

MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ
A BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Reflorestando territórios vivos: pistas para a sustentabilidade da regionalização

Triênio 2021-2023

— Projeto Fortalecimento dos processos
de governança, organização e integração
da Rede de Atenção à Saúde



Brasília - DF
2024



MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ
A BENEFICÊNCIA PORTUGUESA DE SÃO PAULO
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Reflorestando territórios vivos: pistas para a sustentabilidade da regionalização

Triênio 2021-2023

Projeto Fortalecimento dos processos
de governança, organização e integração
da Rede de Atenção à Saúde



Brasília - DF
2024

2024 Ministério da Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. A Beneficência Portuguesa de São Paulo. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.



Tiragem: 1ª edição – 2024 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

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

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

A BENEFICÊNCIA PORTUGUESA
DE SÃO PAULO
Rua Maestro Cardim, 637, Bela Vista
CEP: 01323-001 - São Paulo/SP
Tel.: (11) 3505-1000
Site: www.bp.org.br

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE
Setor Comercial Sul, quadra 9, torre C, sala 1105,
Edifício Parque Cidade Corporate Sala
CEP: 70308-200 - Brasília/DF
Tel.: (61) 3222-3000
Site: www.conass.org.br
E-mail: conass@conass.gov.br

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS
DE SAÚDE
Esplanada dos Ministérios, bloco G, anexo B, sala 144,
Zona Cívico-Administrativo
CEP: 70058-900 - Brasília/DF
Tel.: (61) 3022-8900
Site: www.conasems.org.br

Organização:

Ana Emilia Gaspar - BP
Andressa Anastácio - HAOC
Aniara Nascimento Corrêa Santos - BP
Cinthia Costa - BP
Cinthia Cristo - HAOC
Daniele Marie Guerra - HAOC
Denise Carvalho Ribeiro de Almeida - BP
Denise de Andrade Saavedra - BP
Evelyn Alves Inamorato - HAOC
Hélio Neves - BP
Lissandra Andion de Oliveira - HAOC
Samara Kielmann Almeida dos Reis - HAOC
Samuel Brauer - BP

Revisão técnica:

Alvimar Botega - MS
Anderson Torreão - HAOC
Daniele Marie Guerra - HAOC
Cinthia Costa - BP
Cinthia Cristo - HAOC
Evelyn Alves Inamorato - HAOC
Hélio Neves - BP
José Rodrigues Freire Filho - MS
Lissandra Andion de Oliveira - HAOC

Tereza Cristina Amaral - CONASS
Rodrigo Lacerda - CONASEMS
Rubens Griep - HAOC

Normalização:

Delano de Aquino Silva -
Editora do MS/CGDI

*Capa, projeto gráfico e
diagramação:*

L7Design www.L7design.com.br

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.
Reflorestando territórios vivos : pistas para a sustentabilidade da regionalização : triênio 2021-2023 : Projeto Fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da Rede de Atenção à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, A Beneficência Portuguesa de São Paulo, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.
270 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reflorestando_territorios_vivos_pistas_sustentabilidade.pdf
ISBN 978-65-5993-689-2

1. Regionalização da saúde. 2. Redes Nacionais de Saúde. 3. Indicadores de desenvolvimento sustentável. I. Título. II. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. III. A Beneficência Portuguesa de São Paulo. IV. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. V. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

CDU 614.2

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2024/0023

Título para indexação:
Reforesting living territories: clues for the sustainability of regionalization

Lista de siglas

ADMC – Administração Central
AIH – Autorização para Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
APS – Atenção Primária em Saúde
ASIS – Análise de Situação de Saúde
BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo
CEGRAS – Comitê Executivo de Governança da RAS
CES/AP – Conselho Estadual de Saúde/Amapá
CES/PI – Conselho Estadual de Saúde/Piauí
CF88 – Constituição Federal de 1988
CGMR – Colegiados de Gestão Microrregional
CGR – Colegiado Gestor Regional
CG-Rede – Grupo Condutor de Rede
CGRS – Comitê de Apoio a Governança Regional de Saúde
CG-SES-DF – Colegiado de Gestão/Secretaria de Estado da Saúde/
Distrito Federal
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIB/AC – Comissão Intergestores Bipartite/Acre
CIB/BA – Comissão Intergestores Bipartite/Bahia
CIB/AP – Comissão Intergestores Bipartite/Amapá
CIE – Colegiado Interfederativo Estadual
CIR – Comissão Intergestores Regional
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
Coap – Contrato Organizativo de Ação Pública
Conasems – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
Conass – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

Coplan – Coordenação de Planejamento
Covid-19 – Coronavírus
CRIE – Comissão de Cogestão da Região Interestadual de Saúde
CRIL – Central de Regulação Interestadual de Leitos
DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis
DGIE – Diretoria Geral de Informações Estratégicas
DOMI – Diretriz/Objetivo/Meta e Indicador
Dsei – Distrito Sanitário Indígena
EP – Educação Permanente
EPS – Educação Permanente em Saúde
e-SUS – Sistema Eletrônico do SUS
Funai – Fundação Nacional do Índio
GAB/SESA – Gabinete Secretaria Estadual de Saúde
GCC – Grupo Condutor Central
GCE – Grupo Condutor Estadual
GCM – Grupo Condutor Macrorregional
GCR – Grupo Condutor de Redes
GCR – Grupo Condutor Regional
GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
GOB – Guia Operacional Básico
GT – Grupo de Trabalho
GTM – Grupo de Trabalho Macrorregional
GTMR – Grupo de Trabalho Macrorregional

GTR – Grupos de Trabalhos Regionais
GTT – Grupo Técnico de Trabalho
HAOC – Hospital Alemão Oswaldo Cruz
Hcor – Hospital do Coração
HPP – Hospital de Pequeno Porte
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDISA – Instituto de Direito Sanitário Aplicado
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA/PNUD – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
LC – linha de cuidado
LIGRESS – Laboratório de Inovação no Campo do Planejamento e da Gestão Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde
MAC – Media e Alta Complexidade
MRS – Macrorregião de Saúde
MS – Ministério da Saúde
MS/SVS/CGIAE – SINASC – Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
NESP-UFPI – Núcleo Estudo em Saúde Pública – Universidade Federal do Piauí
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NV – Nascidos Vivos
PAR – Plano de Ação da Rede
PASES – Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde
PDCA – Plan/Do/Check/Act
PDI – Plano Diretor de Investimento

PDR – Plano Diretor Regional
PDR/PI – Plano Diretor Regional - Piauí
PEBA – Pernambuco/Bahia
PES – Plano Estadual de Saúde
PGASS – Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNADC – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PPA – Plano Plurianual
PPI – Programação Pactuada Integrada
PQAVS – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
PRI – Planejamento Regional Integrado
PRMS – Plano Regional da Macrorregião de Saúde
Proadi-SUS – Programa de Apoio ao desenvolvimento Institucional do Sistema único de Saúde
PSR – Plano de Saúde Regional
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RAU – Rede de Atenção às Urgências
RAVS – Rede de Atenção à Vida e Saúde
RDCNT – Rede de Doenças Crônicas não Transmissíveis
RIS – Rede Interfederativa de Saúde
RPcD – Rede da Pessoa com Deficiência
RRAS – Rede Regional de Atenção à Saúde

Samu – Sistema de Atendimento Médico de Urgência
SDRH - Secretaria de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Seade – Sistema Estadual de Análises de Dados Estatísticos
SED – Secretaria de Educação
SEDHAST – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social
SEINP/SEMS – Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde.
SEINSF/MS - Seções de Apoio Institucional e Articulação Federativa/Ministério da Saúde
SES – Secretaria de Estado da Saúde
SES/GASEC – Secretaria Estadual de Saúde/Gabinete da Secretaria
SESAP – Secretaria de Saúde Pública
SESAPI – Secretaria Estadual de Saúde do Piauí
SESAPR – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SESPA/PA – Secretaria do Estado de Saúde do Pará
SIM – Sistema de Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil
UFMS – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UFPI – Universidade Federal do Piauí
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Lista de figuras

Figura 1 - Ciclos de Educação Permanente do Projeto	20
Figura 2 - Taxa de mortalidade infantil do Acre	24
Figura 3 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Acre	25
Figura 4 - Facilitação gráfica Acre	28
Figura 5 - Regiões e Macrorregiões de Saúde de Alagoas	33
Figura 6 - Facilitação gráfica Alagoas	35
Figura 7 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Amapá	42
Figura 8 - Facilitação gráfica Amapá	44
Figura 9 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Amazonas	50
Figura 10 - Facilitação gráfica Amazonas	51
Figura 11 - Regiões e Macrorregiões de Saúde da Bahia	59
Figura 12 - Facilitação gráfica Bahia	61
Figura 13 - Facilitação gráfica Bahia	62
Figura 14 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Ceará	70
Figura 15 - Facilitação gráfica Ceará	71
Figura 16 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Distrito Federal	78
Figura 17 - Facilitação gráfica Distrito Federal	80
Figura 18 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Espírito Santo	86
Figura 19 - Facilitação gráfica Espírito Santo	87
Figura 20 - Regiões e Macrorregiões de Saúde de Goiás	94
Figura 21 - Facilitação gráfica Goiás	96
Figura 22 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Maranhão	104
Figura 23 - Facilitação Gráfica Maranhão	105
Figura 24 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Mato Grosso do Sul	113
Figura 25 - Facilitação gráfica Mato Grosso do Sul	115
Figura 26 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Mato Grosso	121
Figura 27 - Facilitação gráfica Mato Grosso	124
Figura 28 - Regiões e Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais	129
Figura 29 - Facilitação gráfica Minas Gerais	130
Figura 30 - Facilitação gráfica Minas Gerais	131

Figura 31 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Pará	140
Figura 32 - Facilitação gráfica Pará	142
Figura 33 - Regiões e Macrorregiões de Saúde da Paraíba	148
Figura 34 - Facilitação gráfica Paraíba	150
Figura 35 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Paraná	156
Figura 36 - Facilitação gráfica Paraná	159
Figura 37 - Linha do tempo PRI de Pernambuco	166
Figura 38 - Regiões e Macrorregiões de Saúde de Pernambuco	167
Figura 39 - Facilitação gráfica Pernambuco	168
Figura 40 - Regiões e Macrorregiões do Piauí	176
Figura 41 - Facilitação gráfica Piauí	179
Figura 42 - Regiões e Macrorregião de Saúde do Rio de Janeiro	188
Figura 43 - Facilitação gráfica Rio de Janeiro	190
Figura 44 - Regiões e Macrorregiões do Rio Grande do Norte	198
Figura 45 - Facilitação gráfica Rio Grande do Norte	200
Figura 46 - Regiões e Macrorregiões de Saúde de Rondônia	208
Figura 47 - Facilitação gráfica Rondônia	209

Figura 48 - Regiões e Macrorregião de Saúde de Roraima	216
Figura 49 - Facilitação gráfica Roraima	219
Figura 50 - Regiões e Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina	225
Figura 51 - Facilitação gráfica Santa Catarina	226
Figura 52 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado de São Paulo	231
Figura 53 - Regiões e Macrorregião de Saúde de Sergipe	251
Figura 54 - Facilitação gráfica Sergipe	244
Figura 55 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Tocantins	251
Figura 56 - Facilitação gráfica Tocantins	254

Lista de quadros

Quadro 1 - Fases do projeto Regionalização	17
Quadro 2 - Macrorregiões, regiões e município sede de Saúde do Mato Grosso	120
Quadro 3 - Proposta de Agenda do Processo de Elaboração do PRI no Mato Grosso	122
Quadro 4 - Agenda do PRI do Paraná	157
Quadro 5 - Agenda do PRI do Piauí	177

Lista de tabelas

Tabela 1 - Número de municípios do Acre por faixa populacional	23
Tabela 2 - Municípios do Estado de Alagoas, segundo porte populacional	32
Tabela 3 - Número de municípios do Amapá segundo população	40
Tabela 4 - Número de Municípios do Mato Grosso do Sul	110
Tabela 5 - Municípios do Mato Grosso e População correspondente	119

Tabela 6 - Número de municípios do Pará segundo população	138
Tabela 7 - Número de municípios da Paraíba segundo população	147
Tabela 8 - Número de municípios do Paraná e População correspondente	155
Tabela 9 - Municípios do Piauí e População correspondente	175
Tabela 10 - Municípios do Rio Grande do Norte e População correspondente	196
Tabela 11 - População dos municípios do Estado de Roraima	215
Tabela 12 - Distribuição dos municípios, segundo porte populacional	223
Tabela 13 - Número de municípios do Tocantins segundo população	250

Sumário

Apresentação 11

Introdução 13

Acre	22	Pará	137
Alagoas	31	Paraíba	146
Amapá	39	Paraná	154
Amazonas	47	Pernambuco	164
Bahia	57	Piauí	174
Ceará	68	Rio de Janeiro	186
Distrito Federal	76	Rio Grande do Norte	195
Espírito Santo	83	Rondônia	206
Goiás	93	Roraima	214
Maranhão	101	Santa Catarina	222
Mato Grosso do Sul	109	São Paulo	229
Mato Grosso	118	Sergipe	239
Minas Gerais	127	Tocantins	249

Referências 266

Apresentação

A partir do Decreto n.º 7508/2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e ressalta a importância do planejamento ascendente e integrada da saúde, bem como reafirma a organização da assistência em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como instrumento para integralidade em saúde, o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) pactuaram, por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Resoluções n.º 23/2017 e n.º 37/2018, que foram posteriormente incorporadas na Resolução de Consolidação CIT n.º 1, de 30 de março de 2021. Essa resolução estabelece diretrizes e critérios para a Regionalização e o Planejamento Regional Integrado (PRI) do SUS, com o objetivo de organizar a RAS. Neste contexto, foram desenvolvidas algumas iniciativas para apoiar a operacionalização do PRI nas Macrorregiões de Saúde (MRS). Em 2018, o CONASEMS e o MS por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) triênio 2018 - 2020, protagonizaram o Projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde, executado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) em seis MRS do país.

Com o objetivo de apoiar as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) em diversas áreas temáticas do SUS, o CONASS, em 2019, criou o Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (PASES), contemplando um conjunto de iniciativas, dentre as quais o projeto de apoio às SES no processo de Planejamento Regional nas MRS, com o propósito de oferecer suporte técnico e metodológico às equipes técnica das

Oferta de suporte técnico
e metodológico a todas
as macrorregiões do país.

SES no processo de PRI, com foco na organização dos serviços em RAS, sendo interrompido em 2020, por força da pandemia causada pela Covid-19. Embora seja importante, a implementação efetiva do processo regionalização da saúde e do PRI permanece ainda entre os principais desafios do SUS e demanda um grande esforço por parte da gestão. Nesse sentido, com o propósito de fortalecer o planejamento ascendente do SUS de forma regionalizada e integrada, fortalecer a organização da RAS nas MRS e de aprimorar a Governança Interfederativa no SUS, foi lançada na 4ª Reunião Ordinária da CIT, em 30 de abril de 2021, a Estratégia Tripartite para Aprimorar a Gestão e da Governança no SUS, com destaque para as seguintes iniciativas: (i) Incentivo financeiro, conforme Portaria

GM/MS n.º 1.812/2020, para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da RAS, e (ii) Apoio dos Projetos do PROADI-SUS: Fortalecimento da Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde - Regionalização; Formação de Rede Colaborativa para o Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS e Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS. Neste contexto, no triênio 2021-2023, o escopo do Projeto Fortalecimento da Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde - Regionalização foi ampliado, no sentido de oferecer suporte técnico e metodológico a todas as MRS do país e passou a ser executado de forma compartilhada pelos Hospitais Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo, em parceria com o Ministério da Saúde, Conass e Conasems.

A contribuição do projeto buscou fortalecer o processo de regionalização, oferecendo apoio teórico-metodológico aos estados e municípios para a elaboração do Plano Regional das Macrorregiões de Saúde e para o aprimorar a governança na organização da rede de atenção à saúde.

O presente documento, organizado em 3 Capítulos, retrata todo percurso do Projeto Fortalecimento da Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde, desenvolvido no Triênio 2021-2023. Além disso, faz parte da construção compartilhada de suas diretrizes teórico metodológicas, passando pelos desdobramentos do desenvolvimento do projeto em cada estado aderido. Por fim, traz importantes discussões concebidas a partir do caminho percorrido nos territórios vivos e pistas para lidar com os desafios da Regionalização no país.

O presente documento, organizado em 3 Capítulos, retrata todo percurso do Projeto Fortalecimento da Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde, desenvolvido no Triênio 2021-2023.

Introdução

A Constituição Federal de 1988 (CF 88) estabelece, em seus artigos 196 a 200, a saúde como direito universal e fundamental, de corresponsabilidade da União, Estados e Municípios, compondo um sistema nacional. Seguindo a lógica de descentralização e regionalização, isso gera a necessidade e a importância do envolvimento de todas as esferas de governo na gestão do SUS (Brasil, 1988).

O federalismo brasileiro, configurado pela CF 88, possui a singularidade de estabelecer os municípios como entes federados dotados de competência tributária e autonomia política e administrativa. "Neste sentido, o processo de descentralização ocorrido desde 1990 privilegiou o papel dos municípios como atores fundamentais na construção e efetivação das Políticas de Saúde" (Ouverney, 2005, p. 92).

A primazia da dimensão municipalista da descentralização trouxe avanços e desafios para o SUS, com a responsabilização e a exigência do desenvolvimento de competências pelos municípios para a gestão de política pública das mais complexas, implementação de Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, progressiva modificação nos critérios de financiamento e criação e consolidação dos colegiados intergovernamentais: Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual e as Comissões Intergestores Regionais (CIR), em âmbito regional (Costa, 2001).

O avanço da descentralização evidenciou a necessidade do enfrentamento de um conjunto de problemas para garantir a integralidade da atenção à saúde, destacando-se, entre outros: as diferentes necessidades de saúde dos municípios; a pressão crescente por aumento de gastos sobre os municípios, mais do que sobre os estados e a União; a elevada rotatividade de ocupantes dos cargos mais elevados de gestão nas três esferas; a assimetria nas capacidades políticas, técnicas e financeiras; a fragilidade e inconstância das relações entre a união, estados e municípios; a competição entre os entes federados; a fragmentação das ações e serviços de atenção à saúde; a incipiente capacidade em grande parte do território nacional para o planejamento, implantação, avaliação e reordenamento constantes do sistema de saúde na complexidade inerente ao SUS, não só, especialmente no plano municipal (Ouverney, 2005). Tudo isso obstaculiza o alcance da integralidade da assistência à saúde e a conquista de autonomia pelos municípios na gestão do sistema no âmbito das suas competências e responsabilidades e, no uso dos recursos financeiros a eles.

Promover racionalidade, com maior efetividade e eficiência, requer estruturas e procedimentos de ajuste entre municípios e destes com os estados, uma vez que o desenvolvimento pleno das competências na Atenção Primária à Saúde (APS) e a oferta de parte dos serviços de maior complexidade tecnológica somente podem ser efetivados quando organizados em escalas populacionais mais amplas, muito maiores do que a escala da quase totalidade dos municípios brasileiros.

Conforme já estabelecido na CF 88, isso somente pode ser viabilizado mediante a regionalização da atenção à saúde, como o estabelecimento de mecanismos de planejamento conjunto da gestão e oferta de serviços, com a efetiva participação dos municípios e estados, e do Ministério da Saúde.

A regionalização da saúde no Brasil foi prevista na Constituição Federal como estratégia de organização das ações e serviços de saúde. Esse tema que passou a ter notoriedade somente em 2002, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02), que definiu a estratégia de organização da oferta em redes e fluxos intermunicipais, orientada para a garantia da integralidade

O Pacto pela Saúde (2006), por sua vez, reafirmou a importância da regionalização e ampliou o conceito de Região de Saúde.

da atenção à saúde e a equidade do acesso da população aos recursos necessário. A nova norma também propôs a definição de Microrregiões, Regiões e Módulos de Saúde, bem como a elaboração do Plano Diretor Regional (PDR), a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Investimento (PDI) como ferramentas para a regionalização da saúde no Brasil (Brasil, 2002).

O Pacto pela Saúde (2006), por sua vez, reafirmou a importância da regionalização e ampliou o conceito de Região de Saúde. Considerou, além da oferta de serviços, já proposta pela NOAS, a existência de identidades culturais, econômicas, sociais e uma rede de comunicação e transportes, adequando 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, propôs a organização de Colegiados de Gestão Regional (CGR) como estruturas de governança das Regiões de Saúde (Brasil, 2006).

A construção de sistemas de saúde organizados em Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) requer a cooperação dos municípios entre si e destes com os estados, entes autônomos, mas interdependentes (Dourado; Elias, 2011). São relações horizontais, de cooperação, sem hierarquias de autoridade. Isso exige algum tipo de coordenação, o que significa centralizar decisões, sem comprometer a autonomia dos entes federados, em um processo que tem como objetivo coordenar as ações, criar mecanismos que desestimulem a concorrência predatória dos municípios entre si e deles com os estados, favorecer a solidariedade e a cooperação, em prol do interesse e do bem comum entre todos (Menicucci, 2008).

Diante de um cenário de transição epidemiológica e demográfica, com o envelhecimento da população e a tripla carga de doenças vivenciada pelo Brasil nas últimas décadas, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM 4279/2010, com diretrizes para organizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), 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, p.1).

A construção das RAS, considerado o conceito de escala e suas relações com a qualidade da atenção, exige que certos serviços e atividades transcendam os limites municipais e que se estabeleçam parcerias entre municípios, estado e união. Isso implica na superação das relações hierárquicas baseadas na autoridade, substituindo-as por relações poliárquicas, assentadas na cooperação e interdependência dos diversos atores sociais (Connas, 2016).

O Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, ressalta o planejamento da saúde de forma ascendente e integrado, do nível local até o federal, e a materialização da integralidade da assistência à saúde na RAS. Este decreto estabelece em seu artigo 7º que “as Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores”, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Para fortalecer as RAS, a Resolução de Consolidação CIT n.º 1, de 30 de março de 2021 (origem na Resolução da CIT 37, de 22 de março de 2018), dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e estabelece:

“O espaço regional ampliado que garanta a resolubilidade da RAS será denominado de macrorregião de saúde e deve ser instituído pelas CIB no processo de Planejamento Regional Integrado, coordenado pelos estados em articulação com os municípios e a participação da União, tendo como base a configuração das Regiões de Saúde existentes” [...] (Brasil, 2021b).

A Macrorregião de Saúde, aprovada na CIB, corresponde ao espaço regional ampliado, composto por uma ou mais Regiões de Saúde, com suas CIR, e seus respectivos municípios. Deve ser organizada para garantir maior governança da RAS e ser uma base do planejamento e orçamentação ascendente, além de incorporar mecanismos de governança compartilhada. Sua definição remete à ideia de uma rede com a mais ampla capacidade de resolução possível, considerando todos os seus serviços e recursos, incluindo a APS e os serviços de média e alta complexidades tecnológicas, para garantir acesso com economia de escala, regulação e logística adequada. Atualmente, 456 Regiões de Saúde e 119 Macrorregiões de Saúde estão constituídas no Brasil (Brasil, 2021b; Conasems, 2019, 2023).

A Resolução de Consolidação CIT n.º 1, de 30 de março de 2021, em seu Artigo 2º, Capítulo XII, propõe ainda a criação de um Comitê Executivo de Governança da RAS (CEGRAS): [...] de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB, que deverá ser instituído na macrorregião de saúde, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS e fornecerá subsídios para a tomada de decisão na macrorregião, bem como contribuirá para a efetivação dos acordos pactuados nas CIB e CIR (Brasil, 2021b).

Pondera-se rotineiramente que para a região amazônica, com suas características específicas, notadamente suas dimensões e vias de acesso, devem-se buscar alternativas para sua melhor viabilização, especialmente de populações isoladas, considerando a necessidade de haver o provimento de uma APS mais robusta e diferenciada, como forma de minimizar seus desafios em logística. Da mesma forma, as regiões interestaduais e regiões de fronteira nacional têm urgência de serem consideradas e formalizadas pela gestão do SUS (Conasems, 2019).

[...] as regiões interestaduais e regiões de fronteira nacional têm urgência de serem consideradas e formalizadas pela gestão do SUS [...]

Nesse documento, é apresentada uma síntese das propostas metodológicas do projeto “**Fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da Rede de Atenção à Saúde**”, conhecido como “projeto Regionalização”, com seus desdobramentos, principais resultados, potencialidades e desafios nas macrorregiões do Brasil, trazendo importantes pistas para a sustentabilidade da regionalização, que emergiram deste projeto.

O projeto se inseriu na agenda estratégica do SUS de apoio à organização das RAS nas macrorregiões de saúde, orientada pela diretriz de regionalização prevista no arcabouço legal do SUS, desde a CF 88. Os resultados alcançados na primeira edição deste projeto, desenvolvido no triênio 2019-2021 em seis MRS, foram determinantes para que seu escopo fosse requalificado, a metodologia ajustada e o projeto ampliado para todas as macrorregiões do país, mediante adesão dos estados e Cosems, a partir da demanda e da construção compartilhada com o Conass, Conasems e Ministério da Saúde.

Percurso teórico-metodológico

O projeto assumiu como eixo transversal de suas ações e práticas os referenciais teóricos, políticos, éticos e pedagógicos da Educação Permanente (EP) que embasaram a construção, em 2004, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

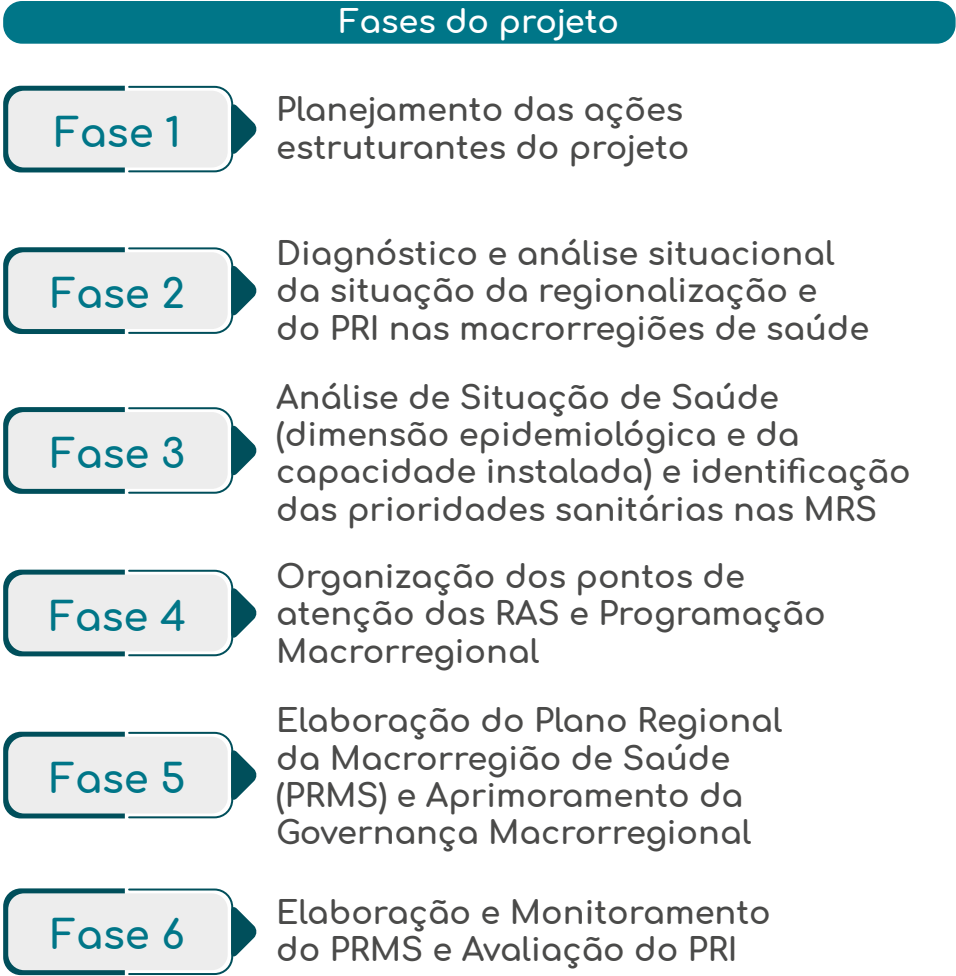
A base conceitual da EP propõe uma aprendizagem no trabalho, articula o aprender e o ensinar a partir do cotidiano. Se apoia, assim, na aprendizagem significativa, no ensino problematizador e na transformação do cuidado em saúde, da gestão e do controle social. Parte do contexto real, utilizando-se dos problemas encontrados no dia a dia do fazer saúde, dos conhecimentos prévios e nas experiências dos profissionais e dos atores territoriais para a construção do saber e de estratégias de enfrentamento às situações identificadas (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Desta forma, a EP caracterizou-se como uma aposta político-pedagógica de qualificação das práticas, incluindo as de gestão, e reorganização do processo de trabalho nos serviços da rede de saúde e nos espaços de gestão do SUS.

Perante o exposto, o projeto buscou como objetivo ampliar o empoderamento dos atores vinculados aos entes federados (atuantes no nível local/regional) para conduzir de forma compartilhada o PRI, consubstanciado em Planos Regionais das Macrorregiões de Saúde (PRMS). Além disso, teve como proposta assessorar os entes federados na qualificação do processo de governança, em especial na sua capacidade de monitoramento e avaliação do PRI, tratando de incorporar os agentes relevantes para a gestão do SUS no processo de planejamento, sejam eles públicos ou privados.

O projeto foi estruturado em seis fases (Quadro 1).

Quadro 1 - Fases do projeto Regionalização



Fonte: documento de diretrizes teórico - Metodológicas, 2021.

Para orientar a sua operacionalização e garantir alguma equalização no modo de desenvolvimento do projeto nas diferentes arenas macrorregionais, um conjunto de diretrizes técnicas e metodológicas foi elaborado pela CIT e publicado pelo Ministério da Saúde em setembro de 2018, sob a denominação de “Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado”, também adotado como referencial pelo projeto.

Posteriormente, o Grupo Executivo do Projeto, composto por representantes do MS, do Conass e do Conasems, além dos BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo e Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), preparou para cada uma das seis fases do Projeto um documento denominado Guia Operacional Básico (GOB), com orientação detalhada sobre seu desenvolvimento, consideradas as premissas metodológicas e operacionais já definidas pela CIT, revisitadas e atualizadas por este grupo, podendo cada estado ou macrorregião adaptar estas orientações, considerando suas próprias histórias e experiências de gestão compartilhada do SUS.

A implementação do projeto foi organizada em diálogo com as necessidades dos territórios e dos atores que apoiaram o desenvolvimento de suas fases. Em cada estado, constituíram-se Grupos Condutores Estaduais (GCE), compostos, em sua maioria, por representantes da SES, Cosems, SEINP/SEMS, e Grupos de Trabalhos Macrorregionais (GTM), com atores representantes da SES, dos municípios e do Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa das Superintendências Estaduais do Ministério da Saúde (SEINP/SEMS). Tanto o GCE quanto o GTM dispuseram de apoio técnico-metodológico do Articulador Estadual do Projeto,

tendo sua atuação ancorada na perspectiva do apoio institucional, com vistas à identificação de ofertas e possibilidades de qualificação técnica, política e pedagógica para os espaços de governança ligados ao projeto.

Cada fase do projeto propôs a construção de oficinas de alinhamento conceitual e metodológico, assim como a produção de espaços para o desenvolvimento de agendas compartilhadas das etapas e produtos previstos. O articulador estadual, juntamente com a assessoria matricial (apoio técnico-pedagógico à equipe territorial), se dedicou à construção desses momentos, em consonância com as premissas metodológicas e políticas do projeto, as quais foram:

- **Articulação** com todos os atores estratégicos, estruturando grupos de condução nacional (Grupo Executivo - GE), estaduais (Grupos Condutores Estaduais - CGE) e macrorregionais (Grupos de Trabalho Macrorregionais - GTM);
- **Respeito** à experiência histórica e institucional de cada estado no processo de regionalização, favorecendo e facilitando a continuidade dos movimentos realizados ao longo das suas respectivas trajetórias;
- **Flexibilização** metodológica frente ao contexto local, permitindo e apoiando sua adaptação em nível loco-regional, pelo diálogo e produção de consensos na construção dos planos de ação;

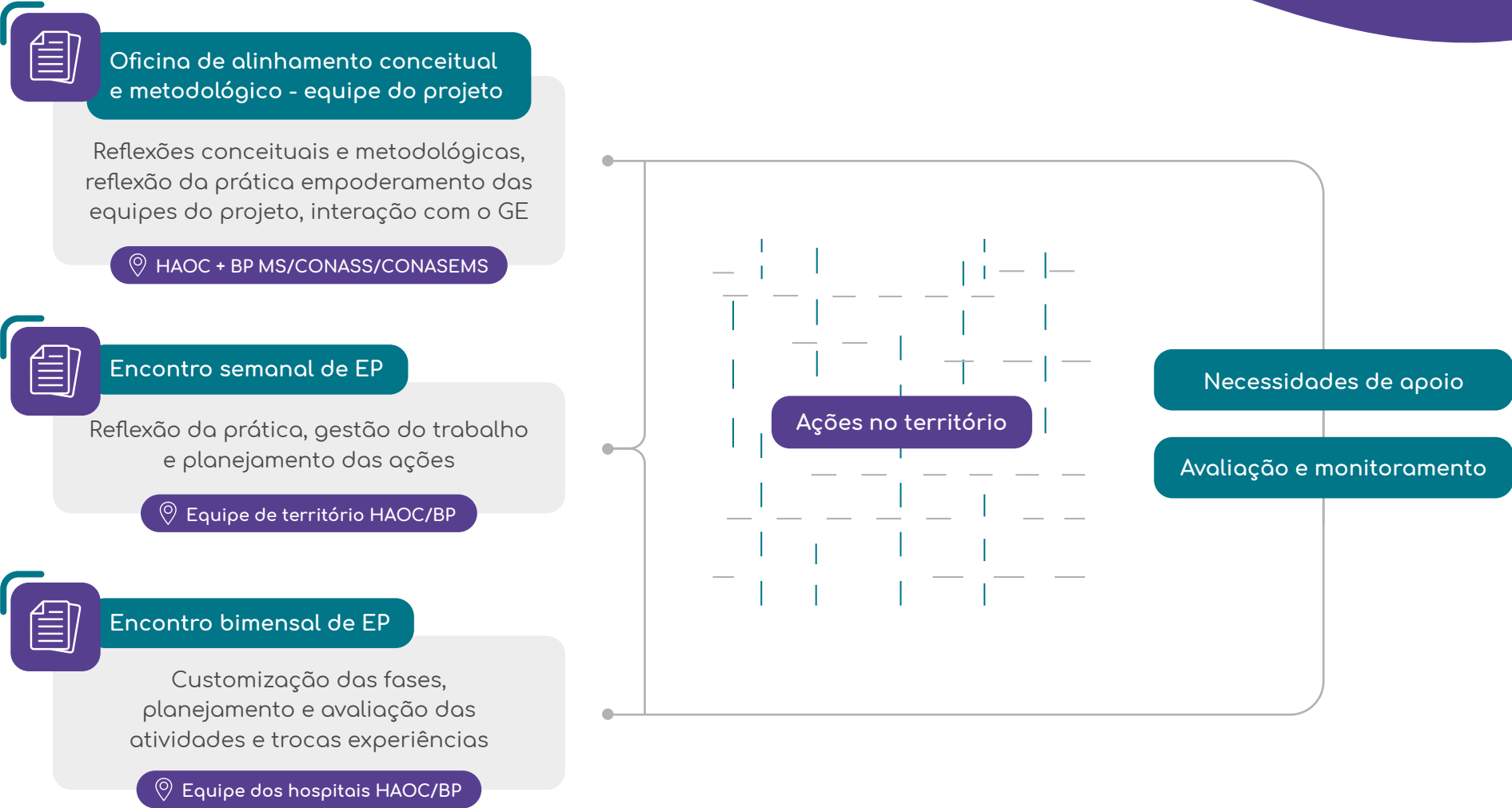
- **Organização** das fases do projeto em ciclos que compreendem: realização de oficinas de alinhamento conceitual e metodológico, implementação no território, levantamento das necessidades de aprendizagem, avaliação e monitoramento;
- **Uso de tecnologias** de informação e de comunicação à distância para ampliar ao máximo a participação dos atores em âmbito loco-regional e reduzir custos operacionais;
- **Indução** de processos crítico-reflexivos, a partir de um olhar ascendente, ampliado e com foco nas necessidades de saúde, por meio de estratégias de mediação que estimulem a construção de desenhos organizativos das RAS que insiram a APS como sua ordenadora e coordenadora do cuidado, integrada com a vigilância em saúde e a oferta de serviços de atenção especializada, organizada em escala e qualidade adequadas, para garantir acesso e equidade;
- **Sinergia** entre as outras iniciativas ou projetos de aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde.

O processo de construção coletiva invocou a necessidade de pensar em conjunto com as ofertas de natureza técnica, política e pedagógica, as intencionalidades dos espaços, bem como as ferramentas metodológicas adequadas para a mobilização e produção de sentido aos atores envolvidos. Dessa forma, fez-se necessário a qualificação e a reflexão da prática dos agentes que dispararam, articularam e costuraram essas ações.

Para isso, foram criados espaços de formação dos/com os articuladores, como a intenção de conferir maior robustez a essa atuação. Os momentos de EP ocorreram em ciclos, entrecruzados com a implementação das ações no território, que compreenderam a realização periódica de oficinas ampliadas de alinhamento conceitual e metodológico, oficinas internas das equipes vinculadas a cada um dos hospitais e encontros semanais entre assessores matriciais e articuladores. O processo de avaliação e monitoramento dos desdobramentos territoriais e longitudinais estimulou a identificação das necessidades de apoio, demandando eventualmente a reestruturação do conjunto de ações. Na Figura 1, a seguir, é possível visualizar esse movimento.

O processo de construção coletiva invocou a necessidade de pensar em conjunto com as ofertas de natureza técnica, política e pedagógica, as intencionalidades dos espaços, bem como as ferramentas metodológicas adequadas para a mobilização e produção de sentido aos atores envolvidos.

Figura 1 - Ciclos de Educação Permanente do Projeto



Fonte: elaborado pelos autores, 2022.

A própria estrutura interna e territorial sugerida pelo projeto favoreceu o exercício da cogestão, a construção de diálogos ativos e a mobilização dos atores para viabilizar as possibilidades de um planejamento ascendente.

É de relevância reconhecer o movimento de deslocamento que o coletivo ampliado do projeto conseguiu realizar ao longo deste percurso. Este processo de construção demandou por disponibilidade e abertura para construções vinculares multirrelacionais o tempo todo, instaurando espaços para o compartilhamento de experiências que não se limitam apenas a uma dimensão técnica, mas que também trazem para a discussão uma camada subjetiva que envolve toda a delicadeza de se inserir e cooperar nos territórios para uma composição colaborativa e agregadora. Tanto as equipes de território, quanto os participantes que representam as parcerias deste projeto, se dispuseram a acolher e problematizar os elementos que foram surgindo nos espaços ampliados, visando fortalecer as ações e avançar de forma solidária.



Possibilidades de
um planejamento
ascendente



Construção de
diálogos ativos

Conforme esperado, a realidade como ela é se impõe. Cada estado, cada Macrorregião de Saúde, cada Região de Saúde, e suas peculiaridades e contextos, que variam ao longo do tempo e dos eventos, renovações periódicas no campo político e com a própria experiência dos agentes responsáveis pela gestão do SUS, se incorporaram à sua própria maneira no andamento do projeto, que sofreu a injunção de todos esses processos, acelerando ou diminuindo a marcha dos acontecimentos. Tudo isso não é estranho ao modo SUS de governar, a mais abrangente política distributiva nacional, em um sistema cuja complexidade é a maior, semelhante aos grandes países com sistemas universais de atenção à saúde.



“

*No começo pensei que
estivesse lutando para
salvar seringueiras,
depois pensei que estava
lutando para salvar a
Floresta Amazônica.
Agora, percebo que estou
lutando pela humanidade.*

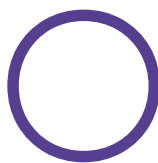
”

Chico Mendes

Território Vivo

Acre

Ana Emília Gaspar
Giorgia Regina Luchese
Giovanni Di Sarno



Estado do Acre está localizado no extremo oeste da Região Norte na região amazônica. Na língua nativa dos índios Apurinãs, primeiros habitantes do estado, Acre significa “Aquiri” - “rio dos jacarés”. O Acre é constituído por 22 (vinte e dois) municípios com uma população de 830.026 habitantes (IBGE, 2022).

O Acre possui grande parte do seu território coberto por florestas e áreas de difícil acesso, o que é um grande desafio logístico na entrega de serviços de saúde, como o transporte de materiais, medicamentos, equipamentos e até na fixação de profissionais médicos nas áreas remotas. O Acre abriga várias comunidades indígenas e populações tradicionais que possuem necessidades de saúde específicas e muitas vezes enfrentam barreiras culturais e linguísticas no acesso aos serviços de saúde. São trinta e quatro terras indígenas reconhecidas pelo governo federal e distribuídas entre onze municípios acreanos, que correspondem a 14,8% do território. As unidades de conservação, de uso direto e proteção integral, de jurisdição federal e estadual, e as terras indígenas constituem um mosaico contínuo de 7,7 milhões de hectares, distribuídos sobre 46% da superfície total do estado. A atenção à saúde dessas populações requer abordagens sensíveis às suas práticas culturais e crenças. Com esta característica de clima tropical e floresta, a região está sujeita a doenças endêmicas, como malária e outras doenças. Os municípios do Acre enfrentam desafios econômicos e orçamentários que refletem diretamente nos investimentos necessários para a infraestrutura de saúde, treinamento de profissionais e aquisição de equipamentos médicos.

Com a pandemia da Covid-19, que afetou o mundo todo, o uso da tecnologia, como a telemedicina, desempenha um papel crucial nas ofertas de serviços de saúde nas áreas remotas, garantindo o acesso da população para consultas médicas à distância, compartilhamento de informações e a realização de educação permanente em saúde.

Abaixo, temos uma relação de todos os municípios por faixa populacional levantada pelo último censo.

Tabela 1 - Número de municípios do Acre por faixa populacional (IBGE, 2022a)

População	Frequência
Mais de 100.000	1
50.000 a 100.000	1
20.000 a 50.000	1
10.000 a 5.000	5
5.000 a 10.000	4

Fonte: IBGE, 2022a.

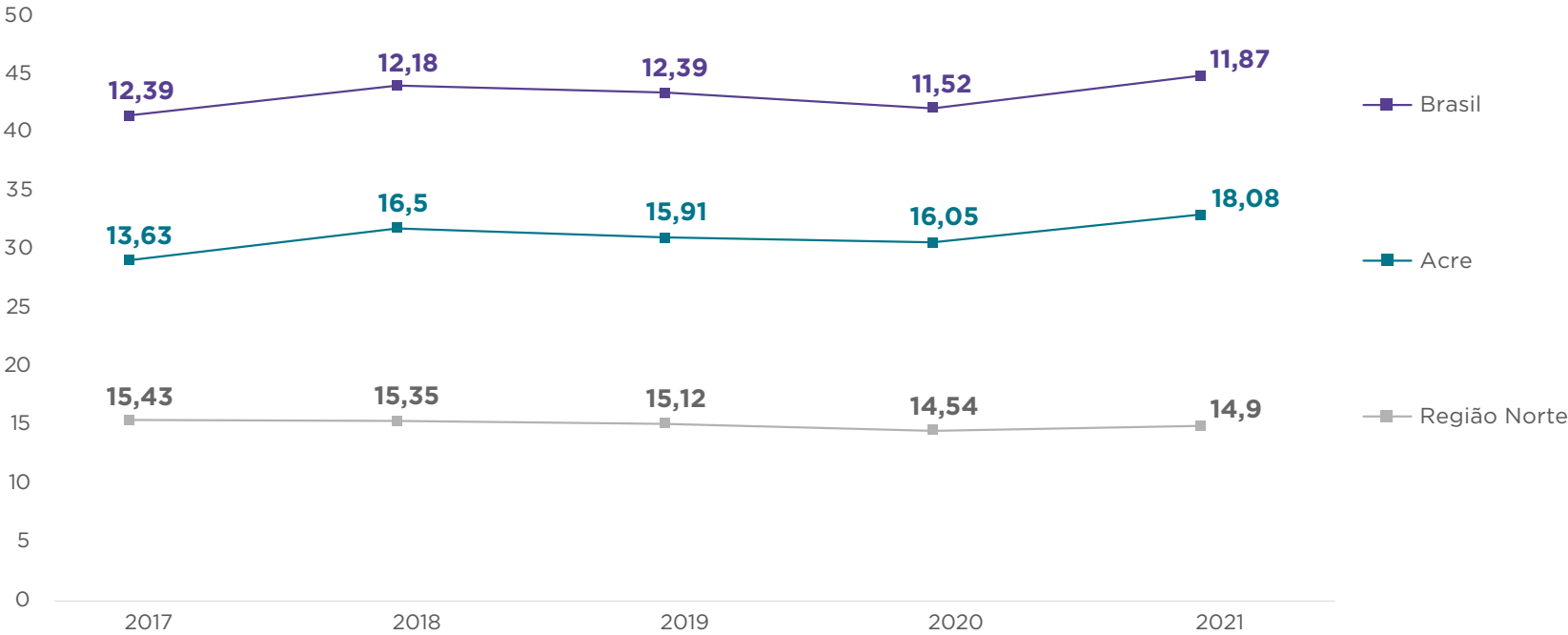
A capital Rio Branco possui 364.756 habitantes (equivalente a 43,94% da população do Estado – (IBGE, 2022a). O Acre abrange uma área de 164.173,429 km² (IBGE, 2022) e é um dos estados mais pobres da Federação, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,66 (IBGE, 2022). Ele ocupa a 21ª posição no ranking nacional (Atlas Brasil 2022; www.atlasbrasil.org.br/ranking) e com rendimento mensal domiciliar per capita de R\$909,00 (IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua – 2018).

No Acre, a taxa de mortalidade infantil é alta, o que observamos em comparação com a Região Norte e Brasil.

Na Região do Alto Acre, Juruá e Baixo Acre a taxa de mortalidade infantil apresenta uma tendência de aumento, condição associada às más condições de vida e de saúde do território.

Nas três regiões do estado, existe uma necessidade, do fortalecimento e do acompanhamento do pré-natal durante toda a gravidez, com identificação e resolução de eventuais problemas, ligados à gestação, além de assegurar um parto e nascimento seguros.

Figura 2 - Taxa de mortalidade infantil do Acre, Região Norte e Brasil, 2017 a 2021



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/MS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/Dados Coletados 07/03/2023.

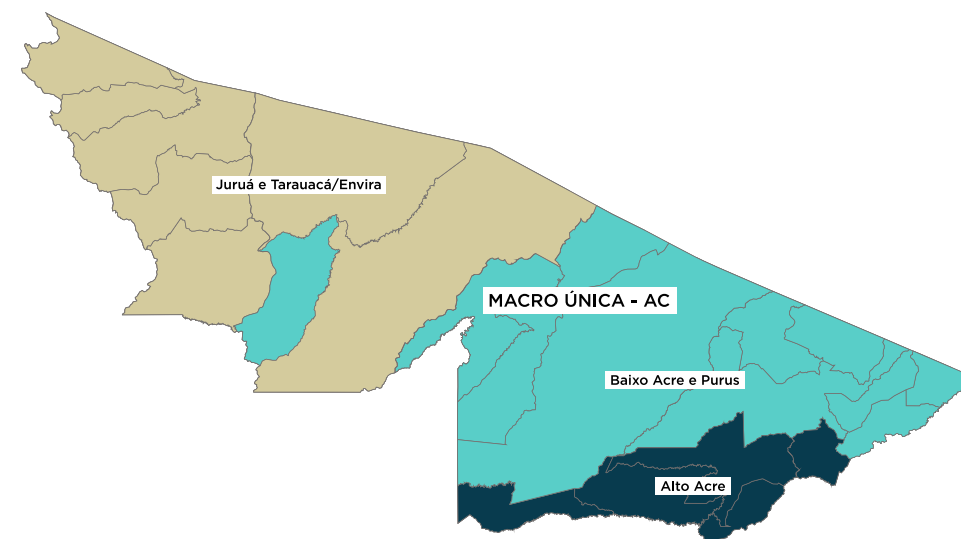
Contexto histórico-cultural: história da regionalização e do PRI

No Acre a CIR começou a ser implantada em 2006 (Teston *et al.*, 2019). O processo de definição da regionalização em saúde se deu a partir da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/AC n.º 38, de 31 de julho de 2009 que pactuou o desenho da Regionalização da Assistência do Estado do Acre.

A Resolução CIB n.º 36/2012 reconheceu as três CIRs nas regiões de saúde existentes. A primeira região de saúde compreende o 'Baixo Acre e Purus'. Ela é composta por 11 municípios: Rio Branco (sede), Acrelândia, Bujari, Capixaba, Jordão, Manoel Urbano, Plácido de Castro, Porto Acre, Santa Rosa do Purus, Sena Madureira e Senador Guomard. A capital, Rio Branco, concentra a maior parte da infraestrutura administrativa estadual e dos serviços de saúde oferecidos no estado. A segunda região de saúde, denominada 'Alto Acre', abrange os municípios de Brasileia (sede), Xapuri, Assis Brasil e Epitaciolândia. Os municípios de Brasileia e Epitaciolândia fazem fronteira com a Bolívia, e Assis Brasil está localizado na tríplice fronteira Brasil, Peru e Bolívia, ocorrendo de populações de outros países acessarem os serviços de saúde destes municípios.

O processo de definição da regionalização em saúde se deu a partir da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/AC n.º 38, de 31 de julho de 2009.

Figura 3 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Acre



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

A região do Juruá, Tarauacá/Envira é composta por sete municípios: Cruzeiro do Sul (sede), Mâncio Lima, Rodrigues Alves, Marechal Thaumaturgo, Porto Walter, Tarauacá e Feijó, situados na parte ocidental do estado. Possuem baixas densidades demográficas e seu acesso é primordialmente por via fluvial ou em aeronaves de pequeno porte. Estão situados em uma região onde predominam grandes rios e vasta extensão de florestas. O Acre com suas regiões forma uma única MRS.

No PDR 2020 enfatizou-se que a implantação da regionalização exigiria um enorme esforço de pactuação dos diversos níveis de gestores do sistema, com o estabelecimento de estratégias que atendessem às especificidades regionais e locais para a solução dos principais problemas de saúde e ajudassem a superar os entraves para a organização da assistência.

O processo do PRI, conforme preconizado na Resolução CIT n.º 37/2018, considerou como elementos fundamentais para sua efetivação: a análise dos Planos Municipais de Saúde, a organização das RAS, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional. O PRI, uma atualização do antigo PDR do ano de 2003, conforme cita o Plano Estadual de Saúde do Acre, surgiu como ferramenta a ser utilizada para materializar o processo de regionalização em saúde.



Oficinas de
alinhamento
conceitual e
metodológico



Processos
críticos - reflexivos,
olhar ascendente,
ampliado e foco

No processo de regionalização em 2018, foi formado o Grupo Condutor Estadual, responsável pela condução das Oficinas propostas pelo CONASS. Com a adesão à portaria GM/MS n.º 1.812/2020, para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da RAS e ao projeto do PROADI- SUS, o Acre expressou o desejo de implementar o planejamento ascendente, com o fortalecimento da governança das CIR para a construção de ações estratégicas que promovam o acesso e a resolubilidade da atenção através da organização da RAS.

Para a organização das fases do projeto foram realizadas oficinas de alinhamento conceitual e metodológico, com a indução de processos críticos - reflexivos, olhar ascendente, ampliado e foco em necessidades de saúde. Foi fundamental a sinergia entre os projetos de aprimoramento de gestão, planejamento e regionalização da saúde - organização e governança da RAS - para que os esforços empregados nos territórios fossem potencializadores dos processos, sem concorrência de agendas, uma vez que, as equipes são exíguas e, muitas vezes, são as mesmas pessoas que fazem parte das diversas iniciativas de apoio criando limitações operacionais.

Algumas atividades foram importantes para o avanço do processo de elaboração do PRI: reuniões para alinhamento conceitual, compatibilização da agenda das fases do projeto de regionalização com a agenda do Projeto n.º 1812/20 que foi repactuada em decorrência da pandemia, apresentação do projeto aos gestores e inclusão do PRI em suas agendas. O projeto da 1812/20 trouxe algumas metas como realizar análise da situação de saúde nas 3 regiões para atualização e diagnóstico da situação com base no PES e demais instrumentos de gestão; mapear os fluxos assistenciais intermunicipais, interestaduais e internacionais existentes e identificar os vazios assistenciais, e a organização dos pontos de atenção atuais; definir prioridades sanitárias no âmbito da região, e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução. Nesta proposta de avanço do projeto de regionalização foi aprovado em setembro de 2021, a composição do Grupo Condutor Estadual (GCE) com a função de constituir espaço de discussão, coordenação, condução, monitoramento e apoio do PRI no estado. As atividades ocorrem em formato virtual ou presencial de acordo com a dinâmica do território, tendo como mediador o articulador estadual do projeto. São membros do GCE as três esferas de governo. Uma vez que no Acre há apenas uma Macrorregião de Saúde, a gestão entendeu que não caberia a constituição do GTM, pois, os técnicos e gestores que compõem o GCE são os mesmos que iriam atuar no GTM.

No Acre a oficina da ASIS abordou a priorização dos indicadores de saúde (demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade, Previnir Brasil, dentre outros), bem como a capacidade instalada e os vazios assistenciais, para a identificação dos elementos relevantes para tomada de decisão em saúde de maneira oportuna, em todas

as suas instâncias, para com isso, transformar o conhecimento produzido em ação concreta, além da produção do diagnóstico da situação de saúde da região.

A consolidação dos produtos das oficinas, a frágil participação do GCE e a complexidade para se organizar a RAS pelas características geográficas, são dificuldades que se apresentam para o projeto de regionalização. Quando pensamos nas potências que existem neste território, com certeza nos deparamos com o comprometimento dos atores envolvidos, que apesar de longas distâncias a percorrer, participam ativamente dos processos de construção coletiva, propondo sempre melhorias para o SUS.

O projeto Regionalização no Acre: o processo do Planejamento Regional Integrado e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceram suporte técnico - metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram no apoio uma articuladora e um assessor matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, e destacaram as potências e os desafios do processo do PRI no estado do Acre. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 4.

Figura 4 - Facilitação gráfica Acre





Território Vivo: a opinião de quem faz¹

O projeto Regionalização traz a visão dos representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes e indicados pelo GCE. A discussão da regionalização como um processo solidário e participativo no início dos anos 2000 já despertava nos gestores a possibilidade de organização da rede de saúde para enfrentar os vazios assistenciais e a dificuldade que as barreiras geográficas impõem para o Acre. Investimentos para além do SUS, como a construção da BR 364, vem melhorando a trafegabilidade, o que interfere positivamente na organização da rede assistencial, buscando garantir o acesso, a equidade e a resolutividade da assistência. Os gestores apontam que os momentos de oficinas do PRI são experiências de articulação.

A entrada do projeto no Acre alavancou um processo que estava parado desde 2018, trazendo apoio técnico e contribuindo com o planejamento do PRI. Os respondentes também sinalizam que o projeto traz através da educação permanente ferramentas e metodologias que facilitam a reflexão coletiva para a obtenção dos produtos esperados das oficinas presenciais e virtuais. A presença de um articulador apoiando o GCE, auxilia a realizar reuniões com frequência para tratar de assuntos pertinentes à implantação e implementação das ações no território, estimulando a participação. Oficinas para construção coletiva do DOMI obtiveram ampla participação e aproveitamento.

Em relação ao aprendizado, os respondentes apontam que a sinergia entre o projeto Regionalização, rede colaborativa e fortalecimento da gestão estadual, considerando que eram as mesmas pessoas, trouxe vantagens na execução nos territórios. Outro ponto importante é a participação do controle social através da participação do Conselho Estadual de Saúde. As oficinas de ASIS e DOMI proporcionaram uma atualização das informações das regiões de saúde, e apontaram para a real necessidade da população. Com estes movimentos pautados na educação permanente se teve clareza quanto à real necessidade de saúde do Acre.

A institucionalização do PRI traz alguns apontamentos importantes para o Acre como ter um GCE único para condução de todos os projetos PROADI-SUS, além de sensibilizar gestores e áreas técnicas dos entes federados da importância de participação e fortalecer os espaços de governança. A rotatividade de membros que compõem os espaços de discussão é vista como um entrave.

Outro item importante que um respondente citou, é a integração dos instrumentos de planejamento da gestão como PRI, PES, Plano de governo, PPA e a descentralização efetiva de recursos para as regiões de saúde, além do governo estadual se apropriar da sua função de coordenação trazendo sempre que a APS é a ordenadora do cuidado.

¹ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

A base para as atividades que o Acre está desenvolvendo está pautado no projeto apresentado para a Portaria n.º 1812, com a tentativa de compatibilizar seu cronograma com as fases do projeto Regionalização. Observa-se um atraso neste cronograma provocado por vários fatores como: enfrentamento à pandemia e troca constante dos membros do GCE. Algumas atividades foram importantes para o avanço do processo de elaboração do PRI: reuniões para alinhamento conceitual, compatibilização da agenda das fases do projeto de regionalização com a agenda do Projeto da 1812/20 (repactuado em decorrência da pandemia) apresentação do projeto aos gestores e inclusão do PRI em suas agendas. O estado tem se esforçado muito, com a união dos entes federados, para continuar construindo o processo da pactuação da modelagem da RAS, da programação assistencial e em CIB, além de definição de estratégias de monitoramento e estabelecimento de estratégia de governança (CEGRAS).

De acordo com o processo do PRI previsto na resolução de consolidação CIT N.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, o Acre alcançou até a fase quatro do Projeto, o que corresponde à etapa quatro do PRI. Nesse processo verificou-se uma série de desafios os quais foram, trabalhar o acesso e a regulação e transformar o grupo de trabalho em um forte GCE, com a participação ampliada e mais

efetiva do COSEMS/AC. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a definição e pactuação do desenho e programação da RAS; proposta da construção do documento que sintetiza o PRMS, institucionalização de comitê de governança e definição de estratégias de monitoramento e avaliação do plano, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.

O estado tem se esforçado muito, com a união dos entes federados, para continuar construindo o processo da pactuação da modelagem da RAS, da programação assistencial e em CIB, além de definição de estratégias de monitoramento e estabelecimento de estratégia de governança (CEGRAS).



Território Vivo

Alagoas

Hélio Neves

Ligia Maria M. P. dos Santos

Valdemar Murakami

Alagoas ocupa uma área de 27.767 km², conta com 3.127.511 habitantes, 4º em densidade demográfica: 112,4 hab./km². Tem 102 municípios, cujas populações estão apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 - Municípios do estado de Alagoas, segundo porte populacional (IBGE,2022a)

População	Frequência
957.916 – Maceió	1
234.696 – Arapiraca	1
>50.000 <=100.000	8
>20.000 <= 50.000	29
>10.000 <=20.000	30

Fonte: IBGE, 2022a.

É um dos maiores produtores de cana-de-açúcar e coco-da-baía do país e tem na agropecuária a base de sua economia. É um território característico do Nordeste brasileiro: ao lado de um litoral esplendoroso, que chama a atenção do setor turístico para seu aproveitamento e o interior do estado que apresenta clima semiárido. O clima predominante é caracterizado como tropical, semiárido na maior parte de seu território.

