

Palácio dos Bandeirantes

Av. Morumbi, 4.500 - Morumbi - CEP 05698-900 - Fone: 3745-3344

Nº 239 – DOE – 22/12/18 - seção 1 – p.71

COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

Deliberação nº 117, de 21-12-2018

Considerando a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite nº 37, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado - PRI e a Organização de Macrorregiões de Saúde;

Considerando a proposta do GT bipartite de Gestão Regional do documento norteador (Anexo I) para o PRI no estado de São Paulo e Roteiro para a Análise Situacional (Anexo II);

A Comissão Intergestores Bipartite – CIB/SP, em reunião realizada em 14 de dezembro de 2018, aprova Nota Técnica CIB – DIRETRIZES PARA O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO – PRI PLANO REGIONAL, conforme Anexo I e II.

ANEXO 1

NOTA TÉCNICA CIB

DIRETRIZES PARA O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI) PLANO REGIONAL

I. INTRODUÇÃO

A Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017 estabeleceu as 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.

Estabeleceu que os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado (PRI), elaborado de forma ascendente, e a Governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS constituem um compromisso dos três entes federados na implementação de modelo de atenção à saúde que atenda às políticas pactuadas e às necessidades de saúde da população brasileira onde a Atenção Básica à Saúde seja a ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado, considerando ainda os demais conceitos, fundamentos, atributos e elementos constitutivos das RAS descritos na Portaria GM/MS nº 4279/2010.

O PRI requer a “disponibilização de parâmetros nacionais e regionalizados para orientar o planejamento e a programação das ações e serviços de saúde, considerando a diversidade socioeconômica, geográfica, epidemiológica e sanitária das regiões de saúde brasileiras”.

“O planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, deve sistematizar a definição das responsabilidades de cada ente federado no âmbito das RAS e do financiamento compartilhado. A alocação de recursos de capital e custeio pelas três esferas de gestão deve respeitar a regionalização e a organização das RAS”.

A Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018 regulamentou o PRI a ser instituído e coordenado pelo estado em articulação com os municípios e participação da União, a partir da configuração da regionalização definida na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), observando as seguintes orientações:

O PRI expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território e ao SUS, evidenciando diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

A RAS contará com um Comitê Executivo de Governança, de natureza técnica e operacional, instituído na macrorregião de saúde, e vinculado à CIB, cujo objetivo é monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS.

As CIB deverão fortalecer as CIR como espaço de governança regional e de gestão, envolvendo os três entes federados para a implementação do processo de planejamento regional integrado visando a organização das RAS.

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

Cabe observar que no estado de São Paulo a CIB já havia definido macrorregiões de saúde e espaço de governança correspondente, conforme descrito no item “Passos para o Desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado/ Plano Regional”.

Cabe observar ainda que a CIB SP definiu que o PRI ocorrerá no território da Região de saúde (63 regiões conforme descrito no item “Passos para o Desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado/ Plano Regional”) envolvendo as macrorregiões complementando as necessidades e prioridades das regiões de saúde.

Outro ponto a ser considerado no planejamento regional refere-se ao mínimo de ações e

serviços que deve conter a região:

- Atenção básica;
- Urgência e emergência;
- Atenção psicossocial;
- Atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
Vigilância à saúde.

II. PASSOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO/ PRI – PLANO REGIONAL

O planejamento no SUS deve ter como base territorial as regiões de saúde, que representam a unidade de referência para a análise da dinâmica socioeconômica e da situação de saúde da população, o dimensionamento da capacidade instalada de produção de serviços, o levantamento dos recursos fiscais, dos profissionais e equipamentos disponíveis e para a projeção de uma imagem-objetivo da rede de atenção à saúde. Entretanto, parte das 63 Regiões de Saúde constituídas no Estado de São Paulo em 2007 à ocasião do Pacto pela Saúde, possuem pouca resolubilidade considerando-se a integralidade da atenção à saúde. Desta forma, o PRI deve envolver o território das macrorregiões complementando a assistência, em especial na alta complexidade.

