

Proposta para operacionalização do Planejamento Regional Integrado: a experiência da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

Camila Guaranha

Mestra em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS.
Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

Carla Garcia Bottega

Doutora em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS.
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul.

Marina do Amaral Schenkel

Mestra em Políticas Públicas pela UFRGS.
Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

Resumo

Este trabalho visa descrever e analisar a construção da metodologia de operacionalização do Planejamento Regional Integrado (PRI) pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). Possui abordagem qualitativa, a partir do relato da experiência dos trabalhadores do setor da Assessoria Técnica e de Planejamento da referida secretaria. Na primeira seção, apresenta-se um breve cenário sobre o PRI no Brasil e no estado. As demais seções descrevem como a trajetória recente do trabalho originou a metodologia, bem como as etapas previstas para operacionalização do PRI até o final de 2019. A análise dos resultados evidenciou a preocupação da SES/RS em aprofundar o processo iniciado na elaboração do Plano Estadual de Saúde 2016-2019, que buscou efetivar um planejamento ascendente e coletivo. Como limites do PRI, foram apontadas as fragilidades municipais e questões institucionais da própria SES/RS. Como potencialidades do processo conduzido pela SES/RS, podem-se destacar o caráter coletivo do mesmo, bem como a corresponsabilização dos atores envolvidos. Destacam-se também os aspectos de originalidade da metodologia criada, sendo uma construção autoral da equipe condutora. Outra potencialidade apontada foi a abertura de espaços de encontro e reflexão entre os gestores e trabalhadores da SES e demais atores envolvidos, que poderão agenciar novas formas de operar a gestão estadual do SUS, tomando-se como base a perspectiva das Redes de Atenção à Saúde e a constituição de estratégias considerando-se as necessidades de saúde da população.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde; Regionalização; Saúde Pública; Política de Saúde.

Abstract

This research describes and analyzes the construction of the operationalization methodology applied to the Integrated Regional Planning (IRP) by the State Department of Health of Rio Grande do Sul (RS). This analysis is conducted through a qualitative approach, based on the experience of the workers in the Technical and Planning Advisory of the aforementioned State Department. In the first section, we present a brief case study regarding the IRP in Brazil, and in the state of Rio Grande do Sul. In the following sections, we describe how the recent trajectory of the Department's work originated this methodology, as well as the future steps planned for the operationalization of the IRP in 2019. We conclude that the State Department of Health of RS

does seek to continue the process used in the elaboration of the 2016-2019 State Plan, which worked towards a bottom up and collective planning. Additionally, we highlight the limitations of the IRP, which include municipal fragilities and the institutional issues of the State Department RS. We also identify the strengths of the Project, such as the collective approach and co-responsibility among workers. We also emphasize the originality of the methodology developed by the coordinating team as well as the opening of spaces for meetings and reflections among the workers. By allocating time for discussion and reflection, staff can develop new strategies to operate the state management of the health system that takes into account the perspective of health care networks and the health needs of the population.

Keywords: Health Planning; Regional Health Planning; Public Health; Health Policy.

Introdução

Este trabalho visa descrever a experiência de construção da proposta de metodologia de operacionalização do Planejamento Regional Integrado (PRI) que o estado do Rio Grande do Sul construiu a partir das últimas normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e da expertise dos trabalhadores da Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES/RS). Tal metodologia envolve articulações tanto internas dos diversos departamentos e divisões regionais da SES/RS, quanto com gestores dos municípios e representações do Conselho Estadual de Saúde (CES), Ministério da Saúde e Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). O entendimento conceitual sobre o PRI utilizado neste trabalho é que este corresponde a uma das estratégias para concretizar o planejamento ascendente e para aprimorar a regionalização

no âmbito do SUS. Considera-se que uma das principais contribuições deste artigo é o registro histórico e o relato da experiência de uma secretaria estadual de saúde na construção de estratégias para operacionalizar o planejamento regional integrado no SUS, uma vez que há poucas produções, no cenário brasileiro, abordando a temática.

Salienta-se que o artigo possui abordagem qualitativa e descreve o relato da experiência dos trabalhadores da Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTPELAN) da SES/RS. Dessa forma, não há a pretensão de esgotar a temática do Planejamento Regional na saúde ou analisar as estratégias utilizadas por outros estados da federação, uma vez que não se encontraram registros sobre o tema na

literatura durante a elaboração deste artigo. Apresenta-se a visão dos trabalhadores do RS na construção de uma metodologia autoral.

Da mesma forma, por se tratar de um relato de experiência de trabalhadores de uma secretaria de estado, entende-se que não se esgotam, neste artigo, as diferentes interfaces e/ou visões dos atores participantes do processo de construção do PRI. Assim, os relatos e análises aqui apresentados referem-se à visão estadual, não sendo foco do trabalho as discussões ocorridas em âmbito local ou regional. Assim, espera-se que este trabalho possa favorecer uma maior interlocução sobre o PRI entre os diversos atores envolvidos a nível nacional, contribuindo com o debate para a execução de estratégias consistentes na operacionalização da política de saúde.

Na primeira seção, apresenta-se um resgate histórico do cenário nacional e estadual sobre planejamento ascendente e regionalização no SUS. Nas demais seções, apresentam-se o processo de construção da metodologia, bem como uma sucinta descrição da proposta para operacionalizar o PRI no RS até o final do ano de 2020. Ao final, realizam-se algumas considerações e ponderações sobre o processo ocorrido até aqui, tratando-se ainda de sua continuidade.

Planejamento Regional Integrado no RS: a emergência de uma proposta

Desde a promulgação da Lei nº 8080/1990¹, já se estabeleceu a lógica de ascendência do

planejamento e do orçamento no âmbito do SUS, instituindo-se que a elaboração dos planos de saúde municipais deveria embasar os planos dos níveis subsequentes (estadual e federal). No entanto, por mais que se tenham realizados esforços para garantir a ascendência do planejamento, tal fato ainda não é realidade, havendo desarticulação entre as diretrizes, objetivos, metas e indicadores estabelecidos pelas diferentes esferas de gestão, com sobreposição e/ou subdimensionamento de ações e serviços de saúde, bem como descompasso entre as propostas de ação apresentadas². A literatura da área evidencia que os planos de saúde dos diferentes níveis de gestão (municipal, estadual e nacional) deveriam ser articulados, caracterizando um planejamento ascendente^{3,4,5}. Como tal proposta não se concretizou, um dos desafios que o sistema possui é a integração entre estes documentos, buscando a sinergia das ações desenvolvidas por municípios, estados e união.

