

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

GUIA OPERACIONAL BÁSICO

Fase 2

**São Paulo – SP
2021**

*Versão final pós oficina 14 e 15 out- 22 10 21
Bibliografia atualizada em 14 de junho de 2022*

1. INTRODUÇÃO

Conforme estabelecido no Documento de Diretrizes Teórico-Metodológicas do Projeto, a Fase 2 é denominada “Diagnóstico e análise da situação da regionalização e do Planejamento Regional Integrado (PRI) nas macrorregiões de saúde”, prevista para ocorrer durante o 2º semestre de 2021, tendo os seguintes objetivos:

OBJETIVO GERAL

Realizar o diagnóstico e análise da situação da regionalização e do PRI nas macrorregiões envolvidas, com aproximação da coordenação do projeto, técnicos e gestores das SES, COSEMS e SEMS, promovendo alinhamento conceitual dos elementos teóricos-metodológicos de base previstos para o projeto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Pactuar funções, agendas e fluxos nos estados que aderiram ao projeto, com apresentação do seu escopo aos representantes da SES, do Cosems e da SEMS;
- b) Estabelecer o Grupo Condutor Estadual (GCE) nos estados participantes do Projeto, com definição de critérios de composição, competências, responsabilidades e dinâmica de funcionamento;
- c) Estabelecer o Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) em todas as macrorregiões de saúde participantes do Projeto, com definição de critérios de composição, competências, responsabilidades e dinâmica de funcionamento;
- d) Elaborar instrumento para subsidiar o diagnóstico e análise da situação da regionalização e do estágio do PRI no território, com base no alinhamento conceitual dos elementos teórico- metodológicos que orientam o PRI, com participação do MS, Conass e Conasems;
- e) Identificar as diversas iniciativas (projetos, ações, intervenções, outros) em curso no território que potencializem os resultados do projeto;
- f) Empoderar os Assessores Matriciais e Articuladores Estaduais para o desenvolvimento do Projeto nos territórios, com oficina de alinhamento conceitual dos elementos teórico-metodológicos e de reflexão da prática, com participação do MS, Conass e Conasems;
- g) Apresentar o instrumento de apoio para o diagnóstico ao GCE e ao GTM em oficina de alinhamento conceitual dos elementos teórico-metodológicos sobre o PRI;

- h) Realizar diagnóstico do estágio de desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado (PRI) junto aos estados e macrorregiões de saúde vinculadas ao Projeto;
- i) Elaborar relatório do estágio de desenvolvimento do PRI em todos os estados e macrorregiões de saúde participantes do Projeto, a partir dos resultados obtidos com a aplicação do instrumento aprovado nesta fase;
- j) Elaborar e pactuar nas instâncias deliberativas a agenda do PRI, promovendo sinergia entre as iniciativas identificadas no território.

RESULTADOS ESPERADOS

- GCE e GTM estabelecidos;
- Alinhamento conceitual e metodológico entre os atores envolvidos no Projeto (GCE e GTM);
- Diagnóstico e análise de situação do estágio atual da regionalização e do PRI nas macrorregiões de saúde, e
- Agenda para o desenvolvimento do PRI pactuada nas instâncias deliberativas.

O início da Fase 2 foi condicionado à prévia realização das ações estruturantes do Projeto, previstas em sua Fase 1, dentre as quais se destacam a elaboração e aprovação, pelo Grupo Executivo (GE), das diretrizes teórico-metodológicas gerais do Projeto; das diretrizes para realização do processo seletivo dos articuladores estaduais e das diretrizes para adesão das macrorregiões de saúde. Superadas tais ações, a Fase 2 foi devidamente iniciada, a partir da consecução de atividades programadas para o seu adequado desenvolvimento, compreendendo o processo de adesão das SES e COSEMS, além da composição dos espaços estratégicos de gestão local do projeto: Grupo Condutor Estadual (GCE) e Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM).

É, neste momento, em que o presente Guia Operacional Básico se encaixa no projeto, estabelecendo o delineamento metodológico mais específico para o alcance dos objetivos elencados no Documento de Diretrizes Teórico-Metodológicas para a Fase 2, aprovadas pelo GE. A partir do delineamento proposto, espera-se que os assessores matriciais, pedagógicos e articuladores estaduais (denominada “equipe de apoio à execução territorial”), possam se “empoderar” das premissas teórico-práticas idealizadas pela equipe de coordenação central, para análise e customização, de modo a atender as especificidades de cada contexto macrorregional.

As customizações propostas pela equipe de apoio à execução territorial deverão ser devidamente aprovadas no espaço de deliberação operacional do Projeto em nível local, o GCE, a

quem caberá, em diálogo permanente com os GTM, as decisões sobre a condução de forma singular nas macrorregiões. Com isso, o Guia Operacional Básico se desdobrará em Planos Operacionais para cada macrorregião, caso haja necessidade, observando-se os limites que configuram as diretrizes teórico-metodológicas do Projeto.

Após a aprovação no GCE, as atividades customizadas para cada macrorregião serão consubstanciadas em Planos Operacionais a serem executados pelos GTM, com definição dos produtos a serem elaborados, responsáveis envolvidos, prazos e recursos necessários, e desenvolvimento apoiado diretamente pelo articulador estadual e monitorado pelos assessores matriciais. Para tanto, caberá aos articuladores estaduais a alimentação das respectivas programações de cada macrorregião sob sua responsabilidade em plataforma específica disponibilizada pela equipe de coordenação central. Além disso, todos os produtos elaborados e vinculados aos resultados esperados neste Guia Operacional Básico deverão também ser inseridos no repositório da mesma plataforma.

Por fim, a “equipe de suporte técnico-operacional” do projeto, que envolve os analistas de informação em saúde e o analista de dados e monitoramento também estará permanentemente à disposição das equipes de apoio à execução territorial, para apoiar na elaboração de documentos analíticos, bem como para dar suporte educacional em atividades de capacitação continuada e educação permanente dos GCE/GTM.

A seguir, apresentamos o delineamento metodológico específico para a Fase 2, o qual será objeto de problematização na oficina de alinhamento conceitual e metodológico a ser realizada nos dias 01 e 02/09/2021, sob responsabilidade operacional do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e parceria do Hospital da Beneficência Portuguesa (BP).

2. DELINEAMENTO METODOLÓGICO DA FASE 2

2.1 Alinhamento de expectativas e empoderamento dos atores locais sobre as bases metodológicas do projeto

Esta primeira atividade terá como propósito a reflexão e problematização dos conceitos e tecnologias implicados na elaboração do projeto, com vistas ao empoderamento e fortalecimento do protagonismo dos atores locais envolvidos na construção do PRI sob sua responsabilidade. Além disso, espera-se que haja a identificação de elementos tangíveis às competências necessárias para o alcance dos resultados esperados, tais como a identificação de fortalezas e fragilidades dos atores implicados no projeto, bem como o reconhecimento de oportunidades e ameaças externas.

Este processo servirá de apoio à programação de ações de capacitação continuada e de educação permanente, a serem desenvolvidas de forma singular pelas equipes de apoio à execução territorial, com a retaguarda da equipe de suporte técnico-operacional e de coordenação central do projeto.

2.1.1 Ações metodológicas

Esta oficina se desdobrará a partir dos encaminhamentos produzidos na oficina interna e no encontro de educação permanente entre os assessores matriciais e seus respectivos articuladores. A partir dos elementos desencadeados nesses dois espaços, será construída uma proposta inicial de customização da oficina para cada território, levando em consideração o quantitativo de macrorregiões e os atores envolvidos, podendo ser realizada mais de uma oficina por estado. O articulador apresentará ao GCE para ciência, discussão da proposta e validação.

a) Quadro geral da Oficina

Período	Atividade	Programação	Recursos sugeridos
		Parte A: debate individual e coletivo nos pequenos grupos. Duração: 1 hora	

1	TBL “Regionalização se faz regionalizando”	Parte B: plenária para compartilhamento das respostas dos grupos, apresentação e debate com os especialistas. Duração: 2 horas, sendo 40 minutos de apresentação e 1 hora e 20 minutos de debate.	- Salas virtuais para pequenos grupos e plenária - Google Forms para respostas das questões
2	Conhecendo o Projeto	Apresentação das fases do projeto Duração: 1 hora	- Salas virtuais - padlet, powerpoint, jamboard
	Analisando o cenário	Construção da matriz <i>Swot</i> adaptada Duração: 2 horas	- Salas virtuais - padlet ou docx

b) Descrição das atividades

A) Team Based Learning (TBL)

Objetivo: Conhecer as diretrizes teórico metodológicas do projeto, integrar e alinhar as visões de mundo dos atores envolvidos.