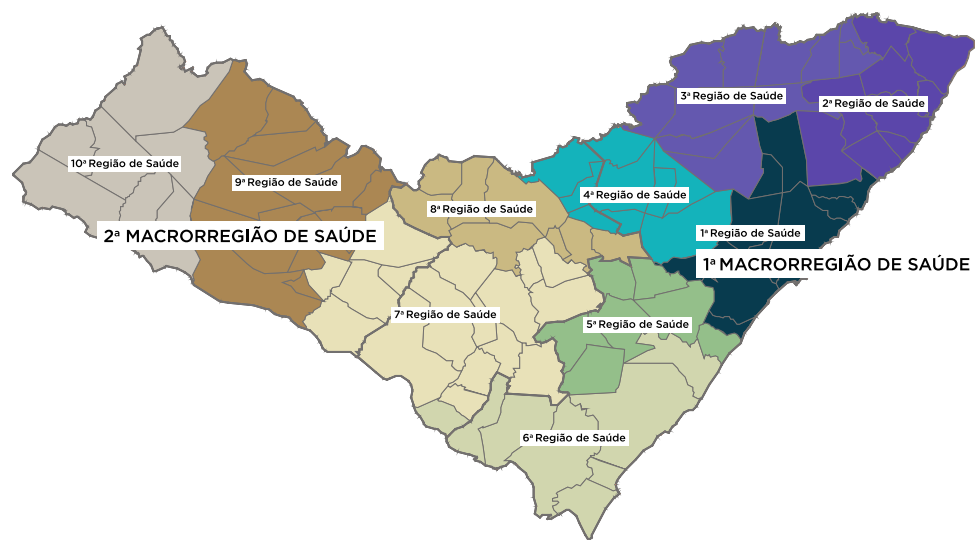
Maceió e Arapiraca são os maiores municípios em população e com melhores características socioeconômicas do estado, importantes polos de atração de migrantes de outras áreas do estado, pressionando os serviços de saúde, com maiores carências entre os mais pobres.

A mortalidade infantil no ano 2021 em Alagoas foi 13,4/1.000 NV, ocupando a 17ª posição entre os estados, sendo a TMI do Brasil 11,9/1.000NV (MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC). Em 2021 a esperança de vida ao nascer no Brasil era 77 anos e no Estado de Alagoas era 72,7 anos, ocupando a 23ª posição no ranking nacional, com 77,5 entre as mulheres e 67,9 anos entre os homens, resultando na maior diferença entre os sexos no país: 9,5 anos. (IBGE 2022). Sua taxa de alfabetização é 85,6%, 27ª posição entre os estados[i], ante 94,4% do país. Seu IDH é 0,684, perante 0,766 do país, 26ª posição no ranking nacional[ii].

Contexto histórico da regionalização/PRI

Com a intenção melhor atender às necessidades de saúde da população foi redefinido em 2011 o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado, instrumento de planejamento e gestão, que objetivou orientar a descentralização para promover maior e mais adequada acessibilidade dos usuários, considerando os princípios da integralidade, equidade e economia de escala.

Figura 5 - Regiões e Macrorregiões de Saúde de Alagoas



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

Antes do início do projeto Regionalização, foi pactuada na CIB, conforme da Resolução CIT 37/18, a definição das Macrorregiões de Saúde, considerando as necessidades de saúde, aspectos sócio-econômico-culturais, o pertencimento ao território e o acesso ao sistema de saúde. Para os participantes da oficina de diagnóstico situacional, foi um processo ascendente que partiu das necessidades de saúde da população, identificou os perfis demográficos e epidemiológicos nas MRS e pactuou diretrizes para a organização

da RAS em CIB. Porém, consideram que é necessário avançar na visão sistêmica dos atores essenciais na regionalização e no “apoio solidário” entre os municípios, dada a baixa capacidade instalada e a dependência em relação aos prestadores de serviço, o que reforça a lógica de competição.

Para o PRI foi constituído colegiado, com representação do COSEMS – com secretários das dez regiões de saúde, das áreas técnicas da SES, da SEINP/MS, CIB, Conselho Estadual de Saúde e Universidade, com 70 membros titulares e suplentes (Portaria SESA 9.323/21). Não foram constituídos GTMs por entenderem que a diversidade de representação do GCE configura a função dos Grupos de Trabalho Macrorregionais (GTM). Compreendeu-se a necessidade de melhorar o processo decisório na gestão da regionalização/PRI, uma vez que as regiões apresentam baixa articulação e transparência. Além do elevado grau de empirismo, o que desfavorece o estabelecimento de consensos sobre prioridades e responsabilidades dos agentes, mostrando a fragilidade da governança loco-regional.

As RAS conformadas nas macrorregiões foram pactuadas nas respectivas Comissões Intergestoras Regionais e na Comissão Intergestores Bipartite, tomando em consideração os elementos constitutivos definidos na Portaria GM-MS 4.279/10. Considerou-se que há definição de modelo de atenção à saúde segundo um sistema lógico organizador do funcionamento da RAS e um fluxo assistencial entre os pontos de atenção e os sistemas de apoio na MRS; que é necessário o fortalecimento da APS para aumentar sua resolutividade, aprimorar os fluxos e aumentar a responsabilidade na gestão do cuidado em todos os pontos de atenção da RAS. Entendeu-se como necessário o estabelecimento de painel para o monitoramento das metas e avaliação dos resultados da RAS das MRS, que precisam ser aprimorados e efetuados regular e sistematicamente. Foi notado que a alocação de recursos não segue critérios técnicos e prioridades sanitárias, especialmente quanto a recursos de emendas parlamentares. Diversas situações de reestruturação dos órgãos da gestão, com mudança de gestores e nas equipes, reduzem a fluidez do processo.



Monitoramento
das metas



Avaliação
dos resultados
da RAS das MRS

O projeto Regionalização em Alagoas: o processo do Planejamento Regional Integrado e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceu suporte técnico-metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. A articuladora e o assessor matricial narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e desafios do processo do PRI no estado de Alagoas. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 6.

Figura 6 - Facilitação gráfica Alagoas





Território Vivo: a opinião de quem faz²

Visando coletar impressões e analisar o conjunto de ações desenvolvidas, seu potencial para a qualificação dos processos de modelagem da RAS e da gestão/governança, foi aplicado um questionário para representantes das três esferas de governo do Grupo Condutor Estadual (GCE). As respostas mostraram muitas concordâncias e algumas dissonâncias nas opiniões sobre o PRI no estado de Alagoas.

Para um representante, foram duas as experiências mais significativas no desenvolvimento do PRI, que ocorreram antes do início do projeto Regionalização: em 2009, a reorganização do espaço territorial em duas Macrorregiões de Saúde, com seis Regiões Sanitárias na 1ª Macro e quatro na 2ª Macro e, atualização do Plano Diretor de Regionalização, em 2011. Para outro representante, foi relevante a retomada de um processo discursivo sobre planejamento regional, há tempos adormecido, e a incipiente retomada da integração Estado/Municípios. Uma terceira voz afirma que já houve no estado experiência de planejamento ascendente, com definição de responsabilidades dos gestores na organização sistêmica do SUS,

com diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para garantir o acesso e a resolubilidade. Relata que a abordagem ascendente no processo anterior de regionalização considerou a rede existente e as carências da época, propiciando melhoria na cobertura de serviço nas Regiões de Saúde.

A principal contribuição do projeto na implementação do PRI em Alagoas, na resposta de um representante, foi o apoio ativo e qualificado recebido no território para manter acesa a agenda e promover envolvimento do Grupo de Trabalho com SES, Cosems e SEMS. Os Guias Operacionais Básicos (GOB) auxiliaram no direcionamento do processo e o apoio financeiro para certas atividades contribuiu bastante. Para outro, a despeito de estar ainda em estágio inicial em Alagoas, o projeto agregou forças para organizar, estratégica e metodologicamente, a construção e pactuação do PRI. Para um terceiro, o Projeto contribuiu para realizar o diagnóstico da situação de saúde, fomentou a proposta de Regionalização e do Planejamento Regional Integrado nas MRS e avançou na definição de uma rede prioritária (RDCNT), o que possibilita orientar as ações para garantir serviços locais e de referência na região de saúde.

² Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

O principal aprendizado no desenvolvimento do PRI que pode impactar em mudanças de práticas nas regiões, macrorregiões e no estado, é perceber que sem apoio dos gestores, especialmente Secretário de Estado e Presidente do Cosems, os demais envolvidos não conseguem dar prosseguimento nas ações e que só é possível regionalizar com o compromisso de todos os atores necessários para o funcionamento do SUS. Para outro, o aprendizado mais significativo é compreender que a superação de problemas estruturais nos municípios só terá êxito nos planos macrorregional e regional, pois muitos municípios têm alta dependência das transferências constitucionais como fonte de receita e as responsabilidades a eles atribuídas podem ter ultrapassado suas capacidades. A terceira voz escolheu a noção de territorialidade para identificar prioridades na análise de situação de saúde e na conformação de sistemas funcionais de saúde para garantir acesso dos cidadãos e otimizar os recursos disponíveis.

[...] o aprendizado mais significativo é compreender que a superação de problemas estruturais nos municípios só terá êxito nos planos macrorregional e regional.

O principal desafio para institucionalizar o PRI em Alagoas é conduzir a regionalização em meio à elevada rotatividade de gestores e técnicos nos âmbitos municipal, estadual e federal, e transpor barreiras políticas que dificultam a integração, é o que diz um membro do GCE. A incorporação da importância do PRI na agenda dos gestores é o principal limitante, diz outro. Para um dos respondentes, a implantação de novos serviços na rede estadual requisiu parte do pessoal da SES, aumentou a necessidade de recursos de custeio e reduziu a capacidade de planejamento do Estado, exigindo repensar o modelo assistencial e que, apesar da fragilização do processo por tais condições, a análise da situação de saúde, no decorrer do Projeto de regionalização, ampliou a compreensão e estabeleceu novo olhar para o território, fortalecendo o processo do Planejamento Regional Integrado nas regiões de saúde.

A valorização do construto profissional e pessoal dos sujeitos pertencentes a este processo foi uma opção metodológica que considera a construção, a vivência e a experimentação de conceitos e teorias, numa perspectiva individual e coletiva, possibilitando o desvelamento de diferentes matizes e tons que vão compondo e revelando a trama.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

O estado de Alagoas já vivenciou processo de planejamento regional e definiu suas macrorregiões de saúde, seguindo os procedimentos definidos na instância de governança tripartite do SUS. Nos últimos anos, porém, o ritmo de desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado sofreu algum esmorecimento, em decorrência da sobrecarga do ente estadual com suas novas atribuições, pela entrega de novos serviços da sua competência e das dificuldades originadas na rotatividade nos cargos de gestão e cargos técnicos, tanto em municípios quanto da SES, além da remodelação das suas estruturas organizacionais. A melhor perspectiva de retomada do PRI no estado passa pela reativação do coletivo com esta responsabilidade, que incorpora gestores de todos os níveis, além da universidade e do Conselho Estadual de Saúde, o que possibilitaria a transposição das barreiras políticas que dificultam a integração.

De acordo com o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do Plano Regional da Macrorregião de Saúde - PRMRS, o estado de Alagoas definiu duas macrorregiões para desenvolver o PRI, instituiu o Grupo Condutor Estadual, com a participação da SES, Cosems/AL e SEINP/SEMS/AL. Neste estado foi alcançada a fase dois do projeto, o que corresponde à etapa três do PRI; está em andamento a etapa de Análise da Situação de Saúde das MRS e priorização dos problemas de saúde. Nesse processo verificou-se uma série de desafios na condução do projeto no território: mudança da gestão estadual e do organograma da SES, mudança de técnicos que acompanhavam o processo eleitoral e seus desdobramentos. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a proatividade e empenho das equipes em manter o processo vivo no território, a participação dos gestores e técnicos nas capacitações realizadas, para não paralisar esse processo de planejamento ascendente, que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado. Uma série de debates sobre a organização da RAS e governança está em andamento, para realizar o alinhamento conceitual entre os participantes do projeto Regionalização.



“

*Só lutamos por aquilo
que amamos, só amamos
aquilo que respeitamos
e só respeitamos aquilo
que conhecemos.*

”

Thiago de Mello

Território Vivo

Amapá

Ana Emília Gaspar

Francisco Ivan Rodrigues Mendes Junior

Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti

O nome Amapá deriva da palavra “mapa”, uma árvore encontrada na região e era usada pelos indígenas para fazer canoas. É o estado mais setentrional do Brasil que faz fronteira com a Guiana Francesa ao norte, o Oceano Atlântico ao leste, o Pará ao sul e o Suriname ao oeste. O estado tem um clima equatorial, caracterizado por altas temperaturas e elevada umidade ao longo de todo ano.

A capital do Amapá é Macapá e tem uma população extremamente diversa, com forte presença de comunidades indígenas, quilombolas e descendentes de imigrantes europeus, africanos e asiáticos. Esta diversidade étnica enriquece a cultura e as tradições do estado.

A capital do Amapá é Macapá e tem uma população extremamente diversa, com forte presença de comunidades indígenas, quilombolas e descendentes de imigrantes europeus, africanos e asiáticos. Esta diversidade étnica enriquece a cultura e as tradições do estado.

A economia do Amapá é baseada principalmente na mineração, com destaque para a extração de minério de ferro. Além disso, a pesca, a agricultura, a indústria madeireira e o turismo também desempenham papéis importantes na economia regional. O estado é conhecido por sua rica biodiversidade, com vastas áreas de floresta amazônica, rios e ecossistemas únicos. A biodiversidade inclui uma variedade de espécies de fauna e flora, algumas das quais são endêmicas da região. Segundo dados do IBGE até 2021, a população do Amapá era estimada em aproximadamente 861 mil habitantes, sendo um dos estados menos populosos do Brasil. Com 142.470.762 km² e densidade demográfica (5,15 hab./km²), o estado tem dezesseis municípios de pequeno porte, sendo Macapá e Santana os únicos com mais de cem mil, respectivamente, com 442,933 e 107.373 habitantes.

Tabela 3 - Número de municípios do Amapá segundo população (IBGE, 2022a)

População	Frequência
Mais de 100.000	2
De 50.001 a 10.000	8
Menos de 10.000	6

Fonte: IBGE, Censo 2022a.

A predominância de municípios de pequeno porte, as grandes distâncias a percorrer em precárias vias terrestres em algumas partes do estado, como também a insuficiente estrutura do transporte sanitário. Essas condições culminam por dificultar o acesso da população.

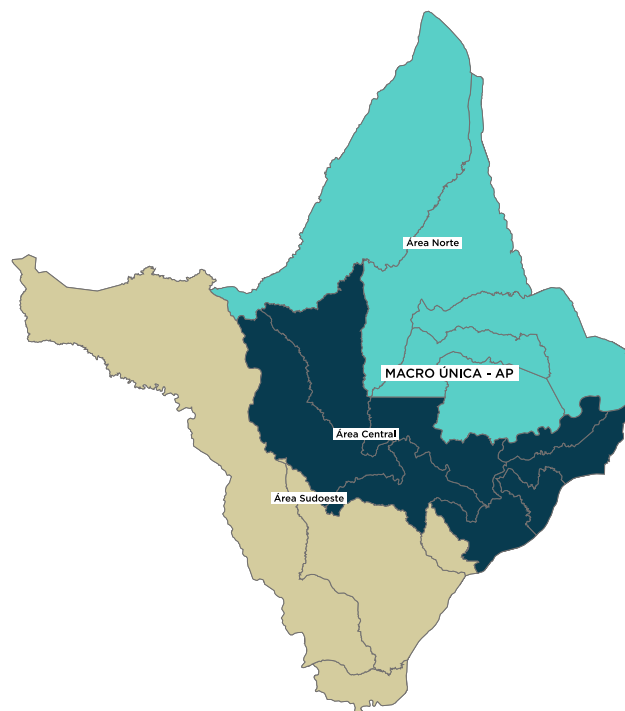
Amapá ocupa a 12ª posição no ranking nacional do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com 0,70 (Atlas Brasil 2022; www.atlasbrasil.org.br/ranking). O estado possui uma taxa de analfabetismo superior à média nacional, com 5,9% de pessoas analfabetas com 15 anos ou mais (Pesquisa Nacional de Amstras de Domicílio de 2022). A expectativa de vida ao nascer no estado do Amapá em 2021 era de 74,7 anos. Essa expectativa é menor que a média nacional de acordo com o IBGE.

12ª posição
no ranking
nacional
do IDH

A Taxa de Mortalidade Infantil em 2021 foi 22,6/1000nv, bem mais alta que a média nacional que foi 11,9/1.000nv (MS/SVS/CGIAE – SIM/SINASC, consultado em 2/9/23). Amapá é o primeiro estado brasileiro a ter todas as terras indígenas demarcadas. Nas duas grandes reservas, que representam 8,6% de todo o território estadual, 140.276 km², vivem as etnias - Galibi, Caripunas, Palikur, Waiãpi e Galibi Marworno.

O Amapá enfrenta desafios significativos em áreas como educação e saúde, mas esforços estão sendo feitos para melhorar esses setores e proporcionar uma melhor qualidade de vida para a população. No Sistema Único de Saúde, busca-se atender às necessidades da população, mas enfrenta-se limitações e dificuldades relacionadas a infraestrutura, falta de profissionais em algumas áreas e acesso a serviços especializados em algumas regiões mais remotas, onde não há acesso à energia, internet, rede de celular e a distância de barco para se chegar ao local é de 14 horas.

Figura 7 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Amapá



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

Entre os principais problemas de saúde no Amapá incluíam doenças tropicais, como malária e dengue, bem como a necessidade de medidas preventivas para combater essas enfermidades. Além disso, as políticas de atenção primária e vigilância epidemiológica são importantes para monitorar e controlar a propagação de doenças infecciosas.

A região norte de saúde é constituída por cinco municípios: Tartarugalzinho, Pracuúba, Amapá, Calçoene e Oiapoque, com uma baixa capacidade instalada de recursos tecnológicos, uma insuficiência de recursos humanos e uma atenção primária incipiente.

Os municípios de Serra do Navio, Pedra Branca do Amapari, Porto Grande, Ferreira Gomes, Cutias, Itaubal e Macapá, constituem a região central de saúde, onde está concentrada a maioria dos estabelecimentos de saúde, recursos humanos especializados e uma capacidade tecnológica mais elevada, porém ainda insuficiente de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS 1631 de 01/10 /2015, para as necessidades da população.

Da região sudoeste fazem parte os municípios de Vitória do Jari, Laranjal do Jari, Mazagão e Santana, que apresentam baixa capacidade tecnológica e deficiência de recursos humanos.

Entre os principais problemas de saúde no Amapá incluíam doenças tropicais, como malária e dengue, bem como a necessidade de medidas preventivas para combater essas enfermidades.

Contexto histórico-cultural: história da regionalização e do PRI

Documentos de 2002 da SES Amapá tratam do processo de Regionalização no Estado, através da Resolução do Conselho Estadual de Saúde N. 002/02 – CES /AP, onde se resolve homologar a decisão da CIB-AP referente ao Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada Integrada (PPI). Em relação à Resolução de que define o território Macrorregional de Saúde, pactuado entre os gestores, à luz da Resolução da CIT n. 37/2018, temos a Resolução CIB/AP n. 101 de 06 de julho de 2018, que decide por aprovar a constituição da Macrorregião do Estado do Amapá e o Cronograma para a realização do Planejamento Regional Integrado.

Uma nova proposta de apoio ao processo de regionalização foi bem acolhida pelos profissionais e evoluiu muito bem, sobretudo pela participação ativa qualificada dos seus gestores e colaboradores. Desde o primeiro contato com a Coordenadoria de Planejamento (Coplan) da SES, se observa uma ampla articulação junto ao Cosems, MS e representantes dos Projetos de Fortalecimento da Gestão Estadual, Rede Colaborativa e Governança da RAS (Portaria 1812), na perspectiva de uma ampla articulação estabelecendo uma sinergia entre os Projetos e demais representações institucionais (Tripartite). Uma estratégia importante a ser destacada é a decisão tripartite, de agregar valor aos processos já em desenvolvimento no Estado, através da compreensão de suas reais necessidades e proposições que agreguem real “valor de uso” a todos os envolvidos,

buscando atuar, sempre que possível, “In loco”. O GCE (Grupo Conductor Estadual) e GTT (Grupo técnico de trabalho) formalizaram sua composição para triênio 2021/2023 através da Resolução 017 e 018 /22 – CIB/AP respectivamente.

O Alinhamento Conceitual foi realizado nas oficinas de trabalho, na perspectiva de se fortalecer as Redes de Atenção à Saúde vinculadas à atenção materna e infantil, urgência e emergência, e atenção às condições crônicas. Existe um protagonismo importante assumido pela Secretaria de Estado da Saúde do Amapá na condução do PRI.

O projeto Regionalização no Amapá: o processo do Planejamento Regional Integrado e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceram suporte técnico - metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram do apoio um articulador e uma assessora matricial que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e os desafios do processo do PRI no estado do Amapá. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 8.

Figura 8 - Facilitação gráfica Amapá



Fonte: Pastorino, 2023.



Território Vivo: a opinião de quem faz³

O projeto Regionalização trouxe a visão dos representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE. Os atores que foram respondentes pontuam que as experiências mais significativas que o projeto proporcionou foram a integração entre os profissionais e pontos focais durante as discussões, onde apontam a metodologia aplicada como sendo uma ferramenta que potencializou as trocas de saberes entre técnicos dos diferentes territórios, permitindo uma construção coletiva. As oficinas trouxeram uma escuta qualificada, conhecimento e aprendizado relacionado à gestão e a condução de políticas de saúde.

Quanto a contribuição na implementação do PRI, aconteceu uma oficina para a sensibilização, onde se destaca a participação ativa dos gestores e equipes gestoras dos Municípios, Estado e União, apresentando a importância do processo de regionalização na organização do SUS amapaense, contribuindo para a melhoria na organização do fluxo dos atendimentos, com vistas as peculiaridades de cada ente.

A equipe do Amapá aponta que a capacidade de dialogar e escutar cada território como um grande aprendizado, traz à tona questões importantes para ter um trabalho com mais equidade, valorizando a parametrização dos serviços, a organização da RAS e as linhas

de cuidado. Neste movimento através da educação permanente em saúde, o projeto Regionalização, proporcionou durante as discussões reconhecer as fragilidades e potencialidades do SUS do Amapá.

No desafio de institucionalizar o PRI dentro do estado, as condições geográficas, a dificuldade de fixar profissionais e a apropriação dos gestores do Planejamento Regional Integrado como uma ferramenta de trabalho para o desenvolvimento de uma saúde integral são pontos que merecem ser aprofundados.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

Desde o primeiro contato com a Coordenadoria de Planejamento (Coplan) da SES, se observa uma ampla articulação junto ao Cosems, MS e representantes dos Projetos de Fortalecimento da Gestão Estadual, Rede Colaborativa e Governança da RAS (Portaria n.º 1812), na perspectiva de estabelecer uma sinergia entre os Projetos e demais representações institucionais. Uma estratégia importante a ser destacada é a decisão tripartite de juntos buscar agregar valor aos processos já em desenvolvimento no Estado, através da compreensão de suas reais necessidades e proposições que tragam real “valor de uso” a todos os envolvidos, se buscando atuar, sempre que possível, “In loco”.

³ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Interesses e prioridades. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

A metodologia utilizada para construção do PRI, foi customizada levando em consideração o perfil dos envolvidos na construção e contexto local. Sempre buscou trabalhar com momentos síncronos e assíncronos, tendo a Educação Permanente em Saúde transversal em todo processo de construção. Nos momentos síncronos, eram trabalhados com metodologias ativas, onde o sujeito conseguia debater e se ver no processo, trazendo o “sentido” da discussão e da importância de se construir o PRI de forma colaborativa e participativa. Nos momentos assíncronos, eram trabalhados a sistematização dos elementos de cada fase e/ou etapa na elaboração do PRI.

Quando todos os envolvidos neste processo compreenderam que o PRI é o instrumento de construção tripartite do planejamento com a perspectiva macrorregional, sentiu-se a necessidade de sistematizar e analisar o que é normativo e o que está presente no território, que é vivo e dinâmico. Com isso a BP ofertou a entrega de vários materiais, planilha inteligente da PRT 1631, linha do tempo com a sistematização de todos os materiais ao longo do processo, planilha de power BI por prioridade sanitária com a sistematização e mapeamento dos pontos de atenção, carteira de serviço e programação assistencial. Em relação à programação assistencial, demonstra-se aquilo que há de parâmetro na PRT 1631 de 2015 e o que se tem na Linha Guia do Estado, trazendo um comparativo daquilo que o normativo ministerial apresenta e o que de fato o território necessita. Entende-se que todos os elementos desenvolvidos possam mapear para a gestão do SUS onde devem priorizar investimentos e ações.

Outro ponto de destaque foi a definição a partir do PRI da necessidade de se ter uma Política Estruturante de Atenção Básica para o Amapá, com construção de forma tripartite. Todos os elementos apresentados só evidenciam o movimento realizado internamente no Estado, para integração das diversas áreas internas. A Secretaria de Estado da Saúde do Amapá assumiu seu papel de coordenação do PRI, com apoio do Cosems e MS.

Segundo o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, o Amapá alcançou até a fase quatro do Projeto. Isso corresponde à etapa cinco do PRI, o que demonstra que o estado realizou a pactuação da parametrização da RAS MI e das Linhas de Cuidado para Hipertensão e Diabete na RCPDC para estruturação da programação assistencial destas três prioridades sanitárias. Nesse processo verificou-se uma série de desafios, os quais foram voltadas para a necessidade em se avançar na articulação mais resolutiva com as áreas técnicas especializadas da SES; pertencimento regional por parte dos municípios; e elaboração e aplicação de metodologias ativas nas iniciativas do PRI. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a entrega de produtos intermediários em parceria da SES, Cosems e Hospital Beneficência Portuguesa, como subsídios técnicos ao processo do PRI-AP, dentre eles, a linha do tempo do processo do PRI em padlet – com acesso sistematizado ao conjunto de materiais produzidos, o Painel Power BI com a análise da capacidade instalada e com a parametrização das três prioridades sanitárias, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.



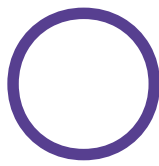
Território Vivo

Amazonas

Anderson Torreão

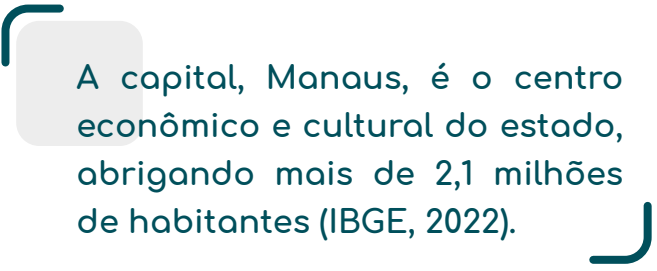
Anderson Dias

Pedro Ivo Freitas de Carvalho Yahn



Estado do Amazonas, localizado na região Norte do Brasil, apresenta uma rica diversidade socioeconômica e demográfica, sendo o maior estado brasileiro em área territorial, cobrindo cerca de 1,5 milhão de quilômetros quadrados, a maioria ocupada pela floresta amazônica. Com uma população de aproximadamente 4,2 milhões de habitantes, o estado abriga uma diversidade étnica e cultural notável, incluindo comunidades indígenas - como os Tikuna, Yanomami, Kambeba e muitas outras - além das comunidades ribeirinhas e urbanas (IBGE, 2022a).

A capital, Manaus, é o centro econômico e cultural do estado, abrigando mais de 2,1 milhões de habitantes (IBGE, 2022a). É conhecida pela Zona Franca de Manaus, um importante polo industrial. Além de Manaus, diversas cidades do interior, como Parintins e Itacoatiara, desempenham papéis cruciais na economia e cultura regionais. A economia do Amazonas está profundamente ligada à exploração sustentável dos recursos naturais, incluindo a pesca, agricultura familiar e o turismo ecológico.



A capital, Manaus, é o centro econômico e cultural do estado, abrigando mais de 2,1 milhões de habitantes (IBGE, 2022).

O estado enfrenta desafios devido ao desmatamento e à pressão sobre a biodiversidade, exigindo esforços de conservação. Apresenta um clima predominantemente tropical, com estações de seca e chuva, influenciadas pela Amazônia. O folclore amazônico é rico e diversificado, com festivais populares, como o Festival de Parintins, que celebra a cultura indígena. Além do português, muitos habitantes falam línguas indígenas, reforçando a importância da preservação cultural.

O estado enfrenta desafios na oferta de educação e saúde, especialmente em áreas remotas, mas tem procurado investir ao longo dos anos para melhorar indicadores dessas áreas. Devido à vasta rede fluvial, o transporte fluvial desempenha um papel crucial na conectividade do estado. A região atrai turistas em busca de experiências na natureza, como observação de pássaros e passeios de barco pelos rios e igarapés. O Amazonas abriga, ainda, uma das maiores diversidades de espécies do mundo, incluindo plantas, animais e peixes, tornando-se um *hotspot* de biodiversidade. O estado busca equilibrar o desenvolvimento econômico com a conservação ambiental e a inclusão social, enfrentando desafios únicos devido à sua vasta extensão territorial e ecossistemas frágeis.

O projeto Regionalização no Amazonas: caracterização do território e chegada do projeto Regionalização

Conforme já indicado, o Estado do Amazonas tem 62 municípios distribuídos numa área de 1.570.745,00 km² e uma população de cerca de 4,2 milhões de habitantes, apresentando, assim, a menor densidade demográfica entre as unidades da federação (IBGE, 2022a). Pela sua extensão territorial e baixa densidade demográfica, o processo de regionalização no Amazonas é um grande desafio, pois abarca uma série de singularidades e complexidades que escapam dos regramentos, “receitas” e normativas, geralmente pensadas para territórios “convencionais”, tais como as conexões que acontecem por rios e igarapés, assim como o fluxo das pessoas pelo território que está condicionado pela cheia e vazante dos rios.



62 municípios
distribuídos
numa área de
1.570.745,00 km²

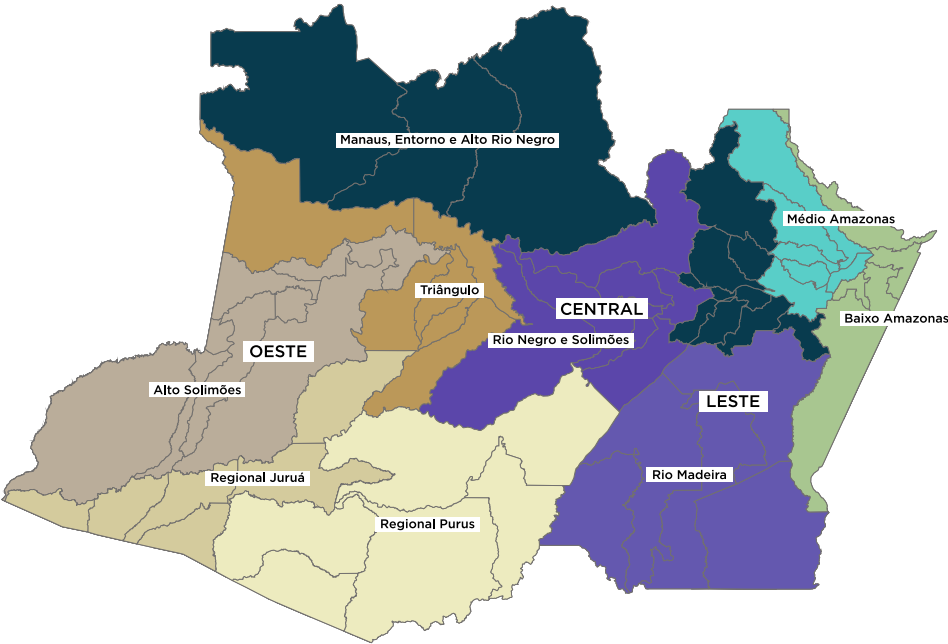


4,2 milhões
de habitantes

Do PDR de 2003, que instituiu 1 Macrorregional de Saúde (Macro Central Manaus); 10 Regiões de saúde, 19 microrregiões, 19 polos e 62 módulos assistenciais; passando pelo Pacto 2008/2009 que propôs 1 macrorregião e 7 Regiões de Saúde e posteriormente 9 Regiões (2010), pelo QualiSUS Rede na Região de Saúde do Alto Solimões até o atual desenho de 9 regiões e 3 macrorregiões (central, leste e oeste), são vários os processos, projetos e arranjos que compõem a história da regionalização no Amazonas. No momento em que se iniciava o projeto Regionalização no Estado, convocava-se uma nova discussão de desenho regional, visto que o então vigente ainda não respondia integralmente às necessidades de saúde das pessoas que lá viviam. O projeto Regionalização, assim como o processo de construção do Planejamento Regional Integrado, torna-se, então, mais um elemento que compõe a linha do tempo da regionalização no Estado.

O projeto e suas ofertas metodológicas trouxeram um fôlego na busca incessante dos atores locais (sejam gestores, trabalhadores e usuários do SUS) em produzir um SUS universal e equânime num território marcado por uma diversidade de territórios. Nesse contexto, o Grupo Condutor Estadual (GCE) foi formado e definiu apenas pelo desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado (PRI) no âmbito de duas macrorregiões (Central e Leste), sendo então constituídos os respectivos Grupos de Trabalho Macrorregionais (GTM), os quais construíram o diagnóstico contextual da regionalização no Estado assim como a agenda do PRI que passou então a ser implementada.

Figura 9 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Amapá



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

O projeto Regionalização no Amazonas: o processo do Planejamento Regional Integrado e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceram suporte técnico - metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram do apoio um articulador e um assessor matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e os desafios do processo do PRI no estado do Amazonas. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 10.

Figura 10 - Facilitação gráfica Amazonas



Fonte: Pastorino, 2023.



A experiência do Grupo Condutor Estadual⁴

O processo de regionalização em saúde no Amazonas tem sido uma experiência bastante significativa para os atores diretamente envolvidos. Segundo os membros do GCE envolvidos no projeto Regionalização no triênio 2021-2023, foram reconhecidos diversos aspectos, tais como, os avanços práticos alcançados, o aprendizado dos atores territoriais e a relevância do reconhecimento do desenvolvimento histórico desse processo.

Os participantes do projeto, componentes do GCE, ressaltaram o avanço e as contribuições efetivas do projeto para a construção do Plano Regional Integrado (PRI) no Estado. Isso incluiu o fortalecimento das relações interfederativas, a integração do PRI nas instâncias formais de governança, a construção da Análise Situacional de Saúde (ASIS) e a definição de prioridades sanitárias. Foi destacado, ainda, que o projeto promoveu a atualização de informações estratégicas para as instâncias de governança do Estado e maior apropriação e domínio do funcionamento da rede de saúde por parte dos atores envolvidos, resultando em maior qualidade e fidedignidade das informações no estado e nos municípios.

As metodologias utilizadas pela equipe de apoio territorial dos hospitais executantes do projeto no âmbito das oficinas presenciais e mesmo das atividades virtuais, foram relatadas como experiências significativas e produtoras de empoderamento entre os atores participantes das mesmas. Foram enfatizadas, também, a importante integração de todos os atores envolvidos na construção do PRI, o consequente aprendizado destes sobre a temática da regionalização em saúde e o fato do processo do PRI ter estimulado uma nova visão sobre como promover a regionalização de saúde de forma sinérgica entre técnicos e gestores.

A retomada de uma visão histórica do processo de regionalização no estado, mencionando marcos importantes como a Lei n.º 8080/90, o Pacto pela Saúde de 2006 e a implantação do Laboratório de Inovação no Campo do Planejamento e da Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde (Ligress), foi também destacada como mecanismo eficaz para o aprofundamento do saber e da sensação de pertença entre os atores envolvidos. Tudo isso foi considerado demasiadamente importante para a consolidação das regionais de saúde, resultando, inclusive, na percepção de urgência acerca da revisão do desenho regional e elaboração dos Planos Regionais e Macrorregionais de Saúde do Estado do Amazonas.

⁴ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. interesses e prioridades. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Dentre as contribuições efetivas do projeto para o PRI do Amazonas, os membros do GCE destacaram: 1) o fortalecimento das competências locais; 2) a retomada das CIR; 3) a promoção da integração entre atores de diversas áreas; 4) a discussão sobre a RAS; 5) a discussão sobre a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS; 6) o fortalecimento dos colegiados de gestão; e 7) o compartilhamento de melhores práticas. Tais contribuições foram importantes na medida em que auxiliaram no desenvolvimento de uma regionalização mais eficiente, equitativa e com maior qualidade nos serviços de saúde.

Foi ressaltando, ainda, que o projeto concretizou o planejamento ascendente, permitindo a identificação das necessidades de saúde nas macrorregiões de forma inédita. A atuação integrada dos atores de diversas áreas permitiram uma maior aproximação entre atenção e vigilância em saúde, por exemplo. Além disso, foi mencionado que a discussão sobre RAS e APS (como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS) permeou todas as etapas do projeto. A retomada do funcionamento das CIR, que estavam paralisadas há 2 anos, empoderou e deu protagonismo aos atores locais, uma vez que o processo iniciou-se na CIB, foi continuado nas CIR e irá culminar novamente na CIB, quando da aprovação dos planos macrorregionais, contribuindo assim para uma maior eficiência, equidade e qualidade dos serviços de saúde.

O fortalecimento dos colegiados de gestão por meio do compartilhamento das melhores práticas foi citado como uma das principais contribuições do projeto. Destaca-se que esses colegiados

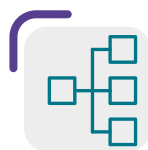
permitem às equipes conhecer o território, definir prioridades e impactar nas decisões com força e capacidade técnica, contribuindo assim para o fortalecimento das competências locais e maior autonomia técnica no território. A mobilização dos municípios foi fundamental para a retomada do tema da regionalização durante esse período. O projeto conseguiu envolver os diversos entes federativos em discussões sobre a regionalização da saúde, mas também instituições de ensino e de produção de conhecimento.

O fortalecimento dos colegiados de gestão por meio do compartilhamento das melhores práticas foi citado como uma das principais contribuições do projeto.

Dentre os principais aprendizados identificados, os membros do GCE do Amazonas destacaram: 1) a importância da colaboração e participação coletiva no processo de planejamento regional em saúde; 2) a avaliação e o planejamento dos recursos para o SUS; 3) a necessidade de personalização dos cuidados em saúde; 4) a integração dos serviços; e 5) a adaptação às mudanças demográficas e epidemiológicas, permitindo que os serviços de saúde se ajustem às tendências em evolução.

Todos esses aspectos foram considerados elementos-chave para promover mudanças nos processos de trabalho na área da saúde, tendo o potencial de resultar em práticas mais centradas na população, eficientes e equitativas na prestação de serviços de saúde. A atuação integrada entre atores diversos promoveu um aprendizado relevante, fortalecendo a participação de todos na identificação de problemas e formulação de políticas de saúde. Isso sinalizou a necessidade de processos de tomada de decisão mais democráticos e representativos, o que pode resultar em uma abordagem mais inclusiva e participativa na gestão de políticas de saúde.

O estudo da capacidade instalada de cada região foi também ressaltado como um aprendizado prático significativo, sugerindo uma maior atenção para a avaliação e o planejamento de recursos para a adequação da infraestrutura de saúde ao nível regional, o que pode levar a uma distribuição mais equitativa e eficiente dos recursos de



Distribuição
mais equitativa
e eficiente dos
recursos de saúde



Reorganização
dos sistemas de
saúde para melhorar
a coordenação
e a continuidade
do atendimento

saúde. Da mesma forma, o foco mais intensivo na população atendida, com ênfase na personalização e direcionamento dos cuidados de saúde às necessidades específicas das comunidades locais, foi também considerado um importante aprendizado. A integração de serviços de saúde foi outro aspecto que apareceu fortemente nos relatos acerca dos aprendizados promovidos pelo projeto, o que pode levar à reorganização dos sistemas de saúde para melhorar a coordenação e a continuidade do atendimento.

Assim, os membros do GCE enfatizaram que o apoio do Projeto de Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde foi fundamental para o avanço do processo de regionalização da saúde no Amazonas, uma vez que promoveu o suporte técnico e especializado necessário, além de ter fomentado a mobilização de todos os entes federativos, o que favoreceu cooperação entre os diferentes níveis de governo na área de saúde. Essa mobilização pode impactar efetivamente em mudanças nos processos de trabalho, promovendo uma abordagem mais colaborativa e coordenada na busca por soluções regionais em saúde.

Quando questionados acerca dos principais desafios para a institucionalização do processo de PRI no Estado do Amazonas, os membros do GCE abordaram os seguintes aspectos:

- **Engajamento e Compreensão:** Há um desafio significativo relacionado à necessidade de maior compreensão e engajamento das partes interessadas e mobilizadoras para a concretização do PRI. A resistência, muitas vezes decorrente da falta de compromisso e conhecimento sobre a importância do PRI, é um obstáculo a ser superado. Além disso, a cultura de planejamento ainda é incipiente, o que leva a dificuldades na alocação de tempo para a execução das ações planejadas, especialmente em detrimento das atividades rotineiras urgentes. A geografia do estado também apresenta desafios, tornando os encontros presenciais caros, mas necessários.
- **Comprometimento da Secretaria Estadual de Saúde:** O comprometimento da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas é apontado como um dos principais desafios. A rotatividade de técnicos ao longo do projeto causa insegurança e impede o avanço das fases do projeto. Além disso, o desenho regional no Amazonas é considerado inadequado à realidade, o que desmotiva os participantes. O tempo prolongado do projeto também foi visto como um obstáculo, especialmente nas fases iniciais, tendo sido considerado pouco objetivo e, em certa medida, desmotivador.
- **Coordenação Intergovernamental e Limitações Geográficas:** A coordenação entre diferentes níveis de governo (municipal, estadual e federal) é um desafio, especialmente na definição de prioridades e alocação de recursos de saúde. A geografia do

Amazonas, com grande parte da população vivendo ao longo dos rios, torna o acesso a serviços de saúde difícil em algumas áreas, dependendo fortemente do transporte fluvial. Além disso, os recursos financeiros são limitados, o que pode criar desigualdades na distribuição de recursos. Mudanças climáticas e desastres naturais, como inundações e incêndios florestais, também impactam a infraestrutura de saúde e a saúde da população.

- **Retenção de Profissionais de Saúde:** Recrutar profissionais de saúde é relativamente fácil, mas a retenção de profissionais qualificados em áreas remotas do Amazonas é um desafio devido à falta de infraestrutura e recursos. Isso afeta a qualidade e a continuidade dos serviços de saúde nessas áreas.
- **Conscientização e Educação em Saúde:** Promover a conscientização e a educação em saúde em uma região tão vasta e diversa geograficamente pode ser um desafio, especialmente para garantir que profissionais de saúde e a população compreendam e adotem práticas de saúde adequadas.

Em resumo, a institucionalização do PRI no Estado do Amazonas enfrenta uma série de desafios, desde o engajamento e compreensão das partes interessadas até questões práticas relacionadas à geografia, recursos financeiros e recursos humanos. Superar esses desafios requer compromisso de longo prazo, coordenação eficaz, adaptabilidade às especificidades regionais e esforços contínuos para conscientização e educação em saúde.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

O processo sintetizado nas seções anteriores demonstra o “caminhar” do Estado do Amazonas no processo de PRI à luz da percepção dos principais atores que coordenaram o desenvolvimento do projeto no território. É possível perceber que o Estado iniciou essa “caminhada” realizando um importante resgate de sua história e dos principais movimentos relacionados ao tema da regionalização, além de ter elaborado coletivamente um diagnóstico acerca dos elementos-chave que compõem o PRI, identificando suas principais lacunas e necessidades de avanço, o que resultou na pactuação de uma agenda propositiva. Em seguida, o Estado produziu um significativo movimento de produção de uma robusta ASIS, resultando na definição das prioridades sanitárias. Por fim, os atores das duas macrorregiões que aderiram ao projeto, compondo os GTM, realizaram um importante esforço para estabelecer o desenho da RAS para as prioridades sanitárias definidas e uma avaliação de suficiência quanti-qualitativa que aponta para os principais vazios assistenciais assim como as principais necessidades de qualificação dos serviços de saúde.

Conforme se pôde apreender dos depoimentos dos membros do GCE, o processo de regionalização no Estado do Amazonas continua “a todo vapor” e enfrenta um momento crucial para seu avanço: a busca pela construção de um consenso acerca da conformação das regiões e macrorregiões de saúde. Este momento exigirá de todos os envolvidos muita disposição para o diálogo, com o reconhecimento de que os diferentes interesses são legítimos - desde que compreendidos no arcabouço legal do SUS. Tal diálogo não estará isento de tensionamentos e possíveis conflitos, os quais precisarão ser travados

com máximo respeito entre os atores, mas também com foco mais intenso na construção da melhor resposta possível às necessidades de saúde da população.

O desenvolvimento efetivo do Projeto de Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde no triênio 2021-2023 constituiu-se como linha auxiliar importante para “destravar” uma agenda que há muito estava estagnada no Estado do Amazonas, sendo reconhecido pelos atores envolvidos na sua execução como uma metodologia de apoio técnico especializado, que respeitou a singularidade do território e promoveu a mobilização e empoderamento dos atores, recobrando o pertencimento e a legitimidade necessária para que o processo de regionalização voltasse a avançar no Estado.

Conforme o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, o Amazonas alcançou até a fase três do Projeto, o que corresponde à etapa dois do PRI. Nesse processo verificou-se uma série de desafios os quais situam-se em aspectos geográficos do estado, necessidade de maior engajamento e comprometimento dos gestores com a agenda da regionalização, investimentos para o aprimoramento das práticas de planejamento, de iniciativas de educação permanente em saúde dos profissionais. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como as ofertas metodológicas do projeto, a constituição do Grupo Condutor Estadual (GCE) e a execução do projeto em duas macrorregiões que poderão ser utilizadas como modelo de boas práticas para as demais macrorregiões do estado, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.



“

*Todo mundo gosta
de acarajé*

*Todo mundo gosta
de acarajé*

*O trabalho que dá pra
fazer é que é [...]*

Todo mundo gosta de abará

Todo mundo gosta de abará

*Ninguém quer saber o
trabalho que dá [...]*

”

Dorival Caymmi

Território Vivo

Bahia

Cinthia Sampaio Cristo

Itanna Vytoria Sousa Serra

Jeyson Murayama

Joselma Alves da Silva

Manoel Henrique Pereira

A Bahia, localizada no nordeste do Brasil, é um estado rico em diversidade socioeconômica e cultural. Com uma população de aproximadamente 15 milhões de habitantes, é o quarto estado mais populoso do país, tendo uma população relativamente jovem, com uma média de idade abaixo da média nacional, o que pode influenciar sua dinâmica social e econômica (IBGE, 2022a). A maioria da população baiana vive em áreas urbanas, com destaque para Salvador, a capital do estado, que é a terceira cidade mais populosa do Brasil. É conhecida por sua rica herança cultural afro-brasileira, com uma grande população afrodescendente, com 79,02% da sua população composta por negros/as e pardos/as, sendo esta, em sua maioria usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS) que influencia fortemente a cultura local (Bahia, 2016, p. 62). É o segundo estado com maior população indígena com aproximadamente 191.950 pessoas que se autodeclararam indígenas, o que corresponde a 12,9% de toda a população indígena do país (IBGE, 2022a). Características que contribuem para a grande diversidade étnica e cultural da Bahia.



Segundo
estado com
maior população
indígena



Rica diversidade
de ecossistemas

O estado possui um clima tropical úmido, com estações bem definidas, o que influencia suas atividades agrícolas e turísticas. Possui também uma rica diversidade de ecossistemas, incluindo o bioma da Mata Atlântica e a região da Chapada Diamantina, e tem investido em esforços de conservação ambiental. A economia da Bahia é diversificada, abrangendo setores como agricultura, indústria, turismo e serviços. A produção agrícola inclui culturas como cacau, cana-de-açúcar, soja e frutas tropicais. Tem investido em melhorias na infraestrutura de transporte, incluindo estradas e aeroportos, para promover o desenvolvimento econômico e o turismo.

A Bahia é um importante destino turístico, atraindo visitantes de todo o mundo com suas praias deslumbrantes, carnaval vibrante e patrimônio histórico. A música é uma parte essencial da cultura baiana, com gêneros como o axé e o samba de roda, com influência nacional e internacional. A religião desempenha um papel fundamental na vida dos baianos, com destaque para as religiões de matriz africana e o catolicismo, sendo parte integrante da cultura local. Apesar de sua beleza natural e cultural, o estado também enfrenta desafios significativos de desigualdade social e econômica, com uma parte considerável da população vivendo em condições precárias.

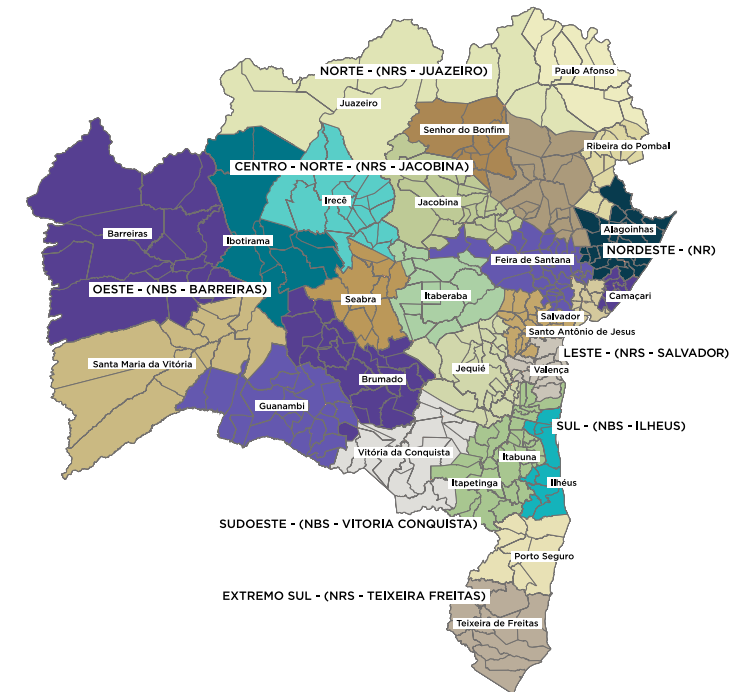
(Re)impulsionando o Processo de Regionalização e o PRI na Bahia

No resgate do processo de regionalização das políticas de saúde na Bahia é possível reconhecer a historicidade da construção e consolidação da Saúde Pública no Estado. Na década de sessenta a Lei n.º 2.321/1966 estabeleceu diretrizes para a Reforma Administrativa no Estado, que dividiu o território baiano em 21 macrorregiões que impulsionaram o processo de descentralização e a regionalização das atividades da então Secretaria da Saúde Pública da Bahia (Santos; Assis, 2017). Na década de 80 a Bahia foi o primeiro Estado a assinar o convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com 104 distritos sanitários e integração de serviços em territórios específicos em toda Bahia (Teixeira *et al.*, 1993).

Na década de 90, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização do SUS foi marcada pela falta de estímulo estadual e intensa partidarização na relação intergestores.

A Bahia fez a adesão ao Pacto de Gestão por meio da Portaria n.º 2.581/2007 (Brasil, 2007), neste mesmo ano acontece atualização do desenho do PDR com reconfiguração das micro e macrorregiões de saúde, além dos Colegiados de Gestão Microrregional (CGMR). O desenho em vigência foi pactuado no ano de 2007 e ratificado em 2018 pela resolução CIB/BA n.º 167/2018 (Bahia, 2018), aprovando a divisão territorial com 09 macrorregiões: Norte, Nordeste, Leste, sul, Extremo Sul, Sudoeste, Oeste, Centro Norte e Centro Leste, e 28 Regiões de Saúde.

Figura 11 - Regiões e Macrorregiões de Saúde da Bahia



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

Destaca-se a conformação da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – Pernambuco e Bahia (PEBA) atualmente composta por 53 municípios dos dois Estados e no ano de 2010 foi instituído o espaço de governança macrorregional, a Comissão de Cogestão da Região Interestadual de Saúde (CRIE), instância colegiada de articulação, negociação e pactuação entre os entes federativos das esferas de governo envolvidas.

O seu regimento interno, atualizado em 2017 está passando por um novo processo de reformulação. Destaca-se que também é fruto da organização da Rede Interestadual a implantação do dispositivo de regulação, denominado Central de Regulação Interestadual de Leitos (Cril), sendo a primeira experiência do Brasil. Em setembro de 2023, a Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco – Pernambuco e Bahia (PEBA) recebeu o reconhecimento formal pela CIT.

A agenda da regionalização na Bahia tem novo impulso a partir da publicação da Resolução CIT n.º 37/2018 (Brasil, 2018) que dispõe sobre o Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização das macrorregiões de saúde, da execução do projeto Regionalização (PROADI/SUS) na região PEBA em 2020, do projeto estadual da Portaria n.º 1.812/2020 (Brasil, 2020) e do projeto Regionalização (PROADI/SUS) a partir de 2022. Esse processo em curso tem possibilitado movimentos técnicos e políticos na busca de avanços no processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde no estado, como a criação de GT cujo objetivo é levantar as legislações que discorrem sobre a estruturação das macrorregiões interestaduais de saúde no SUS; levantar estudos, normas e definições das macrorregiões de saúde interestaduais pelos estados/CIB; descrever os pontos positivos e negativos na conformação das macrorregiões interestaduais de saúde; analisar e propor alternativas para equalizar as conformidades das macrorregiões interestaduais no SUS; com base na experiência da PEBA. Registre-se também um movimento de planejamento ascendente e participativo com os atores locais nos territórios, a construção interfederativa entre estado, Cosems, SEMS

e municípios, além de articulação e capilarização das discussões do Grupo Conductor Estadual com as instâncias de governança do SUS, a CIB e as CIR nas regiões.

Processo do PRI e a equipe de apoio territorial: o articulador estadual e a sinergia interfederativa

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceram suporte técnico - metodológico à confecção e customização da operacionalização das fases previstas pelo projeto Regionalização em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram do apoio quatro articuladores e uma assessora matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando potências e os desafios do processo do PRI no estado da Bahia. Desde o início do projeto Regionalização, o articulador estadual acompanhou entre duas a três macrorregiões, participando semanalmente encontros técnicos do grupo de trabalho interfederativo para construção metodológica das propostas de operacionalização do PRI, mensalmente acompanhou as reuniões do grupo condutor de redes de atenção e Comissão Intergestora Bipartite (CIB), quinzenalmente participou das reuniões dos grupos de trabalho de cada macrorregião para matriciamento e articulação dos atores locais estratégicos no desdobramento do PRI na macrorregião de saúde. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 12.

Figura 13 - Facilitação gráfica Bahia



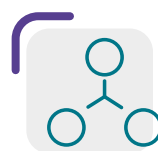


A experiência do Grupo Condutor Estadual: trilhas para a continuidade do PRI na Bahia⁵

A Bahia tem vivido um processo de PRI extremamente significativo e repleto de avanços, na perspectiva dos membros do seu Grupo Condutor de Redes (GCR). Para muitos, a construção do processo de forma participativa é vista como um marco importante na tomada de decisões em saúde, garantindo a representação de diferentes partes interessadas e aumentando a legitimidade das políticas implementadas. A clareza nas responsabilidades para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde e a regionalização têm sido cruciais para a coordenação eficaz dos serviços de saúde nas regiões, tendo isso sido interpretado como um avanço na gestão e planejamento do sistema de saúde.



Clareza nas responsabilidades para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde



Coordenação eficaz dos serviços de saúde nas regiões

O fortalecimento da pauta da regionalização nas agendas de governo foi percebido também como ação concreta para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, especialmente nas áreas Materna e Infantil, Hipertensão e Diabetes e Neoplasia. No processo do PRI na Bahia, a prioridade sanitária a ser trabalhada em cada macrorregião foi elencada a partir das oficinas de análise de estado de saúde da população, a análise foi embasada em 6 áreas temáticas deliberadas em resolução CIB 018/2021 (doenças infecciosas e parasitárias; gravidez, parto e puerpério; neoplasias; doenças do aparelho circulatório; doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; causas externas de morbidade e mortalidade). Após as oficinas, os gestores fizeram a escolha da prioridade sanitária por meio de um formulário eletrônico. A destinação de recursos adicionais também é significativa, pois pode financiar iniciativas e melhorias necessárias no sistema de saúde. A discussão e o reconhecimento da necessidade de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) foi vista como um passo significativo para melhorar o sistema de saúde, assim como a aprovação do Plano Estadual de Atenção Hospitalar; a aprovação do modelo para organização da rede materna e infantil; a aprovação do modelo de organização da atenção ao Câncer no Estado da Bahia e o desenho do modelo de organização para a atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (em processo e pactuação).

⁵ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Todas essas questões, que denotam os avanços reais já alcançados ou com potencial de alcance, representam o alto grau de significado prático que os membros do GCR impõem ao processo de PRI desenvolvido no triênio 2021-2023. Ao olhar deles, o projeto Regionalização contribuiu efetivamente para uma colaboração e um envolvimento efetivo dos gestores, para um aprofundamento técnico e para o apoio prático na implementação das estratégias propostas, tornando o processo de planejamento e execução mais robusto e abrangente.

A parceria entre os articuladores territoriais e a coordenação do projeto foi vista como uma contribuição significativa para a elaboração do PRI. Essa colaboração efetiva ajudou a reunir diferentes perspectivas e conhecimentos, enriquecendo o processo de planejamento. O envolvimento dos gestores no debate sobre a organização do sistema de saúde de forma regionalizada e com base em linhas de cuidados foi destacado como uma contribuição relevante. Isso sugere que o projeto ajudou a promover uma abordagem mais integrada e eficaz na gestão de saúde no estado.

A parceria entre os articuladores territoriais e a coordenação do projeto foi vista como uma contribuição significativa para a elaboração do PRI.

O projeto contribuiu, ainda, para o aprofundamento técnico das discussões e envolveu as instituições de forma mais engajada, o que indica que as discussões técnicas foram mais robustas e que houve um maior comprometimento das partes interessadas na produção de informações e análises. A disponibilização de articuladores que atuaram como facilitadores e indutores do debate foi percebida como outra contribuição importante. Eles contribuíram para a mobilização dos agentes no território, formação de grupos de trabalho e participação ativa em oficinas, o que fortaleceu a elaboração do PRI e a execução das ações planejadas.

Quando questionados sobre os principais aprendizados percebidos e que podem impactar em mudanças nos processos de trabalho, os membros do GCE destacaram os seguintes pontos:

- **Processo dinâmico e célere:** o reconhecimento de que o processo de planejamento e implementação de políticas de saúde deve ser dinâmico e ágil sugere a necessidade de flexibilidade e adaptação constante. Isso pode influenciar a forma como as equipes de saúde e gestores abordam a tomada de decisões e a execução de ações, tornando-as mais responsivas às necessidades em constante mudança da população.
- **Fortalecimento da APS e alocação de recursos adequados:** a percepção de que é fundamental fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e alocar recursos financeiros de acordo com as necessidades da população indica um possível direcionamento para políticas de saúde mais centradas na prevenção e cuidados primários. Isso pode resultar em mudanças na alocação de recursos e no desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade dos serviços de APS.
- **Qualidade nas discussões e execução das etapas:** o reconhecimento de que o projeto Regionalização contribuiu para a qualidade das discussões e a melhor execução das etapas do Plano Regional Integrado (PRI) sugere que a abordagem colaborativa e técnica pode ser valiosa na condução de processos semelhantes no futuro. Isso pode impactar na forma como projetos e programas de saúde são implementados, enfatizando a importância de uma abordagem bem planejada e coordenada.