Ao mesmo tempo, o PRI incide sobre a regionalização da rede de ações e serviços de saúde do SUS, também almejada desde as suas primeiras normativas⁶. Souza e Costa³, ao realizarem uma reflexão sobre os 20 anos de constituição do SUS, apresentam um panorama histórico de como a regionalização foi sendo trabalhada ao longo desse período, mostrando que a municipalização foi o primeiro grande movimento de descentralização no sistema, principalmente por representar um contraponto ao modelo centralizador que operava no período ditatorial e por impactar no

aumento da parcela orçamentária destinada aos cofres municipais. No entanto, embora a descentralização tenha avançado através da municipalização, não houve, no período inicial de constituição do SUS, o mesmo tipo de preocupação em se estabelecer redes regionalizadas nos territórios locais.

Para Albuquerque e Viana⁷, somente nos anos 2000 iniciou-se a indução da regionalização e da conformação de redes de saúde. As autoras destacam os elementos introduzidos pelo Decreto nº 7.508/2011⁸, que representaram mudanças importantes na concepção, nos objetivos e nos instrumentos do planejamento regional, possibilitando maior flexibilidade e ganhos de escala na conformação do desenho regional e buscando responsabilizar as três esferas de governo em torno do planejamento, gestão e investimento nas Regiões de Saúde. Assim, a partir deste Decreto são recolocadas em cena as discussões em torno do planejamento regional.

De acordo com o Ministério da Saúde (2016),

O Planejamento Regional Integrado expressa as prioridades e responsabilidades sanitárias comuns estabelecidas entre gestores de saúde de uma determinada Região de Saúde, visando à integração da organização sistêmica do SUS para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. O modelo preconiza que o planejamento consiste na base técnica do processo de regionalização.^{9:88}

O processo do planejamento regional integrado nada mais é do que o planejamento realizado no âmbito da Região de Saúde, e deve

ser coordenado pela gestão estadual, envolvendo todos os municípios que compõem a Região de Saúde⁹.

Considerando este cenário no nível nacional, no estado do RS a publicação do Decreto nº 7.508/2011 gerou novas divisões na estrutura regional do SUS. Entre 2011 e 2012, após a publicação do decreto, a SES coordenou os trabalhos para a instituição das 30 Regiões de Saúde, processo que envolveu trabalhadores e gestores de Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e de municípios do estado. O trabalho culminou na pactuação da Resolução CIB/RS nº 555/2012¹⁰, que instituiu as 30 Regiões de Saúde e suas respectivas Comissões Intergestores Regionais (CIRs), posteriormente alterada pelas Resoluções CIB/RS nº 026/2013¹¹ e nº 499/2014¹².

As Regiões de Saúde do RS estão atualmente desenhadas de forma a estarem contempladas dentro das 19 CRS já existentes antes da publicação do Decreto nº 7508/2011, bem como das também já existentes 07 Macrorregiões de Saúde. Cabe ressaltar que o atual desenho das 19 CRS data do ano de 1999, quando as antigas Delegacias Regionais de Saúde (DRS) foram transformadas nas atuais CRS. Além disso, é importante frisar que as primeiras DRS foram criadas na década de 1960, com objetivo de constituir regiões administrativas que pudessem gerenciar o sistema de saúde no nível regional¹³. Já as sete Macrorregiões de Saúde do RS (Centro-Oeste, Sul, Vales, Serra, Metropolitana, Norte e

Missioneira) foram validadas na SES/RS através do Plano Diretor de Regionalização (PDR)^{14,15}, que consistiu em um planejamento regional disparado pela NOAS-SUS 01/2001¹⁶ que fixou diretrizes para a Programação Pactuada Integrada (PPI) e evidenciou a necessidade de novos investimentos (através do Plano Diretor de Investimentos, ou PDI) nos diferentes territórios. Assim, ainda hoje as Macrorregiões de Saúde embasam as análises, o processo de trabalho e a tomada de decisão de diferentes setores/departamentos da SES/RS, especialmente quando se trata de questões relacionadas à média e alta complexidade.

Dessa forma, mesmo que o processo de desenho das 30 regiões de saúde tenha sido um processo pactuado e discutido entre gestão estadual e gestões municipais, e que tenha levado em conta critérios técnicos, políticos, geográficos, de fluxos assistenciais, dentre outros, em sua constituição, o desenho final das 30 Regiões de Saúde não representou alterações à territorialização já instituída na saúde no RS, mantendo agrupamentos municipais e regionais que haviam sido elaborados anteriormente, a fim de atender a outros propósitos.

Foi com base nas recém instituídas Regiões de Saúde que o Plano Estadual de Saúde 2012-2015¹⁷ foi construído pela SES/RS, tendo este sido o primeiro plano a mostrar o desenho das 30 Regiões de Saúde e a realizar análises a partir da perspectiva da Região de Saúde. No entanto, como a institucionalização das Regiões de Saúde

à época era um processo recente, o PES 2012-2015 não foi elaborado de forma a contemplar metas regionais, não havendo diretrizes claras por parte da SES em se trabalhar o planejamento a partir das necessidades regionais, o que concretizou um planejamento muito mais descendente do que ascendente.

A partir desta leitura do processo, passou-se a imprimir no novo ciclo de planejamento (ainda vigente até final de 2019), com a intenção de construção ascendente da principal ferramenta da gestão estadual, o plano de saúde. Para a construção do PES 2016-2019¹⁸, a expectativa era de que se conseguisse efetivar um planejamento participativo e ascendente, com contribuições e engajamento de toda a SES, tanto no nível central quanto regional. As discussões para sua escrita ocorreram entre 2015 e meados de 2016, e diversas pessoas se envolveram na sua elaboração, participando de reuniões, oficinas e produzindo dados e análises dos cenários, contribuindo com uma diversidade de visões e posições e possibilitando um movimento de integração na SES. Na elaboração do PES 2016-2019 também participaram trabalhadores que atuam no nível regional e municipal da gestão do SUS no RS, através da colaboração ativa em oficinas e da produção de análises locais¹⁹.