Participantes: Membros do GCE e GTM.

Facilitador: Articulador.

Considerações:

- Avaliar a participação dos especialistas, algumas possibilidades são: Suprimir o diálogo com o especialista, utilizar gravação dos especialistas da oficina de alinhamento interno ou os assessores matriciais e técnicos serem especialistas, e
- Compartilhar brevemente o conceito e o objetivo do TBL.

B) Conhecendo o Projeto

Objetivo: Apresentar as fases do projeto e dialogar com as dúvidas.

Participantes: Membros do GCE e GTM.

Facilitador: Articulador.

Considerações:

- A estratégia de apresentação será desenhada pelo articulador apoiado pelo assessor matricial com a definição dos recursos necessários, e
- Disponibilizar anteriormente aos membros do GCE e GTM os documentos do projeto para leitura.

C) Analisando o cenário**Objetivos:**

- Analisar ambiente interno e externo para identificação de elementos que possam influenciar o alcance dos resultados esperados;
- Apontar as necessidades de apoio importantes para o desenvolvimento do projeto.

Participantes: Membros do GCE e GTM.

Facilitador: Articulador.

Considerações:

- Avaliar a organização da atividade em dois grupos, um com o GCE e outro com o GTM, com a possibilidade dos grupos trabalharem em autogestão e depois compartilharem com o articulador para análise e reflexão. Definir melhor estratégia com assessor matricial, e
- Compartilhar brevemente o conceito e o objetivo de uma matriz swot e reforçar que, nesta ação, a ferramenta foi adaptada.

Roteiro sugerido:

- Responder a matriz abaixo individualmente com base em sua visão sobre o processo (Quadro 1), e
- Usar o recurso da visualização móvel para desenvolver núcleo de sentidos com as respostas individuais (Quadro 2).

Quadro 1 – Roteiro sugerido.

Pergunta norteadora	Fatores Positivos	Pergunta norteadora	Fatores Negativos	Necessidades de apoio
<p>Internos</p> <p><u>Foco 1 (pessoal)</u></p> <p>Considerando o desenho do projeto há pouco apresentado, quais as forças que você identifica para sua participação nesse coletivo e desenvolvimento do projeto?</p> <p><u>Foco 2 (no grupo)</u></p> <p>Considerando o desenho do projeto há pouco apresentado, quais as forças que você identifica nesse coletivo para o desenvolvimento do projeto?</p>	<p>Descreva até 03 Fortalezas</p>	<p>Internos</p> <p><u>Foco 1 (pessoal)</u></p> <p>E em relação às dificuldades a serem enfrentadas por você? Pode mapear aquelas que identificam como fragilidades para o desenvolvimento do projeto?</p> <p><u>Foco 2 (no grupo)</u></p> <p>E em relação às dificuldades a serem enfrentadas por esse grupo? Pode mapear aquelas que identificam como fragilidades para o desenvolvimento do projeto?</p>	<p>Descreva até 03 Fragilidades</p>	<p>Descreva até 03 estratégias que possam ajudar a qualificar os pontos frágeis</p>
<p>Externos</p> <p>Agora em relação ao ambiente externo, quais as oportunidades que você reconhece que este grupo de trabalho pode se valer para o desenvolvimento do projeto?</p>	<p>Descreva aqui as oportunidades que mapeou</p>	<p>Externos</p> <p>Seguindo o olhar para o ambiente exterior a você: quais ameaças externas esse grupo poderá enfrentar no processo de desenvolvimento desse projeto?</p>	<p>Descreva aqui as ameaças que mapeou</p>	<p>Descreva aqui alguma estratégia que possa ajudar o grupo a lidar com as ameaças</p>

Quadro 2 – Recurso para visualização móvel.

	Fatores Positivos	Fatores Negativos	Necessidades de apoio
Internos	Forças	Fraquezas	
Externos	Oportunidades	Ameaças	

2.1.2 Produto esperado

A realização da reunião estruturada de alinhamento conceitual e metodológico de GCE e GTM deverá ser consubstanciada em um “Relatório Síntese”, no qual constará um relato sistematizado das vivências e a apresentação dos subprodutos principais, a saber: a) Painel de fortalezas e fragilidades das competências das equipes; b) Oportunidades e ameaças externas ao grupo e c) Síntese das necessidades de apoio.

2.2 Diagnóstico e análise situacional do estágio atual do Planejamento Regional Integrado (PRI)

Para o alcance deste objetivo específico foram definidas três ações-chaves que englobam: 1) Identificar aspectos históricos e legais sobre o processo de regionalização nas macrorregiões de saúde; 2) Identificar o estágio de desenvolvimento do PRI em todos os estados/macrorregiões de saúde participantes do Projeto, e 3) Elaborar relatório detalhado do estágio de desenvolvimento do PRI em todos os estados/macrorregiões de saúde participantes do Projeto.

São resultados esperados:

- Descrição dos aspectos históricos e legais do processo de regionalização nos estados/macrorregiões de saúde;
- Relatório do estágio de desenvolvimento do PRI dos estados/macrorregiões de saúde, e
- Análise crítico-reflexiva sobre o estado da arte do PRI nas macrorregiões de saúde e expectativas com o PRI para os atores envolvidos.

Para o desenvolvimento adequado destas ações-chaves, alguns elementos técnicos centrais precisam ser considerados, os quais estão sistematizados a seguir:

a) Aspectos históricos e legais sobre o processo de regionalização

De acordo com Kuschnir (p. 123, 2009), a regionalização e a hierarquização são diretrizes antigas para o Brasil, estando presentes em várias experiências de reordenamento do sistema de saúde, mesmo antes da criação do SUS. No entanto, é somente no bojo do movimento sanitário, que

desembocou na Constituição Federal de 1988, que essas diretrizes assumem papel estratégico na política nacional, tendo como objetivo garantir o acesso da população às ações e aos serviços de saúde de forma integral e equânime.

Neste sentido, torna-se relevante identificar nos Estados/Macrorregiões de Saúde os principais movimentos ocorridos no território para que estes apresentem, neste momento, determinada configuração territorial, de atenção e de gestão à saúde.

Quadro 3 – Aspectos históricos e contextuais da macrorregião de saúde.

ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS
<ul style="list-style-type: none">▪ Identificar, por meio de dados primários e secundários, o processo de organização do cuidado em saúde e a dinâmica interfederativa no território antes da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, destacando a configuração do espaço geográfico e político.▪ Caracterizar a trajetória da descentralização e regionalização dos serviços de saúde do SUS no território, destacando os movimentos ocorridos a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB); Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS); Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde; Portaria GM/MS nº 4.279 de 2010; Decreto nº 7.508 de 2011; Portaria GM/MS nº 2.135 de 2013; Resoluções CIT nº 1 de 2011, nº 23 de 2017 e nº 37 de 2018, e Lei Complementar nº 141 de 2012.▪ Destacar aspectos relevantes do Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimento (PDI) e da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) bem como da instituição das comissões intergestores estadual e regional no e para o território.▪ Caracterizar o espaço geográfico atual da região de saúde, seus marcos legais e a dinâmica de gestão interfederativa instituída no território.

b) Estágio de desenvolvimento do PRI nos Estados/Macrorregiões de Saúde

O Decreto nº 7.508 de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080 de 1990 e define em seu Capítulo III – Do Planejamento da Saúde, no Art. 15, que o processo de planejamento da saúde será 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. Já no Art. 18 destaca-se que o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos municípios.

