e pela diversidade dos pontos de vista: pacientes, cidadãos, profissões das diferentes categorias; gerentes, dirigentes e administradores dos serviços; indústrias farmacêuticas; produtores de tecnologias sanitárias; faculdades de medicina e outras; associações de consumidores e de defesa dos direitos dos pacientes, gestores e planejadores de políticas de saúde. Cada um deles expressa pontos diversos da qualidade a partir da própria posição, ideais e interesses particulares (SERAPIONI, 2009, p. 70).

A pluralidade de abordagens e metodologias de análise da qualidade depende, também, do caráter intrinsecamente multidimensional do conceito de qualidade. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde considera que uma assistência qualitativamente adequada deve incluir, pelo menos, os seguintes elementos: qualidade técnica, uso eficiente dos recursos, controle dos riscos oriundos das práticas assistenciais, acessibilidade da atenção e aceitabilidade por parte dos pacientes (SERAPIONI, 2009).

Existem inúmeras possibilidades de se incorporar dispositivos que qualifiquem o cuidado, dentre eles, citamos a Acreditação, a instituição de programas de Segurança do Paciente e de Controle de Infecção em Serviços de Saúde.

A Acreditação é um “método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de Saúde” (ONA, 2020, s.p.). Para receber a certificação, a instituição de Saúde precisa atender aos padrões – reconhecidos internacionalmente – definidos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). A avaliação para a certificação é realizada por adesão voluntária e reservada e se constitui, essencialmente, em um programa de educação continuada das organizações prestadoras de serviços de saúde (ONA, 2020).

O Programa de Controle de Infecção em Serviços de Saúde é, para a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), sinônimo de controle de qualidade e deve envolver diretamente os serviços de saúde, as Vigilâncias Sanitárias estaduais e municipais, as instituições de ensino e os profissionais de saúde.

A estruturação dos serviços de controle de infecção junto às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde é fundamental para qualificar o processo de cuidado em todos os níveis de atenção, contribuindo não só com as estratégias de monitoramento e avaliação de eventos adversos e a incorporação de novas tecnologias em Saúde, mas principalmente com a adoção de dispositivos para a educação permanente de toda a equipe assistencial, incorporando protocolos para a Segurança do Paciente que buscam implementar iniciativas voltadas à sua segurança em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde.

Além disso, indicadores de qualidade precisam ser definidos e pactuados em todo o processo assistencial, devendo ser incorporados, inclusive, nos contratos estabelecidos entre os entes e entre estes e os serviços de saúde próprios e complementares da RAS.

Conceito 15: Incorporação de Tecnologia em Saúde

Tecnologia em Saúde se refere:

[...] à aplicação de conhecimentos com objetivo de promover a saúde, prevenir e tratar as doenças e reabilitar as pessoas. São exemplos de tecnologias em saúde: medicamentos, produtos para a saúde, procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte e os programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2016, p. 08).

As tecnologias em Saúde estão presentes em todos os níveis de cuidado e sua correta utilização e atualização são fundamentais para a qualificação das ações e serviços de saúde, oportunizando a otimização das respostas do sistema de saúde. A incorporação de tecnologias em saúde mobiliza muitos interesses na sociedade, às vezes antagônicos, mas é possível equilibrar essas relações quando consideramos o usuário e suas necessidades como centro das discussões, e avaliamos a capacidade do Sistema assumir o custo adicional destas tecnologias dentro de um processo transparente e objetivo, baseado na melhor evidência científica (LIMA et al., 2019).

A Lei nº 12.401/2011 é um marco para o SUS, por definir critérios e prazos para a incorporação de novas tecnologias em Saúde e instituir a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC) como órgão assessor do Ministério da Saúde para decisões quanto à incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, assim como elaboração ou revisão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (BRASIL, 2011).

No contexto regional, a incorporação de tecnologias deve ser constantemente analisada e aprimorada para que sua adoção ocorra de forma sustentável, transparente e que favoreça sua consolidação no SUS.

Conceito 16: Mecanismos de Integração da RAS

São dispositivos de gestão desenvolvidos com o intuito de integrar e desenvolver as Redes de Atenção. Tais dispositivos visam a integrar conhecimentos técnicos e político-sociais para a qualificação do cuidado e melhora da resolubilidade dos serviços de atenção à saúde e da rede que estes integram. Apresentamos, a seguir, alguns exemplos de dispositivos de gestão que estamos chamando aqui de mecanismos de integração de rede:

- A **Educação Permanente** tem como intuito democratizar os processos de trabalho e gestão a partir das realidades vividas no cotidiano do cuidado e do planejamento e avaliação. Entende-se que esse processo exige espaços amplos de fala, compostos pela maior diversidade possível de atores, e que induzam à reflexão e à problematização sobre as práticas cotidianas. Aqui o desafio é constituir tais espaços de forma que os processos de coalização de poder sejam minimizados, evitando a exclusão de grupos ou pessoas dos processos decisórios (CECÍLIO, 2010).
- As propostas de **Apoio Matricial** e de **Apoio Institucional** são exemplos de arranjos organizacionais adotados em alguns municípios e estados brasileiros e que se constituem como método de trabalho para a consolidação de propostas de gestão, com reorientação de práticas hegemônicas. Pode-se entender a proposta do Apoio Matricial como estratégia para a reorientação das práticas de cuidado, deslocando o foco de um modelo biomédico para um que reconheça de forma interdisciplinar as necessidades de saúde e seus determinantes sociais com base no território. O Apoio Institucional, por sua vez, pode ser entendido como um esforço de reorientação das práticas de gestão dos serviços de saúde, com o deslocamento de propostas verticalizadas, nas quais há o distanciamento entre gestores e trabalhadores, para o diálogo horizontal pautado na corresponsabilização pela criação e gestão de propostas para o trabalho em Saúde (PAIXÃO; TAVARES, 2014).
- O Telessaúde engloba um escopo de ações intrinsecamente associado à incorporação de tecnologias de informação e de telecomunicação nos sistemas de saúde. Se configura como uma nova maneira de pensar os processos de Saúde a partir da quebra da barreira da distância (PEREIRA; MACHADO, 2015). As ações nesse tema podem qualificar o profissional, melhorar o acesso a diagnósticos rápidos, apoiar o planejamento em gestão por meio de dados dinâmicos, e impactar nas filas e nos tempos da regulação. O Ministério da Saúde define pelo menos cinco campos de ação ligados a esse tema:
 - **Teleconsultoria:** mecanismo criado para profissionais e gestores tirarem dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de Saúde e questões relativas ao processo de trabalho em Saúde, podendo ser em tempo real ou por meio de mensagens off-line;
 - **Telediagnóstico:** uso da tecnologia da informação para fazer apoio diagnóstico (como a avaliação de exames);
 - **Teleeducação:** disponibilização de atividades educacionais a distância, com foco na aprendizagem no trabalho;
 - **Teleregulação:** uso das tecnologias informacionais e comunicacionais compondo os sistemas de regulação de pacientes na Rede de Atenção; e

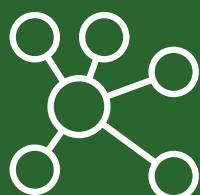
- **Telemonitoramento:** uso das tecnologias para monitoramento a distância de parâmetros de saúde e/ou doença de pacientes. O monitoramento pode incluir a coleta de dados clínicos e a transmissão, o processamento e o manejo por um profissional de Saúde, utilizando sistema eletrônico.

Conceito 17: Auditoria em Saúde

A auditoria em Saúde teve início nos Estados Unidos, aparecendo pela primeira vez no trabalho realizado pelo médico George Gray Ward, em 1918, quando verificava a qualidade da assistência prestada aos pacientes por intermédio dos registros em seus prontuários. Na assistência à Saúde, a auditoria pode ser desenvolvida em vários setores e por diferentes profissionais, destacando-se a auditoria médica, caracterizada por uma sequência de ações administrativas, técnicas e observacionais, com o intuito de analisar a qualidade dos serviços prestados a fim de assegurar seu melhor desempenho e resoluibilidade (SANTOS et al., 2009).

Atualmente, a auditoria na Saúde pode ser realizada em hospitais, clínicas, ambulatórios e *Home Care*, por operadoras de planos e seguros de saúde. As atividades de auditoria no Brasil não são recentes, tendo sido realizadas em Hospitais Universitários de modo superficial. No serviço público já ocorriam antes de 1976, com base no então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e eram executadas pelos supervisores por meio de apurações em prontuários e em contas hospitalares, porquanto à época não havia auditorias diretas em hospitais. A partir de 1976, as denominadas contas hospitalares foram transformadas em Guias de Internação Hospitalar (GIH) e as atividades de auditoria ficaram estabelecidas como Controle Formal e Técnico (idem, 2009).

A criação do SUS, em 1988, instituiu o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para a Atenção Primária. Para consolidar todas essas ações, superando fatores contrários, como carência de recursos financeiros, crescentes custos do processo de atenção e corporativismo dos profissionais da Saúde, e também visando a permitir a tomada de melhores decisões, foi criado o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) (ibidem, 2009).



A criação do SUS, em 1988, instituiu o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo.

O SNA tem como competência maior a avaliação técnica, científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, e sua ação deve ocorrer de forma descentralizada por meio de órgãos estaduais, municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada Estado da federação. O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), órgão central do SNA, exerce atividades de auditoria e fiscalização especializada no SUS, acompanhando as ações propostas e analisando seus resultados. Como o SUS é um sistema complexo, dinâmico e em constante evolução, para acompanhar seu processo de crescimento, ações, indicadores e resultados, foram desenvolvidos diferentes sistemas e redes de informações estratégicos, gerenciais e operacionais, que são usados pelo SNA para a obtenção de dados, análise e suporte à realização de auditorias analíticas e operacionais (SANTOS et al., 2009).

Conceito 18: Judicialização da Saúde

O direito à saúde é reconhecido, em leis nacionais e internacionais, como fundamental, que deve ser garantido pelos Estados aos seus cidadãos, por meio de políticas e ações públicas que permitam o acesso de todos aos meios adequados para o seu bem-estar. O direito à saúde implica, também, prestações positivas, incluindo a disponibilização de serviços e insumos de assistência à saúde – tendo, portanto, a natureza de um direito social, que comporta uma dimensão individual e outra coletiva em sua realização. A trajetória do reconhecimento do direito à saúde como relativo à dignidade humana e, consequentemente, sua incorporação nas leis, Políticas Públicas e jurisprudências, espelham as tensões e percepções sobre as definições de saúde e doença, de como alcançar este estado de bem-estar e quais os direitos e responsabilidades dos cidadãos e dos Estados (VENTURA, 2010).

Uma primeira dificuldade ética na identificação da saúde como um bem a ser tutelado pelo Direito é estabelecer critérios universalizáveis para definir este bem, ou mesmo os benefícios ou as necessidades para determinada pessoa ou comunidade, considerando que dependem de uma valoração específica, nos diversos contextos morais e sociais e, em especial, nas sociedades pluralistas. Outra dificuldade é a escolha dos meios para o alcance da saúde, considerando os aspectos anteriormente abordados de reificação da saúde e da doença, bem como a força simbólica desse processo de reificação, na percepção das pessoas e nas práticas de saúde (VENTURA, 2010).

Há um relativo consenso sobre a possibilidade de se exigir judicialmente do administrador a implementação das Políticas Públicas, ou mesmo sua adequação às diretrizes, princípios e conteúdos determinados na Constituição Federal e leis infraconstitucionais. Porém, são muitas as dúvidas e divergências sobre como as prestações genéricas devem ser cumpridas especificamente pelo Estado, quais os limites e os meios legais e eticamente válidos de exigí-las, se não forem cumpridas (VENTURA, 2010).

A demanda judicial individualizada relacionada a procedimentos e insumos de saúde contra entes públicos teve um crescimento exponencial nos últimos anos. Observa-se que houve avanços nas políticas e ações públicas de assistência farmacêuticas; no entanto, ainda há dificuldades de acesso da população aos medicamentos necessários à assistência integral à saúde (idem, 2010).

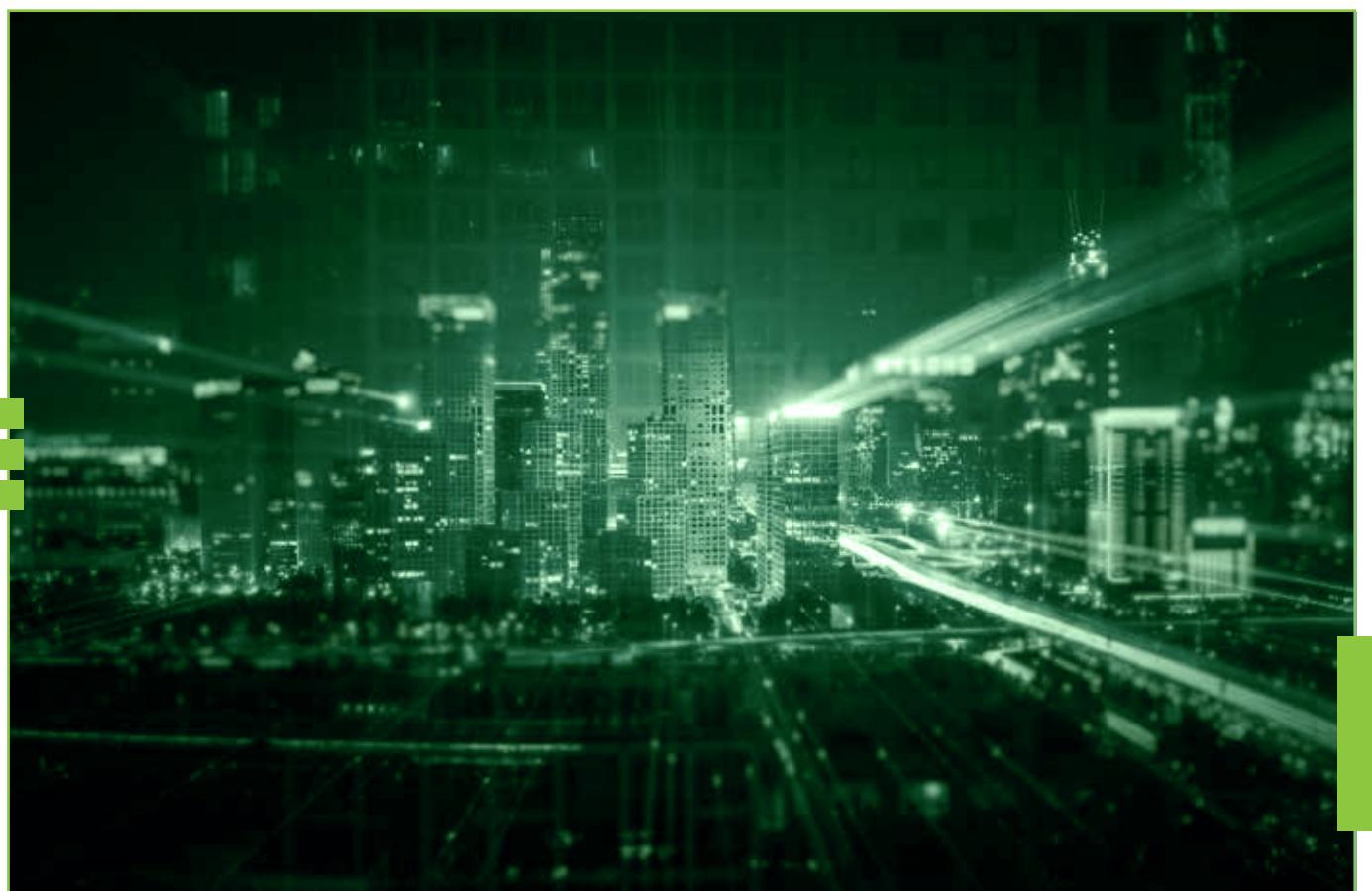
De maneira geral, os estudos sobre a “judicialização da Saúde” enfatizam mais fortemente os efeitos negativos deste tipo de demanda na governabilidade e gestão das políticas e ações

de Saúde. Uma das principais justificativas é que este tipo de intervenção no SUS aprofundaria as iniquidades no acesso à saúde, privilegiando determinado segmento e indivíduos, com maior poder de reivindicação, em detrimento de outros, na medida em que necessidades individuais ou de grupos determinados seriam atendidas em prejuízo a necessidades de outros grupos e indivíduos (ibidem, 2010).

Outros estudos apontam, com maior ênfase, as deficiências e insuficiências do Sistema de Saúde e do sistema judiciário brasileiro para responder de forma satisfatória às novas e crescentes demandas de Saúde, num contexto normativo que atribui obrigações legais amplas ao Estado brasileiro (VENTURA, 2010).

Conceito 19: Controle Social na Saúde

A expressão “controle social” tem sido alvo das discussões e práticas recentes de diversos segmentos da sociedade, como sinônimo de participação social nas Políticas Públicas. A temática do controle social tomou vulto no Brasil a partir do processo de democratização na década de 80 e, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas Políticas Públicas na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas posteriores: os Conselhos e as Conferências. Esta participação foi concebida na perspectiva de controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido desse, cada vez mais, atender aos interesses da maioria da população (CORREIA, 2006).



A área da Saúde foi pioneira neste processo devido à efervescência política que a caracterizou desde o final da década de 70 e à organização do Movimento da Reforma Sanitária, que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura com vistas à mudança do modelo “médico-assistencial privatista” para um Sistema Nacional de Saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade. De um modo geral, a literatura especializada tem tratado o controle social dentro da relação Estado e sociedade civil apresentando os Conselhos “gestores”, ou “de gestão setorial”, ou “de direitos”, como instâncias participativas, resultado do processo de democratização do Estado brasileiro (idem, 2006).

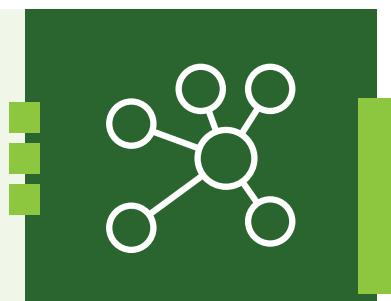
A participação social na área da Saúde foi concebida na perspectiva do controle social no sentido de os setores organizados na sociedade civil participarem desde as suas formulações – planos, programas e projetos –, no acompanhamento de suas execuções, até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. Foi institucionalizada na Lei nº 8.142/90, através das Conferências que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a Política de Saúde nas três esferas de governo, e através dos Conselhos, que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados na sociedade civil e os demais segmentos (gestores públicos e privados e trabalhadores da Saúde), e que objetivam tal controle (ibidem, 2006).

A gestão do desenvolvimento metodológico do projeto: a práxis de uma trajetória de construção coletiva

Os desenhos metodológicos anteriormente apresentados foram construídos colocando em diálogo as necessidades apontadas pelas macrorregiões em um processo contínuo de compreensão do contexto local e construção de materiais de apoio. Tais contextos inspiraram os estudos sobre os temas relevantes ao projeto com base em experiências e produções teóricas globais, no intuito de produzir um alinhamento conceitual que contribuisse para a prática dos coordenadores e facilitadores locais.

Para consolidar os alinhamentos foram desenvolvidas oficinas e ferramentas pedagógicas e de gestão que ofertassem saberes estruturados e que considerassem a abertura para emergir os conhecimentos prévios das equipes locais e suas necessidades de novas aprendizagens. Esse entrelaçamento metodológico se pauta na perspectiva da Educação Permanente, dispositivo de gestão que ao longo do tempo foi percebido pela equipe central de gestão

***O Aprendizado Baseado em Problemas (APB)
foi um dos balizadores para a construção
dos métodos e ferramentas pedagógicas dos
espaços de Educação Permanente.***



do projeto como fundamental para atingir os seus objetivos e contribuir para que o perfil de competência dos facilitadores fosse sustentado por um apoio contínuo e retroalimentado.

A dinâmica de Educação Permanente buscou ser coerente com os próprios princípios do projeto: qualificar as equipes locais, respeitando os problemas reais dos territórios a partir de um método ativo, no qual o aprendizado é de fato significativo e de valor para a mudança da prática. A Figura 13 busca representar essa dinâmica.

O Aprendizado Baseado em Problemas (APB) foi um dos balizadores para a construção dos métodos e ferramentas pedagógicas dos espaços de Educação Permanente. Nessa perspectiva há valorização das situações reais e apoio para que os envolvidos construam estratégias de enfrentamento a partir dos recursos que já são disponíveis. Ao mesmo tempo, instiga a reflexão crítica dos envolvidos para a busca de novos conhecimentos e novas soluções de enfrentamento dos problemas. Esse processo é inspirado na espiral construtivista de conhecimento, apresentada por Lima (2017) e aplicado ao ambiente de trabalho num esforço de aproximação entre prática de gestão e conhecimento estruturado.

Figura 13 | Representação do processo de Educação Permanente desenvolvido entre as equipes de trabalho do projeto

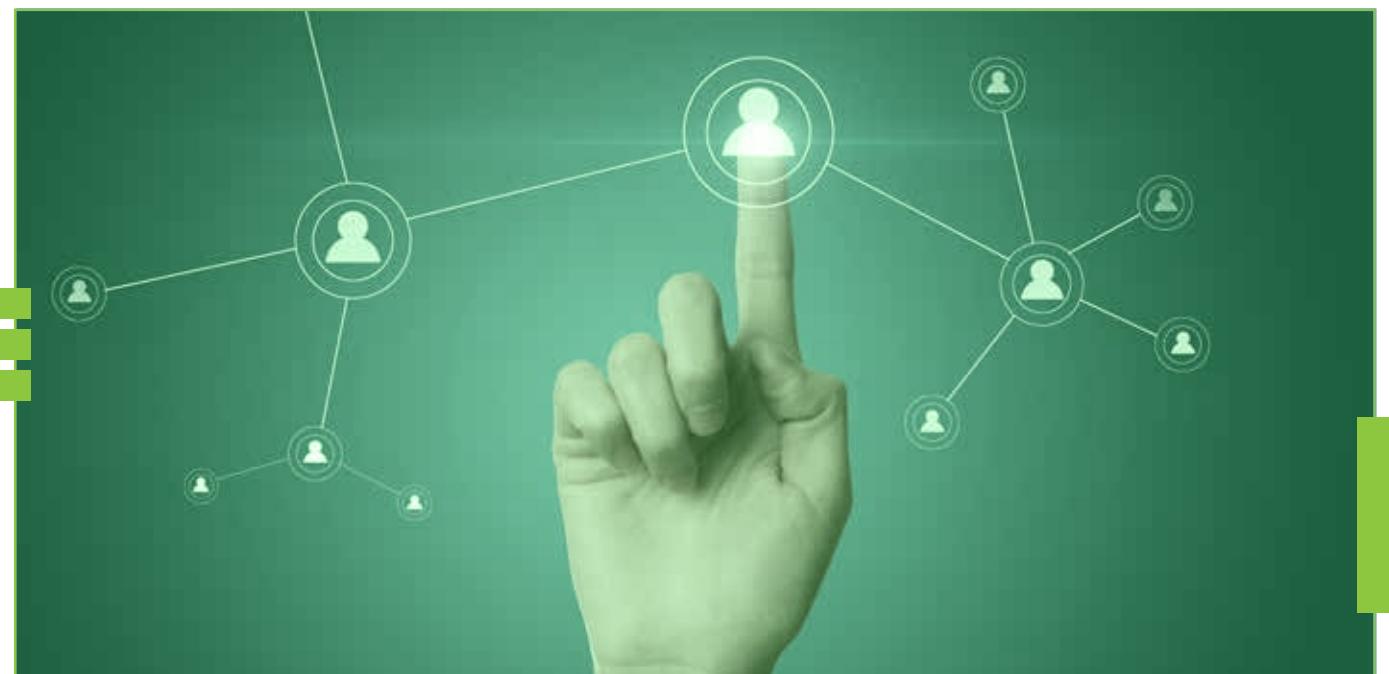


Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Os espaços de reflexão se balizaram também pelo fortalecimento de vínculo, a gestão compartilhada e o processo de aprender fazendo. Desenvolvemos, assim, os seguintes espaços/atividades:

- Reflexão da prática para levantamento de problemas e construção de estratégias de enfrentamento com apoio técnico de consultores e levantamento de novas necessidades de apoio;
- Simulação da prática, na qual os facilitadores e coordenadores desempenhavam os papéis de atuação simulada para praticarem e qualificarem seus repertórios de ação, que incluíam escuta qualificada, mediação de conflito, postura problematizadora e afetiva; desenvolvimento e aplicação de instrumentos pedagógicos e uso de tecnologias e ferramentas virtuais;
- Oficinas de escrita: oferta de apoio feita a algumas macrorregiões, com o objetivo de apoiar de forma mais focalizada a escrita dos documentos e produtos;
- Ciclos de aprendizagem baseada em equipes: atividades de debate sobre os temas/conceitos relevantes ao projeto e que tinham como intuito levantar os conhecimentos prévios dos participantes, potencializar as capacidades de debate e mediação e instigar a reflexão sobre os temas escolhidos, preparando os grupos para a atividade de aprofundamento teórico-conceitual (embasada na literatura científica) a ser desenvolvida nas oficinas de alinhamento; e
- Oficinas de Alinhamento Conceitual, para trocas de experiências entre as macrorregiões, com fortalecimento dos vínculos e ofertas conceituais estruturadas com base em evidências locais e globais sobre os temas e conceitos que permeiam o projeto.

Algumas atividades das Oficinas de Alinhamento contaram ainda com a participação de técnicos da SES e Núcleos do Ministério da Saúde. No Quadro 07 apresentamos a síntese das atividades realizadas nesse espaço de reflexão:



Quadro 07 | Síntese das oficinas de Alinhamento Conceitual, 2019-2020

Data da Oficina	Temas e objetivos
2019	19 e 20 de setembro - Apresentação da fotografia das macrorregiões pelos presidentes dos COSEMS - Apresentação e discussão do Termo de Referencial para as Oficinas Macrorregionais - Discussão da metodologia para a 1ª. Oficina Macrorregional
	24 de outubro - Reflexão da Prática nos territórios: identificação dos desafios e das possibilidades da interlocução regional - Discussão sobre o roteiro de levantamento de informações para o diagnóstico - Elaboração de propostas para o 1º. Ciclo de Oficinas macrorregionais
	06 de fevereiro - Avaliação do primeiro ciclo de Oficinas Macrorregionais com compartilhamento de experiências - Elaboração e validação dos Planos de Ação das equipes locais - Construção de uma linha de base para apropriação do perfil de competência e das necessidades de apoio dos coordenadores e facilitadora para qualificarem seu trabalho
	11 e 12 de março - Simulação da Prática: atividade para desenvolver as habilidades de facilitação, os conhecimentos sobre itinerário terapêutico e o uso do instrumento ofertado - Situação Problema: atividade para ampliar o repertório e as estratégias dos grupos para qualificar a articulação entre Projeto, SES e município; refletir sobre itinerário terapêutico de acordo com a modelagem de rede estabelecida; desenvolver metodologia educacional para o planejamento regional em saúde - Planejamento das atividades nas macrorregiões
2020	26 de maio - Aprofundamento teórico conceitual: macroproblema no contexto regional - Qualificação do documento norteador do planejamento regional
	14 de julho - Aprofundamento teórico conceitual: Itinerário terapêutico - Qualificando as redes a partir da leitura de itinerário terapêutico de cada macrorregião
	01 de outubro - Aprofundamento teórico conceitual: governança em saúde - Debate sobre as propostas metodológicas para o terceiro ciclo de oficinas macrorregionais
	17 e 18 de dezembro - Atividade de encerramento: apresentação do documento síntese e dos documentos norteadores das macrorregiões

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).



02

“EM CADA CANTO UMA HISTÓRIA”

“ O filósofo Kierkegaard me ensinou que cultura é o caminho que o homem percorre para se conhecer. Sócrates fez o seu caminho de cultura e ao fim falou que só sabia que não sabia de nada [...] ”

*Aprendimentos
Manoel de Barros (2003)*

CONTEXTUALIZANDO AS MACRORREGIÕES DE SAÚDE DO PROJETO

Os ciclos políticos de organização do SUS:

[...] compreenderam dois períodos nos quais prevaleceram a descentralização para os entes subnacionais de governo, com protagonismo da esfera municipal no primeiro ciclo (1988 a 2000), e o início do processo de construção de Regiões de Saúde ou da regionalização e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no segundo ciclo (2000 até os dias atuais) (VIANA et al. 2018, p. 1.792).

O SUS, gestado entre a transição do modelo militar e a Nova República na década de 1980, apresenta como ideário para o setor Saúde princípios doutrinários de universalização, integralidade, equidade e participação social e pressupõem a descentralização – fortemente atrelada ao movimento municipalista – como diretriz para superar a “fragmentação social, territorial e de comando até então vigente” (DUARTE et al., 2015, p. 475).

O processo de implantação do SUS exigiu uma ampliação na oferta de ações e serviços de saúde, com a incorporação do ente municipal como protagonista daquelas relacionadas à Atenção Básica e de Vigilância em Saúde, mas não conseguiu garantir a integralidade do cuidado, uma vez que a insuficiência de recursos (financeiro, humanos, tecnológicos, administrativos etc.) apresentou-se como importante desafio a ser superado no âmbito municipal, demandando a organização de “caminhos” alternativos ao cuidado no espaço regional que pudessem complementar a oferta de serviços disponibilizados.

O processo de regionalização passa a se estruturar considerando-se os caminhos percorridos pelo usuário e as possibilidades percebidas pelos gestores municipais para a oferta de ações e serviços de saúde, complementares a atenção básica, no espaço regional. Este processo, não normatizado, sustentou a definição de Regiões de Saúde que, a despeito da legislação vigente, ocupam-se de oportunizar o cuidado em diferentes níveis de Atenção, não suportados pelos entes municipais.

A regionalização em Saúde, necessária à garantia dos princípios constitucionais, entra na agenda dos gestores de Saúde somente em fins dos anos 90 e início dos anos 2000, tendo como proposta, por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002, a formação de Regiões de Saúde funcionais, regulamentando as diretrizes gerais para a organização do cuidado em saúde, subdividindo o território estadual em regiões e microrregiões definidas em Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) que, em muitos Estados, correspondeu aos territórios já estabelecidos para os escritórios e departamentos regionais das Secretarias Estaduais de Saúde (DUARTE, et al., 2015).

O modelo institucional para a gestão tripartite do SUS, ainda em construção, busca concretizar um arranjo federativo e fortalecer o controle social sobre as políticas nas três esferas de governo. Pressupõe estreita articulação entre a atuação de gestores, Instâncias de Negociação e Decisão, Conselhos de Representação e Conselhos Populares, ampliando a escuta dos municípios e possibilitando a definição de competências e limites de cada ente por meio do Pacto de Gestão – um dos componentes do Pacto pela Saúde, instituído por meio da Portaria GM nº 399/2006 (BRASIL, 2006). O Pacto de Gestão estabelece uma forma regionalizada de soluções de problemas e de pactuação, por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), subsidiando as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) nos processos decisórios, “mais em nível de gestão de recursos do que propriamente de decisão” (DUARTE et al., 2015, p. 482 apud CASTRO, 1997).

A promulgação do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, ampliou o olhar sobre a necessidade de implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde de forma a ordenar os diferentes níveis de cuidado, “sobrepondo as Regiões de Saúde regulamentadas pelo Pacto de Gestão” (DUARTE et al., 2015, p. 482) e implantando as Comissões Intergestores Regionais (CIR), definindo como suas atribuições o planejamento interfederativo regional, a execução e o financiamento das ações e serviços de saúde, considerando-se os critérios estabelecidos na Lei Complementar nº 141/2012.

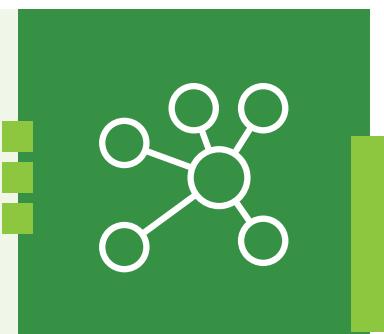
O Decreto nº 7.508/2011 define a Região de Saúde, em seu Art. 2º, como:

[...] um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”.

Mais recentemente, a partir da aprovação das Deliberações CIT nº 23/17 e 37/18, iniciou-se um movimento para a organização das Regiões de Saúde, em Macrorregiões de Saúde, entendendo-as como um espaço regional ampliado, que possa garantir a resolutividade da RAS, sendo base de planejamento e orçamentação ascendente.

Somos 5.570 sistemas municipais e 27 sistemas estaduais de saúde, divididos em 438 Regiões de Saúde, consolidadas nos PDR dos Estados e em 120 Macrorregiões de Saúde pacificadas em Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

O modelo institucional para a gestão tripartite do SUS, ainda em construção, busca concretizar um arranjo federativo e fortalecer o controle social sobre as políticas nas três esferas de governo.



Precisamos destacar a complexidade de se estabelecer tais arranjos regionais, considerando-se a diversidade observada nos municípios brasileiros em termos de densidade demográfica, perfil epidemiológico, situação socioeconômica e capacidade técnica e gerencial, principalmente se considerarmos que apenas 5% destes municípios possuem mais de cem mil habitantes e 73% têm até 20 mil habitantes, o que explicita a fragilidade dos espaços regionais em termos de capacidade instalada de serviços, nos distintos níveis de complexidade (IBGE, 2019).

O mesmo Decreto nº 7.508/2011 define também que o processo de planejamento em Saúde, ascendente e integrado, é obrigatório para os entes públicos e deve ser indutor de políticas, considerando-se as necessidades de Saúde dos municípios. A Resolução CIT nº 23/2017 estabelece as diretrizes para o Planejamento Regional Integrado e Governança da RAS e, posteriormente, a Resolução CIT nº 37 dispõe sobre o PRI e a organização das Macrorregiões de Saúde.

A despeito dos avanços infraconstitucionais observados em termos de normatização, permanecem muitas questões em aberto, principalmente aquelas relacionadas ao financiamento tripartite das ações e serviços de saúde oferecidos na Macrorregião, a definição de prioridades a partir da análise da situação de saúde, como subsídio para o planejamento ascendente, e a materialização do espaço regional como fundamental para a garantia do cuidado integral em saúde, considerando-se a necessidade de melhor disposição de serviços com garantia de cobertura populacional e atendimento aos critérios de eficiência institucional e social.

Neste contexto, cientes dos desafios a serem superados na conformação do espaço macrorregional como garantidor do cuidado, e na premência em se estabelecer dispositivos que oportunizem a incorporação das necessidades de saúde em um Planejamento Regional Integrado ascendente, surge por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS o Projeto de Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde, a ser operacionalizado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

O Projeto “Regionalização”, como ficou conhecido, se propunha a ampliar o protagonismo municipal nos processos de planejamento, governança e operação da RAS, por meio de uma lógica de planejamento ascendente, na elaboração do Planejamento Regional Integrado dos municípios vinculados às seis macrorregiões de Saúde definidas de forma a representar, minimamente, a diversidade observada nas cinco grandes regiões brasileiras.

O desenho metodológico, construído em ato e discutido no capítulo anterior, teve como grande propósito apresentar possibilidades para o desenvolvimento do projeto em cada uma das Macrorregiões de Saúde selecionadas, sendo personalizado e adaptado em cada um destes espaços considerando-se as características específicas, demandas regionais e protagonismo dos Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde (NEMS), por meio das Seções de Apoio Institucional e Articulação Federativa (SEINSF), parceiros importantes em toda a execução do mesmo.

O início do Projeto nas Macrorregiões de Saúde selecionadas se deu por intenso processo de mobilização e articulação por parte da equipe local junto aos gestores municipais de

saúde, apoiados pelos respectivos COSEMS. Para além da definição institucional estabelecida pelo MS e CONASEMS acerca da participação de cada uma destas Macrorregiões de Saúde no Projeto, pactuou-se que a adesão dos gestores municipais deveria se dar de forma voluntária, respeitando-se os movimentos já existentes em relação aos processos de regionalização e de planejamento loco-regionais, cientes de que esta etapa traria elementos importantes para se pensar a articulação regional.

Como grande exercício, necessário à introdução do Projeto “Regionalização” nas seis Macrorregiões de Saúde, os atores locais – termo que utilizaremos a partir de agora para o grupo de gestores e técnicos das Secretarias Municipais de Saúde, representantes das SES, dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde e dos COSEMS envolvidos no Projeto – foram convidados a refletir sobre o significado do Projeto no e para o território, bem como as expectativas em relação a este.

O termo significado pode ser entendido como “aquilo que alguma coisa quer dizer; sentido; significado que o falante estabelece em relação à realidade físico-biossocial” (DICIO, 2020, s.p.) e ainda como a “importância ou valor de algo” (MICHAELIS, 2020, s.p.). Entendemos que o termo carrega em si muitas formas de abordagens, mas que, de maneira geral, todas remetem à perspectiva de como algo ou alguém nos impacta ou como decodificamos o que é dito, a partir de percepções individuais e coletivas, construídas ao longo de nossa história.

Abordar esta perspectiva fala muito de como os atores locais percebem a realidade a que estão “submetidos”, com ênfase no movimento constante de ressignificação e reconstrução do concreto e das relações subjetivas necessárias a isso, também moldadas a partir do lugar que ocupamos e de como estes significados “coletivos” muitas vezes poluem o mundo da vida – nossa vida –, e redirecionam nossas expectativas individuais que traduzem, em síntese, o que pensamos do mundo que nos rodeia e o que acreditamos que seria melhor para ele – mundo.

Desta forma, as expectativas passam a ser representações daquilo que esperamos que aconteça, em determinado momento das e nas nossas histórias individuais e coletivas, mesmo que, em muitos momentos, isso remeta a mudanças no mundo da vida que se relacionam diretamente com nossos significados construídos. O termo “expectativa” pode ser definido como “situação de quem espera a ocorrência de algo, ou sua probabilidade de ocorrência, em determinado momento” (DICIO, 2020, s.p.) ou mesmo como “estado de quem espera um bem que se deseja e cuja realização se julga provável” (MICHAELIS, 2020, s.p.).

Optamos, aqui, em representar os significados e expectativas em núcleos de sentido, identificados e elaborados a partir dos Documentos Norteadores do Planejamento Regional de cada uma das Macrorregiões de Saúde. Lembrando que eles foram estruturados a partir da visão dos autores, considerando seus próprios significados e perspectivas do processo.



■ Pertencimento

Permitir olhar para o que somos e temos, ampliando o sentimento de pertencimento ao espaço macrorregional sem desconsiderar as especificidades de cada município.

O sentimento de pertencimento, enquanto crença subjetiva de uma origem comum, tende a unir indivíduos como membros de um coletivo, o que remete à ideia de partilha. O espaço macrorregional em Saúde ainda se configura como intangível, de ninguém e de todos ao mesmo tempo – lugar subjetivo onde buscamos respostas para os problemas de saúde de nossa gente. Compreender e operar a lógica de interdependência dos entes federados na “construção” do espaço macrorregional em Saúde torna-se fundamental para que este se materialize (não em sentido duro, mas sim fluido) enquanto espaço de cuidado de e para todos.

O *continuum* de atenção, necessário ao cuidado integral, incorpora responsabilidades minhas, suas e nossas e, nesta perspectiva, sentir-se pertencente a este espaço deve ser um sentimento comum a todos os entes federados, uma vez que os distintos níveis de cuidado se concretizam por meio de diferentes arranjos organizativos, produtivos e de gestão no e para o território.



■ Reflexão

Necessidades de institucionalização do processo de regionalização a partir de um olhar crítico e reflexivo sobre o território de modo permanente, permitindo a adoção de estratégias alinhadas aos movimentos já existentes, com o envolvimento dos três níveis de gestão.

Producir reflexão, enquanto “cuidado que se tem em relação ao próprio processo de entendimento” (DICIO, 2020, s.p.), deve ser um processo suficientemente capaz de desencadear ações e reações a partir do percebido, em uma perspectiva individual e coletiva. Identificar necessidades em termos de organização do espaço macrorregional, para além de respostas imediatas às demandas de cuidado, é um dos caminhos que se apresenta como viável para o estabelecimento de pactos que considerem, em um contexto amplo, as singularidades de cada município e a possibilidade de sinergismo entre estes.

O processo de definição de Macrorregiões de Saúde, muito mais do que uma demanda cartorial, deve incorporar elementos que subsidiem a análise dos caminhos propostos para o cuidado e daqueles construídos a despeito de regramento. Ter acesso à informação rápida e oportuna, para além do espaço municipal (que também se constitui como grande desafio), permite um olhar sistêmico sobre o território e subsidia as discussões em relação ao que temos e ao que queremos – processo reflexivo que deve se dar de forma contínua.

Entender que cada território já possui uma história – escrita a muitas mãos – e que esta deve servir de substrato para a redefinição de caminhos é, além de respeitar as particularidades locais, compreendê-la como grande desafio para um processo de regionalização menos normativo e mais vivo.



■ Movimento

Gerar movimento para o processo de regionalização e governança da RAS com a incorporação de aporte teórico e conceitual, permitindo aos atores envolvidos uma ampliação do olhar sobre a macrorregião de saúde para sua consolidação enquanto espaço de garantia do cuidado integral.

Movimento, entendido de maneira genérica como “série de atividades realizadas por organizações que possuem um mesmo objetivo” (MICHAELIS, 2020, s.p.), deve constituir-se de ações municipais, estaduais e federais, pensadas e pactuadas, no sentido de materializar expectativas sintetizadas em um plano que deve emergir a partir de uma reflexão do e no território – espaço vivo e percebido.

Todo movimento é gerado a partir de forças internas e externas, e no processo de regionalização não tem sido diferente. Ainda somos muito reativos às demandas de cuidado e esperançosos de que algo ou alguém resolva o que consideramos serem problemas em termos de fluxos assistenciais e garantia de cuidado integral.

Apropriar-se de que, a despeito das responsabilidades compartilhadas no processo de regionalização, o que alcança e diz respeito ao ente municipal em termos de movimento, é o que acreditamos ser fundamental para estimular o protagonismo deste ente, provocando um movimento ascendente, assim como deve ser o PRI.

Convidamos você agora para conhecer uma pouco mais do processo de implementação do Projeto “Regionalização” em cada uma das seis Macrorregiões de Saúde participantes e de como este se “institucionalizou” no espaço macrorregional, considerando-se o aporte teórico e metodológico oferecido e aqueles materializados a partir das construções coletivas e pactuações estabelecidas entre os atores e a equipe local. Faremos, antes disso, uma breve síntese da proposta teórico-metodológica para seu desenvolvimento e dos caminhos percorridos para sua efetivação.

A construção em ato, de canto a canto

A proposta metodológica, já discutida anteriormente, inicialmente pactuada entre o HAOC e o Grupo Executivo do Projeto “Regionalização”, composto por integrantes do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa (DGIP) do MS e o CONASEMS, concebia a realização de quatro oficinas macrorregionais (Quadro 08), realizadas presencialmente de forma a produzir, por meio de encontros produtivos, o sentimento de pertencimento ao território e a percepção de que o efeito sinergético destes encontros – ativo e retroativo do trabalho para a realização de tarefas complexas – possibilitaria ganhos em escala na organização da RAS para a Macrorregião de Saúde.



Quadro 08 | Proposta de Oficinas Macrorregionais

Oficina 1

Análise da Situação de Saúde da Macrorregião

- Definição de macroproblemas de saúde;
- Priorização dos macroproblemas de saúde;
- Definição de Objetivos Estratégicos.

Oficina 2

Análise da capacidade de resposta atual e desenho da RAS*

- Identificação de potencialidades e fragilidades;
- Definição de estratégias de enfrentamento municipais e macrorregionais.

Oficina 3

Análise dos Sistemas de Apoio Logístico e de Governança da RAS*

- Identificação de potencialidades e fragilidades;
- Definição de estratégias de enfrentamento municipais e macrorregionais.

Oficina 4

Construção do Painel de Bordo

- Definição dos indicadores de monitoramento de produtos e processos a partir das estratégias municipais e macrorregionais estabelecidas.

* Com foco nos macroproblemas de Saúde priorizados.

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Cada uma das Oficinas de Trabalho foi pensada de forma a cumprir “etapas” ou “fases” de um grande processo que se iniciaria com a análise de situação de saúde na Macrorregião de Saúde, definição de macroproblemas de saúde e, a partir destes, dos objetivos estratégicos a serem alcançados; análise da capacidade de resposta atual e desenho da RAS com base nos macroproblemas de saúde identificados, olhando para esta por meio do Itinerário Terapêutico idealizado para cada um dos macroproblemas de saúde, identificando potencialidades e fragilidades da rede e propondo estratégias de enfrentamento no âmbito municipal e macrorregional.

A partir deste ponto, os atores locais seriam convidados a participar da análise dos sistemas de apoio logístico e de governança da RAS, com foco nos macroproblemas de saúde, identificando também suas potencialidades e fragilidades e apresentando estratégias de enfrentamento para o nível municipal e macrorregional.

O conjunto de estratégias pactuadas em cada uma destas fases deveria compor um Painel de Bordo com indicadores para o acompanhamento e cumprimento das ações, tanto no nível municipal quanto no macrorregional, subsidiando a elaboração de um planejamento macrorregional ascendente; obviamente que, neste contexto, direcionado para os macroproblemas de saúde priorizados em cada uma das Macrorregião de Saúde.

O contexto da pandemia da Covid-19 se mostrou como uma crise sem precedentes no SUS, exigindo rápida organização dos pontos de atenção com a definição de fluxos e competências, bem como a incorporação de novas modalidades de atendimento (teleassistência, teleconsulta, telemonitoramento, teleorientação), não só para o enfrentamento da pandemia, mas acima de tudo, para garantir a continuidade do cuidado às demais necessidades de saúde que se manifestam nos territórios (CONASS, 2020; CONASEMS, 2020).

Nesta perspectiva, e considerando-se as implicações da pandemia nos espaços macrorregionais, para além da reorganização dos encaminhamentos metodológicos para e na realização das Oficinas de Trabalho previstas, entendemos que sua incorporação enquanto macroproblema de saúde no escopo deste Projeto possibilitaria não apenas a definição de estratégias macrorregionais para seu enfrentamento, mas acima de tudo consolidaria este espaço como lócus privilegiado para a garantia da integralidade do cuidado, por meio de ações solidárias e convergentes.

Para a incorporação da Covid-19 enquanto macroproblema de saúde, foi fundamental que os atores locais envolvidos no projeto admitissem sua pertinência e pactuassem o olhar sobre a RAS, considerando-se o momento atual da pandemia em cada contexto singular, uma vez que as Macrorregiões de Saúde encontravam-se afetadas em diferentes estágios, e muitas das respostas exigidas já haviam sido implantadas e implementadas. Nesta perspectiva, foi sugerido que o macroproblema de saúde Covid-19 fosse incorporado ao escopo do Projeto, considerando-se duas grandes possibilidades:

- I. A partir de um Itinerário Terapêutico idealizado para Covid-19, sugere-se a identificação das fortalezas e fragilidades apresentadas pelos pontos de atenção e fluxos existentes, bem como a sistematização de estratégias de qualificação da RAS por meio da análise da organização atual e desenho desejado dos seus mecanismos de governança e cooperação, utilizando para isso as matrizes já propostas no Projeto.
- II. Incorporação da Covid-19 ao macroproblema de saúde priorizado no território, permitindo, a partir do mesmo Itinerário Terapêutico idealizado, a elaboração da matriz de fortalezas, fragilidades e estratégias de qualificação da RAS com foco no macroproblema, considerando-se a Covid-19 e seus impactos nos diferentes pontos de atenção, na perspectiva da continuidade do cuidado ao usuário.

Cabe destacar que, considerando-se as características regionais e o momento em que cada Macrorregião de Saúde se encontrava em relação ao enfrentamento da pandemia da Covid-19, pôde-se aqui optar pela priorização de componentes específicos da RAS que apresentassem maior fragilidade e demandassem maior esforço para sua organização.

Nesta perspectiva, a partir do Itinerário Terapêutico idealizado para a Covid-19, os participantes do Projeto poderiam optar por abordagens diretamente relacionadas aos distintos pontos de atenção: Domicílio, Unidades Básicas de Saúde, Núcleo Ampliado de Saúde da Família, Centro Comunitário de Referência, Centro de Atendimento, Serviço de Atenção Domiciliar, Ambulatório de Atenção Especializada, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto Socorro, Transporte Sanitário, Hospital Intermediário, Hospital de Referência e Unidade de Reabilitação.

Na segunda abordagem, como exemplo, a Macrorregião de Saúde pode ter definido como macroproblema a alta morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório, com foco na hipertensão arterial. A partir da construção do Itinerário Terapêutico idealizado para este

macroproblema, os atores envolvidos deveriam olhar para o usuário considerando-se duas perspectivas de cuidado: a organização da RAS para o enfrentamento da morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório com foco na hipertensão arterial, e a garantia do cuidado integral, considerando-se o contexto da pandemia e a necessária organização dos pontos de atenção e fluxos existentes.

A utilização de um Instrumento de Diagnóstico Municipal/Macrorregional para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, proposto no Termo de Referência deste Projeto, poderia também ser considerado como ferramenta útil para a identificação das fragilidades e fortalezas dos pontos de atenção e das respostas municipais e/ou macrorregionais possibilitando, entre outros, a proposição de estratégias de orientação e organização dos fluxos assistenciais e a continuidade do cuidado às demais necessidades de saúde que se manifestam.

Para além da incorporação da Covid-19 como macroproblema de saúde, o Grupo Executivo do Projeto redirecionou esforços no sentido de garantir a sua continuidade nas Macrorregiões de Saúde. Para tanto, pactuou-se que a Oficina de Trabalho 4 – Painel de Bordo não seria mais realizada, considerando-se os impactos sobre o cronograma do Projeto e que as demais Oficinas de Trabalho seriam realizadas por meio de plataforma virtual, buscando garantir, com adaptações metodológicas (síncronas e assíncronas), a continuidade do Projeto. Desta forma, o escopo geral do Projeto “Regionalização”, revisado no contexto da pandemia da Covid-19, considerando-se atrasos significativos em relação à realização das Oficinas Macrorregionais, passa a se configurar da forma estabelecida no Quadro 09.

Quadro 09 | Proposta de Oficinas Macrorregionais no contexto da pandemia da Covid-19

Oficina 1 - Presencial

Análise da Situação de Saúde da Macrorregião

- Definição de macroproblemas de saúde;
- Priorização dos macroproblemas de saúde;
- Definição de Objetivos Estratégicos.

Oficina 2 – Virtual (síncrona e assíncrona)

Análise da capacidade de resposta atual e desenho da RAS*

- Identificação de potencialidades e fragilidades;
- Definição de estratégias de enfrentamento municipais e macrorregionais.

Oficina 3 – Virtual (síncrona e assíncrona)

Análise dos Sistemas de Apoio Logístico e de Governança da RAS*

- Identificação de potencialidades e fragilidades;
- Definição de estratégias de enfrentamento municipais e macrorregionais.

* Com foco nos macroproblemas de saúde priorizados.

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Neste processo, a incorporação de assessores temáticos com foco na Educação Permanente (EP) foi fundamental para o desenvolvimento de novas habilidades junto à equipe local para a realização das Oficinas de Trabalho Virtuais, incluindo aqui as atividades síncronas e assíncronas, procurando viabilizar as competências mínimas necessárias à sua condução neste novo cenário.

Os encontros de Alinhamento Conceitual e Metodológico realizados entre assessores temáticos e equipes locais (estratégia mantida ao longo de todo o Projeto, conforme descrito no capítulo anterior) demonstraram ser importantes ferramentas no processo de EP e garantiram os ajustes necessários à continuidade do Projeto no contexto da Covid-19, associados à reconfiguração metodológica, pactuada no Grupo Executivo.

Para além da discussão e incorporação de conceitos relevantes ao processo, as Oficinas de Alinhamento Conceitual e Metodológico objetivaram, a partir da pandemia da Covid-19, o desenvolvimento de competências necessárias à “indução” de processos produtivos em cada uma das seis Macrorregiões de Saúde, com o objetivo de ampliar o espaço de escuta e incentivar a participação de cada um dos atores locais, estimulando o protagonismo municipal para a organização e planejamento da RAS e trazendo para a mesa de discussão todos os atores/sujeitos federativos para o processo.

Macrorregião de Saúde I – Rondônia

O Estado de Rondônia possui 52 municípios e é dividido em duas Macrorregiões de Saúde que integram sete Regiões de Saúde. A Macrorregião de Saúde I, participante do Projeto “Regionalização”, é constituída por 18 municípios, subdivididos em três Regiões de Saúde: Madeira Mamoré, Vale do Jamari e Central (desta última, apenas quatro municípios, sendo que os demais estão vinculados à Macrorregião de Saúde II). Apresenta uma população estimada de 944.910 habitantes, sendo que, destes, 529.544 habitantes na capital Porto Velho, município-sede da Macrorregião de Saúde I, conforme observado na Figura 14 (IBGE, 2019).