Entretanto, algumas questões dificultaram a efetivação de uma estratégia ascendente de construção do PES 2016-2019. As CRS participaram de formas distintas no processo, algumas envolvendo gestores municipais nas

discussões e na identificação de prioridades da Região de Saúde, enquanto outras tomaram a tarefa como uma atribuição exclusiva da divisão regional da SES. Nestes casos, o resultado das análises e da delimitação de prioridades regionais acabou sendo um compilado de informações que não necessariamente fazia sentido para o planejamento regional e para a definição de objetivos e metas estratégicas para os territórios em questão.

Além disso, o fato de que não havia diretriz clara por parte da equipe condutora do processo em relação ao planejamento ascendente, e que tal direcionamento também não se encontrava de forma objetiva nas normativas legais, dificultou a possibilidade de inserção de metas regionais no PES em construção. Com isso, embora tenha se conseguido analisar um grande volume de dados considerando-se os territórios das Regiões de Saúde, não foi possível transformar os problemas identificados em nível local em metas a serem alcançadas regionalmente.

Planejamento Regional Integrado: sistematizando uma metodologia de trabalho

Com a fase de monitoramento do PES 2016-2019, percebeu-se que, embora a equipe tivesse envidado esforços no sentido de realizar um planejamento de forma ascendente, na prática isso não se concretizou, fato já apontado abundantemente pela literatura^{2,3,4,5}. Assim, a avaliação apontou a necessidade de serem buscadas e/ou criadas ferramentas conceituais e operacionais a fim de garantir a diretriz do

planejamento ascendente, compatibilizando-se as necessidades apontadas pelos municípios nos planos municipais de saúde, as identificadas no âmbito das Regiões de Saúde e as diretrizes e necessidades elencadas no nível estadual.

Deste modo, foi delineada uma proposta de metodologia de trabalho que buscava transformar o próximo ciclo de planejamento do SUS no RS. A primeira ação tomada, nos primeiros meses de 2017, foi elaborar um cronograma de trabalho definindo grandes passos para um período de quatro anos. A Figura 1 ilustra o resultado desse planejamento, evidenciando as principais ações a serem realizadas em cada ano. A proposta culminava no ano de 2020, quando o PES 2020-2023, construído de forma ascendente, seria publicado. Para se chegar lá, seriam necessárias algumas medidas: em primeiro lugar, em 2017, a SES se propunha a apoiar a construção dos 497 Planos Municipais de Saúde; na sequência, ao longo de 2018, e a partir das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI) apontadas nos PMS, seria o momento de construir os 30 Planos Regionais de Saúde. Em 2019, com base nos Planos Regionais, o PES 2020-2023 seria compilado e trabalhado para que, em 2020, estivesse finalizado.

Desta forma, a metodologia proposta contemplava tanto o apoio à construção dos 30 Planos Regionais de Saúde quanto dos 497 Planos Municipais de Saúde (PMS). A estratégia adotada, então, foi a de ofertar apoio²⁰ aos gestores e trabalhadores municipais para

elaboração e consolidação de seus Planos Municipais, considerando a estrutura proposta pela legislação vigente e estimulando-os para que os PMS espelhassem as distintas realidades municipais, propondo DOMI que apresentassem impacto à situação de saúde no território municipal.

Para que o apoio aos municípios se concretizasse, o primeiro movimento realizado foi o de reaproximação das equipes do planejamento das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, com objetivo de compartilhar a proposta do planejamento de forma ascendente e de construir, em conjunto, metodologia de suporte aos municípios para que estes pudessem qualificar a construção e escrita de seus instrumentos de gestão do SUS. As reuniões de trabalho entre ASSTEPLAN e CRS – estratégia que pôde ser utilizada para aproximação das CRS naquele momento, considerando-se as restrições orçamentárias colocadas – ocorreram ao longo de 2017 e tiveram por objetivo criar e validar uma metodologia de trabalho para apoiar os municípios do RS na construção dos instrumentos de gestão, bem como disparar o processo de elaboração dos 30 Planos Regionais de Saúde. Cabe ressaltar que, até este momento, ainda não havia na legislação vigente a definição do formato de planos regionais, havendo somente a exigência de fazê-lo, ficando a cargo das secretarias estaduais a responsabilidade pela criação deste modelo.

É importante destacar que o processo de elaboração da metodologia de trabalho e a

reaproximação das CRS não foi algo linear para a equipe da ASSTEPLAN, envolvendo muitas idas e vindas e debates internos para que se chegasse a essa proposta. Como não havia definições claras por parte do Ministério da Saúde (MS) sobre como transformar o pressuposto do planejamento ascendente e a proposta do PRI em ação concreta, as secretarias estaduais ficaram “à deriva”. Assim, pensar o alinhamento dos instrumentos de planejamento e orçamento governamentais com os instrumentos de planejamento e gestão do SUS, incorporando a estes toda a discussão da regionalização e do PRI, e condensando estes elementos em uma proposta de trabalho consistente e que contemplasse tamanha complexidade, não foi uma tarefa simples, ainda mais se considerarmos o momento institucional vivido pelos órgãos do poder executivo no estado do RS, que vinham sofrendo com atraso e parcelamento de salários desde meados de 2015, com constantes campanhas de desvalorização dos servidores públicos pela mídia e por parte da sociedade em geral.

Logo, se dispor a encarar o desafio de abrir a discussão do PRI no âmbito da gestão estadual do SUS neste cenário de incertezas institucionais, sem apoio por parte da instância gestora federal do SUS, e de escassez quase absoluta de recursos, assumindo a responsabilidade que cabe às secretarias estaduais em relação à coordenação deste processo, exigiu muito esforço e dedicação por parte da equipe condutora do processo, além

de um espírito de militância em prol da institucionalização do SUS como política de estado, e não de governo.

Planejamento Regional integrado à luz da Resolução CIT n° 37/2018: replanejamento das ações na SES/RS

Juntamente com as ações desenhadas pela SES para efetivar o planejamento regional, foi publicada em 22 de março de 2018 a Resolução CIT n° 37²¹, que dispõe sobre o processo de PRI e a organização de Macrorregiões de Saúde. A normativa reafirma o lugar de coordenação do PRI nas Secretarias Estaduais de Saúde, em articulação com os municípios e com participação da união, referendando as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como centrais para a definição das ações e serviços públicos de saúde no território das regiões, e colocando um prazo de 90 dias, a partir da data de sua publicação, para que os estados informassem ao MS o cronograma do processo de PRI e a definição das suas Macrorregiões de Saúde, ambos pactuados em CIB. Além disso, a Resolução trouxe uma estrutura formal para os Planos Regionais de Saúde.