A Resolução CIT nº 37 de 2018 dispõe sobre o processo de PRI nas macrorregiões de saúde e define que este deverá ser instituído e coordenado pelo Estado em articulação com os municípios e participação da União.

Compreender o estágio atual de desenvolvimento do PRI em cada estado/macrorregião de saúde possibilita identificar fortalezas e fragilidades nesse processo que podem, em tempo oportuno,

redirecionar as estratégias até então adotadas para o planejamento em saúde, de forma ascendente e integrada.

2.2.1 Ações metodológicas

Para realização do diagnóstico do estágio atual do PRI será realizada uma atividade organizada em quatro blocos. Uma proposta inicial deve ser customizada para cada estado/macrorregião de saúde e apresentada no GCE para ciência, discussão da proposta e validação.

a) Quadro geral da atividade.

Período	Atividade	Recursos sugeridos
1	Contando a história – Ato 1	-Sala virtual - <i>padlet</i> ou <i>jamboard</i>
2	Contando a história – Ato 2	- Sala virtual - <i>padlet</i> ou <i>jamboard</i>
3	Dispersão	-Google Forms
4	Costurando a história - Desfecho	--Sala virtual - <i>padlet</i>

b) Descrição da atividade

Bloco 1 - Contando a história: Ato 1

Objetivo: Construir o histórico do processo de regionalização da macrorregião de saúde com base nos conhecimentos prévios dos atores.

Perguntas disparadoras: O que sabemos da história? O que não sabemos e precisaremos descobrir?

Participantes: Membros do GTM.

Facilitador: Articulador.

Produto: Narrativa inicial.

Considerações:

- O articulador poderá realizar um encontro com cada GTM ou com todos sob sua responsabilidade, desde que dentro do mesmo estado. A partir das perguntas disparadoras será construída uma narrativa que poderá conter fatos, curiosidades, reflexões, provocações, etc. O grupo definirá o formato da apresentação da narrativa buscando a expressão e a criatividade, e
- Escolher um representante por GTM para compor ação do Bloco 4.

Bloco 2 - Contando a história: Ato 2

Objetivo: Construir o histórico do processo de regionalização no estado com base nos conhecimentos prévios dos atores.

Participantes: Membros do GCE.

Produto: Painel da trajetória da descentralização e regionalização no estado.

Facilitador: Articulador.

Roteiro sugerido:

- Preencher coletivamente o quadro abaixo revisitando os marcos legais e os movimentos ocorridos a partir deles.

Quadro 4 – Trajetória da descentralização e regionalização no estado.

Movimentos ocorridos a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB)	
Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS)	
Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde	
Portaria GM/MS nº 4.279 de 2010	
<ul style="list-style-type: none">▪ Decreto nº 7.508 de 2011▪ Resolução CIT nº 1 de 2011▪ Lei Complementar nº 141 de 2012	
Resoluções CIT nº23 de 2017 e nº37 de 2018	

- O articulador irá propor a reflexão dos elementos trazidos no quadro com intuito de levantar os aspectos mais relevantes, curiosidades, reflexões, provocações, etc.

Bloco 3 - Dispersão

Objetivo: Levantar informações relevantes sobre o processo de regionalização e situação atual do PRI.

Participantes: Coordenadorias regionais e secretarias municipais de saúde.

Produto: Formulário preenchido.

Facilitador: GTM.

Considerações:

- Utilizar o ANEXO I – Instrumento para diagnóstico da situação da regionalização e do PRI.
- O articulador apoiará o GTM na definição dos atores que responderão o formulário, bem como o prazo de envio;
- O GTM com o apoio do articulador organizará um quadro síntese das respostas com os aspectos relevantes como, por exemplo, as fragilidades e as necessidades de apoio.

Bloco 4 - Costurando a história: Desfecho

Objetivo: Construir o relatório do estágio de desenvolvimento do PRI e a apropriação do histórico de regionalização pelos atores envolvidos.

Participantes: Membros do GCE com representantes dos GTM.

Produto: Narrativa final com base nos elementos produzidos nos blocos anteriores.

Facilitador: Articulador.

Roteiro sugerido:

- Apresentar o quadro síntese das respostas do roteiro, formando um painel por macrorregião, realizar análise crítico-reflexiva das respostas incluindo no painel pontos relevantes que forem abordados (considerando o detalhamento por macrorregião de saúde);
- Levantamento de expectativas dos participantes com relação aos próximos momentos do processo de elaboração/desenvolvimento do PRI,
- Construção do Quadro 5 - Desenvolvimento da Regionalização na atualidade.

Quadro 5 – Desenvolvimento da regionalização na atualidade.

Instrumentos	Aspectos relevantes
<i>Ex: Análise de situação da saúde do plano estadual de saúde</i>	Ex: a análise de situação não foi realizada por macrorregião, precisando de revisão
<i>Ex: Deliberação da CIB aprovando o desenho das regiões e macrorregiões do estado</i>	Ex: Não contemplou a entrada da macrorregião interestadual X

2.2.2 Produto esperado

O relatório do estágio de desenvolvimento do PRI dos estados/macrorregiões de saúde consiste em um documento que busca sintetizar as principais informações obtidas ao longo das atividades de diagnóstico do processo de regionalização e de desenvolvimento do PRI na macrorregião de saúde. Além de subsidiar a tomada de decisões, serve como importante ferramenta para compreender os principais movimentos ocorridos no território e de como estes influenciaram a sua atual configuração, oportunizando uma reflexão permanente com base nas fortalezas e fragilidades encontradas. A estrutura sugerida para a construção do diagnóstico do PRI está no ANEXO II deste documento.

2.3 Elaboração e Pactuação da Agenda e do Diagnóstico do PRI

Após a elaboração do Documento Síntese, construído a partir da discussão na Oficina de Alinhamento e o relatório do estágio do desenvolvimento do PRI nos estados/macrorregiões de saúde, chega o momento da elaboração e pactuação da agenda de atividades para o desenvolvimento no PRI nos estados e macrorregiões.

Aqui, temos como objetivo específico construir e pactuar a agenda para a elaboração do PRI, nos estados e macrorregiões do projeto, considerando o seu estágio atual de desenvolvimento, sendo previstas quatro ações-chaves: 1) realizar reunião de trabalho para a definição de uma agenda para a elaboração/desenvolvimento do PRI nos estados e macrorregiões de saúde participantes do Projeto que inclua a análise e compatibilização das atividades previstas no projeto aprovado, a partir da Portaria GM nº 1812/20, com as atividades previstas para o desenvolvimento do PRI no Projeto; 2)

realizar validação do diagnóstico do PRI e agenda para elaboração/desenvolvimento do PRI nos estados e macrorregiões de saúde; 3) pactuar na CIR/CIB a agenda para a elaboração/desenvolvimento do PRI nos estados e macrorregiões de saúde participantes do Projeto, e 4) realizar reunião de acompanhamento com GCE para feedback e análise do desenvolvimento das atividades previstas para a Fase 2.

Para execução adequada das ações-chave acima apresentadas, algumas questões são importantes ser consideradas, dentre as quais destacamos:

a) Agenda do PRI nos estados/macrorregiões

A agenda do PRI nos territórios deverá ser elaborada com base dos produtos gerados nas atividades anteriores:

- Síntese da Oficina de Alinhamento realizada com GCE e GTM, com os desafios elencados, fortalezas e fragilidades das competências das equipes, bem como das necessidades de apoio educacional identificadas, e
- Síntese das principais fortalezas e fragilidades observadas no diagnóstico do PRI e das estratégias elencadas para superar os desafios identificados nas macrorregiões de saúde do estado.

A partir das informações coletadas, descrever as atividades previstas para o desenvolvimento do PRI nos estados/macrorregiões de saúde, cronograma detalhado e principais responsáveis pela elaboração das atividades propostas, configurando uma versão preliminar da agenda, que deverá ser pactuada nas respectivas instâncias deliberativas.

