

FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA, ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

GUIA OPERACIONAL BÁSICO

Fase 4

Versão final

validada GE 19/01/2022

**São Paulo – SP
2022**

SUMÁRIO

1. OBJETIVOS	5
2. RESULTADO ESPERADO	5
3. METODOLOGIA	6
4. OFICINA 1 – ANÁLISE E PROPOSTA DO DESENHO DA RAS, DEFINIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DOS PONTOS DE ATENÇÃO, SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICOS PARA AS PRIORIDADES SANITÁRIAS PACTUADAS	9
4.1 Objetivo	9
4.2 Produto	9
4.3 Público-alvo	10
4.4 Tempo	10
4.5 Atividades	10
4.6 Texto de Apoio – Organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS)	11
4.7 Matriz para apoiar a identificação dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos que compõem a RAS para cada prioridade sanitária pactuada	13
4.8 Matriz para apoiar a definição das competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos que compõem a RAS definido para cada prioridade sanitária pactuada	14
4.9 Reuniões de acompanhamento para a realização do desenho da RAS e a definição das competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para as prioridades sanitárias pactuadas na MRS	16
5. OFICINA 2 - ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE PARAMETRIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL PARA OS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS, REALIZANDO A AVALIAÇÃO DA SUFICIÊNCIA QUANTITATIVA E QUALITATIVA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	17
5.1 Objetivo	17
5.2 Produto	17
5.3 Público-alvo	17
5.4 Tempo	17
5.5 Atividades	17
5.6 Texto de Apoio – Uma nova lógica para os parâmetros assistenciais no Brasil	18
5.7 Critérios e parâmetros para a programação e planejamento no SUS	21
5.7.1 Parâmetros populacionais para a estimativa das condições crônicas	22
5.7.2 Parâmetros de necessidade de consultas em urgência e emergência	23
5.8 Reuniões de acompanhamento para a elaboração da parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RAS, com a avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde para cada prioridade sanitária pactuada na MRS	23

6. OFICINA 3 – GOVERNANÇA DO SUS E APOIO A ELABORAÇÃO DE PROPOSTA PARA COMPOSIÇÃO, ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DO CEGRAS	24
6.1 Objetivo	24
6.2 Produto	24
6.3 Público-alvo	24
6.4 Tempo	24
6.5 Atividades	24
6.6 Texto de Apoio - Comitê Executivo de Governança da RAS	25
6.7 Reuniões de acompanhamento para a definição das atribuições, competências e atividades do CEGRAS	26
7 ENCAMINHAMENTO	26
REFERÊNCIAS	28
ANEXO I – Parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RAS	29

SIGLAS

AAE – Atenção Ambulatorial Especializada

Referências bibliográficas atualizadas em 14 de junho de 2022

AH – Atenção Hospitalar

APS – Atenção Primária à Saúde

BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CIR – Comissão Intergestores Regional

CONASEMS - Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

HAOC – Hospital Alemão Oswaldo Cruz

HE – Hospital de Excelência

MRS – Macrorregião de Saúde

MS – Ministério da Saúde

PR – Plano Regional

PROADI SUS - Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

RS – Região de Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

GUIA OPERACIONAL BÁSICO – FASE 4: ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS PARA A PROGRAMAÇÃO MACRORREGIONAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

1. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Prestar suporte teórico metodológico ao GCE e GTM no tocante a elaboração da parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RAS, bem como subsidiar a avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde, nas MRS participantes do projeto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Subsidiar tecnicamente os assessores matriciais e articuladores estaduais para o desenvolvimento do projeto nos territórios por meio de oficina coordenada pelos HE para o alinhamento conceitual dos elementos teórico-metodológicos e reflexão da prática, com participação do MS, CONASS e CONASEMS.
- Realizar a proposta de desenho da RAS, contemplando a organização e definição de competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos, com apoio técnico-metodológico dos HE.
- Construir e validar, em oficinas estaduais com gestores das MRS, a proposta de organização dos pontos de atenção da RAS, complementando a identificação dos vazios assistenciais e sobreposições, bem como dos fluxos de acesso.
- Elaborar a proposta de parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RAS na MRS, realizando a avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde.
- Estimular a constituição de Comitê Executivo de Governança das RAS (CEGRAS) nas MRS.

2. RESULTADO ESPERADO

- Identificação e definição das competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para as prioridades sanitárias pactuadas na MRS participante do projeto.
- Proposta de parametrização e programação dos componentes da RAS para as prioridades sanitárias pactuadas na MRS participante do projeto.
- Avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa dos componentes da RAS para as

prioridades sanitárias pactuadas na macrorregião participante do projeto.

- Orientação e apoio à constituição do Comitê Executivo de Governança da RAS (CEGRAS), conforme Resolução CIT nº 23/2017, consolidada na Resolução CIT nº 01/2021.

3. METODOLOGIA

O diagnóstico e análise de situação atual da regionalização e do PRI nas MRS bem como a agenda de trabalho pactuada nas instâncias deliberativas na Fase 2, permitirá identificar o estágio de desenvolvimento da Fase 4 na MRS, considerando-se, entre outros, a análise de situação de saúde com as prioridades sanitárias identificadas e validadas pelos gestores das MRS, previstas na Fases 3.

Para cada um dos estágios de desenvolvimento da Fase 4 na MRS, há proposição metodológica para a realização, complementação ou melhoria, sendo possível identificar as seguintes situações:

- Fase 4 não desenvolvida: o articulador do HE deverá subsidiar o GCE e GTM no tocante ao alinhamento conceitual e instrumentalização para a efetivação de todas as etapas necessárias.
- Fase 4 em estágio de desenvolvimento parcial: o articulador do HE deverá subsidiar o GCE e GTM no tocante ao alinhamento conceitual e instrumentalização para a efetivação das etapas não realizadas e/ou realizadas parcialmente.
- Fase 4 em estágio de desenvolvimento pleno: o articulador do HE poderá subsidiar o GCE e GTM se houver necessidade de implementar melhorias.

No caso da Fase 4 não desenvolvida, segue a apresentação de uma proposta de suporte metodológico, que também poderá atender os demais estágios de desenvolvimento (desenvolvimento parcial e desenvolvimento pleno), no tocante à complementação ou melhorias.

Para este estágio, recomenda-se a divisão em 3 momentos:

- Momento 1 - Programação metodológica para o desenho da RAS, definição de competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para as prioridades sanitárias pactuadas.
- Momento 2 - Programação metodológica para elaboração da parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RAS, realizando a avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde.

- Momento 3 - Programação metodológica para discussões relacionadas à governança do SUS, instrumentalização para a elaboração de proposta para a composição, atribuições, competências e atividades do CEGRAS.

Momento 1 - Programação metodológica para o desenho da RAS, definição de competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para as prioridades sanitárias pactuadas:

- Realização de **oficina** com vistas ao suporte técnico e metodológico para o alinhamento conceitual do GCE e GTM e instrumentalização para o desenvolvimento do desenho da RAS, efetuando a definição de competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para cada prioridade sanitária definida e pactuada na MRS.
- Realização de **reuniões** para acompanhamento do GTM no desenvolvimento do produto da oficina.

A programação proposta para este momento:

Momento 1 - Programação metodológica para o desenho da RAS, definição de competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para cada a prioridade sanitária pactuada		
Método	Objetivo	Tempo
Oficina 1	Prestar suporte ao GCE e GTM no tocante ao alinhamento conceitual e instrumentalização para a realização do desenho da RAS, definição de competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para cada prioridade sanitária pactuada	8 horas
Reuniões	Acompanhar o GTM na realização do desenho da RAS, definição de competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para cada prioridade sanitária pactuada. Para tanto, a proposição é divisão em 3 etapas: i) desenho da RAS; ii) definição das competências dos pontos de atenção; iii) definição de competências dos sistemas de apoio e logísticos	3 reuniões, ou seja, 1 reunião para cada etapa

Momento 2 - Programação metodológica para elaboração da parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RAS, realizando a avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde:

- Realização de **oficina** com vistas ao alinhamento conceitual do GCE e GTM e instrumentalização para a elaboração da parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RAS, realizando a avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde
- Realização de **reuniões** para acompanhamento do GTM no desenvolvimento do produto da oficina.