A normativa dá sequência aos termos da Resolução CIT n° 23 de 17 de agosto de 2017²². Ambas as resoluções, mesmo que guardassem estreita relação com a proposta desenvolvida pela SES/RS, acabaram por atravessar o processo do PRI que vinha se constituindo, e como a secretaria não vinha acompanhando as reuniões de CIT, estando à margem das

discussões e pactuações realizadas na arena tripartite, o primeiro movimento da equipe foi de rechaço em relação ao que elas propunham, fato que se deu por diferentes motivos.

Inicialmente, vale lembrar o cenário político e institucional quando da publicação das Resoluções CIT n° 23/2017 e 37/2018, que se deram em um período de extrema turbulência política e de crise financeira no cenário nacional e estadual. Vivia-se o período “pós-golpe”, e o poder executivo, incluindo-se o Ministério da Saúde, encontrava-se quase que paralisado, sem condições de criar políticas estruturantes para o sistema. No RS, o governo do Estado enfrentava grave crise econômica, e a SES não conseguia honrar com os compromissos financeiros assumidos, deixando gestores municipais e prestadores de serviço sem o pagamento ou repasse de recursos necessários ao desenvolvimento de suas ações.

A partir da (re)colocação em cena das Macrorregiões de Saúde, havia receio de que o trabalho de construção e fortalecimento das 30 Regiões de Saúde no RS, disparado com o Decreto 7508/2011, fosse descaracterizado e despotencializado e que, a partir da retomada das negociações de fluxos assistenciais e de financiamento de serviços tomando-se como base o nível macrorregional, aquilo que havia se conseguido avançar tanto em termos de análise de situação de saúde dos territórios das Regiões de Saúde quanto de redesenho de ações e serviços para que estes atendessem um elenco mínimo no âmbito regional, fossem “engolidos”

pelas demandas dos prestadores de serviços nas macrorregiões.

Existia o temor de que a lógica estritamente econômica pudesse se sobrepor à lógica do planejamento com base nas necessidades de saúde da população, e que as ações e serviços públicos de saúde (ASPS) fossem “niveladas por baixo”, atendendo às demandas no nível macro e deixando as Regiões de Saúde descobertas. Diminuíra-se, por consequência, a necessidade de investimentos públicos no território da Região de Saúde. Esse receio identificado pelos trabalhadores tem como fundo uma discussão mais ampla amparada pela literatura, não sendo restrita ao contexto do SUS. As crises econômicas, de modo geral, vêm em conjunto com a adoção de medidas de austeridade que acabam fracassando na prometida produção de crescimento econômico e agravam os efeitos da crise sobre as condições sociais e a situação de saúde da população²³. Mais especificamente, há estudos demonstrando que países que seguiram protocolo de instituições financeiras internacionais acabaram piorando o nível de saúde da população frente aos choques econômicos, em comparação com aqueles países que não seguiram^{24,25}.

Diante de tantas questões, e ainda sem apoio do MS para resolver tais dilemas, a equipe da ASSTEPLAN enfrentou um período de paralisia, que só foi quebrado pela premência de apresentar o cronograma de operacionalização do PRI e o desenho das Macrorregiões em 90

dias, prazo que se encerrava em 26 de junho de 2018. Assim, como já havia sido realizado todo um planejamento que deveria seguir a linha ascendente desde a análise dos Planos Municipais de Saúde, congregando as necessidades regionais em 30 Planos Regionais de Saúde, desembocando no PES 2020-2023, foi necessário um redesenho no plano inicial para contemplar a dimensão das Macrorregiões de Saúde, retomada pela Resolução CIT n° 37/2018.

Neste momento, a estratégia delineada foi a de criar um Grupo de Trabalho (GT) agregando representações dos três entes federados com objetivo de elaborar em conjunto entre municípios, estado e união o cronograma para operacionalização do PRI no RS e validar o desenho das Macrorregiões de Saúde. Assim, para o debate foram convidados o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), que fez a representação dos municípios, o Núcleo Estadual do Ministério da Saúde (NEMS), representando o gestor federal e o Conselho Estadual de Saúde. O referido GT estabeleceu uma proposta que foi apresentada à CIB, e cujo produto se materializou através da pactuação da Resolução CIB/RS n° 188/2018²⁶. A Resolução define que

o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) no RS, observando a Resolução CIT n° 037/2018, deverá considerar como elementos fundamentais para sua efetivação a análise dos Planos Municipais de Saúde, a organização das redes de atenção à saúde, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional.

O cronograma pactuado, exposto no Quadro 1, apresentou passos que já haviam sido desenvolvidos pela SES/RS antes da edição da Resolução CIT n° 37/2018, uma vez que o PRI já vinha em andamento, além de inserir passos que foram agregados após o replanejamento das ações. Em relação ao planejamento anterior da SES (representado na Figura 1), as alterações trazidas a partir da Resolução CIT n° 37/2018, e validadas pela Resolução CIB/RS n° 188/2018, vieram no sentido de contemplar a dimensão da Macrorregião de Saúde no PRI. Assim, foi realizado um redesenho dos passos a serem desenvolvidos, o que está representado pela Figura 2.

No replanejamento das ações, foram mantidas as etapas iniciais de apoio à construção dos PMS em 2017. No entanto, no âmbito da Região de Saúde, foram realizadas alterações importantes: os Planos Regionais de Saúde – inicialmente pensados como instrumentos que trouxessem a análise situacional de saúde da Região, bem como as DOMI regionais – foram transformados nos Diagnósticos Regionais de Saúde. Estes contemplam a seguinte estrutura: análise da situação de saúde, levantamento de necessidades regionais e priorização das necessidades regionais, sendo cada um destes tópicos capítulos que compõem o documento final.

Tal alteração buscou atender ao que está previsto na legislação, que é a formalização de planos no nível da Macrorregião de Saúde, e não no nível da Região. Além disso, ao reconhecer as fragilidades da SES em relação à governança regional e considerando que a SES

ainda opera de forma bastante centralizada quando se trata de tomada de decisão (havendo pouco espaço para definição dos rumos da política de saúde no nível regional, inclusive no que diz respeito ao aspecto da alocação de recursos financeiros), optou-se por não assumir compromissos através da criação de DOMI regionais. Desta forma, para seguir a linha do planejamento de forma ascendente, foi definido que os Diagnósticos Regionais devem apresentar ao final de sua construção, ao invés de metas regionais, as prioridades do território em questão. Estas prioridades, por sua vez, serão a base das DOMI que constarão em cada um dos sete Planos Macrorregionais de Saúde, e estes, por sua vez, se configuram como os alicerces do PES 2020-2023.