1.2.1 Análise e compatibilização das atividades previstas no projeto aprovado, a partir da Portaria GM nº 1812/20, com as atividades previstas para o desenvolvimento do PRI elaboradas para o Projeto

A Portaria GM nº 1812/20, de 22 de julho de 2020, institui, para o exercício de 2020, incentivo financeiro de custeio, aos Estados e ao Distrito Federal, para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O incentivo financeiro que trata a portaria destinou o valor de até R\$ 450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil reais), para o Distrito Federal ou para Estados com até 200 municípios; ou II - R\$ 800.000,00 (oitocentos mil reais), para Estados com mais de 200 municípios.

A partir de sua publicação, os estados e municípios elaboraram projetos, homologados pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de custear as ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da RAS. Os projetos elaborados pelos estados previam:

- Especificação do escopo, das ações e atividades a serem realizadas, dos resultados esperados e do cronograma de execução, com prazo inferior a 18 (dezoito) meses;
- Indicação dos produtos (entregas), das metas e dos indicadores, para fins de monitoramento e avaliação do projeto, a serem posteriormente contemplados no Relatório Anual de Gestão;
- A participação das Superintendências Estaduais do Ministério da Saúde na execução do projeto; a identificação da macrorregião, quando indicada no projeto, deverá estar em consonância com o disposto no art. 3º da Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018;
- Matriz de riscos da execução do projeto, com a indicação dos riscos identificados e das medidas de tratamento propostas, e
- Declaração assinada pela presidência do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS, indicando ciência e concordância com a execução do projeto, quando envolver a realização de atividades por municípios.

Informações coletadas junto ao Ministério da Saúde, demonstram que, em 24 projetos apresentados pelos estados, a partir da Portaria GM nº 1812/20, encontram-se atividades relacionadas ao desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado, além de atividades destinadas ao desenvolvimento da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), Redes de Atenção à Saúde, DIGISUS e acolhimento dos novos gestores municipais. Grande parte das atividades elencadas nos projetos, ainda não foram iniciadas e podem estar relacionadas com as atividades definidas na agenda do PRI, no Projeto Regionalização.

A partir da análise dos projetos elaborados em cada estado, propõem-se a elaboração de um quadro comparativo entre os projetos, identificando compatibilidades nas atividades propostas, bem como recursos financeiros que podem potencializar o desenvolvimento dos projetos nos estados/macrorregiões.

Deverão ser considerados também demais projetos, seja de natureza federal, estadual e/ou municipal, desencadeados no âmbito do PROADI-SUS e outras iniciativas que se relacionem com o objeto deste projeto, buscando sua compatibilização e evitando sobreposição de ações.

1.2.2 Validação do diagnóstico do PRI e agenda para elaboração/desenvolvimento do PRI nos estados e macrorregiões de saúde

Os produtos elaborados deverão ser validados em reunião, com a participação dos atores políticos locais, para análise e síntese das propostas construídas pelos grupos técnicos. Esta reunião será única, de abrangência estadual, organizada pelas equipes de coordenação do HAOC e BP, cabendo aos GCE e GTM a sensibilização e mobilização dos atores para efetiva participação neste momento.

Após a validação na reunião, os produtos deverão ser encaminhados para pactuação nas instâncias deliberativas, com monitoramento constante pelos GCE e GTM e produção de relatórios analíticos de acompanhamento.

1.2.3 Ações metodológicas

Para o desenvolvimento das ações-chave dessa etapa propõe-se a realização de quatro momentos, de acordo com a realidade de cada estado/macrorregião de saúde.

a) Quadro geral

Momento	Atividade	Recursos sugeridos
1	Linha do tempo do PRI - GTM	-Sala virtual -Padlet, docx powerpoint, jamboard, canvas
2	Linha do tempo do PRI - GCE	-Sala virtual -Padlet, docx powerpoint, jamboard, canvas
3	Reunião ampliada	-Sala virtual -Padlet, docx powerpoint, jamboard, canvas
4	Encontro de validação	- Sala virtual

b) Descrição das atividades

Momento 1: Linha do tempo do PRI – GTM

Objetivo: Construir a linha do tempo do PRI e destacar aspectos relevantes.

Participantes: Membros do GTM.

Facilitador: Articulador.

Produto: Linha do tempo do PRI.

Considerações:

- O articulador utilizará o Quadro 6 como base para levantamento das informações, realizar análise crítico-reflexiva das respostas, com destaque para os aspectos relevantes, como por exemplo fragilidades e necessidades de apoio para o desenvolvimento das atividades, e
- Escolher um representante por GTM para compor a oficina ampliada.

Quadro 6 – Linha do tempo do PRI.

Etapas do PRI	Etapa já iniciada? Quando?	Listar ações já desencadeadas pela Portaria GM nº 1812/20	Se revisão dessa etapa do PRI, listar principais necessidades
Etapa 1 – Elaboração da análise da situação de saúde: a) Identificação das necessidades de saúde; b) Identificação da capacidade instalada e dos vazios assistenciais; c) Identificação dos fluxos de acesso			
Etapa 2 – Definição de prioridades sanitárias: diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;			
Etapa 3 – Organização dos pontos de atenção da RAS;			
Etapa 4 – Elaboração da Programação de Ações e Serviços de Saúde;			
Etapa 5 – Definição dos investimentos necessários			

Momento 2: Linha do tempo do PRI – GCE

Objetivo: Construir a linha do tempo do PRI e destacar aspectos relevantes.

Participantes: Membros do GCE.

Facilitador: Articulador.

Produto: Linha do tempo do PR.

Considerações:

- O articulador também utilizará o Quadro 6 já apresentado no Momento 1 como base para levantamento das informações, realizar análise crítico- reflexiva das respostas com destaque para os aspectos relevantes, como por exemplo fragilidades e necessidades de apoio para o desenvolvimento das atividades.

Momento 3: Oficina ampliada

Objetivo: Analisar as convergências entre GTM e GCE no Quadro 6.

Participantes: Membros do GCE com representantes dos GTM.

Facilitador: Articulador.

Produto: Linha do tempo do PRI do estado/macrorregiões de saúde.

Considerações:

- O articulador irá apresentar o quadro síntese das respostas da linha do tempo, formando um painel por macrorregião e realizar análise crítico-reflexiva das respostas incluindo pontos relevantes que forem abordados (considerando o detalhamento por macrorregião de saúde), e
- Após a oficina, o articulador deverá realizar pactuação com seu respectivo matriciador, adequando sua agenda de trabalho conforme as especificidades macrorregionais.

Momento 4: Encontro de validação

Objetivo: Validar a elaboração/pactuação da agenda do PRI para apresentar à CIR/CIB.

Participantes: Membros do GCE e GTM, coordenadores regionais, gestores municipais e equipe de gestão do projeto do hospital executante.

Facilitador: Articulador ou representante do GCE.

Considerações:

- Este encontro se caracteriza como espaço formal do projeto, portanto deverá ser apresentado o cronograma e as necessidades logísticas, com 30 dias de antecedência, ao hospital executante, e
- A definição do facilitador será realizada pela equipe de execução territorial.

1.2.4 Produtos esperados

- Agenda para elaboração/desenvolvimento do PRI;
- Relatório da oficina com validação do Estágio e Agenda do PRI nas macrorregiões de saúde, e
- Relatório de acompanhamento do GCE sobre o processo de pactuação nas instâncias deliberativas.

BIBLIOGRAFIA

KUSCHNIR, Rosana et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: Caderno de Textos do Curso de Qualificação de Gestores do SUS. Organizado por OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JUNIOR, Walter Vieira. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.812, DE 22 DE JULHO DE 2020. Institui, para o exercício de 2020, incentivo financeiro de custeio, aos Estados e ao Distrito Federal, para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde. DF:MS, 2020. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.812-de-22-de-julho-de-2020-268193813>.

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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm#:~:text=Regulamenta%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,interfederativa%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. DF, MS 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html.

ANEXO I – Instrumento para diagnóstico da situação da regionalização e do PRI.