A programação proposta para este momento:

Momento 2 - Programação metodológica para a elaboração da parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RAS, realizando a avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde		
Método	Objetivo	Tempo
Oficina 2	Prestar suporte ao GCE e GTM no tocante a elaboração da parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RAS, realizando a avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde	8 horas
Reuniões	Acompanhar o GTM na elaboração da parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RAS com avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde, a proposição é divisão em 2 etapas: i) parametrização e programação assistencial; ii) avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde	2 reuniões, ou seja, 1 reunião para cada etapa

Momento 3 - Programação metodológica para discussões relacionadas à governança do SUS e instrumentalização para a elaboração de proposta para a composição, atribuições, competências e atividades do CEGRAS:

- Realização de **oficina** com vistas ao alinhamento conceitual do GCE e GTM relacionada à governança do SUS e apoio a elaboração de proposta de composição, atribuições, competências e atividades do CEGRAS.
- Realização de **reuniões** para acompanhamento do GTM no desenvolvimento do produto da oficina.

Momento 3 - Programação metodológica para discussões relacionadas à governança do SUS, composição, atribuições, competências e atividades do CEGRAS		
Método	Objetivo	Tempo
Oficina 3	Subsidiar GCE e GTM nas discussões relacionadas à governança do SUS e na elaboração de proposta para composição, atribuições, competências e atividades do CEGRAS	8 horas
Reuniões	Acompanhar GCE e GTM no processo de definição da composição, atribuições, competências e atividades do CEGRAS, a proposição é divisão em 2 etapas: i) composição, atribuições e competências do CEGRAS, ii) atividades do CEGRAS e dinâmica de funcionamento	2 reuniões, ou seja, 1 reunião para cada etapa

4. OFICINA 1 – ANÁLISE E PROPOSTA DO DESENHO DA RAS, DEFINIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DOS PONTOS DE ATENÇÃO, SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICOS PARA AS PRIORIDADES SANITÁRIAS PACTUADAS

4.1 Objetivo

Prestar suporte técnico e metodológico ao GCE e GTM para: i) alinhamento conceitual; ii) instrumentalização para o desenho da RAS; iii) definição das competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para as prioridades sanitárias pactuadas na MRS.

4.2 Produto

Proposta do desenho da RAS elaborada, contemplando a organização e definição das competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para as prioridades sanitárias validadas na MRS.

4.3 Público-alvo

GCE e GTM

4.4 Tempo

8 horas

4.5 Atividades

Para alcançar o objetivo e desenvolver o produto, propõe-se a realização das seguintes atividades:

- Atividade 1: realizar alinhamento conceitual e debate sobre o tema - Desenho da RAS, com a definição das competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para as prioridades sanitárias pactuadas na MRS.
Atividade 2: discutir as diferentes possibilidades metodológicas para a identificação/definição do melhor itinerário do usuário para cada prioridade sanitária pactuada, como subsídio para o desenho da RAS, incluindo a análise de como esta responde à essas prioridades, e como poderia/deveria responder, considerando-se a expectativa e a trajetória do usuário na rede (acesso em tempo adequado, excelência dos serviços, ganhos em saúde).
- Atividade 3: discutir a necessidade de ampliação do GTM com a composição de subgrupos técnicos para cada prioridade sanitária pactuada, incluindo profissionais e gestores atuantes nas áreas de atenção, vigilância e gestão em saúde de todos os níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária), sistemas de apoio e logísticos.
- Atividade 4: discutir e adaptar/ajustar as matrizes para identificação dos pontos de atenção e dos sistemas de apoio e logísticos, considerando-se o itinerário do usuário na RAS, definido para cada prioridade sanitária pactuada. Considerar nesta etapa o nível de atenção (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária) e o território sanitário (município, região de saúde, macrorregião de saúde), necessários para a garantia do cuidado integral.
- Atividade 5: discutir e adaptar/ajustar a matriz de competência dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos envolvidos no itinerário do usuário, definido a partir das prioridades sanitárias pactuadas na MRS. Considerar todos os níveis de atenção (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária) e o território sanitário

(município, região de saúde, macrorregião de saúde), necessários para a garantia do cuidado integral.

- Atividade 6 – discutir e propor a elaboração do plano de ação para a efetivação do produto da oficina nas MRS.

4.6 Texto de Apoio – Organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (Anexo I da Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017) estabelece que a RAS deve promover a integração de ações e serviços de saúde para possibilitar a continuidade, integralidade e qualidade da atenção, bem como melhorar o acesso, a efetividade em saúde e a eficiência econômica.

Para a organização da RAS, há a necessidade de identificar os seguintes componentes, nas regiões e macrorregiões de saúde:

- a) Atenção Primária: a cobertura populacional e capacidade operacional nos municípios das regiões de saúde, indicando as ações necessárias para a melhoria de sua estruturação e organização dos processos.
- b) Atenção Secundária e Terciária: os pontos de atenção para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar) na RAS e as suas carteiras de serviços.
- c) Sistemas de Apoio: os sistemas de apoio diagnósticos e terapêuticos, a assistência farmacêutica e os sistemas de informações em saúde necessários para viabilizar maior resolubilidade aos pontos de atenção.
- d) Sistemas Logísticos: os sistemas que possibilitam a integração dos pontos de atenção da RAS: transporte sanitário (eletivo e de urgência), central de regulação, para ordenar o fluxo de usuários e apoiar os profissionais da assistência na tomada de decisões; racionalizar o agendamento de consultas especializadas e exames especializados, central de leitos, entre outros.
- e) Sistema de Governança das RAS.

A organização da RAS exige a definição do território, que implica em estabelecer os seus limites geográficos, sua população e o rol de ações e serviços que serão ofertados na região e macrorregião de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção devem estar definidas e dimensionadas em função da necessidade da população, com vistas à acessibilidade e economia de escala, devendo ser observadas as pactuações entre a SES e as SMS, na CIB.

¹ Adaptado de: CONASS. Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (PASES). Apoio às SES no Processo de Planejamento Regional nas Macrorregiões de Saúde, 2019.

Definidas as prioridades sanitárias pela CIB, no âmbito da região e macrorregião de saúde, todos os pontos de atenção e serviços de apoio e logísticos, que correspondem a estrutura operacional da RAS deverão ser identificados e suas funções claramente estabelecidas.

A estrutura operacional da RAS é composta pelos seguintes elementos: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção à saúde, secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informações em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança.

A APS, na perspectiva das RAS, deve cumprir as seguintes funções: i) resolução dos problemas de saúde mais comuns na população; ii) a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; iii) a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS.

O Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) ou Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial deve ser referência para as mesmas equipes da APS dos municípios de uma ou mais regiões, possibilitando a continuidade do cuidado e a integração entre as equipes. Sua carteira de serviços deve ser atendida por uma equipe multiprofissional com atuação clínica interdisciplinar e deve garantir o cumprimento das suas funções assistenciais, de supervisão e educação permanente da APS e de pesquisa operacional.

Os Serviços de Apoio Diagnóstico Laboratorial devem ser organizados na fase pré-analítica, caracterizada principalmente pela coleta de material biológico e, na fase pós-analítica, pelo retorno do resultado do exame. Devem, idealmente, ser realizadas em cada unidade de APS. A fase analítica se beneficia pela concentração em uma única unidade de processamento das análises, alcançando escalas regionais ou macrorregionais. Sendo garantidos o transporte adequado do material biológico e uma infraestrutura para transferência dos resultados, quanto maior a escala, maior a eficiência e a qualidade deste serviço.