1. Definição dos territórios

No estado de São Paulo as regiões de saúde foram definidas em 2007, à luz do Pacto pela Saúde, Portarias MS/GM 399 e 699/2006, sofrendo pequenos ajustes, sendo atualmente 63 regiões às quais correspondem as Comissões Intergestores Regionais – CIR – que são as instâncias de pactuação e deliberação entre os gestores do território (a configuração atual da regionalização no estado está presente na Deliberação CIB São Paulo nº 11 de 2016).

Foram definidas também as Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS (Deliberação CIB SP nº 36 de 2011) que correspondem a um arranjo com vistas a maior complexidade assistencial, cuja governança seriam os Comitês Gestores da Rede - CG Redes, constituídos por representação dos gestores municipais indicados nas CIR e representantes da gestão estadual (DRS compreendidos na RRAS). Na prática os CG – Redes não se efetivaram como espaços de governança na maioria das RRAS do estado de São Paulo.

Este arranjo foi ratificado pela Deliberação CIB nº 63, de 25 de junho de 2018, em atendimento ao artigo 4º da resolução CIT nº 37 que estabeleceu o prazo de 90 dias a partir de sua publicação para definição dos territórios que comporiam as macrorregiões bem como do cronograma de trabalho para a constituição do PRI. Constituiu-se ainda um Grupo Bipartite para a coordenação do processo. (Grupo Técnico Bipartite de Gestão Regional, Deliberação CIB nº 52, de 29 de maio de 2018).

O desenvolvimento do PRI/ Plano Regional pode levar à revisão dos territórios atualmente constituídos, conforme previsto na própria Resolução CIT nº 37.

2. Elaboração da análise situacional de saúde

A partir da definição das regiões de saúde e macrorregiões é possível iniciar o processo de análise da situação de saúde da população da região. Esse processo visa reunir e sistematizar as informações de saúde da região para servir de base para a análise situacional, tais como a distribuição dos recursos humanos e de ações e serviços ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, possibilitando a identificação dos vazios assistenciais existentes. O objetivo dessa etapa é identificar as necessidades de saúde da população e contribuir para o estabelecimento das metas de saúde da região e macrorregiões. As necessidades são balizadas pelos parâmetros assistenciais vigentes (Portaria MS GM 1.631/2015).

A sugestão da CIB para a realização da análise situacional consta do Anexo I, “Proposta de Roteiro para a Análise Situacional”, lembrando que os indicadores de pactuação interfederativa para os anos de 2017-2021 (Resolução CIT nº 8 de 2016) integram o diagnóstico assim como a análise alocativa de recursos econômicos.

A partir destes dados e de outros que se fizerem necessários para a região de saúde espera-se que sejam identificados os principais problemas de saúde, de gestão e de governança.

Para isto pode-se utilizar ferramentas disponíveis tais como a Matriz GUT – Gravidade / Urgência / Tendência, link: <https://klickpages.com.br/blog/matriz-gut-o-que-e/>

3. Definição de prioridades, diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução

Identificados os principais problemas e necessidades de saúde, os gestores devem pactuar na CIR as prioridades, diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução, lembrando que a pactuação interfederativa para os anos de 2017-2021 integra esse processo (Resolução CIT nº 8 de 2016).

Devem identificar responsabilidades e ações de cada ente federado, lembrando que:

- As prioridades devem estar refletidas nos planos de saúde dos três entes federados.
- As ações decorrentes das responsabilidades de cada ente devem constar das programações anuais de saúde.
- As prioridades e metas pactuadas nas regiões devem subsidiar a elaboração do Plano Estadual de Saúde em processo ascendente.

A rede de atenção à saúde precisa estar organizada e integrada desde a atenção básica para garantir a integralidade da atenção na região complementada nas macrorregiões.

Estes níveis do PRI já podem indicar ajustes na regionalização (regiões de saúde e RRAS).

A CIR é a instância em que os gestores discutem, pactuam, monitoram e avaliam as prioridades definidas para a região de saúde, e definem as metas regionais e as responsabilidades de cada ente para o alcance das intervenções definidas.

Os CG Redes (Resolução CIB nº 36/2011) que correspondem às RRAS/ macrorregiões, são constituídos por representação de secretários municipais das CIR que o compõem e

representantes dos DRS, não tem caráter deliberativo, havendo necessidade das pactuações retornarem às CIR para deliberação. Instituídos desde 2011, não estão em pleno funcionamento.