O replanejamento das ações necessárias para cumprimento da agenda do PRI e a pactuação da Resolução CIB n° 188/2018 demandaram uma organização formal do processo de trabalho da SES. A complexidade e o tamanho do trabalho por vir – que prevê a articulação de diferentes atores (ASSTEPLAN, departamentos da SES, CRS, municípios, COSEMS, NEMS, dentre outros que vierem a se agregar ao longo do processo) – geraram a necessidade de se construir um fluxograma para apresentar, de forma objetiva, o processo do PRI, conforme apresentado na Figura 3.

O fluxograma, cuja construção foi iniciada no mês de agosto de 2018, apresenta as principais etapas do PRI, e foi apresentado e discutido com atores-chave para a realização do processo: Grupos

Condutores das Redes Temáticas existentes na SES, Coordenação Estadual de Atenção Básica (CEAB), GT PMA e Escola de Saúde Pública. Este foi um período de trabalho interno à SES, e caracterizou-se pela abertura para indagações e colheita de contribuições, a fim de que se pudesse qualificar o processo e realizar as alterações necessárias antes de colocar o PRI “na rua”. Ainda neste momento, cabe destacar o movimento realizado no sentido de buscar fazer com que a RAS seja de fato ordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), tendo sido feito um convite formal para que a CEAB acompanhasse as proposições do PRI desde o início, partindo-se das necessidades apontadas pela APS para conformação dos territórios e redes regionais.

O fluxograma foi organizado em quatro camadas (Estado, Macrorregião de Saúde, Região de Saúde e Município), que correspondem aos lócus de atuação das etapas que ali se encontram. A descrição do processo se inicia no círculo verde, com o Estado apoiando a construção dos PMS 2018-2021 e analisando tais documentos, bem como pactuando em CIB o cronograma do PRI. O fluxograma termina na camada do Estado, com a publicação do PES 2020-2023 (no círculo vermelho). Conforme a legenda da Figura 3, os retângulos verdes são as etapas já pactuadas em CIB, enquanto os azuis são as etapas para a operacionalização das demais e identificadas como necessárias posteriormente a publicação da resolução CIB.

Juntamente com a criação do fluxograma, e tomando-se como base a avaliação realizada

após a aprovação do PES 2016-2019, que apontou a necessidade de padronização dos textos produzidos pelas CRS e CIRs para o referido documento, lançou-se a ideia de criar um Painel no Portal de Business Intelligence (BI) da SES/RS que auxiliasse e subsidiasse as CRS e municípios na elaboração dos Diagnósticos Regionais e Planos Macrorregionais de Saúde de maneira uniforme. O foco do painel são as Regiões de Saúde, podendo-se fazer filtros também por Macrorregiões de Saúde. Para confecção do Painel, foram elencados dados e indicadores prioritários que se constituem como a base mínima a partir da qual se constituirão as análises da situação de saúde dos Diagnósticos Regionais de Saúde e, posteriormente, dos Planos Macrorregionais de Saúde. O formato final do Painel do PRI apresentará seis diferentes abas, a saber: Apresentação do Planejamento Regional Integrado; Demografia, Determinantes e Condicionantes da Saúde; Morbidade e Mortalidade; Estrutura do Sistema; Redes de Atenção à Saúde e Financiamento.

Oficina de Planejamento Regional Integrado: disparando o processo no RS

Após ter sido finalizada a proposta preliminar de metodologia para o PRI, com definição dos principais passos a serem tomados até o final do processo, foi realizada entre os dias 16 e 17 de outubro de 2018 uma Oficina de Trabalho para alinhar e pactuar as principais diretrizes do PRI no RS. Foram convidadas representações do Departamento de Articulação

Interfederativa (DAI) do MS, NEMS, CONASS, COSEMS e SES (incluindo as CRS), o que representou a participação de mais de 100 pessoas no evento.

Como produtos da Oficina obtiveram-se a validação do fluxograma do PRI junto aos participantes (Figura 3), com a elaboração de 30 cronogramas regionais para execução do processo nos territórios. Além disso, foram colhidas contribuições em relação à metodologia apresentada, as quais foram incorporadas ao trabalho. Encontra-se em andamento a escrita de um Documento Guia de operacionalização do PRI, conforme passo 07 previsto na Resolução CIB/RS nº 188/2018. O documento descreve e detalha as etapas e passos necessários para a operacionalização do PRI no RS, e serve de base para o trabalho desenvolvido. O Documento Guia, que até o momento foi disponibilizado através de versão preliminar para os atores implicados no trabalho, permitirá a padronização da metodologia a ser utilizada nas 30 Regiões de Saúde e, posteriormente, nas sete Macrorregiões de Saúde, facilitando o trabalho de compilação das DOMI Macrorregionais que será realizado durante a construção do PES 2020-2023. Também se espera, com este Documento, minimizar diferenças nos processos de priorização das necessidades regionais, buscando a equidade inter-regional desde o início do trabalho.

A partir da Oficina foi disparado o trabalho no lócus regional efetivamente, com objetivo de

elaborar os 30 Diagnósticos Regionais de Saúde, etapa em que o PRI se encontra no estado do RS no momento. Para tanto, os trabalhadores de referência do PRI nas CRS organizaram Grupos de Trabalho juntamente com gestores municipais e apoiadores do COSEMS, denominados “GTs PRI”. Estes grupos, pactuados em Comissão Intergestores Regional, são os responsáveis por realizar a análise da situação de saúde das Regiões de Saúde e identificar necessidades e prioridades regionais. O trabalho tem como base tanto as análises dos dados fornecidos pelo Painel PRI no BI quanto à revisão das metas dos PMS 2018-2021 e especificidades do nível local.

Na continuidade do processo de PRI, a proposta é de que sejam realizadas Oficinas em cada uma das sete Macrorregiões de Saúde do RS, conforme prevê o passo oito do quadro presente na Resolução CIB/RS nº 188/2018. Após a realização das Oficinas Macrorregionais, a equipe da ASSTEPLAN, em parceria com os atores envolvidos no processo, realizará agendas de apoio para as CIR e/ou Macrorregiões, conforme necessidade apresentada em cada território. Na sequência, a proposta prevê a aprovação dos Planos Macrorregionais em CIB, e a finalização das grandes etapas previstas para o PRI no RS se dará com a publicação do PES 2020-2023.