Da mesma maneira, considerando o ciclo da assistência farmacêutica, a dispensação de medicamentos do componente básico deve ser realizada nas unidades de APS e a dispensação de medicamentos do componente especializado deve observar o acesso definido em cada estado.

O transporte sanitário deve ser organizado para possibilitar o acesso, com segurança, qualidade e tempo oportuno aos pontos de atenção das RAS.

O sistema de acesso regulado deve favorecer o papel da APS como ordenadora dos fluxos e contrafluxos dos usuários na RAS, a partir dos critérios definidos nas diretrizes clínicas para o compartilhamento do cuidado com a AAE e atenção hospitalar, pactuados

entre os serviços.

4.7 Matriz para apoiar a identificação dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos que compõem a RAS para cada prioridade sanitária pactuada

Uma vez identificadas e pactuadas as prioridades sanitárias na MRS, todos os pontos de atenção e sistemas de apoio e logísticos, que correspondem à estrutura operacional das RAS necessários à organização do cuidado, deverão ser identificados. Neste momento, além de elencar os pontos de atenção e sistema de apoio e logísticos existentes, deve-se apontar as deficiências, vazios assistenciais e sobreposições observadas.

MATRIZ 1 - PONTOS DE ATENÇÃO

Prioridade Sanitária		
NÍVEL DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO	PONTO DE ATENÇÃO
Atenção Terciária	Macrorregião	
Atenção Secundária	Região de Saúde	
Atenção Primária	Município	

MATRIZ 2 - SISTEMAS DE APOIO

Prioridade Sanitária		
NÍVEL DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO	SISTEMA DE APOIO
Atenção Terciária	Macrorregião	
Atenção Secundária	Região de Saúde	
Atenção Primária	Município	

MATRIZ 3 - SISTEMAS LOGÍSTICOS

Prioridade Sanitária		
NÍVEL DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO	SISTEMA LOGÍSTICO
	Macrorregião	

Atenção Terciária		
Atenção Secundária	Região de Saúde	
Atenção Primária	Município	

4.8 Matriz para apoiar a definição das competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos que compõem a RAS definido para cada prioridade sanitária pactuada

Uma vez identificadas os pontos de atenção e sistemas de apoio e logístico necessários à organização do cuidado na MRS, devem ser definidas as competências, ou seja, as responsabilidades gerais de cada componente da RAS. Neste momento, além de identificar as competências já estabelecidas e operacionalizadas, deve-se propor a incorporação de novas competências de modo a garantir o cuidado integral. Nesta etapa podemos ampliar as discussões sobre deficiências, vazios assistenciais e sobreposições.

MATRIZ 4 - COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO, SISTEMAS DE APOIO E LOGÍSTICO

Prioridade Sanitária		
PONTOS DE ATENÇÃO		
TERRITÓRIO SANITÁRIO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
Macrorregião		
Região de Saúde		
Município		
SISTEMA DE APOIO		
TERRITÓRIO SANITÁRIO	SISTEMA DE APOIO	COMPETÊNCIA DO SISTEMA DE APOIO
Macrorregião		
Região de Saúde		
Município		
SISTEMA LOGÍSTICO		
TERRITÓRIO SANITÁRIO	SISTEMA LOGÍSTICO	COMPETÊNCIA DO SISTEMA LOGÍSTICO
Macrorregião		

Região de Saúde		
Município		

Para contribuir com esta atividade, apresentamos abaixo um modelo para apoiar a definição das competências para os pontos de atenção que poderá servir de base também para a definição das competências dos sistemas de apoio e logísticos.

Exemplo de Matriz de Competência dos Pontos de Atenção para a Hipertensão e Diabetes ²		
Território	Ponto de Atenção	Competência do Ponto de Atenção
Município Área de Abrangência das Unidades Básicas de Saúde (Nível Primário)	UBS	Hipertensão e Diabetes: <ul style="list-style-type: none"> Identificar e inscrever as pessoas com hipertensão e ou diabetes residentes no território, para acompanhamento pela equipe de saúde. Realizar as consultas, conforme o protocolo clínico. Solicitar os exames laboratoriais, conforme o protocolo clínico. Estratificar o risco, em cada atendimento, conforme o protocolo com hipertensão e ou diabetes. Elaborar e pactuar o plano de cuidados, de acordo com o grau de risco, com enfoque no autocuidado apoiado, para cada pessoa com hipertensão e ou diabetes. Acompanhar e apoiar as pessoas com hipertensão e ou diabetes durante a execução do plano de cuidados e do autocuidado. Encaminhar as pessoas com hipertensão e ou diabetes de alto risco para o centro de referência regional, conforme o protocolo clínico. Monitorar as pessoas com hipertensão e ou diabetes de alto risco, conforme o protocolo clínico. Realizar visitas domiciliares, conforme protocolo clínico. Realizar atividades educativas para as pessoas com hipertensão e ou diabetes, conforme protocolo clínico. Realizar atividades educativas para as pessoas com hipertensão e ou diabetes, conforme protocolo clínico.
Território	Ponto de Atenção	Competência do Ponto de Atenção

² Adaptado de: CONASS. Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (PASES). Apoio às SES no Processo de Planejamento Regional nas Macrorregiões de Saúde, 2019.

Região de Saúde (Nível Secundário)	Centro de Referência Regional	<ul style="list-style-type: none"> Interconsulta para pessoas com hipertensão e diabetes de alto risco: Realizar as consultas para pessoas com hipertensão e ou diabetes de alto risco, conforme o protocolo clínico. Solicitar os exames de apoio diagnóstico para pessoas com hipertensão e ou diabetes de alto risco, conforme o protocolo clínico. Realizar atividades educativas para pessoas com hipertensão e ou diabetes de alto risco e familiares. Educação permanente para as equipes da APS: Realizar atividades de educação permanente para as equipes da APS com foco na estratificação de risco e manejo clínico, conforme o protocolo clínico. Supervisão clínica para as equipes da APS: Realizar sessões clínicas com as equipes da APS com foco no acompanhamento dos casos para adesão ao plano de cuidados estabilização clínica das pessoas com hipertensão e ou diabetes de alto risco.
	UPA Hospital Secundário	<ul style="list-style-type: none"> Atendimento de urgência: Realizar atendimento às urgências clínicas para as pessoas com descompensações cardiocirculatórias. Internação de urgência: Realizar internamentos para os casos de urgências clínicas para as pessoas com descompensações cardiocirculatórias.
Macrorregião (Nível Terciário)	Hospital Terciário	<ul style="list-style-type: none"> Internação de emergência: Realizar internamentos às emergências clínicas para as complicações cardiocirculatórias, em especial para os infartos agudos do miocárdio (IAM) e os acidentes vasculares cerebrais (AVC).

4.9 Reuniões de acompanhamento para a realização do desenho da RAS e a definição das competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para as prioridades sanitárias pactuadas na MRS

Para suporte técnico no acompanhamento do GTM, a proposição é a divisão em 3 etapas:

- **Desenho da RAS:** Apoiar o GTM na definição do melhor itinerário para o usuário para cada prioridade sanitária pactuada na MRS, identificando, por nível de atenção, os pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos necessários à garantia do cuidado integral, considerando-se sua distribuição nos distintos territórios sanitários (municipal, regional e macrorregional) que compõem a estrutura operacional da RAS.