Os gestores nas três esferas de governo são responsáveis pelo monitoramento e avaliação das respectivas metas pactuadas, de modo que os resultados retroalimentem o planejamento em saúde. A prestação de contas da pactuação anual ocorre no Relatório Anual de Gestão (RAG).

4. Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde - PGASS

Texto publicado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde - SAS Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC Coordenação Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde - CGPAS discorre sobre a PGASS, a partir da Portaria Ministerial n.2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabeleceu diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde e propôs como base os seguintes pressupostos: “A PGASS se coloca como instrumento de fortalecimento da governança regional, na medida em que se propõe a sistematizar os pactos entre os gestores das três esferas de governo, privilegiando este espaço como locus de negociação e estruturação da rede de atenção à saúde, integrando os serviços e os recursos disponíveis. Assim, a PGASS enfatiza também o papel organizativo da rede de atenção, uma vez que a metodologia proposta incorpora ferramentas de apoio à reorganização dos serviços de saúde, partindo de estimativas de necessidades em saúde, que apontam para investimentos, antes de promover a alocação dos recursos de custeio, invertendo a lógica hegemônica que privilegia meramente a distribuição do recurso financeiro. O modelo da PGASS assume como princípio a orientação para as necessidades de saúde da população. Como consequência, os critérios e parâmetros que refletem essas necessidades podem extrapolar, em muito, a atual oferta de serviços dos sistemas de saúde municipais e regionais, principalmente no caso brasileiro, caracterizado por grandes desigualdades na oferta e no acesso aos diversos serviços públicos, inclusive de saúde. Dois tipos de restrições se colocam para o alcance dos patamares de oferta de serviços indicados pelos parâmetros: a capacidade de expansão e as limitações de financiamento dos serviços. Os sistemas de saúde têm uma capacidade limitada de expansão, mesmo em contextos de disponibilidade de recursos financeiros. Assim, entre a intenção de se expandir a oferta de serviços e a efetiva realização desse propósito reside um considerável intervalo temporal. No caso da programação, portanto, a expansão dos serviços, quando necessária para alcançar o patamar de oferta sugerido pelos parâmetros, deverá ser feita de forma gradual, de acordo com as capacidades específicas de mobilização dos recursos necessários”.

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde consiste em um “processo de negociação e pactuação entre os gestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, partindo da realidade municipal. Possui articulação com a Programação Anual de Saúde (PAS) de cada ente

presente na região, dando visibilidade aos objetivos e metas estabelecidos no processo de planejamento regional integrado, bem como os fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de promoção e assistência à saúde, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica. Como resultado desse amplo processo de discussão e identificação de necessidades é possível a priorização de investimentos necessários para a conformação da Rede de Atenção à Saúde”.

A PGASS é desencadeada no processo do PRI devendo subsidiar a regulação, controle, avaliação e auditoria e contribuir para a organização e operacionalização da Rede de Atenção à Saúde nos territórios.

Em Oficina de Trabalho do GT CIB Gestão Regional, expandido para outros técnicos da SES e de municípios, realizada nos dias 26 e 27 de novembro de 2018, com a presença de técnicos do Ministério da Saúde convidados, foi apresentado um sistema, que, do ponto de vista metodológico, propõe que a PGASS seja subdividida em três etapas: a) Etapa I – Harmonização das diretrizes, objetivos e metas dos Planos de Saúde, dos três entes federados, no âmbito regional; b) Etapa II – Modelagem da Rede de Atenção à Saúde existente e necessidade investimentos ; c) Etapa III - Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, com explicitação dos pactos de gestão (gestão municipal/ gestão estadual) e Programação por estabelecimento de saúde.

Restaram dúvidas acerca de funcionalidades da Etapa III, porém, compreende-se que há uma ferramenta disponível para elaboração da PGASS.

Com o início da nova gestão da SES e a necessidade de elaboração do Plano Estadual de Saúde para o período 2020 – 2023 considera-se fundamental iniciar o processo de Programação com a ferramenta existente, mesmo reconhecendo a necessidade de melhorias, que poderão ocorrer durante o processo de programação. Da mesma forma entende-se que a PT nº 1631/2015 fornece parâmetros de referência que possibilitam a programação das ações de média e alta complexidade a serem oferecidas nas Regiões de Saúde. Esse processo poderá contribuir de maneira efetiva para superação das dificuldades de pactuação nas CIR.

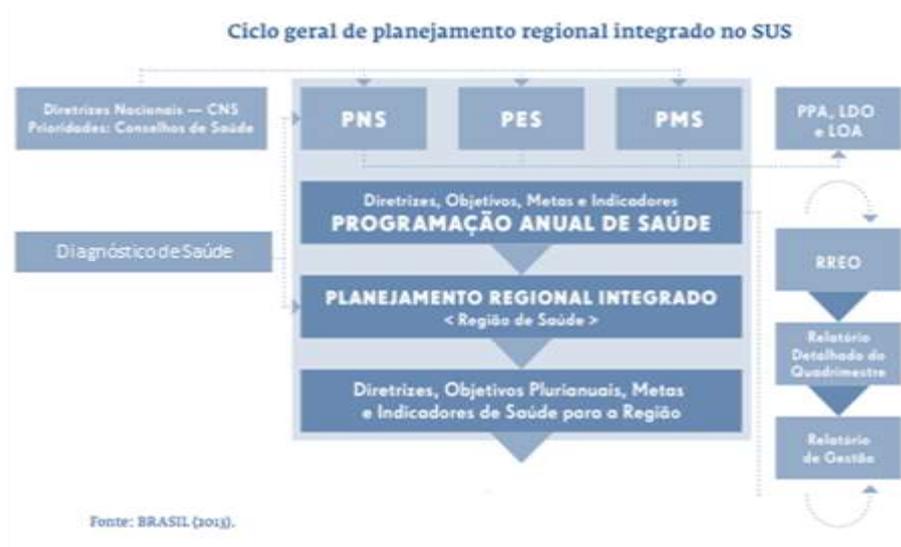
Por fim, o processo de planejamento regional integrado e a programação geral irão contribuir para discussão de metodologias de alocação de recursos financeiros.

5. Definição das responsabilidades orçamentárias e financeiras.

Com a definição das responsabilidades e metas de cada ente federado na execução das ações e serviços na região de saúde, é necessária a definição das responsabilidades orçamentárias e financeiras, o que se torna extremamente difícil pela necessidade de investimento e validação da ferramenta de programação de ações e serviços de saúde, sistemas de custo, entre outros, por todos os entes federados.

Todos os novos serviços ou ampliação, independentemente da fonte de financiamento, incluídas as emendas parlamentares, precisam ser avaliados, justificados e planejados no âmbito regional.

Importante ressaltar que no Plano Regional devem estar expressos os compromissos financeiros no custeio e investimento, de interesse regional, bem como as responsabilidades dos entes federados envolvidos nas RAS acerca de sua operacionalização, considerando sua estrutura operacional (sistemas logísticos e sistemas de apoio).



6. Referências legais.

LEIS, PORTARIAS, E RESOLUÇÕES TRIPARTITE.	CONTEÚDOS
<u>Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.</u>	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.
<u>Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.</u>	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
<u>PRC nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo I.</u>	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
<u>Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011.</u>	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.
<u>Resolução CIT nº 1, de 29 de setembro de 2011.</u>	Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