INSTRUMENTO PARA SUBSIDIRAR O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO E DO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE¹

Com o propósito de contribuir para a realização do diagnóstico da situação da Regionalização e do Planejamento Regional Integrado (PRI) na macrorregião de saúde (MRS), foi elaborado um instrumento que possibilita a verificação da situação atual, frente às normativas do SUS, bem como a identificação dos itens que podem ser implementados com a finalidade de efetivação do processo de regionalização, da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), do Plano Regional da Macrorregião de Saúde (PRMS) e da governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na MRS.

Para a elaboração do instrumento, utilizou-se como referenciais: i) Resolução CIT nº 37 de março de 2018 – dispõe sobre o PRI e a Organização na Macrorregião de Saúde; (ii) Documento ‘Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado’, de setembro de 2018; (iii) BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3, de setembro de 2017 - Capítulo I - Das Redes de Atenção à Saúde (Origem: PRT MS/GM nº 4.279/2010 – que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS); iv) Resolução CIT nº 23, de agosto de 2017 – estabelece diretrizes para o processo de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS; v) Resolução CIT nº 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 PRI.

ORIENTAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

O instrumento está estruturado em 4 eixos: i) Regionalização da Saúde; ii) Organização das RAS na MRS; iii) PRI; e, iv) Governança da RAS.

Cada eixo desdobra-se em **Item de Diagnóstico**, ou seja, uma frase afirmativa que traduz os objetivos que constam nas normativas do SUS, a serem alcançados. Cada item de diagnóstico é expresso por um conjunto de **Itens de Verificação**. O item é um orientador para o diagnóstico da situação atual, sinalizado por uma cor, a saber:

1. **cor vermelha** = Não realizado
2. **cor amarela** = Realizado totalmente, mas não atende plenamente o item de verificação
3. **cor verde** = Em realização, conforme o item de verificação
4. **cor azul** = Realizado totalmente e atende plenamente o item de verificação

Após ler, discutir o Item de Diagnóstico, analisar cada Item de Verificação, sinalizar a cor correspondente a situação atual, podendo registrar um comentário se julgar necessário. O objetivo final desse processo é identificar o **estágio de desenvolvimento do PRI na MRS**.

¹ Instrumento alinhado entre os representantes do Ministério da Saúde, Conass e Conasems.

Eixos/Item de Diagnóstico/ Itens de Verificação

I. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE					
Item de Diagnóstico 1: A Resolução da CIT nº 37, de 22 de março de 2018, define o espaço regional ampliado como sendo a Macrorregião de Saúde, ou seja, a base territorial (o continente), para viabilizar a organização da Rede de Atenção à Saúde (o conteúdo), devendo ser instituída pela CIB (as normas e regras), no processo de Planejamento Regional Integrado (o método) coordenado pelo Estado em articulação com os Municípios e participação da União (os responsáveis)					
Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
1.1 Há resolução da CIB que define o território macrorregional de saúde, pactuado entre os gestores, à luz da Resolução CIT nº 37/2018?					
1.2 A MRS foi definida em função das necessidades em saúde da população, dos aspectos sócio, econômico, cultural, do sentimento de pertencimento das pessoas aos territórios e do acesso ao sistema de saúde?					
1.3 Na MRS, há contiguidade territorial (mesmo quando ultrapassa os limites estaduais), visando a coesão regional, a organização, o planejamento e a regulação dos serviços de saúde no território?					
1.4 A conformação da MRS apresenta escala populacional adequada para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, no âmbito do território? Observação: a Resolução da CIT nº 37, 2018, estabelece o limite mínimo de 700 mil habitantes para a MRS, exceto para as Região Norte cuja					

base mínima populacional é de 500 mil habitantes. Para os estados das demais Regiões, se a MRS tiver um contingente populacional entre 500 a 700 mil habitantes, a CIB deve encaminhar à CIT para análise e parecer.					
1.5 Há um diagnóstico atualizado das necessidades em saúde da população, com a identificação dos perfis demográfico e epidemiológico, na MRS, construído de forma ascendente, a partir dos municípios?					
1.6 Há pactuação na CIB contendo a identificação das principais necessidades em saúde da população na MRS e as diretrizes para a organização da RAS em resposta à estas necessidades na MRS?					

II. ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Item de Diagnóstico 2:

A Portaria de Consolidação nº 3, de setembro de 2017 - Capítulo I - Das Redes de Atenção à Saúde (Origem: PRT MS/GM 4279/2010), define a RAS como sendo o arranjo organizativo das ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A Resolução da CIT nº 37, de 22 de março de 2018, estabelece que a RAS deve ser organizada no território macrorregional para garantir a resolubilidade da atenção à saúde, com base em parâmetros espaciais e territoriais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, a melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
2.1 Há definição e pactuação na CIB, das RAS a serem implementadas na MRS, em função das necessidades em saúde da população?					

2.2 Há definição dos elementos constitutivos da RAS na MRS, em conformidade com a Portaria GM-MS nº 4.279, de 2010:					
2.2.1 A identificação da população, por estratificação de risco;					
2.2.2 A estrutura operacional para atender a população de acordo com o grau de risco, com a definição da APS, dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos;					
2.2.3 O modelo de atenção à saúde, ou seja, sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS.					
2.3 O modelo de atenção para a RAS preconiza:					
2.3.1 a promoção da saúde da população; ii) a prevenção dos fatores de risco em saúde;					
2.3.2 a gestão da condição de saúde, articulando as necessidades em saúde da população em função dos riscos e a atenção efetiva, eficiente e tempo oportuno;					
2.3.3 a gestão de caso para prover o cuidado personalizado para as pessoas com condições de saúde muito complexas.					
2.4 Há APS em suficiência quantitativa para garantir a cobertura populacional em conformidade com as normativas do Ministério da Saúde?					
2.5 A APS é ordenadora da RAS e coordena o cuidado das pessoas, em conformidade com a Portaria GM-MS nº 4279 de 2010?					
2.6 A APS cumpre de forma regular e sistemática os atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralidade na pessoa, abordagem familiar e orientação comunitária?					
2.7 A APS cumpre as funções: resolução da maioria dos problemas de saúde da população; organização dos fluxos e contrafluxos das					

<p>2.7 Há responsabilização pela saúde das pessoas em qualquer ponto de atenção em que estejam na RAS.</p>					
<p>2.8 Há pontos de atenção em suficiência quantitativa e qualitativa, de diferentes densidades tecnológicas para a realização da atenção ambulatorial especializada e hospitalar, no lugar e tempo certos, na RAS?</p>					
<p>2.9 Há sistemas de apoio em suficiência quantitativa e qualitativa na RAS, contemplando a assistência farmacêutica e os sistemas de apoio diagnóstico e terapêuticos (patologia clínica, exame de imagens, entre outros)?</p>					
<p>2.10 Há sistemas logísticos em suficiência quantitativa e qualitativa para possibilitar a integração vertical na RAS, contemplando:</p>					
<p>2.10.1 o sistema de identificação e acompanhamento dos usuários?</p>					
<p>2.10.2 as centrais de regulação?</p>					
<p>2.10.3 os registros eletrônicos?</p>					
<p>2.10.4 os transportes sanitários eletivo e de urgência?</p>					
<p>2.11 Há a utilização dos instrumentos de gestão da clínica, de forma regular e sistemática: diretriz clínica, gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica, lista de espera, instrumentos para análise de itinerário terapêutico e implementação de linhas de cuidado, além de outras metodologias que organizem o cuidado nos pontos de atenção da RAS?</p>					
<p>2.12 Há processos de integração na gestão da RAS entre a clínica e a saúde coletiva, incluindo vigilância em saúde, programas verticais para a organização e funcionamento dos pontos de atenção?</p>					
<p>2.13 Há diretriz clínica atualizada, elaborada com base em evidências</p>					