A Macrorregião de Saúde I faz divisa com os Estados do Amazonas e do Acre e fronteira com a Bolívia, o que confere particularidades importantes ao contexto de organização da RAS e de sua compatibilização com fluxos assistenciais. Rondônia foi elevada à categoria de Estado da Federação no ano de 1982, sendo até então considerada território da União.

O primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Rondônia foi elaborado em 2003. Em junho de 2004 ocorreram oficinas de mobilização dos gestores de Saúde, que culminaram com a assinatura de uma Carta de Compromisso. Em 2005, fruto destas discussões, o Estado foi dividido em cinco Regiões de Saúde (Vilhena, Ji-Paraná, Cacoal, Ariquemes e Porto Velho).

A distribuição dos serviços de maior complexidade (Média e Alta) foi a tônica para o redesenho das Regiões de Saúde e das Macrorregiões

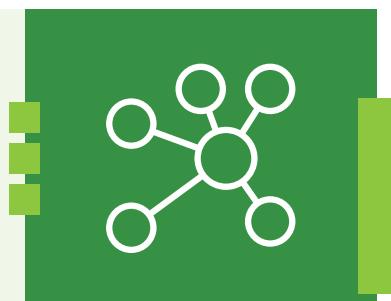
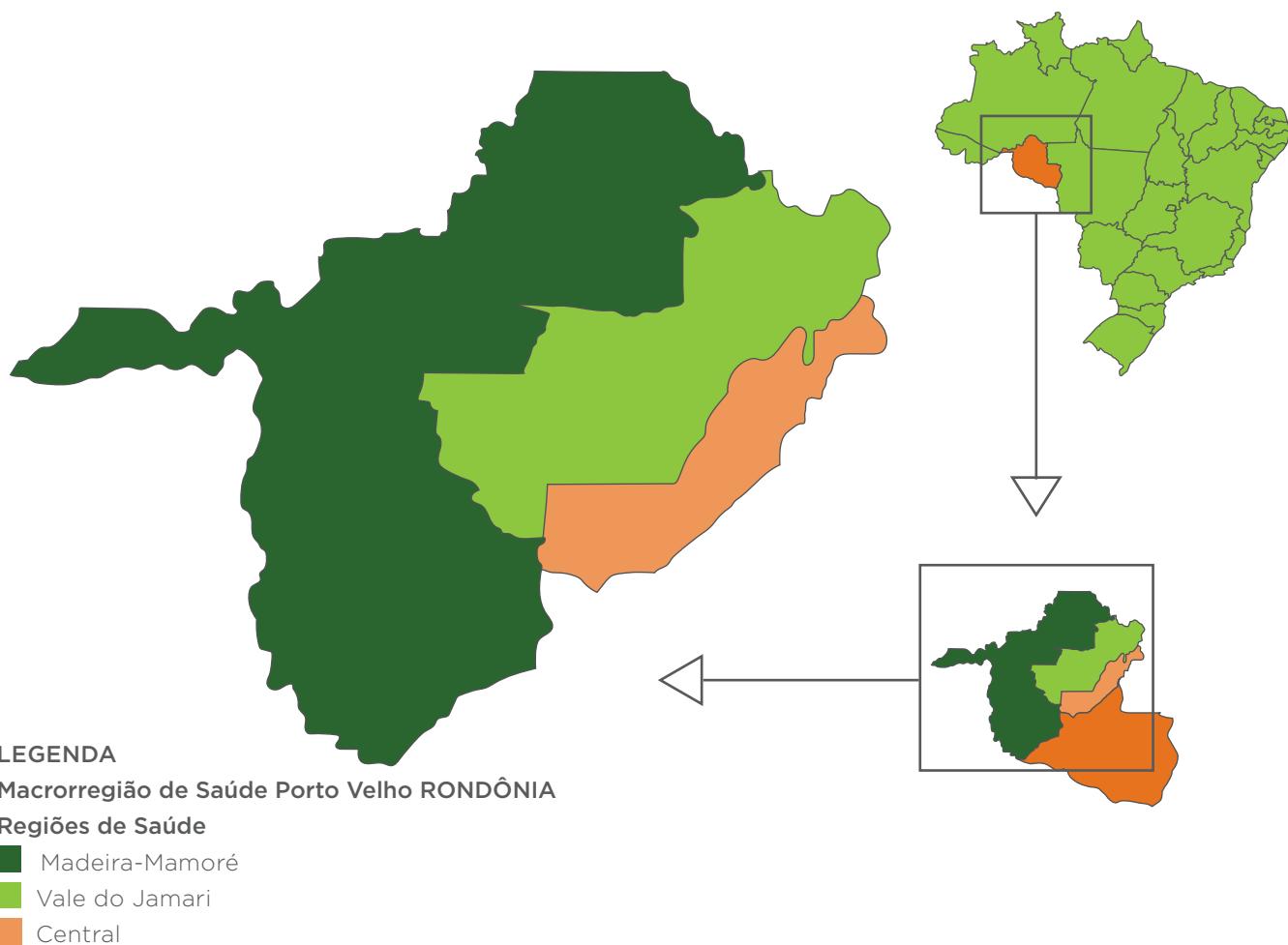


Figura 14 | Macrorregião de Saúde I – Rondônia



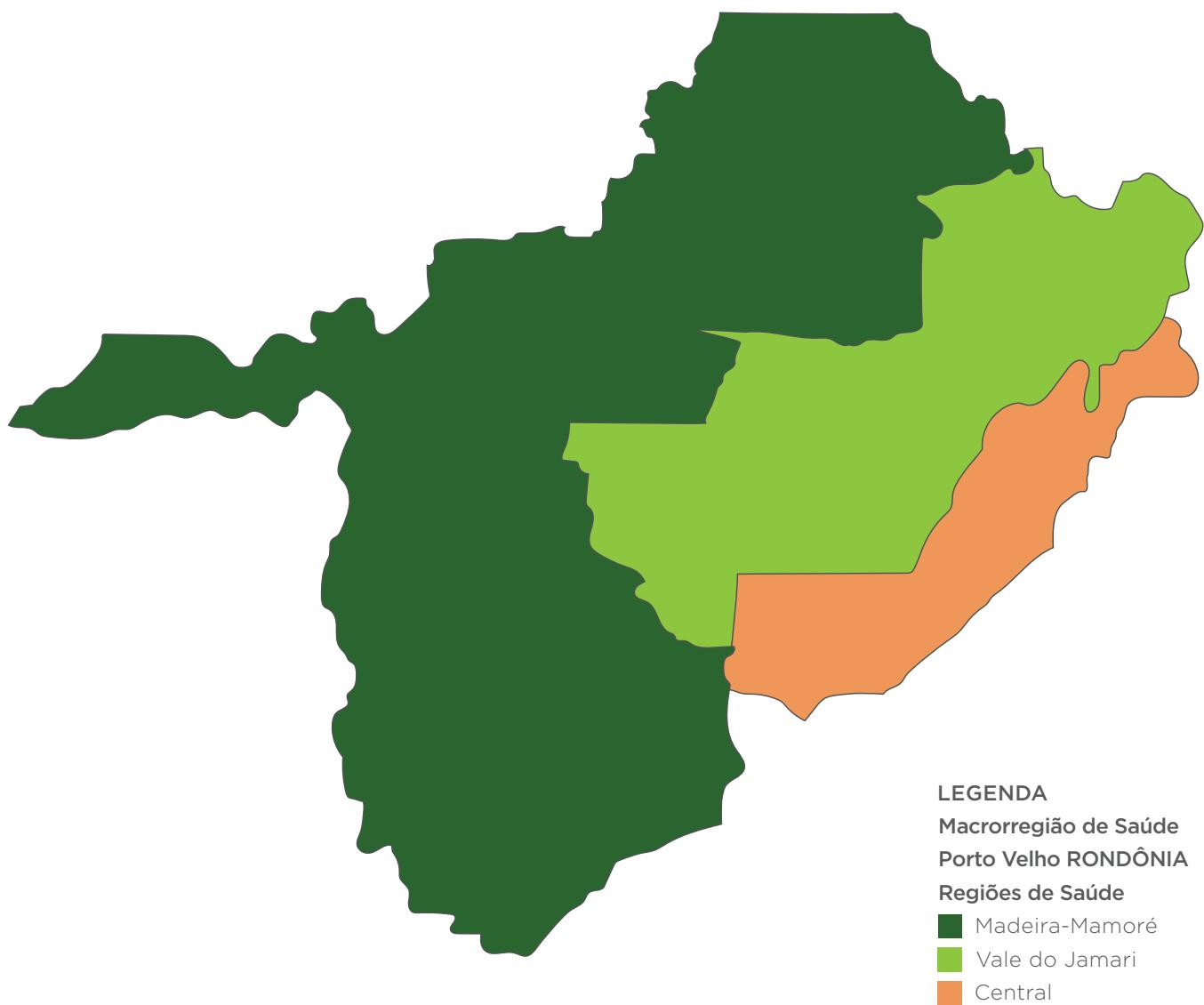
Fonte: CGAT/DGIP/SE; DATASUS/MS. Elaboração: SEINSF/SEMS/GO (2020).

A revisão do PDR e a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI) ocorreram em 2005, por meio de reuniões regionalizadas com os Conselhos Gestores Regionais que resultaram, também, na revisão do seu Regimento Interno na perspectiva de fortalecê-los. Em 2010 o PDR foi reorganizado, ocorrendo a implantação de mais uma Região de Saúde (Rolim de Moura), redefinindo o desenho das Regiões de Saúde do Estado.

Em 2012, sob a luz do Decreto nº 7.508 de 2011, iniciaram-se as primeiras discussões para a conformação das Macrorregiões de Saúde, que resultaram no ano de 2014 no redesenho das Regiões de Saúde do Estado, sendo homologadas as sete Regiões de Saúde (Madeira Mamoré, Vale do Jamari, Central, Zona da Mata, Café, Cone Sul, Vale do Guaporé) que compõem as Macrorregiões de Saúde I e II (Figura 15).

A distribuição dos serviços de maior complexidade (Média e Alta) foi a tônica para o redesenho das Regiões de Saúde e das Macrorregiões, buscando reorganizar o acesso dos usuários no espaço estadual a partir da oferta de ações e serviços de saúde já existentes e do planejamento em médio prazo para a ampliação da capacidade resolutiva no Estado, buscando soluções alternativas à dependência estabelecida em relação à capital, Porto Velho.

Figura 15 | Mapa ampliado da Macrorregião de Saúde I – Rondônia



Fonte: CGAT/DGIP/SE; DATASUS/MS. Elaboração: SEINSF/SEMS/GO (2020).

O Projeto “Regionalização” foi recebido com muita expectativa no Estado e contou com o apoio da SES, NEMS/SEINSF e principalmente do COSEMS para a mobilização dos gestores municipais de Saúde e pactuações necessárias à sua execução. A equipe local elaborou proposta para o desenvolvimento das Oficinas de Trabalho, considerando-se o desenho proposto no Termo de Referência apresentado pelo HAOC, ajustando a metodologia às características do território e dos atores locais.

Após a primeira Oficina de Trabalho realizada presencialmente, e considerando-se o contexto da pandemia da Covid-19, foram realizados ajustes à proposta inicialmente estabelecida, incorporando-se ao desenho metodológico a realização de atividades virtuais (síncronas e assíncronas) que se materializaram em movimento de encontros virtuais e na realização de atividades de dispersão que tiveram, acima de tudo, o objetivo de instrumentalizar e subsidiar as discussões no espaço virtual.

O Quadro 10 apresenta uma síntese do desenho metodológico e dos recortes estabelecidos para os principais movimentos realizados pelo Projeto “Regionalização” na Macrorregião de Saúde I, de forma a cumprir não só com as diferentes “tarefas” necessárias ao seu desenvolvimento, mas acima de tudo possibilitar espaço de escuta e reflexão entre os atores locais.

Quadro 10 | Síntese Oficinas da Macrorregião I de Rondônia

Oficina de Pactuação

1º Ciclo de Oficinas (síncrona)

Análise da Situação de Saúde (ASIS) da Macrorregião de Saúde:

- Definição de macroproblemas de saúde;
- Priorização dos macroproblemas de saúde; e
- Definição de Objetivos Estratégicos.

Atividade de Dispersão

- Construção e validação da ASIS da Macrorregião de Saúde enviada via formulário Google Forms®.
- Priorização dos macroproblemas de saúde identificados por meio de formulário Google Forms®.

2º Ciclo de Oficinas (síncrona e assíncrona)

1ª Oficina Virtual

- Construção do Itinerário Terapêutico idealizado com foco nos macroproblemas de saúde.

Atividade de Dispersão

- Sistematização do produto das discussões da atividade de dispersão com a construção do Itinerário Terapêutico idealizado, com foco nos macroproblemas de saúde priorizados para validação na próxima oficina.

2ª Oficina Virtual

- Apresentação e aprovação do Itinerário Terapêutico idealizado com foco nos macroproblemas de saúde priorizados;
- Preenchimento da Matriz da Dimensão Assistencial - Desenho da RAS com foco nos macroproblemas de saúde priorizados;
- Identificação das Fortalezas e Fragilidades da RAS com foco nos macroproblemas de saúde priorizados.

Atividade de Dispersão

- Sistematização do produto fruto das discussões na identificação de Fortalezas e Fragilidades no Itinerário Terapêutico idealizado com foco nos macroproblemas de saúde priorizados.

3ª Oficina Virtual

- Continuação do processo de definição das Fortalezas e Fragilidades dos componentes da RAS com foco nos macroproblemas de saúde priorizados e validação da ASIS da RAS da Macrorregião de Saúde I.

Atividade de Dispersão

- Sistematização do produto, fruto de discussões na identificação de Fortalezas e Fragilidades para propor estratégias de enfrentamento.

4ª Oficina Virtual

- Identificar as estratégias para o enfrentamento dos macroproblemas de saúde priorizados frente às Fortalezas e Fragilidades apontadas na Matriz da RAS. Apresentação e Validação da ASIS e Matriz da Dimensão Assistencial - Desenho da RAS.

(continua)

(continuação)

3º Ciclo de Oficinas (síncrona e assíncrona)

1ª Oficina Virtual

- Alinhamento conceitual sobre o tema Mecanismos de Apoio à Governança Regional e validação da matriz com as Fortalezas e Fragilidades dos Sistemas Logísticos e Instrumentos da Governança frente aos macroproblemas de saúde priorizados.

Atividade de Dispersão

- Preenchimento de Formulário no Google Forms® sobre Fortalezas e Fragilidades no Sistema de Apoio Logístico e de Governança da RAS;
- Identificação de Estratégias de qualificação do Sistema de Apoio Logístico e de Governança da RAS frente aos macroproblemas de saúde priorizados.

2ª Oficina Virtual

- Validação das Estratégias de qualificação do Sistema de Apoio Logísticos e de Governança da RAS frente aos macroproblemas de saúde priorizados.

Fonte: Documento Norteador Macrorregião I de Rondônia (2020).

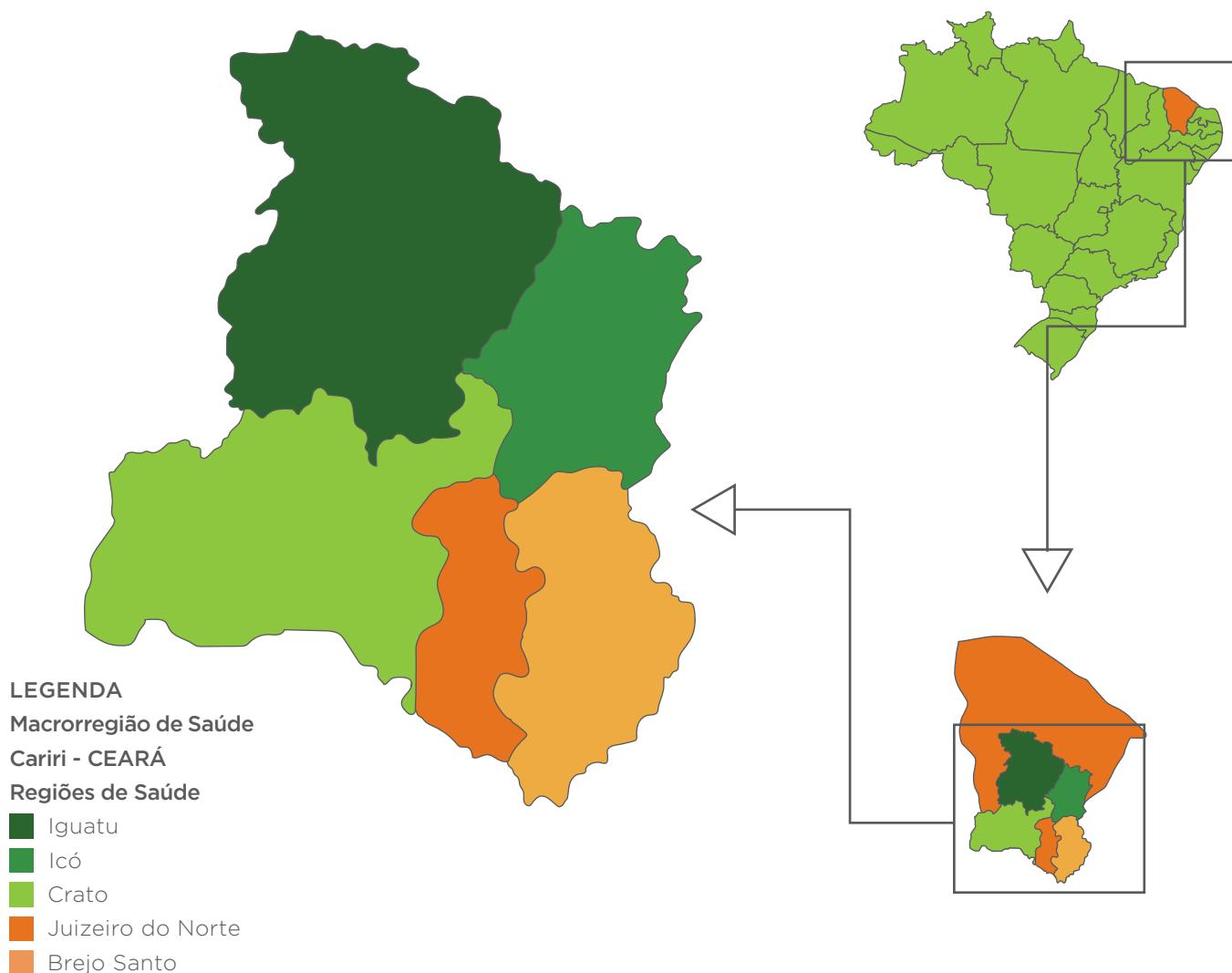
Macrorregião de Saúde Cariri – Ceará

O Estado do Ceará possui 184 municípios e é dividido em cinco Macrorregiões de Saúde. A Macrorregião de Saúde do Cariri faz divisa com os Estados do Piauí, Paraíba e Pernambuco e é composta por cinco Regiões de Saúde (Icó, Iguatu, Crato, Brejo Santo e Juazeiro do Norte), com 45 municípios e uma população estimada de 1.485.059 habitantes (IBGE, 2019).



Historicamente o Ceará alavancou o processo de descentralização e regionalização do SUS e foi marco na concepção de Redes de Atenção à Saúde, tendo iniciado seu processo em 1998 por meio da aprovação da Resolução nº 05/1998 do Conselho Estadual da Saúde, que instituiu as “Diretrizes de Reorganização de Atenção e dos Serviços do SUS-CE”, publicadas em Diário Oficial no ano de 1999. Na ocasião, a Assembleia Legislativa aprovou novo desenho para o território cearense com a definição de 21 Instâncias Estaduais Microrregionais de Saúde, que substituíram os 14 antigos Departamentos Regionais de Saúde (DERES) (Figura 16).

Figura 16 | Macrorregião de Saúde Cariri – Ceará



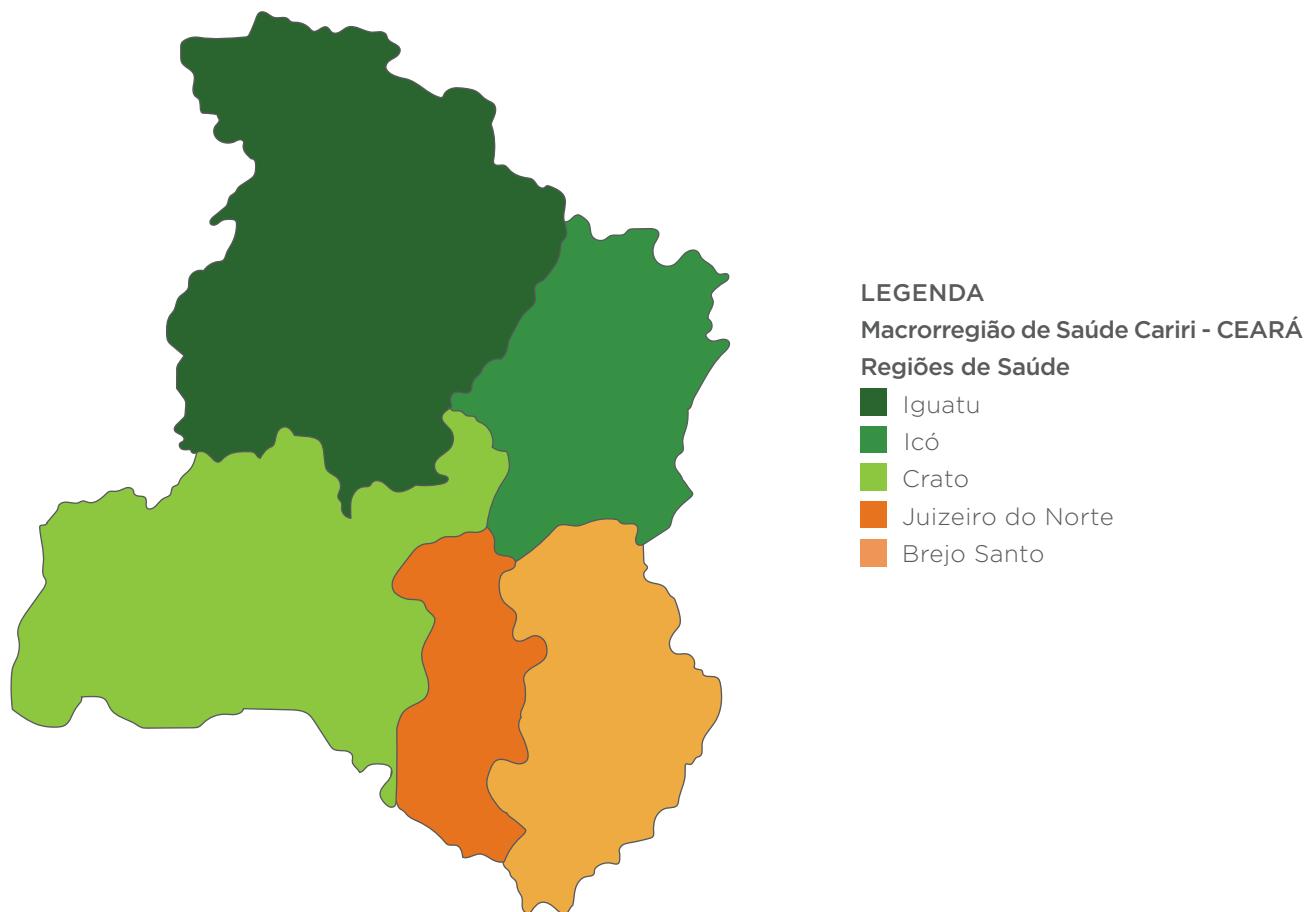
Fonte: CGAT/DGIP/SE; DATASUS/MS. Elaboração: SEINSF/SEMS/GO (2020).

Em 2012 a modelagem institucional do território cearense, formada por 21 Microrregiões de Saúde, incorpora o espaço ampliado para a organização de serviços terciários, sendo instituídas as três Macrorregiões de Saúde (Fortaleza, Sobral e Cariri). No ano de 2014 um novo desenho do território amplia para 22 as Microrregiões de Saúde e para cinco as Macrorregiões de Saúde, considerando-se o perfil assistencial dos municípios e a ampliação da capacidade de respostas loco-regional.

Recentemente a Lei Estadual nº 17.006/2019 tratou da integração no âmbito do SUS no Estado, das ações e serviços de saúde em regiões no Estado do Ceará e o Decreto Estadual nº 33.381/2019 dispôs sobre a distribuição e a denominação dos cargos de provimento em comissão da SES, modificando a terminologia de Microrregião de Saúde para Área Descentralizada da Saúde (ADS), e de Macrorregião de Saúde para Região de Saúde (CEARÁ, 2019) (Figura 17).

O início do Projeto “Regionalização” foi cercado de muitas expectativas na Macrorregião de Saúde do Cariri e entre os atores locais, considerando-se o atual estágio de desenvolvimento observado em relação ao PRI e o novo desenho do território. A intensa articulação entre SES e COSEMS objetivou promover a necessária integração dos objetivos do Projeto ao cenário atual, não sobrepondo ações e contribuindo para o fortalecimento da Macrorregião de Saúde.

Figura 17 | Mapa ampliado da Macrorregião de Saúde Cariri - Ceará



Fonte: CGAT/DGIP/SE; DATASUS/MS. Elaboração: SEINSF/SEMS/GO (2020).

O desenho metodológico proposto e pactuado com SES, COSEMS e NEMS/SEISF a partir das ofertas estabelecidas no Termo de Referência, buscou ampliar os espaços de escuta e promover o sentimento de pertencimento ao espaço regional. Neste sentido, considerando-se as particularidades existentes, a equipe local apresentou proposta de realização das Oficinas de Trabalho de forma descentralizada, por meio de Oficinas Microrregionais nos municípios vinculados às ADS, trazendo para a cena os pequenos municípios.

Tal proposta metodológica exigiu intenso trabalho da equipe local, no sentido de consolidar as discussões realizadas nas rodadas de Oficinas de Trabalho, mas demonstrou ser muito produtiva em termos de ampliação do debate e dos espaços de escuta. Mesmo no contexto da pandemia da Covid-19, a proposta de se organizar as atividades no território por meio de encontros descentralizados permaneceu, sendo incorporada à dinâmica de trabalho a realização de atividades virtuais (síncronas e assíncronas), caracterizadas por encontros virtuais, e pela realização de atividades de dispersão, como subsídio para a produção das análises de situação de saúde, da RAS e dos sistemas de apoio logístico e de governança, necessárias ao desenvolvimento do Projeto em todas as suas fases.

Apresentamos no Quadro 11 uma síntese das atividades desenvolvidas no território, necessárias ao cumprimento dos objetivos inicialmente estabelecidos e considerando-se os arranjos pacituados entre SES, NEMS/SEINSF e COSEMS, tendo em vista a necessidade de ajustes ao Termo de Referência inicialmente proposto, garantindo-se a ampla participação dos atores locais em todos os momentos.

Quadro 11 | Síntese Oficinas da Macrorregião Cariri do Ceará

Oficina de Pactuação

1º CICLO DE OFICINAS

1ª Oficina Presencial

Uma oficina por Área Descentralizada de Saúde - ADS (Icó, Iguatu, Crato, Brejo Santo e Juazeiro do Norte).

- Análise da Situação de Saúde da Macrorregião;
- Definição de macroproblemas de saúde;
- Priorização dos macroproblemas de saúde;
- Definição de Objetivos Estratégicos.

2ª Oficina Presencial

Uma Oficina por grupo de ADS (ADS de Icó e Iguatu, ADS de Crato e Juazeiro do Norte, ADS Brejo Santo).

- Análise da Dimensão Assistencial com foco no espaço regional e a remodelagem das Redes.

2º CICLO DE OFICINAS (síncrona e assíncrona)

1ª Oficina Virtual (repetida três vezes)

- Construção do Itinerário Terapêutico idealizado, com foco nos macroproblemas de saúde priorizados.

Atividade de Dispersão

- Validação da Análise da Situação da RAS, dimensão assistencial com foco nos macroproblemas de saúde priorizados.

2ª Oficina Virtual (repetida três vezes)

- Identificação de Potencialidades da RAS com foco nos macroproblemas de saúde priorizados.

3ª Oficina Virtual (repetida três vezes)

- Identificação das Fragilidades da RAS com foco nos macroproblemas de saúde priorizados.

Atividade de Dispersão

- Validação do Itinerário Terapêutico idealizado, das Potencialidades e Fragilidades da RAS, com foco nos macroproblemas de saúde priorizados.

(continua)

4ª Oficina Virtual

- Validação das Estratégias de enfrentamento das Fragilidades da RAS com foco nos macroproblemas de saúde priorizados.

3º CICLO DE OFICINAS (síncrona e assíncrona)

1ª Oficina Virtual

- Identificação de Potencialidades dos Sistemas de Apoio Logístico e de Governança da RAS.

2ª Oficina Virtual

- Identificação de Fragilidades dos Sistemas de Apoio Logístico e de Governança da RAS.

Atividade de Dispersão

- Validação das Potencialidades e Fragilidades dos Sistemas de Apoio Logístico e de Governança da RAS com foco nos macroproblemas de saúde priorizados.

Oficina Virtual

- Validação das Estratégias de enfrentamento das Fragilidades dos Sistemas de Apoio Logístico e de Governança da RAS com foco nos macroproblemas de saúde priorizados.

Fonte: Documento Norteador Macrorregião Cariri do Ceará (2020).

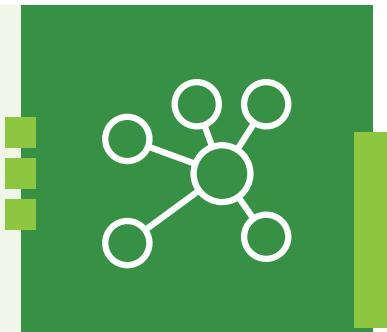
Macrorregião de Saúde Peba – Pernambuco e Bahia

O Estado da Bahia possui 417 municípios organizados em nove Macrorregiões de Saúde, compostas por 28 Regiões de Saúde. Já Pernambuco, com 185 municípios, possui quatro Macrorregiões de Saúde, subdivididas em 12 Regiões de Saúde.

A Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – Rede PEBA, congrega os dois Estados e ainda não está formalizada quanto Macrorregião de Saúde (Figura 18). É composta por 53 municípios e uma população estimada de 2.091.438 habitantes, sendo 1.083.491 habitantes na Macrorregião Norte da Bahia e 1.007.947 da IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco (IBGE, 2019).

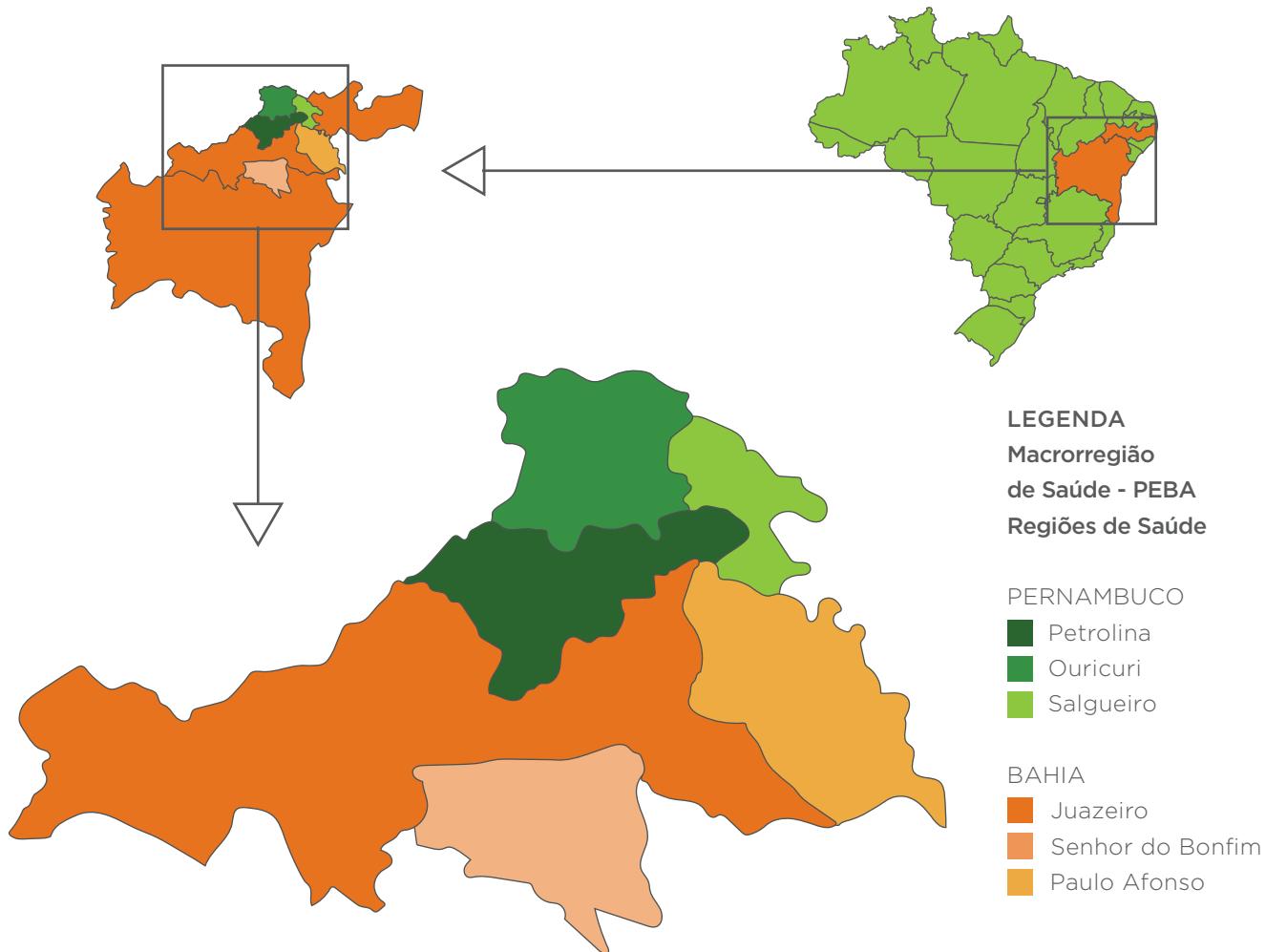
A NOAS 2001, revisada e reeditada em 2002 (NOAS 01/02) por meio da Portaria nº 373/2002, estimulou o processo de regionalização em Saúde nos Estados de Pernambuco e Bahia, por meio da instituição do PDR como instrumento ordenador do processo. Na Bahia a SES, por

O Estado da Bahia possui 417 municípios organizados em nove Macrorregiões de Saúde, compostas por 28 Regiões de Saúde.



meio da Superintendência da Gestão Descentralizada de Saúde (SUDESC), assumiu a responsabilidade de coordenar, juntamente com a CIB, o PDR que conformou 31 Regiões de Saúde vinculadas a seis Macrorregiões de Saúde. Já em Pernambuco houve o estabelecimento de dez Microrregiões de Saúde agrupadas em três Macrorregiões de Saúde.

Figura 18 | Macrorregião de Saúde PEBA – Pernambuco e Bahia



Fonte: SES/PB-BA; DATASUS/MS. Elaboração: SEINSF/SEMS/GO (2020).

Após a publicação da Portaria GM/MS nº 399/2006, que divulgou o Pacto pela Saúde, as ações de regionalização na Bahia ganharam impulso com a modelagem do novo desenho do PDR, por meio da instituição das 30 Microrregiões de Saúde vinculadas a nove Macrorregiões de Saúde. Em Pernambuco, amplia-se para 11 o número de Microrregiões de Saúde e, posteriormente, considerando as necessidades de conformação da rede assistencial a partir de linhas de cuidado, iniciou-se novo movimento de construção da regionalização, sendo concretizado em 2011 com a nova conformação territorial que organizou o Estado em 11 Microrregiões de Saúde e 12 Regiões de Saúde, agrupadas em quatro Macrorregiões de Saúde. Após a promulgação do Decreto nº 7.508/2011 houve nova conformação do PDR na Bahia, passando a contar com 28 Regiões de Saúde vinculadas a nove Macrorregiões de Saúde.

A Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – Pernambuco e Bahia, Rede PEBA – teve início em 2008, com a instituição de um Grupo de Trabalho que discutia os fluxos de acesso nos serviços de saúde desta região, já considerando a interligação entre as fronteiras estaduais como facilitador de acesso dos usuários aos serviços de saúde por meio da ponte que liga Juazeiro, na Bahia, com Petrolina, em Pernambuco (Figura 19).

Desde sua conformação, há registros concretos de avanços na organização dos fluxos assistenciais, perfis de serviços de média e alta complexidade, instituição de espaços de governança, como a Comissão de Cogestão da Região Interestadual de Saúde (CRIE), e implantação do dispositivo de regulação, denominada de Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), sendo a primeira experiência do Brasil.

Figura 19 | Mapa ampliado da Macrorregião de Saúde PEBA – Pernambuco e Bahia

LEGENDA

Macrorregião de Saúde - PEBA

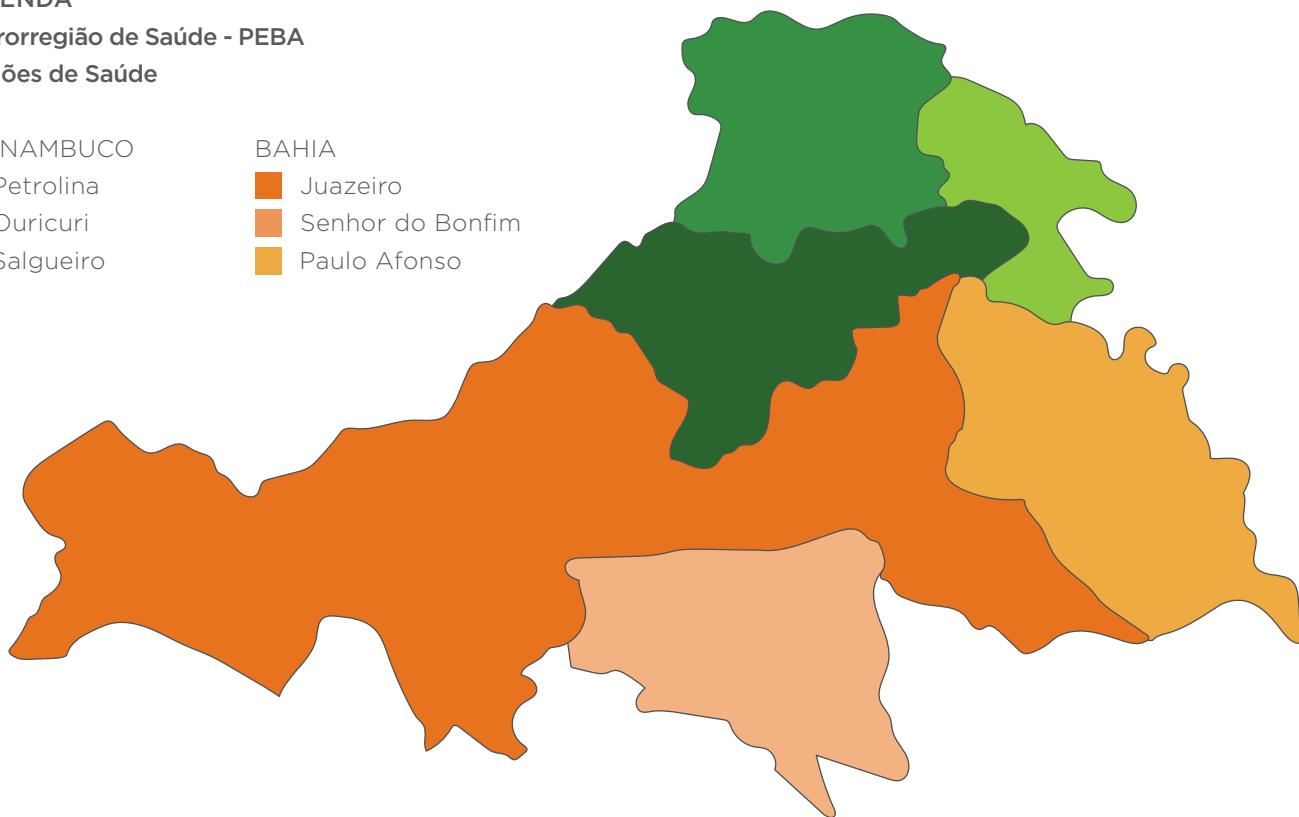
Regiões de Saúde

PERNAMBUCO

- Petrolina
- Ouricuri
- Salgueiro

BAHIA

- Juazeiro
- Senhor do Bonfim
- Paulo Afonso



Fonte: SES/PB-BA; DATASUS/MS. Elaboração: SEINSF/SEMS/GO (2020).

O Projeto “Regionalização” foi recebido em ambos os Estados com muita expectativa, se configurando em alternativa para o encaminhamento de soluções para antigos problemas vivenciados na operação de uma rede interestadual de Saúde, considerando-se os distintos movimentos observados e as características loco-regionais. A equipe local, em intenso processo de pactuação com a SES e COSEMS de ambos os Estados, protagonizadas na CRIE, estabeleceu as diretrizes gerais para a oferta das Oficinas de Trabalho no espaço interestadual construindo, a partir do Termo de Referência, os caminhos a serem percorridos.

A primeira Oficina de Trabalho, realizada de modo presencial, trouxe para a cena importantes discussões relacionadas à consolidação da Análise da Situação de Saúde no espaço macrorregional, considerando-se a não formalização da Macrorregião de Saúde PEBA a nível federal e as dificuldades no agrupamento de informações de forma interestadual - dificuldades estas que foram sendo superadas pela equipe local nas demais etapas do Projeto.

A necessidade de reorganização da proposta metodológica, considerando-se o contexto da pandemia da Covid-19, apresentou-se como importante espaço de negociação entre equipe local, COSEMS e SES de ambos os Estados. A proposta pactuada, envolvendo a realização de atividades virtuais (síncronas e assíncronas), acabou por se mostrar uma grande fortaleza para a ampliação dos espaços de discussão e permitiu o cumprimento das etapas inicialmente previstas.

O Quadro 12 apresenta a sequência de atividades desenvolvidas ao longo do Projeto “Regionalização” na Macrorregião de Saúde PEBA, bem como a incorporação da CRIE como espaço formal de pactuação dos produtos resultantes, conferindo legitimidade e fortalecendo o território.

Quadro 12 | Síntese Oficinas da Macrorregião PEBA de Pernambuco e Bahia

Oficina de Pactuação

1º CICLO DE OFICINAS (síncrona)

Realização de duas Oficinas de Trabalho com o objetivo de produzir e validar a Análise de Situação de Saúde (ASIS) da Macrorregião PEBA;

- Apresentação e validação da ASIS da Macrorregião de Saúde PEBA; e
- Identificação dos macroproblemas de saúde.

Atividade de Dispersão

- Atividade realizada por meio de Formulário Google Forms® com o objetivo de priorizar os macroproblemas de saúde e definir os Objetivos Estratégicos e posterior validação em reunião de CIR de todas as Regiões de Saúde participantes.

2º CICLO DE OFICINAS (síncrona e assíncrona)

1ª Oficina Virtual

- Apresentação, discussão e validação da Análise da RAS - Dimensão Assistencial, com foco nos macroproblemas de saúde priorizados (HAS e Covid-19);
- Início da Construção do Itinerário Terapêutico idealizado para os macroproblemas de saúde priorizados.

Atividade de Dispersão

- Continuação da Construção do Itinerário Terapêutico idealizado para os macroproblemas de saúde priorizados; e
- Validação da Análise da RAS - Dimensão Assistencial, com foco nos macroproblemas de saúde priorizados por meio de Formulário do Google Forms®.

2ª Oficina Virtual

- Apresentação do Itinerário Terapêutico idealizado para os macroproblemas de saúde priorizados e inicio do preenchimento da Matriz de Análise da RAS - Dimensão Assistencial com a identificação das suas Fortalezas e Fragilidades da mesma.

(continua)

(continuação)

Atividade de Dispersão

- Continuidade da construção da Matriz do Desenho da RAS - Dimensão Assistencial, com identificação das Estratégias de enfrentamento das Fragilidades e potencialização das Fortalezas elencadas durante a construção do Itinerário Terapêutico idealizado.

3ª Oficina Virtual

- Apresentação e validação da Matriz de Análise da RAS - Dimensão Assistencial em reunião da Comissão de Cogestão da Região Interestadual de Saúde (CRIE) com a identificação das Estratégias de enfrentamento das Fragilidades e potencialização das Fortalezas.

3º CICLO DE OFICINAS (síncrona e assíncrona)

1ª Oficina Virtual

- Mesa temática e debate com o tema: Governança da RAS; e
- Apresentação da Análise dos Sistemas de Governança da Macrorregião PEBA.

Atividade de Dispersão

- Formulário Google Forms® para a construção de Estratégias de potencialização para as Fortalezas e de enfrentamento para as Fragilidades relacionadas aos elementos que compõem os mecanismos de Governança da Macrorregião PEBA.

2ª Oficina Virtual

- Apresentação e Validação da Matriz de Sistematização das Estratégias de Qualificação da Governança Macrorregional em reunião da Comissão de Cogestão da Região Interestadual de Saúde (CRIE).

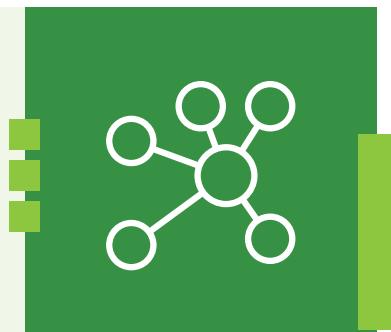
Fonte: Documento Norteador Macrorregião PEBA de Pernambuco e Bahia (2020).

Macrorregião de Saúde Sudoeste – Goiás

O Estado de Goiás possui 246 municípios e está dividido em 18 Regiões de Saúde, agrupadas em cinco Macrorregiões de Saúde. A Macrorregião de Saúde Sudoeste faz divisa com os Estados de Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, possui 28 municípios organizados em duas Regiões de Saúde, com uma população estimada de 656.450 habitantes (IBGE, 2019 (Figura 20)).

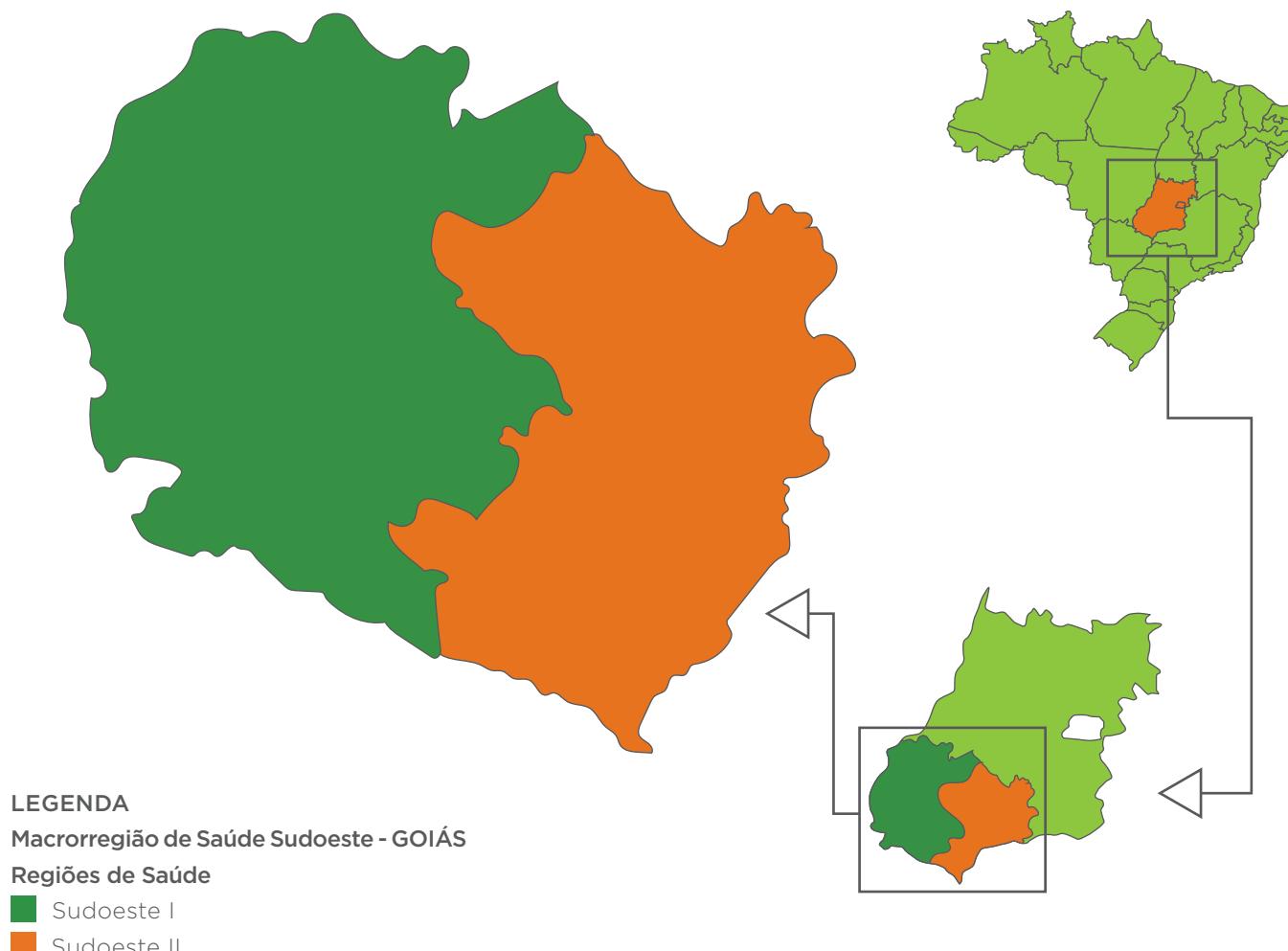
Como todos os demais Estados, Goiás possui uma história anterior ao SUS para sua organização de base territorial, com o propósito de promover a descentralização administrativa da SES e melhorar a operacionalização da assistência médico-sanitária por meio de Escritórios

O Estado de Goiás possui 246 municípios e está dividido em 18 Regiões de Saúde, agrupadas em cinco Macrorregiões de Saúde.



Regionais de Saúde e posteriormente em Diretorias Regionais de Saúde. Mas é no contexto da NOAS, a partir de 2001, que o processo de descentralização avança significativamente, com a instituição do PDR, no ano de 2004, como instrumento ordenador dentro do Estado.

Figura 20 | Macrorregião de Saúde Sudoeste – Goiás



Fonte: SES/GO; DATASUS/MS. Elaboração: SEINSF/SEMS/GO (2020).