- **Regionalização como pauta permanente:** a ênfase na importância de manter a regionalização como uma pauta permanente em espaços de gestão aponta para a necessidade de uma abordagem contínua na busca pela equidade regional. Isso pode resultar em mudanças na agenda de políticas de saúde, garantindo que a regionalização seja considerada de forma constante e que ações sejam tomadas para superar as desigualdades regionais em saúde.

Sintetizando, os aprendizados destacados pelos membros do GCR sugerem a importância da flexibilidade, do fortalecimento da APS, da qualidade nas discussões técnicas e da manutenção da regionalização como uma prioridade constante para impactar positivamente os processos de trabalho no setor de saúde. No que diz respeito aos desafios para a institucionalização do PRI no Estado, as considerações dos membros do GCR refletem a complexidade desta institucionalização e a necessidade de abordagens estratégicas, de cooperação entre entes federativos e de um compromisso contínuo com a melhoria do sistema de saúde.

Dessa forma, compreendem que estabelecer espaços de diálogo e colaboração contínua com os gestores locais pode ser um desafio, mas é essencial para garantir que o PRI seja implementado de forma eficaz e alinhada com as necessidades específicas de cada região. Outrossim, a definição de um modelo de atenção à saúde e de uma organização do sistema de saúde que sejam adequados e eficazes é um desafio complexo, pois requer mudanças significativas na alocação de recursos financeiros e na educação permanente de profissionais e gestores. Isto requererá a criação de uma estrutura de governança que permita a execução do planejamento de forma imparcial e técnica, com mitigação de influências políticas que possam prejudicar a qualidade das decisões.

A mudança no modelo de financiamento do SUS é outro desafio significativo, pois envolve questões financeiras complexas, sugerindo conflitos políticos e institucionais que poderão surgir durante a implementação do PRI. O enfrentamento desse desafio exigirá cooperação entre os entes federativos, pois esses conflitos podem prejudicar a continuidade e a eficácia das ações planejadas. Nesse sentido, garantir que os municípios cumpram seus compromissos no âmbito do PRI será certamente um desafio, especialmente porque há variações significativas nas capacidades e recursos municipais.

Por fim, os membros do GCR destacam como desafios também relevantes a superação de desigualdades sociais e regionais, a integração das diversas áreas e serviços de saúde para promover uma abordagem mais abrangente e eficaz e a institucionalização de uma cultura de planejamento nos municípios, uma vez que isso requer mudanças na forma como os gestores locais abordam o planejamento e a gestão de saúde. Todos esses aspectos exigirão o desenvolvimento de estratégias consistentes e sustentáveis, requerendo uma estrutura de governança qualificada e robusta, formada por gestores, prestadores e controle social.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

Nesses três anos de implementação do projeto Regionalização na Bahia, é possível perceber que uma grande mobilização foi efetivada, agenciando protagonismos dos atores locais e promovendo um importante movimento ascendente de pensar a organização e operação da RAS em cada macrorregião do Estado. Para além desse achado específico, a constatação de outros avanços é consequência direta de um processo de colaboração que em nenhum momento foi fácil ou despido de tensões, mas que sempre transitou com base no respeito mútuo entre todos os atores envolvidos.

A Bahia alcançou avanço importante no processo de PRI nesse período também, tendo realizado movimento de análises de situação de saúde em todas as macrorregiões, com consequente definição de prioridades sanitárias, além de ter avançado significativamente nas discussões para a organização do desenho da RAS a partir dessas prioridades definidas. A definição do conjunto de diretrizes e objetivos aponta que o Estado já possui uma clareza importante sobre os caminhos a serem percorridos, mas aspectos significativos ainda se apresentam como desafios e precisarão ser enfrentados para a institucionalização efetiva desse processo no território baiano. Registre-se, como principal desafio para a consolidação do processo, a estruturação das instâncias de governança e gestão. Importante reforçar que, em um Estado com a dimensão e diversidade que a Bahia apresenta, faz-se imperativo que o processo seja descentralizado para estruturas estaduais regionalizadas, garantindo que a busca por soluções e respostas envolva efetivamente os atores locais.

A definição do conjunto de diretrizes e objetivos aponta que o Estado já possui uma clareza importante sobre os caminhos a serem percorridos.

Segundo o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, a Bahia alcançou até a fase três do Projeto. O que corresponde à etapa três do PRI, de definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores do PRI, sendo que o Estado definiu suas Prioridades Sanitárias – Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (RAS MI) e Rede de Cuidado à Pessoa com Doenças Crônicas (RCPDC), nesta ordem. Nesse processo verificou-se uma série de desafios os quais situam na necessidade em se avançar na capacidade de oferta de estratégias metodológicas mais dinâmicas e interativas para a intensificação do protagonismo dos municípios e pertencimento regional. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a sinergia das ações do projeto com a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2024/2027, fruto do projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual, e aprovação dos Planos Municipais de Saúde 2022/2025 em articulação com os apoiadores do Cosems, fruto do projeto Rede Colaborativa Cosems, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.




Território Vivo

Ceará

Cinthia Sampaio Cristo

Karina Barros Calife

Maura Vanessa Sobreira



Ceará está localizado na região Nordeste do país e, assim como outros estados da região, enfrenta problemas recorrentes de seca, afetando tanto a vida da população quanto a economia. Com uma população de mais de nove milhões de habitantes, é o terceiro estado mais populoso da região nordeste e o nono mais populoso do país, apresentando aglomerações urbanas em crescimento, enquanto zonas rurais enfrentam declínio populacional (IBGE, 2022a). A capital, Fortaleza, é o principal centro urbano, concentrando grande parte da população e das atividades econômicas. Além de Fortaleza, Caucaia, Sobral, Juazeiro do Norte e Maracanaú são algumas das cidades mais populosas e urbanizadas.

A população é majoritariamente mestiça, resultante da mistura entre indígenas, europeus e africanos, com histórico de migração interna, principalmente devido a desafios econômicos e ambientais. A religiosidade é parte integrante da vida do povo cearense, com uma forte presença de festas religiosas e tradições católicas, bem como a influência de religiões afro-brasileiras. Festejos tradicionais, como o São João, são centrais na vida cultural cearense, sendo o forró e o baião gêneros musicais populares. A comida típica inclui pratos como a carne de sol, o cuscuz, a tapioca e a macaxeira.

A economia é diversificada, com destaque para agricultura, indústria, pesca e turismo. As praias do litoral cearense, com suas águas mornas e falésias coloridas, atraem turistas de todo o mundo, tornando o turismo uma importante fonte de renda para o estado. Apesar de

seus avanços e riquezas, o Ceará ainda enfrenta desigualdades sociais e econômicas que demandam atenção e investimento. O acesso à saúde ainda é um desafio em áreas mais remotas, apesar dos avanços nos centros urbanos. Apesar da diminuição da taxa de analfabetismo ao longo dos anos, este ainda é um desafio para o desenvolvimento do estado.

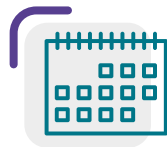
Regionalização e o PRI no Ceará: construção coletiva e participativa

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará propõe um planejamento regional pautado no perfil sócio-epidemiológico, visando dar respostas às demandas locais de saúde e a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) em todas as Regiões de Saúde do Ceará.

O processo de planejamento de saúde regional fundamenta-se em diversos instrumentos legais Federais e Estaduais, sendo os Estaduais aqui destacados: Lei Estadual n.º 17.006/2019 (que dispõe sobre a integração, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), das ações e serviços de saúde em Regiões de Saúde no Estado do Ceará); Portaria GAB/SESA n.º 2.108/2019 (que dispõe sobre aspectos organizativos – operacionais das Regiões de Saúde nos termos da Lei Estadual n.º 17.006/2019); Portaria GAB/SESA n.º 1.139/2020 (que altera a Portaria GAB/SESA n.º 2.108/2019 que dispõe sobre aspectos organizativos – operacionais das Regiões de Saúde nos termos da Lei Estadual n.º 17.006/2019).

O Estado do Ceará fez adesão ao projeto Regionalização em 2022, com um processo de Planejamento Regional Integrado já iniciado com a constituição do Grupo Condutor Estadual. Considerando o desenho da regionalização no Ceará, previsto na Lei Estadual n.º 17.006/ 2019, com cinco regiões de saúde, foram criados cinco Grupos de Trabalhos Regionais (GTR), com participação do controle social em cada grupo.

A partir desse desenho, se pactuou a agenda do PRI no estado de forma ascendente e participativa e tendo como produtos deste processo: a análise de situação de saúde e definidas as prioridades sanitárias das 5 regiões de saúde; as análises do desenho das RAS por região de saúde; alinhamento acerca do tema da parametrização e programação em saúde; pactuação da Resolução CIB n.º 130/2022 que instituiu o regimento do Comitê de Apoio a Governança Regional de Saúde (CGRS) e institucionalização efetiva destes Comitês como espaço de governança do PRI.

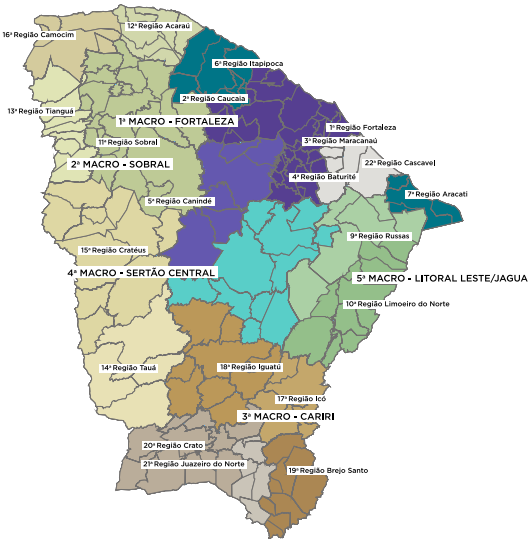


O Estado do Ceará fez adesão ao projeto Regionalização em 2022



Foram criados cinco Grupos de Trabalhos Regionais (GTR), com participação do controle social em cada grupo

Figura 14 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Ceará



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

O processo do PRI e a equipe de apoio territorial: valorização da trajetória

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceram suporte técnico - metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram do apoio uma articuladora e uma assessora matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e os desafios do processo do PRI no estado do Ceará. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 15.

Figura 15 - Facilitação gráfica Ceará



Fonte: Pastorino, 2023.



A experiência do Grupo Condutor Estadual⁶

O Ceará foi um dos últimos estados a fazer a adesão ao projeto Regionalização no triênio 2021-2023, mas foi curiosamente o primeiro a finalizar todas as suas fases. Um conjunto de fatores pode explicar o ocorrido, mas talvez o mais significativo seja a garra e o espírito realizador desse povo. É claro que o fato de o Ceará ter um amplo acúmulo de experiências prévias no que tange ao tema da regionalização em saúde é também um fator crítico de sucesso. E cabe ressaltar que, apesar de ter um corpo técnico pujante, o Ceará nunca se propôs a enfrentar sozinho os grandes desafios do SUS, sempre contando com parceiros que se propunham a apoiar, sem que isso retirasse o protagonismo dos atores locais.

Foi assim também para o fortalecimento da regionalização no Estado. Os membros do GCE relataram que os processos mais recentes, como a elaboração do COAP e do próprio PRI, contaram com a ajuda, por exemplo, da consultoria da IDISA (Instituto de Direito Sanitário Aplicado), o que mostra a evolução contínua na área da saúde. Entretanto, o destaque central é a ênfase na participação ativa e liderança dos gestores e trabalhadores

locais no processo de construção, o que indica a valorização dos recursos humanos locais e sua influência na tomada de decisão. Dessa forma, destacam-se na narrativa dos membros do GCE uma série de eventos, desde a iniciativa da Secretaria de Saúde em 2018, mudanças legislativas, a pandemia e sua influência no planejamento, até a recente renovação de parcerias em 2022, tudo isso como um grande ato contínuo que explica o sucesso do Estado no desenvolvimento do PRI.

Assim, o desenvolvimento do projeto Regionalização nesses quase dois anos em que o Estado participou ativamente da metodologia proposta foi considerada mais um passo que o Ceará deu rumo à consolidação do SUS. Um dos aspectos mais significativos citados pelos membros do GCE nesse período relaciona-se com a integração tripartite e a atuação territorial, o que ocorreu desde o início do projeto, mostrando uma cooperação entre as diferentes partes interessadas, definindo uma abordagem colaborativa e inclusiva. Há, ainda, um destaque para a importância do planejamento ascendente e regional, a inovação em governança, e a colaboração entre diversos órgãos e instituições, como aspectos diferenciais do projeto. Também é enfatizado o papel do Ceará na vanguarda nacional, o que sublinha a importância e o impacto das ações tomadas no estado em relação ao SUS.

⁶ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Nesse sentido, as principais contribuições do projeto identificadas pelos membros do GCE enfatizam a importância do envolvimento dos atores locais, do planejamento ascendente e da sua condução eficaz. A metodologia foi considerada qualificada e participativa, valorizando e integrando os produtos elaborados em momentos anteriores do processo de planejamento regional. Houve, então, consideração do olhar e de opiniões de diferentes atores sociais nas regiões. A capacidade técnica e política da articuladora territorial do projeto foi também frequentemente destacada, sendo ressaltado que a mesma conseguiu promover alinhamento e engajamento de todos nas oficinas, promovendo empoderamento dos gestores municipais e fortalecimento dos vice-presidentes regionais.

Outra contribuição significativa diz respeito à prática integrada do planejamento regional, com produção efetiva e acompanhamento em todas as suas etapas. Isso levou a um alto nível de interesse dos envolvidos, otimizando o processo. As definições foram realizadas de maneira bem-sucedida e rápida, dando visibilidade à implementação da regionalização, a qual se tornou uma agenda estratégica dentro do estado do Ceará, gerando impacto positivo nas ações e serviços de saúde oferecidos à população.

Dentre os principais aprendizados citados pelos membros do GCE, destacam-se:

- **Organização e Diálogo Intersetorial:** necessidade de organizar informações de forma que facilitem o diálogo com diferentes setores do governo e com representantes da sociedade, o que melhora a comunicação e cooperação entre setores, fortalecendo a governança do setor.

- **Compreensão sobre Governança:** entendimento conceitual sobre o que é Governança, seus aspectos operacionais e responsabilidades nos territórios, promovendo uma melhor gestão e responsabilidade nas atuações territoriais, potencialmente levando a decisões mais bem informadas e práticas eficientes.
- **Envolvimento e Compromisso Tripartite:** participação e envolvimento de todas as partes interessadas; a identificação de prioridades em saúde e os direcionamentos necessários para atendê-las; o compromisso de todos os agentes, especialmente no âmbito da gestão, gerando melhoria na coordenação e eficácia das ações de saúde, levando a soluções mais adaptadas às necessidades regionais.
- **Planejamento Regional e Participação Ampliada:** planejar considerando a singularidade da região de saúde, cenário epidemiológico bem como as diferentes perspectivas dos diversos atores no território. O sentimento de pertencimento à região levou a melhorias no planejamento regional, com a participação ativa de todos os municípios envolvidos. Esta inclusão traz uma perspectiva renovada de esperança e operacionalidade para o planejamento. A grande mudança ocorrerá quando o Plano de Saúde de cada região direcionar os investimentos, visando preencher lacunas assistenciais e fortalecer o Sistema de Saúde Estadual no SUS.

Em resumo, esses aprendizados sugerem que uma abordagem integrada e participativa, juntamente com um forte compromisso e compreensão dos conceitos-chave, são essenciais para o sucesso dos processos de planejamento e implementação em saúde regional. Já no que tange aos principais desafios para a institucionalização do PRI no estado do Ceará, os membros do GCE apontaram de forma bastante convergente a necessidade de uma melhor articulação entre os diferentes níveis de planejamento e gestão - Plano Municipal de Saúde (PMS), Plano de Saúde Regional (PSR) e Plano Estadual de Saúde (PES) e de alinhamento nas práticas de monitoramento e avaliação. Além disso, sinalizaram a necessidade de ter gestores e trabalhadores qualificados, destacando a importância de estratégias de qualificação permanente.

Em resumo, esses aprendizados sugerem que uma abordagem integrada e participativa, juntamente com um forte compromisso e compreensão dos conceitos-chave, são essenciais para o sucesso dos processos de planejamento e implementação em saúde regional.

Há, ainda, uma ênfase nas narrativas do GCE no que diz respeito às práticas de monitoramento e avaliação, seja através da matriz DOMI (Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores) ou de práticas gerais de monitoramento e avaliação. Ou seja, o envolvimento ativo da gestão é fundamental para a execução bem-sucedida do PRI. Da mesma forma é destacada a importância dos Comitês de Governança Territoriais, indicando a necessidade de manter e fortalecer esses comitês para o sucesso da implementação do PRI.

Um dos membros do GCE ressalta o desafio do financiamento, destacando as mudanças ocorridas em relação a este tema. Aborda, também, a necessidade de modernização organizacional, em termos de estrutura física e tecnológica adequadas e chama a atenção para a necessária modernização dos contratos, com a consequente ressignificação dos processos de contratualização dos pontos de atenção.

Em síntese, os desafios para a institucionalização do PRI no Estado e nas Regiões giram em torno da necessidade de articulação, alinhamento, capacitação, monitoramento, avaliação e governança robusta. Enquanto há consenso em muitos desses pontos, certos aspectos como financiamento, modernização organizacional e contratualizações foram destacados por apenas um membro do GCE, indicando nuances específicas nos desafios enfrentados em diferentes contextos ou perspectivas.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

O estado do Ceará representa, atualmente, um dos casos mais bem-sucedidos de regionalização no país, sendo não só um dos poucos que conseguiu elaborar os planos regionais para todas as suas macrorregiões, mas também sendo o primeiro. Isso evidencia o espírito realizador e inovador do povo cearense, que sempre esteve na vanguarda do desenvolvimento da política de saúde do país. Mesmo tendo sido um dos últimos estados a aderir ao projeto Regionalização no triênio 2021-2023, o Ceará conseguiu avançar em todas as fases propostas, tendo conseguido estabelecer suas prioridades sanitárias a partir de robustas análises de situação em saúde em cada região, organizando a RAS para responder com qualidade e eficiência a essas prioridades e definindo a parametrização para a programação macrorregional a partir de uma avaliação de suficiência quanti-qualitativa do conjunto de ações e serviços de saúde disponíveis.

Tudo isso serviu de subsídio para que o estado pudesse então estabelecer seu conjunto de diretrizes, objetivos e metas, além do conjunto de indicadores para ser realizado futuramente o processo de monitoramento e avaliação dos planos aprovados. Não obstante, o Ceará instituiu seus comitês de apoio à governança da RAS, implementando uma estrutura inovadora que poderá auxiliar significativamente os atores envolvidos a acompanhar, compreender e tomar decisões qualificadas para efetivar os planos regionais e alcançar níveis progressivos de integralidade do cuidado para a população cearense.

Segundo o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, o Ceará alcançou até a fase seis do Projeto, o que corresponde à última etapa do PRI. Foi o primeiro estado a aperfeiçoar os processos de trabalho alcançando, no ano de 2023, ações efetivas para a conclusão da última fase do projeto Regionalização – com o monitoramento e a avaliação das informações do Plano de Saúde Regional, que expressam o processo de acompanhamento dos indicadores de saúde, subsidiando a tomada de decisão dos gestores e mitigando os problemas em tempo oportuno. Nesse processo verificou-se uma série de desafios, dentre os quais a garantia da participação contínua dos membros do CEGRAS para o apoio às Superintendências Regionais de Saúde do Ceará. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a articulação entre os atores locais das diferentes instâncias colegiadas e o estrito cumprimento do cronograma de ações estabelecido no PRI, bem como a cultura da participação social na elaboração dos seus planos regionais de forma ascendente, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.



Território Vivo

Distrito Federal

Hélio Neves

Lutigardes Santana

Valdemar Murakami

Em 1960, no Planalto Central, coração do Brasil, foi inaugurada Brasília e delimitado o Distrito Federal, seguindo a ideia de interiorizar a capital do país, até então sediada no Rio de Janeiro. O DF não conta com municípios e possui 35 regiões administrativas, com gestores escolhidos pelo governador. Com área geográfica 5.779 km² e população 2.923.369 (IBGE, 2022a), sua densidade demográfica é 506 habitantes por km², enquanto o do Brasil é 23,8 habitantes por km². A mortalidade infantil no DF é 10,6/1000nv, 5ª posição no país, com a TMI = 11,9/1000 nv no ano 2021 (MS/SVS/CGIAE – SIM/SINASC, consultado em 2/9/23). A esperança de vida ao nascer é 78,9 anos, ocupando a 4ª posição entre os estados, sendo a média nacional 76,6 anos. Sua taxa de alfabetização é 98,1%, a maior do país, cuja média é 94,4% (sidra.ibge.gov.br. Consultado em 11/7/23). O maior IDH do país é o do DF: 0,814[i], a despeito do que, parte dos brasilienses reside em favelas, localizando-se na Cidade Satélite de Ceilândia a maior favela do país na atualidade, a Favela Sol Nascente, com 87.184 habitantes.

Encravada no estado de Goiás, Brasília e suas cidades satélites foram projetadas segundo projeto modernista, forte corrente urbanística da época. As boas vias de acesso viário do DF possibilitam alcançar em pouco tempo todo o conjunto de recursos de que dispõe a capital federal.

Como desafio, sua singularidade de território encravado leva parte dos municípios do estado de Goiás a passar pela área urbana do DF e percorrer centenas de quilômetros para alcançar recursos de maior complexidade tecnológica na sua capital, Goiânia.

Contexto histórico-cultural: história da regionalização e do PRI

A experiência do DF na regionalização - a SES-DF possui muita experiência em planejamento e seus técnicos identificam no PRI potência para impulsionar a rede e os processos de trabalho do SUS. As macrorregiões foram instituídas antes do início do projeto, tomando em consideração aspectos culturais de pertencimento ao território, populacional, contiguidade territorial, socioeconômicos, além do acesso da população aos serviços de saúde existentes. O projeto contribuiu para a análise ascendente da situação de saúde macrorregional, com oficinas que contaram com profissionais das diversas áreas técnicas, com reflexões sobre capacidade instalada e aspectos sociodemográficos, epidemiológicos nas macrorregiões, constituindo potente movimento de desafio à cultura do pensar as regiões, em contraponto às macrorregiões. Embora pareçam incipientes, as discussões sobre uma rede interestadual, com o Estado de Goiás, merecem especial atenção.

Figura 16 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Distrito Federal



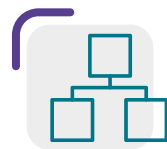
Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

No que diz respeito às experiências de regionalização, até o ano 2015 a saúde no DF organizava-se em sete regiões, com duas ou mais Coordenações Gerais, cada qual com uma ou mais Regiões Administrativas de Saúde, que se tornaram as menores unidade de gestão nos territórios, com base populacional, estrutura de serviços e de gestão elaboradas homogeneamente, respeitadas as singularidades regionais. A modelagem organizacional da Administração Central (ADMC) e das Regiões de Saúde foi consolidada em 2015 e a estrutura das Regiões de Saúde em 2016. As três macrorregiões foram instituídas por deliberação CG-SES-DF n.º 9/2020.

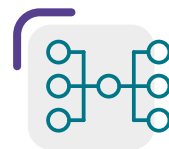
Quanto à governança, há um Colegiado de Gestão (equivalente à CIB) desde 2007 e o Grupo Central do Planejamento Regional Integrado desde 2022. Não há CEGRAS, mas sim um Grupo Condutor Central das Redes Temáticas, com Grupos Condutores nas regiões de saúde; é percebida a necessidade de Grupos Condutores Macrorregionais e de repensar o funcionamento dos regionais, o que será aprofundado oportunamente. Está em vigor o Programa de Gestão Regionalizada para concretizar a descentralização das ações e serviços de saúde e corresponsabilizar as Superintendências das Regiões de Saúde, para o alcance de metas e resultados definidos em Acordos de Gestão, instrumentos celebrados entre a Administração Central da SES-DF, as Superintendências das Regiões de Saúde e as Unidades de Referência Distrital.

A experiência e metodologia utilizadas para os acordos regionais serão fundamentais para o monitoramento e avaliação dos planos macrorregionais, aspecto extremamente positivo do processo no DF, cujos movimentos caminham no sentido de orientar o modo como vai funcionar o monitoramento e avaliação na macrorregião de saúde.

A programação da Rede de Atenção à Saúde seguiu o planejamento urbanístico do DF, com a diretriz de manter os mesmos serviços em cada região administrativa, sem considerar as necessidades de saúde, conformando redes com hospitais e grandes postos de saúde, com pequena capilaridade no território. O crescimento populacional e as transições epidemiológica e demográfica, com aumento da prevalência de condições crônicas, tornou obsoleto esse modelo de organização, exigindo nova configuração da rede dos serviços de saúde, sendo o planejamento regional ascendente prioridade da SES, apoiado e fortalecido nas ações do nível central e regional, considerado estratégico para a sinergia entre os diversos projetos na SES.



Nova
configuração
da rede dos
serviços de saúde



Sinergia
entre os diversos
projetos na SES

Para que a RAS seja resolutiva e supere suas atuais fragilidades, diversos aspectos referentes às necessidades sanitárias precisam ser enfrentados, como capacitar profissionais nas macrorregiões para o uso de parâmetros em um planejamento orientado pelas necessidades e não pela oferta; a fragilidade quantitativa e dos processos de trabalho da APS; a atenção especializada ambulatorial e o transporte sanitário são muito deficientes, tudo isso dificultando a organização da rede. Favoravelmente, há fluxos definidos para regulação dos serviços, conhecidos pelos profissionais, que necessitam de aprimoramento, notadamente nas especialidades ambulatoriais.

O projeto Regionalização no Distrito Federal: o processo do Planejamento Regional Integrado e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceu suporte técnico-metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. A articuladora e o assessor matricial, narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e desafios do processo do PRI no Distrito Federal. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 17.

Figura 17 - Facilitação gráfica Distrito Federal





Território Vivo: a opinião de quem faz⁷

O Representante da SES-DF respondeu ao formulário apresentado aos Grupos Condutores estaduais e trouxe suas opiniões, em nome do órgão que representa.

A principal contribuição do projeto Regionalização tem sido o comprometimento da alta gestão, as deliberações do Comitê Interno de Governança - CIG-SES, a integração da equipe técnica da ADMC (Administração Central da SES) na visão sistêmica dos pontos de atenção à saúde, o engajamento das Regiões de Saúde que compõem as três macrorregiões e o fortalecimento das Redes Temáticas de Atenção à Saúde.

Antes mesmo da chegada do Projeto de Regionalização, o DF teve uma experiência exitosa no período 2017-2019, na elaboração do Planejamento em Saúde, já concebido de forma ascendente. Este processo permitiu a integração das sete Regiões de Saúde com as unidades técnicas da Administração Central da SES, bem como a definição e deliberação pelo Colegiado de Gestão da SES (CIB) e a aprovação do Grupo de Trabalho de Gestão das três macrorregiões do DF na CIT.

Como principais aprendizados no desenvolvimento do PRI que podem impactar em mudanças de práticas no Estado, nas Macrorregiões e nas Regiões, constam a integração das macrorregiões de saúde, sem perder as características do território do DF e seus arranjos organizativos, em razão da sua dupla competência (estado e município), mirando a regionalização, conforme os preceitos do SUS. Outro ponto importante que o projeto trouxe foi enxergar os macroprocessos da SES e a necessidade de aprimoramento dos instrumentos de planejamento em saúde, com foco na regionalização.

Os principais desafios para a institucionalização do PRI no DF e nas suas regiões e macrorregiões referem-se à visão da gestão do SUS e a continuidade do trabalho iniciado rodando o PDCA, do inglês *Plan, Do, Check, Action*, ou seja, Planejar, Fazer, Verificar, Agir. No que se refere a governança do sistema de saúde, do ponto de vista da alta gestão da SES-DF, é focar no desenvolvimento de boas práticas para a implementação da regionalização que deverão ser fortalecidas, incentivadas e premiadas como forma de criar a cultura organizacional das macrorregiões de saúde.

⁷ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

Com ótimos indicadores socioeconômicos e boa capacidade da SES para o planejamento da RAS, consolidada experiência no que tange à regionalização da saúde, considerada a peculiaridade do DF de não possuir municípios, as questões mais relevantes para a implantação da Rede de Atenção à Saúde nas MRS do DF residem essencialmente na necessidade de ultrapassar o modelo tradicional de oferta de serviços de atenção básica com grande abrangência populacional, pouco capilarizados no território e na lida com os condicionantes e determinantes de saúde resultantes da forte iniquidade das condições de vida da sua população. Também é muito relevante o enfrentamento da questão de uma rede interestadual, dado que muitos cidadãos goianos do entorno norte de Brasília percorrem longas distâncias através do DF para alcançar Goiânia, capital e cidade polo da MRS Centro-Oeste do Goiás.

Também é muito relevante o enfrentamento da questão de uma rede interestadual, dado que muitos cidadãos goianos do entorno norte de Brasília percorrem longas distâncias através do DF para alcançar Goiânia, capital e cidade polo da MRS Centro-Oeste do Goiás.

No dizer de representantes do GCE houve bom aproveitamento das oportunidades trazidas pelo projeto Regionalização no triênio que se encerra, especialmente com a incorporação da ideia de planejar considerando necessidades de saúde, movimento que desafia a tradicional cultura do pensar as regiões com base na capacidade instalada. A aceitação da ideia de constituir os Grupos Condutores Macrorregionais e de repensar o funcionamento das regionais também é promissora. Outro aspecto relevante é a intenção de contratualizar com as Superintendências das Regiões de Saúde a corresponsabilização quanto ao alcance de metas e resultados definidos em Acordos de Gestão.

Conforme o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1, de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, o Distrito Federal alcançou a fase quatro do Projeto, o que corresponde às etapas quatro e cinco do PRI. Nesse processo verificaram-se diversos desafios, como a composição reduzida de equipe para conduzir as atividades do projeto, que limitaram sua execução. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a modelagem das redes temáticas, com resultados significativos, o que subsidiou a efetivação das fases subsequentes do projeto Regionalização, facilitando o alinhamento de todos os projetos em andamento na SES/DF, que apresentava a sinergia com PRI nas quatro Macrorregiões do Distrito Federal.



“
Porque posso ver
Nossa felicidade
Tudo que quiser imaginar
Tem que pensar
profundamente o que
vai ser daqui pra frente
Só quero estar presente
nessa hora porque sei
que é agora
O momento pra te dizer
Que o tempo todo esperei
pra ver você chegar.”

Banda Casaca


Território Vivo

Espírito Santo

Anderson Torreão


Everton Lopes Rodrigues

Lavínia Aragão Trigo de Loureiro



O estado do Espírito Santo está localizado na Região Sudeste do Brasil e faz divisa com os estados da Bahia, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Possui uma população de aproximadamente 4 milhões de habitantes, com rica diversidade socioeconômica e demográfica, além de uma das mais altas densidades demográficas do Brasil (IBGE, 2022a). O estado teve diversas ondas de migração ao longo do tempo, incluindo europeus (principalmente italianos e pomeranos), africanos e indígenas, o que resultou em uma diversidade étnica significativa.

Com uma topografia diversificada, apresentando montanhas, vales e uma vasta costa litorânea, o Espírito Santo tem forte atuação no setor de mineração (especialmente minério de ferro e mármore) e agricultura, sendo destaque na produção de café e frutas. Predomina o clima tropical, com áreas de altitude apresentando clima mais ameno. O litoral tem características tropicais úmidas. Vitória, a capital, com cidades como Vila Velha, Serra e Cariacica, formam a região metropolitana mais importante do estado. Português é a língua oficial, mas algumas regiões possuem influência linguística de imigrantes, como a presença do pomerano em algumas comunidades.



Com aproximadamente 4 milhões de habitantes o estado teve diversas ondas de migração ao longo do tempo, incluindo europeus (principalmente italianos e indígenas).

Predominantemente cristão, o Espírito Santo tem uma abundância de católicos e evangélicos, mas também há presença de outras religiões e crenças. O estado é conhecido pelo congo, uma dança típica, além de festas tradicionais como a Festa da Polenta em Venda Nova do Imigrante. Tem também várias unidades de conservação e áreas protegidas, além da famosa Pedra Azul, um importante ponto turístico e ecológico. O turismo no Espírito Santo é diversificado, desde praias como Guarapari até montanhas e áreas rurais, além de patrimônios históricos e culturais em diversas cidades, possuindo uma boa infraestrutura de transportes, com portos, aeroportos, rodovias e ferrovias conectando-o a outras regiões do Brasil. O Espírito Santo também enfrenta desigualdades sociais, com diferenças visíveis entre áreas urbanas e rurais e entre regiões mais e menos desenvolvidas, tendo investido na Educação como alternativa para vencer esse desafio, fomentando a manutenção de várias instituições de ensino superior, tanto públicas quanto privadas, além de ter uma rede de ensino básico em crescimento e evolução.

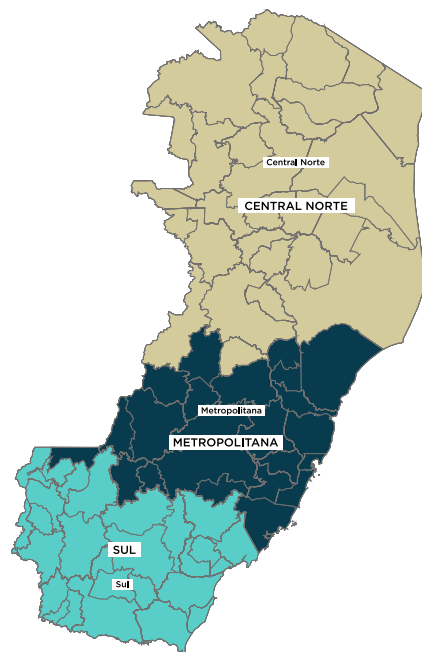
Regionalização e o PRI no Espírito Santo: resgate histórico e a construção coletiva e regionalizada de um novo momento

O estado do Espírito Santo possui setenta e oito municípios, inicialmente subdivididos em doze regiões de saúde e quatro superintendências regionais de saúde - São Mateus, Colatina, Vitória e Cachoeiro de Itapemirim. Levando em consideração o processo histórico, a primeira experiência capixaba de regionalização é anterior à década de 1990, oficializada por meio da lei estadual que instituiu o sistema estadual de saúde e estabeleceu seus mecanismos de operacionalização. Este processo definiu as responsabilidades do estado e dos municípios, e instituindo o alicerce para um novo modelo assistencial pautado na organização de ações e serviços de saúde numa lógica de hierarquização, articulada à regionalização e municipalização do sistema. Semelhante ao que ocorreu com outros estados brasileiros, o critério há época adotado para a regionalização do estado do Espírito Santo foram as características climáticas, culturais, sociais e demográficas semelhantes, tendo o último Plano Diretor Regional (PDR) sido elaborado com a participação ativa dos municípios, trabalhadores, usuários, dentre outros, a partir de um amplo levantamento de necessidades a serem contempladas no processo de pactuação da PPI, elaborada na época.

Atualmente, o estado do Espírito Santo possui três regiões/macrorregiões de saúde - Metropolitana, Central Norte e Sul, cenário esse encontrado no início das atividades do projeto Regionalização no território estadual. Sendo assim, e com a adesão ao projeto, o estado, que já contava com grande experiência no processo de regionalização, pôde retomar as discussões, buscando potencializar ainda mais a construção coletiva e ascendente desse processo. Nessa perspectiva, foi instituído o Grupo Executivo Tripartite (composto por dois membros representantes de cada instituição parceira - Secretaria de Estado da Saúde, Cosems e Superintendência Estadual do Ministério da Saúde), que teve papel muito estratégico na liderança do processo e nas tomadas de decisão necessárias para a operacionalização das fases previstas pelo projeto.

Além desse grupo, também houve a conformação do GCE e dos respectivos GTMs para cada uma das três regiões/macrorregiões de saúde, todos instituídos a partir de resoluções das CIRs e da CIB. Estes grupos conduziram o diagnóstico do estágio atual do PRI nas três MRS, seguindo os eixos propostos na Fase dois do projeto e incluindo o eixo com questões denominadas de "interesse do Espírito Santo". Além disso, a agenda de construção do PRI foi discutida e validada em cada CIR, espaço legítimo de governança regional, sendo também ratificada na CIB.

Figura 18 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Espírito Santo



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

O Processo do PRI e a equipe de apoio territorial: compromissos, singularidades, desafios e potencialidades do Espírito Santo

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceram suporte técnico - metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram do apoio uma articuladora e um assessor matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e os desafios do processo do PRI no estado do Espírito Santo. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 19.

Figura 19 - Facilitação gráfica Espírito Santo





A experiência do Grupo Condutor Estadual: o olhar tripartite à luz da construção e condução do PRI no Espírito Santo⁸

O Espírito Santo vivenciou um rico processo de PRI durante esses três anos de execução do projeto Regionalização no estado, em que pesem as dificuldades e interrupções ocorridas em dados momentos. Os membros do GCE, apesar de reconhecerem tais dificuldades, relatam com muito vigor toda a produção de significado envolvida com tal vivência. Destacaram, portanto, a importância do atual movimento de planejamento macrorregional e da participação efetiva de grupos de trabalho para a construção dos planos regionais, processos esses que não desconsideram, entretanto, a rica experiência anterior do estado com a regionalização na saúde, a qual remonta a década de 1990, quando foram realizadas importantes leis, planos e ações, que, ao longo desses anos, foram fundamentais para a integração e o planejamento em saúde.

Foram citadas, ainda, a importância de outros projetos para o desenvolvimento de sistemas integrados de atenção à saúde, com destaque para o apoio de programas e ações específicas, como Hcor, PROADI-SUS e o processo de planificação entre 2017 e 2018

com envolvimento dos municípios, além de outras experiências que também promoveram o engajamento dos municípios, tanto em encontros presenciais quanto não-presenciais, tais como a discussão sobre o Samu e o COAP, além do Plano Diretor de 2011, a PGASS e outras iniciativas para planejamento regional.

O Espírito Santo vivenciou um rico processo de PRI durante esses três anos de execução do projeto Regionalização no estado, em que pesem as dificuldades e interrupções ocorridas em dados momentos.

Mais recentemente, uma ênfase é dada ao processo chamado “Nova PPI Capixaba”, o qual integrou diversas áreas da saúde, com destaque para a atenção primária e vigilância. A partir dessa rica história, os membros do GCE identificam que o projeto Regionalização encontrou, portanto, um “solo fértil” para realizar avanços no processo de PRI, o que só foi possível em função do grande protagonismo do GCE. Dentre as contribuições do projeto identificadas pelos membros do GCE, destacaram-se:

⁸ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

- **Formação** dos Grupos de Trabalho Macrorregional (GTM);
- **Entrega** de produtos concretos, como um diagnóstico situacional, caracterizando os 29 municípios;
- **Organização** dos serviços e redes de serviço na região;
- **Identificação** de necessidades por localidade, mapeando áreas sem cobertura (vazios) e avaliando deslocamentos para atendimento;
- **Priorização** de investimentos com base nas demandas locais;
- **Integração** entre diversos setores e áreas para um planejamento regional unificado, colocando a regionalização em destaque e incentivando a participação ativa de gestores, técnicos e demais partes interessadas em saúde;
- **Visibilidade** e estruturação do Planejamento Regional Integrado, trazendo a regionalização para a agenda política e superando desafios frequentes de gestão no SUS;
- **Ênfase** às atividades que fortalecem o processo de planejamento e envolvimento de partes interessadas;
- **Colaboração** multissetorial e integração dos três entes federativos na construção do PRI;

- **Revisão** dos limites geográficos e identidades regionais, além da população do Plano Diretor de Regionalização (PDR);
- **Reconhecimento** da necessidade de fortalecer os espaços de governança regional nas Comissões Intergestores Regionais (CIR);
- **Produção** de material analítico que permitiu a análise situacional para priorização sanitária;
- **Envolvimento** dos municípios, equipes regionais e equipe central do estado;
- **Metodologia** com etapas bem definidas, culminando em um produto final claro;
- **Fomento** ao uso sistemático das ferramentas de planejamento para o fortalecimento das redes.
- **Fortalecimento** dos Processos de Regionalização da Rede de Atenção à Vida e Saúde (RAVS).

Resumindo, as contribuições do projeto ao PRI no Espírito Santo, segundo os membros do GCE, abrangem a integração e engajamento de diversas regiões e atores sociais, a produção de análises e materiais detalhados, o fortalecimento da regionalização e a promoção de uma abordagem colaborativa na gestão da saúde.

Quando questionados sobre os aprendizados proporcionados pelo projeto Regionalização, os membros do GCE ressaltaram, dentre outros aspectos, a questão da integração e organização dos diversos setores da saúde da SES, com importante aproximação de áreas técnicas, em especial a vigilância em saúde e Atenção Básica, o que serviu, por sua vez, como importante alicerce para a discussão visando a organização e o desenvolvimento da atenção especializada no SUS. Também foi destacado como aprendizado significativo a busca pela utilização eficiente dos recursos e ferramentas, visando a aplicação correta dos recursos financeiros, a promoção do acesso e ampliação da capacidade de atendimento às necessidades da população.

A necessidade da revisão permanente e cuidadosa do Plano Diretor de Regionalização (PDR), com a consequente definição de regiões de saúde, foi ressaltada como um dos aprendizados mais importantes, destacando que tal processo precisa ter um viés participativo, considerando fatores que vão além de um simples desenho assistencial, fortalecendo, assim, os espaços de governança, como CIR e CIB. Foi enfatizado, ainda como aprendizado, a necessidade de se promover no processo de PRI a correção das desigualdades no acesso e a fragmentação dos serviços de saúde, identificando desafios como a sobreposição de atividades, limitada participação de gestores, frágil atuação nas Comissões Intergestores Regionais e enfrentamento de questões políticas e culturais, o que confirma a necessidade de valorização do trabalho e esforço coletivo de grupos de planejamento, como o foram os GTMs e o próprio GCE.



Importante
aproximação
de áreas técnicas



Busca pela
utilização eficiente
dos recursos
e ferramentas

Reconhece-se, também, o importante aprendizado quanto à necessidade de sinergia entre diferentes projetos de planejamento no estado, e da adoção de práticas de monitoramento e avaliação das metas, além da valorização dos processos de colaboração e produção de conhecimento regional, promovendo a integração das regiões/macrorregiões (considerando suas peculiaridades), a participação ativa e troca de experiências entre municípios contribuindo claramente para a construção de terapêuticas para os problemas priorizados a partir da visão regional dos serviços oferecidos e gerando um profundo entendimento da Rede de Atenção à Vida e Saúde (RAVS) e uma implementação de acordo com a realidade regional.

Resumindo, os aprendizados destacados pelos membros do GCE sugerem uma necessidade de integração e colaboração entre diferentes setores e municípios, uma revisão cuidadosa e participativa dos planos e estratégias regionais, o endereçamento de desigualdades e fragmentações nos serviços de saúde, e a adoção de práticas de monitoramento e avaliação contínua.

No que tange aos desafios para a institucionalização do PRI no Estado, os membros do GCE sinalizaram de forma convergente a necessidade de superação de desafios históricos para o SUS, tais como a deficiência de recursos humanos, especialmente devido ao número reduzido de técnicos especializados e à falta de pessoal para o fortalecimento das superintendências regionais. Foram destacados ainda desafios relacionados às práticas de governança e gestão, com necessidade de fortalecimento dos espaços de governança regional, com instituição dos Comitês Executivos de Gestão da Rede de Atenção à Saúde (CEGRAS), garantindo sua atuação regular.

Os aprendizados destacados pelos membros do GCE sugerem uma necessidade de integração e colaboração entre diferentes setores e municípios, uma revisão cuidadosa e participativa dos planos e estratégias regionais, o endereçamento de desigualdades e fragmentações nos serviços de saúde, e a adoção de práticas de monitoramento e avaliação contínua.

Outro desafio importante diz respeito à manutenção dos processos do PRI após a conclusão do projeto do PROADI SUS, para evitar baixa na adesão dos municípios, na mobilização e alinhamento dos gestores municipais e na participação efetiva dos envolvidos. Sem que esse engajamento aconteça, dificilmente será possível continuar avançando no planejamento e organização da RAVS, garantindo acesso ao atendimento das necessidades de saúde da população. Será um obstáculo significativo, portanto, a construção e conciliação de agendas. Além disso, há certo consenso que a discussão sobre o modelo de financiamento e alocação de recursos financeiros para o planejamento regionalizado será também um grande desafio.

Sintetizando, é possível afirmar que muitos dos desafios citados giram em torno da necessidade de recursos humanos adequados, governança robusta e participação efetiva das partes interessadas. Outros desafios, como reestruturação organizacional e empoderamento local, também são essenciais, mas foram mencionados de forma menos frequente.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

O projeto Regionalização no Espírito Santo destacou-se por movimentos vivos de mobilização, engajamento e empoderamento de todos os atores envolvidos. Os altos e baixos nesses movimentos refletem a dinamicidade própria da gestão pública, que ao mudar os atores que representam os entes federativos, precisa produzir novas “ondas” de alinhamento e de ciclos de produção de consensos, o que frequentemente gera interrupções temporárias. Essas interrupções, entretanto, não foram suficientes para paralisar a força de uma agenda reconhecida por todos como prioritária para o avanço do SUS no Estado.

Nesses três anos de desenvolvimento do projeto, o PRI avançou muito no Espírito Santo, que, como já dito, possuía rica história pregressa nos processos de regionalização em saúde. Foi possível ao Estado resgatar essa rica história a partir de um diagnóstico do seu processo de regionalização, que considerou os movimentos e instituições importantes neste percurso. Além disso, o Estado avançou na construção da análise de situação em saúde nas regiões/macrorregiões participantes, definindo as prioridades sanitárias. A construção da “Nova PPI Capixaba”, em sinergia com o projeto, proporcionou ao Estado vários dos produtos previstos na fase quatro, em especial o desenho da RAS para as prioridades sanitárias estabelecidas, a parametrização e a programação macrorregional.

No momento em que este documento é escrito, o Espírito Santo se encontra realizando uma ampla discussão sobre o fortalecimento da governança para construir diretrizes, objetivos e metas dos planos regionais, além do embasamento necessário à pactuação do modelo de financiamento das ações e serviços de saúde da RAS. Avanços significativos, que só foram possíveis em função do engajamento, protagonismo e empoderamento de todos os atores envolvidos.

Segundo o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, o Espírito Santo alcançou até a fase quatro do Projeto, o que corresponde à etapa quatro do PRI. Nesse processo verificou-se uma série de desafios já citados os quais foram a elevada rotatividade dos atores envolvidos no processo e a dificuldade de conciliar as diversas agendas. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como o acúmulo técnico e político dos membros do grupo e sua composição tripartite, a garantia do estabelecimento da agenda do projeto ao longo de sua execução, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.



“

*Esse é meu país,
sem comparação
Já tem o formato do coração
Todo canto é lindo,
pra mim tanto faz
Quando eu quero mais,
eu vou pra Goiás.*

”

Bruno e Marrone



Território Vivo

Goiás

Anderson Torreão

Everton Lopes Rodrigues

Mayara Kelly Pereira Ramos

O estado de Goiás, situado no coração do Brasil, na região Centro-Oeste, tem uma rica caracterização sociodemográfica e econômica. Com uma população aproximada de 7,2 milhões de habitantes, Goiás se destaca pela mistura de culturas e tradições (IBGE, 2022a). A capital, Goiânia, é o eixo econômico, cultural e político do estado, abrigando quase um terço da população total. Além da capital, cidades como Anápolis, Aparecida de Goiânia e Rio Verde têm grande relevância econômica e cultural. Outras cidades, como Pirenópolis e Goiás Velho (Patrimônio da Humanidade), também exibem uma rica herança histórica e cultural, sendo cenário de festas tradicionais e arquitetura colonial. Festas como a “Festa do Divino Pai Eterno” em Trindade refletem a forte ligação do Estado com suas tradições religiosas e culturais.

Goiás é predominantemente coberto pelo bioma Cerrado, um dos mais ricos e ameaçados do mundo, representando um santuário de biodiversidade, lar de inúmeras espécies endêmicas. O clima é caracterizado por duas estações bem definidas, uma úmida e fresca; e outra seca e quente. O estado é um dos grandes celeiros agrícolas do Brasil, destacando-se na produção de soja, milho e criação de aves e gado, sendo que a transição do Cerrado para a agricultura coloca em risco a biodiversidade e os recursos hídricos, exigindo práticas agrícolas sustentáveis.

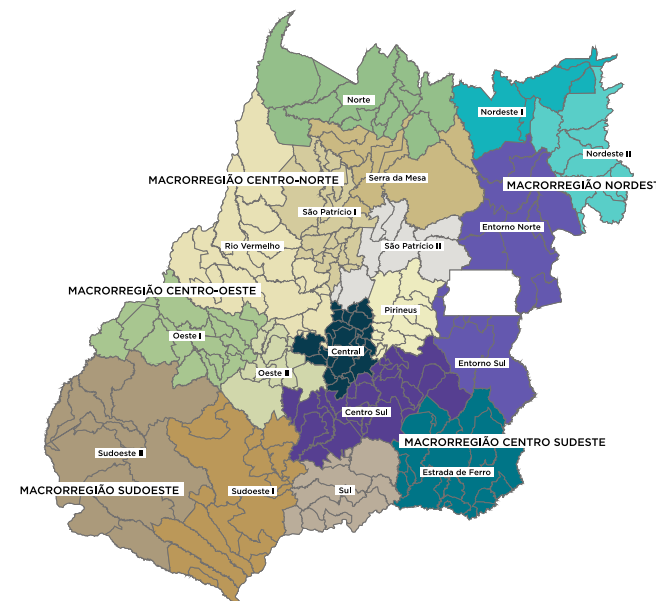
Possui uma localização estratégica com rodovias importantes, o que facilita o transporte e a logística na região central do país. As atrações naturais, como as cachoeiras da Chapada dos Veadeiros, despertam interesse de turistas que buscam experiências únicas na natureza. Goiás busca um equilíbrio entre o desenvolvimento econômico,

a conservação do meio ambiente e a justiça social, desafiando a harmonia entre progresso e preservação. Embora tenha avançado nos indicadores educacionais e de saúde, ainda enfrenta desafios na melhoria da qualidade e acesso, sobretudo nas áreas mais isoladas.

O projeto Regionalização em Goiás: grandes avanços, velhos desafios

O estado de Goiás está dividido em 18 regiões de saúde, agrupadas em 05 Macrorregiões, cada uma com sua sede administrativa denominada “Regional de Saúde”.

Figura 20 - Regiões e Macrorregiões de Saúde de Goiás



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

Iniciou o processo de regionalização entre 2017 e 2018, tendo como objetivo definir o território macrorregional no Estado, cujo relatório final foi encaminhado à CIT e pactuado uma resolução CIB n.º 153/2018 de 26/06/18, à luz da Resolução CIT n.º 37/2018. A partir de então, foi disparado o Projeto de Fortalecimento da Gestão e Governança Regional (Portaria MS n.º 1812/2020), onde foram realizadas nove oficinas cujo objetivo era produzir um planejamento visando a redução das desigualdades, o preenchimento de lacunas assistenciais e o estímulo a uma maior equidade nos processos de gestão e planejamento nas Regiões de Saúde. O projeto estadual do Estado acerca da Portaria 1.812/2020 foi preparatório ao PRI, tendo como objetivo: realizar melhorias nos fluxos de trabalho, qualidade da gestão e governança, nivelamento teórico-prático sobre planejamento em saúde considerando o princípio da equidade com objetivo de instituir o fortalecimento das macrorregiões de saúde do estado de Goiás.

Posteriormente, foi criado o Grupo Condutor Estadual - GCE (Resolução CIB n.º 006/2020) e os Grupos de Trabalho Macrorregionais para as cinco macrorregiões do estado de Goiás, sendo elas, Centro Oeste, Centro Norte, Nordeste, Centro Sudeste, Sudoeste (resolução CIB n.º 093/2021). O GCE foi composto pela SES, Cosems, SEINP, HAOC e Conass, que passaram a se reunir semanalmente para discussão, planejamento, avaliação e monitoramento do processo de regionalização no Estado. Este grupo procurou qualificar as ações voltadas para o fortalecimento da gestão estadual e da execução do PRI, se constituindo em uma grande potência para o processo de regionalização.

É importante frisar que Goiás já tinha agendas e o processo de PRI como uma das metas do plano de governo 2019-2022 do Estado, o que promoveu uma maior capilaridade para a implementação da regionalização. A partir do desenvolvimento das agendas e dos ajustes do projeto ao que já existia no Estado, procurou-se desenvolver um trabalho integrado baseado nos espaços coletivos estabelecidos, que tinham como cerne o diálogo entre os atores envolvidos e a reflexão sobre as realidades regionais e macrorregionais, contribuindo para que o processo ascendente fosse se fortalecendo e fazendo sentido para todos os entes envolvidos no processo.

O processo do PRI e a Equipe de Apoio Territorial: diálogo coletivo

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceram suporte técnico e metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram do apoio uma articuladora e um assessor matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e os desafios do processo do PRI no estado de Goiás. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 21.

Figura 21 - Facilitação gráfica Goiás



Fonte: Pastorino, 2023.



A Experiência do Grupo Condutor Estadual: autonomia e singularidade⁹

O desenvolvimento do projeto Regionalização em Goiás foi marcado pela autonomia do GCE, que conduziu de forma singular o processo de construção do PRI no Estado. Vale ressaltar o forte protagonismo da SES, que manteve a regionalização como agenda prioritária do governo, mas não deixou de incluir os demais atores no processo, valorizando a participação efetiva do Cosems/GO e da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde.

O GCE destacou como extremamente significativas as seguintes questões para o desenvolvimento do projeto:

- **A elaboração** colaborativa da ASIS Macrorregional;
- **A realização** das Oficinas Macrorregionais para a construção do elenco de diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e
- **A implementação** das Comissões Intergestores Macrorregionais.

Algumas atividades foram destacadas pelos membros do grupo como especiais, tais como: a oficina de discussão e validação da análise situacional da macrorregião Sudoeste de Goiás, a aprovação

do grupo de trabalho tripartite (de acordo com a Resolução CIB n.º 06/2020) e a segunda oficina orientadora para a elaboração da ASIS Macrorregional. Além disso, foram mencionadas assertivamente a colaboração de diversos atores (municipais, regionais de saúde e nível central da SES) e o uso adequado de ferramentas virtuais, oficinas e atividades de dispersão, o que demonstra a relevância da construção coletiva e consensual dos produtos.

Em resumo, é perceptível que todas as experiências tiveram uma ênfase na colaboração e construção coletiva, mas cada membro do GCE destacou diferentes momentos ou métodos que foram mais significativos em seus contextos.

Dentre as principais contribuições do projeto, foram destacadas o subsídio para alinhamentos teóricos, a colaboração pedagógica na elaboração e realização de atividades e oficinas e o fornecimento de metodologias e ferramentas para auxiliar na implementação do PRI. Essa perspectiva mais metodológica das contribuições do projeto percebidas pelos membros do GCE atestam o grau de amadurecimento de Goiás para a realização do PRI, indicando que o estado já estava avançado nesse processo. Resumindo, as contribuições do projeto para o PRI do Goiás estavam principalmente relacionadas com a colaboração técnica e metodológica, especialmente no planejamento e execução de oficinas e atividades.

⁹ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Os aprendizados registrados pelos membros do GCE e potenciais impactos em mudanças de processo de trabalho foram:

- **Trabalho conjunto e colaborativo:** A importância de se trabalhar em conjunto, envolvendo os três entes federados, fortalecendo as relações de interdependência.
- **Integração entre diferentes instituições:** Mesmo que estas tenham atribuições distintas, é crucial alinhar os objetivos em comum para um trabalho coeso.
- **Escuta ativa:** A necessidade de ouvir todos os atores envolvidos, especialmente os gestores, garantindo um processo ascendente de construção e tomada de decisão.
- **Planejamento ascendente:** O aprendizado de planejar a partir das bases, considerando os Planos Municipais de Saúde (PMS), Plano Estadual de Saúde (PES) e o Plano Nacional de Saúde (PNS).
- **Foco nas necessidades sanitárias:** Em vez de basear as prioridades simplesmente na demanda, é importante que sejam definidas de acordo com as reais necessidades de saúde apontadas pelo território.

Em síntese, os aprendizados destacados pelos membros do GCE explicitam a importância do trabalho colaborativo, da escuta ativa, do planejamento ascendente e do foco nas necessidades de saúde. Essas percepções podem conduzir a melhorias significativas nos processos de trabalho, promovendo uma gestão mais integrada e eficiente.

Já os principais desafios para a institucionalização do PRI no Estado e nas Macrorregiões, observados pelos membros do GCE, foram: 1) Sentimento de Pertencimento; 2) Governança e Cooperação; e 3) Integração ao Sistema de Gestão Pública. A necessidade de gerar um sentimento de pertencimento em diversos atores das gestões municipal e estadual é um ponto de destaque. Todos os membros do GCE sinalizaram a importância de envolver, engajar e garantir a participação ativa desses atores no processo. No que tange à governança e cooperação, há uma concordância sobre a necessidade de se fortalecer os espaços de governança, especialmente no âmbito macrorregional, e promover relações de cooperação entre os municípios e o estado. Por fim, os membros do GCE concordam que é fundamental a garantia de que as decisões e deliberações derivadas dos Planos Macrorregionais sejam incorporadas nos instrumentos de gestão e planejamento do SUS em todas as esferas de governo.



Alguns aspectos específicos foram também registrados. Um dos membros do GCE ressaltou o desafio da temporalidade e continuidade do PRI, enfatizando os obstáculos relacionados à longa duração do processo, o que torna o plano vulnerável a interferências, como mudanças de gestão e rotatividade de técnicos. Outro membro sinalizou a necessidade de alterar o modelo assistencial, enfatizando a relação de parceria entre o estado e os municípios e a promoção de relações de cooperação horizontais. Houve também quem demonstrasse preocupação com a necessidade de adaptação do financiamento das ações e serviços de saúde para uma configuração macrorregional.

Assim, é possível perceber, em geral, que os membros do GCE apontam que, para a efetiva institucionalização do PRI, é crucial garantir que todos os atores envolvidos, desde gestores até técnicos, sintam-se parte integrante do processo. Isso pode ser alcançado por meio da promoção do sentimento de pertencimento e do estabelecimento de sistemas de governança robustos. Além disso, a integração de decisões e pactuações no sistema de saúde mais amplo é vital. Desafios adicionais surgem devido à duração do processo do PRI, possíveis mudanças na gestão, a necessidade de reformular o modelo assistencial e considerações sobre o financiamento das ações de saúde.

Pistas para a regionalização: caminhos para a sustentabilidade

O estado de Goiás apresentava um avanço significativo no processo de PRI quando o projeto Regionalização chegou, o que parece estar bastante vinculado à forte coordenação da SES e à prioridade dessa agenda pelo governo do Estado. Tais características não trouxeram repercussões negativas para a ampla participação dos atores municipais e mesmo do governo federal nesse processo, assim como não invalidaram as possibilidades de apoio do projeto para sua continuidade sustentável durante o triênio 2021-2023.

Conforme pôde ser verificado nas narrativas anteriores, o alto grau de autonomia do Grupo Condutor Estadual foi determinante para que o processo tivesse um nível elevado de customização e voltado para atender às especificidades de Goiás. A inclusão da pauta da regionalização na agenda do governo estadual provocou e estimulou um com maior celeridade, avançando a passos firmes no território, sempre, porém, guiado por critérios técnicos definidos pelo GCE e apoiados metodologicamente pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC).