científicas, contendo parâmetros clínicos e assistenciais, de acordo com o grau de risco, para a organização da APS, pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos da RAS na MRS?					
2.14 Há definição de competências da APS, dos pontos de ação, sistemas de apoio e logísticos para a organização da RAS na MRS, em conformidade com a diretriz clínica?					
2.15 Há programação assistencial para a APS, os pontos de ação, sistemas de apoio e logísticos para a operacionalização da RAS na MRS, em conformidade com a diretriz clínica e dimensionada em função das necessidades em saúde da população?					
2.16 Há a definição do fluxo assistencial das pessoas nos pontos de atenção e sistemas de apoio da RAS na MRS, com vistas ao acesso adequado e tempo/resposta oportuno?					
2.17 Há a análise do grau de suficiência qualitativa e quantitativa da APS, pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos da RAS na MRS para atender as necessidades em saúde da população?					
2.18 Há integração sistêmica da APS e dos pontos de atenção da RAS na MRS, capaz de viabilizar o acesso, a continuidade e integralidade do cuidado, com qualidade e resolutividade?					
2.19 Há um processo de educação permanente das equipes técnicas e gerenciais da APS, dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para qualificação da atenção prestada na RAS, com vistas à promoção da saúde, prevenção aos fatores de risco, ao acesso humanizado, com equidade, qualidade, efetividade e eficiência?					
2.20 Há pactuação na CIB dos indicadores e metas para o					

monitoramento e a avaliação do desempenho da RAS, na MRS?					
2.21 Há monitoramento das metas e a avaliação dos resultados da RAS, na MRS, realizados de forma regular e sistemática?					

III. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO					
Item de Diagnóstico 3: A Resolução da CIT nº 37 de 22 de março de 2018 estabelece que o PRI, na MRS, deve ser instituído e coordenado pelo Estado em articulação com os Municípios e a participação da União, a partir da configuração definida na CIB. Deve expressar a responsabilidade dos gestores de saúde em relação a população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações que garantam acesso e resolubilidade por meio da organização da RAS, observando os Planos de Saúde dos três entes federados.					
Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
3.1 O PRI foi construído a partir das diretrizes pactuadas na CIB, de forma ascendente, na MRS, com a participação dos entes gestores - SES, SMS e MS – do território?					
3.2 O Plano Regional da Macrorregião (PRM) contém a identificação: do espaço regional ampliado; da situação de saúde no território e das necessidades em saúde da população?					
3.3 O PRM define as prioridades sanitárias, diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazo de execução?					
3.4 O PRM define as responsabilidades dos entes federados na organização da RAS, na MRS?					
3.5 O PRM apresenta a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde da população na MRS?					
3.6 O PRM apresenta a programação geral das ações e serviços de saúde na MRS?					
3.7 O PRM identifica os vazios					

assistenciais e sobreposição de serviços, caso existam, e orienta a alocação de recursos de investimento e custeio da União, Estado, Municípios e emendas parlamentares na MRS?					
3.8 O PRM orienta a alocação dos recursos dos entes federados na MRS?					
3.9 Há resolução da CIB que institucionaliza o PRM da MRS?					
3.10 O PRM integra os Planos de Saúde dos entes federados?					
3.11 O PRM contempla a pactuação estabelecida e os respectivos mecanismos de regulação do acesso?					
3.12 O PRM é monitorado e avaliado de forma regular e sistemática?					

IV. GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

Item de Diagnóstico 4:

A Resolução CIT nº 23 de 17 de agosto de 2017 estabelece que a CIB deve instituir o Comitê Executivo de Governança da RAS (CEGRAS) da MRS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no funcionamento da RAS - os entes gestores (SES, SMS e MS) do território macrorregional, os prestadores de serviços e o controle social. O CEGRAS, de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB, tem por objetivo monitorar, avaliar, acompanhar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS.

Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
4.1 Há resolução da CIB que definiu os objetivos, composição, atribuições e funcionamento dos Comitês Executivos de Governança das RAS (CEGRAS), nas MRS?					
4.2 Há CEGRAS instituído nas MRS, em conformidade à resolução da CIB?					
4.3 O CEGRAS monitora, acompanha, avalia o funcionamento da RAS na MRS, de forma regular e sistemática?					
4.4 O CEGRAS reporta-se à CIB, de forma regular e sistemática, para					

proposição de soluções com vistas ao adequado funcionamento da RAS, fornecendo subsídio para a tomada de decisão, no âmbito da MRS, contribuindo para a efetivação dos acordos pactuados nas instâncias intergestores (CIB, CIR)?					
4.5 A SES fornece os meios necessários para o desenvolvimento das atividades do GEGRAS?					
4.6 Há um processo de educação permanente para os GEGRAS com vistas a apropriação dos instrumentos de gestão do SUS e governança da RAS?					
4.7 Há utilização de instrumentos para a governança da RAS na MRS: roteiro diagnóstico; programação para os pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos da RAS; normas e regras para a utilização dos serviços; contratualização dos serviços em função das competências, programação assistencial e integração na RAS; certificação ou acreditação dos pontos de atenção em função da RAS?					
4.8 A CIB viabiliza meios de comunicação, visando a transparência dos processos de regionalização, PRI e governança da RAS?					

V. ANÁLISE DO ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO DA ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE NA MRS

Item de Diagnóstico 5: O objetivo final desse processo é identificar o estágio de desenvolvimento da Análise de situação de Saúde na MRS, e prioridades sanitárias, que poderão orientar os próximos passos metodológicos.

Fontes: i) Resolução de Consolidação CIT N° 1, 30 de março de 2021; ii) MS, CONASS, CONASEMS. Orientações tripartite para o Planejamento Regional Integrado. Brasília, 2018

1. Há identificação da situação de saúde no território macrorregional, das necessidades em saúde da população e da capacidade instalada dos serviços

Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
1.1 Há registro documental atualizado, contendo a identificação do território macrorregional: i) o espaço geográfico: a extensão e os limites territoriais; ii) a base populacional; iii) as análises dos perfis social, cultural e econômico que tenham impacto no sistema de saúde; iv) a organização do sistema de saúde no espaço territorial					
1.2 Há registro documental atualizado, contendo a análise das necessidades em saúde da população: os fatores de risco para adoecimento, segundo critérios epidemiológicos					

demográficos, socioeconômicos e culturais.				
1.3 Há registro documental atualizado contendo a análise dos serviços de saúde no tocante ao acesso, infraestrutura, organização, produção, capacidade instalada				

2. Há definição de prioridades sanitárias e das respectivas diretrizes para o Plano Regional (PR), a partir da análise da situação de saúde da MRS

Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
2.1 Há registro documental atualizado, identificando as prioridades sanitárias para a MRS, a partir da análise da situação de saúde.					
3.2 Há registro documental atualizado, identificando as diretrizes para o PR da MRS, a partir das prioridades sanitárias.					

Análise do Estágio de Desenvolvimento da Fase 3 na MRS:

- ✓ Todos os itens de verificação ausentes = Fase 3 não desenvolvida
- ✓ 1 ou mais itens de verificação parcialmente presentes = Fase 3 em estágio de desenvolvimento parcial
- ✓ Todos os itens de verificação presente = Fase 3 em estágio de desenvolvimento pleno

Identificar e registrar o Estágio de Desenvolvimento da Fase 3 na MRS:

ANEXO II - Estrutura sugerida para o relatório do diagnóstico estágio atual do PRI.