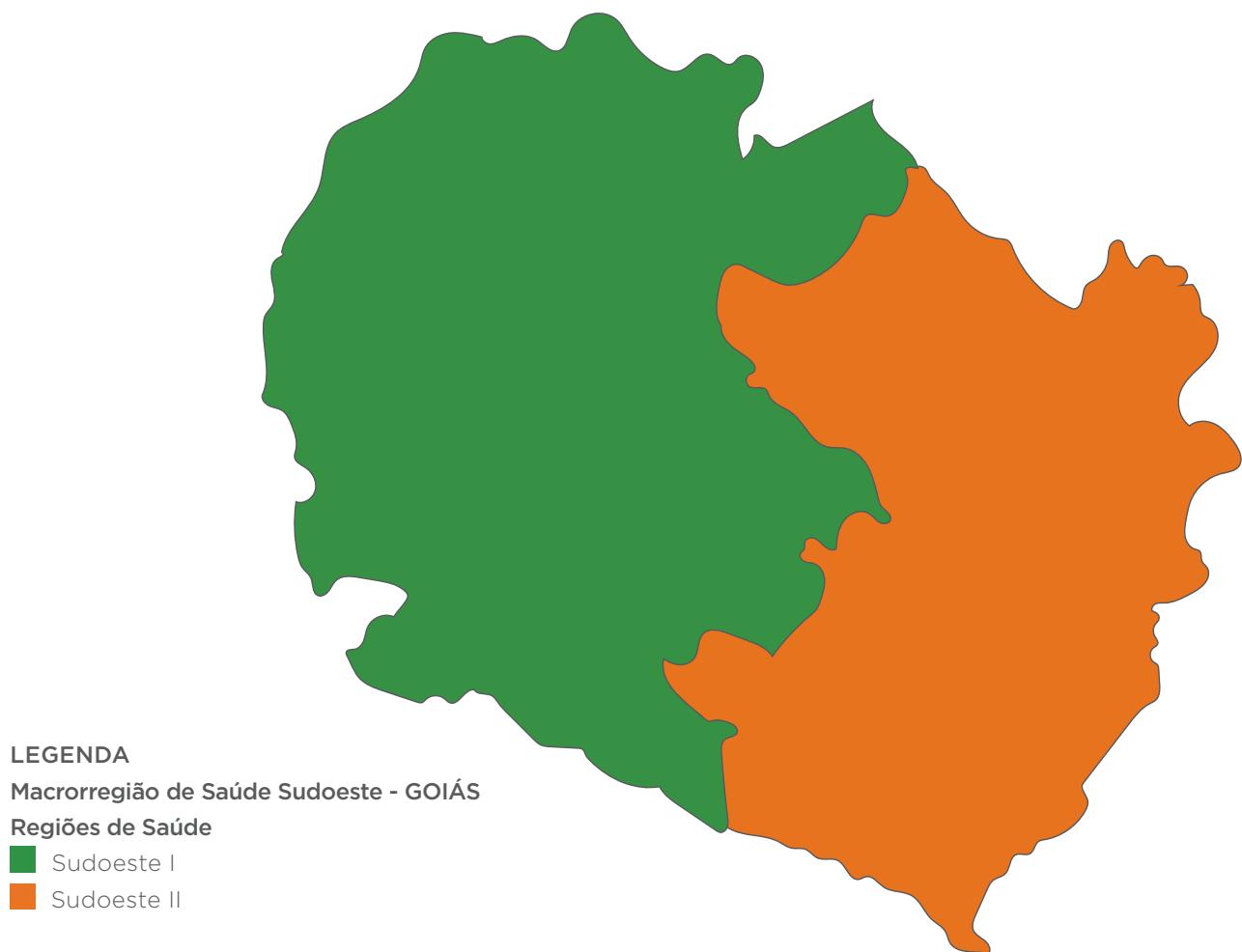
Elaborado com a participação dos municípios, o PDR teve como principal objetivo atender às diretrizes nacionais no ordenamento do processo de regionalização da Saúde no Estado, fundando-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde e ampliando o processo de descentralização, municipalização e organização de regiões funcionais na prestação da assistência à saúde.

O documento foi alterado em 2014, redefinindo a divisão do Estado em 18 Regiões de Saúde – cada uma delas com uma sede administrativa denominada de Regional de Saúde – agrupadas em cinco Macrorregiões de Saúde que deveriam ser organizadas no e para o espaço macrorregional, no sentido de garantir uma maior governança da RAS e ser de fato base para o PRI – processo ainda não instituído no Estado (Figura 21).

A Oficina de Pactuação para o início das atividades do Projeto “Regionalização” na Macrorregião Sudoeste contou com ampla participação dos gestores municipais, capitaneados pelo COSEMS, com suporte do NEMS/SEINSF e dos técnicos das duas Regionais de Saúde, bem como o apoio das Comissões Intergestores Regionais da Sudoeste I e da Sudoeste II, vinculadas ao território.

A equipe local pactuou com o grupo tripartite local (COSEMS, Regionais de Saúde e NEMS/SEINSF) o processo metodológico a ser utilizado na Macrorregião de Saúde, tendo-se por base o Termo de Referência estabelecido e considerando-se as particularidades regionais, sendo que a primeira Oficina de Trabalho ocorreu com ampla participação dos atores locais e produziu o estímulo necessário à continuidade do trabalho, interrompido pela pandemia da Covid-19, que motivou a elaboração de nova proposta metodológica para a realização das demais atividades previstas no projeto.

Figura 21 | Mapa ampliado da Macrorregião de Saúde Sudoeste – Goiás



Fonte: SES/GO; DATASUS/MS. Elaboração: SEINSF/SEMS/GO (2020).

A partir de então, as Oficinas de Trabalho foram desenvolvidas por meio de atividades virtuais (síncronas e assíncronas) que buscaram, por meio das atividades de dispersão, subsidiar e enriquecer os momentos de debate e proposições nos encontros virtuais, conforme apresentado no Quadro 13.

Quadro 13 | Síntese Oficinas da Macrorregião Sudoeste de Goiás

Oficina de Pactuação

1º CICLO DE OFICINAS

Oficina Presencial

Análise da Situação de Saúde da Macrorregião:

- Definição de macroproblemas de saúde;
- Priorização dos macroproblemas de saúde; e
- Definição dos Objetivos Estratégicos.

2º CICLO DE OFICINAS (síncrona e assíncrona)

Atividade de Dispersão

- Construção do Itinerário Terapêutico idealizado para os macroproblemas de saúde priorizados.

1ª Oficina Virtual

- Validação do Itinerário Terapêutico idealizado para os macroproblemas de saúde priorizados.

Atividade de Dispersão

- Preenchimento da Matriz da Dimensão Assistencial - Desenho da Rede de Atenção de Saúde.

2ª Oficina Virtual

- Validação das Potencialidades e Fragilidades e definição das Estratégias - Matriz da Dimensão Assistencial - Desenho da RAS.

3º CICLO DE OFICINAS (síncrona e assíncrona)

Atividade de Dispersão

- Análise Situacional da Governança Macrorregional e dos Sistemas Logísticos da RAS. Preenchimento da Matriz de Governança e dos Sistemas Logísticos da Rede.

1ª Oficina Virtual

- Validação da Matriz de Governança e Sistemas Logísticos e das Estratégias de enfrentamento para os macroproblemas de saúde priorizados.

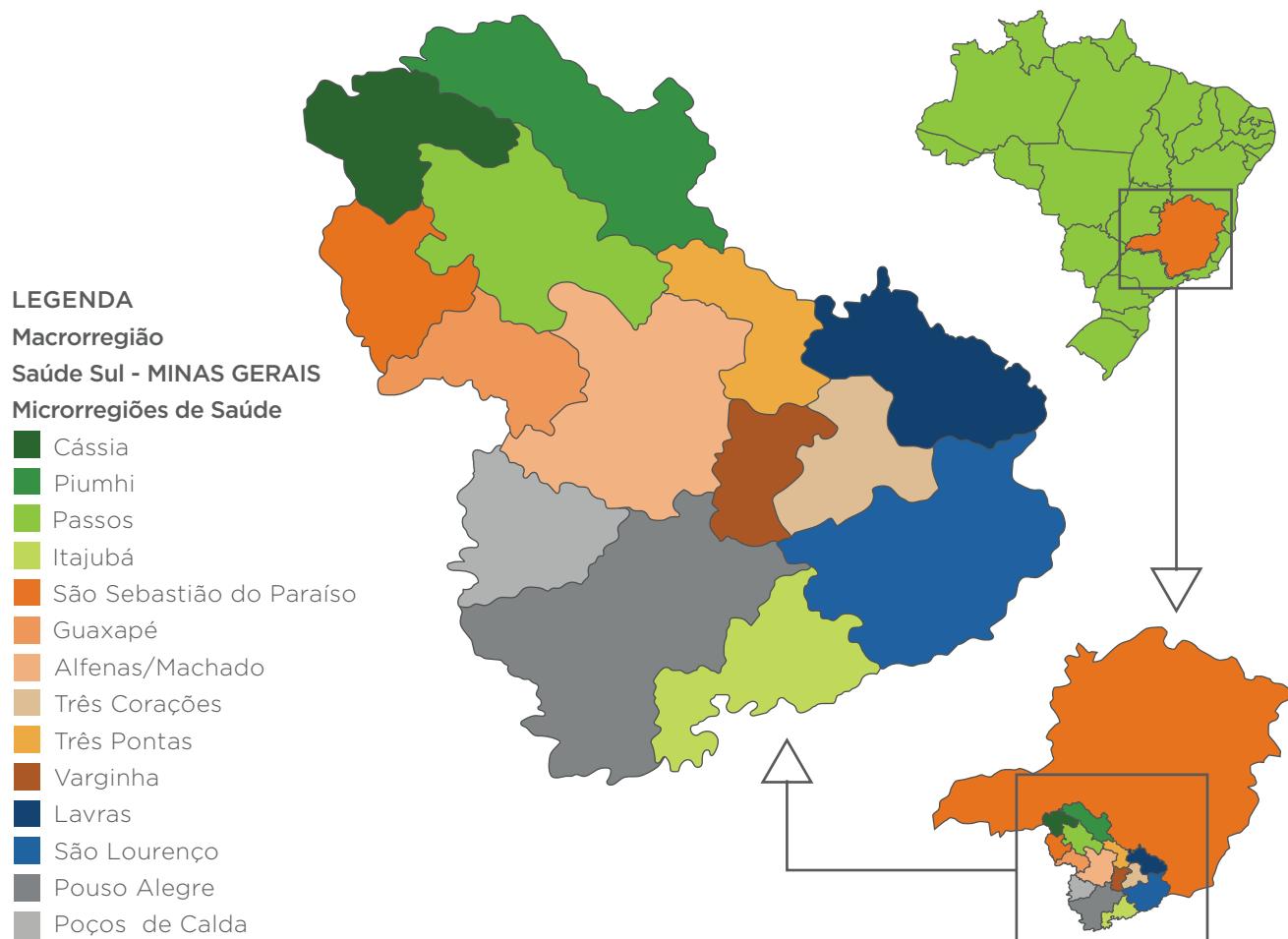
Fonte: Documento Norteador Macrorregião Sudoeste de Goiás (2020).

Macrorregião de Saúde Sul – Minas Gerais

Minas Gerais possui 853 municípios e 89 Regiões de Saúde organizadas em 14 Macrorregiões de Saúde. A Macrorregião de Saúde Sul faz divisa com o Estado de São Paulo, possui 154 municípios divididos em quatro Regiões Administrativas, representadas pelas Unidades Regionais de Saúde com sedes nas cidades de Alfenas (24 municípios), Passos (27 municípios), Pouso Alegre (53 municípios) e Varginha (50 municípios) e organizados em 14 Regiões de Saúde (Alfenas/Machado, Cássia, Guaxupé, Itajubá, Lavras, Passos, Piumhi, Poços de Caldas, Pouso Alegre, São Lourenço, São Sebastião do Paraíso, Três Corações, Três Pontas e Varginha), com uma população estimada em 2.797.399 habitantes (IBGE, 2019).

No Estado de Minas Gerais a regionalização da Saúde tem início com a elaboração de uma proposta para o desenvolvimento regional, ainda no ano de 1999, a partir da análise e avaliação dos fluxos observados para o acesso à assistência ambulatorial especializada e hospitalar. A proposta foi discutida junto à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e aprovada em 2000, sendo posteriormente compatibilizada com as exigências da NOAS 2001 e 2002, e conformada no PDR, aprovado em 2002 pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), pela CIB e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (Figura 22).

Figura 22 | Macrorregião de Saúde Sul – Minas Gerais



Fonte: SES/MG; SEINSF/SEMS/MG; DATASUS/MS. Elaboração: SEINSF/SEMS/GO (2020).

Em 2003 o PDR é revisitado com ênfase no reestabelecimento dos fluxos assistenciais e, desde então, vem passando por ajustes de acordo com a evolução das normativas estabelecidas pelo Estado e governo federal.

No ano de 2011 foram realizadas mudanças na configuração do espaço regional no Estado com o objetivo de atender ao Decreto nº 7.508/2011, passando a contar com 77 Regiões de Saúde distribuídas em 13 Regiões Ampliadas de Saúde. No entanto, as principais mudanças ocorreram em torno da nomenclatura adotada pelo Decreto, uma vez que o Estado já operava com uma divisão territorial proposta de acordo com as necessidades de funcionamento do SUS.

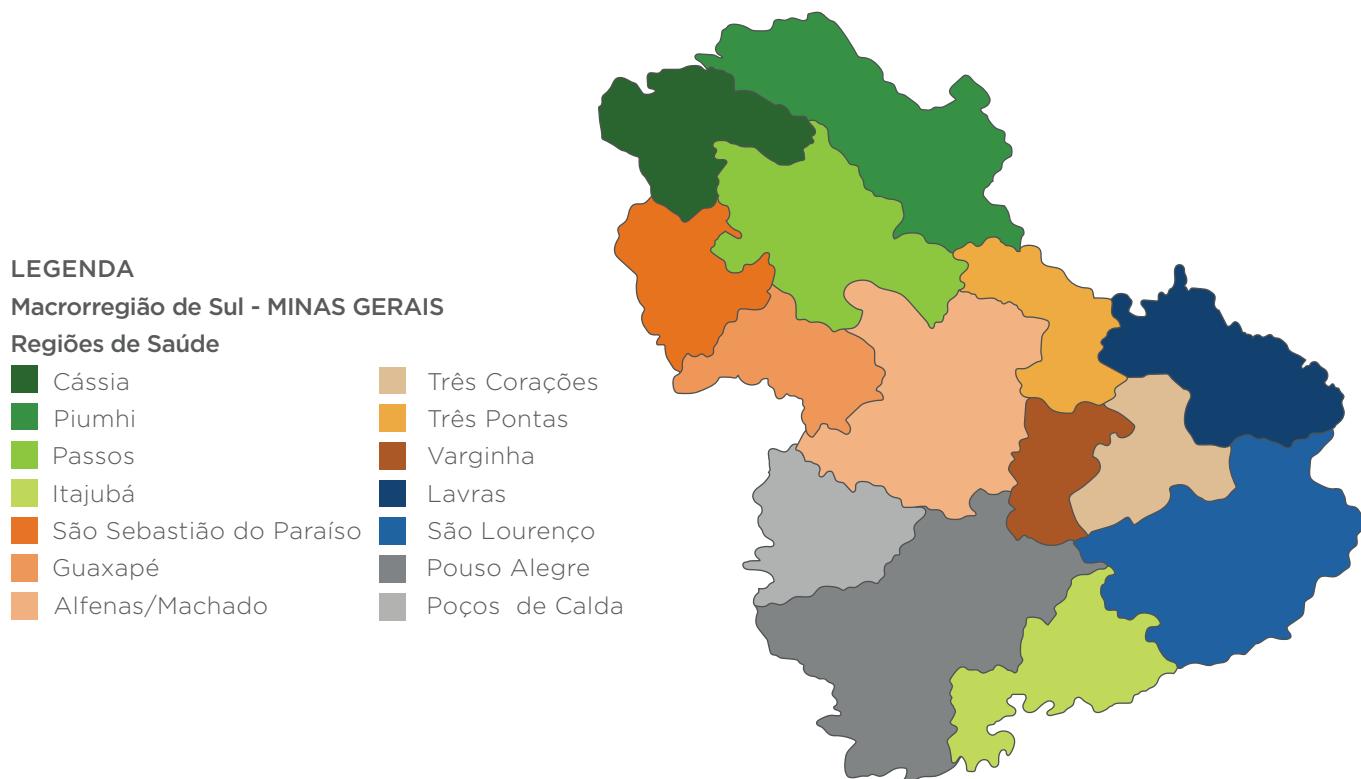
Dada a complexidade organizacional do sistema de saúde mineiro, quer seja pelo número de municípios, quer seja pela distribuição desigual dos dispositivos de Saúde, o PDR foi atualizado no ano de 2019, ancorado em uma lógica de capacidade de estrutura organizacional e potencial de ofertas de ações e serviços de saúde sendo que, a partir de então, o Estado passa a contar com 89 Microrregiões de Saúde distribuídas em 14 Macrorregiões de Saúde, conforme Deliberação CIB nº 3.013/2019 (Figura 23).

Dado ao estágio atual de desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado no Estado, o início das atividades do Projeto “Regionalização” passou por inúmeros ajustes a partir das discussões realizadas pela equipe local, COSEMS e técnicos da SES buscando, acima de tudo, compatibilizar suas fases com o momento atual observado no Estado, sem retrabalho e dentro de uma lógica de fortalecimento da cooperação regional, defendida pelos atores locais.

Neste sentido e considerando o número de municípios envolvidos, a equipe local apresentou uma dinâmica de trabalho que, baseada no Termo de Referência proposto, se ajustasse ao movimento já percebido no território e pudesse oportunizar amplo debate – o que se mostrou um grande desafio.

Desta forma, após a realização da primeira Oficina de Trabalho que teve como objetivo discutir aspectos teóricos e conceituais acerca da regionalização em Saúde e seu financiamento, são iniciadas as atividades de dispersão por meio de formulário eletrônico via FormSUS® e de plataforma colaborativa on-line do COSEMS, tendo como grande objetivo, para além da produção dos documentos necessários à Análise da Situação de Saúde, da organização da RAS e dos mecanismos de governança, promover o amplo debate entre os atores locais.

Figura 23 | Mapa ampliado da Macrorregião de Saúde Sul – Minas Gerais



Fonte: SES/MG; SEINSF/SEMS/MG; DATASUS/MS. Elaboração: SEINSF/SEMS/GO (2020).

Neste cenário, o contexto da pandemia da Covid-19 implicou em poucas alterações na metodologia do Projeto “Regionalização” na Macrorregião Sul, apresentadas de forma sintética no Quadro 14, permanecendo como grande desafio a ativação dos atores locais para a produção colaborativa nas atividades assíncronas.

Quadro 14 | Síntese Oficinas da Macrorregião Sul de Minas Gerais

Oficina de Pactuação

1º CICLO DE OFICINAS (síncrona)

Atividade de Dispersão

- Formulário on-line via FORMSUS, disponibilizado aos interlocutores do projeto, encaminhado por correio eletrônico, para o levantamento sobre as percepções acerca da temática da Regionalização na Saúde.

1ª Oficina Presencial

Debate dos seguintes temas: Regionalização em Saúde e Financiamento em Saúde.

Atividade de Dispersão

- Fórum on-line do projeto Regionalização na plataforma COSEMS/MS (<http://www.cosemsmg.org.br/forum/>), disponibilização de todo o material da 1ª Oficina Presencial.
- Fórum online sobre aspectos relacionados à Análise de Situação de Saúde local e Macrorregional e priorização dos macroproblema de saúde. Nesta atividade foi utilizado o Portfólio 1, elaborado pela equipe local do Projeto, para que o interlocutor realizasse a atividade com base na Sala de Situação de Minas Gerais (ferramenta online com dados oficiais de saúde de Minas Gerais elaborada pela SES/MG) para consulta, confrontando com sua realidade e realizando a postagem no fórum.

2º CICLO DE OFICINAS (síncrona e assíncrona)

Atividade de Dispersão

- Fórum on-line com a disponibilização do Portfólio 2 - Desenho da Rede de Atenção à Saúde (Dimensão Assistencial) - cuja finalidade foi discutir aspectos relacionados à Análise de Situação de Saúde local e macrorregional apresentados no Portfólio 1 e iniciar a construção do desenho da RAS e sua análise com enfoque na dimensão assistencial, considerando o macroproblemas de saúde priorizados.
- Fórum on-line com disponibilização de formulário eletrônico sobre os Sistemas de Apoio local e macrorregional, que consistiu em um conjunto de perguntas direcionadas ao interlocutor do Projeto, cuja finalidade foi conhecer os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico ativos na realidade local e macrorregional para solucionar os macroproblemas de saúde priorizados.
- Fórum on-line com validação da análise do desenho da RAS na Macrorregião de Saúde Sul de MG com a sistematização das Fragilidades e Fortalezas para o estabelecimento do Itinerário Terapêutico real e ideal para a superação dos macroproblemas de saúde priorizados. Elaboração do itinerário Terapêutico.

3º CICLO DE OFICINAS (síncrona e assíncrona)

Atividade de Dispersão

- Fórum on-line com a disponibilização do Portfólio 3 - Análise dos sistemas logísticos e da governança macrorregional, que contemplou uma matriz com orientações para preenchimento sobre as Fortalezas e Fragilidades da RAS e as estratégias de qualificação, com foco na governança e sistemas logísticos.

1ª Oficina Virtual

- Oficina virtual sobre Governança Regional e Sistemas Logísticos da Macrorregião de Saúde com conferência sobre Governança da RAS e validação das Fortalezas e Fragilidades e validação das Estratégias de enfrentamento.

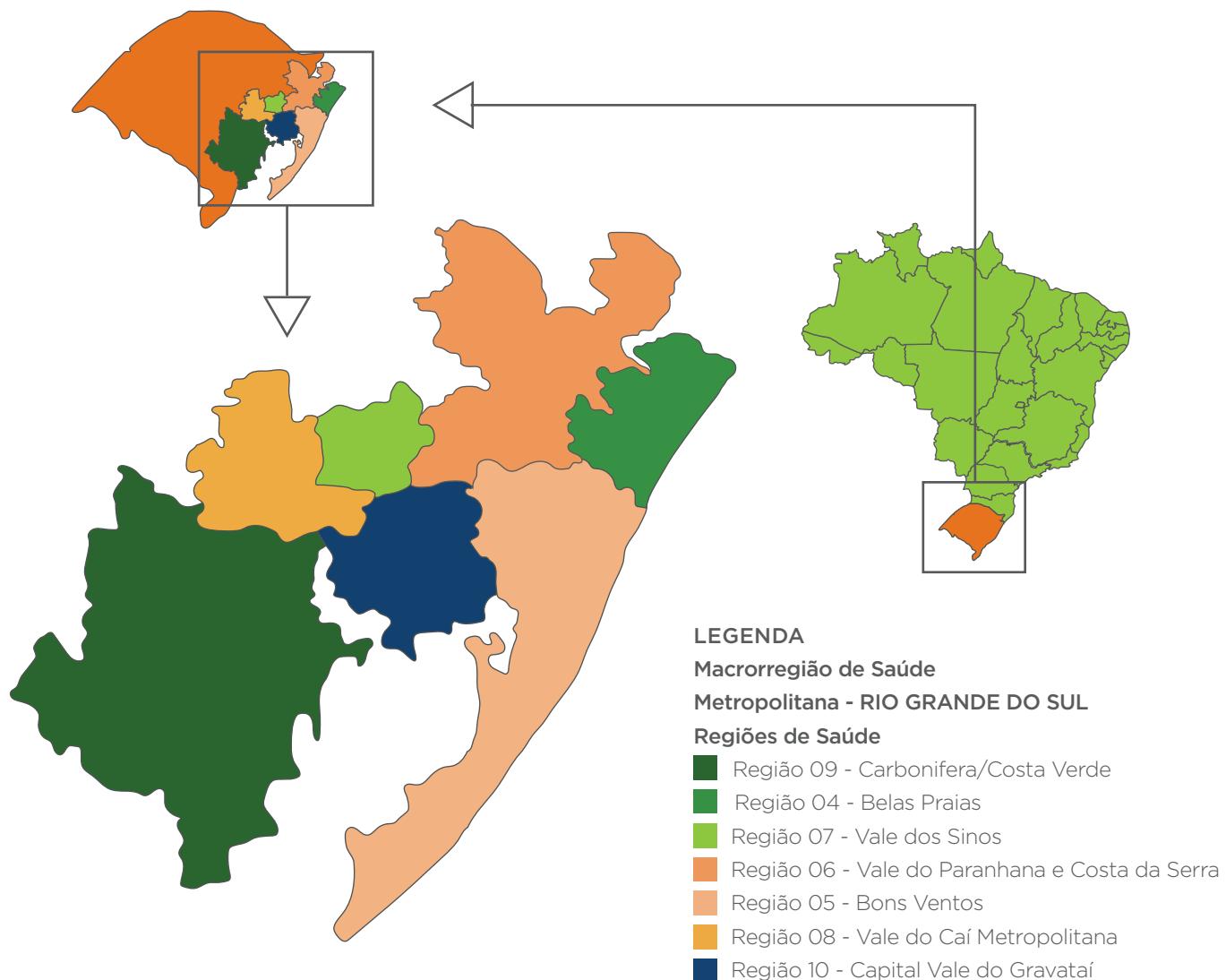
Fonte: Documento Norteador Macrorregião Sul de Minas Gerais (2020).

Macrorregião de Saúde Metropolitana – Rio Grande do Sul

O Rio Grande do Sul possui 497 municípios e conta com 30 Regiões de Saúde organizadas em sete Macrorregiões de Saúde. A Macrorregião de Saúde Metropolitana possui 89 municípios organizados em sete Regiões de Saúde, com uma população estimada em 5.023.201 habitantes, o que representa 44,15% da população residente no Estado (IBGE, 2019).

No âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o processo de organização da regionalização no Sistema Estadual de Saúde teve início com a definição das sete Macrorregiões de Saúde do Estado (Metropolitana, Serra, Vales, Centro-Oeste, Sul, Norte e Missioneira) por meio da Resolução CIB nº 192/2002, na construção do Plano Diretor da Regionalização (PDR). Após a edição do Decreto nº 7.508/2011, entre os anos de 2012 e 2014, o Estado instituiu, por meio da publicação de várias Resoluções CIB, as 30 Regiões de Saúde, que foram conformadas nos territórios das sete Macrorregiões de Saúde anteriormente estabelecidas (Figura 24).

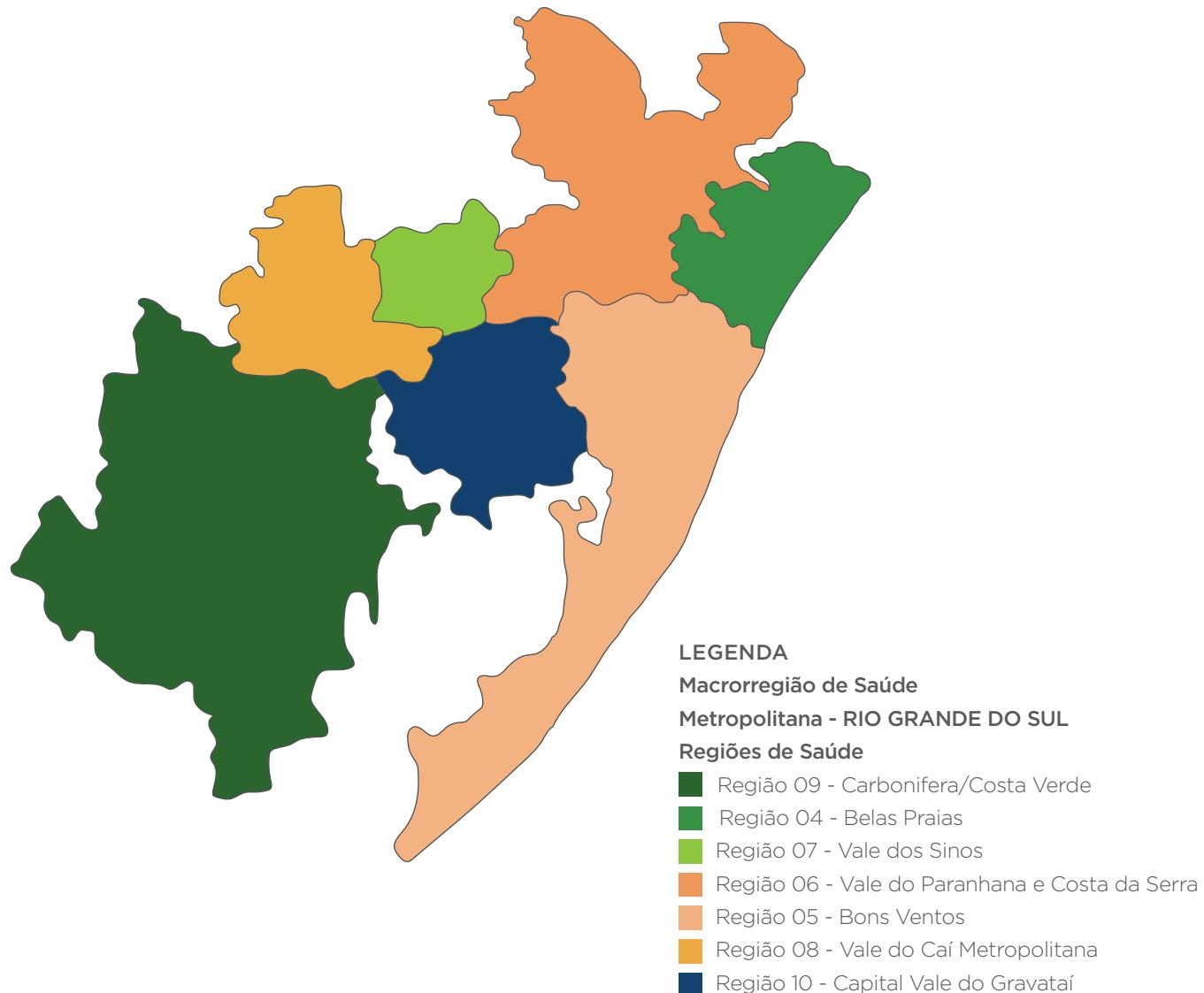
Figura 24 | Macrorregião de Saúde Metropolitana – Rio Grande do Sul



Fonte: CGAT/DGIP/SE; DATASUS/MS. Elaboração: SEINSF/SEMS/GO (2020).

No ano de 2018, dando continuidade a este processo e considerando-se a legislação vigente, foi publicada a Resolução CIB nº 188/2018 que aprovou a proposta de cronograma para o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI), assim como a ratificação das Macrorregiões de Saúde (Figura 25) – sendo, a partir de então, iniciado pela SES processo participativo para a realização de diagnóstico da situação de saúde em todas as 30 Regiões de Saúde de forma a subsidiar o PRI no Estado, ainda em construção.

Figura 25 | Macrorregião de Saúde Metropolitana – Rio Grande do Sul



Fonte: CGAT/DGIP/SE; DATASUS/MS. Elaboração: SEINSF/SEMS/GO (2020).

O processo de adesão dos municípios ao Projeto “Regionalização” na Macrorregião de Saúde Metropolitana do Rio Grande do Sul absorveu grande parte das atividades da equipe local no seu início. Fez-se necessária intensa articulação entre CONASEMS, COSEMS e SES, com o objetivo de pactuar as estratégias de sensibilização dos gestores municipais de Saúde, sendo que a primeira Oficina de Trabalho ocorreu somente no início de 2020.

Por definição do Grupo Técnico Tripartite (GT-Tri), composto pela equipe local, técnicos da SES e do NEMS/SEINSF para o acompanhamento do Projeto “Regionalização” na Macrorregião de Saúde Metropolitana, optou-se em realizar as atividades da 1ª Oficina de Trabalho por Coordenadorias Regionais de Saúde, uma vez que se identificava a necessidade de se estimular a participação dos municípios e o sentimento de pertencimento ao território macrorregional.

Todo o processo metodológico do Projeto na Macrorregião de Saúde foi “construído” a partir do Termo de Referência proposta pelo HAOC, por muitas mãos, materializadas no GT-Tri, que se constituiu em importante espaço de discussão do processo de regionalização e de fortalecimento do compromisso de se “absorver” intensamente aquilo que pudesse subsidiar a organização e a elaboração do PRI nas demais Macrorregiões de Saúde no Estado.

As demandas decorrentes da pandemia da Covid-19 exigiram o redirecionamento das estratégias metodológicas do Projeto, sendo que as mesmas incorporaram atividades virtuais (síncronas e assíncronas) e mantiveram, em um primeiro momento, a dinâmica de trabalho por Regiões de Saúde, permitindo o entrosamento dos atores locais e uma maior proximidade destes com a equipe local e com o GT-Tri, que assume nesta fase importante protagonismo no processo.

O Quadro 15 apresenta, de forma sintética, os diversos movimentos incorporados ao Projeto “Regionalização” na Macrorregião de Saúde Metropolitana e que, ao seu término, garantiram a execução das atividades propostas no Termo de Referência e as entregas esperadas.

Quadro 15 | Síntese Oficinas da Macrorregião Metropolitana do Rio Grande do Sul

Oficina de Pactuação

1º CICLO DE OFICINAS (síncrona)

1ª Oficina Presencial

Uma oficina por Coordenadoria Regional de Saúde (1ª CRS, 2ª CRS e 18ª CRS).

- Análise da Situação de Saúde (ASIS) da Macrorregião Metropolitana a partir das necessidades elencadas no PRI Estadual (etapa diagnóstico), com a identificação e definição dos principais macroproblemas de saúde da população.

2ª Oficina Virtual

Uma Oficina por Coordenadoria Regional de Saúde (1ª CRS, 2ª CRS e 18ª CRS).

- Validar a ASIS da Macrorregião Metropolitana construída pela equipe local.

Atividade de Dispersão

- Formulário Google Forms® - análise da ASIS e possíveis contribuições ao documento.

3ª Oficina Virtual

Uma Oficina por Coordenadoria Regional de Saúde (1ª CRS, 2ª CRS e 18ª CRS).

- Identificação e priorização dos macroproblemas de saúde e definição de Objetivos Estratégicos.

Atividade de Dispersão

- Formulário Google Forms® - matriz de priorização para atribuição de pesos aos critérios (magnitude, gravidade, aceitabilidade, tendência, impacto regional e exequibilidade), dos principais macroproblemas de saúde identificados e priorizados, conforme a ASIS elaborada e validada na 2ª Oficina virtual.

(continua)

(continuação)

2º CICLO DE OFICINAS (síncrona e assíncrona)

1ª Oficina Virtual

- Validação da Análise de Situação da Rede de Atenção à Saúde e SADT e construção do Itinerário Terapêutico ideal dos macroproblemas de saúde priorizados - IAM e Covid-19.

Atividade de Dispersão

1. Mural Padlet® com a Análise de Situação da RAS/SADT e envio por e-mail do Documento de Análise de Situação elaborado pela Equipe local.
2. Formulário Google Forms® - casos clínicos por macroproblema de saúde priorizado (IAM e Covid-19) para análise e identificação do Itinerário Terapêutico do usuário.

2ª Oficina Virtual

- Identificar as fragilidades e potencialidades da RAS e SADT, bem como a construção de Estratégias de enfrentamento aos problemas.

Atividade de Dispersão

1. Formulário Google Forms® - qualificar o Itinerário Terapêutico produzido na última oficina com a identificação de todos os pontos de atenção em cada componente da RAS.
2. Formulário Google Forms® - identificação de fragilidades e potencialidades por componente/pontos de atenção da RAS e SADT a partir dos macroproblemas de saúde priorizados.

3º CICLO DE OFICINAS (síncrona e assíncrona)

1ª Oficina Virtual

- Validação da Análise da Situação dos Sistemas Logísticos de apoio a RAS e da Governança Macrorregional e identificação de Fragilidades e Potencialidades.

Atividade de Dispersão

1. Formulário Google Forms® - enviado aos municípios para a construção de alguns pontos da Matriz de Governança e Sistema Logísticos.
2. Formulário Google Forms® - enviado as CRS e a SES para a construção de alguns pontos da Matriz de Governança e Sistemas Logísticos.

2ª Oficina Virtual

- Validação das Estratégias de Enfrentamento aos principais problemas identificados da matriz de governança e sistemas logísticos.

Atividade de Dispersão

Formulário Google Forms® - construção de estratégias de enfrentamento aos principais problemas identificados/fragilidades da matriz de governança e sistemas logísticos.

Fonte: Documento Norteador Macrorregião Metropolitana do Rio Grande do Sul (2020).

Algumas reflexões importantes do processo

A regionalização no SUS é processo em permanente construção, já que são inúmeros os desafios para consolidação dos princípios da universalidade e integralidade, tendo como pano de fundo o espaço regional ampliado, que se apresenta como possibilidade real de organização das ações e Serviços de Saúde em todas as suas dimensões ou, pelo menos, em boa parte delas. Cabe destacar que os limites geográficos considerados na composição das Macrorregiões de Saúde são continuamente “borrados” pelas necessidades de saúde das populações e coletivos que compõem a vida nessas localidades – o que reforça ainda mais a dinamicidade do processo.

Embora o Planejamento Regional Integrado e de base ascendente seja um processo que deva ser incorporado de modo permanente na forma de como organizamos o cuidado a partir dos municípios e destes no espaço ampliado – alimentando e retroalimentando os entes federados para o planejamento em cada um dos níveis de gestão – não devemos esquecer que ele precisa ser pensado e posto em prática em ciclos que se perpetuam ao longo da história. Isso requer afirmar que precisamos pensar em “formas” de se fazer o PRI, considerando-se as características loco-regionais, mas lembrando de que este processo precisa ser “induzido” e “estimulado”, garantindo que aconteça, a seu tempo, em todas as Macrorregiões de Saúde.

Os Estados, enquanto grandes condutores deste processo, devem dispor de equipes preparadas que apoiem a interiorização das estratégias definidas para o ciclo de planejamento, trazendo para a cena os municípios e a União, oportunizando encontros produtivos e permanentes que possam, a partir do reconhecimento das necessidades de saúde daquela gente, incorporar dispositivos e estratégias – de modo ascendente – para a resolução dos principais problemas de saúde que se materializam para além das questões relacionadas ao financiamento, mas acima de tudo, ao necessário sinergismo de ações em cada território.

A elevada rotatividade dos gestores municipais; a ausência e/ou fragilidade dos sistemas de informação como subsídio à tomada de decisão; as relações de poder existentes entre municípios e entre municípios e Estado; a insegurança jurídica para as decisões emanadas; a deficiência na proposição do financiamento de ações e serviços no âmbito inter-municipal; a falta de sincronia entre os instrumentos de planejamento e gestão do SUS, e a fragilidade dos espaços ampliados de discussões acerca dos “nossos” problemas devem estimular o fortalecimento de equipes técnicas que possam subsidiar, de modo permanente, a leitura do território e tratar das possibilidades para sua organização. Isso não deve acontecer apenas para cumprir protocolo de “escuta” dos entes em períodos de elaboração dos Planos de Saúde: mas deve ser incorporado ao movimento vivo de cada território ampliado (GRIEP, 2018).

Enxergar, para além da racionalidade sistêmica percebida na organização da RAS – principalmente em relação ao seu financiamento –, requer que municípios e Estados se “percebam” como partes de um todo e, mesmo assim, autônomos em suas decisões. Desta forma, poderemos estabelecer uma ação comunicativa que respeite os objetivos de cada um, mas compreenda que o estabelecimento de objetivos comuns é um importante caminho para o alcance dos primeiros.

Nesse sentido, a própria legislação infraconstitucional deve oportunizar relações de cooperação no e para o território ampliado, incorporando diferentes possibilidades de arranjos construídos e aceitos – deixando de se apresentar como marco normalizador e normatizador que busca “encaixar” a vida real e a dinâmica de cada território no processo de regionalização em Saúde.

Há muito que se aprender em relação à regionalização em Saúde, planejamento ascendente e governança da RAS, mas entendemos que os produtos elaborados ao longo do Projeto “Regionalização”, a partir de encontros síncronos e assíncronos que possibilitaram o autorreconhecimento, a identificação de problemas de saúde e de cuidado comuns a todos, e a necessidade de cooperação como estratégia de enfrentamento destes problemas – abordados com maior profundidade no próximo capítulo –, nos permitem inferir sobre a urgência em se permitir fazer, aprendendo com os erros e acertos, mas fazendo... Sempre!



03

“DIÁRIO DE BORDO DA REGIONALIZAÇÃO”

“Vamos construir uma ponte
Sejam bem-vindos a essa ação
Aqui a mão de obra é firme
Feita de luta e coração
Integralidade é nossa base
Diversificar é nossa missão
Saúde garantida e assistida
Fortalecendo à atenção básica e à promoção
Regionalizar é nossa meta
Por um fim das iniquidades sociais
Potencializando e ampliando
É que construímos muito mais (...)”

*A ponte do SUS
Alberis Luis (2017)*

PRODUTOS CONSTRUÍDOS NAS REGIÕES

Segundo o dicionário virtual de significados, **Diário de bordo** é uma expressão utilizada para se referir ao relatório sobre determinada navegação, onde ficam registrados os acontecimentos mais importantes durante o trajeto. Nesse sentido, podemos inferir que apresentar um diário de bordo da regionalização seria o equivalente a produzir o registro dos marcos do seu processo. A resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre processo de Planejamento Regional Integrado e a organização das Macrorregiões de Saúde, define em seu Artigo 2, inciso III, que o produto do processo de PRI é o plano regional, o qual deve expressar:

- A identificação do espaço regional ampliado;
- A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada;
- As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
- As responsabilidades dos entes federados no espaço regional;
- A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional;
- A programação geral das ações e serviços de saúde;
- A identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços, orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, Estados e municípios, bem como de emendas parlamentares.

Seriam esses os marcos essenciais a serem registrados no “Diário de Bordo” do processo de regionalização? Tendemos a acreditar que sim. Dessa forma, esse capítulo se propõe a sistematizar e analisar os produtos das atividades desenvolvidas no âmbito do Projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde, que ficou simplesmente conhecido como Projeto “Regionalização” nas macrorregiões em que foi aplicado.

Antes de convidá-lo à leitura de nosso diário de bordo, queremos reforçar nossa clara compreensão acerca do objetivo central deste Projeto, que não era, nem poderia ser, a realização do processo de PRI nas regiões contempladas – processo este que deve ser conduzido pelos entes federados (mesmo que possa vir a ser apoiado por algum projeto no âmbito do PROADI-SUS). Outrossim, caberia a toda a equipe envolvida no Projeto agenciar o aumento do protagonismo municipal nos processos de planejamento, governança e operação da Rede de Atenção à Saúde, por meio de uma lógica de planejamento ascendente, na elaboração de Planejamento Regional Integrado.

O desenho metodológico arquitetado para o alcance desse objetivo, conforme delineado em detalhes nos capítulos anteriores, proporcionou uma espécie de “exercício” do processo de regionalização. Claro que este movimento, em virtude das potencialidades identificadas no

processo, que se manifestaram em alguns dos produtos efetivamente construídos poderá, em alguma medida, resultar no aproveitamento destes produtos para os momentos “reais” de desenvolvimento do PRI desencadeados nesses Estados/Macrorregiões.

É possível afirmar, nesse ínterim, que o exercício do Projeto “Regionalização”, em várias das macrorregiões participantes, foi considerado não apenas como experiência “piloto” para embasamento teórico-metodológico visando o desencadeamento futuro do PRI, mas também, naqueles Estados em que o processo de PRI estava efetivamente desencadeado, serviu como um “copiloto”, sendo que seus produtos contribuíram de fato para o processo de regionalização em curso. Portanto, entendemos que os marcos essenciais que serão aqui apresentados têm potencial significativo para alicerçar e inspirar decisões sobre processos de regionalização a serem disparados no Brasil nos próximos anos.

Convém ressaltar, ainda, que, pelo escopo previsto nas entregas do Projeto, os dois últimos itens descritos no inciso III do Artigo 2 da Resolução nº CIT 37/2018 não foram explorados nas atividades desenvolvidas. Por outro lado, entendemos que os demais itens foram contemplados em quase sua totalidade e abrangência nas oficinas de trabalho, representando uma contribuição de bastante valor, em especial porque nos permitiram uma análise dos aspectos críticos a serem considerados e valorizados na construção desses subprodutos. Na verdade, isso representa o que consideramos o maior legado do projeto, pois representa o aprendizado “vivo” – essência maior de uma construção coletiva de tal complexidade.

MARCO 1 - A identificação do espaço regional ampliado

Os chamados “Documentos Norteadores do Planejamento Regional Integrado” – uma das entregas do Projeto que se consubstanciou em um conjunto de cadernos específicos destinado às descrições e reflexões da vivência das atividades em cada uma das Macrorregiões participantes – apresentam em seu corpo textual uma síntese sobre as características geográficas e sociodemográficas das Macrorregiões. Mesmo que se considere suas singularidades, tais sínteses possuem semelhanças importantes, com potencial analítico.

Nos trabalhos científicos sobre a saúde e a Saúde Pública, a incorporação de determinados conceitos geográficos como espaço, território e ambiente têm ganhado relevância. Nesse contexto, Monket et al. ressaltam que “propõem-se novos termos e adjetivos, adicionados aos termos existentes, às vezes sem muita preocupação com a definição ‘original’ da ciência de procedência e, dessa forma, são gerados conflitos lógicos entre as muitas acepções ou conteúdos teóricos que a eles subjazem” (MONKEN et al., 2008, p.1).

Afirmam ainda que essa situação é ainda mais problemática quando se trata de termos polissêmicos nas próprias disciplinas de origem, como é o caso dos conceitos geográficos em questão. Ainda assim, estudiosos de várias áreas têm incorporado o repertório teórico e conceitual, os procedimentos e recursos tecnológicos, na investigação em espaço, ambiente e saúde (MONKEN et al., 2008).

Corrêa (1995 apud Monken et al, 2008)., nos explica que vários autores têm apresentado o espaço geográfico ora associado a uma porção específica da Terra, identificada pela natureza, pelas marcas que a sociedade ali imprime, ora como referência à simples localização, situando-se indiscriminadamente em diferentes escalas como a global, continental, regional, estadual, a escala da cidade, do bairro, da rua e, até, de uma casa apenas.

Para Santos (1998 apud Monken et al. 2008, p.2), “o espaço geográfico é um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente”.

Identificam-se, assim, como categorias do espaço, os objetos, formas ou fixos criados pelo homem ou naturais. Os primeiros são os prédios, as barragens, as estradas de rodagem, os portos, as indústrias, os hospitais, as plantações e outros. Os objetos naturais são os rios, montanhas, árvores, praias e planícies etc. As ações, funções ou fluxos referem-se aos movimentos, à circulação de pessoas, mercadorias e ideias. (Santos, 1998 apud Monken et al. 2008, p.2)

Assim, essa ideia de espaço considera todos os objetos existentes numa extensão contínua, supondo a sua coexistência como sistemas e não apenas como coleções. Monken et al. (2008, p.2) explicam essa ideia da seguinte forma: “a utilidade atual dos objetos, passada ou futura vem, exataamente, do seu uso combinado pelos grupos humanos que os criaram ou que os herdaram das gerações anteriores.” Ou seja, estes objetos e suas formas surgem como uma condição da ação, meio de existência que o agir humano deve, em um momento certo, levar em conta (MONKEN et al., 2008).

A coexistência de fixos e até de componentes de fluxos, de variadas idades, é o que Santos (1988 apud Monken et al., 2008, p.3) denomina rugosidades, expressões do passado em formas e tempos espaciais. Para este autor, o espaço como construção social tem como elementos constitutivos: os homens; o meio ecológico – base física do trabalho humano; as infraestruturas, materialização do trabalho humano em formas; as “firmas”, responsáveis pela produção de bens, serviços, ideias; e as instituições encarregadas de produzir normas, ordens e legitimações.

Monken et al. (2008, p.3), consideram, ainda, que “a construção do espaço geográfico é uma contingência histórica do processo de reprodução social, geradora da necessidade de organização econômica e social e de um determinado ordenamento espacial”.

No processo de construção do espaço geográfico, a vivência e a percepção são dimensões essenciais e complementares, como fenômenos que consolidam os aspectos subjetivos associados a este. A percepção do espaço é marcada por afetividade e referências de identidades socioculturais. Nessa perspectiva, o homem é o promotor da construção do espaço geográfico e, ao imprimir valores a esse processo, confirma-se como sujeito social e cultural (MONKEN et al., 2008, p. 3).

Na geografia, há duas grandes matrizes do termo território: 1) jurídico-política, que é derivada da geografia política clássica e estabelece uma ligação vital entre Estado e território; 2) etológica, que considera que a territorialidade humana é análoga à animal e está na base da constituição de territórios. Monken et al. (2008) explicam que para a vertente da geografia política clássica, o território é uma área delimitada pelas fronteiras nacionais de um Estado; já na vertente da concepção de território surgida da etologia, a criação de territórios é fruto do comportamento humano.

Para Robert Sack (1986 apud Monken et al., 2008, p.5), “a territorialidade em seres humanos é mais bem compreendida como uma estratégia espacial para afetar, influenciar, ou controlar recursos e pessoas, pelo controle de uma área; e, como territorialidade, pode ser ativada e desativada.”

A territorialidade estaria assim intimamente ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como dão significado ao lugar. A territorialidade de Sack está vinculada às relações de poder, como uma estratégia ou recurso estratégico que pode ser mobilizado de acordo com o grupo social e o seu contexto histórico e geográfico (Sack, 1986 apud Monken et al., 2008, p.5).

Outras discussões sobre o território incorporam o componente cultural, “considerando que o território carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão simbólica, ou cultural em sentido estrito, e uma dimensão material, de natureza predominantemente econômico-política” (MONKEN et al., 2008, p.5).

Nesse sentido, comprehende-se que a ideia de território transitaria então do político para o cultural, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e do afeto entre as pessoas. Segundo Monkel et al. (2008), esta abordagem de território abre possibilidades para as análises em saúde e para o entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente em espaços comunitários.

O geógrafo Milton Santos é considerado um dos mais significativos estudiosos do conceito de espaço geográfico aplicado ao campo da saúde. Muitos dos seus trabalhos orientaram as concepções sobre espaço e saúde no âmbito da Saúde Pública latino-americana. Sua grande contribuição se consubstancia na compreensão de que o “espaço socialmente organizado, integrado e profundamente desigual não apenas possibilita, mas determina a ocorrência de endemias e sua distribuição” (MONKEN et al., 2008, p. 15).

Verifica-se, desse modo, que a adoção do espaço geográfico na Saúde Pública vem ao encontro de um desejo de transformação social e de demonstrar os efeitos deletérios das desigualdades sociais na saúde das populações, numa espécie de reação às concepções da epidemiologia clássica – ainda que não se possa desprezar o valor de seus métodos e rigor teórico (MONKEN et al., 2008, p. 15).

Por outro lado, a aplicação do conceito de território no campo da saúde vem ganhando força mais recentemente principalmente pelo interesse dos gestores de saúde e estudiosos em administração dos serviços, e dos próprios trabalhadores destes serviços, os quais vêm concebendo-o como “área político-administrativa, com maior ênfase na repartição do espaço do que nos processos que aí se desenvolvem” (MONKEN et al., 2008, p. 16). Assim, esta reflexão gerou uma reorientação do conceito de território utilizado nas Políticas Públicas de Saúde, consubstanciado em ideias mais amplas do que a de território político-administrativo, com maior densidade teórico-metodológica (idem, 2008).

Nesse sentido, Monken et al. (2008) chamam a atenção para o fato de que a base territorial é um dos princípios organizativo-assistenciais mais importantes do sistema de saúde:

O estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita (MONKEN et al., 2008, p.16).

E, ainda:

O território da Saúde Coletiva onde se desenvolvem ações de Saúde Pública são produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor. O objetivo é prevenir riscos e evitar danos à Saúde, a partir de um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Por isso, pressupõe limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar (MONKEN et al., 2008, p.16).

Reconhecendo a complexidade de tais conceitos, e considerando que o território macrorregional foi historicamente pouco explorado nas análises de Saúde, as equipes locais do HAOC tiveram extenuante trabalho de levantamento de informações que pudessem caracterizar a riqueza do território macrorregional, por vezes complexo ao ponto de envolver duas unidades federativas de nível estadual, como era o caso da macrorregião interestadual Pernambuco-Bahia (PE-BA). Nesse sentido, todos os documentos norteadores trazem, uns mais, outros menos, não apenas as características espaciais (climáticas, hidrográficas, de vegetação e solo, entre outros) como as características socioeconômicas (político-administrativas, educacionais, atividades comerciais, industriais, extrativistas etc.) e, também, as características culturais, em especial as manifestações folclóricas, crenças religiosas e estilo de vida, entre outros).

A compreensão da determinação social da Saúde é fator relevante para a composição das Políticas de Saúde, e não poderia ser diferente no processo de Planejamento Regional Integrado. No Quadro 16 identificamos alguns dos trechos que refletem o modo como as equipes locais procuraram caracterizar a identificação do espaço macrorregional ampliado, de forma a englobar a complexidade do seu reconhecimento como um território, base para a organização das práticas e das ações e serviços de saúde.



A compreensão da determinação social da Saúde é fator relevante para a composição das Políticas de Saúde, e não poderia ser diferente no processo de Planejamento Regional Integrado.