É importante ressaltar que os aprendizados acumulados durante o processo de avanço do PRI, o tornou como guarda-chuva orientador para sinergia com demais projetos do PROADI-SUS em execução no Estado (Planifica SUS e Saúde Mental na APS), tendo como cerne a aproximação dos atores e a promoção do diálogo a partir dos desafios que foram postos no decorrer da implementação, o que contribuiu para o engajamento dos atores envolvidos e alinhamento de todas as pautas que estavam sendo discutidas nas macrorregiões com o PRI.

Convém ressaltar, ainda, a importância de iniciativas potentes implementadas no Estado durante o desenvolvimento do projeto, como por exemplo: o GT pedagógico, o Comitê Gestor de Monitoramento e Avaliação de Projetos no Território (Resolução CIB GO n.º 230/2022), o Comitê Gestor Macrorregional das RAS (Resolução CIB GO n.º 239/2022). Além disso, entendemos como fundamental frisar a ampliação do escopo de atuação do GCE no sentido de promover a sinergia dos diversos projetos/iniciativas vigentes nos territórios.

É importante ressaltar que os aprendizados acumulados durante o processo de avanço do PRI, o tornou como guarda-chuva orientador para sinergia com demais projetos do PROADI-SUS em execução no Estado.

Goiás, assim como os demais entes da federação, precisará continuar avançando no processo de regionalização, e possui desafios bastante significativos, em especial pelo fato de ter ousado implementar uma instância de governança macrorregional, o que lhe trará necessidades de alinhamento com as demais instâncias de governança mais tradicionais, como CIR e CIB. Porém, dado o grau de amadurecimento alcançado, Goiás possui uma grande e efetiva capacidade de operacionalização organizacional, sendo possível que tenha muitas experiências positivas futuras a compartilhar com o resto do país.

Conforme o com o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, Goiás alcançou até a fase quatro do Projeto, o que corresponde à etapa quatro do PRI. Nesse processo verificou-se uma série de desafios, conforme citados anteriormente. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a organização dos pontos de atenção da RAS no estado, a construção de um processo sólido, com o GCE atuando de forma efetiva e mantendo as atividades relativas à regionalização, e o PRI, por meio de um plano de trabalho coeso, o que pode ser visto como fundamental para a sustentabilidade da regionalização no estado.



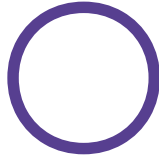
Território Vivo

Maranhão


Rubens Griep

Anderson Dias


Maurício Durval de Sá



Maranhão está localizado na região Nordeste, possuindo uma área vasta e diversificada que se estende por aproximadamente 332 mil quilômetros quadrados (IBGE, 2022). Com uma população de cerca de 7 milhões de habitantes, o estado é lar de uma rica mistura de culturas, incluindo comunidades indígenas, quilombolas e outras, refletindo uma herança diversificada (IBGE, 2022a). Abriga diversas etnias indígenas, que enriquecem a cultura local e trazem uma rica tradição de conhecimento e respeito pela natureza. A capital, São Luís, é um centro histórico e cultural significativo, com seus famosos azulejos portugueses e o Bumba Meu Boi, uma rica tradição folclórica.



Com cerca de 7 milhões de habitantes o estado é lar de uma rica mistura de culturas, incluindo comunidades indígenas, quilombolas e outras, refletindo uma herança diversificada.



O estado possui um clima tropical, com uma estação chuvosa e uma estação seca, influenciado pela proximidade com a equatorial Amazônia. É o lar de uma biodiversidade significativa, com uma rica fauna e flora, incluindo a única Floresta dos Pequenos Lençóis. Atrai turistas por suas belas praias, parques nacionais e patrimônios históricos, como o centro histórico de São Luís. Além do português, diversas línguas e dialetos locais são falados, reforçando a rica tapeçaria cultural do estado. O folclore maranhense é vibrante, com destaque para o Bumba Meu Boi, Tambor de Crioula e outras tradições culturais únicas.

A economia do Maranhão é diversificada, incluindo agricultura, pesca, indústria e turismo. Além da capital, Imperatriz e Caxias são cidades no interior cruciais para a economia e cultura locais. Há, no estado, uma rede de transporte diversificada, incluindo rodovias, ferrovias e portos importantes para a economia local. Assim como outros estados brasileiros, o Maranhão busca equilibrar o desenvolvimento econômico com a conservação ambiental e a inclusão social, enfrentando desafios específicos de sua geografia e demografia. O estado enfrenta desafios significativos relacionados à educação, saúde e desigualdade, que exigem esforços concentrados para superação. Apesar dos desafios, o estado tem trabalhado para melhorar a educação e a saúde, buscando oferecer melhores condições de vida para todos os maranhenses.

Regionalização e o PRI no Maranhão: caracterização do estado e chegada do projeto

O estado do Maranhão faz limite com Piauí, Tocantins, Pará e Oceano Atlântico. Com área de 331.936,949 km² e uma população de 7.153.262 habitantes, possui 217 municípios, sendo que destes, 10 possuem mais de 100 mil habitantes e 37 com população de até 10 mil habitantes (IBGE, 2022a).

De acordo com a Resolução CIB n.º 44/2011, o estado do Maranhão estava dividido em oito Macrorregiões de Saúde constituídas por 19 Regiões de Saúde. Em função do investimento insuficiente na rede de serviços e pouca funcionalidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS), foi realizado estudo técnico a partir da constituição de um Grupo de Trabalho Tripartite para a construção do Planejamento Regional Integrado (PRI) por meio da instituição de Grupos Condutores que, após revisão dos Planos de Ação Regionais propuseram o redimensionamento no Estado para três Macrorregiões de Saúde no ano de 2018.

De acordo com a Resolução CIB n.º 44/2011, o estado do Maranhão estava dividido em oito Macrorregiões de Saúde constituídas por 19 Regiões de Saúde.

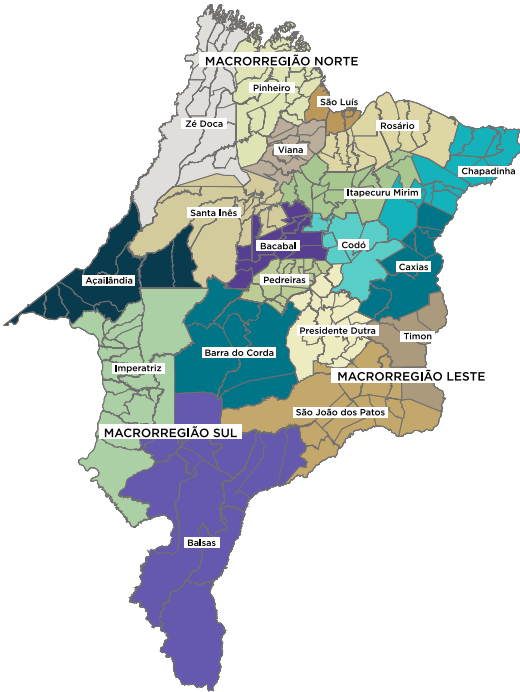
Com a adesão do Estado ao projeto Regionalização foram realizadas reuniões para traçar estratégias visando realizar o Diagnóstico do PRI (Fase dois). Nas reuniões, foram destacadas as necessidades de implementação do projeto, tendo em vista o processo já existente no território e os aspectos a serem considerados na construção do PRI.

Após a customização da Fase dois e aplicação junto os Grupos de Trabalhos Macrorregionais (GTM) houve consenso de que todas as macrorregiões estariam na Fase três. Na qual se encontram, até o momento, com alguns pontos importantes a serem levados em consideração como o impacto da Covid-19 no território, a mudança do Secretário Estadual de Saúde, o momento eleitoral e a apropriação da nova equipe.

O Estado, durante o processo da execução das diferentes fases previstas para o Projeto, vem buscando finalizar a parametrização em saúde, com o apoio técnico do Departamento de Regulação Assistencial e Controle - DRAC/MS, ao mesmo tempo em que os GTM estão trabalhando com a revisão da Análise de Situação de Saúde (ASIS) com apoio do Grupo de Trabalho Estadual (GTE).

A Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão, vem estimulando a finalização da fase de parametrização em saúde, além de realizar a publicação de um livro sobre o processo de PRI no Estado, levando em consideração o processo construído até o momento. Vale ressaltar, também, que o Estado elaborou o projeto estadual acerca da Portaria n.º 1.812/2020 em que estabeleceu como produtos: implementação do PRI e a qualificação dos instrumentos de planejamento do SUS. Este último produto citado tem sido desenvolvido, contribuindo para a qualificação desses instrumentos e semeando a cultura de planejamento.

Figura 22 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Maranhão



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

Regionalização e o PRI no Maranhão: o processo do PRI e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceram suporte técnico - metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram do apoio um articulador e um assessor matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e os desafios do processo do PRI no estado do Maranhão. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 23.

Figura 23 - Facilitação Gráfica Maranhão





Regionalização e o PRI no Maranhão: a experiência do Grupo Condutor Estadual¹⁰

O Maranhão foi um dos Estados que apresentou avanço pouco significativo do processo de PRI nesses três anos de vigência do projeto Regionalização. O estado apresenta uma rica experiência com regionalização na saúde, e desencadeou o movimento de diagnóstico situacional previsto na fase dois do projeto, a partir do resgate histórico e da análise dos desafios que se apresentavam para a implementação do PRI. Entretanto, o processo começou a apresentar problemas no início da fase três, sendo que esta não pôde ser concluída. Ainda assim, os membros do GCE conseguiram identificar importantes contribuições do projeto no território, dentre as quais podem ser destacados o engajamento e mobilização dos municípios, o fortalecimento da colaboração, o estímulo ao desenvolvimento de estratégias locais, a identificação de prioridades, a promoção da equidade e melhoria das práticas de planejamento.

Segundo o GCE, as oficinas organizadas pelo projeto ajudaram a capacitar os participantes dos municípios, fornecendo-lhes

as habilidades e o conhecimento necessários para participar efetivamente do planejamento. O engajamento dos municípios no processo de planejamento é essencial para garantir que suas perspectivas e necessidades sejam consideradas. O projeto promoveu, também, uma colaboração mais estreita entre os municípios, facilitando a troca de informações, ideias e melhores práticas. Isso tem potencial para a construção de soluções mais inovadoras e eficazes para os desafios enfrentados pelas regiões.

Com a participação ativa dos municípios, o projeto pôde ajudar a desenvolver estratégias mais relevantes e eficazes para a realidade local. Isso é vital para garantir a eficácia do planejamento e implementação de iniciativas regionais. As oficinas permitiram que os municípios identificassem as suas prioridades, assegurando que o planejamento regional esteja de acordo com as necessidades e objetivos locais. Ao fomentar a participação de todos os municípios, o projeto contribuiu para promover a equidade na região, garantindo que todos tivessem voz ativa no planejamento e na tomada de decisão. O planejamento ascendente, onde as necessidades e opiniões locais são incorporados ao planejamento regional, pode levar a uma implementação mais suave e bem-sucedida de iniciativas e projetos regionais.

¹⁰ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Quanto aos principais aprendizados, o GCE aponta a importância da participação ativa dos municípios na execução das atividades do PRI. Essa participação pode gerar um senso de propriedade e comprometimento crucial para o sucesso do processo, podendo impactar mudanças significativas no processo de trabalho. O envolvimento efetivo dos municípios pode fortalecer a colaboração e cooperação entre diferentes atores e regiões, garantindo que todos estejam trabalhando juntos para atingir os objetivos comuns do PRI. Também pode levar a melhorias significativas na comunicação entre os municípios e outros interessados, garantindo que as informações sejam compartilhadas de maneira eficaz e eficiente. A execução das atividades pelos municípios permite que as estratégias sejam personalizadas para atender às necessidades e desafios específicos de cada área, resultando em soluções mais eficazes e relevantes.

Quando os municípios participam ativamente e se sentem parte do processo, seu compromisso com os objetivos do PRI é fortalecido. Isso pode levar a um maior esforço e dedicação na implementação de iniciativas e projetos. Essa participação na execução das atividades pode aumentar a responsabilidade dos municípios, garantindo que eles estejam mais investidos em garantir o sucesso do PRI e permitindo um feedback contínuo, que pode ser usado para fazer ajustes e melhorias no processo de trabalho, garantindo que ele permaneça ágil e eficiente. Por fim, a participação dos municípios também contribui para o desenvolvimento de capacidades locais, capacitando as comunidades locais e fortalecendo suas habilidades e conhecimentos.

No que diz respeito aos desafios enfrentados para a institucionalização do PRI, o GCE indica a integração de forças políticas, técnicas, institucionais e pessoais do processo. Neste sentido, é importante que todos os níveis reconheçam a necessidade crucial de alinhamento entre os diferentes atores e setores. Para superar esse desafio, será necessário a realização de reuniões regulares e seminários para garantir comunicação clara e colaboração entre os atores envolvidos.



Melhorias significativas na comunicação entre os municípios e outros interessados



Feedback contínuo

Pistas para a regionalização: caminhos para a sustentabilidade

O Maranhão tem vivido uma experiência difícil na implementação do PRI no Estado. Há o reconhecimento de que a constituição da RAS é essencial porque representa uma estratégia organizacional importante para melhorar a eficácia, eficiência e qualidade da atenção à saúde prestada aos usuários do sistema de saúde. Por meio dela, os membros do GCE percebem que é possível garantir um cuidado integral, contínuo e centrado nas necessidades dos pacientes, conectando diferentes serviços de saúde e coordenando o cuidado ao longo do tempo e entre diferentes níveis de atenção.

Apesar disso, o Estado apresentou poucos avanços na implementação do PRI durante o triênio 2021-2023, em que pese a equipe de apoio territorial do projeto ter realizado inúmeras reuniões com membros do GCE, incluindo SES, Cosems e SEINP/SEMS e ter tomado a iniciativa de mobilizar técnicos e outros profissionais que precisam estar envolvidos no processo. Há, porém, desafios importantes relacionados principalmente à priorização dessa agenda pelos atores políticos, o que exigirá esforços importantes dos três entes federados, buscando implementar a gestão tripartite do processo, especialmente no que concerne aos seguintes aspectos:

- 1) **GCE não constituiu agenda de reuniões**, não havendo uma periodicidade de encontros, se perdendo as discussões e sem direcionamento para as atividades;
- 2) **Identidade macrorregional** em processo, havendo necessidade de fortalecimento dessa instância;
- 3) **Necessidade de alinhamentos** conceituais e metodológicos do processo de implementação do PRI;
- 4) **Espaços decisórios** e de pactuação fragilizados, com a necessidade de fortalecimento da governança, estímulo ao pertencimento e qualificação das pautas;
- 5) **Participação** incipiente do controle social.

Segundo o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, o Maranhão iniciou a fase três do Projeto o que corresponde à etapa dois do PRI, mas a sistematização da ASIS ainda não foi finalizada e encontra-se suspensa até o momento. Nesse processo verificou-se uma série de desafios relacionados à formulação e pactuação de uma agenda propositiva para o PRI, por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas como a participação ativa dos municípios nas atividades desenvolvidas até aqui, bem como uma aproximação entre estes, o que pode ser visto como fundamental para a continuidade da regionalização no estado.



“

*Quando meus olhos estão
sujos da civilização, cresce
por dentro deles um desejo
de árvores e aves.*

”

Manoel de Barros

Território Vivo

Mato Grosso do Sul

Ana Emilia Gaspar

Giovanni Di Sarno

Maria Cristina Fernandes Ferreira

O estado do Mato Grosso do Sul, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, faz fronteira com dois países sul-americanos - o Paraguai, a sudoeste, e a Bolívia, a oeste, sendo um dos principais acessos do Mercosul. Faz divisa com Mato Grosso, Goiás, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, e essa localização o torna um importante ponto de trânsito e conexão entre várias regiões do Brasil. Grande parte do território do estado está localizada na bacia do Rio Paraguai, que desempenha um papel importante na ecologia da região. O estado é rico em diversidade ambiental, abrigando 70% do Pantanal - são 89.318 km² de planície alagável, a maior do mundo, e um dos ecossistemas mais importantes do planeta.

O estado experimenta um clima tropical, com estações bem definidas, incluindo um período de chuvas durante o verão. A localização geográfica influencia os padrões climáticos, com temperaturas variando ao longo do ano, o que favorece a agricultura e a pecuária - produção de soja, milho, cana-de-açúcar e gado, contribuindo significativamente para a economia do país. O Estado possui 79 municípios e 2.756.700 habitantes (IBGE, 2022). Campo Grande, a capital, é um centro administrativo e econômico vital na região, com a maior concentração populacional do Estado, conforme tabela.

Tabela 4 - Número de Municípios do Mato Grosso do Sul (IBGE, 2022a)

População	Frequência
Mais de 100.000	3
50.001 a 100.000	3
20.001 a 50.000	26
10.001 a 20.000	22
5001 a 10.000	18
2.501 a 5.000	7

Fonte: IBGE, 2022a.

Em relação aos povos específicos, o estado tem a segunda maior população indígena do país, distribuída em trinta e nove (39) terras indígenas, vinte e duas (22) comunidades quilombolas certificadas e, comunidades ribeirinhas (PES, 2020-2023). Mato Grosso do Sul ocupa a 9ª posição no ranking nacional do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com 0,74 (Atlas Brasil 2022; www.atlasbrasil.org.br/ranking). A expectativa de vida ao nascer no estado é de 76,1 anos, inferior à do país que é de 76,6 anos e A Taxa de Mortalidade Infantil em 2021 foi 16,9 /1000 nv e no Brasil foi 11,9/1.000nv (MS/SVS/CGIAE – SIM/SINASC, consultado em 02/09/23).

Histórico da regionalização da saúde

Mato Grosso do Sul fez parte do território do estado do Mato Grosso até a década de 1970, quando foi assinado o decreto-lei que estabeleceu a criação do estado em 11 de outubro de 1977. A partir de sua instalação administrativa, passou a contar com a Fundação Estadual de Saúde, parte integrante da Secretaria de Desenvolvimento de Recursos Humanos (SDRH), onde também estavam a educação, o trabalho e a promoção social, a cultura, o esporte e o lazer.

Por ocasião da divisão do estado, praticamente todos os serviços públicos de saúde eram estaduais, reproduzindo a lógica dos programas verticais federais e o modelo de gestão hospitalar do INAMPS, reunindo uma rede de pequenas e improdutivas unidades no interior do estado e duas referências estaduais na capital: o Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato

Grosso do Sul (UFMS) e a Santa Casa de Misericórdia. Esse arranjo institucional só durou por cerca de seis meses, após esse período a SDRH foi extinta e foram criadas três Secretarias Estaduais: da Saúde (SES), da Educação (SED) e de Desenvolvimento Social (SEDHAST). O desenho da região de saúde obedeceu às divisões administrativas adotadas na década de 1980, seguindo os fluxos existentes: malha viária, reservas indígenas, e áreas de preservação ambiental que contribuíram para a sua conformação. Até 1988 o sistema de saúde era bastante centralizado, com a SES/MS atendendo diretamente a rede de unidades existentes nos 55 municípios deste período.

O estado participou do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que contribuíram para o início da descentralização da saúde. As Ações Integradas de Saúde (AIS) que foram elaboradas, representam a primeira experiência de programação conjunta entre órgãos federais, estaduais e municípios.

Mato Grosso do Sul fez parte do território do estado do Mato Grosso até a década de 1970, quando foi assinado o decreto-lei que estabeleceu a criação do estado em 11 de outubro de 1977.

Em 1983 promoveu a regionalização administrativa da saúde com a implantação das Agências Regionais de Saúde, agregando a primeira experiência de educação em serviço, com o trabalho das equipes multiprofissionais de supervisão integrada. A reorientação da política institucional da SES, em 1995, definiu estratégias adotadas para a implementação do SUS por regiões de Saúde, e a partir deste desenho foram implantados os polos regionais. De 1995 até 1999, a SES, com o objetivo de fortalecer esses polos, começou a implantar as Comissões Intergestores Regionais (CIR), para que os territórios regionais se tornassem um espaço privilegiado de interlocução, negociação e pactuação entre o estado e os municípios. Denominados Polos Regionais de Saúde até meados de 2001, os Escritórios Regionais representavam a SES nas regiões e localizavam-se nos municípios sede das Regiões de Saúde (Resolução CIB/MT n.º 065 de 03 de abril de 2012). No ano 2000, as ações voltaram-se para implantação da central regional de regulação, com a discussão de instrumentos legais e a definição e pactuação dos fluxos.

A SES priorizou a implementação das centrais regionais de regulação em cogestão, articulando com os gestores municipais as estratégias para a sua organização. Em abril de 2007, o Pacto pela Saúde foi celebrado no Mato Grosso do Sul com adesão de 100% dos 78 municípios existentes à época, fomentando o debate em busca da integralidade do cuidado através do acordo firmado entre os gestores do SUS. Logo após a celebração dos termos de compromisso, houve a construção de uma agenda conjunta que norteou as ações de saúde no estado, no período de 2007 a 2010. No período de outubro de 2010 a fevereiro de 2011, foi revisado o desenho das regiões de saúde e elaborado diagnóstico



Fomentando o debate em busca da integralidade do cuidado



Construção de uma agenda conjunta

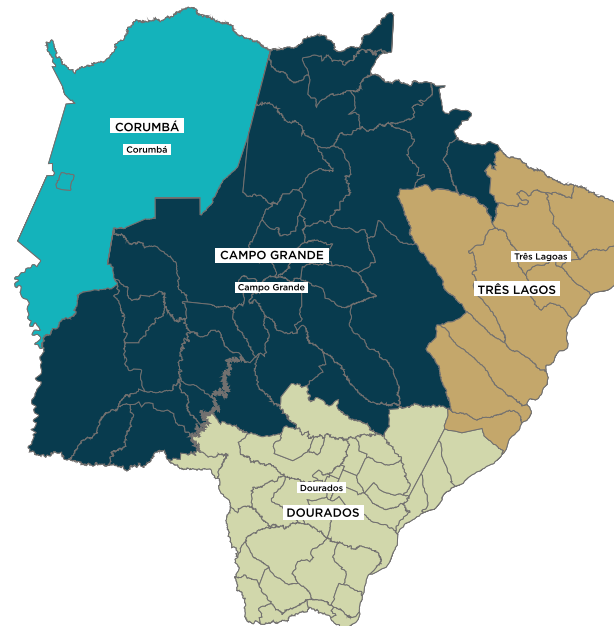
das 11 microrregiões, considerando, aspectos demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos, da rede instalada de saúde, dos instrumentos de gestão (planejamento; financiamento; educação permanente; regulação, controle, avaliação e auditoria) e do controle social.

Em agosto de 2012, Mato Grosso do Sul foi o primeiro ente federado a assinar o COAP com 100% dos seus municípios. O COAP permaneceu vigente no estado até dezembro de 2016. A partir de 2017, o estado direcionou seus esforços para o fortalecimento das regiões de saúde, com foco na organização de serviços regionalizados, para otimizar recursos financeiros, humanos e materiais, visando promover a equidade do acesso e a integralidade da atenção. Valorizou e consolidou as CIR e o Conselho Estadual de Saúde, como espaços de articulação e condução da política estadual de saúde. A 9ª Conferência Estadual de Saúde foi o espaço de confirmação da política de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como estratégia de estruturação e organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

O projeto Regionalização no Mato Grosso do Sul

Em 2018, o processo de regionalização resultou no estabelecimento do desenho do estado em 04 macrorregiões e 11 microrregiões de saúde, conforme a Resolução n.º 37 CIB/SES/MS de 22 de junho de 2018, definidas como base territorial para organização das redes de atenção, com ações e serviços de diferentes complexidades e densidades tecnológicas. São também espaços privilegiados de articulação intergovernamental para a condução do sistema de saúde.

Figura 24 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Mato Grosso do Sul



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

A Macrorregião de Campo Grande é composta por 34 municípios divididos em 11 microrregiões. Esta é uma região que detém o maior contingente populacional do Estado, onde vivem 1.502.351 habitantes (IBGE 2018).

A Macrorregião de Dourados é composta por 33 municípios divididos em 03 microrregiões de saúde, com uma população total de 831.310 habitantes. A população é predominantemente urbana, com 83% vivendo na área urbana e 17% na área rural. A maioria dos habitantes do território (58%) está concentrada no município de Dourados, que é também o maior município em extensão.

A Macrorregião de Três Lagoas é composta por 10 municípios divididos em 02 microrregiões de saúde. Possui uma população total de 282.351 habitantes, e se desenvolveu dentro de características agropastoris, com forte predomínio de pecuária. Nos últimos anos vem se esforçando para diversificar sua economia com a expansão de polos industriais, onde se destacam os municípios de Três Lagoas e Aparecida do Taboado.

A Macrorregião de Corumbá é composta por 02 municípios pertencentes a uma microrregião de saúde, com uma população total de 133.774 habitantes, e está localizada na porção centro-oeste e noroeste do Estado de Mato Grosso do Sul. A pecuária extensiva foi a grande responsável pela ocupação da região do Alto Pantanal, porém, mais recentemente, outras atividades econômicas têm sido desenvolvidas, entre as quais o turismo ecológico de pesca e rural, a mineração e o comércio de fronteira (Corumbá / Puerto Suárez). O Município de Corumbá, com uma área de 64.962,72 km², ocupa grande parte do território da região.

O processo de regionalização é permeado por desafios técnicos e políticos decorrentes da organização dos sistemas de saúde, do modelo de atenção, das transições epidemiológica, demográfica, nutricional, das responsabilidades assumidas pelos entes federados, da organização das regiões e macrorregiões de Saúde, ou seja, da resposta social dos sistemas de saúde às necessidades da população.

A proposta de agenda do PRI, com o cronograma para realização das próximas fases e etapas, foi apresentada, discutida e validada na reunião do Grupo Condutor Estadual (GCE) em 01/03/2023. Alguns desafios foram enfrentados a partir da apresentação do projeto em 2021 até seu início, como a centralização do processo na SES, a equipe reduzida para o planejamento e a necessidade da SES, Cosems e SEINP discutir a organização das regiões e macrorregiões de saúde.

A agenda do PRI foi apresentada na assembleia do Cosems em 23/03/23 e na reunião da CIB de 24/03/2023 de 2023, onde foi pactuada e homologada, conforme Resolução n.º 25/CIB/SES de 27/03/23 (Anexo C), publicada no Diário Oficial Eletrônico n.º 11.122, de 03/04/2023.

O projeto Regionalização no Mato Grosso do Sul: O processo do Planejamento Regional Integrado e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceram suporte técnico - metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram no apoio uma articuladora e um assessor matricial que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos e destacaram as potências e os desafios do processo do PRI no estado do Mato Grosso do Sul. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 25.

Figura 25 - Facilitação gráfica Mato Grosso do Sul





Território Vivo: a opinião de quem faz¹¹

Para os respondentes indicados pelo GCE do Mato Grosso do Sul, são várias as experiências mais significativas. Descreveram os passos na trajetória do estado na construção da regionalização, que contribuíram muito para o desenvolvimento do PRI. A aproximação do ente estadual com os municípios para um planejamento ascendente, agendas em sinergia e a educação permanente para o desenvolvimento de habilidades e competências fortaleceram o processo. Debates importantes sobre a análise de situação de saúde, organização da RAS, definição de linhas de cuidado, necessidades dos territórios, levantamento das filas de espera, identificação de ruídos no itinerário do paciente, a identificação de obstáculos sob governabilidade, governança regional, capacidade instalada em relação a resolutividade e consórcios intermunicipais trouxeram reflexões para a qualidade dos serviços prestados à população. Os conceitos de responsabilidade solidária e cooperação entre entes, também suscitou discussões. O processo também evidenciou a fragilidade do ente estadual como orientador no processo de organização de ações e serviços de saúde para resolutividade das regiões, apontando a necessidade de revisão dos planos de ação de redes e da programação assistencial pactuada.

Foram citadas como principais contribuições, o fortalecimento dos entes federados com apropriação conceitual e metodológica

que contribuiu na organização do processo instrumentalizando a operacionalização do PRI, corrigindo distorções conceituais. Debates sobre a necessidade de revisão da organização regional, definição de indicadores para medir o desempenho regional, retomada de conceito de custo – efetividade e indicadores de resultados. Outra contribuição importante, que o projeto trouxe, foi institucionalizar o planejamento e retomar o percurso da regionalização no Mato Grosso do Sul.

Na pergunta sobre os aprendizados no desenvolvimento do PRI que podem impactar em mudanças de práticas, destacaram-se, a integração e engajamento dos atores locais com a inclusão da Secretaria de Governo e a sensibilização de outras áreas do governo. A sinergia de projetos e o apoio institucional contribuíram para o aprendizado, trazendo a importância da governança, a construção de análise de situação de saúde, a integração dos instrumentos de gestão e a importância do processo de planejamento ascendente, priorizando sempre as necessidades de saúde da população.

Os respondentes reconhecem que os principais desafios para a institucionalização do PRI no Mato Grosso do Sul são, sobretudo, incentivar a credibilidade dos gestores no processo e, o comprometimento político, para que o processo seja mantido no estado. Além disso, destacaram a dificuldade de adesão e a alta rotatividade nas áreas técnicas do estado e dos municípios, o que fragiliza o processo de regionalização.

¹¹ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

O Mato Grosso do Sul chega na fase três do projeto de Regionalização com a missão de trabalhar o fortalecimento e estruturação dos processos da Atenção Primária à Saúde, fundamental para a organização das redes de atenção à saúde, e da resposta dos sistemas de saúde à população, considerando suas necessidades e a dinâmica do território das unidades de saúde/municípios.

O PRI estimulou a participação de gestores municipais na análise de situação de saúde e definição de prioridades regionais e macrorregionais, promovendo reflexões sobre os fluxos e contrafluxos assistenciais e o processo permanente de construção do SUS.

Alguns pontos de atenção como a centralização do processo, sendo necessário fortalecer a parceria e comunicação com os municípios e Cosems; realizar oficinas com os GTM de forma descentralizada, é importante realizar nas macrorregiões de saúde para fomentar a participação de atores estratégicos dos municípios e regiões de saúde, considerando as especificidades regionais; trazer a participação do Conselho Estadual de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde nas discussões e no GCE e nos GTM.

Nas potencialidades do processo vemos a constituição do GCE e dos GTM Campo Grande, GTM Corumbá, GTM Dourados, GTM Três Lagoas; a possibilidade de trabalhar o planejamento ascendente na perspectiva territorial e regional; o processo de apoio e ações de educação permanente ao GCE e GTM, profissionais do estado e municípios.

Conforme o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, o Mato Grosso do Sul alcançou até a fase três do Projeto, o que corresponde à etapa três do PRI. Nesse processo verificou-se uma série de desafios os quais foram os vários momentos de paralisação das atividades por diversos motivos como a mudança dos técnicos e gestores da SES, do Cosems e dos municípios. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a disposição de retornar e acelerar o processo de planejamento ascendente e dar continuidade ao processo, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.



Território Vivo

Mato Grosso

Antonio Carlos Guimarães de Sousa Pinto

Francisca Miriane A. Batista

Francisco Ivan R. Mendes Jr.

Luana C. T. Freitas Giacometti

O estado do Mato Grosso está localizado na Região Centro-Oeste com uma área territorial de 903.208,361 km², população total de 3.658.813 habitantes e densidade demográfica de 4,05 hab./km² (IBGE/2022) sendo com isso o 16º estado mais populoso do país. O estado é constituído por 141 municípios distribuídos em 16 Regiões de Saúde e 6 (seis) Macrorregiões de Saúde (MRS) sendo que 9,6% da população reside em 48,2% dos municípios (os com menos de 10.000 hab.) e 44% da população reside em 4,2% dos municípios (aqueles com mais de 100.000 hab.) (IBGE, 2022a).

O estado tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,736 - 11ª posição dentre os estados do país (IBGE-2021) e um rendimento nominal mensal domiciliar Per-capita: R\$1.674,00 (IBGE-2022 - 9ª posição no ranking nacional). Em relação aos indicadores da saúde apresenta Taxa de Mortalidade Infantil de 12,08 por 1.000 nascidos vivos (16ª posição - IBGE- 2020), Razão de Mortalidade Materna de 91,8 por 100.000 nascidos vivos (Sidra-IBGE-2020) e a Esperança de Vida ao Nascer de 75,3 anos (IBGE-2020).

Tabela 5 - Municípios do Mato Grosso e População correspondente (IBGE, 2022a)

Faixa populacional	N.º de Municípios	% em relação ao total de Municípios	Total de população por Faixa	% em relação ao total da população do Estado
Menos que 10.000 hab.	68	48,2%	350.627	9,6%
Entre 10.000 a 20.000 hab.	37	26,2%	511.182	14%
Entre 20.000 a 50.000 hab.	23	16,3%	694.656	19%
Entre 50.000 a 100.000 hab.	7	4,9%	493.911	13,5%
Entre 100.000 a 250.000 hab.	4	2,8%	658.033	18%
Entre 250.000 a 500.000 hab.	1	0,7%	299.472	8,2%
Acima de 500.000 hab.	1	0,7%	650.912	68

Fonte: IBGE, 2022a.

História da Regionalização e do PRI

Mato Grosso possui 6 macrorregiões, 16 regiões de saúde e 141 municípios, com Escritórios Regionais de Saúde em cada região. A regionalização remonta a 1978 com a reconfiguração territorial e avançou na década de 1990 com a municipalização. Entre 1995 e 2002, houve consolidação, transformando Polos Regionais em Escritórios Regionais de Saúde, descentralizando serviços e criando instâncias de gestão. Entre 2003 e 2010, ocorreu a institucionalização dos Colegiados de Gestão Regional e aumento de serviços. De 2017 a 2018, o foco foi o Planejamento Regional Integrado, estabelecendo 6 macrorregiões pela Resolução CIB/MT n.º 57.

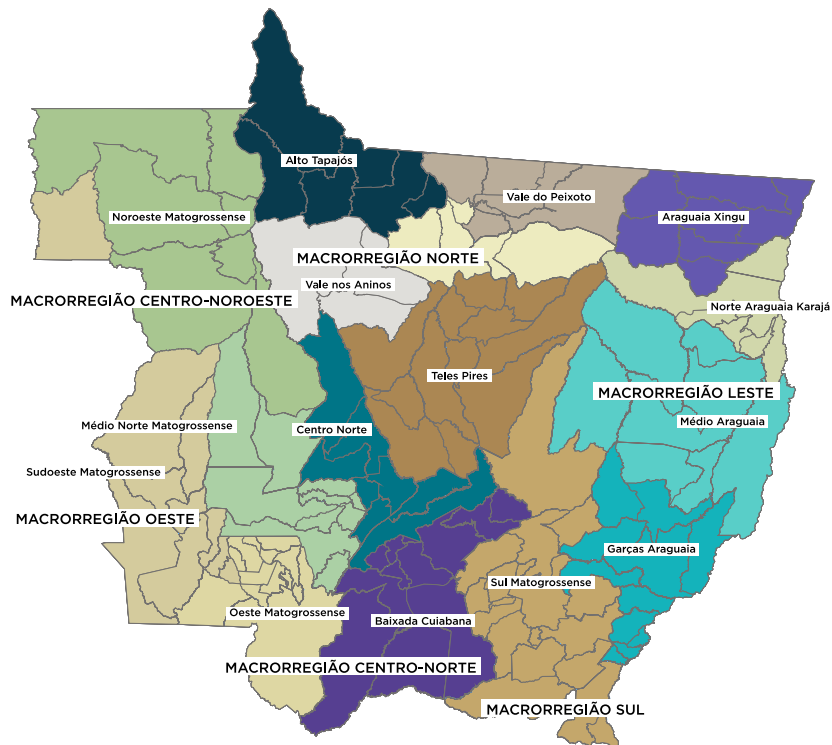
6 macrorregiões
16 regiões de saúde e
141 municípios

Quadro 2 - Macrorregiões, regiões e município sede de Saúde do Mato Grosso (Elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023)

Macrorregião	Região de saúde	Município sede
Norte	Alto Tapajós	Alto Floresta
	Norte Matogrossense	Colider
	Teles Pores	Sinop
	Vale do Peixoto	Peixoto de Azevedo
	Vale dos Arinos	Juara
Centro Norte	Baixada Cuiabana	Cuiabá
Leste	Araguaia Xingu	Porto Alegre do Norte
	Garças Araguaia	Barra dos Garças
	Médio Araguaia	Água Boa
	Norte Araguaia Karajá	São Félix do Araguaia
Oeste	Oeste Matogrossense	Cáceres
	Sudoeste Matogrossense	Pontes e Lacerda
Sul	Sul Matogrossense	Rondonópolis
Centro Noroeste	Centro Norte	Diamantino
	Médio Norte Matogrossense	Tangará da Serra
	Noroeste Matogrossense	Juína

Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

Figura 26 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Mato Grosso



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

Em 2020 - publicada a Portaria GM/MS n.º 1.812, - o estado do Mato Grosso elaborou projeto e submeteu ao Ministério da Saúde para a sua execução nas macrorregiões até o ano de 2023.

Em 2021, o Estado do Mato Grosso aderiu ao projeto Colaborativo PROADI - “FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA, ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – REGIONALIZAÇÃO”. Foram instituídos o Grupo Condutor Estadual (GCE), os Grupos de Trabalho Macrorregionais (GTM) e iniciada a discussão da Fase três – Análise da Situação de Saúde/Diagnóstico Situacionalviatrabalhointegradoentreosgrupos,comrepresentantes das três esferas governamentais, o corpo técnico da SES/MT, da SEINP/MS/MT e do Cosems/MT. A Agenda do Planejamento Regional Integrado/PRI, com sinergia entre o da Portaria Ministerial n.º 1.812 e o Regionalização, foi fruto desse trabalho no GCE e GTMs.

Em 2020 - publicada a Portaria GM/MS n.º 1.812, - o estado do Mato Grosso elaborou projeto e submeteu ao Ministério da Saúde para a sua execução nas macrorregiões até o ano de 2023.

Quadro 3 - Proposta de Agenda do Processo de Elaboração do PRI no Mato Grosso (fonte: Os autores)

Projeto Regionalização							
Fase 2		Fase 3		Fase 4		Fase 5	
Etapa	Situação	Etapa	Situação	Etapa	Situação	Etapa	Situação
Adesão das SES, Cosems e SMS ao projeto em cada macrorregião	Realizada	Elaboração das análises situacionais de saúde por macrorregião e pactuação das prioridades sanitárias	Não Realizada	Apoio à elaboração do desenho da RAS em cada macrorregião	Não realizada	Planos Regionais das Macrorregiões de Saúde elaborados e encaminhado para pactuação nas instâncias deliberativas (Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores entram aqui)	Não realizada
Composição do Grupo Conductor Estadual (GCE) e do Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM)	Realizada (GCE)	Elaboração das análises de capacidade instalada da RAS (incluindo SADT e sistemas de apoio logístico) por macrorregião e pactuação das necessidades de investimentos e qualificação	Não Realizada	Elaboração das Matrizes de análise dos processos de gestão e governança macrorregional Análises situacionais da capacidade de gestão e governança nas macrorregiões	Não realizada	Proposta de constituição do Comitê Executivo de Governança da RAS encaminhado para pactuação nas instâncias deliberativas	Não realizada
Alinhamento conceitual e dos elementos teóricos metodológicos de base	Realizada	Elaboração e pactuação dos objetivos estratégicos, metas e responsabilização dos entes federados para qualificação da RAS por macrorregião	Não Realizada				
Elaboração do diagnóstico do estágio do PRI	Realizada						
Pactuação da Agenda do PRI	Realizada						

Fonte: elaboração própria

Foi realizada via checklist com perguntas em 5 dimensões: PRI, Grupos de Trabalho, Rede de Atenção à Saúde, Governança e Monitoramento, iniciada na reunião do GCE na data de 25/11/2021 com as dimensões PRI, Grupos de Trabalho e Rede de Atenção à Saúde e finalizada na reunião do dia 03/12/2021 nas dimensões Governança e Monitoramento. Além do checklist, foram realizadas 03 entrevistas, sendo 01 com representante do COSEMS MT e 02 com representantes da SES MT.



Checklist com
perguntas em
5 dimensões



Entrevistas com
representantes do
COSEMS MT e SES MT

O projeto Regionalização no Mato Grosso: o processo do Planejamento Regional Integrado e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceram suporte técnico - metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram do apoio dois articuladores e um assessor matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e os desafios do processo do PRI no estado do Mato Grosso. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 27.

Figura 27 - Facilitação gráfica Mato Grosso



Fonte: Pastorino, 2023.

Reflexão sobre o percurso no território

Entre 1995 e 2002, a regionalização da saúde no estado do Mato Grosso fortaleceu os sistemas municipais e promoveu a atenção primária. Porém, após esse período, devido à alta rotatividade de gestores e interferências políticas, os princípios da regionalização enfraqueceram. Em 2012, houve uma nova configuração das regiões de saúde. Entre 2017 e 2018, o processo de regionalização foi retomado com foco no Planejamento Regional Integrado, incluindo alinhamento conceitual e reorganização das macrorregiões. Em setembro de 2018, foi estabelecido um cronograma para esse processo, mas a pandemia da Covid-19 em 2020 interrompeu seu avanço. Com uma população de aproximadamente 3,5 milhões de habitantes, divididos em 6 (seis) macrorregiões e 16 regiões de saúde com 141 municípios. Em 2018, uma resolução definiu a conformação das 16 regiões em 6 (seis) macrorregiões, mas outra resolução retificou para 5 macrorregiões, recomendando a criação da 6ª em Tangará da Serra.

A decisão de criar a 6ª macrorregião foi tomada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de outubro de 2018, com a condição de alocação de recursos após a conclusão do Planejamento Regional Integrado. Durante o processo do PRI no estado foram estabelecidos o Grupo de Coordenação Estadual (GCE) e o Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM), com a CIB e as Comissões Intergestores Regionais (CIRs) como órgãos de governança. O GCE, para o biênio 2021/2023,

conforme a Resolução CIB/MT n.º 250 de novembro de 2021 e o GTM, pela Resolução CIB/MT n.º 125 de abril de 2022, esse último com a composição que inclui representantes técnicos dos Escritórios Regionais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, COSEMS, consórcios de saúde, prestadores de serviços, entre outros, de acordo com a necessidade da macrorregião, com apoio de um representante do GCE. Para fortalecer a APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, o Estado aderiu ao projeto Planifica SUS desde 2020.

O olhar do GCE¹²

Os atores relatam que principal contribuição do projeto foi a elaboração do documento diretrizes e o apoio técnico e metodológico para o desenvolvimento das etapas do PRI que provocou mudanças nas práticas de trabalho nas regiões e macrorregiões de saúde e contribui para identificação das necessidades de saúde da população, das capacidades instaladas, vazios assistenciais, fluxos, enquanto definição das prioridades macrorregionais por consensos e pactuação acerca das responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos. Quanto aos principais aprendizados foi apontado a priorização dos macroproblemas, a cooperação, o trabalho em rede para melhorar a oferta dos serviços de saúde no âmbito do território e as discussões permanentes entre os gestores da saúde desenvolvidas nas Oficinas Macrorregiões para a definição das prioridades regionais e macrorregionais.

¹² Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.



Os desafios para a institucionalização do PRI no Mato Grosso, os respondentes citam o processo de monitoramento, avaliação permanente, organização das ações e serviços de saúde a partir das necessidades da população; que o PRI seja base para os programas estratégicos de governo/SES; financiamento para o custeio e investimento negociados e pactuados conforme os Planos Macrorregionais aprovados em CIR e CIB para a operacionalização da Rede de Atenção à Saúde – RAS.

Pistas para a regionalização: caminhos para a sustentabilidade

O trabalho com o Grupo Condutor Estadual (GCE) do Mato Grosso e os Grupos de Trabalho Macrorregionais (GTM) nas Macrorregiões de Saúde demonstra o potencial do SUS na aplicação dos princípios constitucionais, especialmente na construção participativa. As pessoas envolvidas, incluindo a Secretaria de Estado da Saúde, o COSEMS e o MS, têm experiência na regionalização da Atenção à Saúde, alinhando-se com as diretrizes do Planejamento Regional Integrado. Houve uma dedicação notável, com reuniões frequentes do GCE e deslocamentos extensos para se conectar com atores locais e desenvolver melhorias para o SUS e a saúde da população. Os documentos e consensos refletem o progresso do PRI em Mato Grosso, a indicar melhorias na Rede de Atenção à Saúde em breve, enquanto o projeto se encerra e deixa um legado promissor para o estado.

Segundo o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, o Mato Grosso alcançou até a fase quatro do Projeto, o que corresponde à etapa cinco do PRI. Nesse processo verificou-se uma série de desafios na condução do projeto no território, os quais foram a mudança da equipe técnica da SES, dentre outros. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a pró atividade e empenho e competência da equipe em manter o processo vivo no território, a participação dos gestores e técnicos, que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.



Construção
participativa



Melhorias para
o SUS e a saúde
da população



“

[...] Mas, sendo a vez, sendo a hora, Minas entende, atende, toma tento, avança, pela e faz. Sempre assim foi. Ares e modos. Assim seja.

”

João Guimarães Rosa

Território Vivo

Minas Gerais

Rubens Griep

Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos

Alessandra Martins dos Reis

Aline Fiori dos Santos Feltrin

Guilherme Ávila Salgado

Sergio Vinicius Cardoso de Miranda

Thaís Maíra de Matos

Minas Gerais é um dos maiores estados brasileiros em extensão territorial, com 853 municípios e cerca de 586 mil quilômetros quadrados, caracterizados por montanhas, vales e planaltos. Com uma população de aproximadamente 21 milhões de habitantes, Minas apresenta uma rica mistura de culturas, refletindo as influências rurais, urbanas e históricas. A capital, Belo Horizonte, é o coração econômico e cultural do estado, abrigando mais de 2,5 milhões de habitantes. É famosa por seu planejamento urbano e pela arquitetura modernista (IBGE, 2022a).

Com aproximadamente 21 milhões de habitantes, Minas apresenta uma rica mistura de culturas, refletindo as influências rurais, urbanas e históricas.

Minas é lar de cidades históricas como Ouro Preto, Diamantina e Tiradentes, que remontam ao ciclo do ouro e são patrimônios da humanidade. Além de Belo Horizonte, diversas cidades, como Uberlândia, Juiz de Fora e Montes Claros, são vitais para a economia e cultura regionais. A economia mineira é marcada pela mineração, agropecuária, indústria e serviços, refletindo a rica geografia do estado, o qual, apesar disso, enfrenta desafios relacionados à desigualdade e à necessidade de desenvolvimento sustentável, especialmente em áreas de mineração.

O Estado possui um clima diversificado, variando de tropical a subtropical, influenciado pela altitude, possuindo, ainda, uma biodiversidade notável, com parques, reservas e belas paisagens, como a Serra da Canastra. A cultura mineira é rica e diversificada, com festas populares, como o Carnaval de rua, além da tradicional culinária mineira. Minas Gerais busca conciliar o progresso econômico com a preservação ambiental e social, enfrentando desafios peculiares devido à sua vasta área e à sua rica história. Tem investido na expansão e melhoria dos serviços de educação e saúde, buscando atender às necessidades de sua grande população. Dada sua extensa malha rodoviária, o transporte por estrada é fundamental para a conectividade do estado, o qual atrai turistas em busca de sua história rica, belezas naturais como o Parque Nacional da Serra do Cipó e a culinária típica.

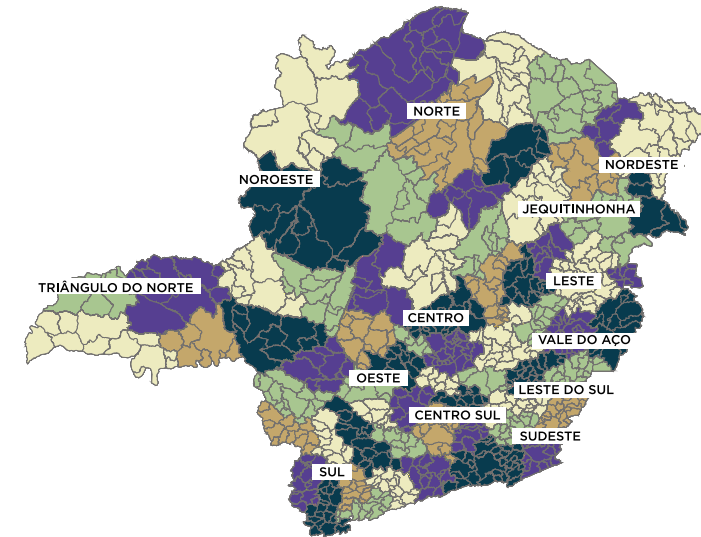
O projeto Regionalização em Minas Gerais: construção permanente

O Estado de Minas Gerais possui 55,8% de seus municípios com população de até 10 mil habitantes e 32 municípios com mais de 100 mil habitantes (IBGE, 2022a). O Plano de Desenvolvimento Regional (PDR) vigente foi instituído por meio da Deliberação CIB/SUS MG n.º 3013 de 2018 para entrar em vigor no ano de 2000, estabelecendo 14 Macrorregiões de Saúde e 18 Polos Macrorregionais complementares e 02 Pólos complementares de apoio, além de 89 Microrregiões de Saúde com 107 Polos Microrregionais. No ano de 2020, o Decreto n.º 47.844 estabeleceu 28 Unidades Regionais de Saúde. Destaca-se que um novo PDR está sendo discutido no Estado.

Atualmente, existem 74 Consórcios Interfederativos de Saúde, sendo 61 generalistas e 13 territoriais (SAMU 192). Com o início do projeto Regionalização no Estado, foi aplicado junto aos Grupos de Trabalho Macrorregionais um questionário para identificação do estágio atual do Planejamento Regional Integrado (PRI), tendo como objetivo propor agenda para o desenvolvimento das demais fases relacionadas ao processo do PRI.

Após concluir o diagnóstico proposto na Fase 2, que considerou, entre outros, aspectos ligados à regionalização em saúde, como a análise da situação de saúde, a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o Planejamento Regional Integrado (PRI) e a Governança da RAS, o Grupo Condutor Estadual do PRI de Minas Gerais, bem como os Grupos de Trabalho das 14 Macrorregiões de Saúde do território mineiro, decidiram construir o PRI de forma coordenada desde o início.

Figura 28 - Regiões e Macrorregiões de Saúde de Minas Gerais



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

O processo do PRI e a equipe de apoio territorial: respeito à diversidade

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceram suporte técnico - metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram do apoio cinco articuladores e uma assessora matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e os desafios do processo do PRI no estado de Minas Gerais. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 29.

Figura 29 - Facilitação gráfica Minas Gerais



Figura 30 - Facilitação gráfica Minas Gerais



Fonte: Pastorino, 2023.



A experiência do Grupo Condutor Estadual: construção coletiva¹³

Durante o desenvolvimento do projeto Regionalização no triênio 2021-2023, o processo de regionalização em Minas Gerais teve aspectos muito significativos a serem ressaltados, conforme proposto pelos membros do GCE. Dentre eles, destaca-se inequivocamente o processo de construção coletiva, que permitiu a contribuição de todos os atores envolvidos com suas diferentes experiências. Essas experiências prévias foram consideradas fundamentais para o maior sucesso do projeto no Estado. Foram feitas várias referências à construção do Plano Diretor de Regionalização e dos planos de ação das redes temáticas de atenção à saúde como experiências significativas.

Foram feitas várias referências à construção do Plano Diretor de Regionalização e dos planos de ação das redes temáticas de atenção à saúde como experiências significativas.

Outro aspecto considerado relevante foi a possibilidade de se elaborar uma política de saúde dentro do território para atender às necessidades locais, com maior reconhecimento das fragilidades e vazios assistenciais no território, além do aumento nos diálogos entre o nível central da SES, gestores municipais e unidades regionais de saúde. Foram ressaltados também como vivências significativas no âmbito do projeto a realização do diagnóstico situacional, o destaque para o financiamento mais eficiente dos serviços de média e alta complexidade, os avanços na organização e qualificação das Redes de Atenção à Saúde e a promoção da equidade regional.

O Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) foi considerado uma experiência de sucesso, com um impacto positivo, ajudando os participantes a compreenderem diferentes realidades e compartilharem suas experiências. Houve um aumento significativo da interação entre os atores envolvidos nas regiões para identificar problemas e capacitar-se em novas ferramentas de estratificação de risco, por exemplo. Nesse contexto, pôde-se perceber a valorização do processo de elaboração do diagnóstico como uma etapa crítica do planejamento.

¹³ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

A trajetória do projeto permitiu que os envolvidos tivessem um contato mais profundo com os dados e informações, construindo coletivamente a partir deles os produtos necessários, tais como a análise situacional de saúde nas regiões. As reuniões presenciais nas regiões de saúde foram cruciais para alinhar expectativas, promovendo o compartilhamento de ideias entre diversos *stakeholders*. Em resumo, os membros do GCE destacam a complexidade do processo e a importância das abordagens colaborativas e coletivas promovidas pelo projeto no desenvolvimento do PRI em Minas Gerais. Dessa forma, destacaram como principais contribuições do projeto para o PRI em Minas Gerais as seguintes questões:

- **Identificação clara** dos principais problemas dos territórios.
- **Compartilhamento** de um método de planejamento homogêneo para o estado, respeitando as especificidades de cada território.
- **Estímulo ao diálogo** entre atores regionais e identificação e solução de gargalos nos fluxos de atendimento.
- **Construção** multiprofissional, proporcionando uma visão holística e uma política de saúde forte e factível no território.
- **Uso do Planejamento Regional Integrado** como ferramenta para avaliação territorial, estabelecimento de metas e identificação de várias necessidades na gestão e atendimento.

- **Orientação** para a implementação coordenada e sistematizada do PRI, ampliação de discussões e planejamento ascendente.
- **Organização**, identificação de prioridades e análise coletiva do território, ressaltando a importância do envolvimento de todos os atores.
- **Evidenciação** dos vazios assistenciais e estabelecimento de um problema prioritário no território.
- **Envolvimento** de atores conforme as diferentes fases do projeto.
- **Mediação**, definição metodológica e capacidade de sensibilização da equipe.
- **Aplicação** de metodologias que contribuem para a construção do PRI, com destaque para a necessidade de tecnologias de informação.
- **Conhecimento** da sistemática do planejamento ascendente.
- **Construção conjunta** de um plano regional baseado em uma análise de situação de saúde.
- **Entendimento** profundo da situação de saúde da região, com foco na organização e coordenação das ações de saúde específicas para cada região.

É possível então perceber o valor do projeto Regionalização para o Planejamento Regional Integrado (PRI) em Minas Gerais, em especial no que concerne à importância das abordagens colaborativas, análises aprofundadas e participação ativa dos atores envolvidos no processo. Nesse ínterim, é também perceptível os aprendizados destacados pelos membros do GCE, os quais ressaltam a importância da construção coletiva e ascendente. Relatam que a formulação de estratégias deve ser coerente com as realidades locais, sendo que esse processo envolve um planejamento estratégico, onde é vital ouvir todos os atores envolvidos, incluindo gestores, trabalhadores, prestadores e usuários.

Dentre os demais aprendizados enfatizados pelos membros do GCE, destaca-se ainda a necessidade de continuidade e adaptação. O planejamento e a implementação devem ser contínuos e adaptáveis, tendo em vista as mudanças e necessidades que surgem ao longo do tempo. A metodologia promovida pelo projeto também se apresenta como aprendizado relevante, sendo relatado a importância de usar um método estruturado para construir o planejamento regional e identificar claramente os problemas e prioridades do território. Uma vez que é crucial o envolvimento de gestores e outros atores no processo, as estratégias metodológicas devem ser pensadas para fomentar essa participação.

Esse aspecto de participação é, em si, um aprendizado bastante relevante. Os membros do GCE relataram que políticas de saúde que são construídas e implementadas em conjunto são mais sustentáveis,

pois consideram o contexto e as necessidades locais, além de valorizar e integrar vozes de diferentes atores que atuam no sistema de saúde. Assim, se reconhece a importância do planejamento em rede e da interação entre os diversos atores, incluindo o entendimento da dinâmica territorial.

Para um projeto desse porte ser bem-sucedido, é crucial haver alinhamento e coordenação entre as várias partes interessadas e níveis de gestão, devendo-se também utilizar ferramentas e métodos para identificar e estratificar problemas prioritários no território. É vital, ainda, identificar e se concentrar nas principais prioridades, considerando o contexto e as necessidades específicas do território. Identificar gargalos, sobreposições e/ou interrupções em processos e redes é crucial, portanto, para propor ações efetivas e melhorias. Garantir o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção requer mapeamento efetivo e coordenação entre os pontos das redes, definindo metas com base nas maiores dificuldades locais de acesso à assistência. É crucial, portanto, identificar e coordenar a rede de atenção, para que os diferentes níveis de cuidados trabalhem de forma coordenada para fornecer assistência contínua.

Todos esses aprendizados registrados pelos membros do GCE destacam a importância da colaboração, integração, e foco nas necessidades locais no planejamento e implementação de políticas de saúde. Ao aplicar essas lições, os processos de trabalho podem ser aprimorados para melhor atender às necessidades da população.

No que tange aos desafios para a institucionalização do PRI, foram frequentemente mencionados pelos membros do GCE os seguintes aspectos:

- **Envolvimento dos atores:** dificuldade de garantir o envolvimento e o engajamento de todos os atores necessários para a efetiva institucionalização do PRI em função da sobrecarga de atribuições, agendas apertadas, falta de proatividade e de engajamento.
- **Recursos financeiros:** A necessidade de recursos financeiros específicos, adequação de recursos e garantia de financiamento por diferentes esferas de governo são destacadas como desafios em várias respostas.
- **Planejamento e execução:** A necessidade de um planejamento efetivo, integrado e que seja usado na prática é considerado um importante desafio para que o PRI se torne “vivo, pulsante”, sendo usado de forma prática, e não apenas teórico.
- **Mudança de cultura:** A resistência a mudanças, a necessidade de quebrar culturas estabelecidas sobre o planejamento no SUS.
- **Desafios logísticos:** O desafio de áreas geográficas extensas ou com infraestrutura de transporte limitada.

- **Tecnologia e dados:** A falta de tecnologia de informação e de dados integrados e robustos.
- **Capacitação:** A necessidade de garantir capacitação homogênea, qualificação profissional e conhecimento da metodologia.

Alguns aspectos desafiantes apareceram menos frequentemente nos relatos dos membros do GCE, mas também são dignos de registro, tais como: a implementação prática do planejamento, o envolvimento efetivo dos gestores municipais, a coordenação efetiva da SES e a participação real do Ministério da Saúde.



Necessidade de recursos financeiros



Áreas geográficas extensas

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

Sistematizar o desenvolvimento do projeto em Minas Gerais não é tarefa simples, dada a complexidade que representa a configuração geográfica do Estado e mesmo organizacional do seu sistema de saúde. Em que pese tal cenário complexo, o projeto conseguiu se desenvolver em sua plenitude, perpassando todas as fases propostas. Assim, foi iniciado com um importante movimento de resgate histórico dos principais movimentos relacionados ao tema da regionalização, passou pela construção da análise de situação em saúde em cada macrorregião, envolveu o desenho da rede de atenção para as prioridades sanitárias estabelecidas, promoveu a avaliação de suficiência quanti-qualitativa que apontou para os principais vazios assistenciais assim como as principais necessidades de qualificação dos serviços de saúde, estabelecendo uma proposta de parametrização para a programação macrorregional, chegando até o delineamento do elenco de diretrizes, objetivos, metas e indicadores dos Planos Macrorregionais de Saúde.

Sistematizar o desenvolvimento do projeto em Minas Gerais não é tarefa simples, dada a complexidade que representa a configuração geográfica do Estado e mesmo organizacional do seu sistema de saúde.