ANEXO 2

PROPOSTA DE ROTEIRO PARA A ANÁLISE SITUACIONAL

1. **Mapa das Regiões de Saúde - CIR com divisão geográfica municipal, RRAS e DRS.**
2. **Tabela de distribuição populacional por sexo e faixa etária – por município e região de Saúde (Fonte RIPSA – Censo 2015).**
3. **Perfil de morbimortalidade**
 - a. Taxa de mortalidade infantil, neonatal, pós-neonatal e materna
 - b. Principais causas de óbito
 - c. Principais causas de internação
 - d. % de internações por causas sensíveis à atenção básica
 - e. Outras definidas pela Região
4. **Apontamento de Riscos Ambiental e de Serviços de Saúde**
 - a. Água
 - b. Solo
 - c. Ar
 - d. Serviços de saúde
5. **Estrutura da Rede Assistencial: capacidade instalada e equipamentos**
 - a. **Capacidade Instalada:** Equipamentos de saúde (Fonte CNES);
 - b. **Quadro dos serviços por natureza** (público sob gestão estadual ou municipal, privado, etc.).
 - c. **Serviços Ambulatoriais:**
 - **Atenção Básica:** UBS tradicional, Equipes de Saúde da Família/ESF, unidade mista (UBS com leito de observação), Núcleo de Apoio a Saúde da Família/NASF, Sala de vacina (Fonte: SI-API). Cobertura de AB, cobertura de SF, cobertura de SB;
 - **Atenção Especializada:** AME, Ambulatório de Especialidades, CEO, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/CEREST, CER, etc; Atendimento ambulatorial em especialidades ofertadas por equipamento, na área de Abrangência da CIR;
 - **Saúde Mental:** Centro de Atenção Psicossocial/CAPS; Serviço Residencial Terapêutico: número, por tipo (I e II), nº de moradores de hospitais psiquiátricos por Região de Saúde; Leitos de Saúde Mental e de psiquiatria em Hospital geral; Hospitais psiquiátricos – leitos para agudos.
 - d. **Serviços de Urgência e Emergência**
 - SAMU e GRAU;
 - Pronto Socorro/PS e Pronto Atendimento/PA: UPA, AMA, PA, PS isolado, PS Hospitalar, Pronto Socorro de Referência, Urgência psiquiátrica;
 - e. **Internação**

- Hospitais Gerais por porte: menos de 50 leitos, 51 a 200 leitos, de 201 a 500 leitos, acima de 500 leitos;
- Hospitais Especializados por especialidade, por número de leitos: menos de 50 leitos, 51 a 200 leitos, de 201 a 500 leitos, acima de 500 leitos;
- Por gestão e natureza: nº de leitos totais - SUS e não SUS, por porte e tipologia. Por gestão e natureza (Leitos/Pop. Total e Pop. SUS);

f. Apoio Diagnóstico e Terapêutico

- Laboratórios próprios (análises clínicas, citopatologia, bioquímica, etc),
- Laboratório de saúde pública,
- Imagem: mamógrafos, tomógrafos, RNM, US convencional, US Doppler, ECO cardiografia, endoscopia, colonoscopia, densitometria, Fisioterapia.

g. Alta Complexidade

- Serviços de TRS, cardiologia, oncológicos, Rede de Alta Complexidade de Ortopedia, Rede de Alta Complexidade Neurocirurgia, Auditiva. Por gestão e natureza (referência e assistência).

h. Assistência Farmacêutica

- Farmácia do Componente Especializado por município, CIR e DRS e fluxo de dispensação (direta ou malote)

i. Regulação

- Centrais existentes por tipo (ambulatorial, hospitalar e urgência); abrangência

6. Assistência (fonte CROSS, DATASUS, PPI, DRS, CONEXA entre outros)

- Atendimento ambulatorial por especialidade: principais filas de espera para consultas especializadas e exames
- SAMU – abrangência e grade de referência
- Urgência – Principais recursos solicitados, solicitações atendidas na região, solicitações atendidas fora da região: fonte CROSS
- Internação de MC - Taxa de ocupação e média de permanência por porte hospitalar (por clínicas básicas e UTI), área de abrangência, (demanda reprimida/dados locais), 2017. Fonte SIH/DATASUS
- Internação de Alta complexidade – abrangência, referências fora da região, 2017. Fonte SIH/DATASUS

7. Resolução CIT nº 8 de 2016, pactuação interfederativa de indicadores para os anos de 2017-2021, 23 indicadores, para os quais deverão ser pactuadas metas anuais para os estados, municípios e regiões de saúde. Dos 23 indicadores elencados no rol, 20 são de pactuação universal, ou seja, são de pactuação comum e obrigatória aos municípios e estados:

Indicadores

1. Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis.
2. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados (Indicador específico).
3. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.
4. Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade.
5. Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.
6. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
7. Número de casos autóctones de malária (Indicador específico)
8. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.
9. Número de casos novos de aids em menores de 5 anos.
10. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez.
11. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária.
12. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.
13. Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar.
14. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos.
15. Taxa de mortalidade infantil.
16. Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência.
17. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.
18. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).
19. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica.
20. Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano.
21. Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica (Indicador específico).
22. Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
23. Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.