Quadro 16 | Caracterização da identificação do espaço macrorregional

MACRORREGIÃO	TRECHOS
Macrorregião de Saúde Porto Velho - Rondônia	<p>“... O quantitativo populacional da Macro I soma um total de 944.910 habitantes. Dos 18 municípios, o mais populoso é Porto Velho, com 529.544 habitantes. É a capital brasileira com maior área territorial, com mais de 34 mil km², e maior densidade demográfica entre os municípios. Porto Velho é, ainda, a única capital estadual brasileira que faz fronteira com outro país, a Bolívia. Deve-se considerar também a população indígena que faz parte desse quantitativo populacional.</p> <p>É importante destacar a construção de duas usinas hidrelétricas, a partir do ano de 2006, proporcionando um intenso fluxo migratório para o Estado, resultando num aumento acelerado da população, um crescimento de 19,23%, impactando na qualidade de vida e no atendimento à saúde nas unidades existentes, pois a região não estava preparada para este crescimento que não foi antecedido pelo crescimento de infraestrutura e de oferta de serviços básicos; as filas nos hospitais públicos e particulares se tornaram gigantescas; as vagas nas escolas ficaram escassas; a criminalidade aumentou e os problemas oriundos do uso e tráfico de drogas se tornaram alarmantes”.</p>
Macrorregião de Saúde Cariri - Ceará	<p>“... Com relação à história, cultura e tradição, a Região do Cariri assume verdadeiramente as feições de território com a tradição dos Reisados, Caretas, Bandas de Pífanos e Cabaçais do Ceará, Pernambuco ou Paraíba, que se misturam em perfeita profusão de alegorias, musicalidades, dançantes e brincantes. A região preserva e multiplica tradições, potencialidades e vocações. O território é concebido pelas profundas raízes de resistência cultural que se materializam ou imaterializam-se através de interações e relações interpessoais e de processos históricos, sociais, simbólicos e coletivos. Essa cultura partilhada é historicamente marcada por uma expressão de resistência dos nordestinos que enfrentam as adversidades naturais para a sobrevivência do dia a dia e a resistência coletiva, presente desde a colonização da região. Movimentos de resistência como o Caldeirão da Santa Cruz do Deserto “do Beato Zé Lourenço” ou a própria independência de Juazeiro do Norte ‘do Padre Cícero’ são exemplos de como ‘o coletivo aqui tem força’.</p> <p>Cabe destacar ainda a expressão ‘o povo Kariri’; este termo vem dos índios kariris, nações de tribos indígenas que habitavam parte do interior nordestino no século XVII (BRASIL, 2010), cujos registros históricos indicam larga resistência ao processo de colonização portuguesa, considerados pelos colonizadores como ‘valentes e de terrível resistência, talvez os demais persistência que os portugueses encontraram’...”.</p>
Macrorregião Interestadual de Saúde - Pernambuco/ Bahia	<p>“... Formada por dois Estados, com características sociodemográficas próprias, a Macrorregião PEBA apresenta atributos provenientes de ambos os territórios. O estado de Pernambuco contava com uma estimativa de 9.496.366 habitantes no ano de 2018, sendo 48,1% do sexo masculino e 51,9% feminino, tendo, pois, a razão de sexos de 93 homens para cada grupo de cem mulheres (PERNAMBUCO, 2019b). A Bahia, cujo contingente populacional é o quarto maior Estado do país, apresentou uma estimativa de 14.812.617 de pessoas residentes em 2018, sendo 49% do sexo masculino e 51% do sexo feminino, por isso, a razão por sexo foi de 96,3 homens para cada cem mulheres (BAHIA, 2019).”</p> <p>“...Por ser uma região interestadual, a Macrorregião de Saúde PEBA mostra-se bastante heterogênea também em seu perfil socioeconômico e cultural, desde a forma de organização administrativa de cada Estado, até os elementos mais importantes, como principais atividades econômicas.</p> <p>O estado de Pernambuco está dividido em 12 Regiões de Desenvolvimento (RD) para fins de administração pública estadual, além dos programas e ações. Os municípios da Macrorregião de Saúde PEBA no território de Pernambuco encontram-se em quatro RD: Sertão de Itaparica (RD 01), Sertão do São Francisco (RD 02), Sertão do Araripe (RD 03) e Sertão Central (RD 04)...”.</p> <p>“... Já o estado da Bahia, desde o ano de 2018, dividiu-se em 27 Territórios de Identidade (TI), que são unidades geográficas oficiais para o planejamento e orientadoras da organização de Políticas Públicas. Os municípios que compõem a Macrorregião de Saúde PEBA no território da Bahia estão divididos entre cinco TIs...”.</p>

(continua)

(continuação)

MACRORREGIÃO	TRECHOS
Macrorregião de Saúde Sudoeste - Goiás	<p>A Macrorregião de Saúde Sudoeste tem uma extensão de 73.139,08 km² e uma população estimada, em 2018, de 687.340 habitantes, com uma densidade demográfica de 9,40 hab/km². Ela é composta por duas Regiões de Saúde (RS): Sudoeste I totalizando 28 municípios, sendo 16 com população abaixo de dez mil habitantes; cinco com população entre dez e 20 mil habitantes; seis com população acima de 20 mil habitantes; e um com população acima de cem mil habitantes (IBGE/MPOG, 2020; DATASUS/MS, 2020). Destaca-se que 89% da população concentra-se na zona urbana, em oposição à 11% da zona rural (IBGE/MPOG, 2020)".</p>
Macrorregião de Saúde Sul - Minas Gerais	<p>"Sobre o perfil socioeconômico da macrorregião sul mineira, pode-se afirmar que as principais atividades econômicas são a agropecuária, indústria e serviços. Em comparação às demais regiões do Estado, o sul de Minas é a segunda região com maior PIB do estado. A produção total da região do Sul de Minas representou 12,7% da produção total do estado. Em relação aos setores de atividade econômica, representou 21,7% da produção agropecuária, 9,9% da produção industrial e 13% do valor que a atividade agrega aos bens e serviços consumidos no seu processo produtivo. O setor que mais contribuiu para a composição do PIB na região do Sul de Minas foi o de serviços (59,3%), seguido pela indústria (26,1%) e, por fim, a agricultura (14,5%)...".</p> <p>"... De acordo com os dados da Fundação Cultural Palmares, em 2019, existiam três comunidades remanescentes de quilombos, certificadas, sendo uma em Caiapônia e duas em Mineiros, na Região de Saúde Sudoeste II (FCP/MC, 2020).</p> <p>Em se tratando da classificação dos espaços rurais e urbanos, nota-se um predomínio de municípios (n=12) na categoria Rural Adjacente, seguido de municípios na categoria Urbano (n=10)".</p>
Macrorregião de Saúde Metropolitana - Rio Grande do Sul	<p>"... A macrorregião de Saúde Metropolitana conta com 5.023.201 habitantes, que representa 44,15% da população residente no Estado, caracterizando-se assim como a macrorregião com o maior número de pessoas residentes no Estado, além de ser considerada a maior região metropolitana da Região Sul do Brasil e a quinta mais populosa do país. É composta por 89 municípios, agrupados em três CRS e sete Regiões de Saúde...".</p> <p>"...A proporção de pessoas com baixa renda (1/2 salário mínimo) na macrorregião metropolitana representa 31,74% em relação a população total, segundo dados do IBGE em 2017.</p> <p>Ao analisar por região, se observa na Região 7 um percentual menor de pessoas com baixa renda, representando 15,3% e na Região 9 um percentual maior, representando 69,7%".</p>

Fonte: Documentos Norteadores do Planejamento Regional Integrado das Macrroregiões participantes do projeto (2020, s.p.).

Entendemos que a produção dessas informações tem relevância primordial não apenas para a qualificação do processo de Análise Situacional da Saúde, proporcionando a identificação dos determinantes e condicionantes da Saúde, mas também para dar sentido de território para o espaço macrorregional, valorizando uma identidade socioeconômica e cultural e superando, inclusive, a forte e já consolidada identificação regional (ou microrregional). Foi possível perceber que o sentimento de pertença se fortaleceu quando as equipes locais produziram informações sistematizadas que aumentaram a percepção dos técnicos e gestores municipais sobre o espaço macrorregional, constituindo-se como uma espécie de "território ampliado" em relação aos espaços regionais (ou microrregionais) já constituídos.

Macrorregiões muito amplas ou aquelas que envolvem fronteiras entre Estados e até com outros países – como foi o caso que vivenciamos no RS, MG e PEBA – podem ser extremamente favorecidas por essa construção, o que impactará, consequentemente, no processo de organização da Rede de Atenção à Saúde nesse âmbito, objetivo primordial do processo de Planejamento Regional Integrado na Saúde.

MARCO 2 - A identificação da Situação de Saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada

As informações e os indicadores de Saúde são apontados como uma das principais fontes para a tomada de decisão e formulação de Políticas de Saúde. O ato de identificar e descrever a ocorrência de doenças, incapacidades e mortes na população, com uso de dados que alimentam as estatísticas de Saúde, possibilita medir aspectos relacionados aos problemas de saúde. Os gestores, por outro lado, possuem dificuldades importantes causadas pela ausência dos dados ou por dados de má qualidade, que, por sua vez, dificultam a elaboração de indicadores válidos e confiáveis que expressem a situação de saúde (SOUZA et al., 2017).

Assim, a informação em saúde, produzida de forma qualificada, deve ser uma prioridade na gestão do SUS, especialmente porque fortalecem a análise da situação de saúde. Apesar das dificuldades na produção do dado ainda existentes, como falta de estrutura (recursos materiais e humanos, por exemplo) que, muitas vezes, tornam precária a informação, muito se tem avançado no Brasil com a melhora importante na cobertura e na qualidade das informações em Saúde (SOUZA et al., 2017).

A mudança do perfil de adoecimento e morte da população, com queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da mortalidade de menores de cinco anos e redução significativa das causas evitáveis de morte, tem gerado importante aumento da expectativa de vida, mas também tem revelado um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, entre outras, e das mortes por causas externas, como as violências e os acidentes de trânsito (SOUZA et al., 2017).

Esse novo perfil de saúde-doença requer um modelo de atenção à saúde que busque utilizar novas métricas do nível de saúde da população, informando e avaliando o cuidado em saúde, testando, construindo e agregando conceitos e métricas ainda não aplicados na gestão da saúde no SUS nos mais diversos níveis (SOUZA et al., 2017). Nesse sentido, a análise de situação em saúde se consubstancia como uma das ferramentas mais poderosas para o processo de planejamento em Saúde, e por isso mesmo é um dos subprodutos essenciais do PRI.

Segundo a OPAS (1999 apud MATA, 2018), a análise de situação de saúde é uma ferramenta que facilita a identificação de necessidades e prioridades, bem como a identificação de intervenções e programas adequados e a avaliação do seu impacto na Saúde. A ASIS é caracterizada por processos analítico-sintéticos que permitem caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os agravos e problemas de saúde, assim como seus determinantes. Em suma, a ASIS visa a gerar informações que auxiliem na compreensão das causas e consequências dos problemas de saúde e que também orientem a tomada de decisão por parte dos profissionais e gestores da Saúde.

Orientadas pelo termo de referência do Projeto, as equipes locais do HAOC também produziram um extenso trabalho de levantamento e análise de informações, procurando identificar o perfil de morbimortalidade e da determinação social da Saúde em suas respectivas macrorregiões. Esse trabalho não foi simples, considerando que a consolidação de informações em nível macrorregional também não é uma prática recorrente e não há relatórios de acesso simplificado na maioria dos sistemas de informação do SUS que permitam a obtenção dessas informações para este âmbito espacial.

Aqui vale a pena ressaltar a importância destas equipes estarem completamente focadas nessa produção e possuírem (ou desenvolverem em processo) capacidades técnicas que lhes permitissem realizar a tarefa com a qualidade minimamente esperada. Um dos problemas recorrentes na operacionalização do processo de governança é a questão da confiabilidade da informação e da produção de conhecimento dela derivada, que irá embasar a decisão. Obter informações confiáveis e “extrair” delas reflexões tecnicamente qualificadas (que configuram, em última análise, o conhecimento) é um trabalho exaustivo, que requer dedicação, disciplina e qualificação.

O ato de aquisição do conhecimento é denominado “cognição”. Em cada indivíduo, esse ato é uma resultante psicológica de sua percepção de informações e fatos que, ao interagir com suas aprendizagens anteriores e seu raciocínio analítico-sintético, lhe permitem a aquisição do conhecimento. Uma vez gerado, o conhecimento pode permanecer em seu estado original, de maneira abstrata e tácita, restrita à mente do seu detentor, ou ser devidamente documentado, explicitado e compartilhado com outros indivíduos (SORDI, 2017).

Portanto, o conhecimento produzido é sempre uma construção subjetiva, em que pese seu processo produtivo envolver a utilização de dados e informações objetivas. Essa produção subjetiva pode (e deve) ser submetida à revisão por pares quando se intenta uma tomada de decisão que terá repercussão coletiva, como é o caso da formulação de Políticas de Saúde. A construção de consensos sobre a “leitura da realidade” é, geralmente, a primeira etapa de um processo decisório. Portanto, a delegação de um processo de elaboração de análise situacional requer um cuidado bastante importante, pois não envolve apenas o levantamento de dados e produção de informações – estas últimas entendidas como dados dotados de relevância e propósito, sistematizados em categorias e indicadores consensuados, que permitem uma certa contextualização (ANGELONI, 2003) – mas também a produção de conhecimentos que embasam processos decisórios.

Esse cuidado na delegação envolve, ao nosso ver, alguns pontos fundamentais a serem observados: 1) uma seleção criteriosa de pessoas com perfil de competências adequado à tarefa; 2) a garantia dos recursos necessários para que seu trabalho possa ser desenvolvido, o que inclui o tempo a ser dedicado, a sua Educação Permanente e o acesso à estrutura operacional (bibliotecas, internet, sistemas de informação, entre outros); e 3) garantia de que os produtos entregues tenham caráter propositivo, porém sejam passíveis de validação pelo conjunto de decisores – o que irá requerer, por sua vez, capacidade de mediação de grupos para a produção de consensos.

No que tange a essa última questão pontuada, convém ressaltar a importância da comunicação qualificada quando se trata da construção de uma Política de Saúde. Para melhorar a qualidade da comunicação, o ser humano precisa desenvolver as habilidades de se expressar e de ouvir. Entretanto, é frequente que as pessoas defendam seus pontos de vista com veemência, o que pode levar a situações conflituosas, por exemplo: quando um interlocutor está falando, o outro geralmente não está atento ao que ele está dizendo, mas já está preparando a argumentação para defender seu ponto de vista, interferindo na qualidade da comunicação (ANGELONI, 2003).

Dessa forma, é importante compreender que uma ação comunicativa somente ocorre quando as pessoas buscam chegar a um acordo sobre determinada situação de decisão, ouvindo e respeitando outros pontos de vista. Pressupõe, portanto, que um conjunto de pessoas, com situação cognitiva semelhante, informações confiáveis e interesse em chegar a um acordo, dialoguem sobre todas as alternativas possíveis, até constituir um plano de ação coletivo consensual (idem, 2003).

A decisão é assim considerada como um sistema linguístico, um processo essencialmente coletivo no qual impera a multirracialidade, preconizada por Sfes (1984), caracterizada pela interferência das diferenças individuais na coleta e interpretação da informação, impossibilitando a existência de apenas uma decisão." (ANGELONI, 2003, s.p).

Angeloni (2003) ressalta ainda que "a tomada de decisão que envolve um maior número de pessoas tende a resultados mais qualificados, aumentando o conhecimento da situação de decisão, amenizando, pela agregação de informações e conhecimentos, as distorções da visão individualizada".

Voltando ao conjunto de pontos essenciais a serem observados na delegação da elaboração da análise situacional, podemos afirmar que todos esses aspectos foram observados, em maior ou menor medida, durante o desenvolvimento do Projeto "Regionalização". A seleção de pessoas (no caso, coordenadores e facilitadores do projeto), realizada a partir de uma súmula orientativa que apontava (entre outras questões mais administrativas) o contexto do Projeto, as responsabilidades inerentes às funções e um conjunto de habilidades e conhecimentos necessários, buscou atender esse aspecto e minimizar possíveis prejuízos decorrentes da falta de competências adequadas.

Em retrospectiva, analisamos que algumas questões ainda podem ser aperfeiçoadas nesse processo de seleção, cuja análise pode contribuir com a composição de equipes condutoras em processos de regionalização a serem desencadeados no país. Primeiramente, o processo de captação deve, sim, valorizar o conhecimento prévio da realidade local (no caso específico do Projeto, isso foi materializado nas indicações do COSEMS locais), pois isso facilita sobremaneira o desenvolvimento das tarefas, seja porque torna mais fluida as articulações com os atores envolvidos no processo, seja porque qualifica as análises de situação, uma vez que garante o conhecimento prévio da realidade local. Por outro lado, foi possível perceber que o processo de indicação limitou o universo de possibilidades para captação de talentos.

Da mesma forma, a aprendizagem obtida no decorrer do Projeto possibilitou que enxergássemos algumas competências necessárias que não foram previstas inicialmente, em especial o domínio de técnicas pedagógicas ativas para a condução de oficinas, o que se demonstrou uma habilidade bastante importante. Uma outra perspectiva de competências necessárias, para a qual o processo seletivo precisa estar adaptado, diz respeito à dimensão atitudinal, que interfere significativamente nas capacidades de trabalho em equipe e de articulações qualificadas com *stakeholders* e *sponsors*. No Projeto "Regionalização", a súmula orientativa abordava algumas das chamadas *soft skills*, entretanto, as técnicas e métodos usados no processo seletivo em si poderiam ter sido mais adaptadas para buscar tais capacidades.

As *soft skills* têm sua importância progressiva nos últimos anos, sendo cada vez mais valorizadas nos processos de seleção/recrutamento de pessoal, uma vez que se assumem, com frequência, como características diferenciadoras dos candidatos. Envolve competências comportamentais, nomeadamente habilidades de comunicação, gestão do tempo, autoestima, trabalho em equipe, liderança, sensibilidade cultural, capacidade de adaptação, maturidade, dinamismo, resolução de problemas e responsabilidade, entre outras, e requerem técnicas diferenciadas para sua identificação (QUINTELA, 2016).

O projeto enfrentou algumas dificuldades pontuais, tanto no que concerne ao baixo desenvolvimento de capacidades relacionadas ao uso de técnicas pedagógicas ativas quanto à fragilidade de alguns coordenadores e facilitadores com *soft skills*. Entretanto, em que pese uma ou outra situação desconfortante, de forma geral, o processo seletivo realizado minimizou bastante prejuízos possíveis – que fatalmente ocorreriam com maior magnitude se o mesmo não tivesse ocorrido.

A garantia de acesso aos recursos necessários foi outro ponto bastante presente no desenvolvimento das atividades do Projeto. A definição de uma ampla carga horária (30 horas semanais) de dedicação ao projeto, aliada à opção metodológica pela Educação Permanente como forma de aperfeiçoamento de capacidades a partir da reflexão/reconstrução da prática e ao acesso de coordenadores e facilitadores locais a recursos materiais e tecnológicos (em especial pelas parcerias viabilizadas em nível local), funcionou como um conjunto essencial de fatores que também propiciou o adequado desenvolvimento das tarefas.

A Educação Permanente teve papel decisivo nesse contexto, e tomou uma proporção bastante importante no processo na medida em que o Projeto avançou. As características das atividades, em que predominam ações com alto nível de complexidade, envolvendo comunicação qualificada, alta capacidade de articulação e leitura estratégica de contexto, exigiam um fazer integralmente submetido à reflexão apurada e planejamento flexível. A Educação Permanente de coordenadores e facilitadores, dessa forma, tornou-se eixo estruturador do Projeto, conforme já foi demonstrado nos capítulos anteriores.

Por último, a consciência de que a produção da análise situacional pela equipe local do HAOC teria um caráter propositivo, sem que se renunciasse ao caráter coletivo de sua validação, foi outro ponto de cuidado que se demonstrou bastante importante. Dar aos produtos da análise situacional o seu devido tamanho no processo, deixando claro que, apesar de terem sido construídos a partir de dados e informações objetivas, retratavam apenas um conhecimento produzido a partir da subjetividade dos componentes da equipe local (precisando ser submetidos às reflexões do maior número possível de atores envolvidos na macrorregião), fez significativa diferença na produção de legitimidade para o processo.

Mesmo nos momentos com maior complexidade operacional, como aqueles em que a pandemia da Covid-19 limitou as possibilidades de encontros presenciais, conforme foi detalhadamente demonstrado no capítulo anterior, os processos de validação dos produtos não deixaram de ter a relevância que mereciam. As atividades síncronas ou assíncronas, realizadas através das tecnologias de comunicação e informação (especialmente a rede mundial de computadores), ganharam destaque como mecanismos de viabilização de encontros e construção/validação dos produtos.



A Educação Permanente de coordenadores e facilitadores, dessa forma, tornou-se eixo estruturador do Projeto, conforme já foi demonstrado nos capítulos anteriores.

Nesse contexto, a Educação Permanente, mais uma vez, fez importante diferença no processo, fosse por meio da preparação de coordenadores e facilitadores para a operacionalização de novas tecnologias, fosse por meio da grande rede de compartilhamento de saberes e experiências que se produziu entre todos os integrantes do projeto e que possibilitou um ganho relevante de escala nas aprendizagens do coletivo.

Esse *modus operandis* permitiu que as equipes locais pudessem conduzir de forma relativamente tranquila (apesar de exaustiva) a elaboração da ASIS, validando a mesma e permitindo que as necessidades de saúde dos territórios macrorregionais pudessem ser identificadas. Da mesma forma, a análise da capacidade instalada da Rede de Atenção à Saúde foi elaborada e validada, sendo que esta foi conduzida em caráter especial após a delimitação dos problemas de saúde priorizados.

Conforme foi detalhado no capítulo anterior, o fato da análise da capacidade instalada da RAS ter sido elaborada e validada após a priorização dos macroproblemas de saúde tem uma importância bastante significativa no processo metodológico do Projeto, o que já foi em alguma medida explorado neste livro, mas que vale a pena retomar aqui.

O processo de identificação de problemas é essencial para o planejamento. Sem dúvida, o ciclo de planejamento começa frequentemente pela identificação das situações indesejadas, ou aquilo que se deseja efetivamente mudar. Retirando o foco da subjetividade inerente ao processo de identificação de um problema, que já foi citada em uma seção anterior, é importante também que se explore a questão do âmbito de manifestação do problema, pois isso tem uma repercussão operacional significativa.

Há algumas formas descritas na literatura de planejamento para categorizar os problemas, mas utilizaremos aqui uma perspectiva “matusiana” (em referência ao economista chileno Carlos Matus, um dos autores mais referenciados quando se trata de planejamento público ou governamental). Segundo Matus (1996 apud ABRAHÃO, 2007), os problemas podem ser categorizados conforme o âmbito em que se manifestam, como finalísticos ou intermediários.

Obviamente, esta categorização sofrerá relativização em virtude da posição do ator que planeja ou, em outras palavras, da sua perspectiva. Se o ator que planeja é a equipe de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital, por exemplo, há uma tendência para que indique como problemas finalísticos aqueles vinculados aos resultados mais importantes que estes esperam alcançar. Nesse sentido, é natural que possam apontar como um problema finalístico a questão da alta mortalidade por infecção hospitalar no leito de UTI, por exemplo, que afeta diretamente sua missão principal que é a de promover o maior número possível de altas da UTI em decorrência da melhoria do quadro clínico dos pacientes. Já um problema intermediário para eles seria, por exemplo, a baixa disponibilidade de antibióticos de quarta geração para tratamento de infecções na UTI.

Há uma clara relação de causa e efeito aí: como não existe oferta suficiente de antibióticos de quarta geração para a demanda do hospital, aumenta-se a mortalidade por infecção hospitalar no leito de UTI. Entretanto, certamente a alta mortalidade por infecção hospitalar não é causada apenas pela baixa disponibilidade de antibióticos de última geração. Há, provavelmente (por se tratar de um problema quase ou mal estruturado, na linguagem matusiana), outros problemas intermediários envolvidos que interferem em alguma medida na manifestação daquele problema finalístico, e que acabam ganhando intensidade significativa na memória do coletivo que vivencia o cotidiano da UTI. De forma que é frequente que, ao se tentar identificar problemas junto a um coletivo de atores que vivenciam um contexto comum, aqueles

que podem ser classificados como intermediários apareçam com muita força, por vezes ocul- tando os problemas finalísticos aos quais estão vinculados e desviando o foco da força cri- tiva necessária para o enfrentamento do problema principal.

Não é incomum que os atores que se propõem a planejar fiquem de tal forma capturados pe- los problemas intermediários, secundários, que percam sua capacidade de focar nos problemas finalísticos e na análise ampliada de suas causas. Essa captura até pode (e provavelmente vai) remeter a problemas intermediários bem conhecidos do coletivo e que têm algum impacto nos problemas finalísticos, mas também pode inviabilizar a necessária ampliação do olhar que, mui- tas vezes, impede os atores nesse cenário de buscarem novas formas de enfrentá-lo.

Esta questão da perspectiva ganha, então, uma importância operacional relativa no processo de planejamento. Há que se compreender que os problemas podem (e devem) ser analisados de modo que fique claro a quem interessa a mudança de realidade, assegurando que o resul- tado esperado pela resolução do problema finalístico estará a ele vinculado.

No contexto anteriormente citado, se o ator que planeja for um gestor público da Saúde, por exemplo, o problema finalístico não seria a alta mortalidade por infecção hospitalar, pois esse é um problema secundário decorrente de um modo específico de cuidar de pessoas doentes no sistema de saúde (assistência hospitalar), portanto se caracterizaria mais como um problema intermediário. Já um problema finalístico, provavelmente seria, por exemplo, a alta prevalência de doenças cardiovasculares e suas complicações, que pode estar impactando na necessidade de internações prolongadas como forma de resposta a essa necessidade de saúde.

Nesse sentido, e considerando que o Planejamento Regional Integrado, à luz da legislação do SUS, tem como ator que planeja o conjunto de gestores públicos da Saúde na macrorregião, que devem zelar pelo compromisso com a melhoria da Saúde Pública nesse território; é natu- ral compreender que os problemas finalísticos (que devem receber a atenção principal desse coletivo) são aqueles que afetam, em última análise, a população geral deste mesmo territó- rio. O PRI, assim, deve ter como foco principal os problemas de saúde que caracterizam as necessidades da população da macrorregião.

Ocorre, entretanto, e conforme foi explicitado no capítulo destinado às descrições e reflexões sobre o desenvolvimento da metodologia do projeto em cada macrorregião, que ao reunir um coletivo de técnicos e gestores de sistemas e serviços de saúde para o exercício de pla- nejamento, a memória dos problemas intermediários, vinculados quase sempre à infraestrutura, aos processos de trabalho dos diversos pontos de atenção da RAS, ou aos mecanismos de gestão e governança da mesma, aparecem com muita força, dificultando a compreensão de que todos estes existem para resolver problemas finalísticos de Saúde.

Isto tem como consequência natural a inversão de prioridade: as estruturas e processos assisten- ciais e de gestão/governança ganham tal dimensão que o foco deixa de ser a necessidade de saú- de para a qual eles existem, e passa a ser a sua própria essência. Um bom exemplo de como essa inversão de prioridades trouxe prejuízos à sociedade é a trajetória da saúde mental. O foco na re- solução de problemas intermediários vinculados à estrutura e processos assistenciais e gerenciais, historicamente centrados na assistência psiquiátrica hospitalar, impediu por anos que se atentasse para a necessidade de saúde em si, fazendo com que os modos de cuidar deixassem de se pergun- tar se estavam de fato atendendo aos aspectos importantes da necessidade de saúde, o que gerou as consequências amplamente conhecidas, que motivaram a reforma psiquiátrica.

Este aspecto orientou a decisão da equipe gestora central do projeto no HAOC por um desenho metodológico que estimulasse primeiramente a identificação e exploração aprofundada dos problemas de saúde para os quais o processo de planejamento deverá estar focado. Isso se contrapõe à lógica que vem se tornando hegemônica desde 2010 e que se caracteriza pelo olhar sistemático para as redes temáticas prioritárias, privilegiando a análise das estruturas e processos assistenciais e de gestão/governança, o que acaba por favorecer que a operacionalidade do planejamento se volte para os problemas intermediários.

Convém ressaltar que não se está aqui afirmando que os problemas intermediários não são importantes, mas sim que sua análise deve ser precedida por uma efetiva e qualificada discussão sobre as necessidades de saúde da população no território, que correspondem aos problemas finalísticos em um sistema de saúde. Portanto, para atender a uma qualificação mínima, a Análise de Situação de Saúde deverá explorar questões como: 1) quais são as doenças e agravos que compõem o perfil de morbimortalidade da população em nosso território?; 2) como elas se manifestam individual e coletivamente?; 3) quais os processos etiológicos e fisiopatológicos envolvidos?

Uma boa ASIS irá não apenas delinear o perfil de morbimortalidade, mas também explorar como doenças/agravos vêm se manifestando, apoiando a compreensão do processo de adoecimento. Entretanto, não é viável que se analise nesse grau de profundidade todas as doenças/agravos que são identificados no processo de elaboração da ASIS, de forma que se faz necessário priorizar aquelas para as quais o território centrará seus maiores esforços. Para estas, o conhecimento mais aprofundado de sua manifestação individual e coletiva e de seus processos etiológicos e fisiopatológicos faz-se necessário. Portanto, a partir do perfil de morbimortalidade delineado no território, um processo de priorização precisa ser desencadeado para que se estabeleçam quais necessidades serão estudadas em um nível mais aprofundado.

Nesse contexto, todas as macrorregiões inseridas no Projeto foram estimuladas a delinear o perfil de morbimortalidade, fosse partindo de documentos já existentes no contexto macrorregional – em alguns Estados o processo de PRI estava desencadeado e com análises de morbimortalidade avançadas, por exemplo, ou já existiam documentos de planejamento estadual, regional e municipal com elementos que puderam ser aproveitados – ou partindo de um ponto zero. A maioria das equipes locais do HAOC no Projeto fez a opção pela caracterização de perfis a partir da consolidação de informações regionalizadas, mas houve quem olhasse até para o nível municipal e também quem precisou processar muitos dados e informações visando a produzir uma agregação mais homogênea, tendo em vista as diferenças regionais ou estaduais (caso de PEBA, por exemplo).

A categorização proposta no CID-10 também foi bastante utilizada, em virtude de o próprio DATASUS utilizar esse modo de agregação, especialmente quando se trata da morbidade hospitalar e mortalidade. As informações sobre doenças transmissíveis ainda é uma dificuldade, e algumas das macrorregiões pouco exploraram tais condições na exposição do perfil de morbimortalidade, talvez em função da grande prevalência das doenças e agravos não transmissíveis. Fato é que as informações sobre mortalidade e morbidade relacionadas às doenças e agravos não transmissíveis se sobrepuzeram de forma importante em relação às doenças e agravos transmissíveis, mesmo considerando que há fontes confiáveis e de fácil acesso para serem exploradas.

Com o perfil de morbimortalidade delineado, as equipes locais do HAOC realizaram processos de priorização (analisados na próxima seção, e que tiveram seu detalhamento operacional descrito no capítulo anterior) que resultaram na definição dos macroproblemas de saúde, que seriam objeto de aprofundamento analítico. Este aprofundamento, conforme apontado nos parágrafos anteriores, se deu na busca por uma melhor compreensão da manifestação dessas necessidades de Saúde na macrorregião, sob o prisma individual ou coletivo, e aspectos etiofisiopatológicos que compõem a doença/agravo.

Os documentos norteadores produzidos pelas equipes locais foram então contemplados com uma seção específica para tal caracterização, na qual os macroproblemas priorizados eram objeto de tal análise. A maior parte das equipes locais do HAOC optou por uma rápida descrição das características etiofisiopatológicas da doença/agravo em questão, dando maior ênfase na sua manifestação por meio de indicadores de mortalidade e morbidade hospitalar. Acreditamos que a qualificação dessa análise é de fundamental importância para a futura definição de estratégias de enfrentamento ou de qualificação da resposta atualmente engendrada, visto que o conhecimento técnico-científico produzido pode redirecionar esforços e possibilitar *insights* importantes para inovações assistenciais e/ou reorganização de serviços.

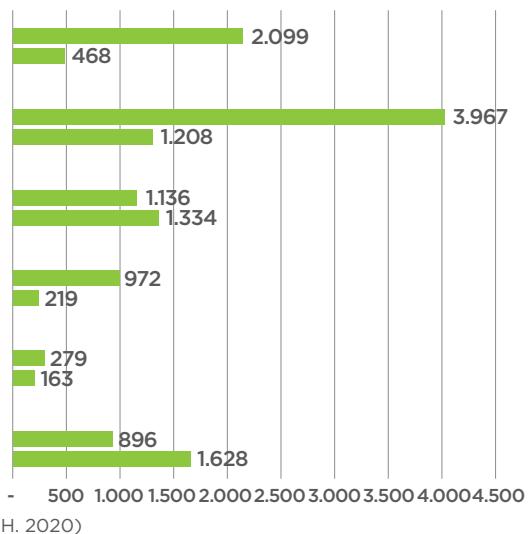
Conforme descrito no capítulo anterior, toda a análise de saúde, inclusive nos aspectos relacionados aos macroproblemas priorizados, foi devidamente validada pelo conjunto de participantes do Projeto, sendo que separamos alguns trechos significativos e que representam bem esses importantes produtos das macrorregiões participantes.



Figura 26 | Imagens recortadas da análise situacional de saúde do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião 1 de Rondônia, 2020

INTERNAÇÕES - CAPÍTULO CID-10 MACRORREGIÃO I Período: Jan-Abr/2020

XVI. Algumas afec originadas no período perinatal



XIV. Doenças do aparelho geniturnário

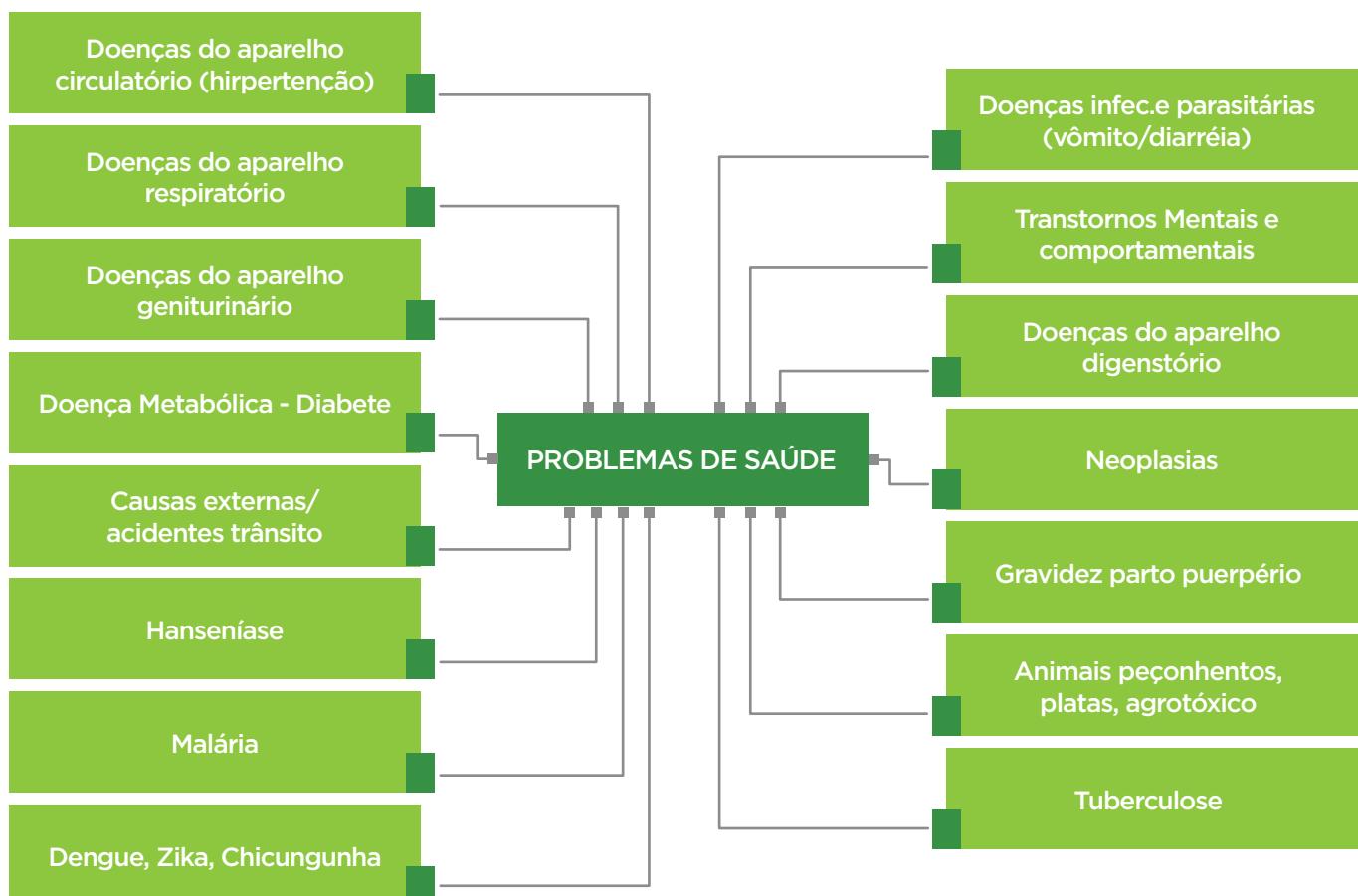
X. Doenças do aparelho respiratório

V. Transtornos mentais e comportamentais

III. Doença sangue órgãos hemat e transt...

I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias

(DATASUS SIH. 2020)



Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macro I/RO.

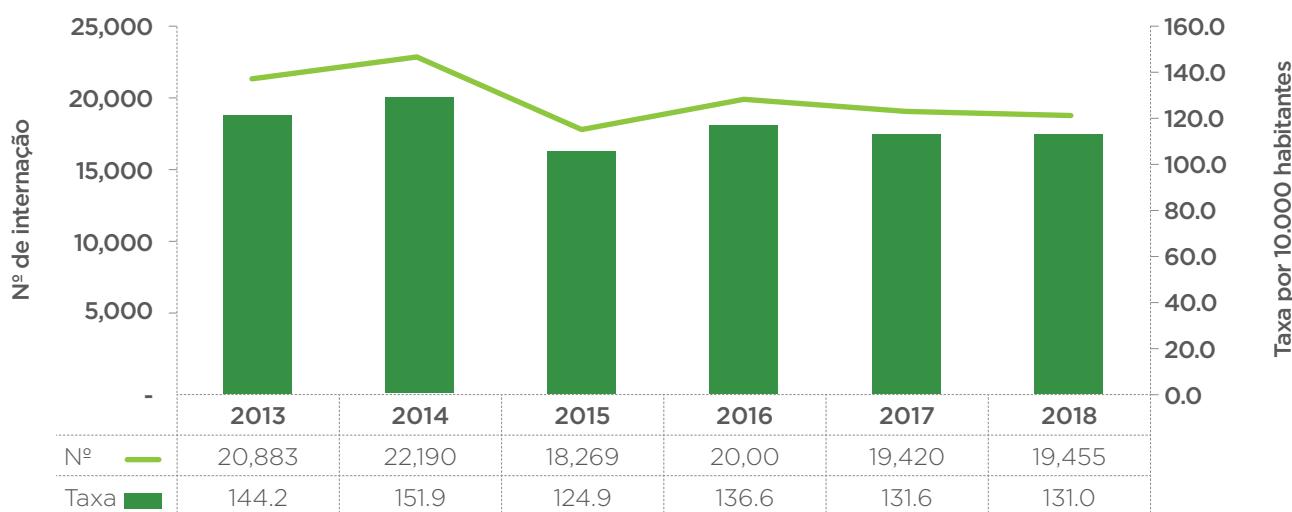
Figura 27 | Imagens recortadas da análise situacional de saúde do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião do Cariri/CE, 2020

Número de casos confirmados de Leishmaniose Visceral, Região de Saúde Cariri, 2016 a 2018										
CASOS CONFIRMADOS POR MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO /REGIÃO DE SAÚDE	2016			2017			2018			
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	
REGIÃO DE SAÚDE CARIRI	42	26	68	86	38	124	55	35	90	
REGIÃO ICÓ	1	-	1	3	-	3	3	-	3	
Icó	-	-	-	1	-	1	-	-	-	
Ipaumirim	-	-	-	1	-	1	2	-	2	
Lavras da Mangabeira	1	-	1	1	-	1	1	-	1	
REGIÃO IGUATÚ	4	2	6	11	4	15	4	5	9	
Acopiara	2	1	3	-	-	-	-	1	1	
Iguatú	1	1	2	8	4	12	3	3	6	
Jucás	-	-	-	1	-	1	-	-	-	
Mombaça	1	-	1	2	-	2	1	1	2	
REGIÃO BREJO SANTO	7	5	12	18	7	25	10	5	15	
Barro	-	-	-	2	-	2	-	-	-	
Brejo Santo	5	4	9	7	5	12	4	3	7	
Jati	1	-	1	1	-	1	-	-	-	
Mauriti	1	-	1	4	1	5	4	-	4	
Milagres	-	1	1	3	-	3	-	-	-	
Porteiras	-	-	-	1	1	2	2	2	4	
REGIÃO CRATO	9	6	15	18	5	23	14	12	26	
Araripe	-	-	-	2	-	2	1	-	1	
Assaré	-	-	-	2	-	2	3	1	4	
Campos Sales	1	-	1	-	-	-	-	-	-	
Crato	7	3	10	10	1	11	8	8	16	
Farias Brito	-	1	1	-	-	-	-	-	-	
Nova Olinda	-	1	1	-	-	-	-	-	-	
Potengi	-	-	-	-	-	-	1	-	1	
Santana do Cariri	1	-	1	1	1	2	-	-	-	
Várzea Alegre	-	1	1	3	3	6	1	3	4	
REGIÃO JUAZEIRO DO NORTE	21	13	34	36	22	58	24	13	37	
Barbalha	12	12	24	18	17	35	14	9	23	
Caririaçu	-	-	-	-	-	-	1	1	2	
Jardim	1	-	1	-	-	-	-	-	-	
Juazeiro do Norte	7	1	8	18	5	23	9	3	12	

(continua)

(continuação)

Número e taxa de internação por condições sensíveis à atenção básica da Região da Saúde Cariri, 2018



(Datasus/SESA/COVIG/NUIAS/CORAC Sistema de Informações Hospitalares - SIH)

*Nota: Dados 2018 e 2019 sujeitos a revisão, informações 2019 referentes de janeiro a abril

Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião do Cariri/CE

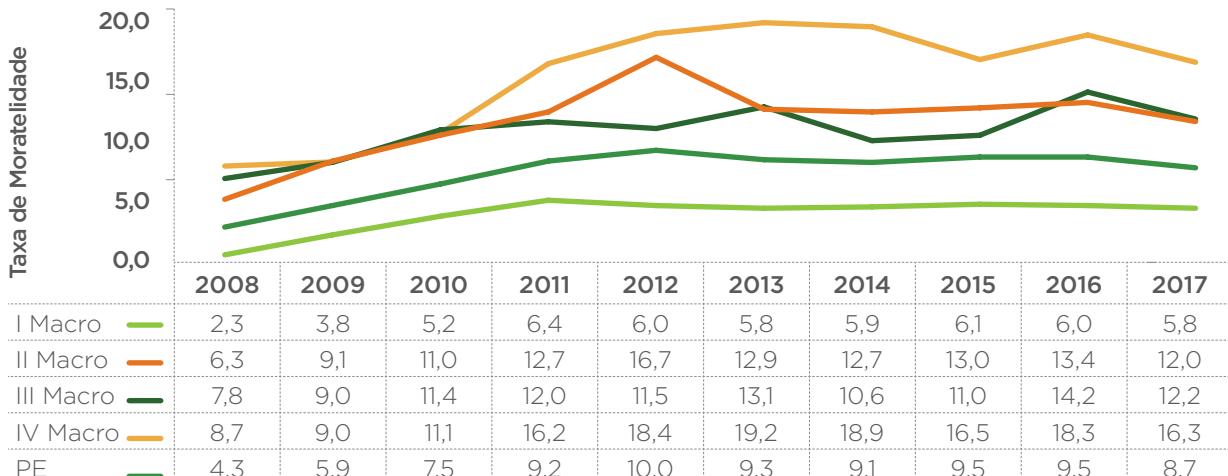
Figura 28 | Imagens recortadas da análise situacional de saúde do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião PEBA, 2020

Proporção das cinco maiores causas de mortalidade, segundo capítulo CID-10, da IV Macro do estado de Pernambuco e Macro Norte do estado da Bahia que conformam a Macrorregião Interestadual PEBA, 2008 - 2017

Capítulo CID-10	IV MACRO (PE)	MACRO NORTE (BA)
IX. Doenças do aparelho circulatório (doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares)	25,82%	23,05%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade (acidentes de transporte e agressões)	16,30%	13,19%
II. Neoplasias (tumores) (tráqueia, brônquios e pulmões; e próstata)	13,22%	10,84
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratório (morte sem assistência e outras causas)	10,73%	17,99%
X. Doenças do aparelho respiratório (pneumonia e doenças crônicas das vias aéreas inferiores)	8,07%	6,84%

(Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, elaborado pela equipe local do Projeto)

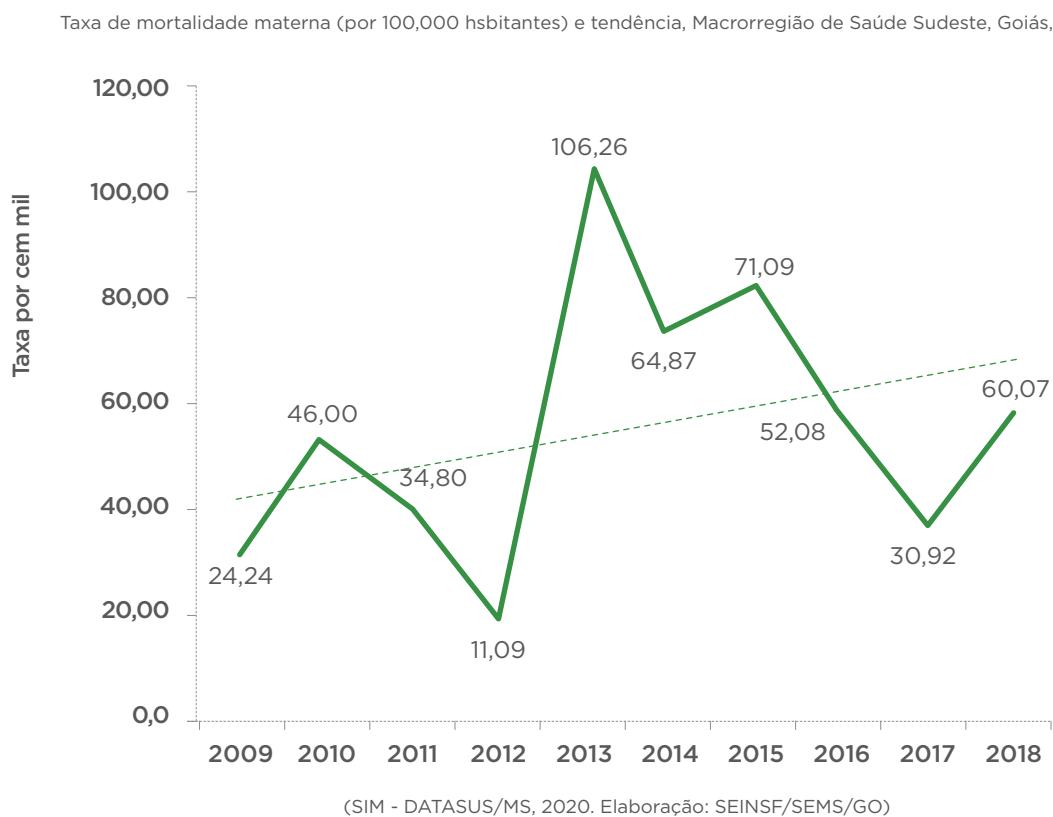
Taxa de mortalidade de residentes do estado, por acidente de motocicletas, segundo ano do óbito e Macrorregião de Saúde de Pernambuco, 2018 a 2017



(SIM/SEVS/SES-PE, extraído de PERNAMBUCO, 2019b)

Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macro I/RO.

Figura 29 | Imagens recortadas da análise situacional de saúde do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sudoeste/GO, 2020



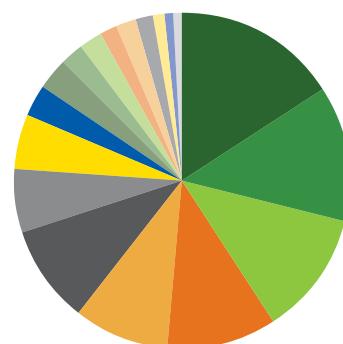
Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sudoeste/GO.

Figura 30 | Imagens recortadas da análise situacional de saúde do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sul/MG, 2020

Macrorregião de saúde	Internações por Capítulo CID-10 segundo Macrorregião de Saúde de Minas Gerais (2017-2020)									
	Cap01	Cap02	Cap03	Cap04	Cap05	Cap06	Cap07	Cap08	Cap09	Cap10
SUL	37.739	41.561	8.770	19.927	7.014	10.987	3.677	464	80.127	70.150
CENTRO SUL	7.084	9.088	1.450	5.882	3.289	2.356	263	57	21.248	17.759
CENTRO	81.053	124.957	11.498	28.514	16.648	31.794	23.441	2.147	151.783	112.394
JEQUITINHONHA	6.486	1.475	978	2.967	2.234	2.081	48	83	11.710	11.116
OESTE	11.491	20.976	3.566	5.730	472	2.255	653	171	22.987	23.587
LESTE	15.042	10.536	921	7.822	1.341	1.513	50	244	18.467	20.73
SUDESTE	24.196	45.662	4.881	18.066	7.189	8.192	2.251	587	57.318	41.214
NORTE	23.060	18.210	5.131	10.176	4.669	3.940	3.668	294	40.213	34.448
NOROESTE	4.576	3.204	2.013	1.332	307	973	13	70	9.144	13.231
LESTE DO SUL	9.966	5.829	1.770	4.417	903	1.800	416	77	15.801	12.526
NORDESTE	19.973	5.800	1.878	9.010	1.048	1.557	24	53	18.221	22.416
TRIANGULO SUL	9.165	13.265	1.457	3.742	5.317	2.394	705	241	14.448	13.782
TRIANGULO NORTE	17.031	14.451	2.741	5.476	5.850	3.965	1.229	538	27.292	29.689
VALE DO AÇO	10.040	14.162	1.525	2.488	1.580	2.014	327	137	15.048	12.155
Total	276.899	329.176	48.579	125.552	57.861	75.821	36.765	5.163	503.807	435.440

(Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2020)

Morbidade Hospitalar do SUS - por local de residência - Macro Sul Minas Gerais, 2019



- IX. Doenças do aperelho circulatório
- XI. Doenças do aperelho digestivo
- XIV. Doenças do aperelho geniturinário
- I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
- XVIII. Sint sinal a achad anorm ex dín e laborat
- VI. Doenças do sistema nervoso
- XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
- V. Transtornos mentais e comportamentais
- VII. Doenças do olho e anexos
- X. Doenças do aperelho respiratório
- XX. Lesões enven e alg out conseq causas externas
- II. Neoplasias (tumores)
- IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
- XVI. Algumas efec originadas no período perinatal
- XII. Doenças da pele e dp tecido subcutâneo
- III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár
- XXI. Contatos com serviços de saúde
- XVII. Malf cong de formid e anomalias cromossômicas

(SIH SUS)

Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sul/MG.

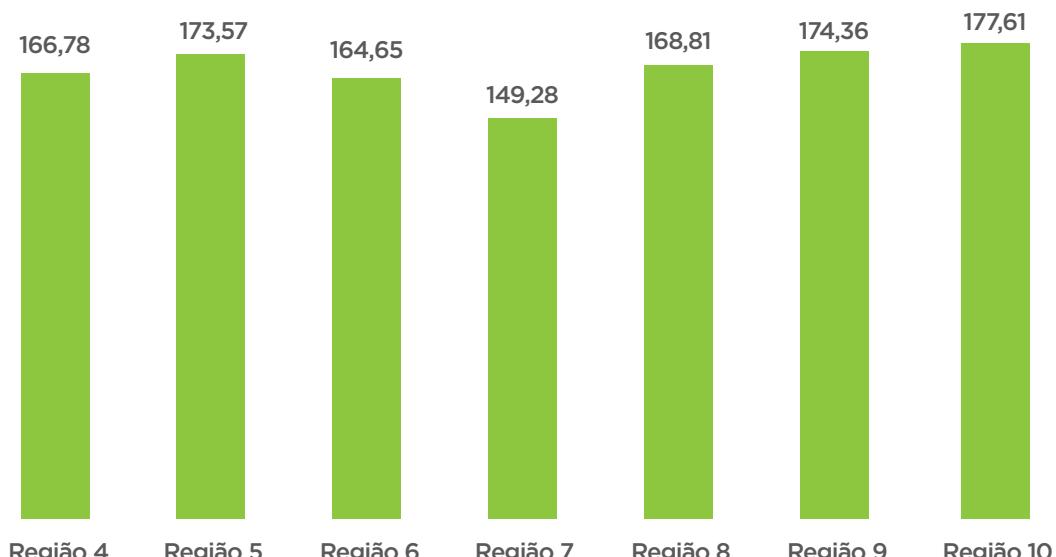
Figura 31 | Imagens recortadas da Análise Situacional de Saúde do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Metropolitana/RS, 2020

Óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório por Grupo CID-10 e faixa etária:

Grupo CID-10	Menor 1 ano a 14 anos	15 a 59 anos	60 a 80 anos e mais	Idade ignorada	Total
Doenças reumáticas crônicas do coração	1	7	29	-	37
Doenças hipertensivas	-	164	1.029	-	1.193
Doenças isquêmicas do coração	-	509	2.339	1	2.849
Doenças cardíaca pulmonar e da circ. pulmonar	1	31	77	-	109
Outras formas de doença do coração	6	161	1.142	-	1.309
Doenças cerebrovasculares	4	435	2.602	-	3.041
Outros transtornos e os não espec. aparelho circulatório	-	72	393	-	465
Total	12	1.379	7.611	1	9.003

(SIM/DATASUS, 2018)

Taxa de mortalidade por neoplasias/macrorregião metropolitana



(SES/RS 2018)

Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Metropolitana/RS.