A partir daí, iniciar-se-á a fase de monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde 2020-2023, com todos os desdobramentos que isso representará para a

equipe de trabalho da SES/RS. Certamente será necessária uma remodelação dos processos de trabalho para acompanhar a execução dos 07 Planos Macrorregionais de Saúde e do PES pela SES/RS, com a introdução de novas tecnologias no âmbito da gestão estadual do SUS no RS que possam contribuir para a realização desta missão. Após findado esse ciclo de planejamento, será possível avaliar em que medidas a metodologia aqui relatada permitiu o alcance dos objetivos traçados.

Considerações Finais

A criação de uma metodologia para construção do PRI foi uma tarefa desafiadora para a SES/RS. Considera-se que o compartilhamento desta experiência pode vir a contribuir para que outras secretarias estaduais de saúde também possam refletir sobre a forma de condução do PRI em seus territórios, agregando novas tecnologias e saberes, de forma colaborativa, às diferentes propostas já constituídas.

Cabe destacar o caráter processual do planejamento no SUS, e também por isso é relevante o registro histórico-reflexivo do PRI que está em andamento no RS. Como foi relatado no texto, as definições tomadas na época da constituição das CRS, ou da construção do PDR e da PPI, por exemplo, impactam até hoje no processo de trabalho da SES/RS, e tais definições perpassaram gerações de trabalhadores e influenciam diretamente no quadro territorial, político e institucional que temos na atualidade. Por isso, conhecer os condicionantes constitutivos

do PRI poderá servir para futuras análises a respeito do processo que ora é disparado.

Como potencialidades do trabalho desenvolvido pela SES/RS, podem-se destacar o caráter coletivo do mesmo, além da definição, de forma compartilhada e pactuada junto aos atores envolvidos, da metodologia de trabalho, corresponsabilizando os participantes em todo o processo. A produção coletiva traz maior legitimidade ao processo de planejamento, sendo um avanço importante para a democratização dos processos institucionais no âmbito do SUS⁵. Destacam-se também os aspectos de originalidade da metodologia criada, tendo sido uma construção autoral, com apoio de atores internos e externos à SES/RS.

Outra potencialidade do PRI foi a possibilidade de abrir espaços de encontro e reflexão entre os gestores e trabalhadores da SES e dos demais atores envolvidos (NEMS, COSEMS), que poderão agenciar novas formas de realizar a gestão estadual do SUS tomando-se como base a perspectiva das RAS e a constituição de estratégias considerando-se as necessidades de saúde da população (ao invés de centrar as ASPS a partir da oferta). Assim, considera-se que as reflexões disparadas durante a realização do PRI poderão incidir de forma a transformar, na esfera micropolítica²⁷, as ações que vêm sendo desenvolvidas pelos diferentes atores que participam do processo.

Com relação aos limites colocados ao processo do PRI, ressaltam-se as questões institucionais da

SES/RS, tais como a assimetria de informações entre nível estadual e nível regional, em ambas as direções, bem como as importantes diferenças de amadurecimento das discussões do PRI nas CRS e, ainda, as limitações financeiras da SES/RS para a disponibilização de diárias para a realização do trabalho de apoio às CRS e aos municípios no âmbito do planejamento. Assim, como apontam outros estudos^{4,28,29,30}, o fortalecimento das instâncias regionais é fundamental para que o processo do PRI possa se dar a contento.

Cabe destacar que a leitura que se faz da regionalização e do PRI neste trabalho aponta para o fato de que estes processos nunca estarão acabados ou prontos. Como a regionalização e o planejamento regional envolvem pactuações entre gestores, os acordos e negociações precisam ser permanentemente revistos e refeitos, seja no sentido de alterar, seja no sentido de referendar aquilo que já foi discutido e pactuado. Assim, os consensos não são estanques, devendo ser flexíveis a ponto de tornarem viáveis os objetivos almejados.

Por fim, considera-se que, no caso da SES/RS, existem dois grandes movimentos que

precisam ser levados a cabo: a efetivação do planejamento ascendente e a consolidação da pauta da RAS no planejamento regional. Dessa forma, grandes desafios se colocam para a equipe que conduz esse processo na SES/RS, pois, além das questões inerentes ao próprio processo de planejamento no SUS, que ainda não se efetivou da forma como foi concebido, há ainda a necessidade de rediscutir o desenho territorial das Regiões de Saúde com base na perspectiva das RAS. O desenho atual das macrorregiões, Coordenadorias Regionais e Regiões de Saúde é antigo e foi feito com base em conceitos e pactuações que, talvez, hoje não façam mais sentido.

É certo que não vamos resolver a regionalização no RS com o processo do PRI: essa é mais uma das estratégias lançadas para avançar na direção da equidade inter-regional, da busca pelo atendimento das necessidades de saúde da população e da organização das RAS com foco no usuário. Assim, considera-se de extrema relevância a continuidade dos estudos aqui iniciados, uma vez que este tema representa um dos grandes “nós” para a implementação do SUS na atualidade.

Nota

¹Rede Materno-Infantil, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Referências