ESTRUTURA SUGERIDA PARA O RELATÓRIO
Capa Lista de Ilustrações Lista de Tabelas Lista de Abreviaturas e Siglas Sumário Apresentação 1 Contexto da Macrorregião de Saúde anterior a legislação vigente do SUS 2 A Macrorregião de Saúde no contexto do SUS e de sua legislação estruturante 3 A Macrorregião de Saúde que temos 4 O Planejamento Regional Integrado (PRI) na Macrorregião de Saúde: Como estamos? 5 Considerações Finais Referências Anexos
ORIENTAÇÕES DE FORMATAÇÃO - NORMAS DA ABNT
Utilizar papel tamanho A4 com margens superior e esquerda de 3 cm e margens inferior e direita de 2 cm. Fonte times new roman, arial e/ou calibri tamanho padrão 12 com espaçamento 1,5cm entre linhas e recuo de 1,25 cm no início de cada parágrafo. <u>ELEMENTOS PRÉ-TEXTUAIS</u> Lista de Ilustrações Lista de Tabelas Lista de Abreviaturas e Siglas Sumário Obs.: As listas de tabelas e ilustrações devem ser elaboradas e numeradas de acordo com a sequência com que se apresentam no texto. A lista de abreviaturas e de siglas compõem-se de palavras ou símbolos com seus significados grafados por extenso e relacionados em ordem alfabética. O sumário representa a estrutura do trabalho. Deve ser apresentado por uma numeração coerente que evidencie capítulos ou seções e subseções. Os indicativos numéricos correspondentes às divisões do trabalho devem estar alinhados à margem esquerda. Não é necessário usar recuo das margens para diferenciar seções de subseções. Os elementos pós-textuais como Referências, Apêndices e Anexos devem figurar no Sumário, sem indicativo numérico, alinhados aos títulos das seções do documento. <u>ELEMENTOS TEXTUAIS</u> É o desenvolvimento do trabalho propriamente dito. Pode ser dividido em capítulos ou seções e subseções.

CITAÇÕES

A citação é feita para firmar uma hipótese, reforçar uma ideia ou elucidá-la, e confirmar a veracidade das informações fornecidas, bem como seu aprofundamento.

- a) Citação direta com até 3 linhas deve vir incorporada ao parágrafo, entre aspas duplas.
Exemplo: ... ficou claro para o contexto que “A expressão ‘furiosa’ dessa estátua de que fala Rabelais, corresponde também à realidade” (BAKHTIN, 1987, p. 388).
- b) Para as citações diretas com 4 linhas ou mais, observar um recuo de 4cm na margem esquerda e utilizar a fonte 10.
Exemplo: Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, iniciou o processo de regulamentação do funcionamento de um modelo público de ações e serviços de saúde, ordenado pelo que viria a ser conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS):
Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).
- c) A citação indireta descreve o material consultado, de acordo com a interpretação e redação de quem o menciona. Ou seja, quando o autor do trabalho redige parte do texto consultado com suas próprias palavras. Não é necessário o uso de aspas duplas.
Exemplo: A localização de recursos tem um papel crucial no processo de aprendizagem autodirigida (MERRIAM; CAFFARELLA, 1991).

ELEMENTOS PÓS-TEXTUAIS

- a) Referências pelas normas ABNT NBR 6023:2002
Resumo disponível em: <https://www.normasabnt.org/referencias-abnt/>
- b) Anexo: Documento elaborado por outro autor que serve como fundamentação para o trabalho realizado. Palavra ANEXO, centralizada, seguida de letra maiúscula em ordem alfabética, travessão e título do documento.
Exemplo: ANEXO A – Representação gráfica da contagem de células

ANEXO III – Conceitos desenvolvidos no Documento de Diretrizes relacionados ao desenvolvimento da Fase 2

Regionalização

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado num país com heterogeneidades na extensão e diversidade dos territórios socioeconômicos, com desigualdades regionais, culturais e políticas, e diversidades nas necessidades sanitárias, na oferta de serviços e na disponibilidade de recursos humanos, onde, conforme definido pela Constituição Federal de 1988, cada ente federativo tem a responsabilidade de organizá-lo, de forma compartilhada, assegurando assim a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 1988; VIANA, 2008).

Seu arranjo institucional está estruturado em parcerias reguladas por pactos entre entes federativos autônomos, mas que compartilham a soberania num mesmo território e que buscam a interdependência para a construção de sistemas regionais de atenção à saúde. A construção das RAS, fundadas nos princípios como escala e suas relações com a qualidade da atenção, exige que certos serviços comuns transcendam os limites municipais. Nesse sentido, demanda o estabelecimento de parcerias entre municípios, estado e União, e implica na superação das relações hierárquicas, baseadas na autoridade, substituindo-as por relações poliárquicas, construídas pela cooperação e pela interdependência dos diversos atores sociais (MENDES, 2016).

É nesse contexto que a regionalização ganha destaque no sentido de organizar redes assistenciais regionalizadas, que possam efetivar o cuidado integral à saúde, e 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, fortalecendo a governança em rede e a direção única em cada esfera de governo. Não resulta obrigatoriamente na delimitação, nomeação e hierarquização de áreas, mas sim em acordos políticos embasados pela dinâmica do uso do território (VIANA, 2008).

MENICUCCI (2008) afirma que “a regionalização da rede de serviços, estabelecida como princípio na Constituição de 1988, tem como objetivo a organização do sistema de saúde, de forma a otimizar os recursos com vistas à economia de escala e de escopo dos serviços, garantindo assim a integralidade da atenção à saúde do cidadão”.

Esse processo político envolve mudanças na distribuição do poder e estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, organizações públicas e privadas, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui ainda, a formulação e implementação de estratégias e

instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território (VIANA, 2008).

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, projetar necessidades de organização dos serviços de forma ampla; estabelecer portas de entrada e hierarquia tecnológica com base em parâmetros de necessidade, identificação de vazios assistenciais; otimização dos recursos humanos e tecnológicos da região, garantindo assim a resolutividade na atenção; disponibilização de recursos sociais e políticos que incentivem o compartilhamento de responsabilidades entre os governos nos sistemas de saúde (LIMA et al, 2012).

Apesar da regionalização da saúde no Brasil estar prevista desde 1988 na Constituição Federal como uma estratégia de organização das ações e serviços de saúde, somente em 2002, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02), passa a ser de fato implementada como estratégia de organização da oferta, organizando redes e fluxos intermunicipais, para a garantia da integralidade e equidade e propõe a definição dos territórios em microrregiões, regiões e módulos de saúde e a elaboração do Plano Diretor Regional, Programação Pactuada e Integrada e Plano Diretor de Investimento, como ferramentas para o processo de regionalização (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002a; VIANA, 2008).

O Pacto pela Saúde de 2006 reafirmou a importância da regionalização e ampliou o conceito de região de saúde, considerando, além da oferta de serviços já proposta pela Norma Operacional de Assistência à saúde (NOAS), a existência de identidades culturais, econômicas, sociais e de uma rede de comunicação e transportes, ou seja, adequava 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, propunha a organização de Colegiados de Gestão Regional (CGR) como estrutura de governança das regiões de saúde (BRASIL, 2006).

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 4279/2010, estabelecendo diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde no SUS, definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Na mesma direção, o Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, estabeleceu 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”. Definiu, ainda, Região de Saúde como o “*espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios*

limitrofes, 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, com a necessidade de organização de um processo de planejamento integrado e a definição clara das responsabilidades dos entes federados envolvidos, apostando sua materialização em um instrumento jurídico-normativo denominado “Contrato Organizativo da Ação Pública (BRASIL, 2011). Mais recentemente, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) expressa, em sua Resolução CIT 44/19, 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 (BRASIL, 2019).

Ainda em relação a este processo, a CIT aprovou as Resoluções nº 23/2017 e 37/2018, com o objetivo de reorientar os esforços para fazer avançar a regionalização no campo da saúde, passando a enfocar o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização das macrorregiões de saúde como espaço privilegiado para sua consecução. A Macrorregião de Saúde corresponde ao espaço regional ampliado, composto por uma ou mais Regiões/CIR e seus respectivos municípios, e deve ser organizada a partir de uma rede regionalizada que comporte a capacidade de resolução mais ampla possível na média e alta complexidades, que se possa garantir acesso, com economia de escala, regulação e logística adequada, no sentido de garantir uma maior governança da RAS e ser, de fato, uma base do planejamento e orçamentação ascendente (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018; CONASEMS, 2019).

A construção de sistemas de saúde regionalizados para a conformação de redes de atenção à saúde requer o estabelecimento de parcerias efetivas entre municípios e estados e união, que apesar de autônomos são interdependentes. São relações de cooperação, horizontais, sem o estabelecimento de autoridade hierárquica. O ganho de um município depende da escolha de todos. 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 com importante dimensão política, 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, e que possibilite e incentive a solidariedade e a cooperação dos entes federados, em busca do interesse comum entre todos (DOURADO & ELIAS, 2011; MENICUCCI, 2008).