Somente após o delineamento do perfil de morbimortalidade e da priorização dos macro-problemas de saúde, com seu devido aprofundamento analítico, é que as equipes locais puderam então avançar para a elaboração da análise situacional da capacidade instalada, devidamente focada na sua aplicação em torno dos problemas de saúde priorizados. Convém aqui ressaltar que fazer uma análise da RAS desfocada, difusa, sem um problema de saúde em foco é, ao nosso ver, um trabalho extenso, inviável e com pouco potencial efetivo para produzir transformação da situação inicial.

A capacidade instalada é um conceito originalmente vinculado à área da economia, de forma que se caracteriza como um limite da produção ou capacidade máxima de uma unidade produtiva. A forma como essa capacidade máxima é estimada depende das condições previstas em que a “planta” da unidade produtiva estará operando quando no seu máximo – em turnos simples de trabalho, em turnos simples com hora extra ou em vários turnos. A resposta a essas condições determina a capacidade máxima de operação da planta, ou seja, o que a organização considera como o máximo de capacidade de produção em um determinado período (FEIJÓ, 2008).

Nesse sentido, a análise da capacidade instalada aplicada ao campo da Saúde se consubstancia numa estimativa sobre a capacidade produtiva de cada ponto de atenção da RAS, de acordo com os recursos disponíveis e parâmetros de produtividade aplicados a tais recursos. Algumas questões precisam ser problematizadas aqui em função da implicação desse conceito.

Há, atualmente, uma linha de pensamento que vem se fortalecendo bastante no âmbito das Políticas de Saúde e que discute a lógica do processo de financiamento das ações e serviços de saúde de forma a superar a lógica hegemônica, desde os anos 90 do século passado, baseada na produtividade. Defende-se que esta forma de financiar os serviços de saúde não permite que unidades produtivas focadas em ações de promoção e prevenção (como é o caso daquelas no nível da Atenção Primária) possuam o estímulo adequado para desenvolver ações dessa natureza, tendo em vista o baixo valor remuneratório agregado às mesmas pelos mecanismos regulatórios atualmente vigentes.

Segundo Mendes (2011), o método de financiamento por unidade de serviço ou por procedimentos deve ser evitado porque suas debilidades são muito superiores às suas fortalezas, em quaisquer circunstâncias. Nos Estados Unidos, essa forma de pagamento tem sido considerada como um reator descontrolado que abastece os custos do sistema de atenção à saúde, já que cerca da metade dos serviços de saúde consumidos é resultado da orientação de médicos e de fornecedores e não das necessidades da população.

Para superar tal lógica, essa linha de pensamento alternativa propõe que as unidades produtivas sejam financiadas por mecanismos de orçamentação global ou captação, que considere um “piso” baseado nas estimativas de custo envolvidos na manutenção dos recursos essenciais e a possibilidade da absorção de novos recursos na medida em que resultados sanitários são alcançados de forma satisfatória. Segundo Mendes (2011), essa forma de financiamento deve ser estimulada em função de seus efeitos sistêmicos positivos nas RAS, como: o incremento de atividades de promoção da saúde e de prevenção das condições de saúde; o efeito indutor sobre a organização de um sistema baseado na atenção contínua em vários pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio; o fortalecimento da APS; a capacidade de contenção de custos; e a indução do rateio dos riscos financeiros e sanitários.

Nesse sentido, a abordagem da capacidade instalada dos pontos de atenção à saúde na RAS não deve ser estimulada para definição de mecanismos de financiamento, o que torna legítimo questionar para qual finalidade então seria realizada tal análise. É preciso entender que o Planejamento Regional Integrado em Saúde considera a necessidade de organização da RAS nesse âmbito e, para tanto, necessita considerar alguns preceitos fundamentais, em especial as questões de economia de escala, qualidade e acesso.

Mendes (2011) afirma que economia de escala, qualidade e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das RAS. Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que se beneficiam menos de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso.

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida em que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos em relação aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde. A teoria econômica assume que as relações entre custos médios e tamanho de certos equipamentos de Saúde tendem a assumir uma forma de U. Assim, aumentos de escala implicam fontes adicionais de custos, de tal forma que além de um determinado volume crítico, os custos médios de longo prazo começam a elevar-se, configurando uma situação de deseconomia de escala (MENDES, 2011, p.72).

A busca de escala é fundamental para um sistema eficiente. Uma revisão da literatura universal revelou que as economias de escala são encontradas em hospitais de mais de cem leitos, que o tamanho ideal dos hospitais pode estar entre cem a 450 leitos e que as deseconomias de escala vão se tornar importantes em hospitais de mais de 650 leitos. Outro fator importante para o desenvolvimento das RAS é o grau de escassez dos recursos. Recursos muito escassos, sejam humanos, sejam físicos, devem ser concentrados; ao contrário, recursos menos escassos devem ser desconcentrados (MENDES, 2011).

Assim, a definição de que alguns pontos de atenção da RAS deverão ser dispersos ou concentrados faz parte do seu processo de planejamento e organização, de forma que se pode questionar legitimamente em qual medida essa concentração ou dispersão devem ser realizadas, considerando as diversas tipologias de estabelecimentos de Saúde existentes. É aqui que os estudos sobre capacidade instalada podem ser importantes, pois auxiliam na estimativa de produtividade e, portanto, na análise da oferta existente em relação à demanda que, naturalmente, também deve ser estimada.

Uma parte importante dos tipos de estabelecimentos de Saúde reconhecidos nos instrumentos regulatórios atualmente existentes possui parâmetros já calculados, com a finalidade de orientar sua quantidade e concentração, quase sempre apresentados em critérios de cobertura populacional. Estes parâmetros foram geralmente definidos em pactuações tripartite e orientam, quase sempre também, linhas de financiamento por orçamentação global e/ou captação. Nesse sentido, uma forma bastante viável de se apresentar a capacidade instalada da RAS para atuação frente a um macroproblema de saúde é a análise desses parâmetros de cobertura para aqueles estabelecimentos que já os possuem, confrontando tais dados com a disponibilidade desses tipos de estabelecimento já existentes na RAS.

Algumas das equipes locais do HAOC procuraram conduzir as análises da RAS usando essa forma de pensamento. Foi comum encontrar análises de cobertura da atenção básica, por exemplo, ou de serviços de Atenção Secundária e Terciária para os quais há parâmetros bem definidos e pactuados, o que permitiu a identificação de vazios assistenciais – quando a disponibilidade de serviços era insuficiente em relação aos parâmetros – ou mesmo de possíveis desperdícios de recursos – quando a disponibilidade de serviços era excessiva em relação aos parâmetros, mas ainda havia sinais de dificuldade de acesso.

Entretanto, nas unidades produtivas para as quais inexistiam parâmetros que facilitassem a análise da distribuição dos pontos de atenção à saúde, caberia o levantamento de estudos que pudessem orientar a forma de análise visando o embasamento para uma discussão posterior sobre possíveis problemas de acesso na RAS. Neste aspecto, as equipes locais demonstraram dificuldade para viabilizar, diante do pouco tempo existente, as condições necessárias para uma produção mais qualificada, mesmo que algumas ainda tenham conseguido avançar a análise a partir, principalmente, dos parâmetros assistenciais preconizados na Portaria de Consolidação nº 1 de 1 de 28/09/2017, artigos 102 a 106.

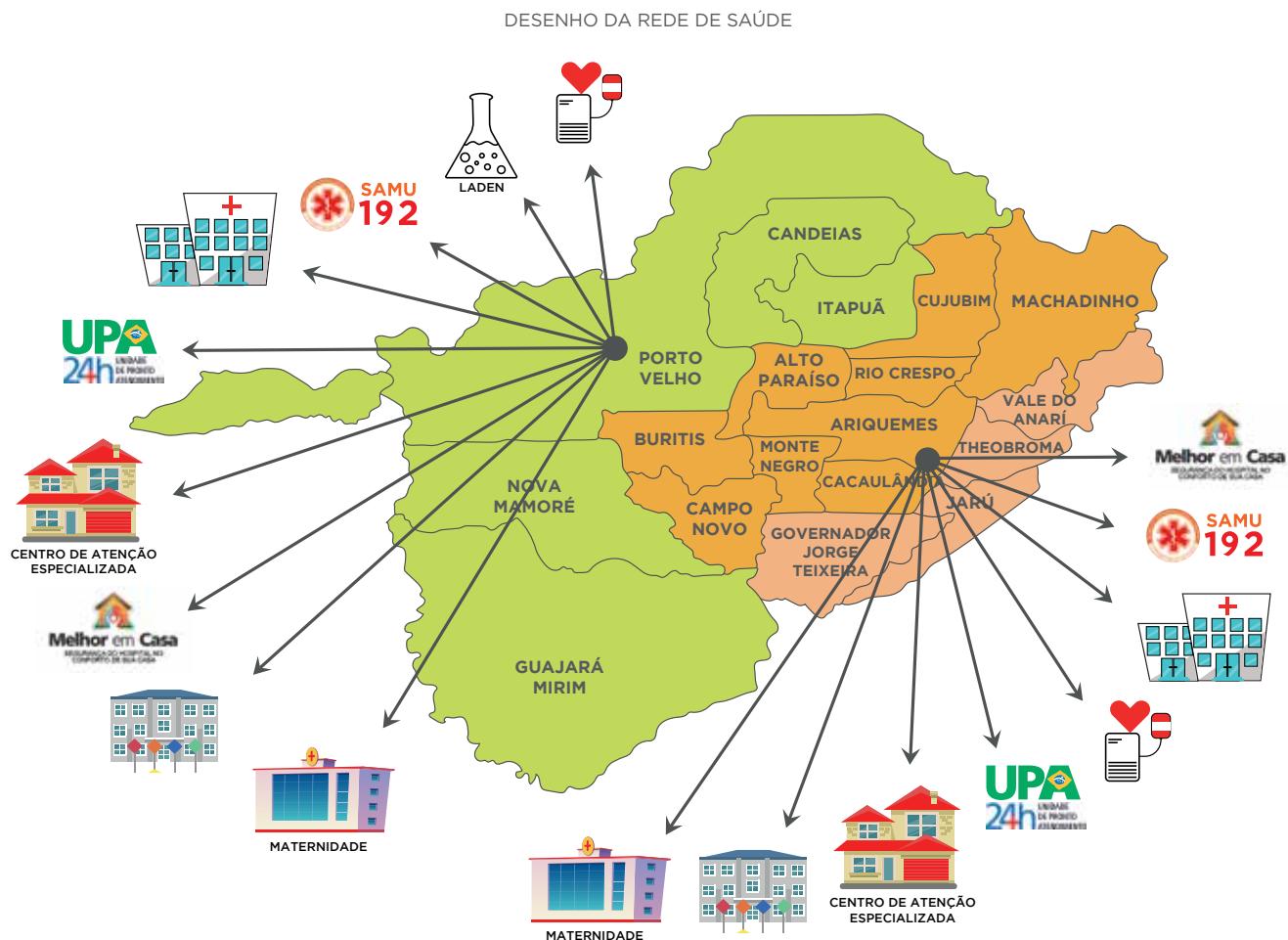
Claro que a análise da capacidade instalada não pode ou deve ficar restrita à sua dimensão quantitativa, o que aponta para a necessidade também de se analisar a qualidade dos processos de trabalho realizados. Uma forma de possibilitar a análise da qualidade dos processos de trabalho pode ser efetivada a partir do levantamento de resultados de análises qualitativas produzidas por programas governamentais ou de acreditação. Há várias iniciativas governamentais que se propõem a analisar sistematicamente a qualidade das ações e, dentre os quais podemos destacar: PMAQ-AB, PMAQ-NASF, PMAQ-CEO, PQAVS e PNASS. Além destes, unidades hospitalares (especialmente as privadas, conveniadas) geralmente costumam se submeter a programas não governamentais de acreditação hospitalar, que também podem servir de fonte de dados para a elaboração de análises.

Além desses programas, é possível que se utilizem também relatórios técnicos de áreas de apoio/supervisão ou de departamentos de auditoria e ouvidoria, e até mesmo relatórios de gestão, que podem sinalizar boas práticas implantadas ou deficiências importantes na organização dos processos de trabalho. Em que pese essa diversidade de fontes, a dimensão qualitativa da análise da capacidade instalada das RAS nas macrorregiões participantes do Projeto não foi extensamente explorada – também em função do pouco tempo disponível.

A ausência ou negligência na dimensão qualitativa da capacidade instalada pode ocultar problemas importantes no acesso e na resolutividade dos usuários. A implementação de intervenções qualitativas que reorganizam processos de trabalho dentro das unidades de Saúde são comumente responsáveis por mudanças importantes nos resultados efetivamente entregues à população. Uma análise restrita à dimensão quantitativa, por sua vez, tende a focar excessivamente nas questões de cobertura e acesso dos serviços que, apesar de fundamentais, precisam ser equilibradas com o olhar para a sua eficácia – o que não se alcança se renunciarmos à qualidade.

Nesse sentido, a partir do roteiro sugestivo elaborado pelos autores, a maior parte das equipes locais do HAOC conseguiu efetivamente abordar alguns dos parâmetros assistenciais que norteiam a organização da RAS no que tange aos seus aspectos de acesso e qualidade. Conforme foi descrito no capítulo destinado à descrição e reflexão sobre a metodologia em cada macrorregião, os produtos desse processo foram validados pelo conjunto de participantes, sendo que separamos alguns trechos interessantes nas imagens a seguir:

Figura 32 | Imagens recortadas da análise situacional da capacidade instalada da RAS presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião I/RO, 2020



Cobertura Atenção Básica

Cobertura de Atenção da Assistência Básica dos Municípios da Região Madeira Mamoré

	População	Nº ESF Cob.	Est. Pop. Cob. ESF	Cob. ESF	Est. Pop. Cob. AB	Cob. AB
Porto Velho	529.544	76	262.200	49,51%	321.690	60,75%
Candeias do Jamari	26.693	7	24.150	90,47%	26.693	100%
Itapuã D' Oeste	10.458	3	10.350	98,97%	10.350	98,97%
Nova Mamoré	30.583	5	17.250	56,40%	17.250	56,40%
Guajará Mirim	46.174	1	37.950	82,19%	37.950	82,19%

(e-Gestor Atenção Básica (Dados gerados em: 17 de junho de 2020))

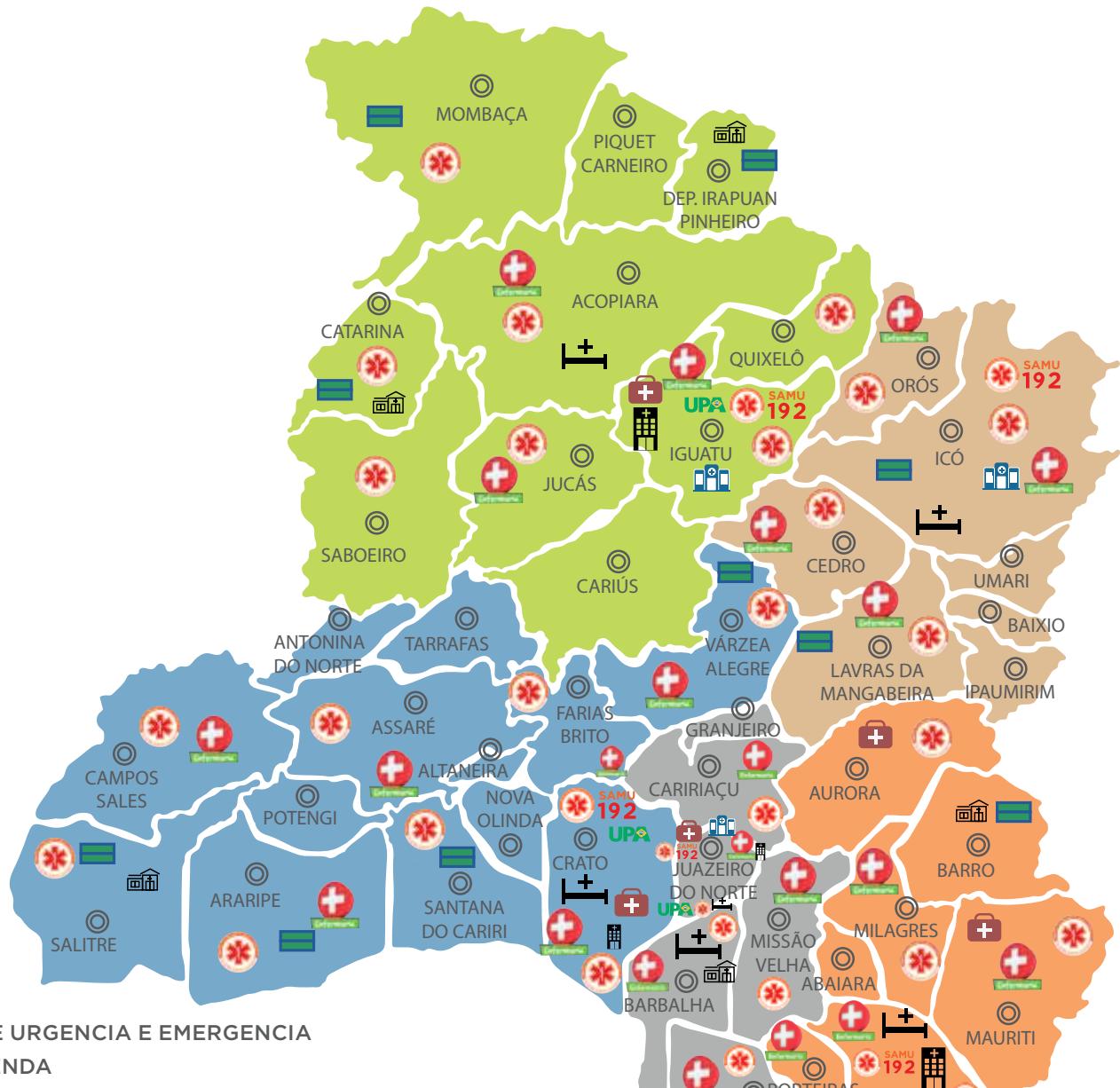
Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião I/RO.

Figura 33 | Imagens recortadas da análise situacional da capacidade instalada da RAS presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião do Cariri/CE, 2020

Pontos de Atenção Especializada da Região de Saúde Cariri por tipo, nº de leitos, taxa de ocupação, nº de internação, 2019

MUNICIPIO	UNIDADE	TIPO	PACIEN DIA	LEITOS	TOH	QTD INTERN	TMP
ACOPIARA	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACOPIARA		3.097	98	14,8	1.100	2,8
ALTANEIRA	HOSP MUNIC DE ALTANEIRA		582	19	14,4	122	4,8
ARARIPE	HOSP MATERN LIA LOIOLA DE ALENCAR		941	42	10,5	248	3,8
ASSARE	HOSP MUNIC NOSSA SENHORA DAS DORES		1.182	46	12,1	229	5,2
AURORA	HOSP GERAL IGNEZ ANDREAZZA	ESTRATEGICO	3.083	89	16,3	1.202	2,6
BAIXIO	UNID MISTA DE BAIXIO		39	19	1,0	11	3,5
	HOSP MATERN SAO VICENTE DE PAULO	POLO	17.366	151	54,0	3.203	5,4
BARBALHA	HOSP MATERN SANTO ANTONIO-BARBALHA	POLO	9.790	100	46,0	2.586	3,8
	HOSP DO CORACAO DO CARIRI	POLO	5.191	54	45,1	547	9,5
BARRO	HOSP MUNIC SANTO ANTONIO	HPP	434	30	6,8	90	4,8
	HOSP GERAL DE BREJO SANTO	POLO	7.999	98	38,3	2.878	2,8
BREJO SANTO	CASA DE SAÚDE NOSSA SRA DE FATIMA		1.897	51	17,5	593	3,2
	HOSP INFANTIL MENINO JESUS	POLO	3.035	54	26,4	857	3,5
CAMPOS SALES	HOSP MUNIC DE CAMPOS SALES	ESTRATEGICO	451	86	2,5	124	3,6
CARIRIACU	HOSP MATERN GERALDO L BOTELHO	HPP	1.382	33	19,7	258	5,4
CARIUS	HOSP DR THADEU DE PAULO BRITO		1.214	26	21,9	240	5,1

Pontos de Atenção Especializada da Região de Saúde Cariri por tipo, nº de leitos, taxa de ocupação, nº de internação, 2019



REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA LEGENDA

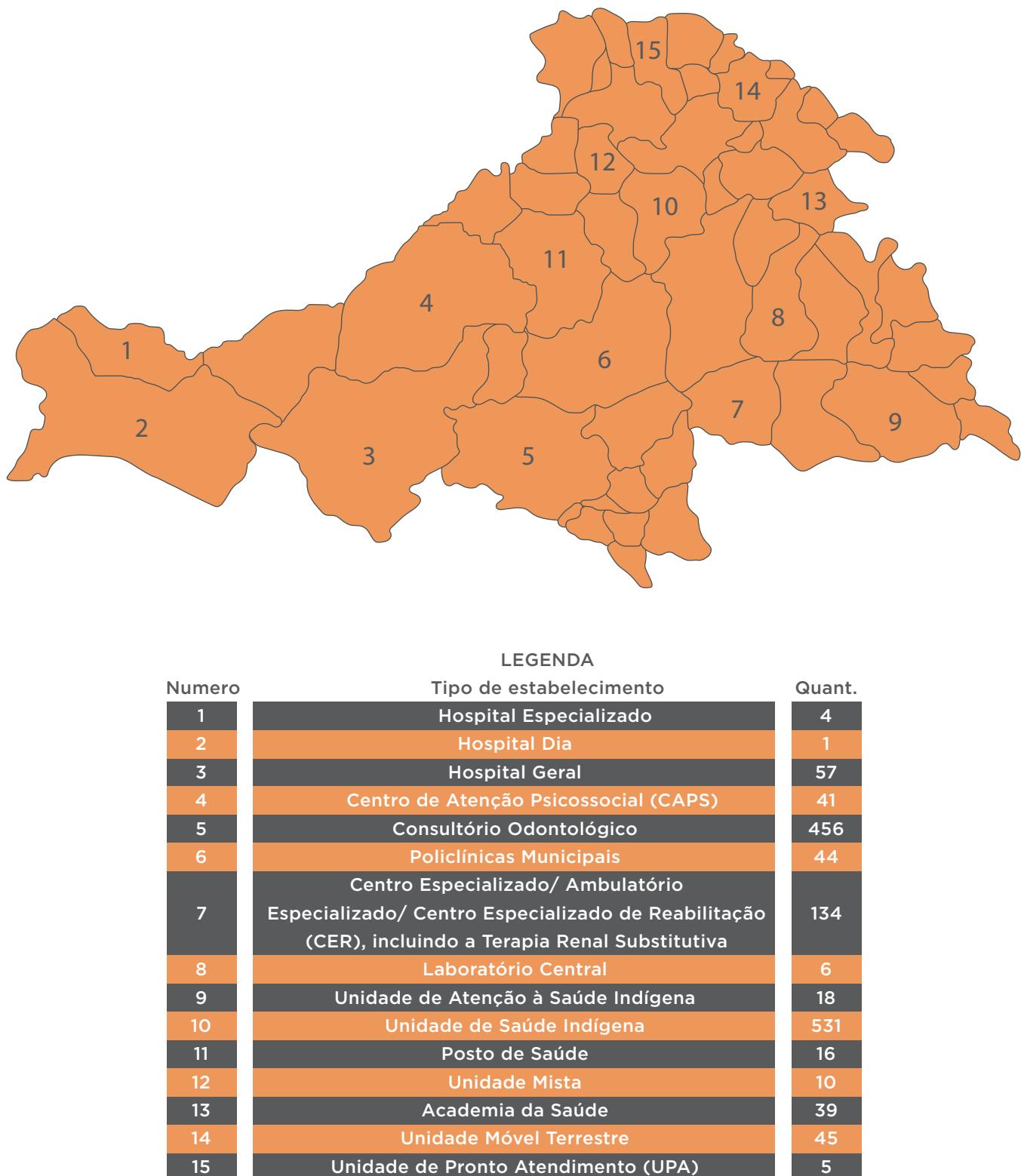
- Sala de Estabilização
- SAMU Básica
- SAMU Avançada
- UPA 24 Horas
- Atenção Domiciliar
- Leito de Retaguarda
- Hospital Regional
- Hospital Polo
- Hospital Peq. Porte
- Enfermaria Clínica de Retaguarda

(SRS Cariri)

Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião I/RO.

Figura 34 | Imagens recortadas da análise situacional da capacidade instalada da RAS presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião PEBA, 2020

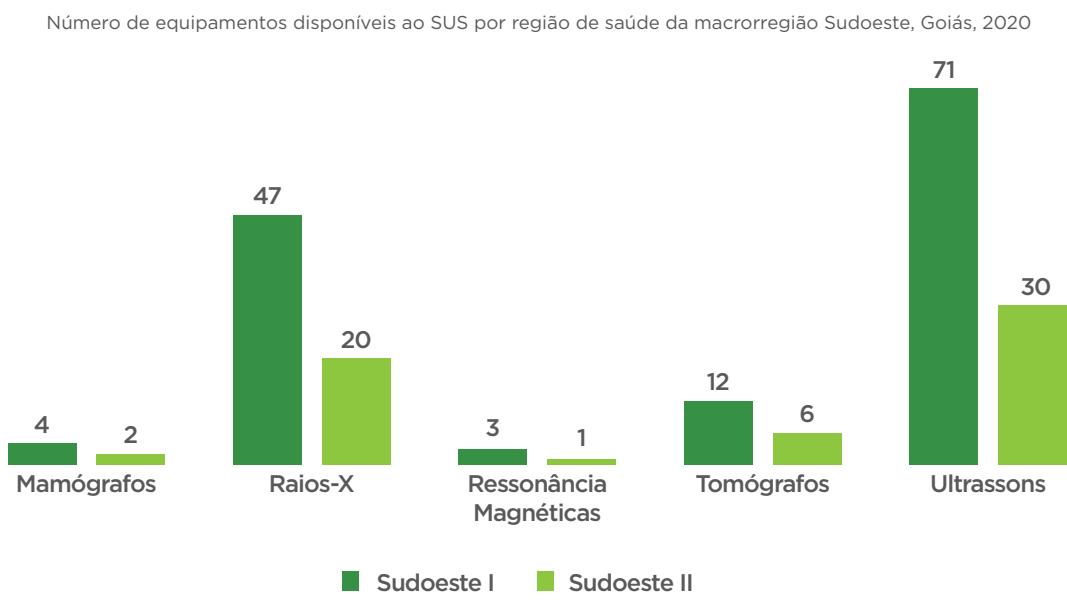
Número de estabelecimentos por tipo de atendimento prestado da Macrorregião PEBA, junho/2020



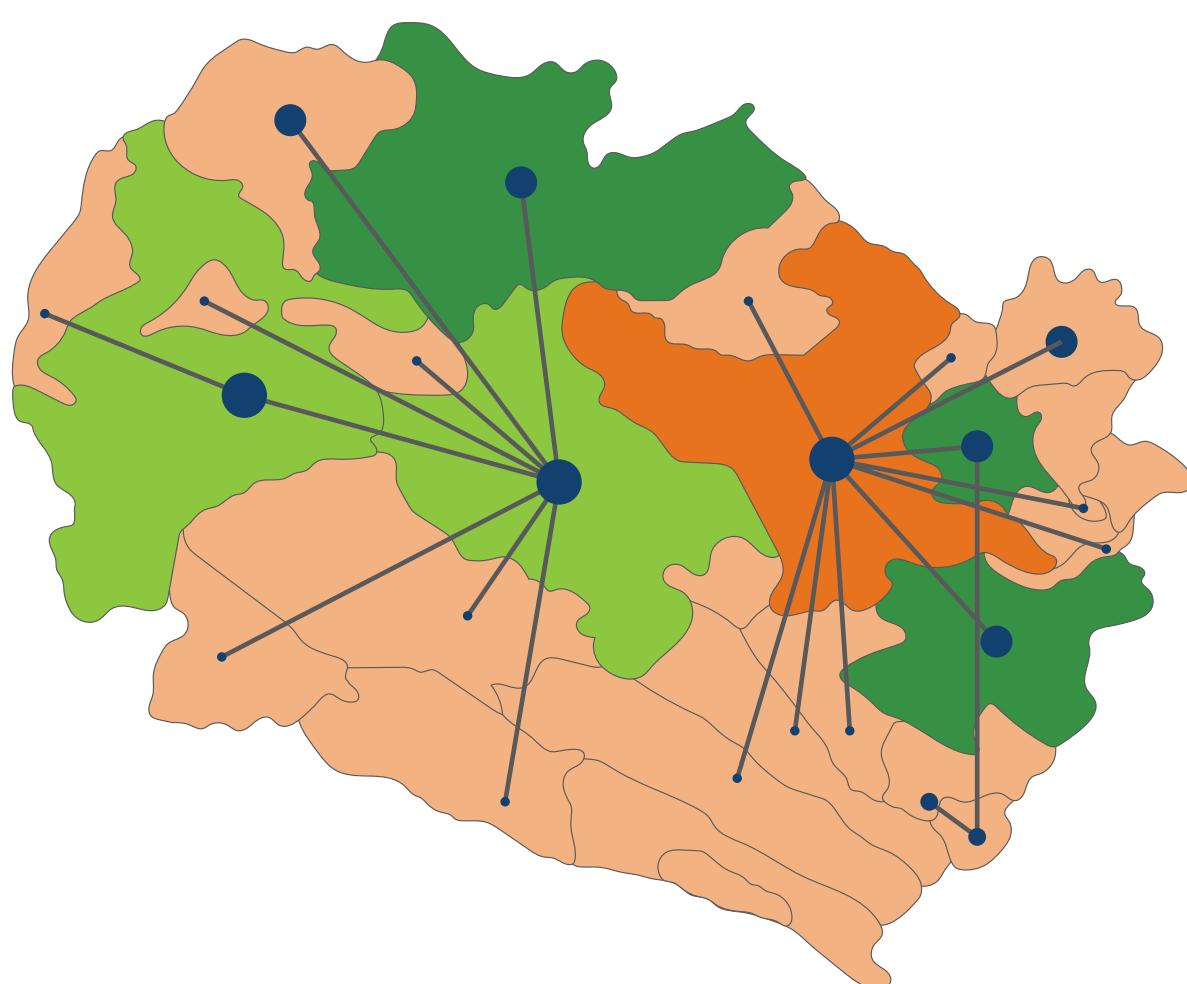
(Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), elaborado pela equipe local do Projeto)

Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião PEBA.

Figura 35 | Imagens recortadas da análise situacional da capacidade instalada da RAS presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sudoeste/GO, 2020



Mapa do fluxo de AIH das ICSAPS na Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2019



Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sudoeste/GO.

Figura 36 | Imagens recortadas da análise situacional da capacidade instalada da RAS presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sul/MG, 2020



Cobertura populacional pela ESF e pela AB da Macrorregião de Saúde de Minas Gerais, 2020

Região de Saúde	População	Nº ESF	Cobertura ESF	Cobertura AB
Alfenas / Machado	302.098	74	80,58%	90,98%
Guaxupé	144.742	40	84,26%	89,94%
Cássia	50.445	12	64,77%	78,53%
Itajubá	205.172	55	79,82%	92,35%
Lavras	184.586	26	46,01%	65,94%
Passos	212.096	47	73,89%	77,36%
Piumhi	76.959	18	76,50%	76,75%
Poços de Caldas	238.398	48	67,71%	80,18%
Pouso Alegre	548.821	142	78,89%	86,35%
São Lourenço	263.323	84	88,19%	90,54%
São Sebastião do Paraíso	125.982	25	54%	65,03%
Três Corações	133.506	34	79,96%	85,58%
Três Pontas	125.507	26	61,29%	73,84%
Varginha	201.309	35	57,48%	78,72%
TOTAL	2.812.944	666		

(e-Gestor Atenção Básica, Ministério da Saúde, período 07/2020)

Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sul/MG.

Figura 37 | Imagens recortadas da análise situacional da capacidade instalada da RAS presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Metropolitana/RS, 2020

Cobertura de ESF e AB por Região de Saúde:

Macro Metropolitana	Região 4	Região 5	Região 6	Região 7	Região 8	Região 9	Região 10
População	158.759	233.267	233.156	823.873	774.092	411.012	2.359.108
Nº de ESF	36	39	50	103	135	68	330
Estimativa População cob. ESF	114.715	132.387	163.384	353.487	458.999	227.054	1.140.053
Cobertura ESF	72,25%	56,75%	70,07%	42,90%	59,22%	55,24%	48,32%
Cobertura AB	76,53%	60,71%	78,84%	68,47%	65,39	64,52%	64,98%

(E-gestor/AB/MS/SAPS)

Parâmetros Assistenciais conforme PT 1631/15 – População macro metropolitana

Parâmetros Assistenciais conforme PT 1631/15 - População macro metropolitana

Médicos, consultas e exames especializados	nº de profissionais, consultas ou exames por 100.000 habitantes	nº de profissionais, consultas ou exames/ano	nº de profissionais cadastrados no CNES e consultas ou exames/ano informadas no SIA/SUS - 2019
Quantidade de médicos 40 horas semanais- Angiologista/ Cirurgia Vascular	1,5	75	185
03.01.01.007-2 Consulta médica em atenção especializada (angiologia) Consulta Médica Angiologia/Cirurgia Vascular	1700	85.394	7.331
02.10.01.007-0 Arteriografias de membros - Arteriografias de membros	6	301	78
02.10.01.017-7 Flebografia de membros (venografia) Venografias	2	100	11
02.10.01.004-5 Aortografia abdominal - Aortografia abdominal	3,5	176	2
02.10.01.005-3 Aortografia toracica - Aortografia Torácica	1,5	75	4
Quantidade de médicos 40 horas semanais- Cardiologista	6,5	327	739 - 16,06
03.01.01.007-2 Consulta médica em at. especializada (cardiologia) Consulta Médica Cardiologia	6000	301.392	93.429
02.11.02.004-4 - Holter	300	15.070	1.863
02.05.01.003-2 - Ecocardiografia transtoracica	1600	80.371	29.505
02.11.02.006-0 - Teste de esforço/teste ergometrico	600	30.139	5.540
02.05.01.002-4 Ecocardiografia transesofágica	20	1005	234
02.05.01.001-6 - Ecocardiografia de estresse	20	1005	1.110

Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Metropolitana/RS.

Por fim, cabe ressaltar que a metodologia do Projeto também estimulou a realização de uma análise situacional da dimensão administrativa (apoio logístico, gestão e governança) na RAS. Esta proposição, que não está prevista de forma expressa nos subprodutos do Plano Regional descrito na resolução CIT nº 37/2017, se deve ao fato de que muitos problemas intermediários relacionados a estes elementos são comuns e impactam em vários dos problemas finalísticos e intermediários assistenciais podendo, ao serem minimizados, contribuir para a eficiência do planejamento.

Por exemplo, a regulação do acesso é um dos dispositivos do sistema de apoio logístico da RAS que tende a fortalecer a qualidade do acesso aos de um modo geral, de forma que a resolução de problemas a ela vinculados poderá impactar positivamente na melhoria do acesso, aumentando as possibilidades de melhoria na qualidade assistencial - o que poderá, por sua vez, impactar nos resultados pretendidos em vários dos problemas finalísticos.

Nesse ínterim, as equipes locais do HAOC, a partir de um roteiro proposto pelos autores no termo de referência, realizaram levantamento de informações relacionadas a esta dimensão, procurando sistematizar dados que pudessem propiciar análises que retratassem a dinâmica organizativa do sistema de apoio logístico e dos mecanismos de gestão e governança. Todo esse processo foi precedido de um importante alinhamento teórico-conceitual, que permitiu que as equipes locais pudessem buscar de forma mais eficiente pelos dados e elaborar a análise com a qualidade minimamente esperada.

Destacamos a realização desse alinhamento em função da complexidade dos elementos constituintes dessa dimensão e pela frequente confusão com que os conceitos implicados nos processos se manifestam. Esse processo de alinhamento conceitual foi considerado importante pelas equipes locais, inclusive para direcionar seus esforços no sentido de produzir alinhamentos locais semelhantes. É comum que, por problemas de compreensão conceitual diferenciada, algumas das questões que precisam ser trabalhadas possam ficar engessadas ou abordadas de forma fragilizada, comprometendo a efetividade dos produtos esperados.

Além da importância do alinhamento conceitual, cumpre-nos ressaltar que esta dimensão da análise de situação também foi particularmente complexa para nossas equipes locais conseguirem realizar o levantamento adequado de informações, considerando que muitos dos dados não estavam disponíveis em bases secundárias e, mais uma vez, em virtude da escassez do tempo e limitação de deslocamentos decorrentes da pandemia Covid-19.

Conforme demonstrado no capítulo anterior, as análises produzidas para essa dimensão foram submetidas à validação dos participantes, e destacamos a seguir algumas imagens que retratam a produção das equipes locais:

Cabe ressaltar que a metodologia do Projeto também estimulou a realização de uma análise situacional da dimensão administrativa (apoio logístico, gestão e governança) na RAS.



Figura 38 | Imagens recortadas da análise situacional da capacidade de apoio logístico, governança e gestão presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião I/RO, 2020

Na análise da equipe local, local ficou evidenciado que há fragilidades em alguns componentes na governança, pois no decorrer das discussões os técnicos relataram gargalos na integração dos pontos de atenção através dos sistemas logísticos e na integralidade do cuidado onde foi evidenciado que 56,3% dos municípios da Macro I possui fragilidades em está atuando neste contexto e 43,8% dos municípios estão assegurando a integralidade do cuidado integrado na RAS. Já nas ações em que os instrumentos de planejamento dão subsídios para a gestão do SUS, mas também para a formulação e gestão do orçamento municipal, os técnicos descreveram que para a construção destes instrumentos o seu município apresenta alguma dificuldade na elaboração, sendo que na análise se evidenciou que 93,8% afirmaram que não dificuldades na construção destas ferramentas de trabalho como a LOA, PAS, PMS, PPA e outros dispositivos, porém aparece muito forte a alta rotatividade de técnicos e gestores da rede de saúde.

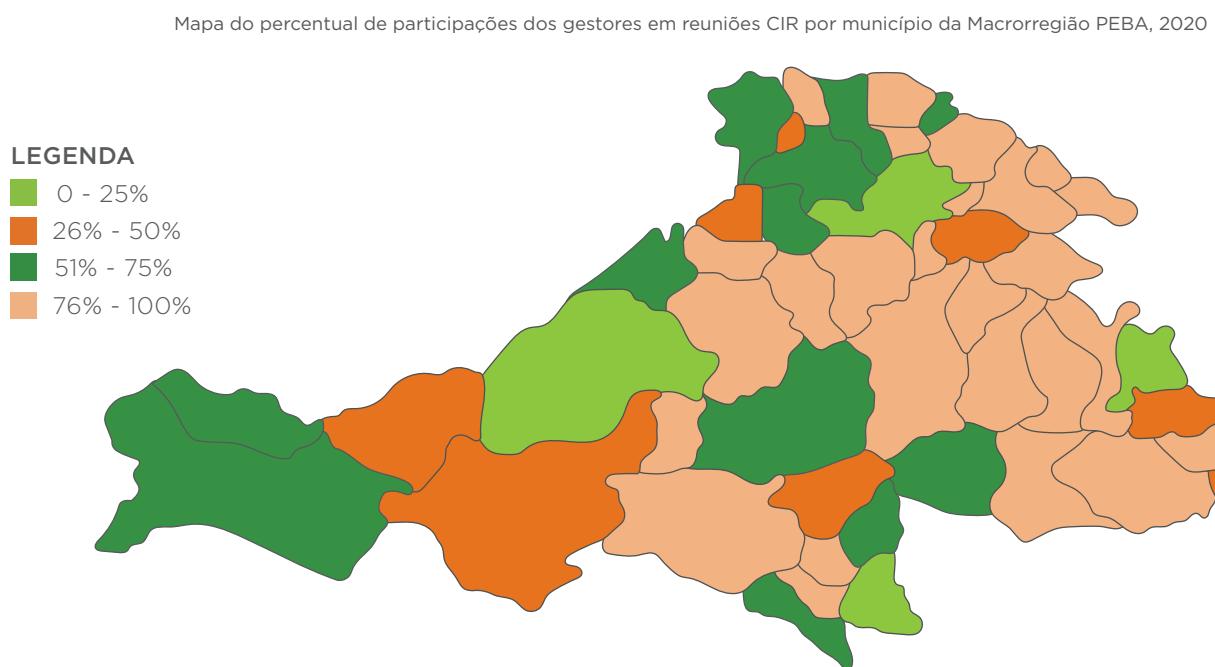
Outra observação é evidenciada no âmbito da participação social como sendo relevante para os problemas de saúde no território e a perspectiva de sua atuação nas tomadas de decisões nas políticas públicas, e neste segmento ficou destacado por 62,5% dos municípios da macro 1 que há carência de informação das atribuições no conselho à comunidade.

Finalmente percebe-se um grande avanço na implantação do Planejamento Regional Integrado (PRI), onde 93,8% dos técnicos reforçam que estão trabalhando de forma organizada no território que estão inseridos, como forma de garantir o acesso e maior resolução à saúde da população. É importante destacar que o estado de Rondônia vem conduzindo o processo numa perspectiva construtiva e democrática, ampliando e fortalecendo os pontos assistenciais e serviços de saúde sob sua gestão, de modo a possibilitar a integração entre as Redes.

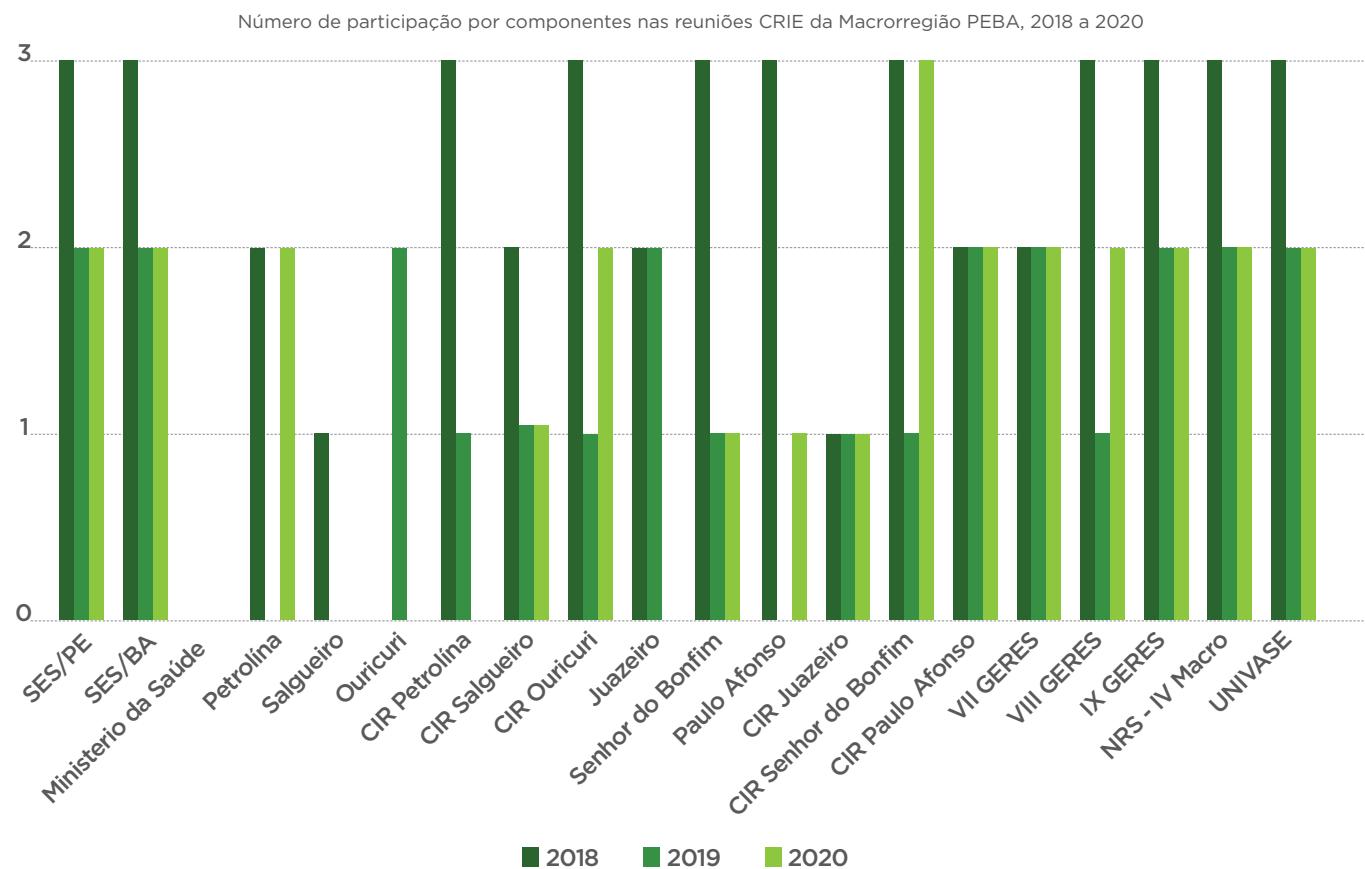
Foram abordados alguns instrumentos de gestão e governança que não estão inseridos na Macrorregião I, porém, terão participação importante na implantação de políticas públicas que são fragilidades na região. Ainda não houve êxito em executá-las como os Consórcios, Parcerias Público Privadas, Termo de Cooperação Técnicas, pois conforme a luz da realidade macrorregional há dificuldades de empresas para participar dos processos de licitação, preços não atrativos da tabela Sigtap, e deficiência de capacitação para argumentação textual. Dessa forma, o objetivo da análise situacional é permitir a identificação dos problemas, orientar a definição das medidas a serem adotadas e priorizar as condições de saúde da população através de condicionantes da gestão de forma participativa.

Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião I/RO.

Figura 39 | Imagens recortadas da análise situacional da capacidade de apoio logístico, governança e gestão presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião PEBA, 2020



(Banco de dados elaborado pela equipe local do Projeto com base nos dados disponibilizados pelas GERES e pelo NBR, 2020)

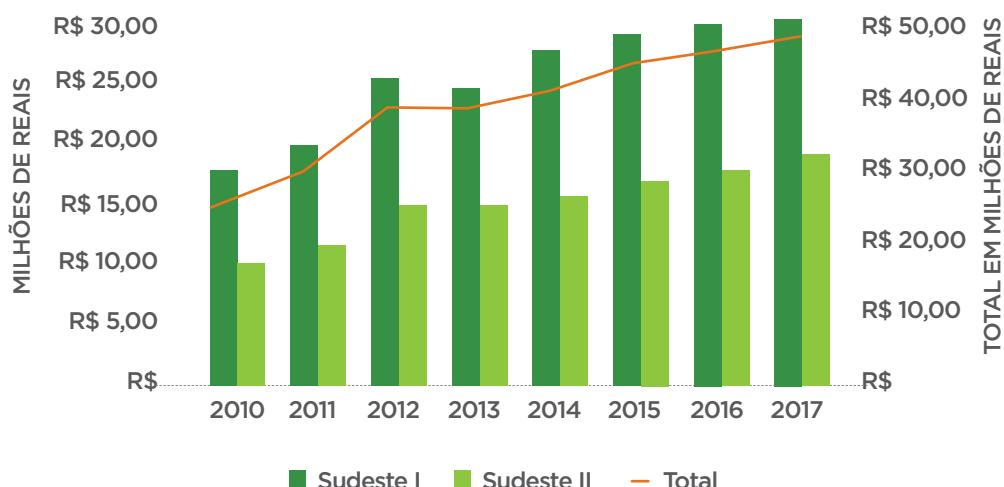


(Banco de dados elaborado pela equipe local do Projeto com base nos dados disponibilizados pela Secretaria Executiva da CRIE, 2020)

Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião PEBA.

Figura 40 | Imagens recortadas da análise situacional da capacidade de apoio logístico, governança e gestão presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sudoeste/GO, 2020

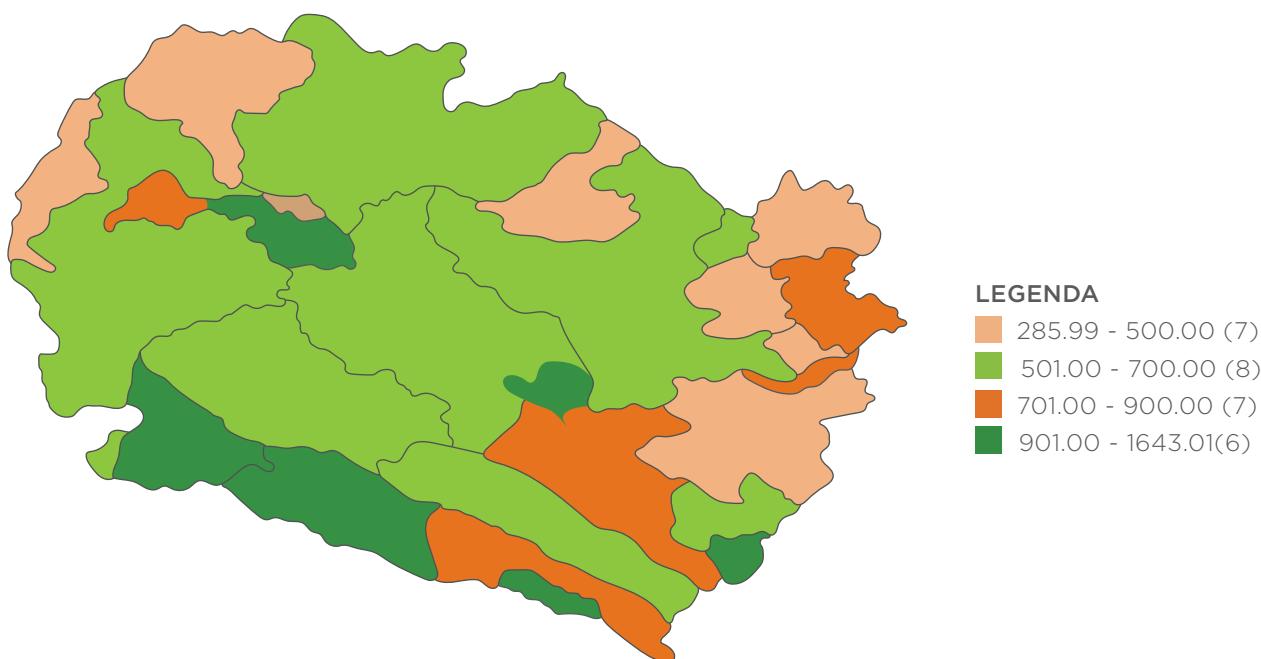
Repasso no âmbito da atenção primária para as regiões de saúde da Macrorregião de Saúde Sudoeste, Goiás, 2010 a 2017



Repasses Federais de Atenção Básica (em R\$)								
Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Sudoeste I	16.834.337,30	19.241.959,01	24.701.203,79	23.818.416,46	27.092.204,17	28.529.516,65	29.077.619,02	29.640.410,15
Sudoeste II	9.524.206,42	10.814.686,34	14.271.523,47	14.178.805,62	15.034.418,77	16.263.951,94	17.292.666,64	18.558.264,14
Total	26.358.543,72	30.056.645,35	38.972.727,26	37.997.222,08	42.126.622,94	44.793.468,59	46.370.285,66	48.198.674,29

(FNS/DATASUS/MS. Elaboração: SEINSF/SEMS/GO)

Situação do indicador “despesa com recurso próprio por habitante” para os municípios da macrorregião de saúde Sudoeste, Goiás, 2019



Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sudoeste/GO.