- ¹BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20.9.1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em 21/09/2019.
- ²VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2009. V. 14 (Supl. 1), pp. 1565-1577. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2009.v14suppl1/1565-1577/pt>. Acesso em: 21/09/2019.
- ³SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde soc.** 2010, v. 19, n. 3, pp. 509-517. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24/09/2019.
- ⁴MELLO *et al.* Nota Técnica: O olhar gestor sobre a regionalização da saúde brasileira. **Novos Caminhos**, n. 9, 2016, 30 p. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/03/Novos-Caminhos-9.pdf>. Acesso em: 25/06/2019.
- ⁵JESUS, W. L. A.; TEIXEIRA, C. F. Planejamento estadual no SUS: o caso da SESAB-BA. In: TEIXEIRA, C. F. (org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. Pp. 95-116.
- ⁶SILVA, H. P.; MOTTA, P. H. S. Nota Técnica: Regionalização da Saúde e Integração dos Serviços: Evidências Sobre o Atual Estágio de Conformação das Regiões e Redes de Atenção à Saúde na Perspectiva dos Municípios Brasileiros. **Novos Caminhos**, n. 11, 2016, 19 p. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/06/Novos-Caminhos-11.pdf>. Acesso em 21/09/2019.
- ⁷ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. d'ÁVILA. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde debate**, 2015, v. 39, n. spe, pp.28-38. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500028&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27/09/2019
- ⁸BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 29/06/2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 16/09/2019.
- ⁹BRASIL. **Manual de Planejamento no SUS**/Ministério da Saúde. 1. ed., ver. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz; 2016.
- ¹⁰RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB/RS nº 555/2012**. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170214/23101458-1348591506-cibr555-12.pdf>. Acesso em: 16/09/2019.
- ¹¹RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB/RS nº 26/2013**. Inclui o município de Pinto Bandeira na região de saúde 25 denominada Vinhedos e Basalto. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170251/23105101-1360254701-cibr026-13.pdf>. Acesso em: 16/09/2019.
- ¹²RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB/RS nº 499/2014**. Altera a configuração das Regiões de Saúde: R 15 – Caminho das Águas, R20 – Rota da Produção e R17 – Região do Planalto. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170206/23110603-1416229340-cibr499-14.pdf>. Acesso em: 16/09/2019.
- ¹³GUIMARÃES *et al.* Análise histórica do processo de regionalização no Rio Grande do Sul e a construção do planejamento regional. In: **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte, ABRASCO, 2013.
- ¹⁴JAEGER *et al.* Implantação do SUS no Rio Grande do Sul: linhas estratégicas da Secretaria da Saúde na Gestão Democrático-Popular eleita para o mandato de 1999 a 2002. **Boletim da Saúde**, v. 14, n. 1, 1999-2000.
- ¹⁵RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Porto Alegre: SEGRAC, 2002, 152p.
- ¹⁶BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União**, 29/01/2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 16/09/2019.

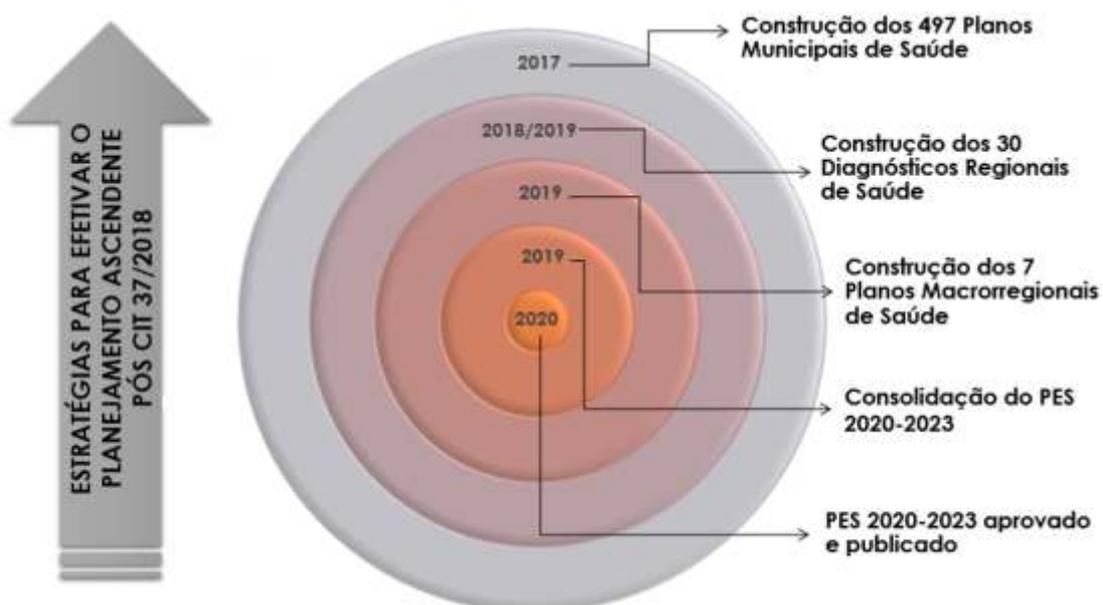
- ¹⁷RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Porto Alegre: CORAG. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28101537-pes-2012-2015.pdf>. Acesso em: 16/09/2019.
- ¹⁸RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>. Acesso em: 16/09/2019.
- ¹⁹SCHENKEL, M. A. *et al.* Plano Estadual de Saúde 2016-2019 do Rio Grande do Sul: limites e avanços da elaboração e do resultado. In: **Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**, III edição, 2017, Natal. Anais, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2017. 396-397.
- ²⁰PEREIRA JUNIOR, N.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface (Botucatu)[online]**. 2014, v. 18, suppl.1, pp.895-908. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500895&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26/09/2019.
- ²¹BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. **Diário Oficial da União**, 26/03/2018. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/RESOLUCAO-N-37-DE-22-DE-MARCO-DE-2018.pdf>. Acesso em: 16/09/2019.
- ²²BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, 18/08/2017. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html. Acesso em: 16/09/2019.
- ²³COBURN, David & COBURN, Elaine S. Saúde e Desigualdades em Saúde em um Mundo Globalizado Neoliberal. In: **Aspetos Econômicos da Equidade em Saúde**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014
- ²⁴HOPKINS, S. Economic stability and health status: evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis. **Health Policy**, 75(3): 347-357, 2006.
- ²⁵SERAPIONI, Mauro. Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 33, n. 9, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000903001&lng=pt&tlng=pt>
- ²⁶RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB nº 188**. Aprova a proposta de cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado e a definição das Macrorregiões de Saúde do Rio Grande do Sul. 15 de junho de 2018. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180633/22173349-cibr188-18.pdf>. Acesso em: 16/09/2019. ²⁷MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec; 2002.
- ²⁸MEDEIROS, C. R. G. *et al.* Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 129-140, Março, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100129&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26/09/2019.
- ²⁹GOYA, N. *et al.* Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Ceará, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1235-1244, Abril de 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401235&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16/09/2019.
- ³⁰VIANA *et al.* Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 17 (Supl.1): S17-S26 out., 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17s1/pt_1519-3829-rbsmi-17-s1-00S7.pdf. Acesso em: 26/09/2019.

Figura 1. Planejamento da equipe da ASSTEPLAN para efetivar a diretriz do planejamento ascendente.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS.

Figura 2. Replanejamento das ações da equipe da ASSTEPLAN para efetivar a diretriz do planejamento ascendente.