Tudo isso decorreu de um esforço hercúleo de todos os atores envolvidos, que, imbuídos de um importante sentimento de pertencimento, puderam promover diálogos e construções consensuais a despeito da referida complexidade inerente ao território. O projeto Regionalização deu importante contribuição para o avanço do PRI em Minas Gerais; entretanto, a legitimidade dessa construção se deu em virtude da ampla mobilização e compreensão dos atores locais acerca dessa importante agenda do SUS.

Segundo o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMS, Minas Gerais alcançou até a fase cinco do Projeto. Esta fase corresponde à etapa cinco do PRI, com a elaboração do Plano Regional da Macrorregião de saúde (PRMS) e aprimoramento da Governança Macrorregional de Saúde. Nesse processo verificou-se uma série de desafios, os quais foram o grande número de municípios que o estado apresenta, o que pode ter sido um obstáculo para a realização dos consensos nas pactuações entre os gestores locais. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a forma de organização das regiões de saúde como precursora no país, de maneira que favoreceu as pactuações primeiramente entre os gestores nas microrregiões e posteriormente nas macrorregiões, culminando em processos ascendentes na elaboração do PRI, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.



“

*O meu gosto é de quem
vai ficar bem e vai cantar
uma canção.
E vai chorar. E vai
envelhecer. E vai sorrir.
E vai ter medo.
E vai se permitir. E vai
tocar em animais da rua.
E vai deixar que a
palavra seja o único
caminho possível.*

”

Monique Malcher

Território Vivo

Pará

Ana Emilia Gaspar

Domitilia dos Santos Fideles de Moraes

Fabiane Lima Simões

Giovanni Di Sarno

Pará está localizado na Região Norte, sua extensão territorial é de 1.247.950,003 km², sendo o segundo maior estado brasileiro. Sua divisão territorial compreende 144 (cento e quarenta e quatro) municípios (Pará, 2019). O território paraense equivale a 14,65% do brasileiro e conta com mais de 8,51 milhões habitantes (4,08% da população brasileira), possuindo a segunda maior área territorial e o nono contingente populacional dentre os estados do Brasil (Pará, 2019).

Embora seja o mais populoso da Região Norte e o nono no Brasil, o Estado do Pará apresenta em seu interior um grande vazio demográfico. Em 2018, a densidade demográfica do estado foi de apenas 6,07 habitantes por km², caracterizando a unidade federativa como pouco povoada (Pará, 2019). Belém, sua capital, é a cidade mais populosa e possui, aproximadamente, 1.500.000 habitantes. Grande parte da população do Pará, 68,5 % reside em áreas urbanas e 31,5% em zona rural (Pará, 2019). Na tabela a relação da quantidade de municípios por faixa populacional.

2ª maior área territorial do Brasil

Tabela 6 - Número de municípios do Pará segundo população (IBGE, 2022a)

População	Frequência
Mais de 500.000	1
De 100.000 a 500.000	14
De 50.000 a 100.000	27
10.000 a 50.000	90
Até 10.000	12

Fonte: IBGE, 2022a.

O Estado tem várias questões importantes para serem observadas: à dimensão territorial, dispersão populacional e predominância de municípios de pequeno porte, as grandes distâncias a percorrer em precárias vias terrestres em algumas partes do estado, além de alguns territórios apenas com acesso marítimo longínquos, como também a insuficiente estrutura do transporte sanitário. O Pará abriga uma riqueza diversificada de povos indígenas, caboclos, camponeses, quilombolas e ribeirinhos. A população é composta por indígenas, negros e descendentes de imigrantes asiáticos e europeus. A formação do Pará foi marcada por um grande número de imigrantes portugueses, espanhóis, italianos e japoneses. Além das muitas influências africanas e indígenas. Segundo dados da Fundação Nacional do Índio (Funai), o território do Pará tem 31 etnias indígenas dispersas em 298 povoações, totalizando mais de 27 mil índios. Também possui comunidades negras remanescentes de antigos quilombos.

Perante sua grande diversidade na composição étnica, é importante citar as diversas manifestações culturais que ocorrem no estado paraense. Entre elas podemos citar a Congada (manifestação oriunda do continente africano), a Folia de Reis (festa que atrai muitos turistas), o Carimbó (dança de origem africana), entre outros. Outra manifestação religiosa bastante importante no estado é o Círio de Nazaré, que anualmente é realizado na capital Belém, e se constitui como uma das maiores e mais encantadoras procissões católicas do mundo. Referente aos seus índices sociais, o Pará tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado médio com 0,646, sendo o quarto pior do país. Outro dado de destaque refere-se à taxa de mortalidade de bebês no Estado, que está entre os seis piores índices do Brasil, com 19,6 mortes a cada mil nascidos no ano de 2016, acima da média nacional (13,3 mortes) (Pará, 2019).

Perante sua grande diversidade na composição étnica, é importante citar as diversas manifestações culturais que ocorrem no estado paraense.

As contradições existentes no estado do Pará podem ser descritas mediante um cenário construído por imensas riquezas naturais ímpares, contraposto a situações peculiares de pobreza e miséria, especialmente quanto a condições de infraestrutura mínima para promover a qualidade de vida, as quais constituem-se em entraves ao desenvolvimento social da população paraense (Pará, 2018).

Apesar do estado do Pará despontar perspectivas favoráveis ao desenvolvimento econômico, por meio da exploração dos recursos naturais, todavia, ainda perdura disparidades quanto a disponibilização de equipamentos públicos voltados a garantir a melhoria das condições de vida da população, sobretudo das classes populares, que ocupam os espaços periféricos urbanos, ribeirinhos, quilombolas, indígenas e outros. Segundo uma pesquisa feita pelo IBGE em 2018, a taxa de analfabetismo no Pará é de 6,6% da população com mais de 15 anos que não sabem ler ou escrever, ultrapassando o limite máximo estipulado pelo Plano Nacional de Educação (6,5%). Isso significa que mais de 500 mil paraenses são analfabetos. Dentre as causas desse índice negativo pode citar a histórica desigualdade de renda, que diminui o acesso à escola e as oportunidades de trabalho, e a ausência da ampliação de programas voltados à Educação de Jovens e Adultos. Pensar em educação de qualidade vislumbra transpor o cenário social paraense descrito a partir da exposição da criança a condições materiais de risco, ausência de esgotamento sanitário na maioria dos municípios e áreas periféricas urbanas, abastecimento de água tratada; ausência de espaços para promoção do esporte, arte, cultura e lazer, aspectos esses que apenas reproduzem desigualdade social (Pará, 2015).

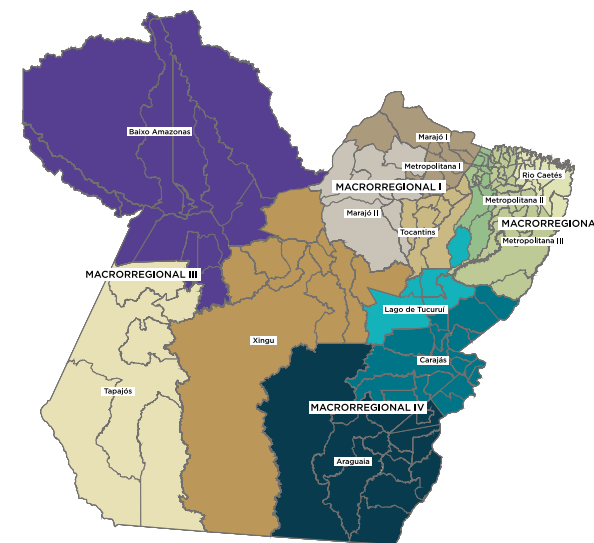
Em relação à expectativa de vida da população paraense, nota-se que esse índice é um dos mais baixos do país. Dados do IBGE apontam que no Pará um habitante vive em média 72,1 anos, um pouco abaixo da expectativa de vida brasileira (75,8 anos).

Regionalização da Saúde no Pará

O processo de regionalização no Pará apresenta algumas características diferenciadas, sendo necessário caracterizar a região para um melhor entendimento. É um estado com grande espaço geográfico e territorial, caracterizado por condições socioculturais e ambientais heterogêneas, diante dessas características, a regionalização da saúde sempre foi um desafio para a gestão. O processo de regionalização é coordenado pela Secretaria de Estado da Saúde (SESPA/PA), em parceria com o Cosems, e participação do MS, atuando na formulação e implementação de macro políticas relacionadas ao SUS, desenvolvidas de forma intersetorial e interinstitucional.

No Estado do Pará Resolução n.º 140, de 09 de agosto de 2018 baseada na Resolução CIT n.º 37, de 22 de março de 2018, que aprova, com base na configuração das 13 (treze) Regiões de Saúde existentes, a instituição das 04 (quatro) Macrorregiões de Saúde como espaço regional ampliado para garantir a resolutividade das Redes de Atenção à Saúde. O Governo por sua vez trabalha com base nas 12 (doze) Regiões de Integração (RI) são elas RI Araguaia, RI Baixo Amazonas, RI Carajás, RI Guajará, RI Guamá, RI Lago de Tucuruí, RI Marajó, RI Rio Caeté, RI Rio Capim, RI Tapajós, RI Tocantins, RI Xingu e todas convergem para os mesmos objetivos, que são a redução das desigualdades e a promoção da equidade, seja do ponto de vista da política de saúde e das demais políticas setoriais.

Figura 31 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Pará



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

O projeto Regionalização do PROADI -SUS iniciou suas atividades no Pará em 16 de setembro de 2021 a partir de reuniões virtuais com discussões sobre as diretrizes do projeto, seus objetivos, fases e produtos a serem alcançados. Foi realizado um planejamento para aproximação com os territórios de atuação, discussão sobre os Guias Operacionais Básicos (GOB), a elaboração dos planos de ação para o desenvolvimento das atividades, o compartilhamento das principais atividades realizadas nos territórios de atuação. O estado já tinha um grupo de trabalho estabelecido pela Portaria SESPA n.º 457/2021, denominado de Grupo Técnico Estadual (GTE) para implementação do projeto de aprimoramento das ações de Gestão, Planejamento e Regionalização da saúde para o fortalecimento da Rede de atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único de Saúde, com a participação da SES, Cosems, Sems e CES.

O GTE que foi reconhecido como GCE em 28/10/2021, tem como atribuições coordenar a execução técnica do projeto, visando à efetivação das metas, atividades e cronograma; realizar a articulação dos produtos com os municípios e seus representantes regionais; monitorar o alcance dos produtos e os resultados das metas e indicadores, gerar e publicar relatórios visando subsidiar informações para a tomada de decisão pela gestão e estabelecer agendas e reuniões. Foi realizado o alinhamento, ajuste de cronograma e sinergia dos projetos da Portaria n.º 1.812/2020, sendo definida uma agenda comum para início das atividades contemplando os dois projetos. Os principais acordos de alinhamento foram: Institucionalização do GCE, condutor do processo de Regionalização e Planejamento Regional Integrado (PRI); Institucionalização dos Grupos Técnicos Macrorregionais; Realização de 04 (quatro) encontros virtuais, Macrorregionais; Ajuste do cronograma e atividades do Projeto da Portaria n.º 1.812/2020; Sinergia das etapas e atividades dos Projetos da Portaria n.º 1.812/2020 e PROADI-SUS-Regionalização.

O processo de discussão e produção do diagnóstico do estágio do PRI evidenciaram importantes movimentos políticos institucionais e informações a respeito do processo de Regionalização e daquilo que influenciou o não desenvolvimento do PRI na Macrorregião de Saúde, subsidiando a tomada de decisões pelo GCE para que Planejamento Regional Integrado seja uma prática a ser operacionalizada a partir dos territórios municipais, bem como algumas lições aprendidas como a importância de um potente planejamento, a mobilização para a participação das pessoas e

ter apoio tecnológico, que impulsionaram mudanças no estágio do diagnóstico. O GCE trabalhou com os fundamentos do Planejamento em Saúde, como sua ascendência e integração, pensando em necessidades de saúde identificadas a partir do nível local – território municipal – no diálogo em rede, com participação dos Conselhos de Saúde Municipais e Estadual, compatibilizando as necessidades identificadas com a demanda por recursos financeiros compatíveis com o objetivo e a execução de políticas públicas de saúde, operadas no arranjo da Regionalização, em processo que se institui na coordenação do Estado e permanente articulação tripartite (DECRETO 7508/2011).

O projeto Regionalização no Pará: o processo do Planejamento Regional Integrado e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceram suporte técnico - metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram no apoio duas articuladoras e um assessor matricial que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos e destacaram as potências e os desafios do processo do PRI no estado do Pará. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 32.

Figura 32 - Facilitação gráfica Pará





Território Vivo: a opinião de quem faz¹⁴

A escuta de representantes das três esferas de governo no Grupo Condutor Estadual (GCE) mostrou muitas concordâncias e algumas diferenças de opinião sobre o PRI. Foram citadas como experiências mais significativas do PRI foram as oficinas regionais e macrorregionais que deram ânimo e promoveram a integração dos atores. Foi citado que em 2011 aconteceram movimentos relativos à regionalização e ao PRI com oficinas do PDI nos territórios, na época divididos em 08 regiões e 23 microrregiões para se organizar os serviços e ter definição da divisão do financiamento. Em 2013 redefiniu o território com 13 regiões conforme resolução CIB 90/2013. Em 2018 foram realizados estudos técnicos e a criação de Grupo de Trabalho Bipartite que apresentou e pactuou as Diretrizes do Planejamento Regional Integrado (PRI), a divisão do território em 04 Macrorregiões de Saúde e a definição das etapas e cronograma para o desenvolvimento do PRI, publicado nas Resoluções 139/2018, 140/2018 e 141/2018 respectivamente. E realizou a revisão e atualização do Regimento Interno da CIB Pará. Em 2020 ocorreu a elaboração e aprovação do Projeto Estadual de Aprimoramento das Ações de Gestão, Planejamento e Regionalização da Saúde visando a organização e governança da RAS, publicada na Portaria GM/MS n.º 1812/2020.

Outro respondente cita fases do processo de regionalização do SUS no Pará com o processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização da Saúde e Plano Diretor de Investimento, com base na NOAS/2002; a revisão da regionalização da saúde, consoante o Decreto n.º 7.508/2011; o processo de pactuação interfederativa de indicadores da saúde; a elaboração de diretrizes para o Planejamento Regional Integrado e definição das Macrorregiões de Saúde para o estado e o resgate da conscientização da importância do PRI, como estratégias para melhoria do acesso integral às ações e serviços de saúde, bem como para o fortalecimento e qualificação da gestão e da atenção à saúde no âmbito do SUS.

A escuta de representantes das três esferas de governo no Grupo Condutor Estadual (GCE) mostrou muitas concordâncias e algumas diferenças de opinião sobre o PRI.

¹⁴ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Quanto a principal contribuição do projeto na implementação do PRI, foi destacado o processo da ASIS com a identificação das prioridades sanitárias por macrorregiões de saúde que contribuíram na identificação das principais prioridades sanitárias do território, trazendo as áreas técnicas a participarem da integração da RAS. Quanto aos principais aprendizados são citados a integração do GCE e GTM e o planejamento ascendente. Os respondentes citam que mesmo em um cenário de sub-financiamento, persistente na saúde pública, debater os problemas e priorizar as necessidades de enfrentamento ajuda a otimizar os recursos e fortalecer a gestão do SUS, buscando qualidade e resolutividade na RAS, garantindo acesso à população.



Continuidade
do processo de
planejamento



Reforçar o
monitoramento
e avaliação

Nos desafios para a institucionalização do PRI no estado do Pará, os respondentes apontam a necessidade da solidariedade entre os entes, no contexto da gestão participativa e Inter federativa. Importante manter a continuidade do processo de planejamento em saúde de forma ascendente, reforçar o monitoramento e avaliação visando fortalecer as instâncias gestoras e a necessidade de fortalecer a SESPA e qualificar de forma permanente os processos de planejamento governança e articulação Inter federativo, Além de integrar atividades e projetos de forma sinérgica, analisando as fragilidades e potencialidades das estratégias, isso ajuda a melhorar a governabilidade e a capacidade governativa, que envolve mudanças nos processos burocráticos, como a centralização das decisões, pouca transparência e lentidão nos encaminhamentos e na comunicação, com responsabilidade compartilhada e o protagonismo dos diversos atores envolvidos.

Todos os representantes que responderam ao formulário concordam que é preciso manter o planejamento com a participação dos técnicos e gestores de todo o Pará.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

O estado do Pará, devido à sua vasta extensão territorial e à presença de áreas remotas e de difícil acesso, enfrenta desafios significativos em relação à infraestrutura de saúde. A falta de estradas e a precariedade do transporte em algumas regiões podem dificultar o acesso aos serviços de saúde. O Pará através de seus gestores municipais tem trabalhado para expandir e fortalecer os serviços de atenção primária, para atender melhor à população. O financiamento e a incorporação de critérios, ao modelo de gestão do SUS, que contemplem as suas especificidades locais, dentre elas, as áreas remotas e rotas marítimas são preocupações constantes para garantir a manutenção e a melhoria do SUS no estado, as desigualdades regionais na saúde pública podem ser um problema. As áreas urbanas, como Belém, podem ter melhor acesso a serviços de saúde do que as áreas rurais e remotas, além disso, como outras regiões da Amazônia, enfrenta desafios relacionados a epidemias e endemias, como a malária e a dengue, devido às condições ambientais propícias à proliferação de vetores.

O estado do Pará, devido à sua vasta extensão territorial e à presença de áreas remotas e de difícil acesso, enfrenta desafios significativos em relação à infraestrutura de saúde.

Conforme o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, o Pará alcançou até a fase quatro do Projeto. Esta fase corresponde à etapa cinco do PRI, com a definição de suas Prioridades Sanitárias (c) – Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (RAS MI) e, Rede de Cuidado à Pessoa com Doenças Crônicas, (RCPDC), e Rede de Urgências e Emergências (RUE), nesta ordem. Nesse processo verificou-se uma série de desafios os quais foram a necessidade em se avançar na articulação mais resolutiva com as áreas técnicas especializadas da SES; pertencimento regional por parte dos municípios; e elaboração e aplicação de metodologias ativas.

Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a definição pelo GCE de um elenco de estratégias estruturantes para o processo do PRI, o protagonismo dos municípios, o fortalecimento das ações descentralizadas da SESPA com as regionais de saúde e a intensificação da articulação com as áreas técnicas do nível central da SESPA. Movimento que se encontra em processo e com novas demandas de apoio institucional para 2024, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.



“

*O sonho é que leva a gente
para frente. Se a gente
for seguir a razão, fica
aquietado, acomodado.*

”

Ariano Suassuna

Território Vivo

Paraíba

Ana Emilia Gaspar

Alexandre Policarpo da Silva

Giovanni Di Sarno

A Paraíba com uma população de 4.018.127 habitantes (IBGE, 2019) está localizada na região Nordeste do Brasil com 80% da população urbana distribuídos em 223 municípios, distribuídos em 16 regiões de saúde e em 03 macrorregiões de saúde. A capital João Pessoa é a cidade mais populosa com 889.600 habitantes.

Tabela 7 - Número de municípios da Paraíba segundo população (IBGE, 2022a)

População	Frequência
Mais de 500.000	1
De 100.000 a 500.000	3
De 50.000 a 100.000	6
10.001 a 50.000	69
Menos de 10.000	144

Fonte: IBGE, 2022a.

O estado tem uma densidade populacional relativamente baixa em comparação com algumas regiões mais urbanizadas do Brasil. O governo do estado tem enfrentado desafios nas áreas de saúde, segurança, educação e assistência social com programas de transferência de renda, que visam ajudar a população de baixa renda.

A população da Paraíba é composta por uma mistura de grupos étnicos, com influências indígenas, africanas e europeias. Em

um intervalo de quatro anos, entre 2011 e 2014, a Paraíba subiu um degrau no ranking nacional do Radar do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) com 0,65 e ficou na 22ª posição entre as 27 unidades federativas do Brasil (IPEA/PNUD). Os indicadores sociais, inclusive de acesso à atenção à saúde, refletem as condições de vida e saúde, com expectativa de vida ao nascer no estado de 74,6 anos, inferior à do país: 76,6 anos. A Taxa de Mortalidade Infantil em 2021 foi 12,68/1000nv e no Brasil foi 11,9/1.000nv (MS/SVS/CGIAE – SIM/SINASC, consultado em 18/9/23).

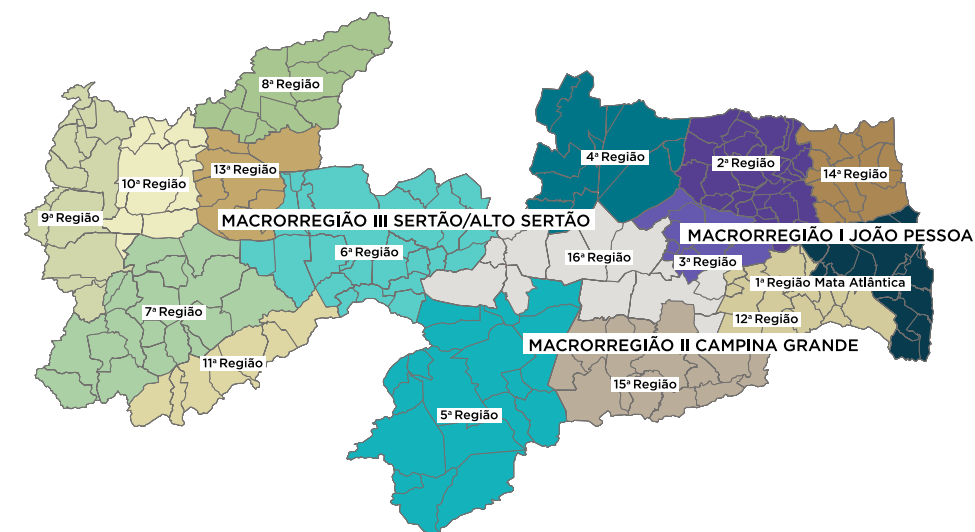
A economia da Paraíba é diversificada, com destaque para serviços, indústria, pecuária e agricultura. Além disso, o turismo desempenha um papel crescente na economia, com belas praias, festas tradicionais e sítios históricos. O estado é conhecido como um dos berços do Forró, um gênero musical e uma dança tradicional nordestina. A cidade de Campina Grande, é conhecida pelo seu São João, considerado um dos maiores festivais de forró do Brasil. A Feira Central de Campina Grande é uma das maiores feiras ao ar livre da América Latina. É um local onde os visitantes podem comprar uma variedade de produtos regionais, como artesanato, alimentos típicos e roupas.

A Paraíba tem uma rica tradição culinária que inclui pratos como o “bode guisado”, a “macaxeira com carne de sol”, a “buchada de bode” e o “acarajé paraibano”. A culinária do estado é marcada por ingredientes regionais e sabores únicos. Outra peculiaridade do estado é a renda renascença, é uma técnica artesanal de produção trabalhada pelas rendeiras da Paraíba que criam peças delicadas usando uma técnica, passada de geração em geração.

Contexto histórico-cultural: história da regionalização e do PRI

Com a publicação do Decreto Presidencial n.º 7.508 de 2011 que, ratificou a articulação interfederativa, a Paraíba passou de 25 para 16 Regiões de Saúde, com suas respectivas Comissões Intergestores, que substituíram os Colegiados Regionais, de acordo com a Resolução CIB n.º 203/2011, atualizada pela Resolução CIB n.º 13/2015. Essas Regiões estavam divididas em 4 macrorregiões de saúde. Em 2018, por meio da Resolução CIB-PB n.º 043/2018, o estado passou de 4 para 3 macrorregiões de saúde, influenciados pelas Resoluções CIT n.º 23 de 2017 e n.º 37 de 2018. Nesse mesmo período foi iniciado junto às Regiões de Saúde um movimento para a elaboração dos seus Planos Regionais Integrados. A primeira Macrorregião de Saúde, composta por quatro Regiões de Saúde, com sede em João Pessoa; a segunda por cinco Regiões de Saúde, com sede em Campina Grande; e a terceira por sete Regiões de Saúde, com duas sedes, uma em Patos (Sertão) e outra em Sousa (Alto Sertão).

Figura 33 - Regiões e Macrorregiões de Saúde da Paraíba



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

3 Macrorregiões de saúde

Na Paraíba o primeiro contato aconteceu com o gerente de planejamento da SES que agendou reunião para formação do GCE, como grupo condutor que acompanhava o projeto de Regionalização vinculado à portaria n.º 1.812/2020. Desde a primeira reunião do GCE, a sinergia entre o projeto Regionalização e o projeto da portaria 1812/2020 foi priorizado durante todo o tempo de execução das ações. A gestão estadual, junto com Cosems e Sem, decidiram que o estado teria apenas um grupo condutor, que coordenaria os dois projetos, com a inserção do articulador da BP. Assim como foi decidido que o grupo se chamaria Grupo de Trabalho Estadual – GTE, por entenderem que para além de coordenar, deve executar algumas ações e atividades. Dessa forma, o GTE foi composto de forma tripartite, em meados de setembro de 2022, por meio da Resolução CIB-PB n.º 190, de 08 de novembro de 2021. Em seguida foi realizada uma discussão em reunião a respeito da importância e das atribuições dos GTMs, e definição de perfis dos participantes.

Em janeiro de 2022 aconteceu o primeiro movimento com os GTMs, sendo a oficina de alinhamento conceitual da fase dois, e definição de agenda de trabalho para o diagnóstico do PRI, sempre pautado na educação permanente em saúde com metodologias ativas e participativas, o que permitiu que todos os atores envolvidos entendessem conceitos que permeiam a regionalização. O Estado da Paraíba trabalhou bem durante todo o projeto Regionalização com oficinas virtuais com mais de cem participantes, onde foi possível

consolidar diferentes visões e percepções dos participantes. Com o objetivo através do PRI, construir a partir da RAS implantada a integração e a cooperação entre os entes federados para uma rede de serviços mais eficiente e resolutiva.

O projeto Regionalização na Paraíba: o processo do Planejamento Regional Integrado e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceram suporte técnico - metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram do apoio um articulador e um assessor matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e os desafios do processo do PRI no estado da Paraíba. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 34.

Figura 34 - Facilitação gráfica Paraíba



Fonte: Pastorino, 2023.



Território Vivo: a opinião de quem faz¹⁵

Os representantes que compõe o GCE e foram indicados para responder quanto ao processo do PRI na Paraíba relatam que todo processo se iniciou a partir da Portaria n.º 1812/2020, quando surgiu o Projeto de Fortalecimento do Planejamento Regional, com a formação de um GT Inter federativo, que possibilitou um trabalho participativo e ascendente auxiliando a institucionalizar o desenvolvimento do PRI, e de Outros projetos como “FortaleCIR” e “E Agora, Gestor?” criadas pelo Cosems Paraíba, também tiveram papel importante no fortalecimento dos espaços de governança e no apoio aos novos gestores, fortalecendo a importância de temas como financiamento em saúde, gestão do trabalho e educação em saúde, planejamento em saúde e judicialização na saúde. Além disso, estes projetos ajudaram a fortalecer o apoio aos municípios para construção dos planos municipais de saúde com diagnóstico a partir das necessidades reais dos municípios.

Segundo os respondentes, a principal contribuição do projeto proporcionou foi criar condições para continuidade dos trabalhos desenvolvidos pela portaria n.º 1812/2020, através da educação permanente, com metodologias para alinhamentos técnicos, contribuiu na concretização dos planos de saúde a partir da

real necessidade do território. Se observou a integração entre os entes federados, mobilizando gestores e técnicos a conhecer as necessidades de saúde e construir um planejamento mais próximo da realidade.

Dentre os aprendizados se nota que ter um diagnóstico real de seu território, através da construção da análise de situação de saúde ajudou a ter a dimensão dos problemas, fortalecendo a governança e promovendo o diálogo. O projeto enfatizou a importância de qualificar os instrumentos de planejamento, do trabalho cooperativo entre os entes federados para juntos construir macrorregiões de saúde com serviços e ações que atendam as necessidades da população.

O projeto enfatizou a importância de qualificar os instrumentos de planejamento, do trabalho cooperativo entre os entes federados para juntos construir macrorregiões de saúde com serviços e ações que atendam as necessidades da população.

¹⁵ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Para a institucionalização do PRI, os principais desafios apontados pelos respondentes foram: que a equipe técnica tenha qualificação e disponibilidade para monitorar as regiões, trazendo sempre as reais necessidades de saúde, para se construir uma programação assistencial compatível com a regulação e o financiamento. Uma ação integrada e cooperativa entre os municípios traz também fortalecimento da construção do PRI e a importância do planejamento permanente.

A regionalização da saúde na Paraíba, é um processo em constante evolução e aprimoramento. Os entes federados no estado trabalham alinhados, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde, à redução das desigualdades regionais e ao fortalecimento do SUS como um sistema universal, integral e equitativo.

Para a institucionalização do PRI, os principais desafios apontados pelos respondentes foram: que a equipe técnica tenha qualificação e disponibilidade para monitorar as regiões, trazendo sempre as reais necessidades de saúde, para se construir uma programação assistencial compatível com a regulação e o financiamento.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

Durante o desenvolvimento da fase três podemos acompanhar ricas discussões sobre as necessidades de saúde da população, tendo como base dados epidemiológicos e dados de vivência de quem está inserido no sistema, seja na assistência, seja na gestão.

Foram diversos encontros virtuais e presenciais para o levantamento de dados, sistematizações e análises, que resultaram nas listas de macroproblemas por macrorregião. E que culminaram em um bonito movimento de fóruns por macrorregião com os gestores para apresentação e discussão, que permitiu entender as angústias, as necessidades e os interesses em um SUS cada vez mais resolutivo. Os macroproblemas foram sendo agrupados por Rede Temática por entendermos ser a melhor forma de modelar uma rede pensando nas soluções. Os macroproblemas relacionados à APS, pactuações e regulação foram transversais na discussão das Redes Temáticas.

Na modelagem das RAS, fase quatro, realizamos quatro etapas, sendo: análise de suficiência da Rede Temática; desenho da Rede e definição de competências; programação da atenção/assistência; e governança por meio do CEGRAS.

A análise de suficiência das Redes Temáticas prioritárias para cada uma das macros, que por decisão do GTE será feito uma rede como piloto do processo, e após rodaremos todas as outras, permitiu o diagnóstico concreto do desenho atual da Rede, e facilitou a visualização de possibilidades de soluções para a modelagem.

Para a modelagem foram criados GTs dos GTMs para o desenho inicial e posterior discussão ampliada com todo o GTM, GTE e atores importantes para àquela Rede. Após a conclusão do desenho e a definição de competências, foram realizados fóruns com os gestores por macrorregião, para a validação do processo. Foi um movimento importante de diálogo e consensos, pensando em aperfeiçoar as Redes existentes tendo por base os macroproblemas definidos.

Quanto à programação de ações e serviços de saúde, o estado tem



Planilhas de
programação
assistencial



Definições
normativas

um histórico de discussão e definições, que foi aproveitado nos processos do projeto, tendo para as redes temáticas que foi possível fazer por referência planilhas de programação assistencial (ex. Rede Cegonha), e para as outras usaram-se as definições normativas para se programar por abrangência conforme com os serviços (ex. RPcD).

Segundo o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, a Paraíba alcançou até a fase quatro do Projeto. Esta fase corresponde à etapa cinco do PRI. Nesse processo verificou-se uma série de desafios os quais foram a dificuldade em conciliar a agenda dos atores envolvidos e a compreensão acerca da proposta por parte dos membros. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a sinergia entre os projetos, como com o estabelecido por meio da Portaria GM/MS n. 1.812/2020, a participação tripartite no processo e o comprometimento dos atores para alcance dos resultados previstos, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.



Território Vivo

Paraná

Antonio Carlos Guimarães de Sousa Pinto

Carlos Pilz

Fabiane Lima Simões

Estado do Paraná está localizado na Região Sul do país, com uma área territorial de 199.298.981 km². Tem uma população total de 11.442.208 habitantes e densidade demográfica de 57,42 hab./km² (IBGE, 2022) sendo o 5º estado mais populoso. Possui atualmente 399 municípios distribuídos em 22 Regiões de Saúde e 4 Macrorregiões de Saúde, sendo que 9,1% da população reside em 50,8% dos municípios (os com menos de 10.000 hab.) e 53% da população reside em 5,5% dos municípios (aqueles com mais de 100.000 hab.).

11.442.208 habitantes

Tabela 8 - Número de municípios do Paraná e População correspondente (IBGE, 2022a)

Faixa populacional	N.º de Municípios	% em relação ao total de Municípios	Total de população por Faixa	% em relação ao total da população do Estado
Menos que 10.000 hab.	203	50,9%	1.046.752	9,1%
Entre 10.000 a 20.000 hab.	104	26%	1.438.715	12,6%
Entre 20.000 a 50.000 hab.	58	14,5%	1.859.646	16,2%
Entre 50.000 a 100.000 hab.	12	3%	900.889	7,9%
Entre 100.000 a 250.000 hab.	15	3,7	2.104.918	18,4%
Entre 250.000 a 500.000 hab.	5	1,2%	1.730.712	15,1%
Acima de 500.000 hab.	2	0,5%	2.329.670	20,4%

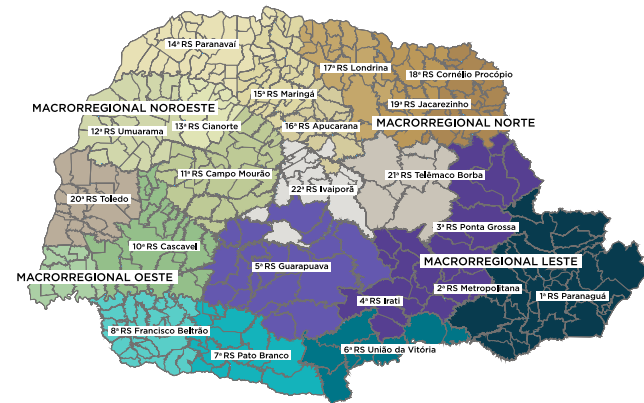
Fonte: IBGE, 2022.

História da Regionalização e do PRI

Entre 2001 e 2005, o Paraná estabeleceu planos de regionalização de saúde com base na Programação Pactuada Integrada (PPI). Em 2009, criou 47 microrregiões com responsabilidades específicas para atenção básica e média complexidade. Em 2011, implementou Redes de Atenção à Saúde (RAS) e programas estratégicos. Atualmente, possui 22 regiões de saúde e 4 macrorregiões, com serviços de atenção primária, urgência e emergência e psicossocial. Houve redução de macrorregiões de seis para quatro devido a mudanças nos fluxos de atendimento e expansão de centros de alta complexidade. Em 2018, iniciou discussões para implantar o Planejamento Regional Integrado (PRI), mas a pandemia interrompeu o processo até 2021, quando foi retomado em colaboração com BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

Em 2021, o Paraná submeteu projeto relacionado à Portaria GM/MS n.º 1.812 para auxiliar no processo do Planejamento Regional Integrado (PRI). No mesmo ano, em parceria com a BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo pelo projeto HAOC/BP - PROADI, a segunda etapa do PRI começou em 2021, com a retomada das atividades e a atualização do Grupo Condutor Estadual (GCE). Foram realizadas oficinas em cada Macrorregião de Saúde para apresentar a atualização do PRI, revisar prioridades sanitárias, introduzir o Eixo Covid-19 e subsidiar as Regiões de Saúde para discussão de prioridades. Para o ano de 2022, a SESA-PR buscou apoio da BP para elaborar curso sobre o PRI, focado na definição do DOMI como base do Plano Regional da MRS, além do pacto interfederativo tripartite de responsabilidades, organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), programação de ações e serviços, com a identificação de lacunas assistenciais e alocação de recursos conforme as prioridades estabelecidas. O Quadro a seguir ilustra a situação do estado em 2021:

Figura 35 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Paraná



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

Quadro 4 - Agenda do PRI do Paraná (fonte: Os autores)

Projeto Regionalização							
Fase 2		Fase 3		Fase 4		Fase 5	
Etapa	Situação	Etapa	Situação	Etapa	Situação	Etapa	Situação
Adesão das SES, COSEMS e SMS ao projeto em cada macrorregião	Realizada	Elaboração das análises situacionais de saúde por macrorregião e pactuação das prioridades sanitárias	Não Realizada	Apoio à elaboração do desenho da RAS em cada macrorregião	Não realizada	Planos Regionais das Macrorregiões de Saúde elaborados e encaminhado para pactuação nas instâncias	Não realizada
						deliberativas (Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores entram aqui)	
Composição do Grupo Condutor Estadual (GCE) e do Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM)	Realizada	Elaboração das análises de capacidade instalada da RAS (incluindo SADT e sistemas de apoio logístico) por macrorregião e pactuação das necessidades de investimentos e qualificação	Realizada	Elaboração das Matrizes de análise dos processos de gestão e governança macrorregional análises situacionais da capacidade de gestão e governança nas macrorregiões	Não realizada	Proposta de constituição do Comitê Executivo de Governança da RAS encaminhado para pactuação nas instâncias deliberativas	Não realizada
Alinhamento conceitual e dos elementos teóricos metodológicos de base	Realizada						
Elaboração do diagnóstico do estágio do PRI	Realizada		Realizada				
Pactuação da Agenda do PRI	Realizada						

Fonte: elaboração própria.

O PRI no Paraná já se encontrava em construção, sem implantação completa em nenhuma região, mas com colaboração eficaz entre o estado, Cosems-PR e SEINP-SEMS, promovendo um processo ascendente e participativo. Em 2022, com o projeto Regionalização em curso, os principais resultados esperados incluíam identificação e definição de competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para prioridades sanitárias nas regiões participantes, proposta de parametrização e programação da RAS para essas prioridades, avaliação da suficiência dos componentes da RAS e elaboração e encaminhamento dos PRMS para pactuação. O suporte metodológico planejado abrangeu três momentos: desenho da RAS, parametrização e programação assistencial, e sistematização do PRMS. O processo eleitoral e mudanças na SES/PR foram considerados riscos para a continuidade do PRI no Paraná, do mesmo modo como em outros estados.

O suporte metodológico planejado abrangeu três momentos: desenho da RAS, parametrização e programação assistencial, e sistematização do PRMS. O processo eleitoral e mudanças na SES/PR foram considerados riscos para a continuidade do PRI no Paraná, do mesmo modo como em outros estados.

O projeto Regionalização no Paraná: o processo do Planejamento Regional Integrado e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceram suporte técnico - metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram do apoio um articulador e um assessor matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e os desafios do processo do PRI no estado do Paraná. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 36.

Figura 36 - Facilitação gráfica Paraná



Fonte: Pastorino, 2023.

Reflexão sobre o percurso no território

O estado definiu suas 04 Macrorregiões de Saúde em 2012 e começou o processo de construção do PRI em 2018, com a criação do GCE/PRI/PR e estabelecimento de 19 diretrizes. Em 2019, foram aprovados um cronograma de trabalho, atualizações no GCE/PRI e instituídos Eixos e diretrizes. O diagnóstico da situação de saúde nas 22 Regiões de Saúde e nas 04 MRS foi realizado em 2019, envolvendo técnicos da SESA/PR, regionais, gestores municipais, COSEMS e do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), encerrando a Fase dois do projeto. Em agosto de 2021, iniciou suas atividades com a pactuação de agenda para as etapas do PRI e a revalidação das prioridades sanitárias, encerrando a Fase três do projeto em dezembro de 2021.

O Paraná, com 22 Regiões de Saúde e 04 Macrorregiões de Saúde instituídas (CIB/PR n.º 266/2012), solicitou o pedido de apoio para melhorar o processo de regionalização, o arranjo dos espaços interfederativos e os aspectos relevantes dos instrumentos do PRI, o que é uma grande oportunidade para o projeto Regionalização como forma de aumentar valor das entregas previstas.

Atualmente permanecem os espaços de governança interfederativa do GCE/PR na perspectiva de agregar todos os projetos PROADI-SUS (Deliberação CIB/PR 011/2023) com a constituição de Grupo de Trabalho, de modo a garantir maior articulação dos projetos em

curso no Estado. Cumpre destacar que mesmo tendo importante experiência no campo da Governança Macrorregional desde a criação do Comitê Executivo da Mãe Paranaense (Deliberação CIB/PR 42 de 25/02/2014) o Estado optou por não constituir Grupos de Trabalho Macrorregional para o PRI.

Considerada a identificação das prioridades sanitárias por Macrorregião de Saúde, o estado precisa avançar no desenho da RAS ideal a partir das mesmas. O processo do PRI precisa ganhar fôlego e espaço nas Macrorregiões de Saúde, à medida da necessidade imediata de instituição/implantação dos Grupos de Trabalho Macrorregional (GTM), com o alinhamento conceitual e metodológico da Fase quatro (a ser discutido com o GCE/PR), principalmente, sob os aspectos de governança da RAS, programação das ações e serviços e desenho da RAS ideal, além de repercussões sobre o financiamento e levar adiante a proposta de sinergia dos projetos PROADI-SUS.



O olhar do GCE¹⁶

Responderam à pesquisa sobre a Regionalização no estado do Paraná os 3 (três) atores institucionais (Secretaria de Estado da Saúde, Cosems e SEINP), resumidamente a seguir.

Considerando o processo de desenvolvimento do PRI no Paraná os respondentes apontam que as experiências mais significativas no estado estão vinculadas às atividades e movimentos anteriores ao início do projeto, entre as quais as contribuições na organização de normativas federais que favoreceram a contratualização na perspectiva da regionalização, movimentos de coletivos de profissionais e gestores nas regiões de saúde e levantamento das lacunas, prioridades e necessidades dos diferentes territórios do estado.

Houve experiências significativas relacionadas à movimentação interna da SESA-PR e COSEMS-PR para a realização do processo de PRI, entre os anos de 2018 e 2019, com destaque à importância das Resoluções CIT n.º 23 e 37 ao processo local. O PRI no Paraná é uma experiência exitosa no reconhecimento das realidades locais,

regionais e macrorregionais ao possibilitar a integração entre os gestores que dele participaram ativamente. A fase diagnóstica, feita sob diferentes perspectivas de participação social, resultou em trabalho coletivo de levantamento de necessidades e de prioridades, a romper com o ciclo “top down” do planejamento e dar “sentido vivo” ao processo, apesar de um desajuste temporal à época da pandemia da Covid-19.

Quanto a principal contribuição do projeto na implementação do PRI no estado foi a retomada do diagnóstico situacional e das atividades, principalmente após o período pandêmico, sobretudo, quanto à metodologia proposta e a validação das prioridades sanitárias nas regiões/macrorregiões de saúde. Outra contribuição importante do projeto está na oferta de uma metodologia para o avanço das ações da regionalização em saúde. O acompanhamento técnico junto ao estado também se configura em um diferencial para o avanço da agenda. O Paraná, por intermédio da regionalização, já implementara a experiência do trabalho macrorregional nas 4 (quatro) macrorregiões quanto à governança de redes de atenção temáticas, principalmente da Urgência e Emergência e da Atenção Materno Infantil.

¹⁶ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

O projeto Regionalização deu oportunidade de novo papel às Macrorregiões e suas Regionais com a ampliação do escopo de sua atuação no diagnóstico e na definição de prioridades com o foco no cidadão e não apenas no serviço. Na questão relacionada aos principais aprendizados no desenvolvimento do PRI que podem impactar em mudanças de práticas do estado, destacam-se as potencialidades dos profissionais e gestores para o agir coletivo, construção de consensos e análises dos territórios, com vistas aos processos de planejamento e priorização de demandas e necessidades reais a serem enfrentadas de forma tripartite. A identificação das necessidades de saúde no âmbito das regiões, como exemplo a identificação de vazios assistenciais, com destaque para a organização da regulação de serviços. Diz respeito ao processo de planejamento em si, a metodologia permitiu a aproximação com a realidade local e fez sua justaposição com recursos disponíveis, necessidades e diretrizes das gestões estadual e municipal, sempre de forma tripartite.

O projeto Regionalização deu oportunidade de novo papel às Macrorregiões e suas Regionais com a ampliação do escopo de sua atuação no diagnóstico e na definição de prioridades com o foco no cidadão e não apenas no serviço.

Considerando os principais desafios para a institucionalização do PRI, relacionam-se à ausência de segurança jurídica para arranjos e contratualização tripartite de prestadores no território; pouca participação do Ministério da Saúde no processo de discussão do PRI, em especial, no que tange ao financiamento de serviços; rotatividade de gestores e técnicos das diferentes esferas de gestão; e descontinuidade de processos devido às mudanças políticas nas regiões/macrorregiões do estado. A definição de agenda prioritária para a institucionalização do PRI no estado, e principalmente, no âmbito das macrorregiões. O entendimento do papel e a composição da coordenação macrorregional e de qual será a governança da RAS a ser estabelecida sem que se sobreponha à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), além de uma nova forma de financiamento diante da sua capacidade já instalada.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

O estado do Paraná apresentou notável maturidade institucional no campo da Saúde Pública ao evoluir ao longo de uma geração para aprimorar o Sistema Único de Saúde (SUS). Tal progresso abrange uma série de iniciativas e normativas, desde a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) até a Rede de Atenção à Saúde, passando pela Programação Pactuada Integrada e o Pacto pela Saúde. O PRI acompanhou essa trajetória, iniciado em 2019 e avançado consideravelmente antes da interrupção causada pela pandemia da Covid-19. O projeto Regionalização chegou ao território nesse contexto, com as ações já adiantadas em relação aos demais estados, entretanto, em 2022, em função do momento eleitoral e mudanças conjunturais na SESA/PR, fez-se uma pausa de mais de sete meses, suspensa somente em julho de 2023, com a recomposição do Grupo Condutor Estadual (GCE) e reuniões online regulares. Houve evento presencial de setembro de 2023 que envolveu mais de 100 participantes e permitiu uma análise situacional abrangente do PRI no estado, foram discutidas as prioridades, a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a criação de Grupos de Trabalho Macrorregionais como uma instância de governança semelhante ao Comitê de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS). Esse movimento reflete a capacidade do estado em adaptar e fortalecer seu sistema de saúde, com a esperança de que os resultados da retomada dessas atividades beneficiem o SUS no Paraná.

De acordo com o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, o Paraná alcançou até a fase quatro do Projeto, o que corresponde à etapa quatro do PRI. Nesse processo verificou-se uma série de desafios os quais foram a pandemia da Covid-19 que interrompeu as ações previstas por determinado período, o momento eleitoral que provocou mudanças de referências para o projeto, o que ocasionou na recomposição do CGE. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a capacidade técnica e o comprometimento da equipe envolvida com o projeto, a oferta metodológica do projeto que oportunizou avançar nas etapas do PRI, as relações estabelecidas entre os entes, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.

Diversas potencialidades foram vislumbradas, como a capacidade técnica e o comprometimento da equipe envolvida com o projeto, a oferta metodológica do projeto que oportunizou avançar nas etapas do PRI, as relações estabelecidas entre os entes, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.



*Há de ser leve
Um levar suave
Nada que entrave
Nossa vida breve
Tudo que me atreve*

*A seguir de fato
O caminho exato
Da delicadeza
E ter a certeza
De viver no afeto
Só viver no afeto*

Lenine


Território Vivo

Pernambuco

Cinthia Sampaio Cristo

Karina Barros Calife

Carla Cisottot



Estado de Pernambuco, situado no nordeste do Brasil, é um dos estados mais emblemáticos do Nordeste brasileiro, com uma área de aproximadamente 98 mil quilômetros quadrados, marcada pela combinação de sertão, agreste e zona litorânea. Com uma população de cerca de 9,6 milhões de habitantes, o estado abriga uma mescla étnica marcante, incluindo comunidades rurais, urbanas e quilombolas. A capital, Recife, é o coração econômico e cultural do estado, com cerca de 1,6 milhões de habitantes. É famosa por seu carnaval, pelas praias urbanas e pela histórica Olinda, patrimônio da humanidade, além de ter sido palco de importantes eventos históricos, incluindo batalhas contra invasões estrangeiras e movimentos republicanos. Pernambuco é berço do frevo, maracatu e de manifestações

Com cerca de 9,6 milhões de habitantes, o estado abriga uma mescla étnica marcante, incluindo comunidades rurais, urbanas e quilombolas.

folclóricas que exaltam sua identidade regional. Cidades como Caruaru, famosa pela sua feira e festa junina, e Petrolina, polo do Vale do São Francisco, são essenciais para a economia e cultura do estado. A economia de Pernambuco é uma combinação de setores como agroindústria, tecnologia, turismo e indústria naval. A malha rodoviária e ferroviária, além do Porto de Suape, são essenciais para a economia e conectividade do estado. O rico folclore pernambucano inclui o Carnaval de Olinda, com seus gigantes bonecos, e a Festa Junina, celebrando a cultura nordestina. O português é a língua predominante, mas a cultura oral local e as tradições são transmitidas através da música e da dança.

O clima varia do tropical no litoral ao semiárido no sertão, refletindo as distintas paisagens do estado. O estado enfrenta desafios relacionados à distribuição de água, especialmente no sertão, região marcada por longos períodos de estiagem. Não obstante, atrai turistas em busca de experiências culturais, como o carnaval e o São João, bem como belezas naturais, como a praia de Porto de Galinhas e o Arquipélago de Fernando de Noronha. Dessa forma, Pernambuco procura equilibrar o seu desenvolvimento tradicional com a inovação, valorizando a sua rica herança cultural e se adaptando às necessidades atuais. Tem feito investimentos significativos em educação e saúde, embora ainda haja desafios a serem superados nas áreas mais afastadas.

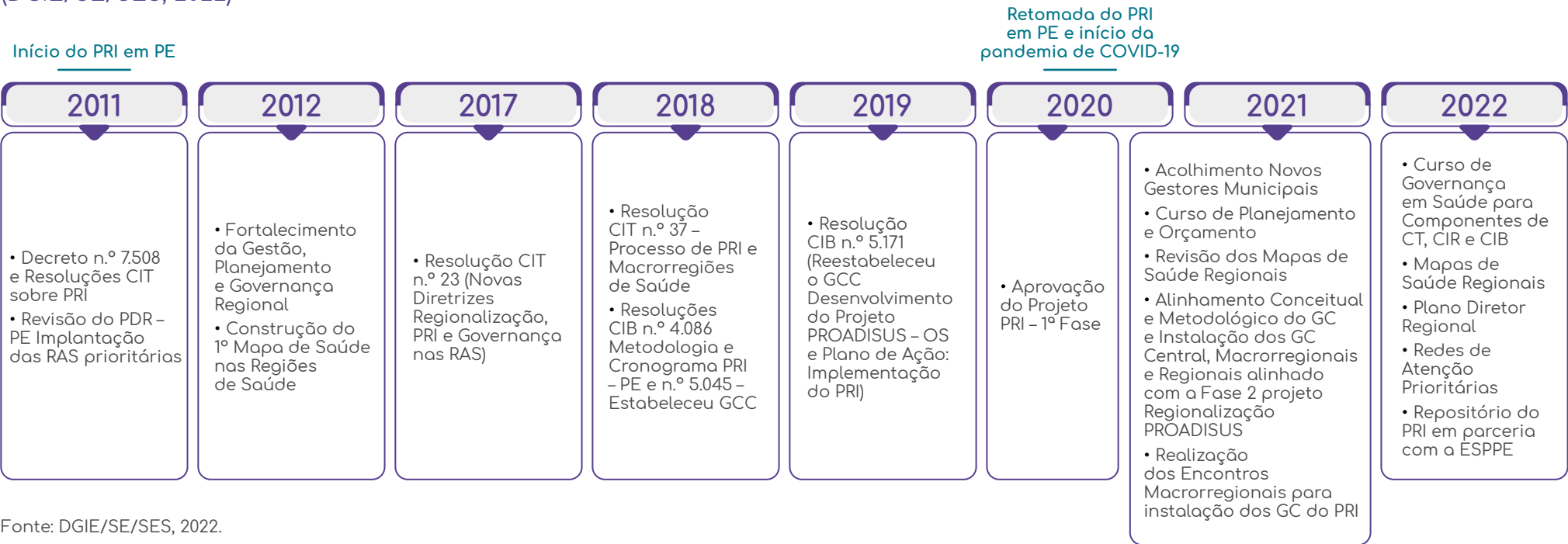
O projeto Regionalização em Pernambuco: grandes avanços, velhos desafios

Assim como em outros Estados, o processo de PRI em Pernambuco se constitui em dispositivo potente de gestão, monitoramento e avaliação da política de saúde estadual e municipal. Representa o processo de pactos em consenso e estabelecimento de atribuições e financiamento entre os entes federados, buscando otimizar os

recursos assistenciais já existentes nos territórios, além de apontar as prioridades de investimento numa lógica de atenção à saúde que atende aos princípios éticos e organizativos do SUS, permitindo assim a aplicação da economia de escala, e a eficiência técnica dos pontos de atenção à saúde.

O Estado tem sido protagonista e exemplo nesse processo com virtuosa parceria da SES com COSEMS-PE e a Superintendência Estadual do Ministério da Saúde, tendo recebido o apoio do projeto Regionalização – PROADI-SUS - HAOC no triênio 2021-2023.

Figura 37 - Linha do tempo PRI de Pernambuco (DGIE/SE/SES, 2022)



Fonte: DGIE/SE/SES, 2022.

A CIB/PE emitiu três resoluções que tratam da metodologia, cronograma e atribuições dos Grupos Condutores desse processo no Estado, a saber: n.º 5.613, n.º 5.624 e a n.º 5.638 de 2021, que estão em franco e produtivo processo de execução nos territórios e tendo como produtos a Cartilha Caderno de Alinhamento Conceitual e Metodológico do PRI, Documento Instrutivo para elaboração dos Planos Regionais e Macrorregionais de Saúde, atualização dos 12 Mapas de Saúde Regionais, a constituição e funcionamento dos Grupos Condutores, o recém-concluído Curso de Governança pela Escola de Saúde Pública do Estado e o Repositório do PRI em Pernambuco.

Figura 38 - Regiões e Macrorregiões de Saúde de Pernambuco



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

O processo do PRI e a equipe de apoio territorial: confiança e diálogo permanente

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceram suporte técnico - metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram do apoio uma articuladora e uma assessora matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e os desafios do processo do PRI no estado de Pernambuco. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 39.

Figura 39 - Facilitação gráfica Pernambuco





A experiência do Grupo Condutor Central: planejamento participativo e ascendente¹⁷

Pernambuco tem uma rica experiência prévia à chegada do projeto Regionalização, sendo o processo de PRI iniciado com o Decreto n.º 7508/11 e percorrido um longo caminho, culminando com a Portaria MS/GM n.º 1812/2020. Com a chegada dos recursos da citada portaria, as discussões do PRI foram mais uma vez retomadas (após paralisação em função da pandemia da Covid-19), tendo sido realizado um acolhimento aos gestores municipais que entravam no novo ciclo de gestão em 2021 e ofertadas oportunidades de alinhamento conceitual sobre o tema, em especial, cursos sobre planejamento, orçamento e governança no SUS.

Esta estratégia de acolhimento aos novos gestores do SUS teve como objetivo promover a discussão de temas relevantes para a gestão municipal, como a integração da área da saúde com as áreas financeira e de planejamento, e a preparação dos gestores municipais como protagonistas no Planejamento Regional Integrado, enfatizando o papel fundamental deles mesmos nesse processo e a relevância do Sistema Único de Saúde. Os membros do GCC de Pernambuco destacaram todas essas experiências como importante

alicerce para a consolidação da agenda da regionalização no Estado, fortalecendo as estruturas e equipes envolvidas e o modelo tripartite de governança.

A chegada do projeto, então, congrega esforços no sentido de intensificar as ações acerca da temática, apoiando a realização de oficinas, revisões e atualizações de mapas e planos e a criação de um repositório do PRI. Destaca-se também a aproximação da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde e a importância do trabalho tripartite. Mudanças significativas na gestão estadual em 2023, acabaram por paralisar temporariamente as atividades do projeto nos primeiros meses do ano, sendo que o projeto viveu uma reorganização e retomada das atividades do PRI no Estado, com a recomposição de equipes e grupos.

Os membros do GCC de Pernambuco destacaram todas essas experiências como importante alicerce para a consolidação da agenda da regionalização no Estado, fortalecendo as estruturas e equipes envolvidas e o modelo tripartite de governança.

¹⁷ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Independente das idas e vindas, consideradas normais no contexto do desenvolvimento da política de saúde no Brasil, os membros do Grupo Condutor Central consideram que as vivências do projeto ampliaram a mobilização dos atores locais no que concerne ao desenvolvimento da regionalização no Estado, fortalecendo as ações de planejamento e formação contínua já existentes, a reorganização das estruturas de saúde, e a importância de políticas públicas como o PRI para a saúde pública em Pernambuco. Dentre as principais contribuições do projeto, os membros do GCC ressaltaram a capacidade de adaptação do próprio projeto à realidade local e o reforço deste no processo de Governança da RAS. Houve um reforço específico no Grupo Condutor Central do PRI, que é importante para o direcionamento e alinhamento das ações de planejamento regional no Estado.



Fortalecimento
do processo
de planejamento



Capacidade
de adaptação

Além disso, o projeto instrumentalizou e fortaleceu o processo de planejamento e a implementação do PRI, contribuindo teórica e metodologicamente para as equipes que trabalham na elaboração do Plano Regional das Macrorregiões de Saúde. Qualificou, ainda, as discussões em grupos importantes como o Grupo Condutor Central - GCC, Grupo Condutor Macrorregional - GCM e Grupo Condutor Regional - GCR, assim como em encontros macrorregionais com gestores e técnicos. Teve também uma participação efetiva no grupo técnico do GCC do PRI, trazendo muitas contribuições valiosas.

O projeto também contribuiu para elaboração de produções técnicas de orientação para o território e outras normas, fornecendo apoio técnico e operacional para atividades convencionadas, bem como para análises dos mapas de saúde das regiões. Realizou um aumento significativo no processo de criação de consenso dentro do grupo técnico e promoveu atualizações e análises documentais sobre o PRI. Em síntese, trouxe um olhar que estava em harmonia com as expectativas do Estado em relação ao PRI. Por exemplo: quando o Projeto foi introduzido, já estava alinhado com as fases estabelecidas em resolução da CIB, indicando uma abordagem congruente e bem planejada. Os Guias Operacionais Básicos fornecidos pelo projeto foram vistos como direcionamentos valiosos para o processo.

O projeto desempenhou um papel crucial no fortalecimento do processo de planejamento regional, na instrumentalização das equipes, no apoio técnico-operacional, e no alinhamento com as expectativas e necessidades do estado de Pernambuco em relação ao PRI.

Quando questionados sobre os aprendizados alcançados no período de execução do projeto, os membros do GCC destacaram:

- **Reforço no Planejamento e Regionalização:**

- **Importância de um planejamento ascendente:** isto é, que comece das bases e vá subindo hierarquicamente, garantindo que todas as partes estejam envolvidas desde o início.
- **Atualização contínua das pactuações:** revisitar e renovar acordos conforme as necessidades.
- **Priorização das Redes de Atenção à Saúde:** focar nas redes para uma regionalização efetiva.

- **Planejamento Participativo e Parcerias:**

- **Construção ascendente de todo o planejamento:** novamente, o enfoque na importância do envolvimento de todos os níveis na elaboração de planos.
- **Fortalecimento das parcerias institucionais:** a colaboração entre diferentes instituições é crucial.
- **Discussão colegiada qualificada:** tomar decisões em um ambiente onde todos são respeitados e as decisões são tomadas coletivamente.

- **Consenso, Governança e Participação Ativa:**

- **Estabelecimento de consenso:** é vital alcançar um acordo para a execução das atividades planejadas.
- **Fortalecimento dos espaços de governança do Sistema Único de Saúde (SUS).**
- **Produções técnicas** a partir de debates e oficinas temáticas.
- **Participação efetiva e majoritária dos gestores do SUS** nas atividades nos territórios.

- **Planejamento Tripartite e Governança Participativa:**

- O planejamento tripartite (envolvendo os três níveis de gestão: municipal, estadual e federal) é crucial para o aprimoramento da gestão em saúde.
- **Governança participativa, cooperativa e colaborativa** é essencial.
- **Reiteração do planejamento ascendente.**
- **Importância de um diagnóstico situacional bem elaborado** para minimizar retrabalhos e evitar sobreposição de informações.

Em resumo, os aprendizados registrados apontam para a importância do planejamento participativo e ascendente, fortalecimento de parcerias, consenso nas tomadas de decisão, governança colaborativa e a relevância de um diagnóstico situacional eficaz. Estes aprendizados podem, portanto, guiar mudanças significativas nos processos de trabalho relacionados ao planejamento e gestão em saúde. No que tange aos desafios percebidos pelos membros do GCC para a institucionalização do PRI, houve consenso na identificação de que precisam ser enfrentadas as seguintes questões:

- **Rotatividade de gestores e técnicos:** essa rotatividade dificulta a continuidade e consolidação das iniciativas.
- **Fortalecimento dos espaços de governança:** necessidade de reforçar a governança e os espaços de articulação interfederativa.
- **Trabalho e financiamento tripartite:** necessidade de garantir recursos e trabalhar de forma colaborativa entre os três níveis de gestão: municipal, estadual e federal.
- **Regionalização como um processo dinâmico:** importância de entender a regionalização como um processo contínuo e adaptável.
- **Influência de questões políticas:** a interferência de questões político-partidárias e a necessidade de tornar o processo de pactuação menos competitivo e mais solidário.

- **Implementação das Redes de Atenção à Saúde:** ênfase em garantir integração, resolutividade e qualidade em todos os níveis de atenção.
- **Articulação e integração entre as diferentes redes de atenção:** necessidade de conectar redes de diferentes complexidades

Alguns aspectos foram menos citados, porém também podem ser considerados relevantes desafios, tais como:

- **Sobreposição de agendas:** refere-se ao desafio de conciliar diferentes prioridades e agendas.
- **Não financiamento e subfinanciamento:** a preocupação com a insuficiência de recursos para a implementação e sustentação do PRI.
- **Fragilidade dos Planos Municipais de Saúde:** necessidade de fortalecer os planos de saúde em nível municipal.
- **Visibilidade do PRI:** necessidade de tornar o PRI mais visível e reconhecido por prefeitos e governadores.
- **Reconhecimento de fronteiras e divisas:** a regionalização precisa ir além das regiões de saúde estabelecidas, e há necessidade de considerar as interações com regiões adjacentes ou até mesmo em estados diferentes.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

Pernambuco demonstra um importante avanço e elevado grau de maturidade na construção dos processos de regionalização, tendo o projeto contribuído de forma incremental com a rica experiência prévia do território. É perceptível que os tensionamentos recorrentes em processos de negociação e pactuação, como é o caso da regionalização, não estão ausentes em Pernambuco, mas são considerados como inerentes e legítimos, sendo objeto de discussão e problematização, visando o avanço que é possível a cada momento. Os investimentos realizados nos últimos anos serão de suma relevância para que o Estado possa prosseguir com os progressos em seu processos de regionalização, destacando-se o papel fundamental da governança tripartite, da ampla participação dos atores e da formação contínua dos atores.

Segundo o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, Pernambuco alcançou até a fase quatro do Projeto. Esta fase corresponde à etapa quatro do PRI. Nesse processo verificou-se uma série de desafios os quais foram, necessidade em se avançar na articulação mais resolutiva com as áreas técnicas especializadas da SES; pertencimento regional por parte dos municípios; e elaboração e aplicação de metodologias ativas na execução do projeto. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a definição pelo CGE de estratégia estruturante para o fortalecimento da governança nas CIR e CIB em sinergia com a governança da RAS com as macrorregiões de saúde, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.

Pernambuco demonstra um importante avanço e elevado grau de maturidade na construção dos processos de regionalização, tendo o projeto contribuído de forma incremental com a rica experiência prévia do território.



Território Vivo

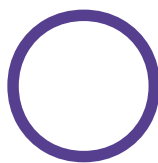
Piauí

Antonio Carlos Guimarães de Sousa Pinto

Carlos Pilz

Rediane Medeiros Da Fonseca

Robert Lincoln Barros Melo



Estado do Piauí está localizado na região nordeste do Brasil com uma área territorial de 251.755,481 km², com população total de 3.269.200 habitantes e densidade demográfica de 12,99 hab./km² (IBGE, 2022a) sendo o 18º estado mais populoso. Possui 224 municípios distribuídos em 11 Regiões de Saúde e 4 Macrorregiões de Saúde. No Piauí, 25,4% da população reside em 71,9% dos municípios (os com menos de 10.000 hab.) e 31,5% da população reside em 0,8% dos municípios (aqueles

com mais de 100.000 hab.). O Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,69 - 23ª posição dentre os estados do país (IBGE-2021). Possui rendimento nominal mensal domiciliar Per-capita de R\$1.110,00 (IBGE-2022 - 18ª posição no ranking nacional). Quanto aos indicadores de saúde, a Taxa de Mortalidade Infantil é de 13,88 por 1.000 NV (20ª posição (IBGE-2020), a Razão de Mortalidade Materna de 101,0 por 100.000 NV (Sidra-IBGE-2020) e a Esperança de Vida ao Nascer, 71,9 anos (IBGE- 2020).

Tabela 9 - Municípios do Piauí e População correspondente (IBGE, 2022a)

Faixa populacional	N.º de Municípios	% em relação ao total de Municípios	Total de população por Faixa	% em relação ao total da população do Estado
Menos que 10.000 hab.	161	71,9%	831.884	25,4%
Entre 10.000 a 20.000 hab.	37	16,5%	495.737	15,2%
Entre 20.000 a 50.000 hab.	21	9,4%	702.936	21,5%
Entre 50.000 a 100.000 hab.	3	1,3%	210.576	6,4%
Entre 100.000 a 250.000 hab.	1	0,4%	162.159	5%
Entre 250.000 a 500.000 hab.	-	-	-	-
Acima de 500.000 hab.	1	0,4%	866.300	26,5%

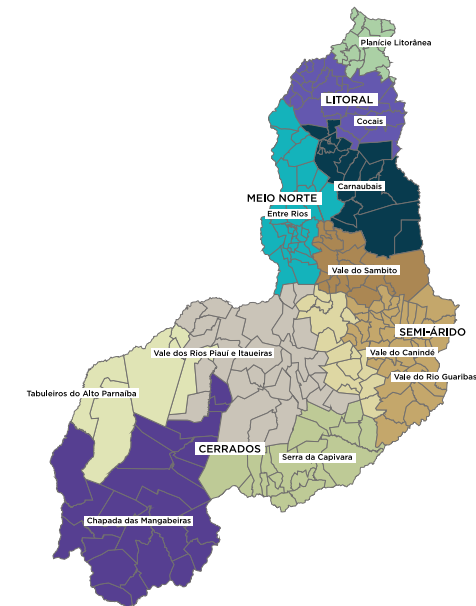
Fonte: IBGE, 2022a.

História da Regionalização e do PRI

No Piauí a Regionalização está regulamentada pela LC n.º 87/2007 ao Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do Estado. Houve Planos Diretores de Regionalização dos anos 2004, 2009 e 2015 com iniciativas de construção do desenho de Regionalização da Saúde que remontam ao ano de 2004, à luz das diretrizes técnicas das NOAS 2001 e 2002, a Secretaria Estadual de Saúde construiu o 1º PDR do estado, voltado à demanda de organização da assistência hospitalar e base para a elaboração da PPI. Em 2006, a criação das Regiões de Saúde foi crucial para fortalecer a gestão do SUS no Piauí e o Pacto pela Saúde, no mesmo ano, influenciou a revisão do PDR/2024. A partir de 2011, com a criação de redes temáticas de atenção à Saúde (Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha), foi necessária nova abordagem na organização dos serviços, apesar de limitada pela escassez de financiamento, o que levou a novo PDR com a criação das 4 Macrorregiões de Saúde em 2015. A partir de 2020, vinculado à Portaria n.º 1.812, houve esforço da Gestão para integrar o PRI no espaço macrorregional.

No Piauí a Regionalização está regulamentada pela LC n.º 87/2007 ao Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do Estado.

Figura 40 - Regiões e Macrorregiões do Piauí



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

Em maio de 2021, a SESAPI firmou acordo com a BP para aderir ao projeto Regionalização, como forma de fortalecer a governança e a organização da Rede de Atenção à Saúde no estado. As ações, alinhadas às desenvolvidas pelo projeto da Portaria GM/MS n.º 1.812/2020, envolveram a implantação do Grupo Condutor Estadual, realização de seminários nas Macrorregiões de Saúde para a realização da ASIS e o acompanhamento das iniciativas para operacionalizar o projeto de Regionalização. O diagnóstico da Regionalização e do PRI no Piauí foi feito sob a análise de cinco dimensões: planejamento, grupos de trabalho, redes de Saúde, governança e monitoramento, com a construção da Agenda do PRI no território. Agenda de trabalho do PRI pactuada no GCE a seguir:

Quadro 5 - Agenda do PRI do Piauí (fonte: Os autores)

Marcadores do desenho operacional dos projetos	Descrição das ações	Prazo	Status
Ações estruturantes para operacionalização do PRI nas macrorregiões do estado	<ul style="list-style-type: none">GCE constituído;Alinhamento Conceitual e Metodológico acerca do PRI com os atores envolvidos nos Projetos;Sensibilização dos Gestores Municipais sobre o PRI (Seminários Macrorregionais).	2º semestre/2021	Concluído
	<ul style="list-style-type: none">Oficina de Capacitação dos Facilitadores para realização das Oficinas Regionais de Análise de Situação de Saúde nas Regiões de Saúde.	1º semestre/2022 (Abril)	Concluído
	<ul style="list-style-type: none">Oficina de Validação do Diagnóstico e análise de situação do estágio atual da regionalização e do PRI nas macrorregiões de saúde e pactuação da Agenda para o desenvolvimento do PRI nas macrorregiões do Estado.	1º semestre/2022 (Maio)	Concluído
	<ul style="list-style-type: none">Diagnóstico e análise de situação do estágio atual da regionalização e do PRI nas macrorregiões de saúde e;Agenda para o desenvolvimento do PRI 2022 pactuada nas instâncias deliberativas.	1º semestre/2022 (Junho)	Concluído

Fonte: laboração própria.

Documentos técnicos e legislação foram analisados, um workshop com os membros do GCE e outros atores discutiu o diagnóstico e a agenda de trabalho, decidiu-se revisar a composição do Grupo Condutor, não formar os Grupos de Trabalho Macrorregionais e envolver representantes das CIR no processo do PRI. A agenda para o segundo semestre de 2022 foi pactuada, com destaque às preocupações com o período eleitoral e a logística para as Oficinas Regionais.

O projeto Regionalização no Piauí: o processo do Planejamento Regional Integrado e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceram suporte técnico - metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram do apoio dois articuladores e um assessor matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e os desafios do processo do PRI no estado do Piauí. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na facilitação gráfica a seguir:

Figura 41 - Facilitação gráfica Piauí



Fonte: Pastorino, 2023.

Reflexão sobre o percurso no território

A Regionalização no Piauí necessitava superar a fragmentação da rede, frente ao acesso na garantia da continuidade do cuidado por Macrorregião. A identificação dos vazios assistenciais e sobreposição de serviços para fins de orientar a alocação de recursos de investimento e custeio tornou-se constante do PRI.

O PDR, atualizado em 2009, compatibilizou o desenho das 11 Regiões de Saúde e 04 macrorregiões de saúde e, referente à territorialização, identificou a insuficiência de dispositivos públicos de saúde, condições de infraestrutura física e de equipamentos inadequados, além dos inúmeros vazios assistenciais em toda a extensão territorial das Regiões de Saúde do estado agravados pela dificuldade de acesso devido às longínquas distâncias existentes para a realização de exames de média e alta complexidade.

A concentração de serviços de média e alta complexidade em Teresina, referência secundária e terciária para os 224 Municípios, dificulta a questão da governança participativa da RAS. A SESAPI contratualiza a rede privada aos serviços prestados como principal responsável na polarização do recurso da Média e Alta Complexidade (MAC), baseado na PPI de 2009. No estado há 11 CIR instaladas e uma Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Com o apoio do projeto Regionalização e a coordenação da SESAPI, Conselho de Secretários

Municipais de Saúde do Piauí (COSEMS/PI), Conselho Estadual de Saúde, o Serviço de articulação interfederativa e participativa do Ministério da Saúde no Piauí (SEINP) e o Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Piauí (UFPI) integram o GCE no processo de discussão e tomada de decisão.

A proposição da modelagem de agregação inter-regional no desenho geográfico de PDR-PI, com a constituição de Macrorregiões de Saúde, consolida e norteia novas relações, pactos e compromissos firmados e a serem firmados entre o Estado e os Municípios a partir de uma perspectiva agregadora inter-regional. É relevante nesse processo a construção de viabilidade financeira para investimentos estaduais à reestruturação e reordenamento do Sistema Estadual de Saúde. Considerada a necessidade de fortalecimento da capacidade macro e loco-regional de dar respostas às demandas da população – resolutividade – sem qualquer prejuízo das atribuições e competências legal e tecnicamente definidas para as Regiões de Saúde já constituídas em processos anteriores de definição e desenho da Regionalização. O modelo proposto incorporou as 11 Regiões de Saúde já definidas. Requereu um movimento de realocação dessas áreas geográficas para a composição territorial de abrangência das Macrorregiões de Saúde ou Regiões Ampliadas de Saúde, no entanto, sem quaisquer prejuízos quanto às responsabilidades e ao papel que os municípios têm desempenhado na implantação e/ou implementação de Redes Temáticas de Atenção à Saúde.



O olhar do GCE¹⁸

Responderam à pesquisa sobre a Regionalização no estado do Piauí, os 3 (três) atores institucionais (Secretaria de Estado da Saúde, COSEMS e SEINP) e uma resposta conjunta dos representantes do Conselho Estadual de Saúde/CES e do Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Piauí.

As experiências de maior impacto no desenvolvimento do PRI, apesar de anteriores ao projeto, apontam que a SESAPI tem focado no PRI como uma estratégia para aprimorar o Sistema de Saúde e, desde 2018, promove a discussão do tema nas CIR como uma forma de estabelecer acordos entre os entes federativos para a otimização de recursos. O PRI envolve parcerias com o Cosems/PI, com a UFPI e o Conselho Estadual de Saúde para o fortalecimento do projeto Regionalização. Não bastasse isso, demais projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), como PlanificaSUS, Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde (Planejamento Estratégico) e o Contratualização, contribuíram de forma sinérgica à gestão da Saúde e superação de desafios em níveis estadual e nos municípios. Outro ator aponta que a oficina sobre Análise da Situação de Saúde foi um momento importante de escuta ampliada sobre os problemas enfrentados nas regiões de saúde, possibilitou conhecer

as especificidades desses territórios e problemas enfrentados pela gestão. A análise de indicadores permitiu visualizar o impacto que as ações de saúde no território têm sobre as condições de saúde da população e a integração do estado e municípios nessa análise possibilitou aprofundar a percepção da importância da articulação interfederativa no aperfeiçoamento e organização do sistema único de saúde. O diagnóstico é proporcionado pela Análise de Situação de Saúde.

No processo de desenvolvimento do PRI no Estado do Piauí, várias experiências anteriores foram fundamentais. Destacam-se:

- 1) O **envolvimento ativo** do Conselho Estadual de Saúde do Piauí (CES-PI) e do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP-UFPI), que garantiram a participação da sociedade civil e da academia no planejamento regional;
- 2) A **metodologia do projeto**, liderada pela Diretoria da Unidade de Planejamento da SESAPI, com um grupo condutor diversificado e participativo, permitindo uma abordagem abrangente e inclusiva;
- 3) A **escuta ativa** nos 11 territórios de saúde do estado, envolvendo atores locais, proporcionou uma análise detalhada das realidades locais, identificando potencialidades e desafios.

¹⁸ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Essas experiências fundamentaram o desenvolvimento eficaz do PRI no Piauí, ressaltando a importância da participação de diversos atores, da colaboração institucional e da compreensão das dinâmicas territoriais para um sistema de saúde mais eficiente e centrado nas necessidades da população.

Sobre a principal contribuição do projeto na implementação do PRI, os atores citam que a SESAPI tem como cultura institucional aderir aos projetos orientados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) na crença de que a colaboração de instituições apoiadoras fortaleça a gestão estadual da saúde. O projeto Regionalização e o suporte financeiro da Portaria MS n.º 1.812/2020, visam o PRI para enfatizar a importância da regionalização no fortalecimento do SUS. A BP desempenhou papel relevante na orientação estratégica e na metodologia do projeto. A discussão sobre os territórios baseia-se em elementos levantados pelo GCE, aborda temas sensíveis como autonomia dos secretários municipais de saúde e financiamento. Os Guias Operacionais Básicos (GOB) foram ferramentas valiosas no processo, promovem encontros e reflexões entre gestores, trabalhadores e técnicos da SESAPI. O acúmulo do apoio matricial fortaleceu a capacidade do GCE, promovendo análises coletivas e complementaridade de conhecimentos técnicos.

Também afirmam ser importante garantir o PRI na agenda da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí, promovendo assim um intenso alinhamento conceitual e metodológico sobre a condução desse processo no estado. Outros atores apontam que a retomada da discussão do PRI revelou desafios importantes no sistema de saúde:

- 1) **Identificação de Vazios Assistenciais:** O projeto destacou lacunas de serviços de saúde, exigindo alocação eficaz de recursos para garantir o acesso equitativo em todas as regiões;
- 2) **Desafio na atração e fixação de Profissionais de Saúde:** A dificuldade em ter profissionais de saúde, especialmente médicos, é crítica para a qualidade dos serviços;
- 3) **Obsolescência da PPI:** A PPI desatualizada e ineficaz reflete a necessidade de planejamento dinâmico e participativo, alinhada às mudanças na capacidade dos serviços;
- 4) **Participação do COSEMS-PI e CMS:** O envolvimento do Cosems-PI e dos CMS representa as perspectivas municipais, fundamentais para considerar as necessidades locais;
- 5) **Contribuição do NESP/UFPI:** O NESP/UFPI enriqueceu a abordagem acadêmica e analítica do PRI.

O PRI no Piauí permite o planejamento participativo e dinâmico, focado em soluções compatíveis com as necessidades das comunidades locais, com possibilidade de aumentar a efetividade e a equidade na prestação de serviços de saúde em todo o estado.

Os principais aprendizados no desenvolvimento do PRI que podem impactar em mudanças de práticas do Piauí relatados pelos atores indicados pelo GCE são as discussões do PRI contribuíram para ampliar o foco na organização da RAS ao promover a programação de ações e serviços de saúde por meio de negociações e pactos entre gestores. Isso visa melhorar o acesso, equidade e qualidade na atenção à saúde. A abordagem ascendente e participativa tem sido benéfica, pois envolve atores locais que conhecem as necessidades e os problemas de saúde da população. A geografia do Estado, com longas distâncias entre municípios, desafia a criação de uma RAS eficaz e destaca a necessidade de investimentos em logística e transporte. O processo também contribuiu para aprofundar o conhecimento sobre as macrorregiões de saúde e suas diferentes necessidades e potencializou o entendimento sobre a importância do planejamento ascendente como ferramenta norteadora do processo de tomada de decisão e estratégia de enfrentamento das desigualdades regionais. Destaca-se a compreensão sobre como o planejamento se expressa no âmbito regional e quais os condicionantes que favorecem ou dificultam os avanços na organização de uma rede regionalizada. Apontou a necessidade de envolver os diversos atores no processo de desenvolvimento do PRI: SES, Cosems, CES, SEMS, IES, etc.

O desenvolvimento do PRI no Piauí revelou aprendizados essenciais para aprimorar as práticas de saúde:

- 1) **Fragmentação dos serviços de saúde:** Ao destacar a necessidade de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) integrada para cuidado completo;
- 2) **Priorização da Atenção Primária à Saúde (APS):** ao reforçar a importância da APS como coordenadora da RAS e incentivar investimentos nessa área;
- 3) **Participação de diversos atores:** o envolvimento ativo de várias instituições e representantes locais promove a colaboração e o engajamento com a sociedade civil;
- 4) **Atualização de planos estratégicos:** ao mostrar a necessidade de manter os planos atualizados e adaptados às mudanças nas necessidades de saúde;
- 5) **Desafios na atração de profissionais de saúde:** ao reconhecer os obstáculos para atrair e reter profissionais de saúde, enfatiza a importância de estratégias para suprir essas áreas carentes.

Esses aprendizados podem orientar mudanças nas práticas de saúde e promover uma abordagem mais integrada, centrada no usuário e participativa.

O principal desafio do SUS no Piauí é fortalecer a gestão estadual e municipal da saúde, aprimorar a organização da Rede de Atenção à Saúde e superar obstáculos como a fragilidade na governança, o modelo assistencial focado na doença, instrumentos gerenciais burocráticos e um modelo de financiamento que não atende às necessidades reais. Para enfrentar esses desafios, é crucial:

- a) **Fortalecer a educação** permanente dos trabalhadores de saúde nos municípios;
- b) **Melhorar a comunicação** entre os níveis estadual, regional e municipal;
- c) **Estabelecer mecanismos** de avaliação e monitoramento das ações programadas;
- d) **Definir métodos** de trabalho, indicadores prioritários e metas claras;
- e) **Demonstrar** que o PRI visa melhorar a capacidade de resposta da Rede de Atenção à Saúde em várias dimensões temáticas;
- f) **Medir os ganhos sociais** resultantes das intervenções locais para oferecer serviços de saúde de qualidade à população.

Apesar dos desafios e das dificuldades na inclusão de diversos atores no processo do PRI, houve cooperação técnica positiva. O projeto visou ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, melhorar a qualidade e a resolutividade da Rede de Atenção

à Saúde e resultar em planos macrorregionais sustentáveis. O acompanhamento contínuo e a governança nos territórios foram fundamentais para garantir o sucesso do projeto.

A forte interferência política partidária no processo de tomada de decisão, sobre estratégias e investimentos nos municípios, que desconsidera a diversidade e as desigualdades regionais, fragiliza o enfoque territorial e pode comprometer o PRI como ferramenta que aponta as prioridades sanitárias e norteia as intervenções e investimentos na organização de uma rede regionalizada. A rotatividade de gestores em cargos estratégicos da Secretaria Estadual de Saúde pode alterar a agenda política e comprometer o espaço que o PRI ocupa na agenda estratégica do Estado ao limitar a continuidade do processo. Os entraves políticos se sobrepõem à necessidade de saúde da população e à questão orçamentária.

A institucionalização do PRI no Piauí enfrentou desafios como a resistência à mudança, a necessidade de integração entre os níveis de governo, a adequação orçamentária, a descentralização eficaz, o monitoramento e avaliação contínua, o engajamento da sociedade civil e a promoção da tomada de decisões fundamentadas em provas. Convencer atores políticos da importância das recomendações baseadas em evidências e do planejamento ascendente é crucial. A cooperação entre os diferentes níveis de governo é essencial, bem como a alocação eficaz de recursos financeiros. A descentralização requer capacitação adequada e o monitoramento contínuo é fundamental. Envolver a sociedade civil, promover a cultura de uso de dados e informações técnicas também são desafios a serem enfrentados.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

O projeto Regionalização no estado do Piauí, após instituído o GCE, iniciou de forma muito produtiva, com visitas conjuntas da equipe técnica da SESAPI e do COSEMS/PI aos municípios para motivar a discussão dos Planos Municipais de Saúde. O Planejamento Regional Integrado (PRI) foi tema central nos Seminários de Macrorregião de Saúde, realizados em locais distantes da capital Teresina. Estas visitas permitiram compreender as dificuldades assistenciais enfrentadas pela população devido aos vazios assistenciais no interior do estado. Após essa experiência bem-sucedida, o grupo de trabalho passou a discutir a Análise de Situação de Saúde (ASIS) e prioridades sanitárias, com a colaboração de voluntários da Universidade Federal e outros técnicos da Sesapi e Cosems. Todas as Regiões de Saúde debateram seus problemas e prioridades, resultando em um ano de trabalho produtivo. No entanto, as eleições gerais e as mudanças no governo

O projeto Regionalização no estado do Piauí, após instituído o GCE, iniciou de forma muito produtiva, com visitas conjuntas da equipe técnica da SESAPI e do COSEMS/PI aos municípios para motivar a discussão dos Planos Municipais de Saúde.

interromperam temporariamente o projeto. Apesar disso, hoje a SESAPI continua o processo, centrando-se nos Grupos Técnicos de Macrorregional (GTM) para avançar nas fases de organização da Rede de Atenção à Saúde e no desenvolvimento do Plano Regional de cada Macrorregião de Saúde. A resposta ao questionário dos atores do estado mostrou um grande acúmulo de conhecimento e compreensão da realidade local, indicando que o PRI pode continuar com sucesso no território, adaptando-se às mudanças que surgirem.

Conforme o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, Piauí alcançou até a fase quatro do Projeto. Esta fase corresponde à etapa cinco do PRI. Nesse processo verificou-se uma série de desafios, os quais foram, necessidade de integração entre os níveis de governo e o monitoramento e avaliação contínua. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como foco na organização da RAS ao promover a programação de ações e serviços de saúde por meio de negociações e pactos entre gestores, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.



“

*Cidade maravilhosa
Cheia de encantos mil
Cidade maravilhosa
Coração do meu Brasil
Berço do samba e das
lindas canções
Que vivem na alma da gente
És o altar dos
nossos corações
Que cantam alegremente!*

André Filho

”

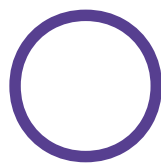
Território Vivo

Rio de Janeiro

Daniele Guerra


Everton Lopes Rodrigues

Liliane Cristina Nakata




Rio de Janeiro, também conhecido como “Cidade Maravilhosa”, ocupa uma área de aproximadamente 43 mil quilômetros quadrados na região sudeste do Brasil, com uma costa espetacular e paisagens montanhosas. Com uma população de aproximadamente 17 milhões de habitantes, o estado do Rio de Janeiro tem uma mistura étnica rica, refletindo sua história colonial e migrações internas. O clima é predominantemente tropical, com verões quentes e uma estação chuvosa bem definida (IBGE, 2022).

A capital do estado, conhecida simplesmente como Rio, é uma das cidades mais famosas do mundo. Com mais de 6,7 milhões de habitantes, é famosa por seus pontos turísticos, como o Cristo Redentor, o Pão de Açúcar e as praias de Copacabana e Ipanema (IBGE, 2022a). É o berço do samba e abriga o famoso Carnaval, um dos maiores espetáculos ao ar livre do planeta, que atrai turistas de todo o mundo. Além do Carnaval, o Rio é famoso por seus eventos musicais, esportivos e festivais culturais. O português é a língua predominante, mas a cidade é cosmopolita, com uma variedade de idiomas falados devido ao turismo e à migração.



Com aproximadamente 17 milhões de habitantes, o estado do Rio de Janeiro tem uma mistura étnica rica, refletindo sua história colonial e migrações internas.



O estado do Rio de Janeiro tem uma economia robusta, abrangendo setores como petróleo, turismo, indústria e serviços. Cidades vizinhas, como Niterói, Petrópolis e outras cidades do interior, desempenham papéis cruciais na economia e cultura regionais, cada uma com suas particularidades. Com seus museus, teatros, praias e parques, o estado do Rio de Janeiro é um dos principais destinos turísticos do Brasil, possuindo uma vasta rede de transporte, incluindo ônibus, metrô e trens, facilitando a mobilidade. A Floresta da Tijuca, uma das maiores florestas urbanas do mundo, e a baía de Guanabara são exemplos da rica biodiversidade do estado.

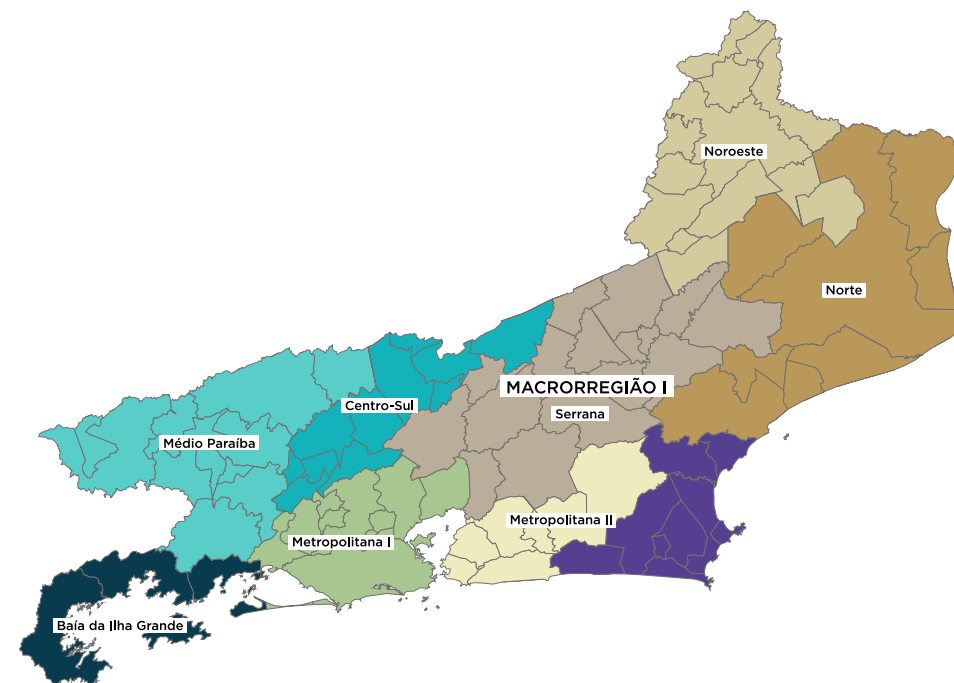
Apesar de suas riquezas, o estado enfrenta desafios como desigualdade, favelização e questões de segurança, além do desafio de conciliar o crescimento econômico com a preservação ambiental e a melhoria da qualidade de vida para todos os seus habitantes. Tem feito investimentos em educação e saúde, mas ainda enfrenta desafios, especialmente em áreas mais carentes.

Regionalização e o PRI no Rio de Janeiro: um movimento potente de construção coletiva

O estado do Rio de Janeiro possui 92 municípios e no ano de 2001 foi elaborado o primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR) com a definição de 9 (nove) regiões de saúde: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana. No ano de 2007 a SES/RJ firmou o Pacto Pela Saúde, assumindo o compromisso de apoiar e coordenar o novo processo de regionalização. Em 2009 foram realizadas oficinas regionais para revisão das regiões de saúde, tendo como principais objetivos a constituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e o fortalecimento do planejamento regional. No ano de 2011, com a instituição do Decreto presidencial n.º 7.508/11 e da Resolução CIT n.º 01 de 29/9/11, o CGR passa a ser denominado Comissões Intergestores Regionais (CIR) e, na 10ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), as regiões foram revistas no âmbito dos órgãos colegiados e pactuados por meio da Deliberação CIB n.º 1452 de 09 de novembro de 2011, permanecendo o desenho de 9 Regiões de Saúde. Em 2012 foram realizadas Oficinas de Planejamento Regional, no âmbito das CIRs, constituindo-se em um processo dinâmico de planejamento que estabelece as prioridades e estratégias de saúde local, em função das necessidades sociais e, na busca de soluções para os problemas de saúde da população. No ano de 2013 foi feita uma revisão dos dados e atualização do PDR, pactuado por meio da deliberação CIB-RJ n.º 2627 de 12 de dezembro de 2013. Em 2018,

com a publicação da resolução CIT n.º 37/2018 o estado do Rio de Janeiro realizou diagnóstico da situação de saúde de cada região elencando 10 problemas prioritários por região de saúde. Em 2019 a Assessoria de Planejamento em Saúde da SES/RJ finaliza a análise e diagramação do diagnóstico de saúde e publica no site da SES 9 (nove) cadernos (1 por Região de Saúde).

Figura 42 - Regiões e Macrorregião de Saúde do Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

A chegada do projeto Regionalização no estado, desencadeou o processo de rediscussão do Planejamento Regional Integrado e a publicação da Deliberação CIB-RJ n.º 6.475 de 12/08/2021 que pactuou, em caráter preliminar, a macrorregião única para o estado do Rio de Janeiro, com a perspectiva de reavaliação ao longo da execução do projeto Regionalização. É constituído um Grupo Condutor Estadual (Deliberação CIB-RJ n.º 6.476 de 12/08/2021) e 9 Grupos de Trabalho Regionais (GTRs). A partir de um primeiro alinhamento conceitual proposto pelo projeto, o Grupo executivo do estado, considerou importante realizar o aprofundamento da temática que ocorreu por meio de um ciclo de debates, realizados de forma online e disponíveis na plataforma do YouTube no canal do Cosems/RJ. A aplicação do instrumento de diagnóstico do estágio do PRI no estado, proposto na fase dois do projeto, possibilitou a identificação de fragilidades conceituais, divergências na compreensão sobre a organização das redes de atenção à saúde, demonstrando a importância do fortalecimento de momentos de Educação Permanente (EP) com técnicos e gestores municipais para alinhamentos conceituais. Em 2022 foram realizadas 5 oficinas regionais para início da discussão sobre as competências dos pontos de atenção para as prioridades sanitárias escolhidas, esses momentos demonstraram a importância do encontro, do planejamento ascendente e integrado, pois os momentos em que técnicos e gestores encontram-se para apresentar as demandas e dificuldades, em contato com técnicos da SES e MS, várias possibilidades de rediscussão para organização e fortalecimento dos serviços são vislumbradas e podem refletir na melhoria do acesso, na ampliação da oferta e na qualificação dos serviços de saúde.

Processo do PRI e a equipe de apoio territorial: uma experiência de aprendizagem rica com o território

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceu suporte técnico - metodológico para a elaboração e customização das fases, de acordo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram no apoio uma articuladora e um assessor matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e os desafios do processo do PRI no estado do Rio de Janeiro. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 43.

Figura 43 - Facilitação gráfica Rio de Janeiro





A experiência do Grupo Condutor Estadual: reconhecimento do valor e da potência do planejamento ascendente e participativo¹⁹

O Rio de Janeiro viveu um processo muito significativo nesses três anos de execução do projeto Regionalização. Os membros do GCE foram bastante convergentes em apontar que o empoderamento e protagonismo dos atores locais foram decisivos para o avanço alcançado pelo Estado, estimulando a construção de autonomia técnica no território e promovendo a capacitação e a participação ativa de todos os envolvidos. Convém ressaltar que tais movimentos não se iniciaram com a chegada do projeto, mas foram sendo construídos inclusive com a contribuição de várias outras iniciativas anteriores. O desenvolvimento do diagnóstico da situação de saúde de cada região de saúde do estado, que foi uma iniciativa que começou em 2018 e culminou na sua publicação em 2020, é um bom exemplo disso.

Além deste, é possível citar vários outros eventos relevantes, como a publicação da NOAS em 2001, a criação do Programa Saúde na Área

em 2007, a realização de oficinas em 2009, a alteração nas regiões de saúde em 2011, a elaboração do diagnóstico regional em 2012 e a própria constituição de escritórios de trabalho para cada região de saúde. Todos eles contribuíram para essa “cultura” participativa nos processos de regionalização em saúde, promovendo importante interação entre SES e Municípios, mas também demonstrando como é complexa e multifacetada a natureza das ações e iniciativas em saúde pública no Estado.

Considerando esse rico histórico, o projeto Regionalização tinha desafios importantes no Estado, mas conseguiu efetivamente promover contribuições importantes nesse contexto. Os membros do GCE entraram em consenso que o projeto teve importante contribuição no aprofundamento dessa interlocução e integração dos atores envolvidos no processo. Este aspecto possibilitou uma melhor coordenação e comunicação entre as partes interessadas. Além disso, o projeto foi considerado especialmente valioso porque trouxe de volta o debate sobre o PRI durante um período de instabilidade política no Estado, considerando especialmente o impeachment do governador e as constantes mudanças na secretaria estadual de saúde.

¹⁹ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Outra contribuição relevante foi o apoio na estruturação da RAS e na organização das linhas de cuidados prioritárias, possibilitando a construção de uma atenção integral aos usuários do SUS. Foi especialmente valorizado que a metodologia proposta pelo projeto organizou as linhas de cuidados para as prioridades sanitárias, incluindo a trajetória dos usuários, fluxos, pontos de atenção em diferentes níveis e sistemas de apoio e logística, tudo isso promovendo a integração das ações de vigilância e assistência, que podem otimizar os recursos e melhorar a eficácia das ações. Dessa forma, o projeto realçou a importância do planejamento no âmbito da gestão bipartite, possibilitando, além da pactuação de prioridades sanitárias estaduais, o reforço no compromisso de desenhar e implementar as principais linhas de cuidado.

No que tange aos principais aprendizados e potenciais impactos em mudanças de processo de trabalho ressaltados pelos membros do GCE, destacam-se:

- **Importância de focar nas necessidades de saúde** específicas do território durante todo o processo de elaboração e implementação da regionalização, o que significa que as ações e estratégias devem ser adaptadas às características e demandas da população da região.
- **Trabalho Conjunto e Continuidade do Cuidado:** a colaboração entre profissionais de diferentes esferas de governo é essencial para desenhar as Linhas de Cuidado, sendo fundamental identificar os desafios na organização das mesmas e trabalhar

para superá-los. O diálogo constante para debater problemas e propor soluções é crucial para garantir a continuidade e eficácia do cuidado.

- **Valorização do Processo Coletivo e Interação:** o resgate do processo coletivo de interação entre entidades é um aprendizado vital, reconhecendo a importância do consenso, mesmo diante de conflitos e discontinuidades. É preciso aprofundar e construir pactos coletivos para resolver problemas de saúde, reconhecendo e enfrentando desafios específicos, como nas áreas de Cuidado Materno-infantil e Câncer de Mama. É essencial uma interlocução contínua com os gestores municipais, e não apenas com os técnicos, para garantir uma abordagem abrangente e eficaz. Os espaços para construção coletiva são essenciais e têm um grande potencial para promover mudanças significativas.
- **É fundamental reconhecer** que os pactos coletivos são dinâmicos e devem ser revisados e atualizados regularmente.
- **Planejamento** como uma ferramenta estratégica que deve ser enfatizada no SUS.
- **O fortalecimento** das instâncias de pactuação regional é essencial para garantir uma assistência de saúde de qualidade.
- **Todos os entes federados** devem desempenhar seus respectivos papéis no processo, garantindo a execução e condução eficazes das estratégias de saúde.

Em resumo, os membros do GCE destacam a importância do foco nas necessidades do território, colaboração entre diferentes esferas de governo, valorização da construção coletiva e reconhecimento da dinâmica dos pactos coletivos. Estes aprendizados, quando implementados, podem levar a mudanças significativas nos processos de trabalho e melhorar a eficácia dos sistemas de saúde regionalizados.

Quando questionados sobre os principais desafios para a institucionalização do PRI no SUS, os membros do GCE sinalizaram importante consenso no que diz respeito à necessidade de participação efetiva dos profissionais e comprometimento dos gestores para organização, monitoramento e correção de desvios nas Linhas de Cuidado, com valorização e autonomia da APS, a qual deve se estabelecer como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além disso, há que aperfeiçoar a comunicação interna nos estabelecimentos de saúde e entre os diferentes níveis de atenção.



Colaboração entre
diferentes esferas
de governo



Valorização
da construção
coletiva

Alguns desafios que dizem respeito às questões de gestão e financiamento também foram ressaltados de forma frequente, tais como a instabilidade política e a fragilidade técnica, seja no contexto estadual ou nos desafios de articulação entre diferentes níveis de governo. Da mesma forma, há uma ênfase clara na necessidade de uma articulação eficaz entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) para evitar lacunas ou sobreposições de ações, equilibrando a agenda política com a agenda técnica. O financiamento insuficiente e a oferta inadequada de serviços foram mencionados também como obstáculos significativos. Outro desafio mencionado é a governança de uma região de saúde, onde múltiplos atores e níveis de governo estão envolvidos, levando a um cenário em que, embora muitos sejam responsáveis, nenhum é o principal responsável. Além disso, o conflito entre projetos políticos regionais e projetos políticos de governantes é um ponto de atrito, especialmente quando envolvem a influência de deputados e grupos políticos específicos, que podem não estar alinhados com as necessidades do sistema de saúde.

Ao compreender e reconhecer esses aspectos, pode-se direcionar esforços e recursos para abordar efetivamente os desafios e trabalhar para a implementação bem-sucedida do PRI.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

O Rio de Janeiro apresentou-se como um dos estados com contexto mais desafiante para o projeto Regionalização no triênio 2021-2023. A instabilidade política foi um fator crucial para esta situação, o que resultou em dificuldades relevantes para que o projeto pudesse se desenvolver com maior rapidez e profundidade. O resgate da agenda do PRI diante desse contexto e os avanços obtidos em discussões de alinhamento conceitual para a produção de análises de situação de saúde baseadas nas necessidades da população foram contribuições significativas do projeto em meio a um cenário tão turbulento.

O GCE do Rio de Janeiro está plenamente consciente dos desafios que se interpõem ao Estado para o avanço do PRI, mas também dos avanços que darão uma futura sustentabilidade a esse processo, em especial no que diz respeito ao empoderamento dos atores e ao aprofundamento da integração nas relações federativas. Esse amálgama é talvez o principal substrato para que as práticas de planejamento ascendente possam se consolidar no Estado e embasar a retomada futura da construção dos planos regionais de saúde.

Segundo o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, o Rio de Janeiro alcançou até a fase três do Projeto. Esta fase corresponde à etapa dois do PRI, com a definição das Prioridades Sanitárias – Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (RAS MI) e, Rede de Cuidado à Pessoa com Doenças Crônicas, (RCPDC) para a linha de cuidado câncer de mama, nesta ordem. Está previsto até o final do ano de 2023 a conclusão do levantamento dos serviços operacionais e sua capacidade de produção como subsídios para o processo de parametrização e programação assistencial. Como produtos intermediários, o GCE-PRI-RJ definiu como estratégia estruturante o fortalecimento dos processos de Educação Permanente em Saúde com foco nas ações de governança da RAS com as regiões e macrorregiões de saúde. Nesse processo verificou-se uma série de desafios, os quais foram a necessidade em se avançar na articulação mais resolutiva com as áreas técnicas especializadas da SES; pertencimento regional por parte dos municípios; e elaboração e aplicação de metodologias ativas. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como interesse, capacidade técnica e comprometimento dos envolvidos no processo, oferta metodológica do projeto para avançar com o PRI no estado, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.



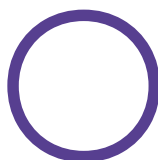
Território Vivo

Rio Grande do Norte

Antonio Carlos Guimarães de Sousa Pinto

Carlos Pilz

Edivânia Lúcia A. S. Landim

 Rio Grande do Norte está localizado na Região Nordeste do Brasil com uma área territorial de 52.809,599 km². Possui população total de 3.302.406 habitantes com densidade demográfica de 62,53 hab./km² (IBGE, 2022a) sendo o 17º estado mais populoso. Atualmente tem 167 municípios distribuídos em 8 (oito) Regiões de Saúde e 2 (duas) Macrorregiões de Saúde, sendo que 13,5% da população reside em 55,7% dos municípios (os com menos de 10.000 hab.) e 41,6% da população reside em 2,4% dos municípios (aqueles com mais de 100.000 hab.),

conforme tabela. O estado tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,728, estando na 14ª posição dentre os estados do país (IBGE-2021), com rendimento nominal mensal domiciliar Per-capita de R\$1.267,00 (IBGE-2022 - 18ª posição no ranking nacional). Em relação aos indicadores da saúde apresenta a Taxa de Mortalidade Infantil de 11,10 por 1.000 nascidos vivos (20ª posição - IBGE-2020), a Razão de Mortalidade Materna de 78,1 por 100.000 nascidos vivos (Sidra-IBGE-2020) e a Esperança de Vida ao Nascer de 76,7 anos (IBGE-2020).

Tabela 10 - Municípios do Rio Grande do Norte e População correspondente (IBGE, 2022a)

Faixa populacional	N.º de Municípios	% em relação ao total de Municípios	% em relação ao total da população do Estado
Menos que 10.000 hab.	93	55,7%	13,5%
Entre 10.000 a 20.000 hab.	46	27,5%	16,7%
Entre 20.000 a 50.000 hab.	20	12%	16,7%
Entre 50.000 a 100.000 hab.	4	2,4%	8,8%
Entre 100.000 a 250.000 hab.	1	0,6%	2,9%
Entre 250.000 a 500.000 hab.	2	1,2%	16%
Acima de 500.000 hab.	1	0,6%	22,7%

Fonte: IBGE, 2022a.

História da Regionalização e do PRI

No Rio Grande do Norte, a implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) apresentou desafios, apesar de seu papel na articulação estadual para a definição de procedimentos e recursos. O PDR, PDI e PPI não conseguiram formar redes hierarquizadas e regionalizadas práticas, levando a ações indutoras adicionais, como o Pacto pela Saúde em 2006, a Portaria 4.279/2010 que instituiu Redes de Atenção à Saúde e o Decreto Presidencial n.º 7.508/2011. O processo de construção do PDR no estado intensificado em 2006, criou 08 Regiões de Saúde para melhorar a funcionalidade das ações e serviços no âmbito local e instituir uma lógica de regionalização mais eficaz.

No Rio Grande do Norte, a implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) apresentou desafios, apesar de seu papel na articulação estadual para a definição de procedimentos e recursos.

A cogestão de hospitais foi considerada essencial para integrar esses serviços na rede regionalizada de atenção à saúde. Atualmente, as unidades hospitalares regionais no estado operam sob cogestão entre a esfera estadual e municipal devido às dificuldades municipais no gerenciamento de serviços de saúde.

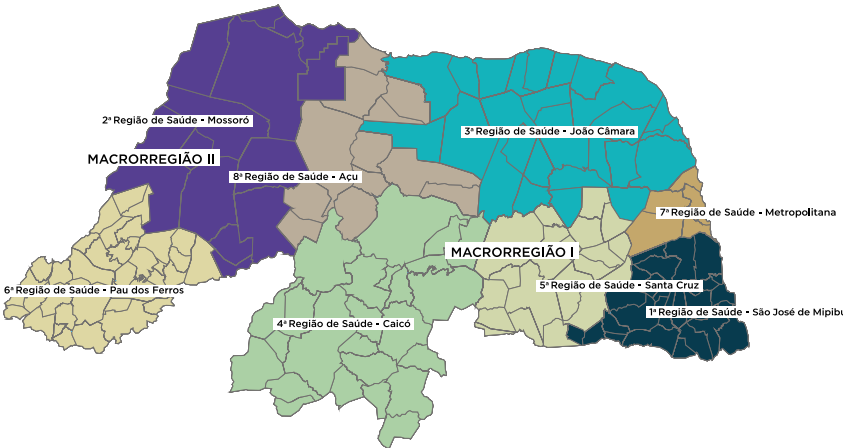
O processo do Planejamento Regional Integrado (PRI) envolveu a formação de uma equipe de coordenação e a divisão do estado em duas Macrorregiões, considerada a resolubilidade dos serviços de alta complexidade.

A Macrorregião I está em Natal, com maior densidade tecnológica, e a Macrorregião II, em Mossoró, com estrutura tecnológica um pouco menor. As Macrorregiões são determinantes ao PRI, mas ainda não estão em operação e se faz necessário avaliar o quanto de conformação atende às necessidades de saúde da população, ou incluir outras regiões com potencial de resolutividade, como a Região do Seridó. A gestão estadual respondeu às lacunas assistenciais com consórcios de saúde para a implantação de policlínicas e um sistema de referência e contrarreferência nas 8 regiões de saúde. A gestão retomou a agenda com Universidades para revisar o planejamento, atualizar o PDR, em atenção às demandas atuais, e implementar um sistema de regulação de leitos de UTI para melhorar o acesso oportuno.

No Rio Grande do Norte, em setembro de 2021, houve reunião virtual para discutir o projeto de Regionalização, com a participação de representantes da SESAP-RN, Cosems, SEINP e da equipe da BP. A pauta incluiu a apresentação do projeto, a contextualização do PRI e as ações previstas na Portaria n.º 1.812/20, que envolveram a contratação de apoiadores para contribuir na realização da Análise da Situação de Saúde/ASIS e em um curso de 180 horas. Com o projeto PROADI Regionalização em andamento, a equipe de apoiadores da SESAP passou a ser chamada de "Apoiadores do Processo de Regionalização e do Planejamento Regional Integrado".

Houve discussões sobre a criação do Grupo Condutor Estadual (GCE) e do Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) para a educação permanente dos atores estratégicos. Em outubro de 2021, o GCE foi instituído por meio da Deliberação CIB/RN n.º 1.736/2021. Um workshop presencial em novembro de 2021, chamado de “1ª Oficina de Alinhamento Metodológico”, envolveu diversos atores estratégicos e na ocasião debatido sobre os problemas relacionados à atuação da SESAP e à organização/reestruturação das Redes de Atenção à Saúde. Após esse encontro, o CGE elaborou uma agenda para 2022 e realizou reuniões virtuais. O estado iniciou a Análise da Situação de Saúde e o Diagnóstico do PRI. Em abril de 2022, houve um encontro para validar o questionário de diagnóstico do PRI e discutir as respostas obtidas. O processo de trabalho contínuo com avanços na governança, organização e integração da Rede de Atenção à Saúde, incluindo o entendimento quanto ao trabalho junto às Macrorregiões de Saúde.

Figura 44 - Regiões e Macrorregiões do Rio Grande do Norte



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

No Rio Grande do Norte, o PRI iniciou pelas Regiões de Saúde, mas não serviu como base para o Plano Estadual de Saúde. O PRI não delineou as responsabilidades dos entes na esfera regional e carecia de um colegiado específico para sua elaboração. A mudança ocorreu quando o estado aderiu ao projeto de Regionalização em outubro de 2021, estabeleceu o Grupo Condutor Estadual (GCE) com representantes da SEINP, CES, Cosems e SESAP.

Os apoiadores do processo de Regionalização e Planejamento Regional Integrado do RN da SESAP, contratados por meio de projeto via Portaria Ministerial n.º 1.812/2020, começaram a sensibilizar os atores das regiões de saúde e a orientá-los sobre a formação dos Grupos de Trabalho Regionais (GTR) para produzir publicações locais e desenvolver a Agenda do PRI. O PRI no estado ainda não detalhou a organização dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para garantir a integralidade da atenção à saúde, com exceção de algumas redes, como a materno-infantil, que se encontravam mais avançadas, conforme identificado em aplicação de roteiro diagnóstico proposto pela metodologia do Guia Operacional Básico 2. Conforme as respostas obtidas no questionário, a Atenção Primária à Saúde (APS) só era considerada coordenadora e ordenadora do cuidado em redes mais desenvolvidas, enquanto nas demais RAS ainda não assumia esse papel.

O projeto Regionalização no Rio Grande do Norte: o processo do Planejamento Regional Integrado e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceu suporte técnico - metodológico para elaboração e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram do apoio um articulador e um assessor matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e os desafios do processo do PRI no estado do Rio Grande do Norte. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 45.

Figura 45 - Facilitação gráfica Rio Grande do Norte



Reflexão sobre o percurso no território

As normas indutoras do governo federal para processo de Regionalização da Saúde, a partir do ano 2000, já promoviam mudanças no desenho das regiões de saúde no território e, em 2018, o estado do Rio Grande do Norte, conformou o espaço territorial, em duas macrorregiões e 8 (oito) regiões de saúde, ao utilizar os critérios de cardiologia e oncologia como parâmetros para a economia de escala.

As normas indutoras do governo federal para processo de Regionalização da Saúde, a partir do ano 2000, já promoviam mudanças no desenho das regiões de saúde no território.

O Rio Grande do Norte possui 167 municípios e está conformado em oito regiões de saúde e duas macrorregiões, a Macrorregião I, com sede em Natal, abrange 05 regiões de saúde, 104 municípios e população estimada de 2.605.704 habitantes e a Macrorregião de Saúde II, abrange 03 regiões de saúde, 63 municípios e população estimada de 901.299 habitantes. O desenho atual obedece aos critérios normativos em vigência, no que se refere a economia de escala para suficiência

dos serviços, porém observa-se que a MRS I dispõe de mais de 2/3 da população do estado, com maior concentração na oferta das ações e serviços de saúde, a deixar as autoridades sanitárias do estado atentas para essa questão, com possibilidade de nova configuração a partir da implementação do PRI.

A escolha inicial do território foi pela constituição do Grupo Conductor Estadual (CGE) e Grupos de Apoio à Regionalização, mediante contratação de profissionais com recursos de custeio da Portaria n.º 1.812/2020. Porém, com o desenvolvimento do PRI, a gestão estadual redirecionou as ações para o recorte macrorregional, alterou a composição do GCE e instituiu dois Grupos de Trabalho Macrorregionais (GTM), respectivamente, pelas Resoluções CIB/RN n.º 1.810/2022 e 1.812/2022. Integram esses grupos representantes das diversas áreas da SESAP, diretorias das Regionais de Saúde, apoiadores da Regionalização, Cosems, SEINP, Conselho Estadual de Saúde. O GCE e GTMs têm se constituído como espaço de governança para o PRI, em articulação com as demais instâncias de pactuação do SUS.



O estado seguiu as diretrizes normativas para estruturação das redes temáticas e prioritárias, porém o processo de fragmentação persiste, com existência de lacunas assistenciais e maior concentração dos serviços na capital. Os dados preliminares das Análises da Situação de Saúde das Macrorregiões (ASIS MRS) sinalizam a premência de organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com base nas necessidades de saúde da população e as distintas dinâmicas territoriais das regiões de saúde e das macrorregiões, para garantir suficiência qualitativa e quantitativa, com vistas à resolubilidade da atenção à saúde e integralidade do cuidado.

O território encontra-se na Fase três do Planejamento Regional Integrado, porém já se observa a mobilização do PRI na perspectiva de um planejamento regional ascendente e participativo, que transcenda a abordagem centralizada na esfera estadual, para inclusão dos demais entes federados e o controle social no processo de regionalização da saúde. Soma-se a isso a direcionalidade do PRI e o compromisso da gestão estadual do sistema de saúde em organizar a Rede de Atenção à Saúde, a partir da identificação das necessidades de saúde da população e das prioridades sanitárias a serem elencadas, inclusive a possibilidade de novo redesenho territorial das regiões e macrorregiões de saúde, de modo a buscar a equidade na distribuição dos serviços.

A regionalização da saúde ganhou força nas últimas duas décadas, concentrando-se em uma atenção coordenada, integrada e resolutive. O Planejamento Regional Integrado (PRI) tem ajudado nesse processo, mas requer continuidade para consolidar as mudanças e acompanhar as transformações políticas, institucionais e socioeconômicas que afetam a saúde no Brasil.



Perspectiva de
um planejamento
regional ascendente
e participativo



Compromisso da
gestão estadual do
sistema de saúde

O olhar do GCE²⁰

Responderam à pesquisa sobre a Regionalização no estado do Rio Grande do Norte os 3 (três) atores institucionais (Secretaria de Estado da Saúde, Cosems e SEINP) e mais um representante do Conselho Estadual de Saúde.

²⁰ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Considerando o processo de desenvolvimento do PRI, as experiências mais significativas, ainda que anteriores ao Projeto foram relatados pelos respondentes que nos últimos anos, o Rio Grande do Norte fez várias tentativas para efetivar a regionalização na saúde, mas houve descontinuidade devido a mudanças frequentes de gestores. Um primeiro movimento efetivo de regionalização começou em 2011 com o Decreto n.º 7.508/2011 e a criação do Grupo Condutor Estadual. Pode-se considerar que o PRI tenha iniciado no território em 2018, com a definição das Macrorregiões de Saúde. A Portaria Ministerial n.º 1.812/2020 impulsionou o apoio à regionalização, e, a adesão ao projeto Regionalização, em 2021, assim como a outros projetos, também foi relevante. Outro respondente cita que o trabalho de escolha das regiões de saúde e após as macrorregiões e, atualmente, a elaboração das ASIS dos territórios regionais com oficinas de apoio com a participação da BP, finalizando na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e tendo como produtos os macroproblemas regionais.

Além disso, foram experiências pregressas significativas:

- 1) O Projeto de Apoio à Implementação da Regionalização da Saúde no RN, iniciado em 2007, envolveu a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), SESAP e a Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS);
- 2) Em 2009, a Regionalização do RN foi aprovada em 8 (oito) Regiões de Saúde;

- 3) Em 2017, um grupo técnico composto pela SESAP, COSEMS e SEINP foi formado para o Planejamento Regional Integrado (PRI);
- 4) Foram aprovadas 2 (duas) Macrorregiões de Saúde em 2018;
- 5) Em 2020, a adesão à Portaria MS n.º 1812 impulsionou a organização e governança da Rede de Atenção à Saúde, com a formação da Comissão de Monitoramento;
- 6) O Projeto PROADI-SUS Regionalização também foi implementado em 2021.

Houve um estudo ligado basicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (UFRN/NESC) sobre o processo de regionalização do RN. Várias gestões de uma forma incipiente já trabalhavam nesse processo de implementação da regionalização, porém tem sido um desafio o atual momento histórico que o RN passa, vivenciado nestes dois últimos mandatos do atual governo, onde mais esse processo da regionalização tem avançado. Apesar das dificuldades, dos desafios e dos percalços que se encontram, sejam eles de ordem operacional, financeira, ou até mesmo de recursos humanos, há sem dúvidas um esforço em curso que se traduz no atual processo de implementação da efetiva regionalização da saúde no estado do RN. Existem algumas ações efetivas que se consegue enxergar e até mesmo ter alguns resultados, não tem sido simples ou mesmo fácil, porém esse desafio está em curso e tal projeto é algo reconhecidamente necessário.

Quanto à principal contribuição do projeto na implementação do PRI, foi citado o suporte teórico e metodológico ao Grupo Condutor Estadual (GCE) e aos Grupos de Trabalho Macrorregionais (GTMs). Destaca-se a importância do apoio logístico na realização das oficinas presenciais e a construção coletiva, por meio de metodologias específicas com base ascendente e formativa dos atores envolvidos. A retomada da agenda de regionalização no RN com formalização do Grupo Condutor Estadual e dos dois Grupos Técnicos Macrorregionais; organização e colaboração para elaboração de Cronograma; apoio teórico-metodológico no Processo de Regionalização, também apontado como contribuições.

Destaca-se a importância do apoio logístico na realização das oficinas presenciais e a construção coletiva, por meio de metodologias específicas com base ascendente e formativa dos atores envolvidos.

A organização macrorregional de saúde do estado do Rio Grande do Norte se faz necessária por um processo histórico que a saúde pública do RN passa ao longo dos tempos. Além das 8 (oito) Regiões de Saúde tratadas na forma de rede e da necessidade de integração dessas regiões de saúde, a forma macrorregional contempla a integração regional no estado. Portanto, esse processo de organização regional

da saúde demonstra a necessidade do estado do RN estar mais bem preparado e organizado em rede para poder atender as necessidades da população norte riograndense.

Quanto aos principais aprendizados no desenvolvimento do PRI que podem impactar em mudanças de práticas, os atores apontam a troca de experiência com profissionais que vivenciam o PRI em outros estados, além da importância do apoio ao estado para alavancar o processo de regionalização e de PRI no território, instrumentalizando a gestão por meio de suporte teórico-metodológico às suas equipes na condução do processo e na produção de informações e insumos mais qualificados. O envolvimento e articulação de diferentes atores (Cosems, Sesap, Conselhos, Universidades, Comissão Intergesetores Regional - CIR), com olhar voltado para o território (região) que, até então, por não ser um ente federativo, faltava esse processo de construção cumulativa. O trabalho colaborativo e fortalecimento das capacidades do estado para a condução do Processo de Regionalização; mobilização de áreas técnicas nas oficinas das fases do projeto; calendário de reunião do GTM e GCE. Foi mencionado que “ter uma melhor visão, principalmente nas maiores fragilidades que os indicadores de saúde apontam nas principais localidades de cada macrorregião, é sem dúvida um aprendizado muito grande para podermos direcionar esforços, seja no tocante ao controle social, seja nos esforços de gestão, para podermos elevar níveis de acompanhamento de gestão e de controle para termos melhores indicadores de pactuação da saúde no estado do RN, onde se verificam as maiores fragilidades”.

Considerando os principais desafios para a institucionalização do PRI, os atores apontam entre os desafios destaca-se o modelo de atenção fragmentado, a insuficiência de recursos humanos com domínio técnico para a produção dos insumos e evidências necessárias, o subfinanciamento do SUS para a implementação de novas ações, a dificuldade na captação da informação atualizada, algumas dificuldades de consenso entre estado e municípios, visto que a regionalização requer uma postura solidária entre os entes federativos. Completam a lista a falta de cultura organizacional de planejamento e a baixa priorização do PRI nas agendas locais, além da concentração de serviços na capital do estado. Outros itens como a desarticulação interfederativa, indefinição quanto ao financiamento regional, a insegurança do ente federativo municipal da perda de poder (autonomia municipal) e o próprio papel do estado ainda muito como executor da política num papel competitivo, muitas vezes, com o município e não como coordenador de política. Também foi apontada a priorização do Processo de Regionalização (guarda-chuva) e integração dos demais projetos no estado; alinhamento das áreas técnicas; insuficiência de pessoal com sobrecarga dos trabalhadores em várias agendas; organização, disponibilidade orçamentária e alocação de recursos conforme a lógica da regionalização; fortalecimento da governança nas macrorregiões e regiões de saúde. O diagnóstico da saúde no RN é claro e transparente, destacando os desafios para melhorar a qualidade dos serviços de saúde pública. A implementação de ações adequadas para atender às necessidades reais da população é um desafio contínuo. É fundamental adotar uma abordagem equitativa, considerando as desigualdades sociais, econômicas e as carências na assistência à saúde. Enfrentar esses desafios deve ser um compromisso diário.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

No Rio Grande do Norte, o projeto Regionalização enfrentou desafios iniciais e necessitou substituir a equipe de território devido a divergências conceituais sobre a realização do PRI nas Regiões de Saúde ou em Macrorregiões de Saúde. Após discussões e alinhamentos conceituais, o trabalho se concentrou nas Macrorregiões de Saúde, ainda que a disparidade populacional e geográfica entre as duas Macrorregiões fosse evidente. O projeto avançou, com a instituição de Grupos de Trabalho Macrorregionais (GTM) em cada Macrorregião e alinhamento entre o Grupo Condutor Estadual (GCE) e os GTMs. O processo ainda é centralizado no nível estadual, mas há esforços para engajar todos os entes federados e a participação social. A fase atual envolve a conformação e programação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a elaboração do Plano Regional. O projeto Regionalização se alinha ao projeto Fortalecimento da Gestão, contribuindo para o novo Plano Estadual de Saúde. Espera-se que o Planejamento Regional Integrado impulse melhorias na saúde da população potiguar.

Conforme o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, o Rio Grande do Norte alcançou até a fase quatro do Projeto. Esta fase corresponde à etapa quatro do PRI. Nesse processo verificou-se uma série de desafios, os quais foram, o modelo fragmentado e a insuficiência de equipe técnica. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a troca de saberes entre os atores do território, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.



Território Vivo

Rondônia

Anderson Torreão

Anderson Dias

Maria Alessandra Carvalho Albuquerque

Rondônia é um dos estados da região Norte do Brasil e se estende por uma área de aproximadamente 237 mil quilômetros quadrados, onde a floresta amazônica marca grande presença. Com uma população de mais de 1,7 milhão de habitantes, Rondônia apresenta uma mistura étnica interessante, incluindo comunidades indígenas, ribeirinhas e urbanas. É casa de diversas etnias indígenas, como os Suruí, Gavião e Zoró, destacando a importância da diversidade cultural do estado (IBGE, 2022).

A capital, Porto Velho, é o principal centro econômico e cultural do estado, abrigando uma grande parcela da população estadual. Cidades como Ji-Paraná, Cacoal e Vilhena têm papel importante na economia e na cultura do estado, com atividades agrícolas e pecuárias em destaque. A economia rondoniense está ligada à agropecuária, além da exploração sustentável de recursos naturais, como a pesca e o extrativismo. O sistema fluvial, especialmente o Rio Madeira, é vital para o transporte e a economia local.

O clima é tipicamente equatorial, com alta umidade e duas estações bem definidas: seca e chuva. As florestas de Rondônia são lar de uma diversidade de espécies, destacando-se como uma região de rica biodiversidade. A cultura rondoniense reflete a mistura de influências indígenas, nordestinas e sulistas, com festivais e tradições típicas. Além do português, diversas línguas indígenas são faladas em Rondônia, destacando a rica tapeçaria linguística do estado. Com seu cenário natural único, Rondônia atrai turistas em busca de aventura na floresta e ao longo dos rios.

Assim como outros estados amazônicos, Rondônia enfrenta desafios relacionados ao desmatamento e à conservação da biodiversidade, além de estar trabalhando para, progressivamente, superar desafios na área de educação e saúde, com ênfase nas áreas mais afastadas. O Estado tem procurado harmonizar o desenvolvimento econômico com a preservação ambiental, considerando os desafios impostos pela localização e diversidade do território.

Regionalização e o PRI em Rondônia: caracterização do Estado e chegada do projeto

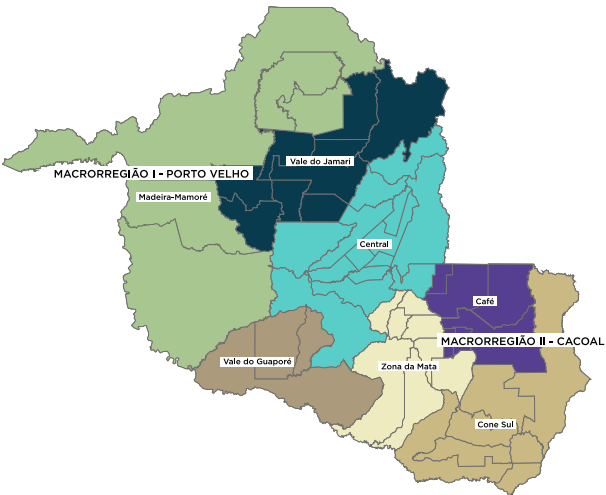
O estado de Rondônia, iniciou a conformação das regiões de saúde sob a luz do Decreto Federal n.º 7.508/2011, em 2014, por meio da Resolução CIB/RO n.º 87, quando foram homologadas 07 Regiões de Saúde, com 52 municípios. No processo de descentralização dos serviços de alta complexidade e especializada, foi estruturada a divisão do Mapa de Saúde do Estado de Rondônia em duas macrorregiões de saúde, denominadas I e II.

Em 2020, o estado elaborou o Projeto de Fortalecimento da Governança Regionalizada e Integrada das Redes Temáticas: Materno Infantil e Urgência e Emergência do SUS Rondoniense com recursos financeiros da Portaria GM/MS n.º 1.812/2020. Em 2021, foi instituído, pela Resolução CIB/RO n.º 29, um Grupo Condutor Interfederativo (GCI) para a condução do Planejamento Regional Integrado (PRI) formado por representantes do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde, da SES e do Cosems/RO. Para operacionalização das atividades, foram instituídos os Grupos de Trabalho Regionais (GTR), que em 2021 já teriam realizado alinhamento conceitual sobre Regionalização.

Com a assinatura, por parte de SES e COSEMS, do Termo de Adesão das macros I e II ao projeto Regionalização, em 2021, foram instituídos os grupos de trabalho macrorregionais (GTM) para atuar juntamente ao GT Interfederativo (GTI), que foi ampliado com a participação de áreas técnicas da SES/RS, dos municípios, Conselho Estadual de Saúde e a Articuladora Regional do HAOC.

Nesse contexto, considerando a similaridade do objeto proposto pelos dois projetos acima mencionados, e para construção do PRI visando o aprimoramento da governança macrorregional do SUS e da formação da RAS em Rondônia, iniciou-se um processo de alinhamento conceitual e metodológico, harmonizando as metas com os demais projetos existentes, a composição dos GT e a execução dos cronogramas entre os atores envolvidos, o que, em seguida, resultou na construção do diagnóstico contextual da regionalização no Estado e a proposição da agenda do PRI que passou, então, a ser desenvolvida com ampla participação dos municípios.

Figura 46 - Regiões e Macrorregiões de Rondônia



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

Regionalização e o PRI em Rondônia: o processo do PRI e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceu suporte técnico - metodológico elaboração e customização das fases, de acordo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram do apoio uma articuladora e um assessor matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e os desafios do processo do PRI no estado de Rondônia. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 47.

Figura 47 - Facilitação gráfica Rondônia



Fonte: Pastorino, 2023.



Regionalização e o PRI em Rondônia: experiência do Grupo Condutor Estadual²¹

O GCE de Rondônia constitui-se como um coletivo extremamente operativo, capaz de conduzir com grande protagonismo o processo de PRI no Estado. Tal protagonismo se consubstanciou em uma imensa oportunidade de educação permanente para todos os seus membros, tornando o processo extremamente significativo. Nesse sentido, quando questionados sobre a produção de significado desse processo, ressaltaram, por exemplo, que a capacidade de utilizar ferramentas e sistemas de informações de saúde, que eram anteriormente desconhecidos, tornou-se crucial para eles. Além disso, o desenho do cenário das Macrorregiões próximo à realidade e a colaboração com vários atores, como técnicos da saúde, gestores e representantes governamentais, também foram vistas como fundamentais.

A integração com diferentes projetos e iniciativas que ocorreram em Rondônia durante o desenvolvimento do projeto Regionalização, foi altamente valorizado pelo GCE, considerando-se uma excelente oportunidade de trabalhar em conjunto com diversos setores, gerando uma colaboração efetiva entre os níveis de governo e os municípios. Foram ressaltadas como experiências significativas,

ainda, a construção ascendente de um plano que envolveu pessoas de todo o estado, a aprendizagem sobre sistemas de coleta de dados, e o diálogo contínuo para tornar as ações mais realistas e adequadas à realidade local.

A análise situacional dos territórios e a capacidade de identificar problemas específicos em redes de urgência, emergência e materno-infantil foram extremamente valorizadas nos discursos, sendo também considerada uma questão central o envolvimento de grupos regionais. Destacaram a importância do levantamento real e completo da capacidade instalada do estado, com a observação dos vazios assistenciais em algumas áreas, mesmo diante de evoluções. Em resumo, valorizam diferentes aspectos do projeto e sua implementação, como a importância da metodologia, a colaboração entre diversos atores, a identificação de problemas e capacidades, e a integração de diferentes iniciativas para um objetivo comum.

Foi nesse sentido também que os membros do GCE destacaram como principais contribuições do projeto as seguintes questões:

- **Análise** de dados e informações;
- **Construção** participativa baseada em dados confiáveis, com envolvimento de técnicos em diferentes níveis;

²¹ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

- **Identificação** precisa da oferta de serviços de saúde em todo o estado de Rondônia;
- **Reconhecimento** dos territórios;
- **Análise** da resolutividade de cada ponto de atenção;
- **Observação** de desafios na governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- **Necessidade** de organização da oferta de serviços com distribuição equitativa;
- **Apoio** técnico e metodológico, trazendo inovação às fases do projeto;
- **Identificação** dos vazios assistenciais e melhora na assistência à saúde;
- **Reflexão** e reorganização das Redes de Atenção Prioritárias visando eficiência e integração;
- **Identificação** de capacidade instalada, desigualdades macrorregionais, e diagnóstico situacional;
- **Formação** profissional com foco em planejamento estratégico;

- **Planejamento** Ascendente e Promoção da Equidade Regional;
- **Organização** do processo de planejamento do SUS nas Macrorregiões de Saúde;
- **Embasamento** para a elaboração do Plano Estadual de Saúde;
- **Estímulo** à busca e evidenciação da realidade das regiões de saúde.

Assim, observa-se que as principais contribuições do projeto para o PRI em Rondônia giram em torno da construção participativa, apoio técnico e metodológico, análise detalhada da Rede de Atenção à Saúde, identificação de vazios assistenciais, fortalecimento da regionalização, e promoção de equidade regional. Estas contribuições foram vistas como fundamentais para o desenvolvimento e aprimoramento do sistema estadual de saúde.

Dentre os aprendizados destacados pelos membros do GCE, vários desses pontos foram recorrentes, demonstrando o sólido embasamento teórico-metodológico que o projeto possui. O empoderamento de técnicos e gestores do SUS no processo de governança, a análise da alocação de recursos para atender necessidades reais da população, a importância da análise situacional com base nos indicadores de saúde e o compartilhamento de saberes e conhecimentos em um contexto construtivo e participativo, foram as principais questões apontadas como grandes aprendizados no Estado.

Além dessas, também, foram citadas com relevância os aspectos relacionados à metodologia de planejamento, em especial que esta reflita um processo vivo, dinâmico e ascendente. A participação também foi identificada como item essencial no aprendizado sobre a metodologia de planejamento, valorizando-se a interação institucional e a aproximação entre diferentes setores da saúde. Houve amplo reconhecimento do empenho dos técnicos e da importância dos encontros promovidos pelo projeto para maior compreensão da macrorregião, gerando processos de educação permanente e continuada para trabalhadores em saúde.

A participação também foi identificada como item essencial no aprendizado sobre a metodologia de planejamento, valorizando-se a interação institucional e a aproximação entre diferentes setores da saúde.

Foi possível aprender, segundo o GCE, que o planejamento precisa apoiar os atores locais a reconhecer necessidades de saúde, identificando mudanças no perfil epidemiológico, além de fortalecer as potencialidades da RAS e apoiar a elaboração de novas propostas de qualificação da mesma, promovendo reflexão sobre evidências identificadas e metas a serem pactuadas. Tudo isso com foco na organização das Redes de Atenção à Saúde, buscando equidade, integralidade, descentralização das ações e serviços de saúde, racionalização dos gastos e otimização dos recursos.

Em resumo, os aprendizados destacados giram em torno da necessidade de se fortalecer processos de análise situacional, planejamento dinâmico, descentralização, e compreensão da capacidade instalada dos municípios e regiões. Estes aprendizados têm o potencial de promover mudanças significativas nos processos de trabalho, levando a uma melhor organização, eficiência e integração dos sistemas de saúde.

No que tange aos desafios para a institucionalização do processo de PRI, o GCE aponta, de forma quase que consensual, algumas questões essenciais para o estado de Rondônia, dentre as quais se destacam a formação de recursos humanos para a assistência, em especial especialistas nas regiões, e da qualificação de gestores para garantir eficiência no funcionamento da rede. Também ressaltaram a necessidade de se viabilizar recursos para um adequado financiamento, que promova manutenção e ampliação dos serviços de saúde, e aspectos mais operativos da RAS, tais como a necessidade de organizar uma atenção primária resolutive, de atender parâmetros assistenciais, de compreender a importância da telemedicina, de promover a integração sistêmica de ações e serviços, de fortalecer as relações entre municípios e regiões e de fomentar a implementação de fluxos de acesso padronizados.

Por fim, ressaltaram os desafios políticos e administrativos, como a alta rotatividade de gestores e a valorização destes acerca da construção dos técnicos em processos de planejamento, consolidando teoria e prática. Alguns membros do GCE mencionaram mais isoladamente desafios específicos, como a necessidade de fortalecer a macrorregião II, em especial no atendimento à gestante e recém-nato de alto risco, e a necessidade de manter e qualificar o CEGRAS da Rede Materno Infantil e da RAU em Rondônia. Em síntese, há uma série de desafios comuns identificados pelos respondentes relacionados à eficiência do sistema de saúde, recursos humanos, financiamento, integração e comunicação. No entanto, cada membro do GCE traz também perspectivas únicas que fornecem uma visão mais abrangente dos desafios a serem enfrentados na institucionalização do PRI.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

O estado de Rondônia viveu, nesses três anos de implementação do projeto Regionalização, um turbilhão de processos que mobilizaram inúmeros atores institucionais, gerando importantes aprendizados e muito significado para todos os envolvidos. É possível identificar que o projeto Regionalização fez contribuições fundamentais para que o processo de PRI pudesse avançar de forma mais sustentável, em que pese a percepção de que aspectos históricos precisam continuar sendo enfrentados para que esse avanço se perpetue.

Muitos nós ainda precisam ser desatados, mas o Estado está entre aqueles que têm muito a oferecer em termos de experiência de sucesso no processo de PRI, tendo em vista que conseguiu vivenciar toda a trajetória proposta pelo projeto, conseguindo produzir e executar, a partir de um diagnóstico sócio-histórico da regionalização, uma agenda de execução do PRI que incluiu a análise de situação em saúde das macrorregiões, a proposta de organização da rede de atenção para as prioridades sanitárias definidas, a parametrização e proposta de programação macrorregional para elas, além de um conjunto sólido de diretrizes, objetivos, metas e indicadores. Rondônia está, portanto, na vanguarda do processo de PRI e terá muito a oferecer ao Brasil nas discussões sobre regionalização na saúde.

Segundo o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, Rondônia alcançou até a fase cinco do Projeto. Esta fase corresponde à etapa cinco do PRI, com a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores. Nesse processo verificou-se uma série de desafios, conforme já citados. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, que podem ser relevantes para a sustentabilidade da regionalização no estado.



Território Vivo

Roraima

Hélio Neves

Lutigardes Santana

Valdemar Murakami

Estado da Região Norte do Brasil, tem limites com Venezuela, Guiana, Pará e Amazonas, com território de 224 000 km², quase todo no hemisfério norte. Estado com menor densidade demográfica (2,84 habitantes por km²) e menos populoso do país: 636.303 habitantes – 41% maior em relação ao Censo anterior – 451.227 habitantes (Censos 2010 e 2022 do IBGE). Predomina a floresta amazônica é uma importante faixa de savana, objetos de fortes conflitos pela posse da terra. A Taxa de Mortalidade Infantil em Roraima é 19,4/1.000nv, 2ª colocação no país TMI = 11,9/1000nv. A esperança de vida ao nascer é 72,2 anos, 22ª posição no ranking nacional; ante 76,6 anos no Brasil. Analfabetos são 3,9% em Roraima, 7ª posição no país, que apresenta 5,6% de analfabetos. Com IDH 0,699 (2021), ocupa o 20º lugar entre os Estados.

Com apenas uma Macrorregião de Saúde, Roraima tem em Boa Vista, sua capital, 65% da população e grande parte dos recursos com maior densidade tecnológica do SUS. O Estado conta com 15 municípios, a maioria com menos de 20.000 habitantes.

636.303 habitantes

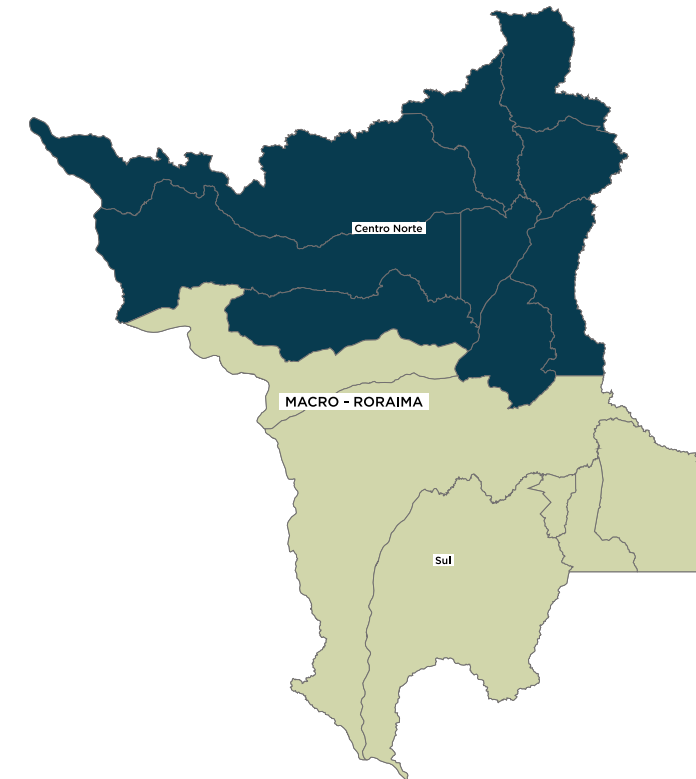
Tabela 11 - População dos municípios do Estado de Roraima (IBGE, 2022a)

População (habitantes)	Número de Municípios
Boa Vista (413.486)	1
20.957-32.647	3
10.669-19.305	9
7.315-8.858	2
636.303 (Total)	15

Fonte: IBGE, 2022a.

A população indígena do Estado compreende 46.106 pessoas das etnias Yanomami, Ingaricó, Macuxi, Patamona, Taurepang, Waimiri-Atroari, Wai-Wai e Wapixana, havendo no Estado dois Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Yanomami e Leste (cobre parte do Amazonas e parte de Roraima), com frágil integração dos serviços em relação aos demais serviços do SUS. O acesso das equipes de saúde e de grande parte da população do DSEI Yanomami aos serviços de referência somente se faz por avião. Intenso fluxo migratório de venezuelanos em condição de vulnerabilidade social constitui forte pressão sobre todos os programas de assistência social existentes no estado, inclusive para o SUS, principalmente nos municípios de fronteira, mas também na capital. Pacaraima, com 20.108 habitantes, registrou 30.424 migrantes internacionais em 2022. Também o Município de Bonfim é afetado pela migração desordenada, sem que disponha dos recursos necessários para enfrentar condignamente a situação. No Estado de Roraima há uma Macrorregião de Saúde, com duas Regiões de Saúde: Centro Norte e Sul.

Figura 48 - Regiões e Macrorregião de Saúde de Roraim



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

História da Regionalização/PRI

No início do projeto Regionalização, o Estado de Roraima já possuía Grupo Condutor Estadual, constituído em 2019, com suas competências e atribuições definidas. A Rede de Atenção à Saúde apresentava – ainda apresenta – grandes desafios para conformar seus serviços, concentrados na capital, planejados conforme a oferta, com importantes vazios assistenciais na média e alta complexidade. A questão da saúde indígena é um desafio substantivo: grande número de indígenas aldeados no Estado, com significativos problemas nos sistemas de apoio e logísticos e também de integração com o restante do sistema. A imigração de venezuelanos em condição de vulnerabilidade social constitui importante problema a ser enfrentado pelo poder público e a sociedade em geral, com impacto significativo sobre o SUS. Alta rotatividade de gestores e trabalhadores da saúde, precarização dos vínculos de trabalho, má distribuição na gestão desses recursos, escassez de especialistas na maioria do território, concentração dos serviços de média e alta complexidade na esfera estadual; reduzida capacidade organizativa, técnica e operacional dos municípios, incluindo o financiamento para a saúde.

A questão da saúde indígena é um desafio substantivo: grande número de indígenas aldeados no Estado, com significativos problemas nos sistemas de apoio e logísticos e também de integração com o restante do sistema.

Os planos diretores de regionalização e de investimento de 2003, elaborados pela Secretaria de Estado de Roraima, com participação de gestores municipais, partiram de critérios de oferta de serviço e do fluxo existente de acesso dos usuários nas microrregiões, organizadas em oito módulos assistenciais, nos seus 15 municípios. Em 2009, conforme orientações do Pacto pela Saúde 2006, foi negociada na CIB a adaptação de parâmetros mínimos, fluxos de usuários e acertos territoriais para planificar o SUS em Roraima, tornando determinante a articulação intergestores na conformação das Regiões de Saúde, contando com a participação dos apoiadores do MS como observadores do processo. Em seguida foi definida a conformação das Regiões de Saúde Centro-Norte e Sul pela Resolução CIB 51/09 (figura 1), as quais foram mantidas na definição da Macrorregião única do Estado - Resolução CIB 14/19. As duas Regiões de Saúde de Roraima tiveram suas comissões intergestoras regionais (CIR) instituídas em 2011 (Decreto Estadual 7508). O Grupo Condutor Estadual (GCE) foi efetivado em 2019 pela Resolução CIB 14, que também antecipou o estabelecimento do Comitê de Governança da Rede de Atenção à Saúde (CEGRAS), cuja instituição está prevista para ocorrer após a aprovação pela CIB, condicionado à apresentação do Plano Regional Integrado do Estado de Roraima 2020-2023, com o matriciamento e modelagem de ao menos uma Rede de Atenção à Saúde.

Atualmente, o Estado analisa a situação de saúde de forma global, com detalhes por região de saúde, e pensa na organização da rede em macrorregião de saúde de forma incipiente, mantendo, ainda, a ideia de organizar o SUS nas regiões de saúde. Verifica-se grande lacuna na organização da rede de atenção para atender aos desejos constitucionais do SUS da atenção equitativa e integral na saúde, notadamente para quem reside em regiões com menor acesso logístico.

A elaboração cartorial de diversos planos municipais de saúde revela a fragilidade institucional para um bom planejamento ascendente no Estado, o que torna relevante o projeto Regionalização para organizar a rede de atenção à saúde. Suas oficinas, com metodologias ativas, facilitam a compreensão e o alinhamento de conceitos, a participação de todos os envolvidos e fortalece o entendimento dos atores sobre o processo de Planejamento Regional Integrado, tornando muito potente o processo.



Metodologias
ativas



Compreensão
e alinhamento
de conceitos

Regionalização e o PRI em Roraima: o processo do PRI e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceu suporte técnico-metodológico para a elaboração e customização das fases, de acordo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. A articuladora e o assessor matricial narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e desafios do processo do PRI no estado de Roraima. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 49.

Figura 49 - Facilitação gráfica Roraima





A visão de quem faz o SUS em Roraima²²

A escuta de representantes das três esferas de governo no Grupo Condutor Estadual (GCE) mostrou diversidade de interpretações sobre os movimentos de construção do Planejamento Regional Integrado no Estado de Roraima.

As oficinas promovidas com o apoio do PROADI-SUS e da equipe da BP foram consideradas as experiências mais relevantes do PRI no Estado, contribuindo de forma significativa para o progresso do processo de PRI no Estado. A oficina do mês de março de 2023 foi bem especial, com muitos participantes, havendo contribuição de diversos atores sociais na identificação dos problemas no fluxo da Rede de Atenção Materna e Infantil. Para outro, o interlocutor foi importante no processo de regionalização, favorecendo o envolvimento dos gestores e a aproximação dos agentes. Um terceiro trouxe o apoio da SESAU e do PROADI-SUS para o resgate da atuação e aproximação dos parceiros locais, Conselho de Secretários Municipais de Saúde - Cosems, do Núcleo do Ministério da Saúde - SEINP/MS, da Comissão Intergestores Bipartite e dos técnicos de outras áreas da gestão estadual e dos municípios.

A principal contribuição do projeto na implementação do PRI no Estado, macrorregiões e regiões foi o alavancamento da regionalização em Roraima pelo processo de Planejamento Regional Integrado, com apoio do PROADI-SUS, favorecendo as discussões sobre a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil, com a participação de diversos atores sociais provenientes das instituições federais, estaduais, municipais, Cosems e BP. Também foram apontados o levantamento da realidade da saúde da população Roraimense, as discussões de temas tão relevantes e significativos para o planejamento da saúde no Estado e a metodologia empregada, que gerou ambiente coletivo e participativo, com bom aproveitamento dos processos de trabalho em andamento.

Quanto aos principais aprendizados no Planejamento Regional Integrado que podem produzir mudanças de práticas no Estado, macrorregiões e regiões, foi dito que o PRI fortalece a ideia de funcionamento integrado do sistema de saúde, com territórios e fluxos bem definidos, sendo a Rede de Atenção à Saúde uma construção coletiva dos vários entes governamentais, que exige o envolvimento dos gestores e boas técnicas de desenvolvimento das atividades.

²² Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Foram apontados como principais desafios para a institucionalização do PRI no Estado, nas macrorregiões e regiões a escassez de profissionais para os serviços de saúde nos municípios e nas áreas indígenas, a pouca capacitação técnica na Rede Cegonha e nas linhas de cuidado materno-infantil, nos sistemas de informação em saúde (SISNAC, SIM, SINAN, e-SUS APS e outros), nos indicadores de saúde (Previne e PQAVS).

A migração internacional e a saúde indígena são questões muito importantes no Estado, gerando custos elevados para os serviços do SUS, sem solução dos governos quanto ao financiamento, que resulta em sobrecarga para os municípios. As equipes gestoras têm pouco poder para enfrentar os desafios que se apresentam. Além disso, o ambiente político partidário foi apontado como um desafio a ser enfrentado.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

Com importantes obstáculos logísticos, numerosa população indígena aldeada, baixa integração dos dois Distritos Sanitários Indígenas com as demais estruturas do SUS, forte e desordenado processo de recepção de migrantes em situação de alta vulnerabilidade, concentração dos recursos na capital do estado, importantes lacunas na prestação de serviços de saúde nas regiões de mais difícil acesso, dificuldade de parte dos municípios para conduzir o processo de planejamento, ainda assim Roraima evoluiu no processo de Planejamento Regional Integrado.

Representação do MS, da SES e do Cosems atuaram de maneira bastante integrada e respeitosa, o que possibilitou avançar um tanto nesse processo, havendo boa perspectiva de avanço do PRI, mesmo depois do encerramento do projeto Regionalização. No dizer de representantes do GCE houve bom aproveitamento das oportunidades trazidas pelo projeto Regionalização no triênio que se encerra.

Segundo o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1, de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, Roraima alcançou a fase quatro do Projeto e entra nas atividades de elaboração das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de uma Rede Temática - a rede Materno-Infantil. Nesse processo verificaram-se diversos desafios, como a experiência incipiente do Estado e a equipe reduzida para conduzir as atividades do projeto, que limitavam sua execução. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a modelagem das redes temáticas, com resultados significativos, o que subsidiou a efetivação das fases subsequentes do projeto Regionalização.



Território Vivo

Santa Catarina

Hélio Neves

Luana Tironi

Marina Manzano

Parte da Região Sul do país, Santa Catarina possui 295 municípios, com 7.609.601 habitantes e área geográfica 95.730 km², resultando em densidade demográfica de 79,5 hab./km². Sua Taxa de Mortalidade Infantil em 2021 foi 9,2/1.000nv, o que coloca SC em 1º lugar entre os estados. A TMI do Brasil é 11,9/1000nv (Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC). A esperança de vida ao nascer no estado em 2021 (Projeção IBGE de 2018) era 80,47 anos, posicionando o estado em 1º posição no ranking nacional. No Brasil a esperança de vida ao nascer na mesma época era 76,97 anos. Com 97,8% de alfabetizados, ocupa a 3ª posição entre os estados, sendo de 94,4% esta taxa no país. Seu IDH é 0,792, 3ª posição no país, sendo 0,766 o IDH do Brasil.

7.609.601
habitantes

Tabela 12 - Distribuição dos municípios, segundo porte populacional (IBGE, 2022a)

População (habitantes)	Frequência
Joinville (616.323)	1
Florianópolis (537.213)	1
Blumenau (361.261)	1
>100.000 <=300.000	11
>50.000 <=100.000	18
>30.000 <=50.000	19
>10.000 <=30.000	77
>5.000 <=10.000	62
>2.500 <5.000	65
>1.200 <=2.500	40
636.303 (Total)	295

Fonte: IBGE, 2022a.

Contexto histórico-cultural: história da Regionalização/PRI

A temática da Regionalização em Saúde está presente no Estado de Santa Catarina desde 1999, com o projeto estruturante das Macrorregiões de Saúde, e ganhou maior espaço na agenda da Secretaria de Estado da Saúde com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) no ano 2002, sendo atualizado nos anos que seguem.

O processo de atualização e discussão do Planejamento Regional Integrado iniciou em 2018, junto às regiões de saúde e previu a realização de oficinas presenciais para a priorização sanitária nas macrorregiões de saúde.

Em 2020 o processo, que já apresentava dificuldades de adesão dos municípios e de organização na lógica de Macrorregiões de Saúde (MRS), foi interrompido com o início da pandemia da Covid-19. Até aquele momento havia o levantamento de macroproblemas através de formulário eletrônico enviado aos municípios. Estes macroproblemas foram compilados conforme a Macrorregião de Saúde e apresentados nas CIRs. No entanto, não houve andamento dos processos seguintes, nem definição de Diretrizes, Objetivos e Metas (DOMI) em todas as macrorregiões, ou proposta de desenho e organização da RAS conforme as prioridades sanitárias, entre outras etapas importantes para o Plano Regional de Saúde.

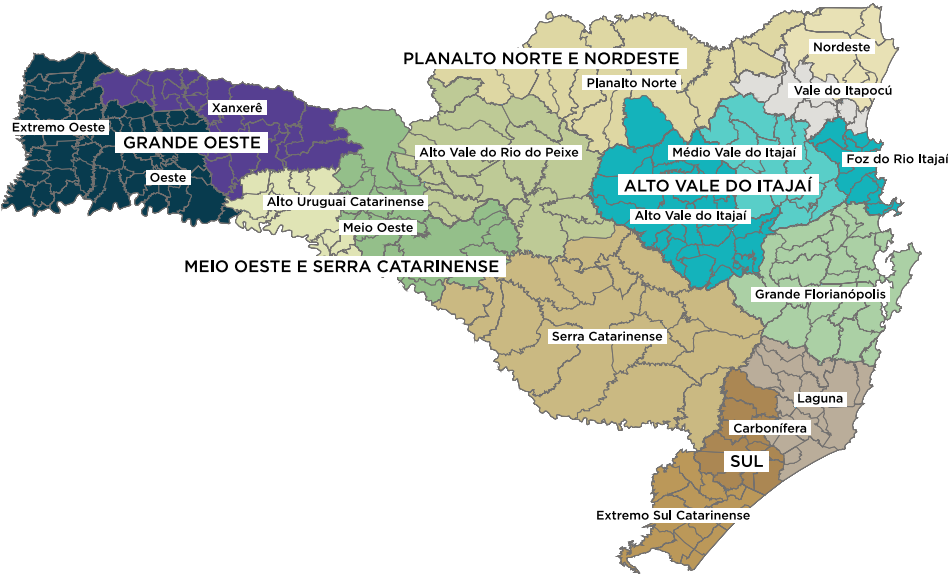
Em 2021, início do projeto Regionalização, não havia Grupo Condutor Estadual (GCE), nem Grupos de Trabalho Regionais (GTR) instituídos. O Planejamento Regional Integrado não superou as dificuldades anteriores e estava pausado.

A adesão ao projeto Regionalização trouxe avanços. Foram instituídos o Grupo Executivo Estadual (GCE) e, para apoiar a operacionalizar e articular o PRI, os comitês operacionais do Planejamento Regional Integrado (COPRIs), Central e Regionais. Desde o início do projeto Regionalização, o estado optou por orientar o planejamento nos territórios das Regiões de Saúde, considerando que suas estruturas administrativas da SES e do COSEMS seriam imprescindíveis para promover e mediar as discussões interfederativas no âmbito das Macrorregiões de Saúde.

O processo de atualização e discussão do Planejamento Regional Integrado iniciou em 2018, junto às regiões de saúde e previu a realização de oficinas presenciais para a priorização sanitária nas macrorregiões de saúde.

No decorrer do projeto Regionalização, questões políticas e problemas de ordem estrutural e administrativa comprometeram o desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado no estado. O atual cenário exige intensificar as ações e fortalecer a condução e operacionalização do PRI pelas instituições do SUS. Encerramos a escrita deste documento com a proposta de seguir um piloto na Macrorregião Sul do estado e potencializar a continuação do processo deflagrado para as demais Macrorregiões de Saúde.

Figura 50 - Regiões e Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

Regionalização e o PRI em Santa Catarina: o processo do PRI e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceu suporte técnico-metodológico para a elaboração e customização das fases, de acordo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. A articuladora e o assessor matricial, narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e desafios do processo do PRI no estado de Santa Catarina. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 51.

Figura 51 - Facilitação gráfica Santa Catarina





Território Vivo: a opinião de quem faz²³

A escuta de representantes do Grupo Condutor Estadual (GCE) mostrou muitas concordâncias e algumas dissonâncias nas opiniões sobre o PRI no estado de Santa Catarina.

A experiência mais significativa no desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado foi participar da proposta de construção do plano estadual de saúde, considerando o levantamento de problemas no âmbito regional, no dizer de uma representante do GCE.

Sobre a contribuição do projeto na implementação do PRI em Santa Catarina, nas Macrorregiões e Regiões, apareceram as seguintes opiniões: organizar o trabalho de construção nas regiões, pensando em métodos factíveis; a retomada do assunto da regionalização no âmbito do PRI após a pandemia; ter causado a movimentação para os gestores atuarem.

Dentre os principais aprendizados no desenvolvimento do PRI que podem impactar em mudanças de práticas em Santa Catarina está a visão de que é necessário criar oportunidades para

valorizar o planejamento, nunca priorizado na saúde, que sequer é elaborado sem apoio; que a discussão do PRI é inócua se não articulada com os demais processos de regionalização existentes; que a manutenção dos parceiros na elaboração do PRI depende da clareza e objetividade do processo e dos resultados e, ainda, que é necessária comunicação ativa, colaborativa e participativa com o Cosems.

Foram apontados como os principais desafios para a institucionalização do PRI no Estado a obtenção do necessário apoio político e da força de trabalho para sua execução; que haja sinergia com os demais processos em andamento que dialoguem com regionalização, como os Planos de Ação Regional (PAR), contratualização, organização dos serviços de alta e média, cirurgias eletivas, PDR, PPI, etc. Que o processo seja nítido, objetivo e que desde o início fique claro como se dará a divisão de custos e recursos para o financiamento da saúde regionalizada no estado. Que o PRI seja o grande norteador das políticas nacionais de saúde, ou seja, instrua novas habilitações, credenciamentos, incremento de teto, incentivos, etc. e; obter o entendimento dos servidores, principalmente em cargos mais elevados de gestão, de que a regionalização é necessária para o ordenamento dos serviços de saúde.

²³ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

Com histórico de compromisso e fidedignidade aos princípios universais do SUS, o estado de Santa Catarina tem um caminho robusto na temática da regionalização em saúde. Todo o movimento de elaboração e revisão dos PDRs ao longo dos anos e a deflagração do PRI em 2019 demonstram o forte interesse e compromisso do estado em regionalizar.

A trajetória vivenciada na segunda fase do projeto Regionalização ensejou revisitação à trajetória vivida até 2021, a compreensão do cenário atual e a prospecção do cenário futuro.



Compreensão do
cenário atual



Prospecção do
cenário futuro

Cabe destacar a participação da equipe técnica do projeto Regionalização no 8º Congresso do COSEMS/SC, com o tema de Regionalização e Governança, a importância da região de saúde para a gestão cooperada e solidária. E também em uma oficina de trabalho sobre a importância das Comissões Intergestoras Regionais, como espaço de debates, pactuações e articulações interfederativas, espaços importantes para sensibilizar e mobilizar gestores para o PRI.

Segundo o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, Santa Catarina concluiu a fase três do Projeto e inicia a concretização das fases quatro e cinco, ou seja, elaboração das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores - DOMI e construção da Modelagem da Rede, concomitantemente. Nesse processo, foram identificados diversos desafios políticos, estruturais e administrativos. Além disso, diversas oportunidades foram vislumbradas, como a retomada da agenda da regionalização no âmbito do PRI após a pandemia da Covid-19 e o comprometimento dos gestores com a temática, o que permitiu criar e grupos permanentes para apoiar, operacionalizar e articular o PRI, com a participação ativa da Secretaria de Estado da Saúde, Cosems e SEINP, o que pode considerado crucial para a sustentabilidade da regionalização no estado.



“
”

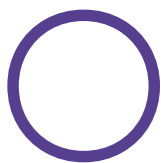
*Alguma coisa acontece
no meu coração
Que só quando cruza
a Ipiranga e a avenida
São João...*

Caetano Veloso

Território Vivo

São Paulo

Daniele Marie Guerra



Estado de São Paulo é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Está situado na Região Sudeste e tem por limites os estados de Minas Gerais a norte e nordeste, Paraná a sul, Rio de Janeiro a leste e Mato Grosso do Sul a oeste, além do Oceano Atlântico a sudeste. É dividido em 645 municípios e tem uma área total de 248.219,485 km² (IBGE, 2022a), o que equivale a 2,9% da superfície do Brasil, sendo pouco maior que o Reino Unido. Com 45,1 milhões de habitantes (Fundação SEADE, 2023.), é o estado mais populoso do Brasil, a terceira unidade política mais populosa da América do Sul e a subdivisão nacional mais populosa do continente americano.

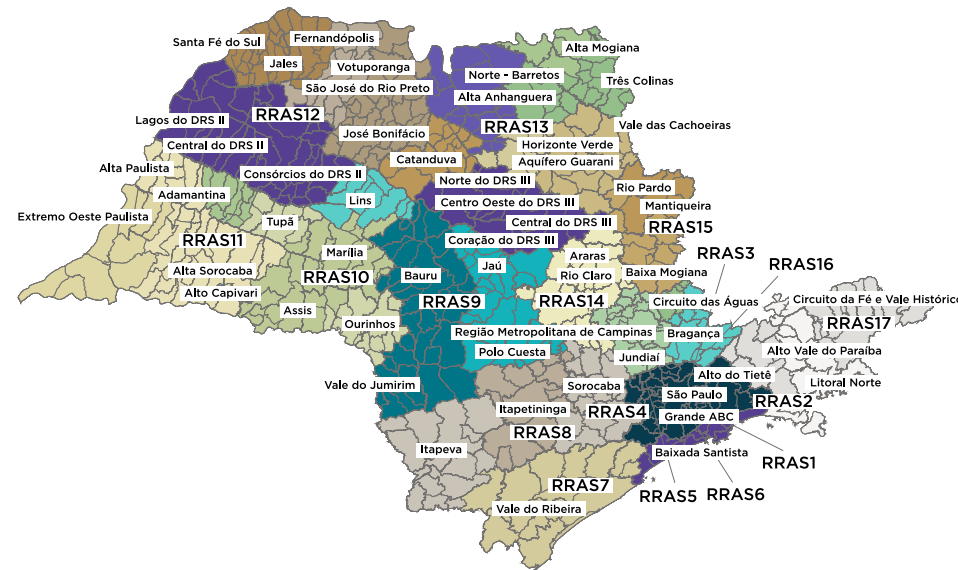
A economia de São Paulo é muito forte e diversificada, possuindo a maior produção industrial e o maior PIB entre todos os estados brasileiros. Em 2020, a economia paulista respondia por cerca de 31,2% do total de riquezas produzidas no país, que se reflete em suas cidades, muitas das quais estão entre as mais ricas e desenvolvidas do país (IBGE, 2020). Além da grande economia, São Paulo é o destino turístico brasileiro mais procurado por turistas nacionais e internacionais em virtude de suas belezas naturais, seu patrimônio histórico e cultural, clima e grande vocação aos setores de serviços, negócios, entretenimento, moda, cultura, lazer, saúde, educação e diversos outros. Possui bons índices sociais em comparação aos registrados no restante do país, com o segundo maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (Ipea, 2020), o segundo maior PIB per capita (IBGE, 2022).

No que se refere à divisão político-territorial, a população do Estado é distribuída por 645 municípios, dos quais a maioria constitui-se de pequenos municípios (271 com menos de 10 mil habitantes), sendo que maioria da população (75,9%) se concentra em apenas 79 municípios com mais de 100 mil habitantes, entre os quais nove municípios com mais de 500 mil habitantes e 41,7% do total da população do Estado (IBGE, 2022a).

Por outro lado, conforme relatado no Plano Estadual de Saúde, 2023.-2027, o estado conta com seis regiões metropolitanas que concentram a maioria da população, atingindo 32,8 milhões de habitantes, e representando 72,6% do total. Estas regiões são importantes para o desenvolvimento econômico do Estado, com grande riqueza de recursos, mas apresentam também inúmeros problemas sociais e de saúde, como a alta concentração populacional, condições inadequadas de habitação, violência urbana, tráfego intenso, desemprego, uso de drogas, poluição, além de concentrar parte importante de unidades de saúde de referência, que atendem aos pequenos municípios. Estas características da divisão político-territorial do Estado, associadas ao envelhecimento da população e a modificação dos padrões de morbimortalidade, continuam representando desafios importantes para o sistema público de saúde quanto à estruturação adequada da rede de serviços eficiente e de qualidade para assistência integral aos problemas crônicos de saúde, em especial na atenção básica em saúde (São Paulo, 2023c).

O município de São Paulo, capital do estado homônimo e principal centro financeiro, corporativo e mercantil da América do Sul é a cidade mais populosa do Brasil, com aproximadamente 12 milhões de habitantes. A metrópole possui o 23º maior PIB do mundo, representando, isoladamente, 11% de todo o PIB brasileiro, 34% do PIB do estado (IBGE, 2020a). O município possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) muito alto (0,805), porém, a distribuição não é homogênea. Os distritos mais centrais em geral apresentam IDH superior a 0,9, gradualmente diminuindo à medida que se afasta do centro, até chegar a valores de cerca de 0,7 nos limites do município (IPEA, 2020).

Figura 52 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado de São Paulo



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

Regionalização e o PRI no estado de São Paulo: permanente construção

O estado de São Paulo possui 645 municípios e no ano de 2001, a partir da NOAS, foi elaborado o primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR), com a definição de 65 microrregiões de saúde, num desenho muito semelhante às antigas estruturas da SES, denominadas Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS), extintos em 1995.

No ano de 2007, na adesão do estado ao Pacto Pela Saúde, assumindo o compromisso de apoiar e coordenar o novo processo de regionalização, foram realizadas oficinas regionais para revisão das regiões de saúde, constituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e o fortalecimento do planejamento regional. A definição das 63 regiões de saúde, estabeleceu alguns critérios como contiguidade, identidade cultural, número de municípios e tamanho da população, resolubilidade da região na média complexidade, com análise dos fluxos instituídos; e flexibilidade, conforme realidade local. Em sua concepção, a oferta de serviços assistenciais não foi critério determinante, mas utilizada como balizadora do processo, que instituiu um novo Plano Diretor de Regionalização (PDR), conformando 64 Regiões de Saúde, com seus respectivos Colegiados de Gestão Regionais, entendidos como o local privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas entre as esferas de governo para aquele território (Deliberação CIB/SP n.º 153/2007). No final do ano de 2007, foi desencadeado o processo da implantação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) de forma descentralizada, e com trabalho intenso dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), a PPI foi finalizada em outubro de 2008 trazendo muitos avanços nas instâncias regionais de pactuação.

Com vistas à implantação das Redes de Atenção à Saúde, proposta pela Portaria GM n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010 foi formado um Grupo Bipartite, com o objetivo de organizar as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, garantindo a integralidade do cuidado, num determinado território. O Grupo Bipartite elaborou um Termo de Referência definindo conceitos, critérios, premissas e estratégias para a construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo (RRAS).

O Termo de Referência, considerou como primeiro passo para a construção de uma Rede de Atenção à Saúde a definição de território e população de abrangência, a partir dos critérios estabelecidos, tais como: suficiência na atenção básica, média complexidade e parte da alta complexidade; garantia de economia de escala, abrangência populacional entre 1 e 3,5 milhões de habitantes. Além disso, optou-se pela manutenção do território das regiões de saúde. Partindo do Termo de Referência foram realizadas oficinas regionais com todos



Suficiência na
atenção básica



Garantia
de economia
de escala

os municípios do estado para o reconhecimento e validação do desenho preliminar proposto, e para um alinhamento conceitual dos critérios, premissas e estratégias delineadas. Após a realização das oficinas, o estado aprovou o desenho final das 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) do Estado de São Paulo, formalizado pela Deliberação CIB/SP n.º 36, de 21 de setembro de 2011. Dado que a Rede Regional de Atenção à Saúde é composta por uma ou mais regiões de saúde, foi necessário a criar um espaço de governança bipartite para exercer a gestão regional desta rede, denominado Comitê Gestor da Rede (CG-Rede), composto por representantes municipais e estaduais de cada região de saúde, sob a coordenação da Secretaria Estadual de Saúde. Os objetivos inicialmente traçados para o CG-Rede foram: elaboração do diagnóstico da capacidade instalada, fluxos de referência, estabelecer fluxos de referências com os recursos assistenciais existentes e as pactuações com as demais RRAS, coordenar a definição do desenho e fluxos das redes temáticas em sua área de abrangência, promover adequações nos perfis assistenciais, estabelecer mecanismos de regulação assistencial, realizar avaliação e elaborar um Plano de Diretor de Investimento.

A partir de 2012, inicia-se no estado um processo de discussão do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), pelos gestores municipais e estaduais. Na ocasião foram realizadas oficinas regionais, no intuito de construir o Mapa da Saúde, para identificar a distribuição geográfica dos recursos humanos e das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e iniciativa privada, sem, no entanto, construir um processo de planejamento integrado.

O projeto Regionalização chegou no estado de forma tardia, a partir da retomada da discussão da regionalização no estado, em 2023. O projeto inicial do estado focava prioritariamente a questão do acesso às ações e serviços de saúde, mas já continha elementos significativos para a construção do PRI. Com a entrada do projeto, na perspectiva de alinhamento com as discussões nacionais, a definição de prioridades sanitárias foi incluída nas discussões regionais, e consequentemente a discussão da rede de atenção integral à saúde, a partir das necessidades de saúde de cada território regional, ampliando o olhar, para além das questões de acesso já incluídas no projeto inicial do estado.

O projeto inicial do estado focava prioritariamente a questão do acesso às ações e serviços de saúde, mas já continha elementos significativos para a construção do PRI.

A Resolução CIB n.º 15, de 28 de março de 2023, cria o Grupo Condutor Estadual e o início das discussões sobre aprimoramento da regionalização. Na retomada do processo em São Paulo, as discussões trouxeram uma grande preocupação com a fragmentação do sistema de saúde, a partir do processo de municipalização, gerando problemas no desempenho geral do sistema, fragilidades na coordenação do cuidado nos diferentes níveis de atenção, incoerência entre a demanda e oferta de serviços, e consequentemente inúmeros problemas de acesso e entraves importantes para a integralidade da atenção, em tempo oportuno.

Nesse sentido, foram realizadas oficinas em cada macrorregião de saúde (RRAS), no intuito de identificar os principais problemas de saúde e acesso, em cada região de saúde, e superar a fragmentação na gestão do Sistema Regional, construindo acordos entre os gestores municipais e a gestão estadual, que possibilitem um Sistema Único Regional de Saúde, inclusive com uma Regulação Unificada e Regionalizada. O primeiro ciclo de oficinas ocorreu no período de maio a outubro de 2023, em todo o estado, com a participação de todos os municípios, Departamentos Regionais de Saúde, Cosems e nível central da SES. Nas oficinas macrorregionais, o estado traz como uma inovação, a inclusão dos prestadores de serviços nas discussões, de modo a ampliar a discussão entre os todos os atores que influenciam na dinâmica da provisão de serviços de ações de saúde.

No primeiro ciclo de oficinas foram discutidos os antecedentes da regionalização no estado e a retomada da discussão em 2023. A partir da análise de situação de saúde e da rede, bem como de formulários enviados aos gestores municipais, estaduais e conselhos de saúde, foram identificados em cada região de saúde os principais problemas de saúde e elencadas as estratégias de enfrentamento na atenção primária, atenção especializada, sistemas logísticos e atenção hospitalar. Num segundo momento, cada região de saúde elencou seus principais problemas de acesso a consultas e exames especializados, e respectivas estratégias de superação. Na discussão da assistência hospitalar foi incentivada a identificação de Hospitais de Pequeno Porte (HPP), e a discussão de sua sustentabilidade técnica e financeira, bem como a possibilidade de ampliação ou mudança de perfil assistencial. Por fim, a oficina estimulou também a identificação de leitos desativados, de gestão municipal e estadual, nas regiões de saúde, de modo a balizar a alocação de recursos financeiros pelos gestores. Na definição das estratégias, a metodologia proposta também previu a identificação dos responsáveis pelas estratégias elencadas (Municípios, Estados ou ações de cooperação regional), de modo a orientar os instrumentos de planejamento municipais e estaduais. Para a sistematização das atividades prévias, discussão das oficinas regionais e atividades de dispersão, 2 matrizes foram elaboradas pelo Grupo Condutor Estadual, de modo a balizar a discussão nas regiões e permitir um alinhamento no registro das discussões em cada região de saúde em suas respectivas macrorregiões de saúde (RRAS).

Ao término do primeiro ciclo de oficinas, atividades de dispersão foram desencadeadas em cada região de saúde/CIR, com o intuito de finalizar o processamento dos demais problemas apontados em cada território e propor as respectivas estratégias de enfrentamento. O segundo ciclo de oficinas, será realizado no início de 2024, e terá como objetivo a devolutiva das regiões de saúde, dos problemas processados e das estratégias construídas para superar os problemas identificados. Além disso, a partir da publicação da "Tabela SUS Paulista", como proposta de cofinanciamento estadual para hospitais filantrópicos, a oficina 2 reunirá gestores e prestadores de saúde, na construção de propostas de alocação dos novos recursos, a partir dos problemas identificados pelos atores, no primeiro ciclo de oficinas e discussões regionais.

Para auxiliar na dinâmica dos debates das regiões de saúde nas oficinas macrorregionais, foram contratados pela SES e Cosems mediadores regionais, que conduziram as discussões entre os municípios e representações da SES, em cada região de saúde. Além disso, os mediadores regionais foram responsáveis pela condução de atividades de dispersão com os atores das regiões, de modo a complementar a atividade iniciada no primeiro ciclo de oficinas.



Na customização do projeto no estado foram contratados 15 “mediadores da macrorregião”, com a proposta de produzir a análise e organização das informações da situação de saúde e da capacidade instalada; prioridades sanitárias e estratégias de enfrentamento aos problemas elencados e discutidos nas macrorregiões, para apoiar o conjunto de atores institucionais da macrorregião na construção dos Planos Regionais de Saúde, no processo de Planejamento Regional Integrado (PRI). Os mediadores foram alocados em cada macrorregião/RRAS do estado e, a partir da consolidação de todo o material discutido nas oficinas e atividades de dispersão, bem como da articulação com os mediadores regionais, produzirão em cada macrorregião um relatório final abrangendo a organização das informações da situação de saúde e da capacidade instalada, prioridades sanitárias e estratégias de enfrentamento aos problemas elencados nas macrorregiões, para apoiar o desenvolvimento do processo do Planejamento Regional Integrado.

A experiência do Grupo Condutor Estadual: avanço na regionalização, pacto e integração²⁴

O estado de São Paulo retoma a discussão da regionalização em 2023, com um projeto de grande força política, e apoio intensivo do governador do estado e prefeitos dos municípios paulistas. É importante salientar que esses movimentos não começaram com a chegada do projeto, mas sim, foram sendo construídos de forma pactuada entre a Secretaria de Estado da Saúde, Cosems e a Superintendência Estadual do Ministério da Saúde. Na retomada da discussão da regionalização no estado, em 2023, o Grupo Condutor Estadual, teve um papel relevante na construção de consensos e ferramentas para o desenvolvimento das discussões regionais. O diagnóstico da situação de saúde e da rede de cada região de saúde foi elaborado pela SES e COSEMS e discutido com os atores de cada região de saúde nas oficinas macrorregionais.

²⁴ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

Dentre as experiências mais significativas da regionalização no estado, o movimento realizado no Pacto pela Saúde em 2007/2008, foi considerado um grande passo para o avanço da regionalização no estado, na construção das regiões de saúde com a participação efetiva de todos os municípios e a criação dos Colegiados de Gestão Regional, além da Programação Pactuada e Integrada, que não teve atualizações significativas ao longo dos anos. Outra experiência citada pelo GCE foi a constituição das macrorregiões de saúde, em 2011, denominadas de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), e seu respectivo Comitê Gestor (CG-Rede), como um importante processo para o aprimoramento da integralidade do cuidado e na ocasião, para o fortalecimento dos atores na construção dos Planos de Ação das Redes Temáticas. No entanto, identificam-se ainda fragilidades na continuidade do cuidado, derivados na fragmentação da gestão e regulação do acesso, e a necessidade de repensar as diretrizes para um modelo de governança regional mais resolutivo, com o empoderamento dos atores para a construção ascendente do Planejamento Regional Integrado e a garantia de seu desenvolvimento em cada RRAS.

Na retomada do processo de regionalização, a pactuação entre os três entes federados na condução do processo e a adesão de todos os atores envolvidos (MS, SES, COSEMS, DRS, prestadores, gestores e técnicos municipais), o diálogo e a escuta nas macrorregiões, são experiências efetivas de construção de um PRI ascendente e participativo.

A adesão, ainda que tardia, do Estado de São Paulo ao PROADI foi considerada positiva, na contribuição das propostas elaboradas pelo Grupo Condutor Estadual, a partir de experiências vivenciadas de outros estados e discussões trazidas pelo Grupo Executivo do projeto, contribuindo para a construção de um processo ascendente e participativo. Num segundo momento, a expectativa é a contribuição dos mediadores macrorregionais para organização dos produtos das oficinas, num modelo que possa contribuir com o processo de Planejamento Regional Integrado e a construção das diretrizes, objetivos, metas e indicadores em cada macrorregião.

Na visão do Grupo Condutor Estadual, a discussão da regionalização, reiniciada em 2023, a partir das oficinas macrorregionais foi um importante momento de escuta dos atores que atuam no território e de retomada dos espaços macrorregionais de diálogo entre gestores e estabelecimentos de saúde do território. Esse movimento pode impactar positivamente no fortalecimento das discussões nas Comissões Intergestores Regionais, legitimada como espaços permanentes de discussão e pactuação. Com isso, evidencia-se a importância do papel gestor regional, na identificação dos principais problemas de saúde e acesso da população e a construção compartilhada de estratégias para o enfrentamento dos problemas, de modo a contribuir com o aprimoramento das Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado.

Os principais desafios apontados para a institucionalização da regionalização no Estado de São Paulo discorrem sobre o aprimoramento da organização da RAS, considerando a desigualdade na oferta nas regiões de saúde; o fortalecimento da atenção primária à saúde e integração de ações de vigilância em saúde; a programação e definição de fluxos e referências assistenciais regionais; a construção de modelos de regulação, a partir de protocolos de acesso, com critérios de vulnerabilidade, e que permitam um melhor monitoramento da oferta e demanda; a redefinição de perfis assistenciais dos pontos de atenção da rede e revisão dos contratos assistenciais. Além disso, foram apontados como desafios o subfinanciamento do SUS, a falta de apoio financeiro para custear os serviços municipais e a identificação de vazios assistenciais que possam orientar a alocação efetiva de recursos das três esferas. Por fim, a própria organização federativa tripartite do SUS, e as constantes mudanças políticas foram apontadas como grandes desafios a serem enfrentados na institucionalização do processo de Planejamento Regional Integrado. Ao compreender e reconhecer esses aspectos, pode-se direcionar esforços e recursos para abordar efetivamente os desafios e trabalhar para a implementação bem-sucedida do PRI.

Os principais desafios apontados para a institucionalização da regionalização no Estado de São Paulo discorrem sobre o aprimoramento da organização da RAS.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

A discussão da regionalização no Estado de São Paulo, reiniciada em 2023, tem sido importante no fortalecimento da relação interfederativa e na construção de um processo ascendente e participativo, que promova o empoderamento e integração dos atores nas macrorregiões de saúde, na construção de Planos Regionais de Saúde, que possam trazer estratégias efetivas, ao enfrentamento dos problemas de saúde da população.

O processo atualmente retomado no Estado de São Paulo tem um longo caminho a ser trilhado nos próximos anos, de modo a promover a integração efetiva dos atores nas macrorregiões e regiões de saúde, na construção de um processo de Planejamento Regional Integrado que traga impacto efetivo na organização da rede assistencial e na superação da fragmentação do cuidado em saúde, em busca do acesso universal, equânime, integral, e em tempo oportuno, da assistência à saúde à população paulista, efetivando assim, os princípios do Sistema Único de Saúde. A reativação dos Comitês de Governança da RRAS, a partir da Deliberação CIB n.º 87, de 06 de setembro de 2023, pode ser um primeiro passo para a institucionalização da regionalização no estado, na construção de ciclos permanentes de planejamento e monitoramento em cada macrorregião, de modo a balizar a alocação de recursos dos 3 entes e orientar a organização da Rede de Atenção à Saúde.

De acordo com o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMS, São Paulo embora tenha aderido ao PROADI tardiamente alcançou até a fase três do Projeto. Esta fase corresponde à etapa três do PRI. Nesse processo verificou-se uma série de desafios os quais foram, desenvolver as ações previstas para cada fase do projeto para apoiar o estado no processo do PRI, em curto período de tempo, alinhamento entre as instâncias envolvidas com a agenda e a interlocução com as diretrizes metodológicas do projeto. Por outro lado, diversas potencialidades foram vislumbradas, como a contribuição do projeto para as iniciativas de retomada da regionalização a partir das ações formuladas pelo Grupo Condutor Estadual, utilizando das experiências vivenciadas de outros estados e discussões trazidas pelo Grupo Executivo do projeto, o que podem ser vistas como fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.



Território Vivo

Sergipe

Cinthia Cristo

Anderson Dias

Cristina Magnabosco

Sergipe, localizado na região Nordeste do Brasil, é o menor estado brasileiro em termos de área territorial, mas possui uma população de cerca de 2,3 milhões de habitantes, concentrada principalmente na capital, Aracaju, e nas cidades vizinhas (IBGE, 2022a). É um estado com características sociodemográficas únicas que refletem sua história e cultura. A maioria da população sergipana é composta por afrodescendentes, influenciando a cultura e as tradições locais, como o folclore e a culinária. Possui uma taxa de urbanização alta, com a maioria da população residindo em áreas urbanas. A população sergipana é conhecida por sua hospitalidade e simpatia, tornando a região um destino atraente para turistas.

Com cerca de 2,3 milhões de habitantes, a maioria da população sergipana é composta por afrodescendentes, influenciando a cultura e as tradições locais.

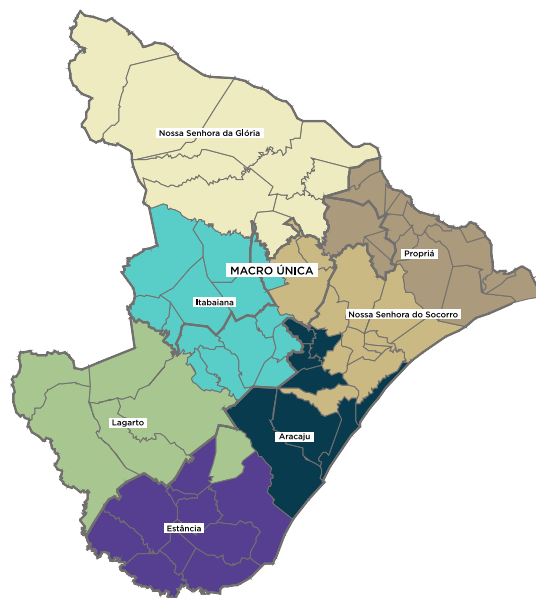
O clima é predominantemente tropical, com temperaturas elevadas ao longo do ano e uma estação chuvosa de inverno. A economia de Sergipe é diversificada, com destaque para a agricultura, indústria de petróleo e gás, turismo e comércio. A produção de cana-de-açúcar e a extração de sal são atividades tradicionais. A pesca também desempenha um papel importante na economia costeira de Sergipe, com a captura de peixes e camarões sendo atividades significativas. Vale ressaltar, ainda, que o artesanato é uma expressão cultural importante em Sergipe, com destaque para a produção de cerâmica, renda, e objetos de palha.

O estado possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado médio, com esforços contínuos para melhorar a qualidade de vida da população. Possui uma rica cena cultural, com festas populares, como o São João, e eventos culturais que celebram a música e a dança regional. A religião católica tem uma forte presença em Sergipe, mas também há uma diversidade de outras crenças religiosas na região. A educação é uma prioridade em Sergipe, com investimentos em escolas públicas e privadas, bem como instituições de ensino superior. A infraestrutura de saúde é composta por hospitais e centros de saúde que atendem às necessidades da população. Já o transporte público é oferecido principalmente por ônibus e táxis, com esforços contínuos para melhorar a infraestrutura viária. A política local é marcada pela participação ativa da população em questões sociais e políticas, refletindo o compromisso cívico da comunidade sergipana.

Regionalização e o PRI em Sergipe: caracterização do estado e chegada do projeto

O estado de Sergipe está dividido conforme seu Plano Diretor de Regionalização (Lei Estadual n.º 6345/2008 de 02/01/2008) em sete regiões de saúde agregadas em uma única macrorregião. O estado tem uma história na concepção de uma rede de saúde hierarquizada e regionalizada desde o ano de 1982 (Lei n.º 2391/82) usando desde então o termo “interfederativo” nos seus espaços de governança bipartites oficiais.

Figura 53 - Regiões e Macrorregião de Saúde de Sergipe



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

O estado com menor extensão territorial e que “pode ser percorrido em três horas de uma ponta a outra” enfrenta desafios para o “pensar do Planejamento Regional Integrado/PRI”, alguns comuns aos demais Estados e outros particulares do território. Uma das particularidades é que as discussões são concentradas nas regiões de saúde, apesar de o espaço macrorregional ser apenas um, o que contribui para que as especificidades sejam contempladas no planejamento geral.

O PRI foi pactuado através da deliberação do Colegiado Interfederativo Estadual (CIE) n.º 025/2022, onde foram expressas oito premissas para efetivação do processo, sendo elas:

- 1) Que o Planejamento Regional Integrado será ascendente, e devendo ser construído com ênfase na necessidade de reorganização da Rede Interfederativa de Saúde do Estado de Sergipe (RIS) e proposto ao Grupo Condutor do PRI por grupo formado por um representante da SES, um representante da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, um representante do Ministério da Saúde e um representante do COSEM/SE, que, após, será apreciado pelos Colegiados Interfederativos das sete regiões de saúde do Estado de Sergipe, tudo com o apoio das equipes do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC);

- 2) Que a agenda do PRI deverá seguir agenda pactuada pelo Colegiado Interfederativo Estadual, em consonância com o desenvolvimento do Projeto de Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde no triênio 2021-2023;
- 3) Que a reorganização da Rede Interfederativa de Saúde-RIS do Estado de Sergipe deve primar pela garantia da Atenção Primária em Saúde como ordenadora e coordenadora do cuidado e responsável primária pelo acompanhamento do paciente na RIS;
- 4) Que, salvo pactuação expressa, a reorganização da Rede Interfederativa de Saúde-RIS do Estado de Sergipe não acarretará desfinanciamento de nenhum dos entes federados;
- 5) Que a reorganização da Rede Interfederativa de Saúde-RIS do Estado de Sergipe não acarretará perda ou diminuição da governança de cada ente federado sobre sua rede própria, salvo por concessão expressa do respectivo Gestor nesse sentido;
- 6) Que a reorganização da Rede Interfederativa de Saúde do Estado de Sergipe deverá conformar-se em uma única macrorregião interfederativa que abrange todo o território estadual e se conforma e se organiza horizontalmente de maneira intermunicipal e inter-regional segundo Plano Diretor de Regionalização - PDR

vigente, integrada e poliárquica, segundo as capacidades instaladas sob gestão de cada ente federado, nos limites de suas disponibilidades financeiras e observando as suas atuais responsabilidades sanitárias;

- 7) Que o aumento ou incremento das atuais responsabilidades sanitárias de cada ente federado na reorganização da RIS só pode ocorrer se ao ente executante for garantido o correlato financiamento real desse aumento;
- 8) Que a abertura ou contratualização de novos serviços nas redes de saúde de cada ente federado em desacordo com o PDR ou com o Mapa Sanitário do Estado de Sergipe devem ser financeiramente suportadas pelo ente que o contrata ou abre, salvo se previamente houver deliberação de cofinanciamento a ele destinado.

Regionalização e o PRI em Sergipe: o processo do Planejamento Regional Integrado e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceu suporte técnico - metodológico para a elaboração e customização das fases, de acordo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. Participaram do apoio uma articuladora e um assessor matricial, que narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando potências e os desafios do processo do PRI no estado de Sergipe. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na figura 54.

Figura 54 - Facilitação gráfica Sergipe





Regionalização e o PRI em Sergipe: a experiência do Grupo Condutor Estadual²⁵

Sergipe tem enfrentado uma importante mobilização dos atores envolvidos no processo de regionalização para a elaboração do PRI. Conforme relatado pelos membros do GCE, esse efetivo envolvimento dos diversos atores com o processo de regionalização em saúde e com o PRI é o aspecto mais significativo da vivência no projeto. Foi ressaltado que as experiências anteriores de apoio com as práticas de planejamento em saúde, iniciada em 2019 por meio do projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual (executado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) no âmbito do PROADI-SUS) tiveram papel importante no que diz respeito à compreensão da necessidade de um planejamento em saúde que seja dinâmico e aceito por todas as esferas governamentais. Isso sugeriu a adoção de um compromisso sistemático com a cooperação entre os diferentes níveis de governo na busca por soluções de saúde eficazes.

Foram destacadas como significativas também várias ações relacionadas à regionalização em saúde, incluindo o aprimoramento do conhecimento dos territórios regionais para a construção do mapa sanitário do Estado, a mobilização dos gestores para participar dos espaços de governança, a identificação das necessidades de saúde em cada região e o estímulo à implantação/implementação de programas e serviços nas regiões de saúde, bem como o estímulo à regionalização em si.

Em geral, o projeto desempenhou um papel fundamental na promoção da colaboração entre os entes federados, na validação das decisões coletivas e na conscientização sobre a importância do planejamento integrado e da regionalização dos serviços de saúde em Sergipe. Fortaleceu inequivocamente a articulação entre os entes federados, como as Secretarias Municipais de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde. Isso se deu por meio da identificação e priorização de problemas sanitários, da elaboração e análise da situação de saúde e da elaboração ascendente de um planejamento que se concentra nas condições e determinantes de saúde sob uma perspectiva macrorregional. Portanto, uma das principais contribuições foi a promoção da cooperação entre os diferentes níveis de governo na busca por soluções de saúde.

²⁵ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

O projeto atuou como um catalisador, moderador e elo de validação para os entendimentos coletivos, desempenhando um papel importante na facilitação das discussões e na validação das decisões tomadas em conjunto pelos entes federados. Essa função de mediador ajudou a garantir que o planejamento fosse amplamente aceito e legitimado por todas as partes envolvidas. Despertou nos entes federados a importância do planejamento integrado e da regionalização dos serviços de saúde, contribuindo para o fortalecimento das decisões políticas, o que, por sua vez, promoveu a integração das redes de atenção à saúde. Essa contribuição foi fundamental para melhorar a coordenação e a eficácia dos serviços de saúde no âmbito regional, garantindo um atendimento mais eficiente e abrangente para a população.

Os principais aprendizados alcançados com o projeto, que foram destacados pelos membros do GCE e que podem impactar em mudanças nos processos de trabalho foram os seguintes:

O projeto atuou como um catalisador, moderador e elo de validação para os entendimentos coletivos, desempenhando um papel importante na facilitação das discussões e na validação das decisões tomadas em conjunto pelos entes federados.

- **Importância da escuta ativa e do trabalho articulado e participativo** - isso pode impactar em mudanças nos processos de trabalho ao promover uma abordagem mais colaborativa e orientada para as necessidades reais das comunidades, partindo do nível municipal e regional para abranger toda a macrorregião. A experiência adquirida com o Projeto Proadi-Regionalização e a construção do Plano Regional Integrado representa um valioso processo de educação permanente em saúde, destacando-se a relevância da participação ativa das partes interessadas no processo de planejamento em saúde.
- **Necessidade de otimizar recursos e a conscientização de que os recursos são limitados** - isso pode impactar em mudanças nos processos de trabalho ao incentivar a busca por eficiência e eficácia na alocação de recursos, garantindo que sejam direcionados para as áreas de maior necessidade e impacto, podendo levar a uma reavaliação das prioridades e à implementação de práticas mais sustentáveis no sistema de saúde.
- **Fortalecimento da relação interfederativa e ao apoio ao processo de implementação da regionalização da saúde** - isso pode impactar em mudanças nos processos de trabalho ao promover uma maior colaboração entre os diferentes níveis de governo e a integração das redes de atenção à saúde nas regiões. Além disso, o apoio técnico nos espaços de governança e a análise de dados para subsidiar a tomada de decisão podem resultar em uma gestão mais informada e direcionada para melhorar a saúde da população.

Em resumo, os principais aprendizados ressaltam a importância da colaboração, otimização de recursos, relação interfederativa e o uso de dados para subsidiar a tomada de decisão. Esses aprendizados podem influenciar positivamente em mudanças efetivas nos processos de trabalho, tornando-os mais eficazes e orientados para as necessidades reais da saúde pública.

Quando questionados sobre os principais desafios para a institucionalização do PRI em Sergipe, os membros do GCE foram enfáticos em destacar questões relacionadas ao financiamento, à cultura organizacional, às limitações financeiras, às decisões políticas, à integração das redes de atenção à saúde e à necessidade de reestruturação da infraestrutura de saúde regional. Superar esses desafios será essencial para o sucesso do plano e para melhorar o sistema de saúde no estado.



Otimização
de recursos



Uso de dados
para subsidiar
a tomada
de decisão

Quanto ao financiamento e à manutenção de uma abordagem articulada e ascendente que comece sempre a partir do nível municipal, foi mencionado que a escassez de recursos pode dificultar a implementação e a manutenção das ações planejadas no PRI. Isso pode afetar a capacidade de fornecer serviços de saúde de qualidade, segundo as necessidades da população. Será preciso superar a cultura verticalizada do planejamento em saúde, que tende a prevalecer. O projeto Regionalização contribuiu para promover o trabalho coletivo e participativo, o que pode ajudar a mitigar esse desafio.

No que tange à fragilização das decisões políticas relacionadas à saúde e à falta de integração das Redes de Atenção à Saúde, fica patente a necessidade de revisão da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e a reestruturação da rede hospitalar regional para enfrentar a presença de vazios assistenciais especializados em algumas regiões e a concentração da capacidade assistencial na capital do Estado. Esses desafios, se não vencidos, podem dificultar a implementação eficaz do PRI e a entrega de cuidados de saúde adequados em todas as áreas do estado.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

Sergipe apresentou progresso significativo no desenvolvimento do processo de PRI, não somente pelo cumprimento das etapas previstas no projeto (a análise histórica da regionalização, diagnóstico do estágio do PRI, a elaboração da ASIS, elaboração da RAS e a definição do elenco de diretriz, objetivos e metas do plano regional), mas, sobretudo, porque os atores envolvidos demonstraram capacidade de realizar tudo isso de forma cooperativa e participativa, promovendo o diálogo e a construção de consensos em busca das melhores práticas de planejamento ascendente.

O olhar mais apurado para as narrativas dos atores que participaram efetivamente do desenvolvimento do projeto em âmbito local, deixa claro que essa ampla participação favoreceu o protagonismo do território nas principais decisões sobre como o projeto deveria ser conduzido, implicando numa importante singularidade desse processo, o que foi fundamental para respeitar “os tempos” políticos e técnicos que se apresentavam, garantindo que a legitimidade esperada para o processo fosse efetivamente alcançada.

Em que pese os sólidos avanços destacados, importantes desafios se apresentam para esse potente conjunto de atores: a implementação do plano regional deverá enfrentar a sempre difícil discussão sobre o financiamento dos serviços da RAS e a histórica concentração destes na capital. Manter o espírito de cooperação e fomentar uma participação ampliada dos municípios, poderá ser fator crítico de sucesso nesse contexto.

Segundo o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, Sergipe alcançou até a fase cinco do Projeto. Esta fase corresponde à etapa quatro do PRI, com a construção das Diretrizes, metas e indicadores - DOMI que foi detalhada a partir da definição das Prioridades Sanitárias – Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Nesse processo verificou-se uma série de desafios como a priorização das ações do PRI nas agendas gestoras e a conformação da governança. Entretanto, foram identificadas diversas potencialidades, tais como a disposição das equipes técnicas das três esferas de Governo, o que pode ser considerado crucial para a sustentabilidade da regionalização no estado.

O olhar mais apurado para as narrativas dos atores que participaram efetivamente do desenvolvimento do projeto em âmbito local, deixa claro que essa ampla participação favoreceu o protagonismo do território nas principais decisões sobre como o projeto deveria ser conduzido, implicando numa importante singularidade desse processo.



Território Vivo

Tocantins

Hélio Neves

Edivânia Lúcia A. S. Landim

Valdemar Murakami

O estado do Tocantins localiza-se na Região Norte do país, possui 139 municípios e 1.511.459 habitantes (IBGE, 2022a), aumento de 9,25% em relação a 2010. Com 277.423,627 km², apresenta baixa densidade demográfica (5,45 hab./km²) e muitos municípios de pequeno porte, sendo Palmas e Araguaína, respectivamente, com 302.692 e 171.301 habitantes, as maiores cidades e polos das suas duas Macrorregiões de Saúde.

Tabela 13 - Número de municípios do Tocantins segundo população (IBGE, 2022a)

População (habitantes)	Frequência
Palmas (302.692)	1
Araguaína (171.301)	1
50.001-100.000	3
20.001-50.000	4
10.001-20.000	19
5001-10.000	31
2.501-5.000	54
2.001-2.500	13
Até 2.000	13

Fonte: IBGE, 2022a.

Somam-se à dimensão territorial, dispersão populacional e predominância de municípios de pequeno porte, as grandes distâncias a percorrer em precárias vias terrestres em algumas partes do estado, como também a insuficiente estrutura do transporte sanitário. Essas condições culminam por dificultar o acesso da população – sobretudo de quem reside nas localidades mais recônditas – aos serviços/equipamentos de saúde de maior densidade tecnológica, concentrados em Palmas e Araguaína.

Tocantins ocupa a 12ª posição no ranking nacional do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), com nota 0,74[i] e possui 7,2% de pessoas analfabetas com 15 anos e mais, com taxa superior à média nacional de 5,6%[ii]. Os indicadores sociais, inclusive de acesso à atenção à saúde, refletem as condições de vida e saúde, com expectativa de vida ao nascer no estado de 74,2 anos, inferior à do país: 76,6 anos (IBGE, 2022a). A Taxa de Mortalidade Infantil em 2021 foi 12,6/1000nv, 14º. Posição no ranking nacional, com 11,9/1.000nv no país (MS/SVS/CGIAE – SIM/SINASC, consultado em 2/9/23).

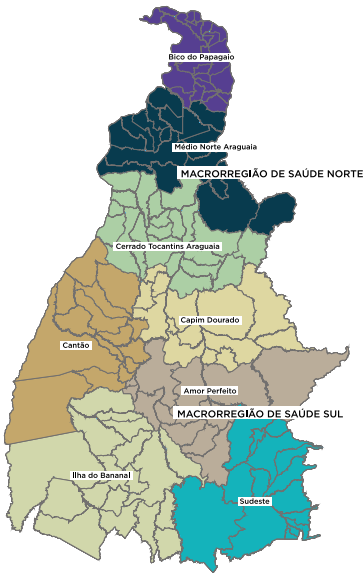
Histórico da regionalização da saúde no Tocantins

Seguindo as normas editadas neste Século XXI, a regionalização no Tocantins nasceu com a sua constituição como Unidade Federativa em 1988, e instituiu 10 regiões de saúde em 1989. Desde o ano 2000 o estado passou por quatro processos de organização regional e das atribuições das instâncias de gestão e de governança em saúde, com sucessivas modificações nos limites geográficos das regiões e dos municípios que as compõem. Em 2002 havia duas Macrorregiões de Saúde (MRS), seis Microrregiões e 20 Módulos Assistenciais.

Em 2008, com o Pacto pela Saúde, o estado organizou-se em 15 Regiões de Saúde, reduzidas a oito em 2014. Em 2018, seguindo a Resolução CIT 37[i], define duas Macrorregiões de Saúde (Centro Sul e Norte) e oito Regiões de Saúde.

A MRS Norte, com 64 municípios e 686.553 habitantes, contém três Regiões de Saúde: Bico do Papagaio, Médio Norte Araguaia e Cerrado Tocantins Araguaia. Araguaína é a cidade com o maior número de habitantes (171.301 hab.), estando a 317 km e a 4h53m de Esperantina (7.530 hab.) e a 284 km e 4h25m de São Sebastião do Tocantins (4.100 hab.), situadas na divisa com o Pará e Maranhão, respectivamente.

Figura 55 - Regiões e Macrorregiões de Saúde do Tocantins



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Tabnet do DataSUS, 2023.

A MRS Centro Sul, com 75 municípios e 920.810 habitantes (IBGE 2022), contém cinco Regiões de Saúde: Cantão, Capim Dourado, Amor Perfeito, Ilha do Bananal e Sudeste. Taguatinga, com 14.011 habitantes, está situada a 462 km e 7h09m de distância de Palmas, a capital do Estado, e concentra os serviços de saúde de maior densidade tecnológica.

O projeto Regionalização no Tocantins

Tocantins aderiu ao projeto Regionalização em maio de 2021 e logo a Secretaria de Estado da Saúde (SES) constituiu o Grupo Condutor Estadual (CGE), com a Portaria SES/GASEC 289/21, realizando em setembro de 2021, remotamente, as primeiras atividades do Planejamento Regional Integrado. As atividades presenciais iniciadas em 2021 impulsionaram o projeto, com os contornos trazidos pela participação dos três entes federados. Foram revisadas atividades referentes à Portaria GM/MS n.º 1812/20[i], que aportou recursos para a regionalização da saúde. Apesar da forte interdependência das esferas governamentais, a interação era frágil, e se encorpou com as atividades do PRI, de alinhamento de expectativas e percepção da complementaridade dos entes federados, favorecendo o planejamento ascendente, participativo e com assunção de responsabilidades compartilhadas. O desenvolvimento do PRI no território deu início à ideiação comum da governança cooperativa do SUS, essencial para sustentar o processo, mesmo em períodos de insegurança institucional decorrentes das instabilidades organizacionais e da ocorrência de uma reforma administrativa.

O fortalecimento da governança cooperativa do SUS, juntamente com a capacidade técnica e operacional da equipe da SES/TO, possibilitou reconfigurar a composição e competências do Grupo Condutor Estadual (GCE) e criar os Grupos de Trabalho Macrorregionais (GTM), com participação de representantes das áreas técnicas da SES; gestores e técnicos dos municípios; Serviço de Articulação Participativa e Interfederativa (SEINP)/Superintendência

Estadual do Ministério da Saúde (SEMS); Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); Diretoria Executiva e Apoiadores do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e Conselho Estadual de Saúde (CES).

Com os novos arranjos organizacionais do PRI instituídos, deu-se início ao diagnóstico situacional da regionalização da saúde no estado. Foi adaptado e aplicado instrumento de pesquisa proposto pela CIT, com sinalização da existência de vazios assistenciais nos três níveis de atenção à saúde; fragilidade na distribuição e fixação de profissionais nos locais mais recônditos e de especialistas nos serviços de atenção especializada; alto custo de manutenção dos hospitais de pequeno porte para os municípios; fragilidades nos sistemas de apoio e logísticos; insuficiente financiamento da saúde; recursos de emendas parlamentares em contradição com as necessidades de saúde.

A Análise da Situação de Saúde (ASIS) reafirma os achados acima e estabelece como prioridades sanitárias o enfrentamento da mortalidade materna infantil, baixas coberturas vacinais, causas externas, hanseníase, doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (neoplasias, DM, HAS, IAM, AVC) e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). A sua elaboração ocorreu de forma ascendente-descendente e tripartite. Também foi incorporada a questão da saúde indígena. Oito oficinas nas Regiões de Saúde, seguidas por duas oficinas macrorregionais, validação pelas CIR e pelo GCE e aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Trabalhar por região de saúde foi essencial para reconhecer a abordagem particular dos territórios, com suas características históricas e sociais, desafios políticos, recuos e desconfiças.

Pode-se considerar que ocorreu qualificação da priorização dos problemas de saúde em um planejamento ascendente, participativo; que aumentou a confiança dos agentes no processo do PRI; que foi fortalecida a governança do SUS e a gestão cooperativa dos três entes federados; que aumentou a capilaridade das discussões e a transferência de conhecimento e tecnologias entre técnicos das três esferas de governo.

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) iniciou com as DCNT, foco em oncologia. Uma Matriz de Competências favoreceu identificar e mapear competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos e nós críticos, considerando fluxos assistenciais, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mirando a integralidade e a longitudinalidade do cuidado. Este exercício embasou a análise das demais prioridades sanitárias, com aporte das áreas técnicas e coordenação da Superintendência de Gestão e Acompanhamento Estratégico da SES-TO.

Uma Matriz de Competências favoreceu identificar e mapear competências dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos e nós críticos, considerando fluxos assistenciais, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mirando a integralidade e a longitudinalidade do cuidado.

Foi proporcionado apoio técnico, teórico-conceitual e metodológico, e disponibilizados dispositivos tecnológicos e ferramentas para elaborar a ASIS, parametrização e programação assistencial para a modelagem da RAS, as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI). Na abordagem pedagógica foram utilizadas metodologias de aprendizagem ativa, adaptadas às particularidades locais, guiadas pelas Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado e pela ideia da Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia político-pedagógica de mudança das práticas de saúde, observada a autonomia e protagonismo, conhecimentos, práticas e saberes dos agentes do território, contexto e especificidades locorregionais.

Regionalização e o PRI no Tocantins: o processo do Planejamento Regional Integrado e a equipe de apoio territorial

A equipe de apoio territorial, composta por articuladores e assessoria matricial dos hospitais parceiros, ofereceu suporte técnico-metodológico à confecção e customização das fases em diálogo com as premissas metodológicas do projeto e o contexto de cada território. A articuladora e o assessor matricial, narraram suas percepções e experiências em quatro eixos, destacando as potências e desafios do processo do PRI no estado de Tocantins. A leitura analítica desses atores pode ser visualizada na facilitação gráfica que segue.

Figura 56 - Facilitação gráfica Tocantins





Território Vivo: a opinião de quem faz²⁶

A escuta de representantes das três esferas de governo no Grupo Condutor Estadual (GCE) mostrou muitas concordâncias e algumas diferenças de opiniões sobre o PRI[1]. Foram citadas como experiências mais significativas do PRI trocar experiências e vivências sobre o contexto e a realidade das regiões; identificar a falta de estrutura, fragmentação ou inexistência de algumas redes; criar ambiente respeitoso de diálogo; articular a interlocução dos três entes no planejamento, nas análises do cenário e no compartilhamento de decisões. Participantes da pesquisa informaram que o processo de regionalização de 2006, no Pacto pela Saúde, resultou na publicação, em 2013, do livro “Regionalização Solidária e Cooperativa, Comissão Intergestores Regional do Tocantins: Uma Construção Histórica”, com foco nas Comissões Gestoras Regionais e no desenho das regiões e macrorregiões. Não foi tripartite, pois não contou com a participação da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde/SEINP.

Foram citadas como principais contribuições o apoio e orientação para a análise da situação de saúde, de extrema importância para o processo de planejamento, com exame da rede que existente no

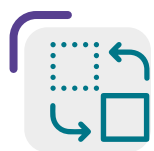
território e projeção da rede necessária, consideradas as atribuições das três esferas de governo, por nível de complexidade. Os respondentes destacaram que fazer a Análise da Situação de Saúde foi muito gratificante, com oficina para a escuta dos participantes e eleição dos indicadores a serem utilizados, seguida de análise preparada pela SES-TO para uso nas oito oficinas regionais realizadas no âmbito das CIR, para identificar e priorizar problemas de saúde nas oficinas macrorregionais, com retorno às CIR, GCE, GTM e, por fim, aprovadas pela CIB.

Uma componente do GCE afirmou que a SES conta com bons técnicos na área do planejamento, mas opera de forma muito centralizada. Salientou ser muito comum a elaboração dos planos municipais por consultores, que não consideram a realidade e não envolvem os gestores, os quais desconhecem, muitas vezes, os instrumentos de planejamento do SUS. Pronuncia-se, então, pela necessidade de envolver e capacitar gestores e técnicos. Opina que o PRI contribuiu nos últimos anos com a articulação e interlocução dos entes federados, o planejamento a partir de necessidades de saúde, ascendente e participativo, com envolvimento dos gestores municipais, Cosems, técnicos das secretarias de saúde e Conselho Estadual de Saúde.

²⁶ Ressalta-se que o texto da presente seção trata de manifestação de opiniões de representantes dos gestores das três esferas e outros agentes presentes no GCE, coletadas por meio de um roteiro de questões, portanto configura-se como espaço onde é possível haver o contraditório, a diferença de opiniões e perspectivas. Os significados atribuídos a cada um dos elementos mencionados podem variar conforme a perspectiva e o contexto de cada respondente. Isso dependerá do contexto específico em que estão inseridos, bem como de seus interesses e prioridades dentro do sistema de saúde.

O apoio ao território na elaboração do PRI tem se dado com muita qualidade, na fala de outra representante do GCE, com metodologias, instrumentos e ferramentas que auxiliam em todas as fases do projeto. As atividades são adaptadas à realidade do território e programadas conjuntamente, sem imposição, com muita escuta e diálogo. Afirmou que os entes participantes assimilaram esta forma de trabalhar em parceria, mesmo com os naturais tensionamentos entre as esferas da federação. Ressaltou que essa forma de atuação favorece a responsabilização dos gestores com a regionalização da saúde. A participante relatou que há uma grande expectativa para a organização das redes de atenção à saúde, sendo este um grande desafio que tem sido enfrentado pelas três esferas de governo, e o projeto Regionalização aumenta a confiança no processo. Com tudo isso, o PRI valorizou os espaços de governança do SUS.

Como aprendizados no Planejamento Regional Integrado, destacou-se a geração de mudanças de práticas, a importância dos métodos, técnicas e ferramentas para planejar, priorizar as necessidades de saúde da população, organizar as redes na macrorregião para a integralidade do cuidado, reforçar a descentralização dos serviços e



Geração
de mudanças
de práticas



Priorizar as
necessidades de
saúde da população

a criação de pontos de atenção que forneçam os serviços essenciais do SUS, consideradas distâncias, infraestrutura, desenho geográfico regional, o que deve orientar a destinação de recursos das emendas parlamentares. Outro destaque é a importância, premência e urgência de ações que confirmem força à Atenção Primária e à governança compartilhada, para haver boa gestão de saúde. Explicitou-se que o planejamento participativo exige a articulação dos três entes, o que já vem ocorrendo, e também do controle social, ainda frágil, que não ocupou esse lugar tão importante no Tocantins. Para uma representante, o modo de fazer a ASIS e a proposta de organização das redes proporcionou grande aprendizado, que impactará diretamente nos indicadores de saúde da população e, não há como retroceder depois dessa experiência.

Os principais desafios para o êxito e institucionalização do PRI consistem na integração dos atores; construção e melhorias das redes; descentralização e reorganização da saúde estadual; superação da fragmentação, considerando estruturas físicas, recursos humanos e financeiros, revisão de tetos físico e financeiro, superação do subfinanciamento do SUS, orientado pela complexidade e características populacionais e das macrorregiões do estado. Defendeu investir em soluções tecnológicas, incluída a teleassistência para alcançar os mais remotos locais e garantir acesso à atenção à saúde; mudar o modelo de atenção à saúde; rever alguns serviços de saúde; consolidar a relação tripartite no Planejamento Regional Integrado, com responsabilidades compartilhadas; cuidar da fixação de pessoal em locais remotos, considerada a dispersão populacional e a elevada proporção da população dependente do SUS.

Pistas da regionalização: caminhos para a sustentabilidade

No estado predominam municípios pequenos, com dificuldades para a fixação de profissionais e organização de uma Rede de Atenção à Saúde suficiente nos três níveis de atenção à saúde. A participação dos gestores municipais nas oficinas aumentou a abertura para o diálogo e as pactuações e participação na articulação interfederativa; ampliou a participação dos gestores municipais e representantes regionais na construção do planejamento de forma ascendente, orientado pelas necessidades de saúde da população; articulou o compartilhamento de informações entre os Projetos 'Regionalização' e 'Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS'; convocou o envolvimento das áreas técnicas da SES na modelagem da rede, com estreitamento dos laços e vínculos no trabalho coletivo, visando à melhoria dos indicadores de saúde.

Conforme o processo do PRI, previsto na resolução de consolidação CIT n.º 1 de 30 de março de 2021, referente ao escopo do PRMRS, Tocantins alcançou as fases quatro e cinco do Projeto - Programação Assistencial e Sistematização do Plano Macrorregional de Saúde - superando uma série de desafios, como as dificuldades próprias de harmonização de um grande conjunto de agendas que acontecem simultaneamente nos territórios, com distintos modos de fazer e que precisam ser ajustados. Potencialidades foram vislumbradas, como a evolução das capacidades de atuação conjunta entre representantes das três esferas de governo, fundamentais para a sustentabilidade da regionalização no estado.

Do capim dourado ao girassol, espera-se que a essência do PRI no estado do Tocantins mantenha-se sempre-viva e se transforme na flor do sol, em meio aos desafios sociodemográficos, epidemiológicos, políticos-institucionais, econômicos, financeiros e culturais.

Trilhando por territórios vivos: aportes do projeto Regionalização para o Planejamento Regional Integrado

Direito universal e fundamental, a saúde é de responsabilidade compartilhada entre União, Estados e Municípios. A gestão do sistema nacional de saúde, organizado de forma descentralizada e regionalizada, requer a colaboração de todas as esferas de governo.

O privilégio de envolver os municípios, que apresentam as maiores fragilidades do sistema federativo nacional, como atores fundamentais na produção da saúde traz consigo diversos avanços. Isso inclui uma maior proximidade com os usuários do sistema, uma maior oportunidade para a participação democrática da sociedade e fortalecimento das competências locais para a gestão da política pública. No entanto, essa abordagem apresenta também desafios significativos. Um desses desafios é a necessidade de lidar com desigualdades em termos de capacidades técnicas, recursos financeiros, dinâmicas políticas e estruturas organizacionais. Isso é crucial para administrar um campo de atuação pública complexo e enfrentar as profundas disparidades nas condições de vida e saúde

em todo o país. Além disso, é fundamental desenvolver mecanismos eficazes de governança e participação social que envolvam governos de diferentes níveis.

Outros desafios incluem a superação da fragilidade e da inconsistência nas relações entre o governo federal, os estados e os municípios, bem como a alta rotatividade na ocupação dos cargos de gestão. É essencial gerenciar a competição entre as diferentes entidades federativas e criar arranjos organizacionais eficazes para evitar a fragmentação dos serviços de atenção à saúde.

Nesse sentido, o aprofundamento do processo de regionalização emerge como importante estratégia para alcançar a integralidade e equidade da atenção à saúde. No entanto, requer o fortalecimento das capacidades dos entes envolvidos para planejar, implantar, avaliar e reordenar constantemente o sistema de saúde, reconhecendo a complexidade inerente ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Para solucionar essas contradições e alcançar o equilíbrio necessário entre a busca pela autonomia dos municípios e a necessidade de atingir escalas populacionais mais amplas para desempenhar plenamente as competências da atenção à saúde, é fundamental considerar a desigualdade na oferta de serviços com maior densidade tecnológica nas macrorregiões de saúde. Condição que requer a implementação de economias de escala, regulação adequada e uma logística eficiente, visando uma maior racionalidade, efetividade e eficiência. Isso é particularmente relevante ao lidar com os desafios da organização das Redes Regionais de Atenção à Saúde, com atenção especial ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, a qual assume responsabilidades de grande magnitude, muitas vezes sem o suporte correspondente atualmente.

Tudo isso demanda um relacionamento harmonioso e solidário, baseado em parcerias sólidas entre os municípios, entre esses municípios e os estados e a União, bem como entre todos os entes autônomos e interdependentes, sem hierarquias de autoridade, mas mantendo compromissos inalienáveis e intransferíveis para o sucesso do SUS. Além disso, pede criatividade para encontrar formas de coordenação que incorporem algum grau de centralização nas decisões, mecanismos que desencorajam a competição predatória e promovam ação cooperativa em prol do bem comum, sem prejudicar a autonomia dos entes federados.

Estamos diante do desafio de fomentar plenamente as relações poliárquicas, cooperativas, solidárias e interdependentes, buscando substituir as relações hierárquicas ainda enraizadas. Isso implica em um processo de planejamento de fato ascendente e integrado nas Regiões e Macrorregiões de Saúde em todo o país.

O projeto Regionalização e seu percurso metodológico

O Projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde, também conhecido como projeto Regionalização, teve como objetivo apoiar os gestores no e para o Planejamento Regional Integrado (PRI) e na qualificação da governança macrorregional do SUS. O projeto dialogou com os objetivos do Plano Nacional de Saúde, destacando a importância da Atenção Primária em Saúde, como principal porta de entrada do sistema de saúde, a necessária integração dos níveis de atenção à saúde, a expansão da oferta de serviços da atenção especializada, para qualificar o acesso e reduzir as desigualdades regionais e trouxe a importância de reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção e controle.

Ao fornecer apoio metodológico adequado às necessidades territoriais, na elaboração ascendente e participativa do planejamento, o projeto possibilitou que as questões tratadas nos objetivos do Plano Nacional de Saúde aparecessem de forma recorrente na Análise de Situação de Saúde (ASIS) de cada Macrorregião de Saúde. Essa abordagem forneceu elementos para definir as prioridades sanitárias que consideraram problemas mais relevantes, conforme as peculiaridades locais e orientaram a definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores para enfrentar as questões identificadas, e auxiliar na organização dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na programação dos serviços de saúde, culminando na elaboração dos Planos Macrorregionais de Saúde, que podem orientar as diretrizes para a alocação de recursos financeiros. Adicionalmente, para estabelecer um processo institucionalizado, é necessário desenvolver mecanismos de monitoramento e avaliação que busquem aprimorar continuamente o sistema, integrando-o aos demais instrumentos de planejamento do SUS.

Ao fornecer apoio metodológico adequado às necessidades territoriais, na elaboração ascendente e participativa do planejamento, o projeto possibilitou que as questões tratadas nos objetivos do Plano Nacional de Saúde aparecessem de forma recorrente na Análise de Situação de Saúde (ASIS) de cada Macrorregião de Saúde.

Definidas as prioridades sanitárias regionais, torna-se essencial construir consensos e pactuações acerca das responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo na Macrorregião de Saúde, de modo a orientar o processo de planejamento em cada esfera de governo. Situação fundamental para a estruturação da RAS, na organização dos pontos de atenção e suas conexões, e para orientar o compartilhamento do financiamento necessário para a implementação do que foi planejado. O compartilhamento de responsabilidades pode trazer também um fortalecimento nos processos relacionados à Atenção Básica e à Vigilância em Saúde, uma vez que, quanto mais efetivos forem seus resultados, menores serão os impactos sobre as ações e serviços de média e alta complexidade.

Nesse contexto, é fundamental incorporar estratégias que reforcem a governança tripartite nas regiões e macrorregiões de saúde, envolvendo ativamente as esferas de governo, a sociedade civil e os diversos atores responsáveis pela produção do cuidado em saúde. A legislação atual oferece uma abordagem por meio do Comitê Executivo de Governança da RAS (CEGRAS), um organismo técnico e operacional vinculado à Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Esse comitê tem a responsabilidade de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o funcionamento da RAS, fornecendo subsídios para a tomada de decisões nas macrorregiões e no processo de pactuação na CIB e na Comissão Intergestores Regional (CIR).

Todas essas ações devem considerar o modelo de organização da Rede de Atenção à Saúde preconizado pelo SUS, frente ao desafio da tripla carga de doenças que enfrentamos em nosso país, de modo a tornar o sistema mais equitativo e eficaz, facilitando o acesso da população aos serviços de saúde de que necessita.

A escolha da Educação Permanente como dispositivo para a indução de processos crítico-reflexivos, a partir de um olhar ascendente com foco nas necessidades de saúde, possibilitou a utilização de estratégias de mediação de coletivos e de gestão do trabalho e da educação na saúde. Essa perspectiva desempenhou um papel fundamental no fortalecimento dos atores estratégicos para a qualificação dos desenhos da RAS e na busca incessante pela integralidade e equidade do cuidado em saúde.

Ao seguir as diretrizes técnicas e metodológicas delineadas pela CIT nas 'Orientações Tripartites para o Planejamento Regional Integrado', o projeto cuidou de um conjunto de premissas que valorizaram a participação de todos os agentes estratégicos em âmbito nacional (Grupo Executivo), estadual (Grupos Condutores Estaduais) e macrorregionais (Grupos de Trabalho Macrorregionais). O respeito à história e à experiência institucional de cada território foi considerado, possibilitando a adaptação dos trabalhos ao contexto local.

O projeto organizou suas fases em ciclos, com alinhamento conceitual e metodológico, implementação local, identificação das necessidades de aprendizagem, avaliação e monitoramento. Foi complementado por estratégias de mediação que promoveram a construção de modelos organizacionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado, integrada à Vigilância em Saúde e à oferta de serviços da atenção especializada, conforme as necessidades locais, em termos de escala e qualidade, visando a garantia de acesso e equidade. Além disso, o projeto buscou a sinergia com outras iniciativas e projetos que visam aprimorar as ações de gestão, o planejamento e a regionalização da saúde.

Aprendendo a aprender com o processo vivo dos territórios

Componente essencial do projeto Regionalização, os referenciais teóricos, políticos, éticos e pedagógicos da Educação Permanente (EP) praticados no projeto são refletidos pela ideia de aprender e ensinar com as situações do cotidiano de trabalho. A EP evidencia a importância da aprendizagem significativa e o ensino problematizador, incluindo o uso de ferramentas pedagógicas para qualificar as práticas e organizar o processo de trabalho, como premissa para o fortalecimento das práticas dos agentes que participaram organicamente do processo, necessários para o bom desenvolvimento do PRI.

Neste sentido, o processo de Planejamento Regional Integrado se deu a partir da inusitada e desejada representação das três esferas de governo, com o esforço da utilização de um método flexível, capaz de se ajustar às notáveis variações nas estruturas organizacionais do sistema, e de facilitar o compartilhamento dos diversos modos e caminhos para a produção e o desenvolvimento.

As Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado, com suas diretrizes técnicas e metodológicas, juntamente com os seis Guias Operacionais Básicos (GOB), elaborados pelo Grupo Executivo (GE) para cada fase do projeto, desempenharam um papel fundamental na orientação das oficinas de alinhamento conceitual e metodológico. Além disso, contribuíram para a criação de ambientes propícios à colaboração, onde foram desenvolvidas agendas compartilhadas para a elaboração de planos de ação e dos produtos relacionados a eles.

Nos estados aderidos ao projeto Regionalização, foram estabelecidos Grupos Condutores Estaduais (GCE), com representantes das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e do Ministério da Saúde (SEINP/SEMS). Também foram formados Grupos de Trabalho Macrorregionais (GTM), muitas vezes com nomenclaturas distintas, sob a coordenação das SES e com a participação dos municípios e da SEINP/SEMS. Esses grupos contaram com o apoio técnico-metodológico do Articulador Estadual do Projeto, bem como do suporte dos Assessores Matriciais e Assessores Técnicos dos hospitais BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo e do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC).

Durante todo esse processo, houve um compromisso constante com o respeito à experiência histórica e institucional de cada estado, o que resultou na adaptação da metodologia ao contexto local. Foram estimuladas práticas que maximizam o uso de tecnologias de informação e comunicação para ampliar o processo participativo, sem onerar excessivamente os recursos disponíveis. Além disso, houve uma preocupação constante em desenvolver processos crítico-reflexivos entre os participantes do projeto e na busca de sinergias com outros projetos de intervenção e apoio ao território.

Delicadezas entre processo e produto

A busca do melhor desempenho na realização das atividades deve considerar a qualidade dos produtos gerados pelo processo de planejamento, a serem entregues no final de cada fase, cujo coroamento se dará com a elaboração de um Plano Macrorregional de Saúde. Tão importante quanto o Plano produzido é o modo como se deu cada fase da sua elaboração, que aponta para uma pluralidade de ganhos intangíveis relacionados ao processo, no fortalecimento dos atores e na construção de novos modos de fazer, representando legados fundamentais do projeto Regionalização.

Ao findar o triênio do desenvolvimento do projeto Regionalização, independentemente do estágio em que se encontre o PRI em cada Macrorregião de Saúde, torna-se relevante a necessidade de dar continuidade aos processos em andamento, pelos agentes do território, seja para concluir a elaboração do Plano ou para manter um processo de monitoramento, que permita uma constante e permanente adaptação e melhoria do sistema de saúde, organizando ações que devem ser ininterruptas.

O foco residiu em capacitar e fortalecer os agentes que atuam no território para assumir e manter o protagonismo e a participação ativa no Planejamento Regional Integrado, utilizando as metodologias trazidas pelo Projeto, devidamente ajustadas às condições locais. Essa prática foi a que se buscou imprimir ao longo de todas as etapas, como o método idealizado para criar um ambiente favorável ao processo contínuo de planejamento e replanejamento do SUS. Espera-se que essa experiência sirva como espaço de aprendizagem coletiva, uma oportunidade para o exercício do trabalho colaborativo e solidário entre os envolvidos no processo.



Espaço de
aprendizagem
coletiva



Trabalho
colaborativo
e solidário

Forças e ganhos de competências nas Macrorregiões de Saúde/Estados

Com grandes diferenças entre as unidades da federação, verificou-se elevado grau de maturidade na construção do Planejamento Regional Integrado em muitos estados e macrorregiões de saúde. É seguro afirmar que nesses locais ocorreu uma construção ascendente e participativa do planejamento, envolvendo ativamente agentes públicos federais, estaduais e municipais dedicados à construção do Planejamento Regional Integrado. Esse processo resultou em um fortalecimento significativo do trabalho interfederativo.

Na maior parte dos estados e das Macrorregiões de Saúde houve um engajamento efetivo e coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde, com ampla participação dos municípios e da representação estadual do Ministério da Saúde. O ambiente foi caracterizado pela abertura ao diálogo e para as pactuações necessárias/oportunas, permitindo um protagonismo genuíno por parte dos agentes atuantes nos territórios na realização do Planejamento Regional Integrado. Nessas regiões, foram cultivadas experiências valiosas de planejamento cooperativo e participativo, orientadas pelas necessidades de saúde da população.

Foram realizadas diversas oficinas para a construção da análise de situação de saúde, envolvendo, inclusive, processos de revisão dos planos municipais e regionais disponíveis. Além disso, foram definidas prioridades sanitárias, juntamente com suas respectivas diretrizes, objetivos, metas e indicadores, visando enfrentar os problemas identificados para a elaboração, monitoramento e aperfeiçoamento

do Plano Regional das macrorregiões de saúde, evidenciando um progresso substancial nesse campo.

Nos estados e Macrorregiões de Saúde em que houve uma participação ativa das áreas técnicas das Secretarias Estaduais de Saúde e dos municípios, as valiosas contribuições dessas equipes facilitaram a articulação e o compartilhamento de informações e experiências entre diferentes projetos.

O Projeto propiciou o resgate da agenda do PRI, em alguns estados, diante do contexto histórico, com atividades contínuas de capacitação dos agentes envolvidos e aproveitamento das oportunidades oferecidas pelo projeto Regionalização. Vale ressaltar que esse é um processo sem um prazo definido para conclusão; é contínuo e permanente. O esforço constante de todos os envolvidos é fundamental para manter e aprimorar a qualidade já alcançada e ir além.

No entanto...

Também foram identificadas fragilidades e desafios significativos em alguns estados e Macrorregiões de Saúde, que ainda não foram completamente superados. Estas dificuldades surgiram devido a crises políticas, instabilidade nos cargos governamentais, mudanças frequentes nos corpos técnicos encarregados pelo Projeto e revisões conceituais sobre os temas em questão. Além disso, a concentração de processos e iniciativas nas SES causou obstáculos importantes na mobilização e engajamento dos agentes locais, levando a adiamentos, interrupções e, em alguns casos, retrocessos no planejamento acordado desde o início do projeto.

Outro desafio significativo foi a vastidão territorial, especialmente em áreas de difícil acesso, o que dificultou a mobilização e a participação das equipes dos municípios mais remotos. A participação incipiente ou nula dos Distritos Sanitários Indígenas na maioria dos estados também constituiu obstáculo substantivo para a incorporação da temática pertinente no processo de planejamento do SUS nas Macrorregiões de Saúde e apontou para a necessidade de uma maior articulação com essas e demais áreas estratégicas, para poderem se incorporar futuramente de forma mais efetiva no processo do PRI.

Pistas para lidar com os desafios da Regionalização

A seguir, apresentamos um conjunto de iniciativas e ações que poderão contribuir para o enfrentamento dos desafios na evolução do desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado nas Macrorregiões de Saúde:

- **Manter** os espaços de desenvolvimento do PRI – Grupo Condutor Estadual e Grupos de Trabalho Macrorregionais – como espaços estratégicos para a institucionalização de um processo permanente de planejamento e fortalecimento das instâncias de governança do SUS, em especial as Comissões Intergestores Regionais e Comissões Intergestores Bipartite;
- **Priorizar** a agenda da regionalização, considerando especificidades e necessidades locais, tomando-a como elemento fundamental para o alcance de maior equidade, assim como a integralidade do acesso e organização do cuidado.

- **Investir** no planejamento ascendente, considerando a importância do fortalecimento dos municípios para o desempenho das suas funções de gestão e de planejamento para fazer frente às necessidades de saúde da população;
- **Manter** espaços de diálogo e busca de consensos para que todos os atores tenham voz, e as decisões sejam tomadas de forma colaborativa e solidária, com efetiva integração dos agentes interessados no planejamento das macrorregiões e regiões de saúde;
- **Fortalecer** a parceria e a comunicação entre a SES, a instância regional do MS e os municípios, além dos municípios entre si, para evitar a competição e a sobreposição de serviços, tornando-os mais eficientes, pelo ganho de escala e aprimoramento da gestão;
- **Articular** o compartilhamento de iniciativas e informações entre diferentes projetos e iniciativas ocorrentes no território para assegurar sua integração e evitar redundâncias, tratando de harmonizar e potencializar o esforço de todos;
- **Promover** contínua formação para que os agentes envolvidos se mantenham preparados e atualizados frente aos desafios da elaboração e aperfeiçoamento do PRI;

- **Identificar** questões específicas no plano regional/macrorregional, que demandam abordagens diferenciadas, como a atenção à saúde de populações indígenas, ribeirinhas, quilombolas, residentes em áreas remotas ou em fronteiras estaduais e internacionais, que possam apresentar especiais desafios organizacionais e logísticos individualizados;
- **Estudar** soluções inovadoras frente às mudanças e desafios que se apresentem, bem como usar a liberdade de adaptar procedimentos e atividades recomendadas para que as ações sejam adequadas às necessidades e às realidades locais e regionais.

Por fim, os grandes obstáculos superados de forma tão singular para a produção de um Planejamento Regional Integrado em cada Macrorregião de Saúde/Estado deste nosso Brasil, demonstram a força e o protagonismo de cada trabalhador de saúde que, a despeito dos desafios que se apresentam para a organização da Rede de Atenção à Saúde nos territórios, construíram, de forma ascendente e participativa, esboços de um SUS cada vez mais universal, integral e equânime!

Referências

ACRE. Secretaria de Estado de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB n.º 36/2012**. Rio Branco: SES, 2012. Disponível em: <https://saude.rr.gov.br/index.php/travel/collegiados-da-saude/cib/resolucoes/category/12-resolucoes-cib-2012>. Acesso em: 6 out. 2023.

ACRE. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde (2016-2019)**. Rio Branco, AC: SES, 2016.

BAHIA. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução n.º 167/2018. Aprova ad referendum o cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e mantém a organização das Macrorregiões de Saúde do Estado da Bahia**. Salvador: SESAB, 2018. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/orgaos-colegiados/conselho-superior/resolucoes/2018/167-2018_-_recurso_dr_silvana_02.10.2018.pdf. Acesso em: 6 out. 2023.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Diretoria de Gestão do Cuidado. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Salvador: SES, 2016.

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

BRASIL. **Decreto n.º 7508, de 26 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n.º 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: seção 1, Brasília, DF, 27 jun. 2011.

BRASIL. **Lei Complementar n.º 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. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LCP&numero=141&ano=2012&ato=48dETS61kMVpWTa6>. DOU de 16/1/2012. Acesso em: 19 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS**. Brasília, DF: MS, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação n.º 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 6 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação n.º 1, de 30 de março de 2021**. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2021a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html. Acesso em: 6 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM n.º 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. Brasília, DF: MS, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1812_23_07_2020.html. Acesso em: 6 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 4279, de 30 de dezembro de 2010**. Anexo. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html. Acesso em: 6 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 2.581, de 10 de outubro de 2007**. Homologa os Termos de Compromisso de Gestão – TCG, e publica os Termos dos Limites Financeiros Globais – TLFG, que foram homologados pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT. Brasília, DF: MS, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html. Acesso em: 6 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as suas diretrizes operacionais do Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 23 de fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT n.º 23, de 17 de agosto de 2017**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html. Acesso em: 6 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02**: Portaria GM n.º 373 de 28 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília, DF: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução n.º 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Salvador. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html. Acesso em: 6 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado**. [Brasília, DF]: MS, 2018b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_tripartite_planejamento_regional_integrado.pdf. Acesso em: 6 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Manual de Planejamento no SUS**. Brasília, DF: MS, 2016. (Série Articulação Interfederativa, v. 4). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 6 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde; HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Regionalização se faz regionalizando: fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde**. Brasília, DF: MS, 2021b.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Regionalização da Saúde: posicionamento e recomendações**. Brasília, DF: Conasems, 2019. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADOFINAL-1.pdf>. Acesso em: 6 out. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Painéis de apoio. **Macrorregiões e Regiões de Saúde**. Brasília, DF: Conasems, 2023. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/paineis-de-apoio/paineis/13_macrorregioes-e-regioes-de-saude. Acesso em outubro, 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. CONASS **Debate: a crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde**. Brasília, DF: Conass, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. CONASS **Debate: Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde**. Consensus, Revista do Conass, Brasília, DF, ano 7, n. 21, 2016. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Consesus_AnoVI_21.pdf. Acesso em: 6 out. 2023.

COSTA, D. F. **Redes de Atenção às Urgências e Emergências do Estado do Amapá: Diagnóstico Situacional de Saúde – 2021**. Amapá: SESA, 2021.

COSTA, I. L. de O. F. et al. A vigilância em saúde e o planejamento nas equipes de atenção primária em saúde: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 53, p. e3622-e3622, 2020.

COSTA, N. R. A descentralização do sistema público no Brasil: balanço e perspectiva. In NEGRI, B.; GIOVANNI, G. **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Unicamp, 2001. p. 307-321.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

FUNDAÇÃO SEADE. **Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados**. São Paulo: Seade, 2023. Disponível em: <https://www.seade.gov.br>. Acesso em: 6 out. 2023.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua – 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html>. Acesso em: 6 out. 2023.

IBGE. **Área Territorial Oficial - Consulta por Unidade da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dosmunicipios.html?=&t=acesso-ao-produto>. Acesso em outubro, 2023.

IBGE. **Sistema de Contas Regionais**: Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

IPEA. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA: PNUD, 2022. Disponível em: www.atlasbrasil.org.br/ranking. Acesso em: 6 out. 2023.

MARTINS, D. **História do Mato Grosso**. São Paulo: V Bicego, [20-].

MENICUCCI, 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: João Pinheiro, 2008.

OUVERNEY, A. M. **Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal**. Administração em Diálogo, São Paulo, SP, n. 7, p. 91-106, 2005.

PARÁ. Secretaria de Estado de Educação. **Documento Base do Plano Estadual de Educação**. Belém: SEE, 2015. Disponível em: <https://www.seduc.pa.gov.br/site/public/upload/arquivo/fee/PLANO%20ESTADUAL%20DE%20EDUCACAO%20SANCIONADO-dd596.pdf>. Acesso em: 6 out. 2023.

PARÁ. Secretaria de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde. **Resolução n.º 139 de 09 de agosto de 2018**. Aprova as diretrizes para a realização do processo de Planejamento Regional Integrado. Diário Oficial do Estado, Belém, PA, n. 33632, p. 19, 20 ago. 2018a.

PARÁ. Secretaria de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde. **Resolução n.º 140 de 09 de agosto de 2018**. Aprova com base na configuração das regiões de saúde existentes, a instituição das macrorregiões de Saúde do Estado do Pará, como espaço ampliado para garantir a resolutividade das redes de atenção à saúde. Diário Oficial do Estado, Belém, PA, n. 33632, p. 20, ago. 2018b.

PARÁ. Secretaria de Saúde Pública. **Plano Estadual de Saúde do Pará 2020-2023**. Belém: SESAP, nov. 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/02/Plano20Estadual20de20SaC3BAde20202020-202023.pdf>. Acesso em: 6 out. 2023.

PASTORINO, D. **Facilitadora visual**. São Paulo: Atrium Facilitação Visual, 2023.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. **Processo de Regionalização da Saúde na Bahia: aspectos político-institucionais e modelagem dos territórios sanitários**. Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional, Taubaté, v. 13, n. 2, p. 400-422, maio/ago. 2017.

SÃO PAULO. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB n.º 153, de 20 de setembro de 2007**. Referenda o reconhecimento das regiões de saúde, com respectivos Colegiados de Gestão Regional. Diário Oficial do Estado, São Paulo, SP, 2007.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação n.º 36, de 21 de setembro de 2011**. Constitui as Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS no Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado, São Paulo, SP, 2011.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação n.º 15, de 28 de março de 2023**. Aprova a composição dos membros do Grupo Condutor Tripartite de Regionalização, do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado, São Paulo, SP, 2023a.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação n.º 87, de 06 de setembro de 2023**. Aprova a instituição dos Comitês Executivos de Governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS), nas macrorregiões (RRAS) do estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado, São Paulo, SP, 2023b.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. **Plano Estadual de Saúde 2024-2027**. São Paulo: SES, 2023. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamentoem-saude/instrumentos-de-planejamento-do-sus-quadrienio-2024-a-2027/plano-estadual-de-saude>. Acesso em: 6 out. 2023c.

TEIXEIRA, C. F. et al. O contexto político-administrativo da implantação da Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 1, p. 79-84, 1993.

TESTON, M. L. et al. Desafios políticos e operacionais na percepção de gestores sobre a regionalização em saúde no Acre. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, 5 ago 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pFM8SMM7DswctjpkFqWBmZB/?lang=pt>. Acesso em: 6 out. 2023.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011. p. 11-24.



Regionalização



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br



A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