Figura 41 | Imagens recortadas da análise situacional da capacidade de apoio logístico, governança e gestão presentes no Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Metropolitana/RS, 2020

Conforme informação coletada junto aos municípios, o transporte sanitário facilita e organiza o acesso da população aos serviços especializados localizados nos municípios de referência, além de promover a equidade no acesso. Na macro metropolitana cada município organiza o seu serviço de transporte sanitário, com o objetivo de atender as demandas dos usuários, sendo garantido através de transportes próprios e/ou de empresas intermunicipais.

Na Rede de Atenção as Urgências, existem 92 ambulâncias cadastradas no CNES. Mas também utilizam transporte locado, nos casos não cobertos pelo SAMU.

Segundo alguns gestores municipais no que diz respeito ao transporte sanitário existem muitas fragilidades tais como o alto custo do serviço para os municípios/gestão, a distância entre o município de residência do usuário e o prestador de serviço, o uso inadequado dos transportes por parte dos usuários, a ausência dos pacientes as consultas e exames agendados pelo município para os prestadores de referência, acarretando em uma taxa elevada de absenteísmo por parte dos usuários. Reconhecem que apesar de todo o trabalho de conscientização entre os municípios ainda é relatado que há muitos problemas a serem solucionados.

Segundo Documento de análise do Digi SUS, elaborado pela Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no RS, em 2020, no que diz respeito ao Plano Municipal de Saúde 84 municípios já informaram os seus planos e 05 municípios ainda não iniciaram, representando 5,61% do total. Quanto a Programação Anual de Saúde, no que diz respeito a meta estabelecida para o período entre 2018 a 2020, os municípios alcançaram 50,93%, sendo que em 2018, 60 municípios inseriram a PAS no Digi SUS, em 2019 apenas 23 municípios e em 2020 um total de 53 já digitaram PAS no sistema. Quanto ao RDQA, no que diz respeito a meta estabelecida para o período entre 2018 a 2020, os municípios alcançaram 53,18%, sendo em 2018, 52 municípios já inseriram as informações do Relatório no sistema, em 2019 um total de 50 municípios e em 2020, 40 municípios digitaram o RDQA. Quanto ao Relatório Anual de Gestão, no que diz respeito a meta estabelecida para o período entre 2018 e 2019, os municípios alcançaram 61,23%, sendo em 2018, 52 municípios já digitaram e em 2019, um total de 57 municípios.

Se observa pela análise apresentada acima que em torno de 50,0% dos municípios da macro metropolitana registraram os seus instrumentos de planejamento do SUS.

Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Metropolitana/RS.

MARCO 3 – As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução

A priorização das necessidades de saúde se materializou a partir da utilização de técnicas aplicadas pelas equipes locais do HAOC, partindo de um conjunto de possibilidades apresentado no Termo de Referência. Convém ressaltar que a escolha de uma ou outra técnica de priorização tem uma importância significativa no processo, tendo em vista que os critérios utilizados para priorização poderão influenciar na seleção de um ou outro problema. Ademais, nas macrorregiões em que havia uma forte presença dos atores locais no apoio à execução do Projeto, foi importante produzir pactuação sobre qual técnica a ser utilizada, sendo que no Rio Grande do Sul, por exemplo, nenhuma das técnicas propostas no Termo de Referência chegou a ser utilizada, sendo desenvolvida uma técnica singularizada, conforme pactuação local.

A maioria das macrorregiões participantes optou pela realização de um processo de priorização baseado em uma matriz de critérios, sendo que a GUT, quando não foi utilizada diretamente, serviu de inspiração para a adaptação de matrizes semelhantes. A principal potencialidade de se estabelecer um processo de priorização com critérios definidos é, justamente, o fato de facilitar a construção de consensos possíveis. Ao se utilizar uma técnica que tenta estabelecer alguma objetividade a um processo de natureza tão subjetiva, pode-se evitar a armadilha do “estancamento” do planejamento participativo. A construção de consensos em torno de prioridades em um coletivo com micro interesses diferentes pode se configurar como um processo desgastante, chegando mesmo a inviabilizar o planejamento.

Conforme pode ser observado no Quadro 17, a aplicação de técnicas de priorização apontou, nas macrorregiões, um ou mais macroproblemas de saúde que seriam objeto de aprofundamento analítico pelas equipes locais.

Estima-se que as doenças e agravos não transmissíveis (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes) representem cerca de 70% de todas as mortes no mundo, ou 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda. Uma verdadeira epidemia de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) que resulta em consequências graves para os pessoas, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde. Outrossim, vários estudos apontam que elas afetam mais populações de baixa renda por estas estarem mais vulneráveis, inclusive tendo menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças (MALTA et al., 2017).



A priorização das necessidades de saúde se materializou a partir da utilização de técnicas aplicadas pelas equipes locais do HAOC, partindo de um conjunto de possibilidades apresentado no Termo de Referência.

Quadro 17 | Macroproblemas priorizados nas macrorregiões

MACRORREGIÃO	MACROPROBLEMAS
Macrorregião de Saúde Sudoeste - Goiás	Doenças do aparelho circulatório Covid-19
Macrorregião de Saúde Porto Velho - Rondônia	Aumento do número de urgências hipertensivas
Macrorregião de Saúde Cariri - Ceará	Aumento da taxa de mortalidade proporcional por doenças isquêmica do coração
Macrorregião Interestadual de Saúde - Pernambuco/Bahia	Elevada morbidade e taxa de mortalidade prematura das doenças crônicas não transmissíveis Alto impacto das complicações pós-Covid-19, com foco na organização da RAS para a reabilitação sistêmica (fisioterapia, pneumologia, cardiologia, nefrologia, saúde mental, pediatria e hematologia)
Macrorregião de Saúde Sul - Minas Gerais	Aumento do número de doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial
Macrorregião de Saúde Metropolitana - Rio Grande do Sul	Alta incidência de morbimortalidade por IAM Alta incidência de morbimortalidade por Covid-19

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sinaliza que as pessoas com DANT também têm sua situação de pobreza agravada, em função dos maiores gastos familiares com a doença e pela procura de serviços. Da mesma forma, os custos socioeconômicos associados com DANT têm repercussão na economia dos países. Assim, a redução global das DANT tem sido considerada uma condição necessária para o desenvolvimento do século 21 (MALTA et al., 2017).

No processo de priorização de macroproblemas nas macrorregiões participantes do Projeto, ficou bem evidente que os números observados no mundo em relação às DANT, em especial as doenças cardiovasculares, também se manifestam no cenário brasileiro. Todas as macrorregiões optaram por priorizar as doenças cardiovasculares, e encaramos isso como natural, considerando tais informações, mas também como resultante de um processo analítico que propôs uma síntese de caráter técnico, mediado por técnicas de priorização pactuadas e validado por um processo de diálogo ampliado.

A partir da priorização dos macroproblemas apenas duas das equipes locais do HAOC estimularam a construção da proposta de objetivos estratégicos que coadunam com os conceitos elencados no Termo de Referência. Percebemos que, para a maioria das macrorregiões, houve dificuldade de compreensão entre os conceitos de objetivos e ações estratégicas, o que acabou por inviabilizar a sua capacidade de trabalhar com o conceito de objetivo estratégico que havia sido proposto.

De qualquer forma, ressalta-se que a equipe central de gestão do projeto no HAOC também optou por não detalhar e pactuar metas e indicadores, considerando que se tratava de uma simulação do processo de regionalização e que tais etapas poderiam tomar um tempo que não se tinha disponível (em face do apertado cronograma), com conflitos potenciais decorrentes do processo de pontuação de metas. Entretanto, convém deixar claro que entendemos essas etapas não apenas como necessárias, mas também fundamentais para que o processo de PRI aconteça, mediante a definição clara de compromissos sanitários assumidos entre os entes federados envolvidos (Quadro 18).

Quadro 18 | Macroproblemas e objetivos estratégicos das macrorregiões

MACRORREGIÃO	MACROPROBLEMAS	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
Macrorregião de Saúde Sudoeste - Goiás	Doenças do aparelho circulatório Covid-19	Não foi elaborado Não foi elaborado
Macrorregião de Saúde Porto Velho - Rondônia	Aumento do número de urgências hipertensivas	Não foi elaborado
Macrorregião de Saúde Cariri - Ceará	Aumento da taxa de mortalidade proporcional por doenças isquêmica do coração	Não foi elaborado
	Elevada morbidade e taxa de mortalidade prematura das doenças crônicas não transmissíveis	Reducir a taxa de mortalidade prematura das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, com foco para Hipertensão Arterial Sistêmica
Macrorregião Interestadual de Saúde - Pernambuco/Bahia	Alto impacto das complicações pós-Covid-19, com foco na organização da RAS para a reabilitação sistêmica (fisioterapia, pneumologia, cardiologia, nefrologia, saúde mental, pediatria e hematologia)	Reducir o impacto das complicações pós-Covid-19, com foco na organização da RAS para a reabilitação sistêmica (fisioterapia, pneumologia, cardiologia, nefrologia, saúde mental, pediatria e hematologia)
Macrorregião de Saúde Sul - Minas Gerais	Aumento do número de doenças cardiovasculares: Hipertensão Arterial	Não foi elaborado
Macrorregião de Saúde Metropolitana - Rio Grande do Sul	Alta incidência de morbimortalidade por IAM Alta incidência de morbimortalidade por Covid-19	Reducir a morbimortalidade por IAM na Macrorregião Metropolitana Reducir a morbimortalidade por Covid-19 na Macrorregião Metropolitana

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Nas macrorregiões que trabalharam adequadamente com esse conceito, os objetivos estratégicos anteriormente descritos foram apresentados pelas equipes locais do HAOC e validados com os interlocutores representantes dos atores locais, que participaram em encontros virtuais síncronos ou atividades de dispersão assíncronas, também organizadas por meio de aplicações informatizadas na rede mundial de computadores. Por se tratarem de linhas gerais de ação que representam intenções futuras que encerram uma mudança concreta na situação inicial mapeada, e para as quais os atores locais irão direcionar seus esforços e ações, a construção de consenso sobre a redação do objetivo estratégico tem menor potencial conflitivo do que a definição de metas, indicadores e prazos para seu alcance, por exemplo, que acabaram por não serem incluídos no escopo de ações do projeto.

A sua proposição até estava inicialmente desenhada no escopo do projeto, uma vez que uma das entregas previstas era um painel de bordo com apresentação de metas, indicadores e prazos. Entretanto, a ocorrência da pandemia Covid-19, com implicação na redução do tempo de execução do Projeto (perdeu-se cerca de dois meses em função do distanciamento social mais intenso) forçou a equipe de gestão central do HAOC a retirar, em decisão compartilhada com Ministério da Saúde e CONASEMS, tal entrega do escopo inicial, de forma que essa etapa tão crucial acabou por prejudicar uma vivência importante e que muito teria a ensinar.

MARCO 4 – A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da Atenção à Saúde para a população do espaço regional (com algumas responsabilidades dos entes federados definidas)

O leitor mais atento terá percebido que este marco fugiu à ordem dos pontos elencados como subprodutos do Plano Regional de Saúde, propostos na Resolução nº CIT 37/2017. Como ví-nhamos seguindo a ordem proposta, o leitor pode estar se perguntando o porquê deste ponto acabar aparecendo primeiro do que o que estava previsto (“As responsabilidades dos entes federados no espaço regional”), e o porquê de acrescentarmos uma parte das responsabilidades dos entes federados.

Esta alteração não foi decorrente de um lapso, mas sim de uma estratégia metodológica, e passaremos a explicar o porquê a seguir. Resgatando o final da seção destinada à análise situacional, o leitor recordará que a metodologia do Projeto foi assertiva quanto ao fato de que a definição dos problemas ficasse restrita ao âmbito finalístico num primeiro momento, ou seja, considerasse apenas problemas de saúde. Dessa forma, os problemas intermediários, geralmente vinculados à estrutura e aos processos assistenciais e de gestão/governança, seriam explorados quando da análise dessas perspectivas.

Nesse sentido, a metodologia do Projeto buscou estimular que, só após a exploração focada e aprofundada dos problemas finalísticos de saúde, o raciocínio dos participantes pudesse se focar nas questões de estrutura e processos assistenciais e de gestão/governança. Ainda assim, entendemos que a busca por problemas intermediários nesses dois âmbitos precisaria ficar dividida, de forma que num primeiro momento os participantes buscassem os problemas intermediários decorrentes do modo de organização da RAS (estrutura e processos assistenciais) e, num momento posterior, os problemas decorrentes dos processos de gestão e governança. A ideia era proporcionar uma segmentação clara da natureza dos problemas, que proporcionasse a ideia adequada de priorização, sem que isso prejudicasse a ideia de que há uma conexão forte entre todos esses âmbitos.

Como entendemos que a elaboração das responsabilidades entre os entes federados deve considerar o delineamento de um conjunto de ações estratégicas a serem estruturadas a partir da definição clara dos principais problemas, sejam eles finalísticos ou intermediários, tornou-se natural que este subproduto (responsabilidades dos entes federados) ficasse para um momento posterior a esta definição. Optamos então que, para cada momento de identificação dos problemas intermediários, fosse definida uma matriz que pudesse sistematizar tanto os problemas quanto as linhas de ações estratégicas que os entes federados precisam pactuar.

Assim, o marco que iremos explorar nesta seção é o que diz respeito ao conjunto de atividades do Projeto que contemplaram o processo de construção do desenho organizativo básico dos pontos de atenção à saúde visando o cuidado integral a partir da análise situacional da capacidade instalada.

Além disso, esta seção irá sistematizar as principais linhas de ações estratégicas que foram propostas para pactuação neste âmbito, com a devida indicação da responsabilidade dos entes federados.

Na próxima seção, portanto, abordaremos as responsabilidades dos entes federados no que tange à dimensão administrativa (apoio logístico, gestão e governança), também partindo dos apontamentos construídos e validados na análise situacional desta dimensão.

A partir desse desenho metodológico, as equipes locais do HAOC foram estimuladas a realizar uma série de oficinas remotas com os participantes do Projeto, envolvendo atividades síncronas e assíncronas, que tinham por objetivo, primeiramente, a elaboração do desenho dos pontos de atenção da RAS para responder ao cuidado integral voltado aos macroproblemas priorizados e, em seguida, a elaboração de estratégias de qualificação da RAS a partir dos problemas intermediários identificados.

A composição deste desenho dos pontos de atenção deve representar a base consensual dos atores locais estratégicos acerca das múltiplas possibilidades de trajetórias idealizadas, as quais os usuários com necessidades de saúde vinculadas ao macroproblema priorizado podem percorrer para que as tenham atendidas. Por se tratar de trajetórias idealizadas, a melhor forma de representá-la encontrada pela metodologia do Projeto foi através de um fluxograma.

Desta forma, nas atividades síncronas ou assíncronas realizadas nas oficinas remotas, as equipes locais estimulavam que os participantes pudessem interagir (geralmente através de um disparador), discutindo quais as trajetórias possíveis e que pontos de atenção precisam existir para atender às necessidades identificadas. As análises de situação eram utilizadas como insumo para a problematização, de forma que aos facilitadores das equipes do HAOC caberia um processo de mediação importante, sem que isso representasse trazer afirmações, respostas prontas ou divergências, mas sim perguntas que favorecessem o raciocínio crítico dos participantes.

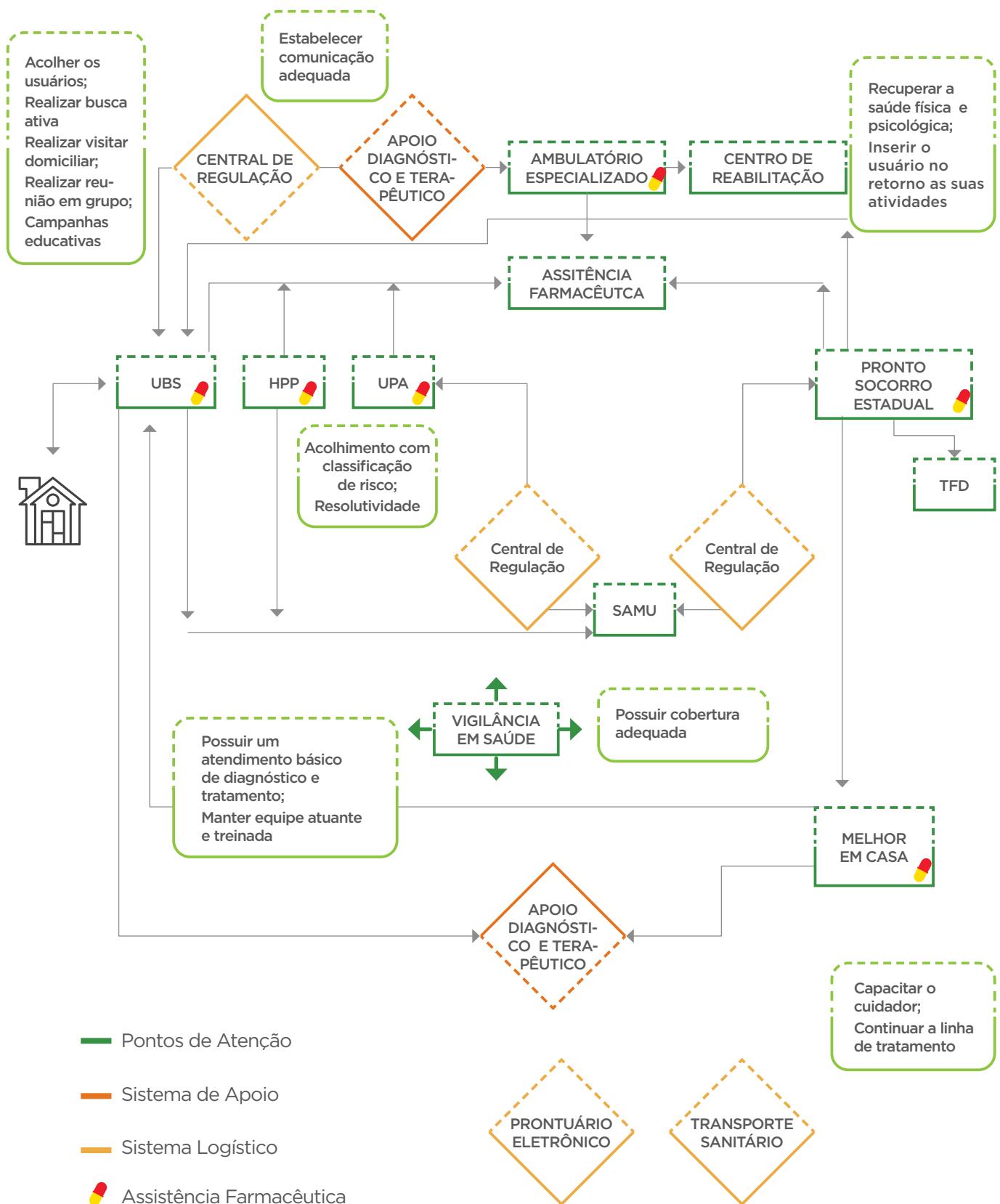
Ressaltamos que esse papel de mediação requer um perfil de competências que permita ao facilitador uma abordagem pedagógica construtivista e, ao mesmo tempo, um domínio técnico sobre as temáticas trabalhadas, de forma que o estudo aprofundado sobre as questões que envolviam cada um dos macroproblemas e a própria organização dos serviços no contexto local era primordial. Além dessas duas questões, o estudo sobre protocolos e linhas-guia já existentes, e o diálogo com profissionais especialistas na área, podem potencializar a capacidade técnica dos facilitadores envolvidos.

Com todas essas questões em mente, e conforme foi descrito no capítulo destinado ao detalhamento metodológico nas macrorregiões, as equipes locais do HAOC apoiaram a produção do desenho dos pontos de atenção na forma de fluxogramas os quais estão a seguir expostos:



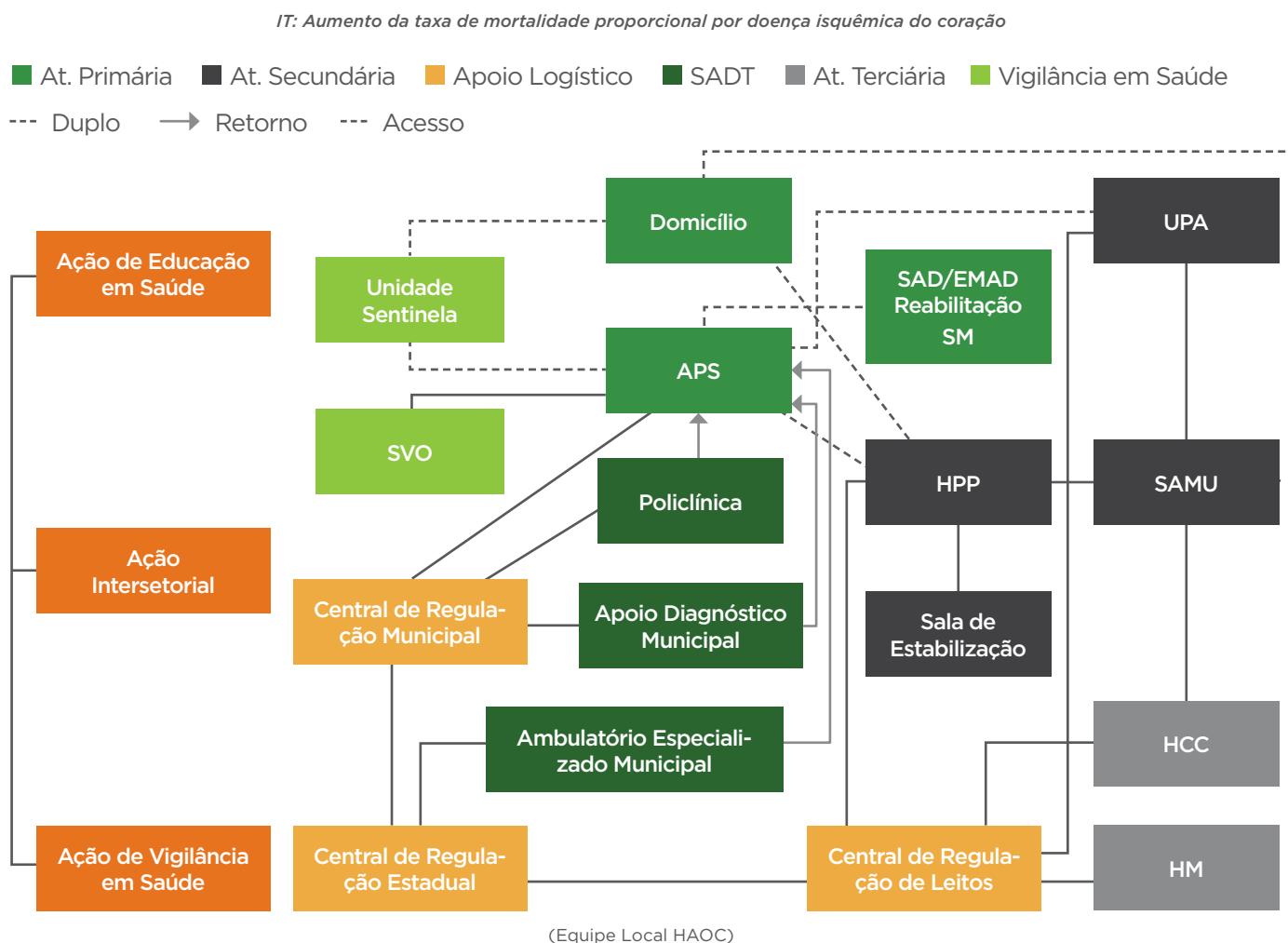
Por se tratar de trajetórias idealizadas, a melhor forma de representá-la encontrada pela metodologia do Projeto foi através de um fluxograma.

Figura 42 | Imagens representativas dos itinerários terapêuticos idealizados, recortadas do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião I/RO, 2020



Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião I/RO.

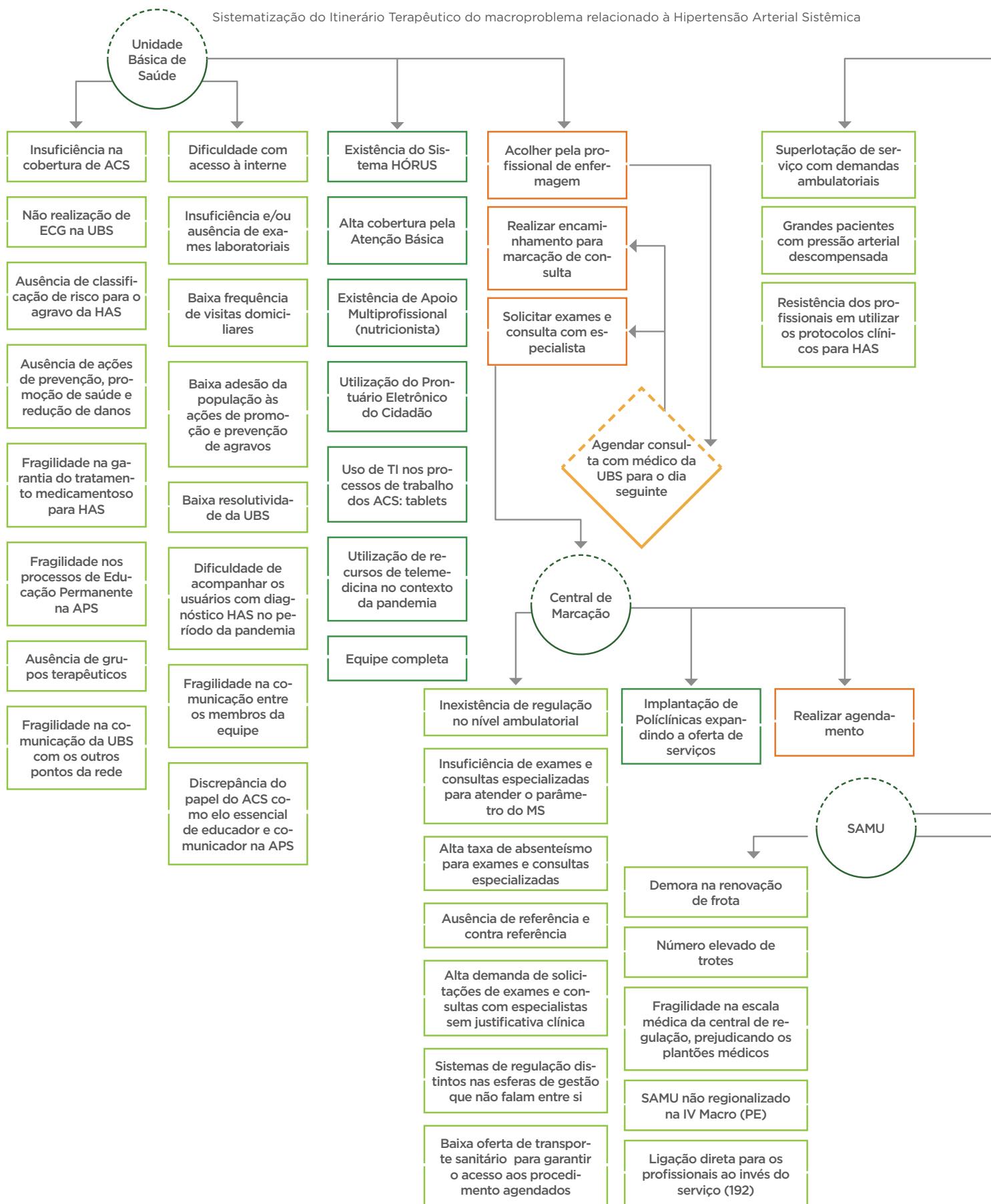
Figura 43 | Imagens representativas dos itinerários terapêuticos idealizados, recortadas do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião do Cariri/CE, 2020

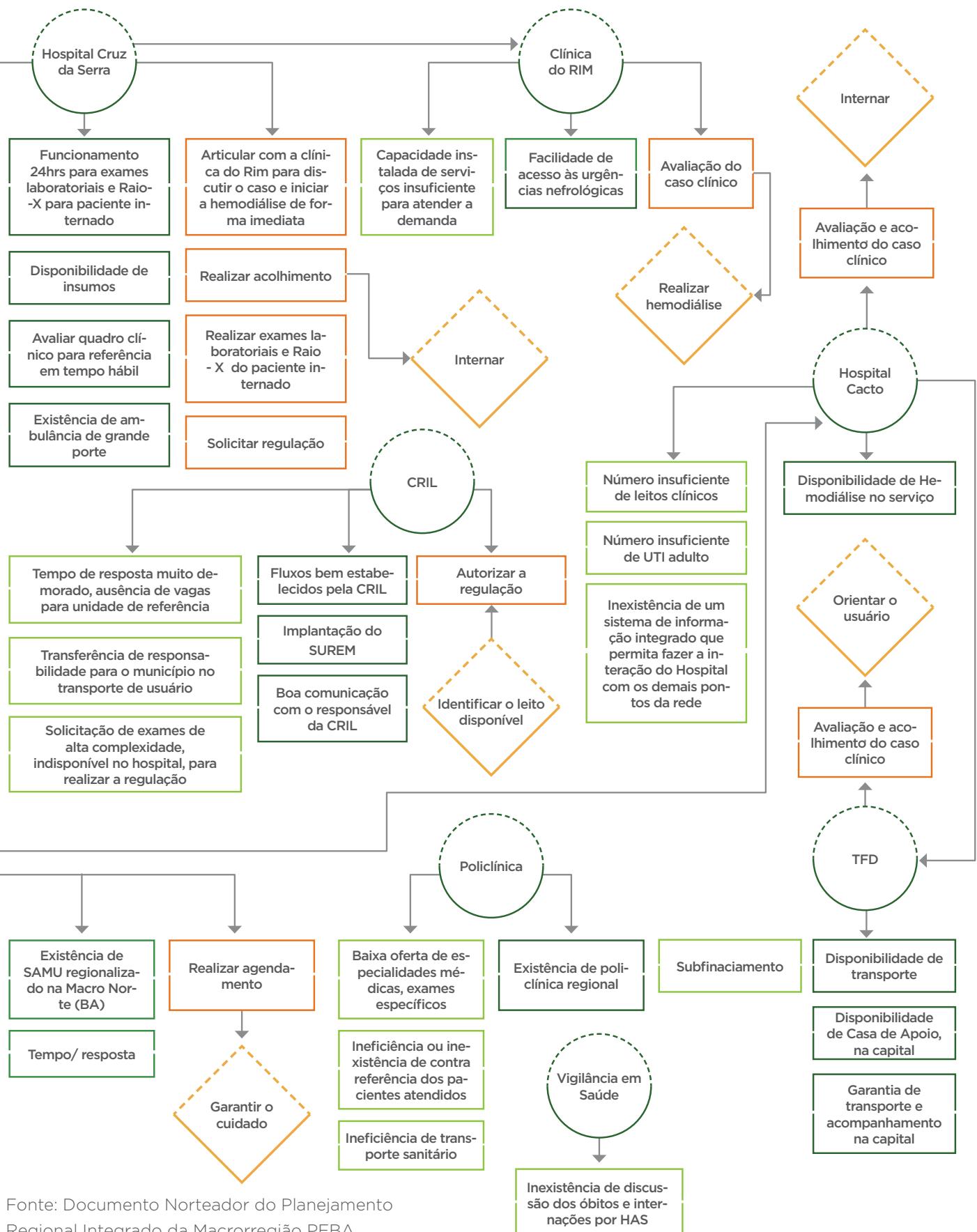


Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião do Cariri/CE.



Figura 44 | Imagens representativas dos itinerários terapêuticos idealizados, recortadas do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião PEBA, 2020





Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião PEBA.

Figura 45 | Imagens representativas dos itinerários terapêuticos idealizados, recortadas do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sul/MG, 2020

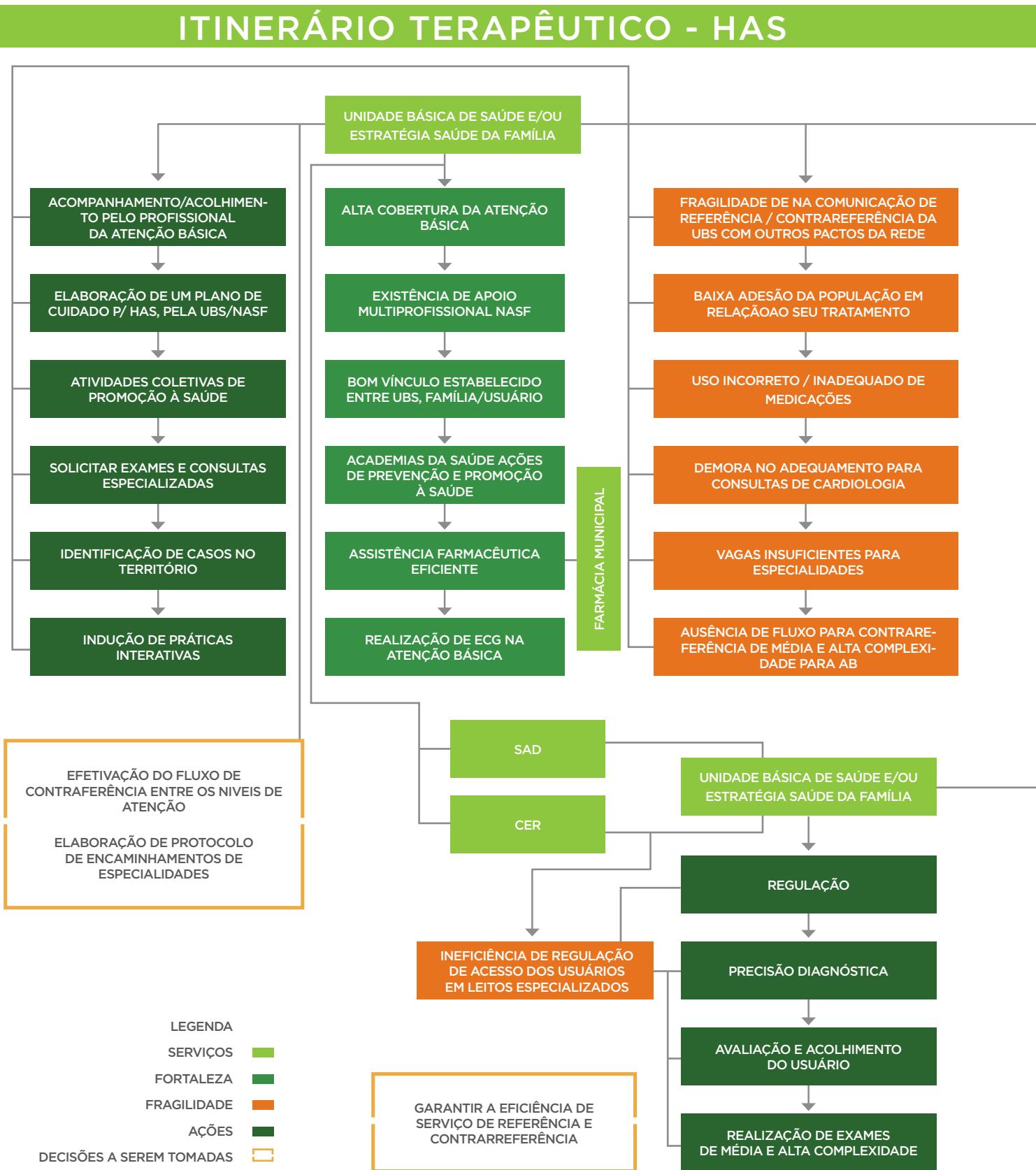
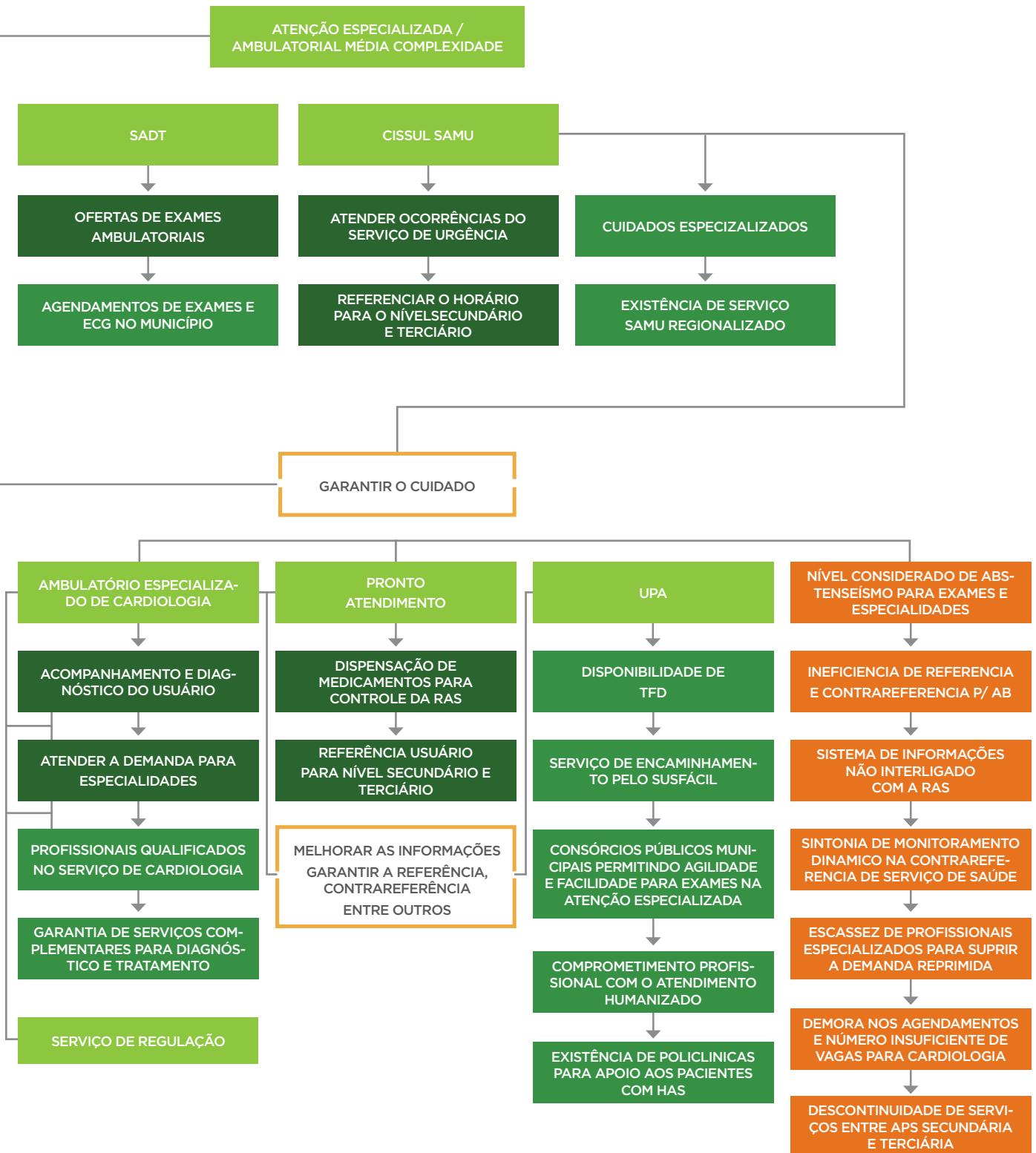
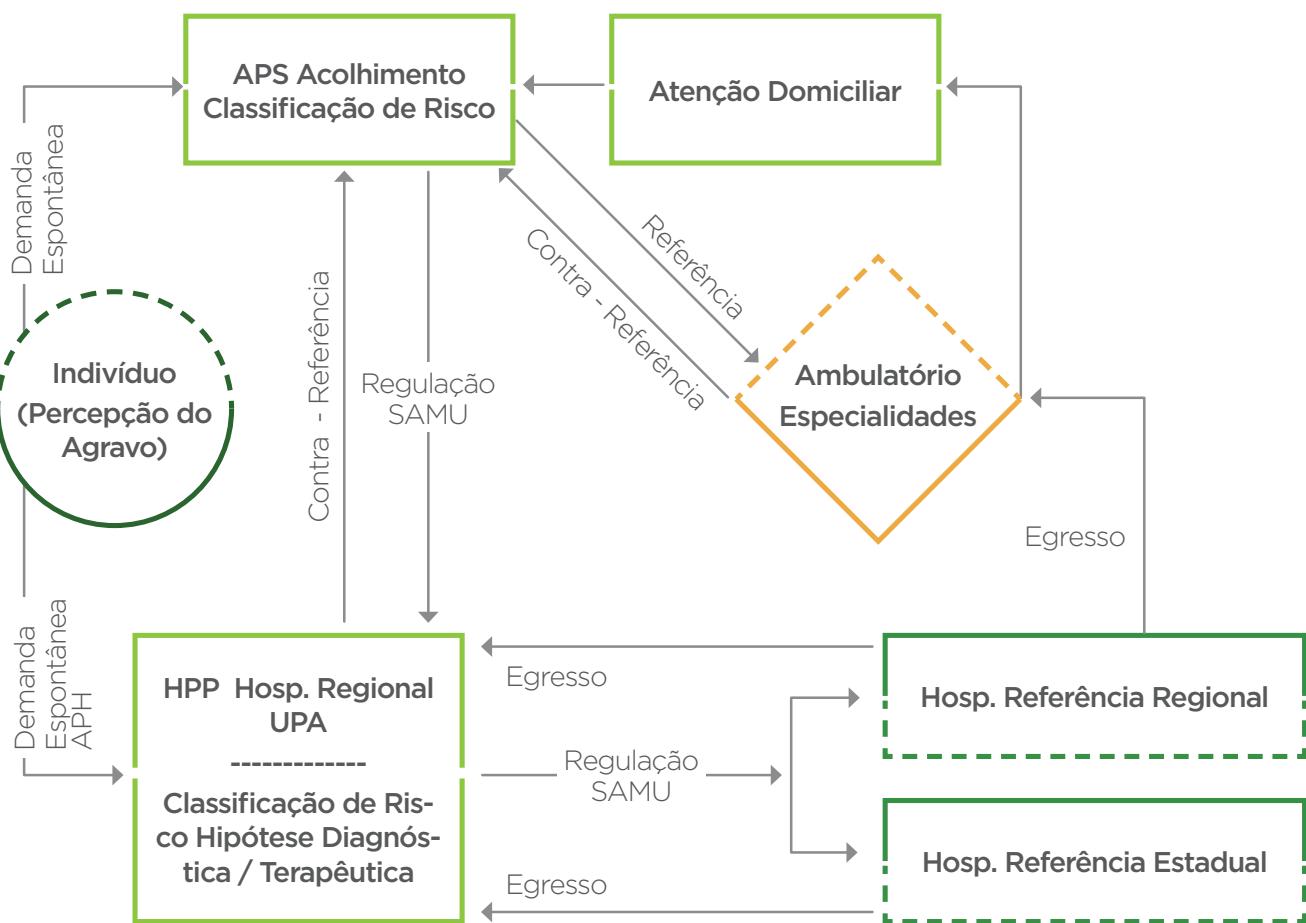


IMAGEM OBJETIVO: REDUZIR OS CASOS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, SENDO UMA CONDIÇÃO SENSÍVEL À APS



Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sul/MG.

Figura 46 | Imagens representativas dos itinerários terapêuticos idealizados, recortadas do Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sudoeste/GO, 2020.



Fonte: Documento Norteador do Planejamento Regional Integrado da Macrorregião Sudoeste/GO.

Além do desenho dos pontos de atenção, as oficinas remotas também foram utilizadas para identificar os problemas intermediários relacionados à dimensão assistencial, fossem relacionados à estrutura ou processos de trabalho. As análises situacionais foram também usadas como insumo e os facilitadores também precisaram usar de bastante capacidade de mediação qualificada para apoiar estes momentos.

A identificação dos problemas intermediários foi estimulada a partir da sistematização de fragilidades da RAS que os participantes listaram durante as atividades. Uma das maiores dificuldades na mediação ocorria quando se fazia necessário qualificar a redação das fragilidades, uma vez que, na condição de problema, precisavam ser redigidos de forma que ficasse clara a carga negativa que o caracterizava como tal. Por exemplo: “equipes fragilizadas” poderia ser mais bem caracterizado, após alguma problematização, como “baixa qualificação das equipes para realizar a estratificação de risco”.

Ao mesmo tempo em que eram trabalhadas as fragilidades, os participantes eram estimulados a listar as principais fortalezas/potencialidades que conseguiam enxergar na RAS para enfrentamento ao macroproblema priorizado. A ideia era que cada uma das potencialidades, em alguma medida, pudesse servir como experiência a ser utilizada como pos-

sível estratégia de qualificação em outros pontos da RAS. Nesse sentido, as equipes locais do HAOC conseguiram apoiar então a identificação de um conjunto de fragilidades (potenciais problemas intermediários) e fortalezas (potenciais estratégias de qualificação) na dimensão assistencial.

Por fim, atuaram no apoio à construção das estratégias de qualificação, já procurando mediar a definição das responsabilidades dos entes federados para cada uma das linhas de ações propostas. Nesta etapa, convém ressaltar as dificuldades inerentes ao processo de formulação de ações que, historicamente, tem sido bastante negligenciado. A proposição de estratégias de enfrentamento de problemas, geralmente, é caracterizada por ser uma tomada de decisão baseada em uma dessas principais formas: a) respostas imediatas às consequências percebidas, ou seja, não se analisam as causas do problema, atuando-se para “apagar o incêndio”, da forma que for possível; b) respostas estruturadas às causas do problema a partir de trocas de experiências com atores que alcançaram algum sucesso no enfrentamento do problema; e c) respostas estruturadas às causas do problema a partir de pesquisa de evidências científicas que permitam o conhecimento ampliado do fenômeno e das possíveis intervenções a serem implementadas.

As três formas de tomar decisão listadas demonstram níveis diferenciados de maturidade para este processo. Na primeira, infelizmente uma das mais utilizadas, a própria prática de planejamento é frágil; não há um movimento de análise de situação que favoreça a identificação e estudo dos problemas, e por isso as estratégias são sempre emergentes e voltadas para os “sintomas”. Quando ainda há algum esforço de planejamento realizado, que resulte pelo menos na identificação dos problemas, esta forma de decisão é bastante recheada por ações do tipo “sensibilização” ou “capacitação”, o que denota a baixa apropriação dos atores que planejam, que manifestam tal falta de apropriação por meio de estratégias que possam combater esta limitação.

Esta constatação não deve ser aplicada de forma generalizada, visto que ações de capacitação são frequentemente necessárias para qualificar a força de trabalho, em especial quando recursos ou atividades inovadoras serão implantadas, ou em áreas de atuação com grande velocidade de mudança tecnológica e produção do conhecimento. Entretanto, um sinal bastante significativo de que a tomada de decisão está pouco amadurecida ocorre quando as linhas de ações estratégicas envolvem um número grande de capacitações. Ao ter pouca segurança sobre o que fazer, propõe-se a capacitação como forma de buscar a apropriação necessária a uma tomada de decisão mais qualificada.



A identificação dos problemas intermediários foi estimulada a partir da sistematização de fragilidades da RAS que os participantes listaram durante as atividades.

A segunda forma, baseada na troca de experiências com atores que alcançaram algum sucesso, é uma das mais utilizadas também e demonstra um maior compromisso com a busca por soluções efetivas, que não gerem desperdício e alcancem resultados. O cerne desse processo é a capacidade de comunicação e articulação, o que pode ser viabilizado por vários formatos, desde trocas realizadas em eventos, viagens de intercâmbio, cursos de curta duração, entre outros. Nesse sentido, as oficinas remotas promovidas pelas equipes locais do HAOC se propuseram a permitir essa troca, em especial por meio de dinâmicas pedagógicas e processos de mediação que estimulavam a identificação, descrição e reflexão de fortalezas, de onde poderiam surgir relatos de experiências para embasar uma tomada de decisão mais qualificada.

Esse formato de tomada de decisão precisa de alguns cuidados, dentre os quais destacamos a questão do processo de reflexão apurada sobre os fatores críticos de sucesso e a análise qualificada do contexto, visto que uma intervenção que deu certo em algum local não necessariamente terá o mesmo desempenho em outro. Outrossim, sempre que possível, a busca pela maior diversidade de locais onde uma intervenção possa ter sido aplicada com sucesso também é bastante recomendado, de forma que se garanta uma ampliação do olhar analítico necessário. Essa ampliação de perspectivas pode ser alcançada pelo contato com múltiplos atores ou pela pesquisa (não científica) de relatos de experiência.

A forma mais qualificada de tomada de decisão é aquela que busca a produção de sínteses de evidências (científicas) que apoiam o conhecimento aprofundado do problema e suas causas, além da descrição qualificada das opções de intervenção. Tal nível de amadurecimento requer, geralmente, uma estrutura qualificada de recursos humanos que produzem sistematicamente as chamadas sínteses de evidências para tomada de decisão. Essa é uma abordagem para a tomada de decisões políticas que tem como objetivo assegurar que a tomada de decisões esteja fundamentada pela melhor evidência científica disponível. É caracterizada pelo acesso transparente e sistemático às evidências e pela avaliação de tais evidências, como insumos do processo de formulação de políticas (OXMAN et al., 2009).

Atualmente, a rede EVIPNet Brasil disponibiliza uma série de síntese de evidências que podem ser consultadas sistemática e gratuitamente pelos profissionais da gestão em Saúde. Esta rede se consubstancia em uma das opções que pode qualificar a tomada de decisões no âmbito do SUS e, ao nosso ver, precisa ser amplamente divulgada para que níveis de decisões mais responsáveis possam ser tomadas, ampliando a eficiência e eficácia do setor público. Os futuros processos de PRI não devem prescindir dessa alternativa no momento de construir estratégias de atuação.

A partir de uma série de atividades detalhadas no capítulo anterior, as equipes locais do HAOC apoiaram a construção de matrizes para identificação de fortalezas e fragilidades da dimensão assistencial da RAS que subsidiaram a delimitação de ações estratégicas, mediando ainda a definição de responsabilidades dos entes federados nesse contexto. Em função do extenso tamanho das matrizes produzidas optamos por não as inserir neste livro, mas recomendamos que o leitor possa consultá-las nos respectivos Documentos Norteadores das macrorregiões.

Na leitura atenta das matrizes o leitor perceberá que algumas questões ganham destaque como fragilidades comuns importantes, desencadeando linhas de estratégias de qualificação também semelhantes. Em nossa perspectiva, entendemos que é possível destacar no âmbito da dimensão assistencial três aspectos que chamaram a atenção, os quais propusemos uma análise mais aprofundada a seguir.

1. Qualificação da APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado

Segundo Savassi (2012), os serviços de saúde devem ser seguros (evitar danos ao usuário), efetivos (prestados com base na melhor evidência científica), oportunos (esperas e deslocamentos mínimos), centrados nos usuários (atendam às necessidades e demandas deles) e humanizados (relação profissional-usuário empática num ambiente acolhedor). Esse grau de exigência na qualidade do serviço prestado implica mais do que uma mudança gerencial ou de financiamento, mas também a reorganização da cadeia produtiva com novos conceitos e a quebra de paradigmas assistenciais que alterem a cultura organizacional no sentido da qualidade no atendimento.

O novo paradigma mundial dos sistemas de saúde aponta a Atenção Primária como reestruturante. Entretanto, o modelo assistencial no Brasil tem se baseado no modelo norte-americano de pagamento por procedimentos, valorização da subespecialização, seguridade social vinculada a seguros de saúde e priorização de tecnologias duras. Isso foi resultado de uma construção sócio-histórica que contemplou diferentes lógicas ao longo do tempo: a) o modelo campanhista do início do século passado; b) o modelo das Santas Casas de Misericórdia; c) o modelo asilar estatal (especialmente em tuberculose, psiquiatria e hanseníase); d) o modelo previdenciário (Bismarkiano); e) o modelo sanitário; f) até o modelo atual de sistemas nacionais de Saúde (Beveridgiano). Nesse contexto, o sistema de saúde brasileiro foi sendo desenhado para atender preferencialmente as condições agudas, enquanto a transição epidemiológica mudou o perfil do usuário destes serviços, que passou a ser consumidor de tecnologias determinadas por condições crônicas (SAVASSI, 2012).

No cenário atual, portanto, um problema importante continua existindo no que tange à organização do modelo assistencial em saúde: a manutenção dos serviços de saúde para o enfrentamento às condições agudas e a necessidade de resposta concomitante às causas externas e prioritariamente às condições crônicas. A atenção primária à saúde tem se mostrado a apostila mais consistente até o momento para organizar um modelo assistencial que lide de forma adequada com esse desafio. Está baseada na cooperação, com um forte componente de trabalho em equipe, o qual se faz necessário para a prestação de serviços adequados e o sucesso das intervenções planejadas em um território (idem, 2012).