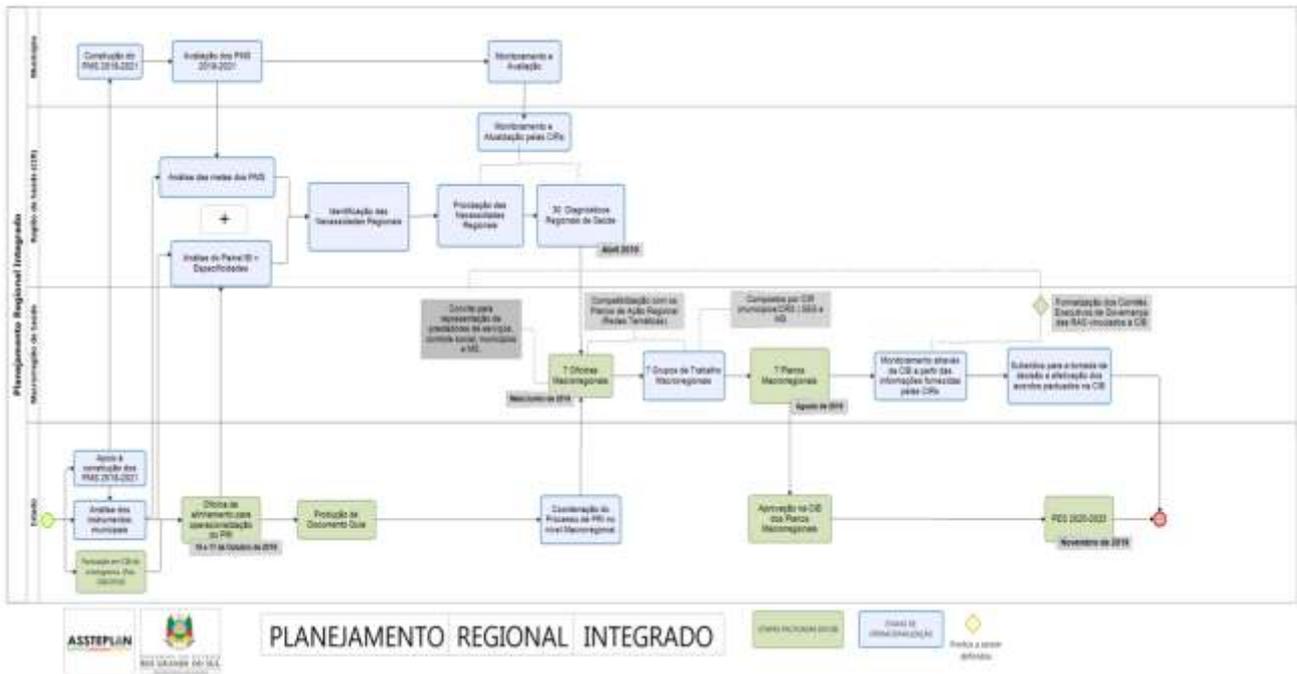
Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS.

Quadro 1. Cronograma do Planejamento Regional Integrado pactuado em CIB/RS.

Atores envolvidos	Ações desenvolvidas	Período
SES/RS	1. Reunião entre as áreas técnicas da SES e técnicos das CRS, com representação do CES/RS e dos municípios, para alinhamento conceitual sobre rede de atenção à saúde e PRI. Produto: PES 2016-2019.	2015 e 2016
SES/RS	2. Reuniões de Trabalho entre ASSTEPLAN e CRS com intuito de estabelecer definições para o apoio à construção dos PMS, bem como pactuar diretrizes para elaboração dos Planos Regionais de Saúde, promovendo o planejamento ascendente.	2017
CIB/RS	3. Informe na Secretaria Técnica da CIB/RS (08/05/2018) sobre a Resolução CIT nº 37/2018 e encaminhamento para composição de Grupo de Trabalho (GT) responsável por discutir e propor o cronograma das ações a serem desenvolvidas e a definição das Macrorregiões de Saúde.	1º semestre de 2018
CIB/RS	4. Reunião do GT para alinhamento conceitual, definição inicial das Macrorregiões de Saúde, elaboração de calendário de PRI e de proposta de definição das Macrorregiões de Saúde, para posterior aprovação na CIB.	1º semestre de 2018
CIB/RS	5. Reunião da CIB para aprovação do cronograma de ação do PRI no RS, bem como aprovação das Macrorregiões de Saúde, para envio ao Ministério da Saúde até 26 de junho.	1º semestre de 2018
SES/RS	6. Oficina de alinhamento para a operacionalização do processo de PRI no estado do RS. Participação do CONASS, COSEMS, NEMS/RS e CES/RS.	2º semestre de 2018
SES/RS	7. Elaboração de documento guia para a operacionalização do processo de PRI, conforme o cronograma aprovado na CIB.	2º semestre de 2018
CIR e áreas técnicas da SES/RS	8. Oficinas macrorregionais para a consolidação do PRI realizado nas CIR (convite para representação de prestadores de serviço, controle social e Ministério da Saúde para iniciar a discussão sobre os Comitês Executivos de Governança e futura criação destas instâncias).	1º semestre de 2019
CIR e áreas técnicas da SES/RS	9. Reuniões nas CIR e Macrorregiões para operacionalização das etapas previstas na Resolução CIT nº 37 e conforme descrito no documento guia.	1º semestre de 2019
SES/RS	10. Elaboração dos 07 Planos Macrorregionais de Saúde (conforme previsto no inciso III do Art. 1º da Resolução CIT nº 37/2018, contendo os itens: a) A identificação do espaço regional ampliado; b) A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada; c) As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução; d) As responsabilidades dos entes federados no espaço regional; e) A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional; f) A programação geral das ações e serviços de saúde e g) A identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares).	1º e 2º semestre de 2019
CIB/RS	11. Aprovação dos Planos Macrorregionais na CIB.	2º semestre de 2019
CIB/RS	12. Formalização dos Comitês Executivos de Governança das Redes de Atenção à Saúde nas macrorregiões.	2º semestre de 2019
SES/RS	13. Finalização do Plano Estadual de Saúde 2020-2023, tendo como base os Planos Macrorregionais de Saúde.	2º semestre de 2019

Fonte: Elaboração própria, adaptado do Anexo I da Resolução CIB/RS nº 188/2018.

Figura 3. Fluxograma com as principais etapas do Planejamento Regional Integrado.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS.

Submissão: 26/04/2019
Aceite: 02/10/2019