Assim, num país federativo com as características inerentes a esta estrutura de governo e aquelas que marcam a história do estado brasileiro, a regionalização é um objetivo que requer um considerável esforço coletivo para ser alcançado. Outrossim, tanto por não haver uma hierarquia constituída entre os níveis de governo da federação, como pelas condições objetivas dadas a esses

níveis, ao longo do tempo, para propiciar adequadas condições de capacidade governativa, a regionalização como diretriz indutora da organização do SUS é para além de desafiadora (SANTOS, 1997).

A partir da premissa de que regionalização significa “alcançar o acesso equitativo aos recursos necessários ao enfrentamento do adoecer e seus determinantes sociais” (MELLO, DEMARZO e VIANA, 2019), onde, diante das evidentes desigualdades territoriais e principalmente, sociais, existentes no país, a abordagem de quatro elementos é essencial para a institucionalização efetiva desse processo: o sistema de governança, o modelo assistencial, os instrumentos gerenciais, e o modelo de financiamento.

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 prioridades 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).

Parte do processo de planejamento do SUS, o PRI, deve ser realizado no âmbito das Macrorregiões de Saúde, cujo produto, resultante das pactuações entre as unidades federadas, com participação do Ministério da Saúde, é 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, 2012b).

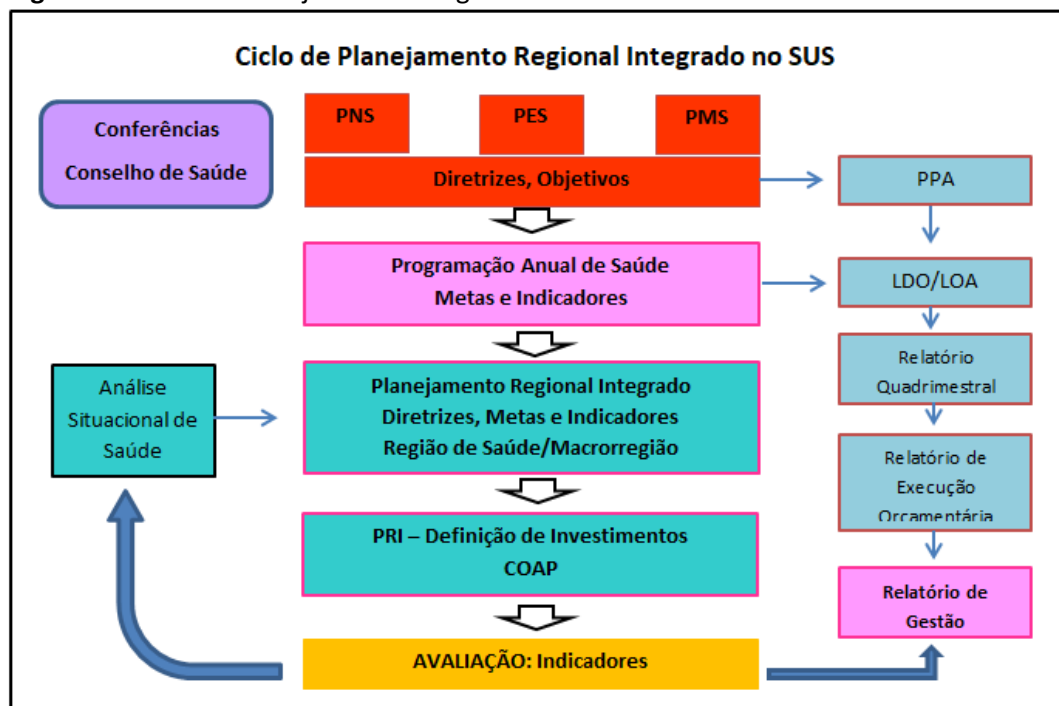
“O PRI, como parte do planejamento ascendente, deve expressar as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da

resolubilidade da atenção por meio da organização das RAS, considerando como premissas fundamentais a análise dos planos de saúde, a organização das redes de atenção à saúde, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional” (BRASIL, 2018).

O Documento Tripartite de Orientações para o Planejamento Regional Integrado traz a importância das Resoluções CIT nº 23/2017, CIT nº 37/2018, que definem o desenvolvimento do PRI nos territórios e orientam o processo da 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 (2016).

Conforme retratado no Documento Tripartite de Orientações para o Planejamento Regional Integrado (BRASIL, 2018), o processo do PRI inicia-se com a definição das Macrorregiões de Saúde e do cronograma de sua implantação, aprovados na CIB e informados à CIT, e considera as seguintes etapas:

a) 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

b) Definição de prioridades sanitárias: diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;

c) Organização dos pontos de atenção da RAS;

d) Elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde;

e) Definição dos investimentos necessários.

O produto do processo de Planejamento Regional Integrado, conforme disposto na Lei Complementar nº 141/2012, é o Plano Regional e deve expressar:

a. A identificação do espaço regional ampliado;

b. A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada;

c. As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;

d. As responsabilidades dos entes federados no espaço regional;

e. A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional;

f. A programação geral das ações e serviços de saúde;

g. A identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares.

A institucionalização desse processo efetivará um novo modelo de financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) baseado na alocação global dos recursos e em conformidade com o disposto na Lei Complementar nº. 141/2012, observando as prioridades e os compromissos acordados pela União, estados e municípios, no espaço regional ampliado (BRASIL, 2012b).

A Resolução Tripartite nº 37/2018 também contempla os critérios para definição das macrorregiões (BRASIL, 2018):

- ☐ 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;

Conforme explicitado na Resolução CIT nº 23/2017, a CIB deverá instituir, em espaços regionais onde se organizam as RAS, observadas as realidades locais, Comitês Executivos de Governança das RAS, de natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando 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. Nos casos de espaços regionais, onde se organizam as RAS, que envolvam mais de um estado, os comitês instituídos pelas CIB terão sua coordenação compartilhada (BRASIL, 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOASSUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373 de 28 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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. Título III, Capítulo 1, artigos 56 a 59. (Origem: PRT nº 699/2006 e 1.580/2012). 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. 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 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. 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, 2012).

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. DOU de 16/1/2012. (Brasília, 2012b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (Série Articulação Interfederativa ; v. 4).

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 nº 37, de 22 de março de 2018. Disponível em: "[http://www.lex.com.br/legis_27629181_Resoluçãonº_37,de22_de março de_2018.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27629181_Resoluçãonº_37,de22_de_março_de_2018.aspx).

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº. 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, CONASS, CONASEMS. 'Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado, setembro de 2018. Disponível em: Versão 2 validada GE_03/11/21

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_tripartite_planejamento_regional_integrad_o.pdf.

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.

DOURADO, D.A.& ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Revista de Saúde Pública 45(1): 204-211, 2011.

LIMA, D.L. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 17(7):1903-1914, 2012.

MELLO, Guilherme Arantes; DEMARZO, Marcelo; VIANA, Ana Luiza D'Avila. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. Rio De Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1139-1150, 2019. Disponível em: < <http://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/34507> > DOI: 10.1590/S0104-59702019000400006.

MENDES EV. A governança regional das redes de atenção à saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate: Governança regional das redes de atenção à saúde. Brasília, CONASS, 2016

MENIUCCI, 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.

SANTOS, Maria Helena de Castro. Governabilidade, governança e democracia: criação de capacidade governativa e relações Executivo-Legislativo no Brasil pós constituinte. Dados, v. 40, n. 3, 1997.

VIANA, A.L.D. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em perspectiva. 22(1). P.92-106, 2008.

VIANA ET AL. (Orgs). Saúde, Desenvolvimento e Território. Editora Hucitec, 2009.

VIANA, A.L.D. & LIMA, L.D. (orgs) Regionalização e relações interfederativas na Política de Saúde do Brasil. Rio de Janeiro, 2011.