Outrossim, estudos têm apontado que a Atenção Primária gera maior satisfação no usuário quando está baseada no modelo da Estratégia Saúde da Família, assim como têm demonstrado que a satisfação de quem usa o SUS é maior que a de quem só conhece sua assistência pelos telejornais. Entretanto, em que pese esses bons resultados que sinalizam a APS como mecanismo eficaz para a reestruturação do modelo assistencial, é forço reconhecer que tal reestruturação - pautada pela qualidade - tem vários pontos de mudança, alguns deles de difícil governabilidade por parte do gestor em nível local. Para operar tal mudança, os gestores deverão compreender os pilares da qualidade em saúde e trabalhar incansável e cooperativamente para progressivamente alcançar melhores resultados (SAVASSI, 2012).

Savassi (2012) aponta que os sete pilares da qualidade em saúde são:

- 1) Eficácia – capacidade para o cuidado, na melhor forma possível de contribuir para a melhoria das condições de saúde;
- 2) Efetividade – o quanto melhorias possíveis nas condições de saúde são, de fato, obtidas;

- 3) Eficiência – a capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo possível;
- 4) Otimização – a mais favorável relação entre custos e benefícios;
- 5) Aceitabilidade – conformidade com as preferências do paciente (acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, efeitos e custo do cuidado prestado);
- 6) Legitimidade – conformidade com preferências sociais em relação a tudo mencionado acima; e
- 7) Equidade – igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Portanto, o desafio da qualificação da APS não é apenas necessário, mas também complexo. Envolve desde a formação dos profissionais de saúde, passando por questões estruturais, de modelo de gestão e de atenção à saúde, e de financiamento, entre outros aspectos. As equipes locais do HAOC procuraram induzir fortemente que as discussões ocorridas nas oficinas macrorregionais pudessem contemplar a questão da qualidade da atenção básica, tendo em vista a hegemonia das questões estruturais que apontam a insuficiência de serviços de atenção especializada e hospitalar nas discussões de organização de RAS.

Não era suficiente, portanto, discutir a cobertura dos serviços de atenção básica, mas aprofundar as discussões sobre qual o nível de qualidade e resolutividade alcançados por esses pontos de atenção, promovendo a análise ampliada sobre as responsabilidades sanitárias inerentes à APS e promovendo reflexões sobre a organização dos processos de trabalho necessários para o alcance de melhores resultados.

Esta indução teve seus reflexos manifestados na identificação de problemas intermediários vinculados à análise da RAS, assim como na elaboração de estratégias de qualificação voltadas para o enfrentamento de tais fragilidades, que contemplavam fortemente processos de Educação Permanente e planificação que visam a impactar nos processos de trabalho das equipes de atenção básica, reorganizando e qualificando-os.

2. Integração efetiva da Vigilância em Saúde com os processos assistenciais

Desde a publicação da portaria Nº 1.378 de 9 de julho de 2013, O Brasil tem conceituado de forma oficial a Vigilância em Saúde (VS) como uma atuação sistemática de coleta, análise e disseminação de dados referentes à saúde, realizada de forma contínua, surgindo com intuito de planejar e implementar ações de políticas públicas para promoção, prevenção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 2013).

Esta definição é coerente com as transformações do modelo de atenção à saúde preconizados na Reforma Sanitária Brasileira e que direcionaram importantes mudanças no setor de vigilância. Desde sua implantação, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem passando por uma ampliação de seu foco de trabalho, deixando de ser apenas a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, mas transformando-se em uma verdadeira estratégia de reorganização do SUS. As equipes de saúde da família são estimuladas a reafirmar seu papel na coordenação do cuidado, conhecendo seu território e as singularidades, a fim de aperfeiçoar seus processos de trabalho, com protagonismo, inclusive, da população que lhe são confiadas (COSTA et al., 2020).

A Política Nacional da Atenção Básica, através da Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, no Art. 4º, define a Estratégia Saúde da Família como essencial para o alcance de resultados satisfatórios visando as necessidades de saúde da população e a integralidade da atenção à saúde, incluindo aí processos que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade (idem, 2020).

Para tanto, a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica deve ser estimulada e qualificada. Isso pode ser alcançado, dentre outras formas, por meio do uso de ferramentas da vigilância no desenvolvimento de habilidades de programação e planejamento no âmbito das equipes de saúde da família. Nesse contexto, a vigilância em saúde pode trazer importantes contribuições no sentido de possibilitar a análise situacional de determinado território, sendo ponto de partida na implementação de ações e serviços de saúde que sejam condizentes com as reais necessidades de uma população em um território. Tal integração, entretanto, não é fácil de ser implementada, pois deriva de uma concepção relativamente nova dentro das gestões municipais, que tiveram que assumir tais tarefas gerenciais a partir da municipalização (ibidem, 2020).

Costa et al. (2020) ressaltam que a vigilância da saúde necessita estar apoiada em três pilares fundamentais, a saber: território, problemas e práticas de saúde, o que remete mais uma vez ao importante papel da integração APS e VS nas práticas de saúde. Nesse sentido, o conceito de território torna-se ferramenta fundamental para organização do processo de trabalho da atenção básica, ajudando na identificação de fatores sociais, ambientais e econômicos ligados aos problemas de saúde de uma área específica.

É sabido que existe uma enorme dificuldade em identificar os elementos que determinam o processo saúde-doença nos territórios, além de exercer o controle das doenças e agravos prioritários com a falta ou insuficiência na integração destas políticas. Portanto, o conhecimento sobre território e territorialização é da mais alta importância no cenário de prática e atuação da APS e VS, podendo apoiar na indução da organização de ações integradas de trabalho considerando a transversalidade, desde o olhar sobre o território até a organização das linhas de cuidado (COSTA et al., 2020).

Considerando a importância desse processo de integração entre APS e VS, visando a organização da atenção à saúde, as equipes locais do HAOC também induziram a reflexão sobre o papel da VS na RAS em análise, tensionando acerca do conjunto de ações e serviços que estão sob o escopo do sistema de vigilância e que necessitam ter seu olhar integrado às práticas assistenciais para que, de fato, possam contribuir com a solução dos problemas de saúde.

3. Pensamento em rede fortalecido, com busca pela qualificação do acesso em equilíbrio com a economia de escala e escopo, a partir das necessidades em saúde e da capacidade instalada da RAS

Um dos maiores desafios para a consolidação dos processos de regionalização na Saúde se consubstancia nas dificuldades da construção de consensos para a decisão acerca da distribuição de recursos, sejam eles humanos, materiais/tecnológicos ou financeiros. Definir sobre a concentração/desconcentração de Unidades de Saúde, que acabam por materializar um conjunto de recursos humanos, materiais/tecnológicos e financeiros, é uma das situações com maior potencial conflitivo nesse processo, envolvendo a manifestação de poder e interesses de todos os atores implicados.

Orientadas pela equipe central de gestão do Projeto, as equipes locais do HAOC apostaram na utilização efetiva da Análise Situacional de Saúde e da capacidade instalada da RAS (devidamente qualificada pelo foco da discussão no macroproblema de saúde) como fator preponderante na busca pela valorização de parâmetros assistenciais que pudesse nortear e objetivar tais discussões.

Nesse sentido, entendemos que a organização do itinerário terapêutico idealizado, com identificação dos pontos de atenção à saúde necessários, assim como a definição do elenco de ações e serviços a serem ofertados em cada ponto de atenção, também contribuiu de forma significativa para que se estabelecesse uma espécie de entendimento comum que orientou as discussões sobre a distribuição de recursos e Unidades de Saúde, minimizando os possíveis conflitos de interesses e poder.

Obviamente que, por não tratar mais especificamente da alocação dos recursos, mas apenas prospectar diretrizes para a organização da RAS visando a uma resposta mais qualificada ao problema de saúde, o potencial de conflito no âmbito do Projeto seria naturalmente reduzido. Entretanto, mesmo que reconheçamos tal assertiva, a característica dialógica do processo, associada à busca por um entendimento comum sobre a aplicação de parâmetros construídos em bases técnicas, parece-nos um recurso com importante impacto na busca pelo fortalecimento do pensamento em rede e para a superação da ideia da municipalização autárquica.

O objetivo fundamental da regionalização cooperativa é garantir o acesso oportuno dos usuários do SUS a serviços de qualidade, ao menor custo social, econômico e sanitário possível. Para isso, faz-se necessária uma escala adequada na organização dos serviços de saúde para agregar, num sistema cooperativo, um conjunto de municípios, o que poderá garantir uma melhoria na eficiência e na qualidade. Além disso, a regionalização cooperativa pode gerar equidade ao desconcentrar recursos excessivamente articulados em poucos polos, determinando um aumento na satisfação dos usuários, inclusive por reduzir deslocamentos dos usuários do SUS para fora de suas microrregiões (PESTANA; MENDES, 2004).

Pestana e Mendes (2004) afirmam, ainda, que há outras razões pelas quais o objetivo da regionalização cooperativa deve ser alcançado:

- A conjunção do espaço subestadual com o espaço supramunicipal cria a possibilidade de uma cooperação mais próxima e mais concreta entre a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde;
- A transição de uma regionalização político-administrativa para uma regionalização funcional-assistencial; cria uma instância permanente de negociação e pactuação, viabilizando um sistema de planejamento mais racional e participativo, e com maior visão da singularidade microrregional;
- A criação de uma base territorial permanente para as programações pactuadas e integradas;
- O ajuste da oferta de serviços de saúde pela eliminação da sobreoferta ou pela redução da suboferta;
- A redução na demanda por serviços localizados nos polos, especialmente nas regiões metropolitanas;
- A superação da fragmentação dos serviços;

- A consciência de pertencimento microrregional e de endogenia microrregional;
- O fortalecimento do papel regulatório das Secretarias Estaduais de Saúde;
- A substituição de uma atitude de competição intermunicipal, pela da cooperação intermunicipal e com a Secretaria Estadual de Saúde, substituindo uma atitude de cada um por si, por outra, de todos por todos; e
- A melhoria da qualidade do controle público sobre o sistema de serviços de saúde.

Nesse sentido, fica clara a importância de se fortalecer o pensamento em rede como subsídio técnico-político necessário ao avanço da regionalização. Além de buscar o fortalecimento da Atenção Primária como coordenadora da RAS, e de imprimir um modelo de vigilância em Saúde pautado na identificação das necessidades de saúde no território, o estímulo ao pensamento em rede, com valorização dos princípios da economia de escala e da qualidade do acesso, com aplicação de parâmetros técnicos que embasam o processo decisório nesse âmbito, torna-se importante meio de mudança de cultura, permitindo a superação da lógica fragmentada e ineficiente da municipalização autárquica.

MARCO 5 – As responsabilidades dos entes federados no espaço regional

Conforme sinalizado na seção anterior, neste marco trataremos da finalização do processo de responsabilização dos entes federados, construído em cada Macrorregião de Saúde participante do Projeto, a partir da análise situacional dos sistemas de apoio logístico, gestão e governança.

As atividades remotas destinadas a cumprir a etapa da 3a Oficina Macrorregional do projeto foram organizadas de forma a contemplar a validação da análise situacional dos sistemas de apoio logístico, gestão e governança, e apoiar a construção das estratégias de qualificação da RAS a partir dos problemas intermediários identificados nessa dimensão administrativa. Tais atividades, síncronas e assíncronas, propiciaram aos participantes a reflexão sobre conceitos complexos que se manifestam nos processos de governança da RAS, porém sem os quais seria impossível estabelecer uma organização adequada e participativa no âmbito macrorregional.

Portanto, a compreensão de tais conceitos foi bastante explorada pelas equipes locais do HAOC. O uso de atividades assíncronas em dispersão foi uma das estratégias mais frequentes, convidando os participantes não apenas para validar a análise situacional realizada, mas também já para exercitar a discussão sobre os conceitos e a identificação de fortalezas e fragilidades manifestadas em cada contexto. Na medida em que tinham contato com a análise situacional e com os disparadores das atividades (formulários interativos, na grande maioria das vezes), os interlocutores podiam também se comunicar com os facilitadores para esclarecer dúvidas.

Esse processo não é de pequena relevância, especialmente quando consideramos o objetivo central do Projeto “Regionalização”: aumentar o protagonismo dos municípios para qualificar sua participação em processos de PRI. Não há protagonismo quando o nível de empoderamento sobre conceitos e técnicas é baixo, de forma que a estruturação de ações para apoiar tal finalidade de forma qualificada passa, necessariamente, pela operacionalização dos princípios da Educação Permanente em Saúde.

Kleba et al. (2007) afirma que um dos principais entraves na democratização dos espaços deliberativos é a linguagem ou o processo de comunicação entre diferentes atores. Nesse sentido, para que ocorra uma participação efetiva nos espaços deliberativos, é necessário que os envolvidos apreendam e conquistem o acesso aos níveis decisórios de intervenção.

Para tanto, faz-se necessário primeiramente reconhecer o caráter dinâmico e contraditório da sociedade, que abriga espaços de disputa de interesses políticos e desejos individuais ou de grupos, envolvendo forças díspares e valores e crenças divergentes. Além disso, a participação qualificada em fóruns deliberativos deve ser fruto de processos de aprendizagem e de inclusão, do qual deriva um empoderamento, com criação de forças, valorização das diferenças e reconhecimento da própria organização e o contexto em que está inserida (KLEBA et al., 2007).

Para que esse modelo participativo funcione a contento, há de existir abertura e interesse dos atores envolvidos, o que implica que estes, ao invés de disputar projetos, busquem o entendimento e a geração de consensos mais amplos, o que requer desses atores um troca de informações e argumentação em defesa de suas posições, permitindo a transformação dos pontos de vista (idem, 2007).

A democracia deliberativa pressupõe mecanismos de representação nos quais os indivíduos possam se envolver como atores políticos ativos, por meio de diálogos e construção de consensos possíveis. Kleba et al. (2007) explicam que a democracia supõe e nutre a diversidade e a pluralidade de interesses e ideias, sendo que são os conflitos de ideias e opiniões que lhe conferem vitalidade e produtividade. Nesse sentido, a promoção de espaços de troca e convivência entre os sujeitos envolvidos favorece o reconhecimento das possibilidades e dos desafios inerentes à construção de Políticas Públicas.

Enfim, o desenvolvimento de atividades que se proponham a fortalecer a democracia deliberativa e gerar empoderamento deve ter como fundamento básico o diálogo entre os sujeitos, buscando partir do conhecimento e da compreensão dos participantes sobre Políticas Públicas e sobre seu papel como atores sociais, e visando a contribuir na formação de sujeitos críticos e proativos, capazes de construir a sua própria trajetória política (KLEBA et al., 2007).

Nesse sentido, a prática da Educação Permanente, com uso de técnicas pedagógicas problematizadoras, se constitui como alicerce para que processos decisórios em espaços deliberativos sejam desenvolvidos com maior potência e qualidade. Não é possível ou desejável que gestores assumam compromissos públicos para os quais sua compreensão sobre os fenômenos envolvidos e responsabilidades inerentes seja baixa. Processos deliberativos em espaços coletivos que carecem de empoderamento são, geralmente, pouco sustentáveis e têm maior possibilidade de não se manifestarem nos resultados desejados.

As equipes locais do HAOC, cientes da importância do uso de técnicas problematizadoras no processo metodológico para empoderar os atores envolvidos, e a partir de uma série de atividades detalhadas no capítulo anterior, apoiaram assim a construção de matrizes para identificação de fortalezas e fragilidades da dimensão administrativa da RAS (envolvendo os sistemas de apoio logístico, gestão e governança), que subsidiaram a delimitação de ações estratégicas, mediando também a definição de responsabilidades dos entes federados nesse contexto. Em função do extenso tamanho das matrizes produzidas, optamos por não inseri-las neste livro, mas recomendamos que o leitor possa consultá-las nos respectivos Documentos Norteadores das macrorregiões.

Na leitura atenta das matrizes, percebe-se que algumas questões ganham destaque como fragilidades comuns importantes, desencadeando linhas de estratégias de qualificação também semelhantes. Em nossa perspectiva, entendemos que é possível destacar no âmbito da dimensão administrativa dois aspectos que chamaram a atenção, os quais propusemos uma análise mais aprofundada a seguir.

1. Importância de atuação cooperada para implantação e qualificação dos Sistemas de apoio logístico – especialmente a gestão da informação e da regulação – e viabilização do financiamento de serviços regionalizados

Os sistemas de apoio logístico são fundamentais para a eficiência e a qualidade do cuidado prestado na RAS, sendo que nas oficinas macrorregionais conduzidas no Projeto “Regionalização” destacaram-se nos discursos dos gestores e técnicos participantes a questão da regulação do acesso e a gestão da informação.

Segundo Mendes (2014), uma regulação assistencial eficaz é fundamental nas RAS e tem como objetivo a garantia da atenção no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e com a qualidade certa. O autor afirma, ainda, que acredita que o problema da regulação assistencial é estrutural e exige mudanças mais radicais, o que implica no enfrentamento de importantes desafios. Assim, esse novo modelo regulatório deve ter as seguintes características:

- Ser realizado com base em parâmetros de programação de necessidades;
- Ser feito com sistemas de coordenação bem estabelecidos na APS;
- Utilizar sistemas de comunicação eficazes entre unidades demandantes e ofertantes de serviços;
- Ser realizado nos eventos agudos por meio de complexos reguladores, com base na classificação de risco das pessoas em situação de urgência e emergência;
- Ser realizado, nas condições crônicas não agudizadas, diretamente pela APS nos serviços demandados, utilizando-se o prontuário clínico eletrônico ou a infovia do complexo regulador;
- Possuir ajuste entre demanda e oferta que se faz por uma ação iniciada pela racionalização da demanda, seguida pela racionalização da oferta e, se necessário, pelo incremento da oferta;
- Ser feito com base em diretrizes clínicas baseadas em evidência;
- Ter uma inteligência regulatória, o que pressupõe que nem todas as demandas devam ser atendidas;
- Implicar, nas condições crônicas não agudizadas, um relacionamento pessoal entre profissionais de Saúde, envolvendo trabalho clínico mútuo entre os profissionais das unidades demandantes e ofertantes;
- Ausência de efeito velcro; e

- Ausência de filas ou existência de filas gerenciáveis pela tecnologia de listas de espera e ausência de cotas.

Da mesma forma, no que tange à questão da gestão da informação em Saúde, os desafios são bastante intensos para a qualificação desse aspecto visando o favorecimento de uma coordenação assistencial qualificada. A demanda pela informatização dos mais diversos setores da Indústria, Educação e da Saúde se manifesta no surgimento de uma grande variedade de sistemas no mercado e, consequentemente, no gerenciamento de um grande volume de tipos de dados. Uma ausência de controle, organização e utilização de técnicas de forma apropriada durante o processo de desenvolvimento destes sistemas podem gerar falhas importantes ao seu adequado funcionamento, comprometendo, inclusive, a segurança das informações envolvidas (ARAÚJO et al., 2013).

Na área da saúde, a segurança das informações é uma característica indispesável nos sistemas utilizados, pois são manipulados dados e procedimentos sobre a saúde de pacientes que, na maioria das vezes, são sigilosos. Nesse sentido, um sistema utilizado na área da saúde deve apresentar muita confiabilidade e robustez, com o objetivo de evitar falhas durante os procedimentos relacionados (idem, 2013).

Na Saúde Pública, especificamente na atenção básica, o Ministério da Saúde do Brasil publicou, em 2016, a Resolução nº 7 que define o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) como o mecanismo formal de registro das informações relativas às ações realizadas na atenção básica (BRASIL, 2016). A resolução conceitua o prontuário eletrônico como repositório de informação mantida de forma eletrônica, em que informações de saúde, clínicas e administrativas estão armazenadas. A tecnologia digital apresenta-se como suporte inerente ao processo de trabalho nos dias de hoje, sendo que a utilização de registros eletrônicos, como o PEC, facilita o acompanhamento dos dados clínicos do usuário na RAS que não devem ser mais fragmentados, como ocorre com os registros em papel (LIMA, 2018).

Segundo Lima (2018), o uso do prontuário eletrônico teve origem entre os anos de 1970 e 1980, sendo que há vários conceitos para o que se denomina de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que em comum consideram a possibilidade de um registro eletrônico de informações. Assim, a função essencial do Sistema de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES) é proporcionar a acessibilidade às informações, gerando subsídio para apoiar a tomada de decisão clínica, e colaborar com um cuidado mais integral ao usuário.

Os principais desafios atuais à qualificação da gestão da informação como apoio logístico ao cuidado integral se relacionam especialmente com a aquisição dos equipamentos e, também, com a disponibilização de toda estrutura implicada, que é incipiente nos lugares distantes dos grandes centros urbanos, sendo a internet o maior desses desafios. Associada a toda esta questão de infraestrutura têm-se também os profissionais, muitos sem literacia digital, e outros resistentes (LIMA, 2018).

Outro gargalo frequentemente citado nos Documentos Norteadores das macrorregiões participantes do projeto foi a questão do financiamento solidário de serviços de saúde regionalizados, o que também não é uma novidade. Na verdade, as estratégias de financiamento, descentralização e regionalização são aspectos que têm conduzido muitas reflexões acerca dos avanços do SUS nos últimos anos.

Moreira et al. (2017) explicam que a descentralização tem ganho destaque nesse contexto porque, em um contexto federalista, as repercussões a respeito das definições de responsabilidades

e dos mecanismos de articulação entre os entes são cruciais para a operacionalização das políticas. O financiamento, por sua vez, se destaca porque não existem garantias de que a descentralização de responsabilidades, por si, promova, de maneira eficiente e responsável, o acesso universal a patamares equitativos de atenção à saúde, gerando a necessidade de arranjo institucional que seja capaz de viabilizar o compromisso tripartite de financiamento do sistema. Já a regionalização - mesmo que pautada em um arranjo de financiamento satisfatório e em proporções justas entre entes, e baseado em critérios de alocação redistributivos ordenados por um planejamento com ordenamento territorial de base regional - não é capaz de superar as barreiras inerentes às profundas desigualdades que marcam o caso brasileiro.

Estes autores afirmam, ainda, que há uma relação sinérgica entre esses elementos e as configurações normativa e institucional do SUS. A Constituição Federal estabelece que as ações e os serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, descentralizado e financiado pelas três esferas federadas – preceitos explorados na Lei n. 8.080/90 e, posteriormente, nas Normas Operacionais Básicas e nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde, demonstrando o esforço normativo de elaboração de uma proposta nacional de regionalização da assistência, com definição das responsabilidades descentralizadas e instrumentos compartilhados de planejamento, gestão e financiamento (MOREIRA et al., 2017).

Contudo, considerada a diversidade política, administrativa e social do país, além da histórica incapacidade de realocação de recursos e de indução do aumento dos gastos públicos em saúde, essa proposta consubstanciou-se em um projeto regional submetido à lógica da oferta, das habilitações e dos fluxos assistenciais e financeiros, reforçando as desigualdades em Saúde e a competitividade entre os entes federados (MOREIRA et al., 2017).

Ademais, a partir do Decreto nº 7.508, com o protagonismo assumido pela RAS, a maior parte dos novos incentivos passou a ser voltado às ações e aos serviços da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC). Segundo Louvision et al., (2018), essa perspectiva fica evidenciada quando se observa a importância das redes temáticas de atenção à saúde no direcionamento de transferências vinculadas ao processo de regionalização do SUS, o que pode ser constatado quando se consideram as principais características do financiamento das quatro principais redes temáticas, a saber: a Rede Cegonha (RC), a Rede de Atenção à Urgência (RAU), a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências.

A análise das portarias que orientam a transferência de recursos para essas redes temáticas evidencia a transferência de recursos para os governos subnacionais, priorizando o bloco de financiamento da MAC, ou seja, constata-se que grande parte dos recursos foi direcionada ao cuidado mais especializado conformado, sobretudo, pela assistência à saúde. Além disso, também é possível observar a fragmentação nas transferências desses recursos, efetivando repasses em forma de incentivo para uma grande variedade de componentes em cada uma das redes, em vez da transferência global de recursos (LOUVISION, 2018).

Em estudo realizado acerca das análises dos recursos transferidos ao SUS em São Paulo, no período de 2009 a 2014, Louvision et al. (2018) constataram que ao invés de o financiamento das redes temáticas trazer novos recursos para a promoção de transformações nas formas de organização assistencial de caráter regional até então vigentes, ele reforça os modelos de atenção hegemônicos no Brasil: o médico-assistencial e o sanitarista, que não privilegiam os determinantes mais gerais da situação de saúde da população. Além disso, foi verificado ainda o fato de que o financiamento das redes redirecionou recursos que, outrora, possibilitaram

maior autonomia do ente municipal, ou seja, que, em alguma medida, permitiam aos atores locais o planejamento e a programação das ações de saúde a partir do reconhecimento dos problemas de saúde da população.

Os autores concluem que o financiamento mais recente do processo de regionalização do SUS, ao invés de representar um fator de aprofundamento da descentralização da Política de Saúde Nacional, na perspectiva de oferecer maior autonomia municipal no uso dos recursos financeiros, significou a ampliação da transferência fragmentada e condicionada em forma de incentivo, sobretudo para ações de saúde de média e alta complexidade (LOUVISSION et al., 2018).

Nesse contexto, em alguma medida, vários destes aspectos relacionados à qualificação da regulação assistencial, gestão da informação ou financiamento solidário de serviços de saúde, são encontrados nos problemas intermediários e nas estratégias de qualificação propostas, demonstrando um grau de consciência elevado do conjunto de atores envolvidos. Há que se buscar, portanto, as condições de viabilidade e operacionalização de muitas dessas ações propostas, visto que muitas vezes esbarram na baixa qualidade da articulação entre os atores envolvidos ou na falta de mecanismos legais que permitam a interação de recursos oriundos de entes federados diferentes (municípios, Estados e União), o que pode ser viabilizado de forma significativa pelos Consórcios de Saúde.

Considerando as restrições orçamentárias na gestão pública e a necessidade de ampliação da eficiência do uso dos recursos públicos, os consórcios públicos se apresentam como solução organizacional para suprir as necessidades de coordenação e integração entre os entes federativos. São apontados como benefícios dos consórcios: a) ganho de escala na prestação de serviços públicos; b) a racionalidade de processos e de despesas e a realização de projetos conjuntos considerados inviáveis de forma isolada; e c) o fortalecimento político de regiões com pouca representatividade estadual (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020).

O Observatório dos Consórcios Públicos e do Federalismo reconhece que a Constituição de 1988 consagrou o sistema federativo brasileiro baseado em um pacto que estabelece a autonomia das esferas territoriais de poder. Embora se verifiquem ganhos com o modelo federalista, a federação brasileira é caracterizada pela forte assimetria entre os governos, o que traz a necessidade de se planejar políticas capazes de corrigir ou minimizar as desigualdades entre estados e municípios. Nesse ínterim, os consórcios públicos podem ser entendidos como instrumentos de cooperação técnica e financeira entre municípios, estados e a União, que pode servir para a articulação de ativos, viabilizar cooperação em projetos de abrangência regional, obras e outras ações destinadas a promover o desenvolvimento de determinada região, operando competências a eles delegadas, constituindo-se como expressão do exercício das autonomias dos entes consorciados (idem, 2020).

A maior parte dos municípios brasileiros, principalmente aqueles afastados dos grandes centros ou com baixos índices populacionais, apresenta dificuldade para a implementação do SUS em função da dificuldade de alocação de recursos humanos qualificados, acesso ao uso de tecnologias e inexistência de estruturas físicas adequadas. Estudos têm verificado que os municípios, atuando de forma conjunta, podem alcançar resultados positivos, como o aumento da capacidade de realização, ampliação do atendimento ao cidadão, maior eficiência no uso dos recursos públicos e a realização de ações que seriam inacessíveis a uma única prefeitura (ibidem, 2020).

Flexa e Barbasstefano (2020) apontam também que os consórcios de Saúde viabilizam, ainda, o Planejamento Regional Integrado estratégico, através do mapeamento conjunto das demandas, estabelecimento de prioridades e oferta de assistência técnica visando à elaboração de projetos integrados, permitindo também o encaminhamento de pleitos conjuntos de solicitação de recursos, além da gestão compartilhada de contratos e convênios. Destacam que vários autores apontam que a autonomia municipal começou a ser mais factível quando os municípios, por meio de acordos de cooperação, resolveram se consorciar para comprar serviços com maior escala e com escopo definido com base nas suas necessidades, garantindo maior economicidade.

Há importantes experiências de consorciamento no Brasil, das quais podem ser destacadas as dos Estados de Minas Gerais e Paraná, principalmente pelo comprometimento que os governos desses Estados tiveram com a criação dos consórcios. A participação do Estado como financiador dos consórcios tem se mostrado importante fator indutório do sucesso dessa ferramenta de gestão regional, o que tem sido operacionalizado não apenas por meio de recursos financeiros, mas também pela cessão de recursos humanos, materiais, equipamentos e apoio técnico. Nesse sentido, os Estados têm ocupado uma posição proativa através de dois mecanismos complementares: a) podem estimular a formação das parcerias, ao facilitar para os consórcios a adoção de tecnologias inovadoras, que de outra forma seriam inacessíveis por seu elevado custo; e b) podem garantir que os membros de um consórcio não se tornem inadimplentes, mediante um contrato entre os municípios e o Estado que asseguraria a transferência de recursos diretamente aos consórcios, em caso de descumprimento das cláusulas relacionadas a repasses financeiros (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020).

A ciência ainda tem muito a explorar no que tange ao uso dos consórcios como mecanismos indutores de eficiência e, até mesmo, ferramentas viabilizadoras de Políticas Públicas. Entretanto, há sinais positivos que favorecem sua adoção como aposta; por exemplo: a redução dos gastos relacionados com os elos de fornecimento de insumos e serviços para os sistemas de saúde têm se mostrado mais eficazes do que ações de restrição de acesso aos demandantes desses serviços. Ou seja, os consórcios intermunicipais de Saúde têm apresentado vantagens no que tange ao custo de aquisição e/ou contratação de serviços e à redução das faltas desse insumo e disponibilidade de serviços. Portanto, há ganhos evidentes com a adoção dos consórcios intermunicipais de Saúde, em especial para os pequenos e médios municípios, ainda mais se os governos estaduais se apresentarem como fortes indutores dessa estratégia. No entanto, é preciso reforçar que o principal desafio para a efetiva implementação dos consórcios está na governança dessas organizações, dada a variedade de atores envolvidos nesse processo decisório (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020).



Há importantes experiências de consorciamento no Brasil, das quais podem ser destacadas as dos Estados de Minas Gerais e Paraná.

2. Fortalecimento do exercício das funções de governança para a sustentabilidade do processo de regionalização

A governança representa a diversidade de interesses (legítimos) organizados e negociados de acordo com finalidades comuns na garantia do direito à saúde. Seu desenvolvimento requer a criação de um ambiente institucional favorável à coordenação e articulação de atores, serviços e ações. Ela também é considerada um dos componentes e elemento-chave para a organização das RAS (DOMINGOS et al., 2019).

Para que a governança seja operacionalizada a contento, faz-se necessária uma coordenação federativa que pode ser realizada com regras transparentes e legais, que levem os atores a dividirem as decisões e tarefas, bem como a definirem suas competências no âmbito das Políticas Públicas. A articulação entre os entes federativos na rede deve ser pautada por princípios jurídicos e administrativos, capazes de propiciar a integração e cogestão dos serviços de saúde, em que ocorra a interdependência política, administrativa e financeira, sem hierarquia, mantendo a autonomia de cada ente (idem, 2019).

Visando o alcance dessa condição, é preciso desenvolver mecanismos de comunicação entre os atores governamentais envolvidos nos cenários de cogestão, fortalecendo a lógica da governança federativa. Ou seja, é necessário o desenvolvimento de processos político-negociais capazes de aumentar a identificação de necessidades, a construção de objetivos comuns e a afirmação de políticas regionais e locais convergentes e compatíveis com as distintas realidades municipais (ibidem, 2019).

Domingos et al. (2019), entretanto, relacionam também alguns aspectos operacionais que precisam ser considerados nesse âmbito, em especial o reconhecimento de que uma RAS, no contexto brasileiro atual, dificilmente se conformará sem que os atores vinculados ao setor privado, que participam de modo complementar no SUS, porém bastante importante em algumas regiões, sejam reconhecidos e compreendidos em seus interesses e formas de atuação. Sabe-se que os prestadores privados e filantrópicos atuam induzindo diretamente as decisões governamentais e estabelecendo estratégias para benefício próprio, fortalecendo seus privilégios como provedores de serviços no âmbito do SUS.

Além disso, é importante reconhecer sua capacidade de articulação e influência junto aos atores governamentais, muitas vezes ignorando os fóruns de negociação existentes nas regiões (como a CIR), e determinando o perfil de contratualizações de serviços de acordo com seus interesses. Além dos prestadores privados e filantrópicos, faz-se importante reconhecer também o papel esperado dos trabalhadores e usuários do SUS nos processos de governança. Um estudo de caso realizado no Paraná identificou que os atores representantes das comunidades profissionais e dos movimentos sociais podem ter uma frágil participação nos processos de governança, fragilizando as relações necessárias para que se consiga organizar a rede de atenção (DOMINGOS et al., 2019).

Ou seja, o reconhecimento de que todos esses atores, para além dos governamentais, devem fazer parte do processo de governança, tende a aperfeiçoar a sustentabilidade e viabilização das pactuações, em que pese a complexidade inerente a tal tipo de arranjo. Outra questão importante a ser enfrentada diz respeito à frequência e qualificação da participação dos atores. No estudo de caso referido anteriormente, a fragilidade no acúmulo de conhecimento demonstrado pelos gestores municipais entrevistados influenciou em sua capacidade de combinar jogadas sociais, dificultando sua interação com outros pares. Neste aspecto, a limitação na produção de jogadas inviabiliza a transformação das regras organizacionais nas instâncias regionais (idem, 2019).

Os entrevistados referiram que os sujeitos desses espaços agem muitas vezes por intuição, ou ainda, por “consenso” com seus outros pares. Ao manifestar-se dessa forma esses atores ocultam conflitos, não discutindo seus problemas, nem sua cadeia causal, o que impossibilita fundamentar suas ações, empobrecendo seu poder de decisão. Os resultados do estudo também demonstraram que as pactuações nessas arenas muitas vezes são direcionadas pelo interesse de um dos entes ou de grupos que se encontram no poder, e não por critérios técnicos que poderiam ser estudados e propostos por estruturas de Câmaras Técnicas permanentes. A Câmara Técnica tem por objetivo a ampliação da capacidade de debate, facilitando a decisão dos atores nas reuniões de colegiados decisórios (ibidem, 2019).

Por fim, Domigos et al. (2019) ressaltam, ainda, a importância dos processos de planejamento ascendente e contratualizações dele decorrentes, associados aos devidos processos de controle, avaliação e auditoria (todos associados aos processos de regulação da atenção à saúde). A forma de contratualização de ações e serviços de saúde hoje vigente no SUS, por exemplo, possibilita aos prestadores privados e filantrópicos sugerirem aquilo que desejam ofertar, concentrando-se naquilo que lhes é mais rentável economicamente, e não necessariamente que seriam as necessidades da região devidamente identificadas em um processo de Planejamento Regional Integrado.

O incipiente processo de planejamento ascendente associado à frágil regulação da atenção à saúde têm como consequência a busca isolada de uma alternativa pelo ente municipal, gerando o fenômeno das contratualizações paralelas e individuais junto a prestadores privados. Estas contratualizações fragilizam o fortalecimento das Políticas Públicas de Saúde, não atendendo aos interesses regionais (DOMINGOS et al., 2019).

Enfim, o processo de governança se constitui em um grande jogo, complexo, permeado por relações sociais de competição e conflitos entre os atores participantes, que sofre forte influência do jogo político e econômico. Vários são os desafios que precisam ser enfrentados para sua melhoria, dentre os quais destacamos aqui o reconhecimento e inclusão da diversidade de atores (governamentais, de mercado, trabalhadores e usuários), a qualificação de sua participação por meio do fortalecimento de estruturas técnicas vinculadas aos colegiados deliberativos e a valorização do planejamento ascendente loco-regional e dos processos essenciais da regulação da atenção à saúde, em especial a contratualização, o controle, a avaliação e a auditoria. Seguramente, esses não são os únicos fatores que impactam na qualidade do processo de governança, mas sem que esses sejam enfrentados será improvável que a coordenação assistencial na RAS em nível macrorregional se efetive a contento.

Com menor frequência, mas também marcando presença em quase todas as macrorregiões participantes do Projeto “Regionalização”, esses fatores foram explorados e tensionados como aspectos essenciais para o alcance de melhores resultados sanitários vinculados aos macroproblemas priorizados. Nas discussões implementadas durante o Projeto foi frequente a citação acerca da necessidade da implantação dos chamados Comitês Executivos de Governança das RAS, arranjo possibilitado pela Resolução CIT no 37/2018. Poderiam ser estes considerados dispositivos com potência para operacionalizar aspectos que hoje se apresentam como desafios importantes para a governança macrorregional da RAS? Nossa projeto, infelizmente, não conseguiu implementar atividades que permitissem uma reflexão mais segura e aprofundada sobre tal questão, mas há experiências e perspectivas que podem, e devem, respectivamente, ser analisadas e traçadas visando à continuidade dos avanços do processo de regionalização no Brasil.

04

AS PRENDAS DA VIAGEM: FRAGMENTOS CONCLUSIVOS SOBRE OS ÉXITOS DESSA CAMINHADA

“ De janela, o mundo até parece o meu quintal
Viajar, no fundo, é ver que é igual
O drama que mora em cada um de nós
Descobrir no longe o que já estava em nossas mãos
Minha vida brasileira é uma vida universal
É o mesmo sonho, é o mesmo amor
Traduzido para tudo o que o humano for
Olhar o mundo é conhecer
Tudo o que eu já teria de saber ”

Janela para o mundo
Milton Nascimento e Fernando Brant (1997)

Durante pouco mais de 12 meses de execução de atividades, com a pandemia da Covid-19 manifestando seus impactos nesse período, o projeto “Fortalecimento dos processos de Governança, Integração e Organização da Rede de Atenção à Saúde” mobilizou de forma significativa um conjunto de atores locais interessados em aprofundar seus conhecimentos e capacidades para operacionalizar processos de descentralização político-administrativa, sob a lógica da regionalização, a despeito das dificuldades contextuais.

Considerando que a pouca disponibilidade de tempo dos atores envolvidos com a gestão da saúde em nível municipal, estadual ou federal já é um fator dificultador natural, a pandemia acabou por se materializar como mais um obstáculo gigante a essa mobilização. Mesmo com esse contexto, o projeto obteve êxito significativo na articulação e participação dos atores, o que tendemos a explicar em função do reconhecimento da importância da temática no atual estágio de desenvolvimento do SUS.

Além disso, entendemos que alguns aspectos técnicos que nortearam a metodologia do projeto podem ter influenciado de forma importante esse resultado. Na verdade, a regionalização é um processo técnico-político, sendo que a dimensão política é, normalmente, negligenciada ou não explicitada, e sua dimensão técnica ainda carece de aprofundamentos teórico-metodológicos onde, projetos como esse, além de pesquisas científicas com ênfase nessa dimensão, podem contribuir para evidenciar questões que venham a favorecer o alcance de novos avanços desse processo no Brasil.

Desta forma, este capítulo final tem a intencionalidade de destacar elementos simbólicos, de apropriação mais significativa por parte dos municípios (estimulados pelo projeto e percebidos pelos autores), de modo a desenvolver seu protagonismo na governança regional. Estes elementos ou aspectos foram sistematizados em “ideias-força” que, ao nosso ver, favorecem o desenvolvimento mais qualificado do processo de regionalização.

Essas ideias foram então sistematizadas nas seguintes categorias:

Ideia-força 1 – Articulação dos atores sociais estratégicos, antes, durante e depois dos processos de implementação da regionalização

O reconhecimento de que a construção coletiva precisa partir dos princípios da transparência e da representatividade é fundamental. Nesse sentido, o envolvimento do máximo possível de atores diretamente interessados no processo, seja porque tomam decisões sobre as ações a serem desenvolvidas, seja porque estão implicados com a sustentabilidade destas ações, é aspecto essencial para sua qualificação. Em variados momentos do projeto nos deparamos com os benefícios ou prejuízos da maior ou menor capacidade de articulação das equipes locais com esses atores.

Benefícios geralmente eram percebidos na forma de alto grau de legitimidade do processo, consubstanciado em depoimentos e avaliações dos participantes, que ressaltaram a importância da condução transparente do processo pelas equipes locais. Da mesma forma, foi possível perceber alguns (poucos) prejuízos no que concerne, por exemplo, à baixa representatividade das instituições, quando isso ocorreu. A ausência de uma Secretaria Estadual de Saúde ou de representantes políticos do COSEMS levaram, por vezes, a questionamentos sobre o modo como os produtos foram construídos, impactando num maior nível de tensão política.

Portanto, ao nosso ver, garantir que o envolvimento dos atores interessados no processo seja realizado a contento é uma das lições aprendidas mais importantes, fomentando transparência e representatividade máximas.

Ideia-força 2 – Resgate do processo histórico e institucional da regionalização dos estados, trazendo o processo mais próximo do território vivo nas macrorregiões

Os estados e municípios desenvolveram seus processos de regionalização em momentos diferentes, a partir das normativas estabelecidas pelo SUS e até de movimentos anteriores à sua concepção. Alguns locais passaram por ciclos de renovação e aperfeiçoamento das diretrizes, além da atualização territorial ao longo do tempo; outros permaneceram no processo praticamente da forma que foi concebido originalmente, com atualizações conforme estabelecia a normativa federal. Reconhecer a forma como o processo se estabeleceu nos territórios também é de suma importância, pois há processos construídos de forma ascendente, com ampla participação dos atores envolvidos, num desenvolvimento mais horizontal e pactuado, e outros estabelecidos mais verticalmente por uma gestão central, nem sempre validados por todos os atores, que de alguma forma são impactados pelo seu desenvolvimento.

Compreender em que momento este processo se deu em cada território, bem como as bases conceituais e trajetórias em que foram estabelecidos, e possivelmente atualizados, possibilita uma análise mais completa, dos movimentos necessários ao fortalecimento e institucionalização do processo de regionalização em cada macrorregião.

Ideia-força 3 – Flexibilização metodológica ao contexto singular

O Brasil é um país continental, com uma ampla diversidade cultural, econômica e social, que nos impõe um desafio de magnitude importante quando se pretende estabelecer metodologias para desenvolvimento de projetos no âmbito nacional. A singularidade dos contextos, naturalmente, tende a tensionar quaisquer processos metodológicos que possuem uma rigidez estrutural em sua concepção. Nesse sentido, a equipe central de gestão do projeto compreendeu rapidamente que a metodologia a ser implementada precisaria necessariamente respeitar esta singularidade loco-regional, de modo que as equipes locais do HAOC teriam um grau de autonomia bastante importante no processo.

Ademais, seria um contrassenso a proposição de uma operacionalização desse projeto, cujo objetivo era o fortalecimento do protagonismo dos atores locais, a partir de uma metodologia “engessada”, verticalizada, sem que fosse respeitada a dinâmica de fluxos dos recursos em nível local (incluindo o poder). “Dar voz” às particularidades dessa dinâmica seria fundamental, em muitos momentos, chegando mesmo a transferir as decisões operacionais para este coletivo local organizado. Em muitas das macrorregiões participantes os atores locais exerceramativamente esse protagonismo, sendo importante o papel dos facilitadores locais na articulação e mediação das discussões, mas também na problematização crítico-reflexiva do próprio contexto.

Desta forma, destacamos a importância da escolha metodológica pela flexibilização como uma das premissas do processo. Isso implicou em um conhecimento fundamental e específico sobre a realidade local, forçando facilitadores locais e assessores estabelecerem vínculo com as macrorregiões do projeto, permitindo uma aproximação com os atores locais e com a dinâmica de poder estabelecida. Na Macrorregião Metropolitana/RS, por exemplo,

uma estrutura específica (batizada de “GT Tri”) chegou a ser criada para acompanhar, discutir e tomar decisões sobre a operacionalidade do projeto.

Outrossim, destacamos a posição adotada pelos assessores do projeto em propor diretrizes conceituais e metodológicas na forma de Termos de Referência (e não como etapas rígidas), que permitiram uma análise de contexto compartilhada entre os atores internos (HAOC) e externos (beneficiários do Projeto), considerando ainda o processo histórico e a dinâmica atual de cada território. Sem esta premissa metodológica dificilmente o projeto teria alcançado o sucesso na mobilização e no envolvimento dos atores.

Ideia-força 4 – Papel central da Educação Permanente como arranjo estruturador das ações

O elevado grau de autonomia local, proporcionado pela flexibilização metodológica, seria uma escolha bastante delicada se não tivesse sido gerenciada por meio de um arranjo estruturador que proporcionasse empoderamento efetivo a todos os atores locais envolvidos, fosse da equipe condutora do HAOC, fosse dos participantes, interlocutores que se envolveram com as atividades de elaboração dos produtos previstos.

A organização da Educação Permanente como arranjo estruturador do gerenciamento do projeto foi materializada a partir de uma premissa pedagógica importante: a aprendizagem ativa. Nesse sentido, o uso de tecnologias educacionais construtivistas como ferramentas operacionais para organizar as atividades do projeto foram centrais para produzir movimento e significado para o projeto em nível local. A principal implicação a ser destacada nesse âmbito diz respeito ao desenvolvimento de capacidades dos facilitadores locais para a aplicação mais adequada possível das referidas tecnologias, em especial a partir do momento em que o distanciamento social decorrente da pandemia da Covid-19 forçou o uso de mecanismos de interação virtual, síncronas ou assíncronas, o que dificultou sobremaneira a sua execução.

Conforme explicitado nos capítulos anteriores, a equipe central de gestão do projeto optou pela realização de encontros periódicos de alinhamento e Educação Permanente com os facilitadores e coordenadores que, associados a outras atividades mais rotineiras (como reuniões semanais com as equipes locais), produziram oportunidades de desenvolvimento de capacidades importantes, além de propiciar um suporte mais singularizado às adaptações metodológicas necessárias em virtude das singularidades loco-regionais. Nesses momentos, facilitadores, coordenadores, assessores e analistas do HAOC realizaram atividades de simulação da prática, mesas de “*Team Based Learning*”, problematizações de narrativas da prática e avaliação formativa, entre outras, que materializaram a aprendizagem ativa proposta.



A organização da Educação Permanente como arranjo estruturador do gerenciamento do Projeto foi materializada a partir de uma premissa pedagógica importante: a aprendizagem ativa.

Da mesma forma, as equipes locais, ao se propor a estruturação das atividades a serem desenvolvidas no contexto das macrorregiões, consideravam tais vivências e aprendizagens para fazer suas escolhas metodológicas, mesmo que os termos de referência apontassem possibilidades. A abertura para a busca qualificada por tecnologias educacionais construtivistas proporcionada aos facilitadores e coordenadores fazia parte do processo formativo proposto, sendo que os assessores pedagógicos disponibilizados pela equipe central de gestão do projeto também realizaram suporte fundamental para essas equipes ao longo do processo.

As atividades de Educação Permanente se configuraram como uma das principais apostas do projeto, e foram extremamente bem avaliadas, seja pelos participantes, interlocutores em nível local, seja pelos facilitadores e coordenadores das equipes locais do HAOC. Sem a organização da educação permanente como arranjo estruturador para o gerenciamento do projeto, entendemos que sua premissa de flexibilização metodológica ao contexto de cada macrorregião seria inviável.

Ideia-força 5 – Apoiadores operacionais vinculados aos atores estratégicos e à equipe central de gestão do Projeto, com perfil de competências adequado

A produção das Análises de Situação de Saúde, de organização da RAS em sua dimensão assistencial e dos sistemas de apoio logístico e de governança exigiram, ao longo do Projeto, intenso trabalho e dedicação da equipe local, uma vez que a maioria dos sistemas de informações existentes não apresentam dados consolidados de base macrorregional. Para além destas atividades que devem se dar de forma permanente no espaço macrorregional para subsidiar o planejamento ascendente, exigiu-se expertise técnica da equipe para sua análise, de modo a assessorar os atores nos processos de identificação dos problemas de saúde e sua necessária priorização.

Esse movimento, consubstanciado nas oficinas de trabalho, teve como resultado o Documento Norteador do Planejamento Regional em cada uma das seis macrorregiões de saúde participantes do projeto. Mais do que um consolidado de informações, os produtos expressam a dinâmica necessária e as articulações produzidas com o objetivo de estimular as discussões coletivas dos atores envolvidos, o que demandou capacidades pedagógicas para o manuseio de metodologias ativas que permitissem tais reflexões.

Neste sentido, pensar em um processo de Planejamento Regional Integrado ascendente, pautado nos problemas de saúde do território, demanda condução e preparo técnico, conceitual e metodológico, na perspectiva de oportunizar encontros produtivos, devidamente subsidiados por informações pertinentes, bem como de potentes estratégias metodológicas que permitam ampla participação – o que deve ser considerado pelos Estados na proposição de atividades voltadas ao PRI e na governança da RAS.

Ideia-força 6 – Uso de ferramentas das tecnologias de informação e comunicação a distância para potencializar a participação dos atores

O contexto da pandemia da Covid-19 introduziu profundas mudanças na forma como operamos o cuidado (teleassistência, teleconsulta, telemonitoramento e teleorientação) e nos modos de se produzir encontros, quer sejam para o monitoramento das ações realizadas, quer sejam para a produção de consensos (técnicos e de gestão) necessários ao seu enfrentamento.

Acreditamos que um dos grandes legados deste período que exigiu de toda a sociedade medidas de distanciamento social seja o de que é possível manter o contato e as agendas de discussões necessárias à condução dos processos de gestão e governança da RAS, bem como as demandas de pactuações nos espaços intergestores (CIR, CIB), por meio da incorporação de atividades virtuais (síncronas e assíncronas), utilizando para isso inúmeros dispositivos tecnológicos hoje disponíveis, estruturados e adaptados a tais demandas.

As atividades de monitoramento, avaliação e direção inerentes ao processo de governança da RAS, bem como aqueles necessários à identificação das necessidades de saúde da população para a definição dos problemas de saúde prioritários, podem ser desenvolvidas por meio de atividades síncronas (videoconferência) e assíncronas (e-mail, formulários eletrônicos e plataformas virtuais), garantindo não apenas a contribuição ativa dos atores, mas, acima de tudo, sua ampla participação, uma vez que minimiza o tempo e os recursos financeiros envolvidos com os deslocamentos necessários aos encontros presenciais.

Ideia-força 7 – Olhar ascendente e ampliado para o planejamento da macrorregião, valorizando sua dinamicidade e o foco nas necessidades de saúde

O Brasil é um país com muitas singularidades e desigualdades no que se refere às necessidades de saúde. Neste sentido, é de maior relevância a identificação dos problemas de saúde, expressos a partir do estado de saúde da população local, e realizado de forma ascendente, com a participação de técnicos e gestores, possibilitando múltiplos olhares sobre o cuidado integral em saúde no território.



O Planejamento Regional Integrado deve ser estabelecido a partir da estruturação de ações e serviços que observem o cuidado integral, que envolvem desde a promoção da saúde até a realização de procedimentos de alta densidade tecnológica, o que implica a análise da Rede de Atenção à Saúde, a partir das necessidades de saúde, para além do desenho de redes tematizadas que agreguem os problemas de saúde. Além disso, é necessário maior respeito à dinamicidade dos processos de planejamento, com menos ênfase na cronologia e na elaboração de “tarefas burocráticas”, e maior valorização do fortalecimento dos atores, a partir de todo o processo de construção, gerando pactos mais robustos e institucionalizados, manifestados no PRI, que se articulem com os instrumentos de planejamento municipal e estadual do SUS, e possam gerar novos arranjos de financiamento para a efetivação do cuidado integral à saúde nos territórios.

Ideia-força 8 - Fortalecimento da governança macrorregional por meio de instância consultiva formal

Apoiar e fortalecer os processos de governança na macrorregião não é tarefa simples e tampouco apresenta certezas, mas o percurso do Projeto nas seis Macrorregiões de Saúde participantes apresentou pistas importantes sobre alguns dispositivos necessários que devem, em cada contexto singular, ser explorados na perspectiva de auxiliar nesse processo.

Destacamos aqui a existência de instância consultiva formal de suporte aos gestores e atores envolvidos na governança da RAS. Sabemos da alta rotatividade dos gestores municipais e da complexidade de se estruturar análises que permitam o olhar específico para cada território, bem como entendemos as dificuldades operacionais e de tempo para o envolvimento dos gestores neste processo.

A implantação do Comitê Executivo de Gestão da RAS (CEGRAS), incorporando os distintos atores que operam e disputam as relações de cuidado e de produção de ações e serviços de saúde na macrorregião é um passo importante, mas que não garante o olhar sobre as necessidades de saúde, considerando-se que, na maioria das vezes, os mesmos acabam sendo compostos exclusivamente de atores que não apresentam disponibilidade de tempo e dedicação ao acompanhamento pormenorizado dos processos.