- **Definição das competências dos pontos de atenção:** Apoiar o GTM na definição das competências desejáveis (funções) para os pontos de atenção, permitindo identificar, já nesta etapa, vazios assistenciais e sobreposições de ações.
- **Definição de competências dos sistemas de apoio e logísticos:** Apoiar o GTM na definição das competências desejáveis (funções) para os sistemas de apoio e logísticos, considerando-se a definição dos pontos de atenção e suas competências para cada prioridade sanitária, permitindo a integração destes e a continuidade do cuidado.

5. OFICINA 2 - ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE PARAMETRIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL PARA OS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAS, REALIZANDO A AVALIAÇÃO DA SUFICIÊNCIA QUANTITATIVA E QUALITATIVA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

5.1 Objetivo

Prestar suporte técnico e metodológico ao GCE e GTM para: i) alinhamento conceitual; ii) instrumentalização para elaboração da proposta de parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RAS, realizando a avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde para cada prioridade sanitária pactuada na MRS.

5.2 Produto

Proposta de parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RAS para as prioridades sanitárias, pactuadas na MRS.

5.3 Público-alvo

GCE e GTM

5.4 Tempo

8 horas

5.5 Atividades

Para alcançar o objetivo e desenvolver o produto, propõe-se a realização das seguintes atividades:

- Atividade 1: realizar alinhamento conceitual e debate sobre o tema - parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RAS - avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde.
- Atividade 2: discutir os critérios e parâmetros referenciais a serem utilizados para o planejamento, programação, organização e avaliação das ações e serviços de saúde regidos pela lógica das necessidades de saúde da população (prioridades sanitárias) e da organização da RAS, com o objetivo de contribuir para (i) a definição de critérios de alocação de recursos necessários para assegurar a atenção à saúde em cada município e MRS; (ii) a organização das atividades de regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, com vistas a um cuidado integral e resolutivo; (iii) a orientação de investimentos na ampliação ou readequação da infraestrutura física e composição de Recursos Humanos da RAS.
- Atividade 3: discutir estratégias para a sistematização e avaliação das informações sobre estrutura existente, capacidade instalada, fluxos de acesso, vazios assistenciais e sobreposição de ações e serviços de saúde, considerando-se os critérios e parâmetros referenciais utilizados para as prioridades sanitárias pactuadas.
- Atividade 4 – apresentar, discutir e propor a elaboração do plano de ação para a efetivação do produto da oficina.

5.6 Texto de Apoio – Uma nova lógica para os parâmetros assistenciais no Brasil³

A tradição da saúde pública no Brasil denomina “parâmetros” as recomendações técnicas, geralmente de caráter normativo, expressas em concentrações per capita desejadas para serviços de saúde. A introdução dos parâmetros no balizamento da programação em saúde tem origem no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, extinto em 1994. Em 1982, O INAMPS editou a Portaria nº 3.046, com os “parâmetros” que iriam orientar o cálculo das metas da Programação e Orçamento Integrada (POI) no período das Ações Integradas de Saúde (AIS).

Marco importante na história dos parâmetros assistenciais na saúde, a Portaria nº

³ Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

3.046/1982 estabeleceu os chamados “parâmetros de cobertura” de consultas médicas, exames complementares e internações voltados à população de beneficiários do sistema de previdência social, bem como “parâmetros de produtividade”, ou seja, número de consultas/médico/hora e internações leito/ano, destinados a estimar a capacidade de produção de serviços assistenciais das instituições contratadas. Esses critérios teriam, à época, um caráter restritivo e racionalizador do uso dos recursos e um aspecto francamente normativo, que marcou a prática de programação dos recursos para a assistência à saúde nas décadas seguintes.

Em 2002, quase quinze anos após a reforma sanitária que criou o Sistema Único de Saúde, a edição da Portaria nº 1.101 representou uma atualização nos parâmetros de produção de serviços contidos na Portaria nº 3.046/1982. No entanto, a nova norma reproduziu a lógica de pagamento por procedimentos e de parâmetros voltados à indução do crescimento de alguns serviços e inibição de outros, sem basear-se em evidências científicas acerca do volume de serviços necessários para o controle de condições de saúde específicas e para o atendimento às necessidades de saúde da população.

Em 2006, a partir do Pacto pela Saúde, foi introduzido um cálculo de necessidades de saúde na metodologia da Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI Assistencial) com base em recomendações das áreas técnicas do Ministério da Saúde (Portaria GM nº 1.097 de 22 de maio de 2006). No entanto, esse processo não foi precedido de uma discussão mais aprofundada que permitisse um “olhar” às evidências internacionais e parâmetros mais condizentes com a realidade brasileira.

A aprovação do Caderno de Parâmetros, resultado dos estudos apresentados na Consulta Pública SAS nº 06/2014 propôs uma nova lógica de definição dos parâmetros da atenção para as necessidades de saúde, trazendo elementos que embasassem estimativas de oferta desejada de um rol de ações e serviços com vistas à minimização de riscos, agravos, condições clínicas ou doenças de conjuntos populacionais.

Tal processo apontou para a direção de uma atenção de qualidade, com garantia da integralidade e continuidade do cuidado, com base em evidências científicas da eficácia das tecnologias adotadas, e levando em conta o padrão de desenvolvimento tecnológico, econômico e social do país.

Na realização dos estudos que embasaram as proposições de parâmetros de planejamento e programação de ações e serviços de saúde, partiu-se de alguns pressupostos, que se constituíram em diretrizes orientadoras da lógica proposta:

Redução das desigualdades

O reconhecimento das profundas desigualdades no acesso aos serviços de saúde no

país obriga a elaboração de propostas que induzam o crescimento da oferta adequada de serviços de saúde em todas as regiões do território nacional, de forma a que se busque um perfil de oferta mais equilibrado e harmônico.

Reorientação para as necessidades

Conforme já se salientou, proposições anteriores de parâmetros objetivaram fortemente a racionalização do uso dos recursos disponíveis, funcionando como limites forçados, delimitados pela capacidade de financiamento. O contexto atual exerce forte pressão para o crescimento quantitativo da oferta de serviços de saúde, aliado a crescentes demandas pela melhoria da qualidade dos mesmos. Assim, a busca do presente processo é não apenas romper com a tradicional fixação das proposições de parâmetros simplesmente pelo ajuste dos valores das séries temporais da oferta dos serviços, mas reorientar a lógica de definição dos parâmetros de atenção a partir da avaliação das necessidades em saúde, com base em métodos epidemiológicos, qualitativos e comparativos para a descrição dos problemas de saúde de uma população. Isso permite não apenas a otimização dos recursos disponíveis ou a serem desenvolvidos, mas principalmente, a identificação de iniquidades de acesso e a definição de prioridades para alocação de recursos (WRIGHT, J. et al., 1998). Procurou-se tratar na proposição dos parâmetros, exclusivamente, de necessidades de serviços de saúde. Mesmo esse escopo mais limitado desse complexo objeto engloba um amplo conjunto de questões que profissionais de saúde, gestores e planejadores costumam delimitar de forma diferente do que seriam as expectativas das pessoas que recorrem a esses serviços buscando apoio para resolver uma extensa gama de problemas. A análise detida de sistemas municipais de saúde que contam com complexos reguladores implantados há longo período e com coberturas expressivas do Programa de Saúde da Família serviram como referenciais privilegiados para comparação e fixação dos parâmetros (benchmarking), reconhecendo-se as limitações diversas inerentes a essa metodologia, como os distintos perfis epidemiológicos, demográficos, formação médica e traços culturais das populações, que modificam o perfil da demanda e da utilização dos serviços de saúde.

Regionalização

A Regionalização tem sido a resposta mais eficaz para reduzir a fragmentação dos sistemas de saúde, ampliar o acesso e a resolutividade das ações e serviços de saúde. A interdependência entre os entes federativos possibilita resolver problemas típicos da

gestão em saúde, como: dificuldades de aquisição de equipamentos e insumos de alto custo; contratação de profissionais especializados; escassez da oferta de determinados serviços, entre outros. O princípio da suficiência implica que a rede de atenção à saúde só se completa na macrorregião, porque só nela estão presentes todos os serviços de atenção primária e especializada. Nesse sentido, a necessidade de coordenação entre os sistemas municipais no caso da atenção especializada é evidente, visto que a maioria dos municípios dispõe apenas de serviços básicos, devendo os serviços ser providos em municípios da mesma Região de Saúde ou mesmo de outras regiões. Para tanto, o planejamento das estruturas sanitárias e dos fluxos de usuários deve ser objeto do Planejamento Regional Integrado, bem como a fixação dos quantitativos de metas de atendimentos e correspondentes recursos para a cobertura de custeio.

Por fim, estes parâmetros pretendem contribuir na definição dos critérios de planejamento da localização geográfica dos recursos da atenção especializada, que e devem ser complementados com diversos outros critérios e parâmetros de qualidade dos serviços, segurança dos usuários, segurança dos trabalhadores da saúde, necessidade de transporte sanitário, sistemas de comunicação, assistência farmacêutica, normas construtivas e de equipamentos e dispositivos e insumos sanitários, conformando os padrões de estrutura e funcionamento da RAS.

5.7 Critérios e parâmetros para a programação e planejamento no SUS

A Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, aprovou critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, destacando em seu Art. 3º que:

Os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde, podendo sofrer adequações no nível das Unidades da Federação e Regiões de Saúde, de acordo com as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros (BRASIL, 2015).

Os parâmetros de planejamento e programação devem ser considerados referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, sendo que os Estados e Municípios **podem** promover a sua alteração, realizando os ajustes necessários

para adequação à realidade epidemiológica, demográfica, patamares de oferta e ao estágio de estruturação da Rede de Atenção à Saúde existente em seus territórios.

Conforme diretrizes estabelecidas na Portaria nº 4.279/2010, a programação assistencial deve ser realizada com base nas necessidades da população para atendimentos nos pontos de atenção da RAS, a partir da identificação e estratificação de risco, tendo como referência a parametrização assistencial estabelecida na diretriz clínica ou nota técnica municipal, regional e/ou estadual, elaboradas com base em evidências científicas, para atender, de forma adequada e resolutive, em função do grau de risco.

5.7.1 Parâmetros populacionais para a estimativa das condições crônicas⁴

GESTÇÃO E PUERPÉRIO

Gestante	110 % do número de nascidos vivos do último SINASC (MS, 2011 e 2015)
Puérpera	100% do número de gestantes (MS, 2015)

CICLO DE VIDA DA CRIANÇA

Faixa etária	
0 a 1 e 11m	2 x nº de NV no último ano disponível
Demais faixas etárias	Cadastro realizado pelas equipes da APS ou estimativa populacional

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - HAS

Hipertenso (parâmetro geral)	21,4% da população > 20 anos (MS, 2015)
Hipertenso (parâmetro por faixa etária)	19,8% da população > 18 anos (PNS, 2013)
18 a 29 anos	3,7% da população na faixa etária
30 a 59 anos	18,9% da população na faixa etária
60 a 64 anos	45,2% da população na faixa etária
65 a 74 anos	44,8% da população na faixa etária
75 anos +	39,0% da população na faixa etária

Obs.: A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial cita que, no Brasil, HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos (SBC, 2016). Dados do VIGITEL 2017 indicaram que a frequência de adultos (> 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 24,3%, variando entre 16,1% em Palmas e 30,7% no Rio de Janeiro (VIGITEL, 2017).

DIABETES MELLITUS - DM

Diabético (parâmetro geral)	6,9% da população > 20 anos
Diabetes associada a HAS	40% dos diabéticos
Diabético (parâmetro por faixa etária)	4,6% da população > 18 anos (PNS, 2013)
18 a 29 anos	0,8% da população na faixa etária

⁴ CONASS. Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (PASES). Apoio às SES no Processo de Planejamento Regional nas Macrorregiões de Saúde, 2019.

30 a 59 anos	3,6% da população na faixa etária
60 a 64 anos	13,7% da população na faixa etária
65 a 74 anos	14,4% da população na faixa etária
75 anos +	9,0% da população na faixa etária
Diabetes Tipo I	
Incidência	7,6 casos novos / 100 mil hab. / ano (SBD, 2017-18)

Obs.: Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes (*International Diabetes Federation*, IDF) estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade vivia com diabetes. Há marcantes diferenças na prevalência do diabetes entre diversas regiões, grupos étnicos e estilo de vida (SBD, 2017-18). Dados do VIGITEL 2017 indicaram que a frequência de adultos (> 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 7,6%, variando entre 4,5% em Palmas e 8,8% no Rio de Janeiro (VIGITEL, 2017).

CÂNCER DE MAMA

Incidência	56,33 casos novos / 100 mil mulheres / ano (INCA, 2018)
------------	---

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Incidência	15,43 casos novos / 100 mil mulheres / ano (INCA, 2018)
------------	---

5.7.2 Parâmetros de necessidade de consultas em urgência e emergência⁵

CONSULTAS URGÊNCIA/EMERGÊNCIA POR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

30 a 40 % da população total da região ou MRS apresentam necessidades em urgência e emergência, no ano.	0,5 a 1% vermelho
	5 a 10% laranja
	40% amarelo
	35% verde
	14 a 19.5% azul

5.8 Reuniões de acompanhamento para a elaboração da parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RAS, com a avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde para cada prioridade sanitária pactuada na MRS

Para suporte técnico no acompanhamento do GTM, a proposição é a divisão em 2 etapas:

- **Parametrização e programação assistencial:** Apoiar o GTM na definição de parâmetros para cada prioridade sanitária pactuada na MRS a serem utilizados como referência para a proposta de programação assistencial. Nesta etapa é importante

⁵ CONASS. Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (PASES). Apoio às SES no Processo de Planejamento Regional nas Macrorregiões de Saúde, 2019.

produzir aproximação com as normas vigentes bem como com experiências regionais e estaduais, permitindo a definição de parâmetros adequados a realidade local.

- **Avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde:**
Apoiar o GTM na avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde tendo como base os parâmetros definidos para as prioridades sanitárias pactuadas na MRS.

6. OFICINA 3 – GOVERNANÇA DO SUS E APOIO A ELABORAÇÃO DE PROPOSTA PARA COMPOSIÇÃO, ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES DO CEGRAS

6.1 Objetivo

Prestar suporte técnico e metodológico ao GCE e GTM para: i) alinhamento conceitual; ii) instrumentalização para a elaboração de proposta para a composição, atribuições, competências e atividades do CEGRAS.

6.2 Produto

Definição da composição, atribuições, competências e atividades do CEGRAS.

6.3 Público-alvo

GCE e GTM

6.4 Tempo

8 horas

6.5 Atividades

Para alcançar o objetivo e desenvolver o produto, propõe-se a realização das seguintes atividades:

- Atividade 1: realizar alinhamento conceitual e debate sobre o tema - governança do SUS (governança em rede, governança intergovernamental, composição pluri-institucional na governança da RAS).

- Atividade 2: discutir e construir proposta de composição, atribuições, competências e atividades do CEGRAS. Sugere-se discutir as possibilidades de incorporação dos profissionais, gestores e prestadores de serviço que contribuíram nas atividades até aqui desenvolvidas, possibilitando uma nova prática de governança, de composição pluri-institucional.
- Atividade 3: discutir e propor a elaboração do plano de ação para a efetivação do produto da oficina.

6.6 Texto de Apoio - Comitê Executivo de Governança da RAS⁶

No processo de governança do SUS há forte interdependência federativa nos procedimentos de formulação e implementação de políticas, na organização e gestão de redes de atenção à saúde, sendo que as estratégias e os instrumentos de coordenação intergovernamental assumem papel de destaque na regionalização. As relações de autoridade estabelecidas entre as esferas de governo são de autoridade igual ou superposta, com equivalências na distribuição do poder institucional e uma relação de negociação entre as esferas de governo. Exercem esse papel de governança intergovernamental no SUS as Comissões Intergestores: Bipartite (CIB), Regional (CIR) e Tripartite (CIT).

Contudo, para além da governança intergovernamental, no contexto das RAS deve ser considerada uma nova prática de governança, de composição pluri-institucional, que auxilia na operacionalização das decisões tomadas nas comissões intergestores, organiza e coordena a interação entre seus atores de forma a gerar um excedente cooperativo e obter melhores resultados sanitários e econômicos. Nesse sentido, foi instituído pela Resolução CIT nº 23/2017, consolidada na Resolução CIT nº 01/2021, o Comitê Executivo de Governança da RAS, de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS, fornecer subsídios para a tomada de decisão na macrorregião-território onde a RAS se completa - e contribuir para a efetivação dos acordos pactuados nas CIB e CIR.

Deverão participar desse Comitê gestores das três esferas de governo, prestadores de serviços e representantes do Controle Social. A Resolução estabelece ainda, que a CIB definirá a composição, atribuições e funcionamento do Comitê Executivo de Governança da RAS.

Sugestões de atribuições do Comitê:

- a) Acompanhar o funcionamento da RAS nos diversos pontos de atenção da rede;

⁶ Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado. MS, CONASS e CONASEMS (2018).

- b) Monitorar os objetivos e as metas da RAS que devem ser cumpridas em curto, médio e longo prazos;
- c) Monitorar os indicadores estabelecidos no painel de bordo da RAS na Macrorregião;
- d) Recomendar novos arranjos, fluxos e organização da RAS;
- e) Recomendar capacitações e Educação Permanente para as equipes de saúde;
- f) Recomendar medidas que favoreçam as articulações das políticas interinstitucionais;
- g) Encaminhar para a CIB Estadual as recomendações.

A Secretaria Estadual da Saúde deverá coordenar as reuniões do Comitê, que será organizado e começará a funcionar a partir da implantação das redes nas macrorregiões de saúde.

6.7 Reuniões de acompanhamento para a definição das atribuições, competências e atividades do CEGRAS

Para suporte técnico no acompanhamento do GCE e GTM, a proposição é a divisão em 2 fases:

- **Composição, Atribuições e Competências do CEGRAS:** A Resolução CIT nº 23/2017 define que deverão participar do CEGRAS gestores das três esferas de governo, prestadores de serviços e representante do Controle Social. Recomenda-se que neste momento, GCE e GTM definam uma proposta de composição do CEGRAS, considerando-se o contexto macrorregional e estadual bem como elaborem uma proposta que contemple as atribuições e competências do CEGRAS nas MRS.
- **Atividades do CEGRAS:** Com base na proposta de atribuições e competências do CEGRAS, GCE e GTM devem propor um elenco de atividades a serem desenvolvidas bem como a dinâmica de funcionamento do mesmo.

7 ENCAMINHAMENTO

Após a elaboração da proposta de organização dos pontos de atenção da RAS para a programação macrorregional das ações e serviços de saúde realizada por meio do desenho da RAS, da parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção com avaliação da suficiência quantitativa e qualitativa das ações e serviços de saúde e da definição da composição, atribuições, competências e atividades do CEGRAS, seu produto deve ser validado por todos os municípios da MRS e posteriormente pactuado nas instâncias

deliberativas. Sugere-se que o Articulador possa prestar suporte ao GCE e GTM na sistematização para apresentação e pactuação junto à CIR e CIB.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação MS/GM nº 03 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Capítulo 1. (Origem: PRT nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 31 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação MS/GM nº 01 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Capítulo 1, artigos 102 a 106. (Origem: PRT nº 1.631/2015). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 31 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ago. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html. Acesso em: 1 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS); CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado. [Brasília, DF]: MS, 2018b. E-book. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_tripartite_planejamento_regional_integrado.pdf. Acesso em: fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite. Diário Oficial da União, Brasília, DF, jun. 2021, Edição: 103, Seção: 1, 95. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-consolidacao-cit-n-1-de-30-de-marco-de-2021-323572057>. Acesso em: nov. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Regionalização da Saúde: posicionamento e recomendações. Brasília: CONASEMS, 2019. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-1.pdf>. Acesso em: out. 2021.

CONASS. Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (PASES). Apoio às SES no Processo de Planejamento Regional nas Macrorregiões de Saúde, 2019.

ANEXO I – Parametrização e programação assistencial para os pontos de atenção da RAS

Conforme diretrizes estabelecidas na Portaria nº 4.279/2010, a programação assistencial deve ser realizada com base nas necessidades da população para atendimentos nos pontos de atenção da RAS, a partir da identificação e estratificação de risco, tendo como referência a parametrização assistencial estabelecida na diretriz clínica ou nota técnica elaboradas com base em evidências científicas, para atender, de forma adequada e resolutiva, em função do grau de risco.

Como exemplo, segue na sequência “print” das planilhas de programação de Rede Materno Infantil, utilizadas no Projeto Planificação da Atenção à Saúde (2018), elaboradas no formato Excel. O instrumento permite calcular, de forma automática, a programação do cuidado na Rede Materno-Infantil, a partir da definição dos parâmetros pactuados pela região de saúde, induzindo à superação da lógica de programação baseada na oferta/série histórica de produção.

Destaca-se que os parâmetros de referência sugeridos nas planilhas - organizadas em abas e orientadas por um tutorial - são passíveis de ajustes conforme a realidade dos territórios. A seguir descrição das planilhas que compõem o referido instrumento:

1. A aba "BasePop" identifica a subpopulação alvo, para a qual é programada a atenção.
2. A aba "Mat.Inf.-APS" programa as ações de cuidado na atenção primária à saúde e identifica a demanda para os outros pontos de atenção e apoio diagnóstico e logístico, de acordo com a estratificação de risco da usuária.
3. A aba "Mat.Inf.-AAE" programa as ações de cuidado secundário especializado, no ambulatório de alto risco.
4. A aba "Mat.Inf.-Mat.RH" programa as ações da Maternidade de Risco Habitual de referência para os municípios da região.
5. A aba "Mat.Inf.-Mat.AR" programa as ações da Maternidade de Alto Risco de referência para os municípios da região.
6. A aba "Mat.Inf.-ApDiag" programa os exames laboratoriais de rotina do pré-natal e ultrassom.
7. A programação é elaborada por município e consolidada por região, como pode se observar:

1. "BasePop":

Programação Regional Integrada
BASE POPULACIONAL

Obs. Ler antes de: [Tutorial - Base Populacional](#)

(Tutorial 1.1)		(Tutorial 1.2)		(Tutorial 1.3)			(Tutorial 1.4)			(Tutorial 1.5)
Região de saúde (seu nome):		Número de NASCIDOS VIVOS		Número de GESTANTES estimadas			Número de CRIANÇAS de 0-1111m estimadas			Taxa de UTILIZAÇÃO SUS
Total de municípios: 0		Ano de referência (anos de referência): 2017	% do total da região	TOTAL	RISCO HABITUAL	ALTO RISCO	TOTAL	RISCO HABITUAL	ALTO RISCO	
MUNICÍPIOS (seu nome):				do total de NV	do total de gestantes	do total de gestantes	Número de crianças cadastradas nas UBS	do total de crianças	do total de crianças	

2. "Mat.Inf.-APS":

Programação Regional Integrada ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

GESTANTE e PUÉRPERA

Obs. Ler antes de: [Tutorial - Programação APS - Gestante](#)

(Tutorial 2.1)				(Tutorial 2.2)				(Tutorial 2.3)					
Região de saúde:	Cobertura no acompanhamento das GESTANTES			PROGRAMAÇÃO				Acompanhamento da GESTANTE de Risco HABITUAL e ALTO Risco			Acompanhamento da PUÉRPERA		
	Gestantes ESTIMADAS (com aplicação da Tabela de Utilização do SUS definida pelo município)	Total de gestantes ACOMPANHADAS	COBERTURA atual	META (por município, sobre as gestantes estimadas)	Número de GESTANTES programadas			Consultas		Avaliação odontológica	Atendimento em grupo	1ª consulta	2ª consulta
					TOTAL	RISCO HABITUAL	ALTO RISCO	Enfermeiro	Médico	Dentista	NASF	Enfermeiro	Médico
Total de municípios:													
MUNICÍPIOS													

Programação Regional Integrada ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

(Tutorial 2.4)						(Tutorial 2.4)			
<div>Região de saúde:</div> <div>01</div> <div>Total de municípios:</div> <div>MUNICÍPIOS</div>	Marcadores do cuidado da gestante de Risco HABITUAL e ALTO Risco					Continuidade do cuidado			
	Estratificação de risco (em todas as atendimentos)	Exames laboratoriais (elenco previsto na diretriz)	Vacinação (calendário vigente)	Vinculação com a Maternidade (de referência definida na RAS)	Cartão da Gestante (entrega e atualização nos atendimentos)	N. gestantes para cuidado compartilhado com o Pré-Natal de Alto Risco	Número de gestantes a serem vinculadas às Maternidades de referência		
	10000%	10000%	10000%	10000%	10000%	10000%	Risco Habitual	Alto Risco	
	das gestantes	das gestantes	das gestantes	das gestantes	das gestantes	das gest. AR	das gest. RH	das gest. AR	
	00	00	00	00	00	00	00	00	
	00	00	00	00	00	00	00	00	

Programação Regional Integrada ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CRIANÇA 0 - 1a11m

Obs. Ler antes de: [Tutorial - Programação APS - Criança](#)

(Tutorial 2.6)				(Tutorial 2.7)				(Tutorial 2.8)				
Região de saúde:	Cobertura no acompanhamento das CRIANÇAS			PROGRAMAÇÃO			Acompanhamento da CRIANÇA de Risco HABITUAL e ALTO Risco					
	Crianças ESTIMADAS (com aplicação da Tabela de Utilização do SUS definida pelo município)	Total de crianças ACOMPANHADAS	COBERTURA atual	META (por município, sobre as crianças estimadas)	Número de CRIANÇAS programadas			Consultas		Avaliação odontológica	Atendimento em grupo	
					TOTAL	RISCO HABITUAL	ALTO RISCO					
				Total de municípios:								
MUNICÍPIOS												

Programação Regional Integrada ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

(Tutorial 2.9)					(Tutorial 2.10)	
Região de saúde:	Marcadores do cuidado da CRIANÇA de Risco HABITUAL e ALTO Risco					Continuidade do cuidado
	Estratificação de risco (em todas as atendimentos)	Triagem neonatal (elenco de exames previstos na diretriz)	Vacinação (calendário vigente)	Crescimento e desenvolvimento (avaliação)	Cartão da Criança (entrega e atualização nos atendimentos)	N. crianças para cuidado compartilhado com o Ambulatório de Alto Risco
	10000%	10000%	10000%	10000%	10000%	das cri. AR
Total de municípios:						
MUNICÍPIOS						

Programação Regional Integrada

CAPACIDADE OPERACIONAL DA EQUIPE

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Obs. Ler antes o [Tutorial - Capacidade Operacional APS](#)

Região de saúde:	(Tutorial 2.1.1)			(Tutorial 2.1.1)			(Tutorial 2.1.1)			(Tutorial 2.1.1)			
	ENFERMEIRO			MÉDICO			CIRURGIÃO DENTISTA			ATIVIDADES EM GRUPO			
	(para todos os enfermeiros da APS)			(para todos os médicos da APS)			(para todos os dentistas da APS)			(para todos os profissionais NASF e/ou CSF da APS)			
	Total de consultas programadas para o enfermeiro	Carga horária anual (em horas) necessária	Carga horária semanal (em horas) necessária	Total de consultas programadas para o médico	Carga horária anual (em horas) necessária	Carga horária semanal (em horas) necessária	Total de consultas programadas para o dentista	Carga horária anual (em horas) necessária	Carga horária semanal (em horas) necessária	Total de participações em grupo programadas	Total de grupos anuais programados	Carga horária anual (em horas) necessária	Carga horária semanal (em horas) necessária
Total de municípios:	(soma das consultas programadas)	Duração média: 15 min./consulta		(soma das consultas programadas)	Duração média: 15 min./consulta		(soma das consultas programadas)	Duração média: 15 min./consulta		(soma das participações programadas)	(soma dos participantes anuais / grupo)	Duração média: 20 min./consulta	
MUNICÍPIOS	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01

3."Mat.Inf.-AAE":

Programação Regional Integrada

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

GESTANTE de ALTO RISCO

Obs. Ler antes o [Tutorial - Programação AAE](#)

Região de saúde:	(Tutorial 3.1)		(Tutorial 3.1)		(Tutorial 3.2)		(Tutorial 3.3)						(Tutorial 3.3)				
	Gestantes com acompanhamento compartilhado pela APS		PROGRAMAÇÃO		META		Número de atendimentos da equipe multiprofissional para acompanhamento das gestantes de ALTO RISCO						Número de exames especializados para as gestantes de ALTO RISCO				
							Médico Obstetra	Enfermeiro	Psicólogo	Assistente Social	Nutricionista	Fisioterapeuta	Ultrassom Obstétrico	Ultrassom Obstétrico com doppler	Ultrassom Morfológico	Tocodensitografia anteparto	ECG
Total de municípios:							consultas / gest. AR	consultas / gest. AR	consultas / gest. AR	consultas / gest. AR	consultas / gest. AR	consultas / gest. AR	exames / gest. AR	exames / gest. AR	exames / gest. AR	exames / gest. AR	exames / gest. AR
MUNICÍPIOS	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01

Programação Regional Integrada

CRIANÇA de ALTO RISCO

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Obs. Ler antes o [Tutorial - Programação AAE - Criança AR](#)

Região de saúde:	(Tutorial 3.4)		(Tutorial 3.5)		(Tutorial 3.6)						
	Crianças com acompanhamento compartilhado pela APS		PROGRAMAÇÃO		Número de atendimentos da equipe multiprofissional para acompanhamento das crianças de ALTO RISCO						
					Médico Pediatra	Enfermeiro	Assistente Social	Nutricionista	Psicólogo	Fisioterapeuta	Fonoaudiólogo
Total de municípios:					consultas / CR	consultas / CR	consultas / CR	consultas / CR	consultas / CR	consultas / CR	consultas / CR
MUNICÍPIOS	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01

Programação Regional Integrada

CAPACIDADE OPERACIONAL DA EQUIPE

ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Obs. Ler antes o [Tutorial - Capacidade Operacional AAE](#)

Região de saúde:	(Tutorial 3.7)			(Tutorial 3.7)			(Tutorial 3.7)			(Tutorial 3.7)		
	ENFERMEIRO			MÉDICO OBSTETRA			MÉDICO PEDIATRA			MÉDICO PEDIATRA		
	Total de consultas programadas para o enfermeiro	Carga horária anual (em horas) necessária	Carga horária semanal (em horas) necessária	Total de consultas programadas para o médico obstetra	Carga horária anual (em horas) necessária	Carga horária semanal (em horas) necessária	Total de consultas programadas para o médico pediatra	Carga horária anual (em horas) necessária	Carga horária semanal (em horas) necessária	Total de consultas programadas para o médico pediatra	Carga horária anual (em horas) necessária	Carga horária semanal (em horas) necessária
Total de municípios:	(soma das consultas programadas)	Duração média: 15 min./consulta		(soma das consultas programadas)	Duração média: 15 min./consulta		(soma das consultas programadas)	Duração média: 15 min./consulta		(soma das consultas programadas)	Duração média: 15 min./consulta	
MUNICÍPIOS	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01

Região de saúde:	PSICÓLOGO			ASSISTENTE SOCIAL			NUTRICIONISTA		
	Total de consultas programadas para o psicólogo	Carga horária anual (em horas) necessária	Carga horária semanal (em horas) necessária	Total de consultas programadas para o psicólogo	Carga horária anual (em horas) necessária	Carga horária semanal (em horas) necessária	Total de consultas programadas para o nutricionista	Carga horária anual (em horas) necessária	Carga horária semanal (em horas) necessária
	(soma das consultas programadas)	Duração média: X min. / consulta		(soma das consultas programadas)	Duração média: X min. / consulta		(soma das consultas programadas)	Duração média: X min. / consulta	
Total de municípios:	01								
MUNICÍPIOS	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01

Região de saúde:	FISIOTERAPEUTA			FONOAUDIÓLOGO		
	Total de consultas programadas para o fisioterapeuta	Carga horária anual (em horas) necessária	Carga horária semanal (em horas) necessária	Total de consultas programadas para o fonoaudiólogo	Carga horária anual (em horas) necessária	Carga horária semanal (em horas) necessária
	(soma das consultas programadas)	Duração média: 15 min. / consulta		(soma das consultas programadas)	Duração média: 15 min. / consulta	
Total de municípios:	01					
MUNICÍPIOS	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01

4."Mat.Inf.-Mat.RH"

Programação Regional Integrada

ATENÇÃO HOSPITALAR DE RISCO HABITUAL

Obs. Ler antes de: [Tutorial - Programação Maternidade de Risco](#)

(Tutorial 1.1)		(Tutorial 4.1)		(Tutorial 4.2)				(Tutorial 4.2)			
Região de saúde:		Gestantes programadas para a Maternidade de RISCO HABITUAL de referência		ESTRUTURA necessária para atenção hospitalar à gestante de RISCO HABITUAL				ESTRUTURA necessária para atenção hospitalar à gestante de RISCO HABITUAL			
				Pré-parto		Parto		Parto		Pós-parto	
						Parto normal		Parto cesáreo		Pós-parto sem intercorrências	
				Número de parturientes programadas	Número de leitos necessários	Número de partos programados (de acordo com a meta definida)	Número de salas necessárias	Número de partos programados (de acordo com a meta definida)	Número de salas necessárias	Número de puérperas potencialmente saudáveis	Leitos de Alojamento Conjunto necessários
				100%	0,2%	100%	0,1	100%	0,1	100%	0,1
				das gest. RH	leitos/1.000 gest. RH	das gest. RH	salas/1.000 gest. RH	das gest. RH	salas/1.000 gest. RH	das gest. RH	leitos/1.000 gest. RH
Total de municípios:	01										
MUNICÍPIOS	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01

Programação Regional Integrada

ATENÇÃO HOSPITALAR DE RISCO HABITUAL

(Tutorial 1.1)		(Tutorial 4.1)		(Tutorial 4.2)				(Tutorial 4.2)			
Região de saúde:		Gestantes programadas para a Maternidade de RISCO HABITUAL de referência		ESTRUTURA necessária para atenção hospitalar à gestante de RISCO HABITUAL				ESTRUTURA necessária para atenção hospitalar à gestante de RISCO HABITUAL			
				Pré-parto		Parto		Parto		Pós-parto	
						Parto normal		Parto cesáreo		Pós-parto sem intercorrências	
				Número de parturientes programadas	Número de leitos necessários	Número de partos programados (de acordo com a meta definida)	Número de salas necessárias	Número de partos programados (de acordo com a meta definida)	Número de salas necessárias	Número de puérperas potencialmente saudáveis	Leitos de Alojamento Conjunto necessários
				100%	0,2%	100%	0,1	100%	0,1	100%	0,1
				das gest. RH	leitos/1.000 gest. RH	das gest. RH	salas/1.000 gest. RH	das gest. RH	salas/1.000 gest. RH	das gest. RH	leitos/1.000 gest. RH
Total de municípios:	01										
MUNICÍPIOS	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01
	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01

5. "Mat.Inf.-Mat.AR"

Programação Regional Integrada

ATENÇÃO HOSPITALAR DE ALTO RISCO

Obs. Ler antes de: [Tutorial - Programação Maternidade AR](#)

(Tutorial 1.1)	(Tutorial 4.1)	(Tutorial 4.2)	(Tutorial 4.2)						
Região de saúde:	Gestantes programadas para a Maternidade de ALTO RISCO de referência	ESTRUTURA necessária para atenção hospitalar à gestante de ALTO RISCO							
		Pré-parto		Parto				Pós-parto	
		Número de parturientes programadas	Número de leitos necessários	Parto normal		Parto cesáreo		RN críticos com necessidade de estabilização pré-parto imediata e transporte intra-hospitalar p/ UNN	Puerpera sem intercorrências
				Número de partos programados (de acordo com a meta definida)	Número de salas necessárias	Número de partos programados (de acordo com a meta definida)	Número de salas necessárias		Número de puérperas potencialmente saudáveis
									leitos de Alojamento Conjunto maternários
Total de municípios:									
MUNICÍPIOS									

Programação Regional Integrada

ATENÇÃO HOSPITALAR DE ALTO RISCO

(Tutorial 1.1)	(Tutorial 4.1)	(Tutorial 4.2)							
Região de saúde:	Gestantes programadas para a Maternidade de ALTO RISCO de referência	ESTRUTURA necessária para atenção hospitalar à gestante de ALTO RISCO							
		Puerpera de risco				RN crítico (nascidos na Maternidade de RH e AR)			
		Número de puérperas com intercorrências	Leitos necessários para estabilização da puérpera na Mat. AR	Leitos UTI adulto necessários para internação da puérpera	Transportes necessários para UTI adulto	Número de Nasidos Vivos reais	leitos UTIN	Leitos UCIN - Co CONVENCIONAL	Leitos UCIN - Co CANGURU
									TOTAL de leitos da Unidade de Cuidados Progressivos Neonatais
Total de municípios:									
MUNICÍPIOS									

6. "Mat.Inf.-ApDiag"

Programação Regional Integrada

APOIO DIAGNÓSTICO

Obs. Ler antes de: [Tutorial - Apoio Diagnóstico](#)

(Tutorial 1.1)		(Tutorial 2.5)							
Região de saúde:	Número de GESTANTES programadas	Exames laboratoriais para gestantes de Risco HABITUAL e ALTO Risco							
		Hemograma	Grupo Sanguíneo	Fator Rh	Coombs Indireto	Electroforese de Hb	Glicemia jejum	TTG (1h e 2h após 75g de xaropé)	Teste rápido para sífilis ou VDRL/RPR
Total de municípios:									
MUNICÍPIOS									

Programação Regional Integrada

APOIO DIAGNÓSTICO

Obs. Ler antes de: [Tutorial - Apoio Diagnóstico](#)

(Tutorial 1.1)									
Região de saúde:	Número de GESTANTES programadas	Exames laboratoriais para gestantes de Risco HABITUAL e ALTO Risco							
		Teste rápido para anti-HIV ou Anti-HIV	Toxoplasmose IgM e IgG	Serologia para Hepatite B (HBs Ag)	Urina rotina	Urocultura com antibiograma	Bacterioscopia de secreção vaginal	Protozoologia de fezes	Colpocitologia oncolítica
									Ultrassom obstétrico
Total de municípios:									
MUNICÍPIOS									