Pensar em uma estrutura mínima de suporte para as questões administrativas e burocráticas (agenda, pareceres e relatórios), com a composição de técnicos dedicados à organização e operação do CEGRAS (adaptado ao contexto singular), permitiria alimentar os processos de monitoramento, avaliação e direção a serem exercidos nos espaços formais de pactuação já existentes (CIR e CIB), possibilitando a construção permanente do planejamento integrado da macrorregião, com respeito à dinâmica ascendente, focado na integrabilidade do cuidado, no acompanhamento dos processos de cooperação regional, e zelando pela responsabilização sanitária e pela eficiência.

Ideia-força 9 - Arranjo de financiamento regional transparente, cooperativo e que viabilize a execução de responsabilidades solidárias

O modelo do federalismo tripartite brasileiro traz uma grande complexidade para o desenvolvimento de Políticas Públicas, principalmente na área da saúde, pois pressupõe a interdependência das ações entre os entes federados sem interferir na autonomia, estabelecida na Constituição e efetivada com o processo de descentralização no SUS.

Nesse sentido, há muitas lacunas e desafios a serem superados, no desenvolvimento de arranjos que possam viabilizar e operacionalizar o financiamento regional, de modo a garantir integralidade e equidade no acesso à saúde.

O consorciamento entre municípios e/ou municípios e estados tem sido uma estratégia potente para a institucionalização de pactos regionais, proporcionando maior “segurança jurídica” na efetivação de processos solidários entre os entes. A construção de arranjos regionais de governança, de forma horizontal, com a participação dos principais atores implicados no processo, pode potencializar a efetivação dos planos regionais, bem como aprimorar o monitoramento e avaliação das estratégias estabelecidas, trazendo subsídios para a alocação de recursos eficiente, de acordo com as necessidades de saúde.

A ideia da sistematização de tais aspectos aprendidos no desenvolvimento do projeto é a nossa forma de procurar contribuir com as futuras construções metodológicas dos processos de regionalização no Brasil. A possibilidade de pensar modos operacionais para promover avanços na regionalização no Brasil foi a justificativa central do projeto, de forma a valorizar o protagonismo dos atores locais, em especial os municípios. Temos a expectativa que, de alguma forma, tenhamos conseguido alcançar o impacto desejado. Ao menos esse é nosso desejo: ter contribuído com reflexões potentes para uma regionalização solidária, para e pelo SUS!

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lúcia. **Políticas de Saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. 2007. Notas sobre o Planejamento em Saúde. p. 163.

ANGELONI, Maria Terezinha. Elementos intervenientes na tomada de decisão. **Ciência da informação**, v. 32, n. 1, p. 17-22, 2003.

ANSOFF, H. Igor, McDONNELL, Edward J. **Implantando a administração estratégica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1993.

BATTESINI, Marcelo; FISCHMANN, Airton; WEISE, Andreas Dittmar. Identificação de prioridades em saúde: uma alternativa técnica de apoio à tomada de decisão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3673-3682, Dec. 2013.

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

BRASIL. Decreto nº. 7508, de 26 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 27 de junho de 2011.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Apoio à Descentralização**, 2001. Disponível em <<dtr2001.saude.gov.br/dad/Cgal/IP/regionalização.htm>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3. Consolidação das normas sobre as redes no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 28 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº. 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 de dezembro de 2010.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 16 jan. 2012. (Brasília, 2012b) Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm. Acesso em 20/11/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** - Diretrizes Operacionais. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol. 1. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, ago. 2008. Seção 4, p. 48-49. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 1.631, de 10 de outubro de 2015**. Estabelece Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/ParametrosSUS.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as suas diretrizes operacionais do Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de fev. 2006. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS**. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol. 3. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde - SUS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 227 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_regulacao_SUS_1ed_eletronica.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.034, de 5 de maio de 2010**. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010_rep.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013** - Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013**. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.048 de 05 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas**. Brasília. 1º Edição, 2016. Disponível em: <http://enccla.camara.leg.br/acoes/arquivos/resultados-enccla-2017/manual-de-orientacoes-para-contratacao-de-servicos-de-saude>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº13, de 23 de fevereiro de 2017.** Disponível em: Dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo, destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/CIT13-2017.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 37, de 22 de março de 2018.** Disponível em: " http://www.lex.com.br/legis_27629181_Resolução_37,de22_de marçode_2018.aspx.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **RESOLUÇÃO CIT N. 44, de 25 de abril de 2019.** Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Metodologia para Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade.** Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/12ayQjECTnTLBCa7ZJSeRNakk8HnMAUi/view?usp=sharing>. Brasília, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, CONASS, CONASEMS. **Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado, setembro de 2018.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_tripartite_planejamento_regional_integrado.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Metodologia para Programação Assistencial de Média e Alta Complexidade,** 2019. Disponível em: saude.gov.br/gestãodoSUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1097, 22 de maio de 2006.** Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.

BUCHELE, Gustavo Tomaz. et al. **Métodos, técnicas e ferramentas para inovação:** o uso do brainstorming no processo de design contribuindo para a inovação. Pensamento & Realidade, v. 32, n. 1, p. 61, 2017.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CASTELLS. M. **A sociedade em rede do conhecimento à política.** In: CASTELLS, M.; CARDOSO, G (Orgs). A sociedade em rede do Conhecimento à ação política. Imprensa Nacional: Casa da Moeda, 2005.

CECILIO, LCO. Colegiados de gestão nos Serviços de Saúde: um estudo empírico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2010, 26(3): 557-566.

CONASEMS COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ. **Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS:** "Diálogos no Cotidiano" - Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, organizadores. - 2.ed. revisada, ampliada. - Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019. 424p. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/orientacoes-ao-gestor/publicacoes/>.

CONASEMS. **Regionalização da Saúde** - Posicionamento e Recomendações. Brasília, 2019.

CONASEMS/CONASS. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. 2^a ed., CONASEMS/CONASS, Brasília - DF. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/documento-que-orienta-municípios-no-enfrentamento-a-covid-19-ganha-2a-edicao/>. Acesso em: ago. 2020.

CONASS. **Seminário do CONASS para entender o Pacto pela Saúde**. Legislação e Notas Técnicas do CONASS. Livro do Pacto pela Saúde 2006.

CONASS. **Seminário do CONASS para entender o Pacto pela Saúde**. Legislação e Notas Técnicas do CONASS. Livro do Pacto pela Saúde 2006.

CONASS. **Seminário do CONASS para entender o Pacto pela Saúde**. Legislação e Notas Técnicas do CONASS. Livro do Pacto pela Saúde 2006.

CORDIOLI, Sérgio. Enfoque participativo: Um processo de mudança. Porto Alegre: Genesis, 2001. 232 p.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle social na saúde. Mota AE, Bravo MIS, Uchoa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, et al., **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, p. 111-40, 2006.

COSTA, Ilka Lorena de Oliveira Farias et al. A vigilância em saúde e o planejamento nas equipes de atenção primária em saúde: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 53, p. e3622-e3622, 2020.

CARAP, Leonardo. **O Uso de Matrizes para a priorização de problemas e Soluções Matriz G.U.T. e Matriz B.A.S.I.C.O.** Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/2758648/>; Acesso em 8 de novembro de 2017.

COLLELA, Fernando. **A Matriz Impacto x Esforço**. Disponível em: <https://www.sbc coaching.com.br/blog/colaboradores/matriz-impacto-x-esforco/>; Acesso em 6 de novembro de 2017.

DA SILVA, Leandro Costa. O balanced scorecard e o processo estratégico. **Caderno de pesquisas em administração**, v. 10, n. 4, p. 61-73, 2003.

DE ARAÚJO, Bruno Gomes et al. Processo de certificação de sistemas de registro eletrônico de saúde no Brasil: uma abordagem abrangente e os principais desafios. **Revista Brasileira De Inovação Tecnológica Em Saúde-ISSN**: 2236-1103, 2013.

DE SORDI, José Osvaldo. **ADMINISTRAÇÃO DA INFORMAÇÃO**-Fundamentos e práticas para uma nova gestão do conhecimento. Saraiva Educação SA, 2017.

DICIO. **Dicionário Online de Português**. Disponível em: <https://www.dicio.com.br>. Acesso em nov. 2020.

DOMINGOS, Carolina Milena; FERRAZ, Edinalva de Moura; CARVALHO, Brígida Gimenez. Governança das ações e Serviços de Saúde de média complexidade em uma região de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 700-711, 2019.

DOURADO, D.A.& ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**. v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DUARTE, LS. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.472-485, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000200472&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em nov. 2020.

EDUARDO, P. **Técnicas de Seleção de Projetos**. 2011. Disponível em <<http://www.pauloeduardo.com/2011/07/13/tecnicas-de-selecao-de-projetos/>> Acesso em 16/11/2015.

FARIAS, G. **Ferramentas de priorização de problemas**: retrospectivas mais efetivas. Disponível em:<https://imasters.com.br/agile/ferramentas-de-priorizacao-de-problemas-retrospectivas-mais-efetiva>. 2015.

FEIJÓ, Carmem Aparecida. A medida de utilização de capacidade conceitos e metodologias. **Revista de Economia Contemporânea**, v. 10, n. 3, p. 611-629, 2006FELICIELLO, D., et al. Contratualização do SUS, UNICAMP, 2016.

FIGUEIREDO FILHO, Wilson Bento; MÜLLER, Geraldo. **Planejamento estratégico segundo Matus**: proposta e crítica. Do natural, do social e suas interações, p. 121-132, 2002.

FIOCRUZ. Matriz Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. **Observatório Covid-19**. Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42324/2/MatrizLinhaCuidado.pdf>. Acesso em: ago. 2020.

FLEXA, R.G.C.; BARBASTEFANO, R.G.. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan. 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n1/1413-8123-csc-25-01-0325.pdf>. Acesso em: set. 2020.

FONSECA, Marcos Aurélio da Silva. **Sala de situação de saúde**: informação como ferramenta para a gestão. Dissertação de Mestrado, UFBA, 2017

GUERRA, D. M. Descentralização e regionalização da assistência à saúde no estado de São Paulo: uma análise do índice de dependência. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

GUERRA, D.M. **Desafios para a integralidade do SUS**: a regionalização como estratégia. 33º Congresso De Secretários Municipais de Saúde do Estado De São Paulo - COSEMS SP. Águas de Lindoia. São Paulo, 2019. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/congresso/wp-content/uploads/2019/04/APRESENTACAO-aula-regionalizacao-Congresso-COSEMS-2019.pdf>.

GRIEP, R. **A construção e governança da rede de atenção às urgências na região oeste do Paraná**: um estudo de caso. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/portal/pages/dissertacoesteses/teses/teses-de-2017-a-2020.php>. Acesso em: nov. 2020.

HAMEL, G.; PRAHALAD, C. K. **Competindo pelo Futuro**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

KLEBA, Maria Elisabeth; COMERLATTO, Dunia; COLLISELLI, Liane. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de Educação Permanente em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 335-342, 2007.

KEPNER, Charles H.; TREGOE, Benjamin B. **O administrador racional**. São Paulo: Atlas, 1981

LAST, J.M. **A dictionary of epidemiology**. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 1995.

LIMA, D.L. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

LIMA, Verineida Sousa. et al. **Prontuário eletrônico do cidadão: desafios e superações no processo de informatização**. 2018.

LIMA VV. **Espiral construtivista**: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface* (Botucatu), 21(61): 421-434; 2017.

LIMA, S.G.G. et al. O processo de incorporação de tecnologias em saúde no Brasil em uma perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1709-1722, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n5/1413-8123-csc-24-05-1709.pdf>. Acesso em: set. 2020.

LOUVISON, Marília Cristina Prado; DUARTE, Ligia Schiavon; MENDES, Áquiles Nogueira. **O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros**: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). *Saúde em Debate*, v. 42, p. 25-37, 2018.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de Serviços de Saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 4s, 2017.

MATA, Matheus de Sousa. et al. Análise de situação de saúde. 2018.

MARTINEZ HA. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente**. Universitat Rovira i Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril 2006. [texto de apoio].

MATUS C. **Política, planejamento e governo**. 3 ed. Brasília: IPEA, 1983.

MARQUES, EC. **Governo, atores políticos e governança em políticas urbanas no Brasil e em São Paulo**: conceitos para uma agenda de pesquisa futura. In: Menicucci T, Gontijo, JGL, org. Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2016. p. 71-99.

MARTINEZ HA. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente**. Universitat Rovira i Virgili. Tradução de Virgínia Jorge Barreto. Belo Horizonte, Abril. 2006. [texto de apoio]MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESP - MG, 2009.

MENDES, E.V. **As redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Página 21. 549 p.: il. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em set. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Saúde debate, v. 52, p. 38-49, 2014.

MENIUCI, T.M.G. **Regionalização da Atenção à Saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção**. Relatório Final. Belo Horizonte, 2008.

MERHY, EE. **O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde** (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org). Saúde e democracia, a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997. p.125-41.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Disponível em <https://michaelis.uol.com.br>. Acesso em nov. 2020.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári da estratégia**. Porto Alegre: Bookmann, 2000.

MINTZBERG, H.; QUINN, J. B.. **O processo de estratégia**. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001

MONKEN, Maurício et al. **O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 23-41, 2008.

MOREIRA, Laura Monteiro de Castro; FERRÉ, Felipe; ANDRADE, Eli Iola Gurgel. **Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1245-1256, 2017.

NICOLAU, Isabel. **O conceito de estratégia**. INDEG/ISCTE, p. 637-658, 2001.

NICHOLSON C, Jackson C, MARLEY J. A **governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world** - results of a systematic review [published correction appears in BMC Health Serv Res. 2017 Aug 17;17 (1):569]. BMC Health Serv Res. 2013;13:528. Published 2013 Dec 20. doi:10.1186/1472-6963-13-528.

NOBREGA, Maria de Magdala; LOPES NETO, David; SANTOS, Sérgio Ribeiro dos. Uso da técnica de brainstorming para tomada de decisões na equipe de enfermagem de Saúde Pública. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 50, n. 2, p. 247-256, June 1997.

OLIVEIRA et al. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: Fortalecimento da governança nos espaços regionais de pactuação de Políticas de Saúde do Sistema Único de Saúde brasileiro**. 2019, no prelo.

OPAS. **Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de Atenção à Saúde baseadas na APS.** / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Eugênio Vilaça Mendes (coord.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS:** contribuições para o debate. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. 1965. **Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud.** Publicación Científica nº 111. Washington: CENDES-Venezuela, 1965.

OXMAN AD, LAVIS JN, Lewin S, FRETHEIM A. **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1:** What is evidence-informed policymaking? Heal Res Policy Syst [Internet]. 2009 Dec 16;7(S1):S1. Disponível em: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S1>

OUVERNEY, A. M. **Regionalização do SUS:** uma análise da estratégia de integração intermunicipal. Administração em Diálogo, São Paulo, nº 7, 2005, pp. 91-106.

PAIXÃO L, TAVARES MFL. **A construção do projeto "Apoio de Rede" como estratégia Institucional".** Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:845-58.

PEREIRA, CCA; MACHADO, CJ. Telessaúde no Brasil - conceitos e aplicações. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2015, 20 (10): 3283-3284.

PESTANA, Marcus; MENDES, Eugênio Vilaça. **PACTO DE GESTÃO: DA MUNICIPALIZAÇÃO AUTÁRQUICA À REGIONALIZAÇÃO COOPERATIVA.** CEP, v. 30130, p. 007.

PINHO, Paula Andréa; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Itinerários terapêuticos: trajetórias entre-cruzadas na busca por cuidados. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 41, p. 435-450, 2012.

QUINTELA, Diana Pinto. **Recrutamento e seleção de pessoas:** a percepção dos avaliadores. 2016. Tese de Doutorado.

REIS, Valéria Maria; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, 2010.

SANTOS, L; CAMPOS, GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00438.pdf>. Disponível em nov. 2020.

SANTOS, Letícia Costa; BARCELLOS, V. F.; ANDRAOS, C. **Auditória em saúde: uma ferramenta de gestão.** Brasília: Unieuro, 2009.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. **Qualidade em serviços públicos**: os desafios da atenção primária. 2012.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 85, Junho 2009: 65-82. Disponível em <https://journals.openedition.org/rccs/343>. Acesso em set. 2020.

SERTEK, Paulo; GUINDANI, Roberto Ari; MARTINS, Tomás Sparano. **Administração e planejamento estratégico**. Editora Ibpex, 2007.

SOUZA, Fábio Alexandre Melo do Rego et al . Setting health priorities in a community: a case example. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. v. 51, 11, 2017.

SOUZA, Maria de Fatima Marinho de; FRANÇA, Elisabeth Barboza; CAVALCANTE, Adeilson. **Carga da doença e análise da situação de saúde**: resultados da rede de trabalho do Global Burden of Disease (GBD) Brasil. 2017.

TEIXEIRA, L; MAC DOWELL, M.C., BUGARIN, M. Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma Análise à Luz da Teoria dos Jogos. **Rev. Bras. Econ**. 2003. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbe/v57n1/a11v57n1.pdf>. Acesso em set. 2020.

TEIXEIRA, L; MAC DOWELL, M.C., BUGARIN, M. Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma Análise à Luz da Teoria dos Jogos. **Rev. Bras. Econ**. 2003. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbe/v57n1/a11v57n1.pdf>. Acesso em set. 2020.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública e Ações Indutoras de Melhoria**. 2^a versão. Brasília, 2014

VARGAS, Ricardo Viana; IPMA-B, P. M. P. **Utilizando a programação multicritério (Analytic Hierarchy Process-AHP) para selecionar e priorizar projetos na gestão de portfólio**. In: PMI Global Congress. sn, 2010.

VENTURA, Miriam et al. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 77-100, 2010.

VIANA, A.L.D. & LIMA, L.D. (orgs) **Regionalização e relações interfederativas na Política de Saúde do Brasil**. Rio de Janeiro, 2011.

VIANA, A.L.D. **Novas perspectivas para a regionalização da saúde**. São Paulo em perspectiva. 22(1). P.92-106, 2008.

VIANA ALD'Á. et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232018000601791&script=sci_abstract&tlang=pt . Acesso nov. 2020.

WOSNIAK, Francine Lia; REZENDE, Denis Alcides. Gestão de estratégias: uma proposta de modelo para os governos locais. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, p. 795-816, June 2012.

APÊNDICES

Quadro 19 | Roteiro de informações para Análise Situacional de Saúde

1. Perfil das necessidades de saúde da população dos municípios, região e macrorregião de saúde	Principais Fontes
Perfil demográfico	PROADESS (www.proadess.icict.fiocruz.br)
Analisar o total da população residente na região; a sua distribuição geográfica por município, observando características específicas e relevantes para o acesso aos serviços de saúde; a pirâmide por faixa etária e sexo; a taxa de natalidade; a taxa de envelhecimento da população.	IBGE; SINAS; PROGRAMASUS; Site Região Redes
Perfil Socioeconômico e Cultural	PROADESS (www.proadess.icict.fiocruz.br)
Analisar a renda per capita média da população; % desemprego na população; % de analfabetismo em adultos na população; % evasão escolar; o índice de desenvolvimento humano (IDH); as forças produtivas e a situação econômica da região; identificar aspectos culturais relevantes na região; identificar os equipamentos sociais e comunitários com atuação relevante para o setor saúde; entre outras informações pertinentes ao contexto regional.	IBGE; SINASC; PROGRAMASUS
	Site Região Redes
Morbimortalidade	Sistema de Informação de Mortalidade - SIM
Analisar a taxa de mortalidade total, observando as principais causas. Utilizar a série histórica, observando sua distribuição por faixa etária e gênero. Observar a tendência e o % de evitabilidade.	Sistema de Informação Ambulatorial - SIA SUS
Analisar indicadores de morbidade ambulatorial, identificando a incidência e prevalência das principais doenças (diabetes, hipertensão, etc.); e de morbidade hospitalar, observando as principais causas de internação registradas na população residente, realizadas no município, na região e na macrorregião.	Sistema de Informação Hospitalar - SIH SUS
Analisar as internações que ocorreram nos hospitais dos municípios, da região e da macrorregião, na média e alta complexidade para complexidade para contribuir com a construção do perfil dos estabelecimentos de saúde.	Identificação da Carga Global de Doença do estado (série histórica dos últimos 26 anos, constante no site https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare)
Identificar a % de internações por causas evitáveis pela atenção básica.	Sistema de Informação Hospitalar - SIH SUS
Vigilância em Saúde	
Analisar as principais Doenças Não Transmissíveis registradas, tais como sobrepeso e obesidade, tabagismo, alcoolismo, transtornos mentais, observando os fatores de risco e distribuição por faixa etária.	Indicadores básicos para a saúde no Brasil, 2008; SINAN, ESUSAB/CMD;PROADESS (www.proadess.icict.fiocruz.br)

(continua)

(continuação)

1. Perfil das necessidades de saúde da população dos municípios, região e macrorregião de saúde	Principais Fontes
Analisar as principais Doenças Tramissíveis registradas, observando a infestação por Aedes aegypti, incidência e prevalência de doenças transmissíveis crônicas, tais como tuberculose, hanseníase, Aids, entre outras de interesse local.	Análise local
Analisar a atuação da vigilância em saúde - ações de promoção, proteção e prevenção das condições de saúde.	

Fonte: Diretrizes metodológicas para o Planejamento Estratégico das Secretarias Estaduais de Saúde. Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual – PROADI/SUS, 2018.

Quadro 20 | Roteiro de informações para Análise da Rede Assistencial – atenção primária e atenção especializada

Atenção Primária à Saúde	
Analisar a cobertura da APS no âmbito da região de saúde, observando o percentual de cada município (cobertura de equipes de estratégia de saúde da família e/ou equipes de atenção básica, equipe de saúde bucal e equipe de NASF, observando a quantidade suficiente, seguindo os parâmentro estabelecidos pelos Ministério da Saúde).	CNES, ESUS, AB, CMD, dados das coordenações de AB; Portaria GM nº 1631/15 - parâmetros
Analisar a captação e formas de contratação dos profissionais de saúde - potências e dificuldades.	
Analisar a existência de serviços e equipamentos de saúde específicos para populações vulneráveis, de acordo com as características de cada território.	
Analisar a % de encaminhamentos da APS para a Atenção Especializada.	
Analisar a existência de macroprocessos da APS na região de saúde para:	
A realização de processos básicos (territorialização, cadastramento da população, diagnóstico local, classificação das famílias por grau de vulnerabilidade, entre outros);	
Procedimentos de gerenciamento de riscos em saúde (metas de segurança do paciente, esterilização, higiene e limpeza, gerenciamento dos resíduos, entre outros);	
Atenção às condições crônicas (estratificação de risco, plano de cuidados, estabilização das principais condições crônicas, como gestante, criança menor de 2 anos, hipertensão, diabetes, idoso, saúde mental, entre outras);	Observação local
Atenção aos eventos agudos (classificação de risco e atendimento aos casos de urgências);	
Realização de ações de prevenção (vacinação, prevenção do câncer de colo uterino e mama, ações de educação em saúde, entre outros);	
Realização de vigilância em saúde (ações de rastreamento, notificação obrigatória, bloqueios, tratamento supervisionado, controle ambiental, entre outros);	
Responsabilização pela saúde da população sob sua responsabilidade (autocuidado apoiado, coordenação dos fluxos e contra fluxos das pessoas na RAS, microprocessos regulatórios, atenção domiciliar, entre outros).	

(continua)

(continuação)

Atenção Ambulatorial Especializada	
Analisar a quantidade e qualidade dos serviços ambulatoriais especializados na região de saúde, observando a distribuição no território municipal, regional e macrorregional e a resolutividade das linhas de cuidado prioritárias.	CNES; fontes primárias da região
Observar a resolutividade dos municípios, regiões e macrorregiões de saúde, na assistência ambulatorial de alta complexidade.	Sistema de Informação Ambulatorial - DATASUS; Portaria GM nº 1631/15 - parâmetros
Observar a existência dos processos de integração com a APS (interconsulta para pessoas com condições crônicas de alto risco, construção de plano de cuidados interdisciplinar com enfoque no autocuidado apoiado, acesso regulado, protocolos de acesso e encaminhamentos, matriciamento, telessaúde, entre outros); oferta de educação permanente para as equipes da APS.	Observação local
Observar os fluxos de atenção à saúde dos municípios na macrorregião, nos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (e outros onde a informação permite observar a residência do paciente) - entrada e saída de pacientes nas regiões de saúde e macrorregião.	

Fonte: Diretrizes metodológicas para o Planejamento Estratégico das Secretarias Estaduais de Saúde. Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual - PROADI/SUS, 2018.

Quadro 21 | Roteiro de informações para Análise da Rede Assistencial – atenção hospitalar e sistema de apoio diagnóstico e terapêutico

2 - Desenho da Rede Assistencial de Saúde: dimensão territorial, do acesso e da qualidade dos serviços de saúde	Principais Fontes
Atenção Hospital	
Analisar a rede física de hospitais da região de saúde, descrevendo o perfil assistencial e a capacidade instalada.	CNES; Sistema de Informação Hospitalar - SIH SUS
Analisar os Componetes do Conjunto de Serviços de Urgência 24 horas para atender as pessoas com eventos agudos que demandam atendimento na rede de urgência e emergência (RUE) - Hospitalar, Pré Hospitalar fixo e móvel.	Planos de Ação Regional da RAS
Analisar a capacidade da região e macrorregião para atender as gestantes, parturientes, puérperas e bebês vinculados pela APS, de acordo com o grau de risco, na rede materno-infantil (RMI).	Portaria GM nº 1631/15 - parâmetros
Analisar a capacidade da região e macrorregião para atender as pessoas com condições crônicas que demandam procedimentos hospitalares eletivos.	Observação local
Observar a resolutividade dos municípios, regiões e macrorregiões de saúde, na assistência hospitalar de média e alta complexidade.	
Observar os fluxos de atenção à saúde dos municípios na macrorregião, nas internações de média e alta complexidade (e outros onde a informação permite observar a residência do paciente) - entrada e saída de pacientes nas regiões de saúde e macrorregião.	Sistema de Informação Hospitalar e Sistema de Informação Ambulatorial - DATASUS

(continua)

(continuação)

2 - Desenho da Rede Assistencial de Saúde: dimensão territorial, do acesso e da qualidade dos serviços de saúde	Principais Fontes
Sistemas de Apoio	CNES, Hórus, relatórios gerenciais
Analisar a quantidade de qualidade de exames de apoio diagnóstico e terapêutico, para as pessoas atendidas nos pontos de atenção da RAS.	Planos de Ação Regional da RAS
Analisar o acesso à medicamentos na região de saúde, observando a distribuição dos insumos básicos e especiais.	Portaria GM nº 1631/15 - parâmetros
Observar a existência de sistemas informatizados que disponibilizem informações clínicas, administrativas e gerenciais, para facilitar a tomada de decisão pelos técnicos, equipes, gerentes e gestores, e sua distribuição no território da região; analisar a oferta de serviços de telessaúde.	Observação local

Fonte: Diretrizes metodológicas para o Planejamento Estratégico das Secretarias Estaduais de Saúde. Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual – PROADI/SUS, 2018.

APÊNDICE B – MATRIZ DE DESENHO DA RAS E MATRIZ DE GESTÃO, PLANEJAMENTO E GOVERNANÇA

Quadro 22 | Matriz de Desenho da RAS

Macroproblema de Saúde					
1 - Dimensão Assistencial - Desenho da Rede de Atenção de Saúde	Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO	
				Municipais	Cooperação Regional
Promoção, proteção e prevenção das condições de saúde					
Atenção Primária (processos de trabalho, recursos humanos, macroprocessos)					
Atenção Ambulatorial Especializada e processos de integração com APS					
Atenção Hospitalar (caráter eletivo e urgência)					
Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Assistência Farmacêutica					
Saúde Suplementar (cobertura, qualidade, relação com o SUS)					
Ações intersetoriais					

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Quadro 23 | Matriz de Gestão, Planejamento e Governança

Macroproblema de Saúde					
2 - Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional	Sistemas Logísticos /Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO	
				Municipais	Cooperação Regional
Sistemas Logísticos (regulação, transporte sanitário, informação)					
Mecanismos de integração da rede					
Apoio para Gestão Regional /Consórcios					
Funcionamento da CIR e dos Colegiados Macrorregionais					
Programação e pactuação regional e macrorregional					
Contratualização municipal, regional e macrorregional					
Situação dos Planos Regionais da RAS					
Participação Social					
Instrumentos de Planejamento do SUS					
Interação com Órgãos de Controle Externos e Judicialização					
Recursos financeiros das três esferas/Emendas Parlamentares					

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

APÊNDICE C – O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 ENQUANTO DEMANDA MACRORREGIONAL

A definição dos macroproblemas a partir da análise da situação de saúde no espaço macrorregional e a priorização de um destes constituem-se etapa fundamental para o percurso metodológico proposto neste projeto. A análise da capacidade de resposta atual e desenho da RAS desejada, com foco nos seus pontos de atenção e serviços de apoio, realizada a partir da construção de um Itinerário Terapêutico idealizado, permite a identificação de fortalezas e fragilidades e a sistematização de estratégias de qualificação da RAS bem como a análise da organização atual e desenho desejado dos mecanismos de governança da mesma com foco no macroproblema de saúde priorizado.

O contexto atual em meio a pandemia da Covid-19 tem se mostrado uma crise sem precedentes no SUS, exigindo rápida organização dos pontos de atenção com a definição de fluxos e competências bem como a incorporação de novas modalidades de atendimento, não só para o enfrentamento da pandemia mas, acima de tudo, para garantir a continuidade do cuidado às demais necessidades de saúde que se manifestam.

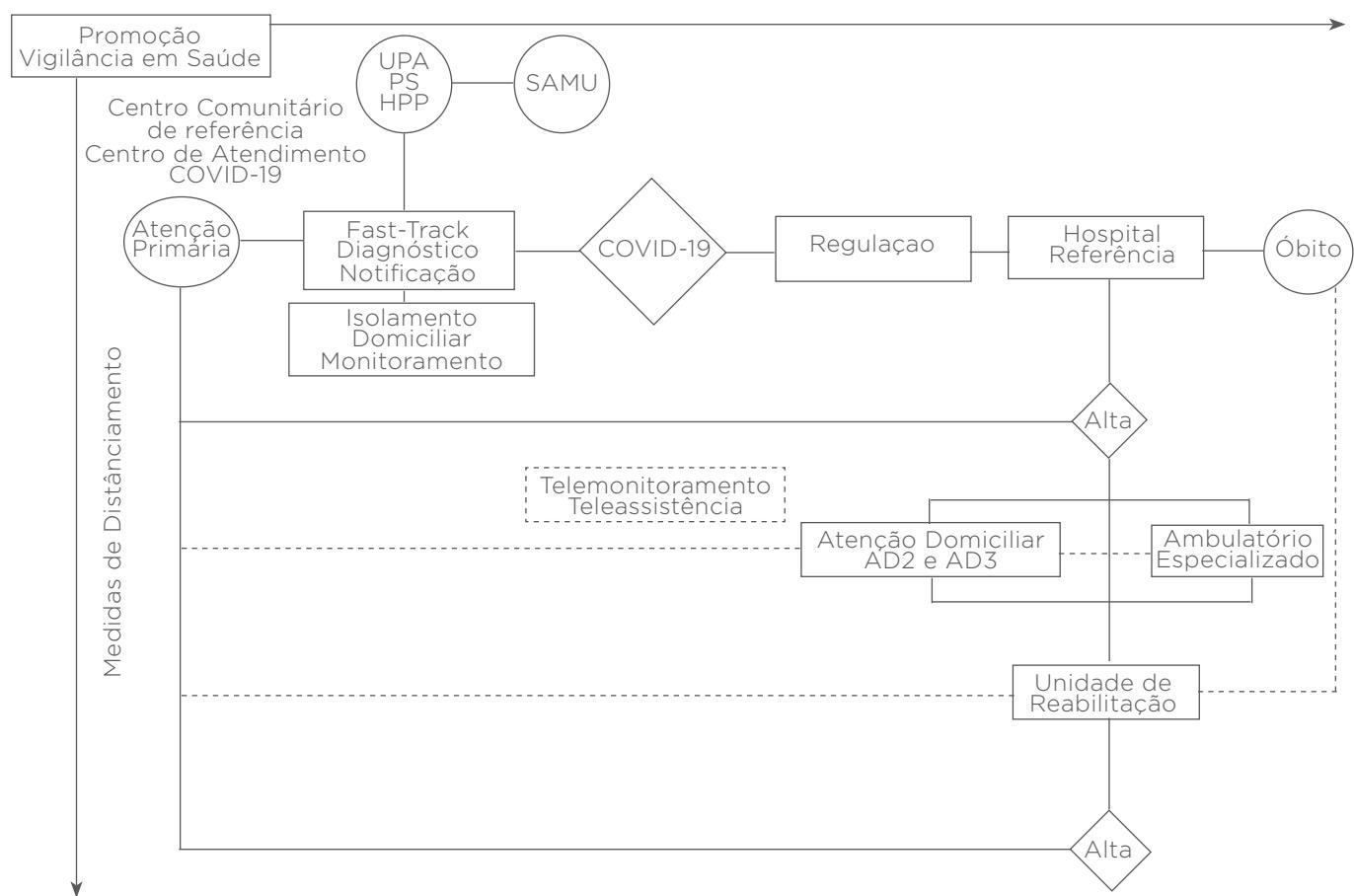
Nesta perspectiva e considerando-se as implicações da pandemia nos espaços regionais, entendemos que sua incorporação enquanto macroproblema de saúde no escopo deste projeto possibilitará não apenas a definição de estratégias regionais para seu enfrentamento, mas, acima de tudo, consolidará o espaço regional como lócus privilegiado para a garantia da integralidade do cuidado por meio de ações solidárias e convergentes.

Para a incorporação da Covid-19 enquanto macroproblema de saúde é fundamental que os atores envolvidos no projeto compreendam sua pertinência e pactuem o olhar sobre a RAS, considerando-se o momento atual da pandemia em cada contexto singular, uma vez que as macrorregiões encontram-se afetadas em diferentes estágios, e muitas das respostas exigidas já formam implantadas e implementadas. Sugerimos a seguir, duas perspectivas para o trabalho na macrorregião, considerando-se o Itinerário Terapêutico idealizado para Covid-19.

Proposta I

A partir do Itinerário Terapêutico idealizado para Covid-19, sugere-se a identificação das fortalezas e fragilidades apresentadas pelos pontos de atenção e fluxos existentes bem como a sistematização de estratégias de qualificação da RAS por meio da análise da organização atual e desenho desejado dos seus mecanismos de governança e cooperação, utilizando para isso as matrizes já propostas no projeto.

Figura 47 | Itinerário Terapêutico para Covid-19



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Quadro 24 | Matriz de Desenho da RAS com foco na Covid-19

Macroproblema de Saúde				
1 - Dimensão Assistencial - Desenho da Rede de Atenção de Saúde			ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO	
Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	Municipais	Cooperação Regional
Promoção, proteção e prevenção das condições de saúde				
Atenção Primária (processos de trabalho, recursos humanos, macroprocessos)				
Atenção Ambulatorial Especializada e processos de integração com APS				
Atenção Hospitalar (caráter eletivo e urgência)				
Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Assistência Farmacêutica				
Saúde Suplementar (cobertura, qualidade, relação com o SUS)				
Ações intersetoriais				

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Quadro 25 | Matriz de Gestão, Planejamento e Governança com foco na Covid-19

Macroproblema de Saúde				
2 - Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional			ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO	
Sistemas Logísticos /Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Municipais	Cooperação Regional
Sistemas Logísticos (regulação, transporte sanitário, informação)				
Mecanismos de integração da rede				
Apoio para Gestão Regional /Consórcios				
Funcionamento da CIR e dos Colegiados Macrorregionais				
Programação e pactuação regional e macrorregional				
Contratualização municipal, regional e macrorregional				
Situação dos Planos Regionais da RAS				
Participação Social				
Instrumentos de Planejamento do SUS				
Interação com Órgãos de Controle Externos e Judicialização				
Recursos financeiros das três esferas/Emendas Parlamentares				

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Cabe destacar que, considerando-se as características regionais e o momento em que cada Macrorregião se encontra em relação ao enfrentamento da pandemia, pode-se aqui optar pela priorização de componentes específicos da RAS que apresentem maior fragilidade e demandem maior esforço para sua organização. Nesta perspectiva, a partir do Itinerário Terapêutico idealizado para a Covid-19, os participantes de projeto podem optar por abordagens diretamente relacionadas aos distintos pontos de atenção: Domicílio, Unidades Básicas de Saúde, Núcleo Ampliado de Saúde da Família, Centro Comunitário de Referência, Centro de Atendimento, Serviço de Atenção Domiciliar, Ambulatório de Atenção Especializada, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto Socorro, Transporte Sanitário, Hospital Intermidiário, Hospital de Referência, Unidade de Reabilitação.

Para que a identificação do(s) ponto(s) de atenção com maior(es) fragilidade(s), sugere-se a aplicação de um questionário por meio do Google Forms para a realização de um rápido diagnóstico situacional:

Quadro 26 | Instrumento para Diagnóstico Municipal/Macrorregional – COVID 19**Diagnóstico Situacional****Organização Municipal e Macrorregional para o Enfrentamento da pandemia do Covid-19**

Nome da Macrorregião de Saúde:

Nome do Município:

Qual a população estimada de seu município?

- 0 – 4.999 habitantes
- 5.000 – 9.999 habitantes
- 10.000 – 19.999 habitantes
- 20.000 – 29.999 habitantes
- 30.000 – 39.999 habitantes
- 40.000 – 49.999 habitantes
- 50.000 – 99.999 habitantes
- 100.000 – 199.999 habitantes
- 200.000 – 499.999 habitantes
- Maior de 500.000 habitantes

A Secretaria de Saúde instituiu/ativou o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE) para o enfrentamento do Covid-19?

- Sim
- Não

O COE é composto pelas áreas técnicas de Gestão, Assistência, Vigilância e Comunicação Social da Secretaria de Saúde?

- Sim
- Não

O COE tem se reunido com frequência para auxiliar no enfrentamento da epidemia?

- Sim
- Não

O COE elaborou Plano de Contingência abrangendo ações de vigilância, prevenção, mitigação e respostas?

- Sim
- Não

O COE tem subsidiado a tomada de decisão em relação a medidas de Distanciamento/Isolamento Social no município?

- Sim
- Não

O COE tem estabelecido interlocução micro e macro regional para a elaboração de respostas organizadas no enfrentamento da epidemia?

- Sim
- Não

Existe Plano Macrorregional de enfrentamento da pandemia de Covid-19?

- Sim
- Não

Você teve acesso e conhece a matriz de competências dos pontos de atenção da RAS elaborada pelo CONASEMS e CONASS?

- Sim
- Não

(continua)

(continuação)

O município adotou medidas de isolamento/distanciamento social (fechamento de comércios e serviços, suspensão das aulas, redução do transporte público, dentre outras)?

- Sim
- Não

Os Secretários de Saúde da sua Região de Saúde estabeleceram algum canal de comunicação formal ou informal para troca de informações e pontuações?

- Sim
- Não

A Secretaria de Saúde tem recebido informações suficientes e qualificadas em relação à organização do cuidado e de vigilância em saúde?

- Sim
- Não

A Secretaria de Saúde tem realizado capacitações para as equipes da Atenção Básica, da urgência e emergência e dos hospitais?

- Sim
- Não

Se sim, quais as principais estratégias utilizadas?

- Cursos de formação à distância
- Espaços de formação presenciais
- Estratégias de Educação Permanente dentro das equipes
- Outros:

A Secretaria de Saúde vem utilizando outras estratégias de comunicação além da mídia tradicional (WhatsApp, Facebook e Instagram)?

- Sim
- Não

A Secretaria de Saúde implantou canal de comunicação para atender e qualificar demandas e orientar usuários sobre quando e quais serviços acessar em caso de dúvidas e sobre sintomas?

- Sim
- Não

A Vigilância Epidemiológica está fazendo monitoramento dos casos suspeitos, confirmados e contactantes?

- Sim
- Não

Qual a sua cobertura de Atenção Básica?

- Menor que 50% de cobertura
- Entre 50% e 75% de cobertura
- Maior que 75% de cobertura
- 100% de cobertura

Além das Unidades Básicas de Saúde, quais são os pontos de atenção existentes no seu município?

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
- Laboratório de Análises Clínicas (próprio)
- Laboratório de Análises Clínicas (conveniado)
- Hospital de Pequeno Porte (próprio)
- Hospital de Pequeno Porte (conveniado)
- Hospital de Média Complexidade (próprio)
- Hospital de Média Complexidade (conveniado)
- Hospital de Alta Complexidade (próprio)
- Hospital de Alta Complexidade (conveniado)

Quais são os pontos de atenção existentes e acessíveis fora do seu município?

- Laboratório de Análises Clínicas
- Hospital de Pequeno Porte
- Hospital de Média Complexidade
- Hospital de Alta Complexidade

Qual o tempo médio estimado (considerando-se a distância) para transferência de pacientes até uma Unidade de Pronto Atendimento quando esta estiver acessível fora do município?

- Até 1 hora
- Entre 1 e 2 horas
- Entre 2 e 3 horas
- Entre 3 e 4 horas
- Entre 4 e 5 horas
- Mais de 5 horas

Qual o tempo médio estimado (considerando-se a distância) para transferência de pacientes até Hospital de Pequeno Porte quando este estiver acessível fora do município?

- Até 1 hora
- Entre 1 e 2 horas
- Entre 2 e 3 horas
- Entre 3 e 4 horas
- Entre 4 e 5 horas
- Mais de 5 horas

Qual o tempo médio estimado (considerando-se a distância) para transferência de pacientes até Hospital de Média Complexidade quando este estiver acessível fora do município?

- Até 1 hora
- Entre 1 e 2 horas
- Entre 2 e 3 horas
- Entre 3 e 4 horas
- Entre 4 e 5 horas
- Mais de 5 horas

Qual o tempo médio estimado (considerando-se a distância) para transferência de pacientes até Hospital de Alta Complexidade quando este estiver acessível fora do município?

- Até 1 hora
- Entre 1 e 2 horas
- Entre 2 e 3 horas
- Entre 3 e 4 horas
- Entre 4 e 5 horas
- Mais de 5 horas

A Secretaria de Saúde organizou os serviços de Atenção Básica para a identificação precoce, adoção de medidas de isolamento, atendimento médico e de enfermagem oportuno para sintomáticos respiratórios?

- Sim
- Não

A Secretaria de Saúde definiu fluxo específico para sintomáticos respiratórios em unidades de Atenção Básica exclusivas para este fim?

- Sim
- Não

Você considera que os Serviços de Saúde estão aptos para garantir o acolhimento, reconhecimento precoce, tratamento e monitoramento de casos suspeitos para a infecção humana pelo Covid-19.

- Sim
- Não

(continua)

(continuação)

Os sintomáticos respiratórios e seus contatos estão sendo isolados precocemente e acompanhados por estratégia de telemonitoramento?

- Sim
- Não

A Secretaria de Saúde definiu rotina específica para manutenção das atividades assistenciais voltadas para as seguintes linhas de cuidado?

Gestação e puerpério

- Sim
- Não

Ciclos de vida da criança

- Sim
- Não

Diabetes, hipertensão e doença renal crônica

- Sim
- Não

Pessoa idosa

- Sim
- Não

Saúde mental

- Sim
- Não

Saúde bucal

- Sim
- Não

Demais condições

- Sim
- Não

A Secretaria de Saúde organizou as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde para manutenção do monitoramento e acompanhamento da população adscrita (incluindo estratégias de telemonitoramento)?

- Sim
- Não

A Secretaria de Saúde organizou apoio da Atenção Básica para as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)?

- Sim
- Não

A Secretaria de Saúde organizou apoio da Atenção Básica para o Sistema Penitenciário e/ou Centros de Sócioeducação?

- Sim
- Não

A Secretaria de Saúde possui grade assistencial estruturada para o encaminhamento dos sintomáticos respiratórios para serviços de maior complexidade (UPA, Hospital Geral)?

- Sim
- Não

Existe referência estabelecida para Unidade de Pronto Atendimento e/ou serviço 24 horas para os casos considerados moderados e graves?

- Sim
- Não

Existe referência hospitalar para os casos considerados graves?

- Sim
- Não

O acesso aos diferentes pontos de atenção é regulado?

- Sim
- Não

Existe referência estabelecida para Serviços de Reabilitação?

- Sim
- Não

A Secretaria de Saúde está utilizando recursos de apoio à tomada de decisão clínica (Consultório Virtual, Telesaúde, etc.)?

Na atenção primária

- Sim
- Não

Na atenção ambulatorial especializada

- Sim
- Não

Na urgência/emergência

- Sim
- Não

Na atenção hospitalar

- Sim
- Não

Existe logística definida para o transporte de sintomáticos respiratórios entre os diferentes pontos de atenção?

- Sim
- Não

Existe fluxo estabelecido para apoio diagnóstico?

- Sim
- Não

A Secretaria de Saúde tem conseguido manter estoque de insumos estratégicos (EPI, medicamentos, etc.)?

- Sim
- Não

A Secretaria de Saúde possui quadro funcional suficiente para as atividades assistenciais?

- Sim
- Não

A Secretaria de Saúde estimou a sua demanda de modo a direcionar estrategicamente seus recursos?

- Sim
- Não

Em que áreas estratégicas você gostaria de auxílio para a resposta a epidemia?

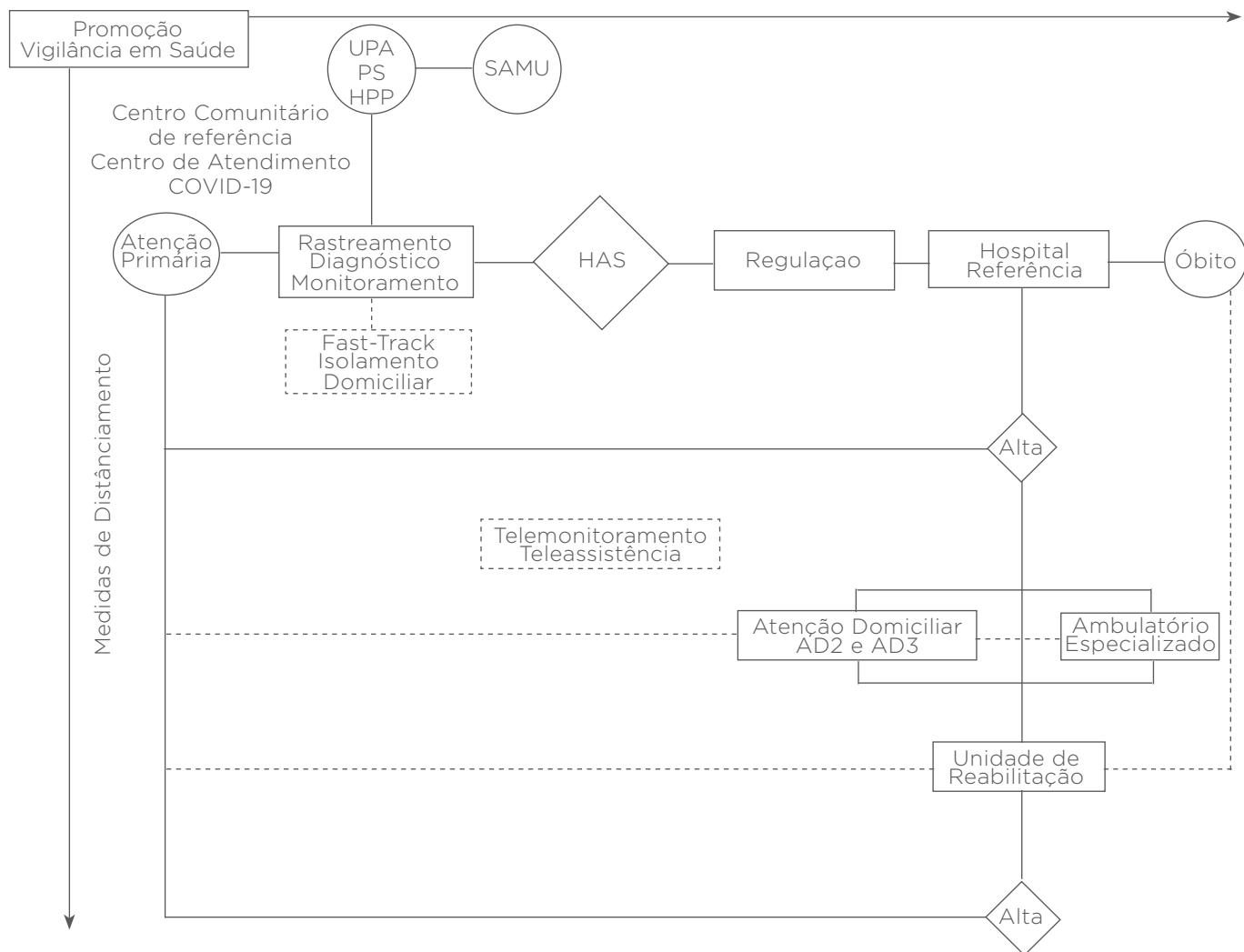
- Gestão de Insumos
- Gestão de Informação e Comunicação Social
- Gestão de Recursos Financeiros
- Gestão de Pessoas
- Treinamento e Capacitação da Equipe
- Organização da Rede Assistencial
- Vigilância em Saúde

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Proposta II

Aqui, sugerimos a incorporação da Covid-19 ao macroproblema de saúde priorizado no território (Macroproblema 1), permitindo, a partir do mesmo Itinerário Terapêutico idealizado, a elaboração da matriz de fortalezas, fragilidades e estratégias de qualificação da RAS com foco no Macroproblema 1, considerando-se a Covid-19 e seus impactos nos diferentes pontos de atenção, na perspectiva da continuidade do cuidado ao usuário.

Figura 48 | Itinerário Terapêutico para HAS no contexto da Covid-19



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Como exemplo, a Macrorregião pode ter definido como Macroproblema 1 a alta morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório, com foco na hipertensão arterial. A partir da construção do Itinerário Terapêutico idealizado para este problema, os atores envolvidos devem olhar para o usuário considerando-se duas perspectivas de cuidado: a organização da RAS para o enfrentamento da morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório com foco na hipertensão arterial e a garantia do cuidado integral, considerando-se o contexto da pandemia e a necessária organização dos pontos de atenção e fluxos existentes.

Quadro 27 | Matriz de Desenho da RAS para HAS com foco na Covid-19

Macroproblema de Saúde: Alta morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório, com foco na HAS e COVID-19

1 - Dimensão Assistencial - Desenho da Rede de Atenção de Saúde

Componentes da RAS	Fortalezas	Fragilidades	ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO	
			Municipais	Cooperação Regional
Promoção, proteção e prevenção das condições de saúde				
Atenção Primária (processos de trabalho, recursos humanos, macroprocessos)				
Atenção Ambulatorial Especializada e processos de integração com APS				
Atenção Hospitalar (caráter eletivo e urgência)				
Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Assistência Farmacêutica				
Saúde Suplementar (cobertura, qualidade, relação com o SUS)				
Ações intersetoriais				

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Quadro 28 | Matriz de Gestão, Planejamento e Governança para HAS com foco na Covid-19

Macroproblema de Saúde: Alta morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório, com foco na HAS e COVID-19

2 - Dimensão da Gestão, Planejamento e Governança Regional

Sistemas Logísticos /Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO	
			Municipais	Cooperação Regional
Sistemas Logísticos (regulação, transporte sanitário, informação)				
Mecanismos de integração da rede				
Apoio para Gestão Regional /Consórcios				
Funcionamento da CIR e dos Colegiados Macrorregionais				
Programação e pactuação regional e macrorregional				
Contratualização municipal, regional e macrorregional				
Situação dos Planos Regionais da RAS				
Participação Social				
Instrumentos de Planejamento do SUS				
Interação com Órgãos de Controle Externos e Judicialização				
Recursos financeiros das três esferas/Emendas Parlamentares				

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

A utilização do Instrumento de Diagnóstico Municipal/Macrorregional para o Enfrentamento da pandemia da Covid-19 proposto na Tabela 05 poderá também ser considerado como ferramenta útil para a identificação das fragilidades e fortalezas dos pontos de atenção e das respostas municipais e/ou macrorregionais, possibilitando, entre outros, a proposição de estratégias de orientação e organização dos fluxos assistenciais e a continuidade do cuidado às demais necessidades de saúde que se manifestam.



DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde
do Ministério da Saúde
www.bvsms.saude.gov.br



OSWALDO CRUZ
HOSPITAL ALEMÃO



CONASEMS
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal