

Regionalização, Governança e Planejamento Regional Integrado

Regionalização

Utilizando-se como base o site do Campus Virtual de Saúde Pública, o conceito de Regionalização da Saúde está inicialmente relacionado à ideia básica de organização por regiões. A definição de regionalização contemplada no Pacto pela Saúde/2006 ressalta seu caráter solidário e cooperativo, definido como:

(...) processo de identificação e constituição de regiões de saúde existentes nos diferentes municípios que compõem a região, em uma rede regionalizada de atenção visando à universalidade de acesso, à equidade, à integralidade e à resolutividade.

A regionalização, além de se constituir como um método para ampliar a cobertura assistencial em saúde em determinado território, é considerada um processo construído pelas pessoas. Portanto, é permeada pelas relações sociais e de poder com dimensões técnicas, políticas, econômicas e ideológicas, de tal forma que se constitua como resultado dos acordos políticos firmados por meio da gestão compartilhada que respeite a diversidade e a autonomia dos entes federados.

Ao organizar uma região de saúde, torna-se importante respeitar os diferentes processos que estejam em construção e as desigualdades de serviços de saúde presentes na região, de forma que permitam desenhos de regiões não rígidas e normativas. Se o que de fato caracteriza uma região são as pessoas, por meio de sua organização e pelas relações sociais de produção estabelecidas no território, para que a regionalização seja “viva” ela precisa respeitar a história e a cultura da população, construindo a identidade regional de modo a criar o sentimento de pertencimento neste espaço de vida e com isso, compreender, adequar e formalizar as Regiões de Saúde que respondam pela produção de vida e cuidado em cada território.

Embora o Pacto pela Saúde tenha trazido o conceito de Regionalização, em 2006, a discussão sobre o tema inicia-se juntamente com a história do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem ocupado o centro do debate da reorganização desse sistema nos últimos anos. O arcabouço normativo da pauta inicia-se com a Constituição Federal de 1988 estabelecendo, no Artigo 198, que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada” capaz de garantir acesso, acolhimento e integralidade do cuidado. A Lei 8080 de 1990 - Lei Orgânica da Saúde – apresenta a regionalização como um princípio estratégico norteador dos processos de organização político territorial.

Embora a Norma Operacional Básica (NOB) de 1993 ter sido revogada, trouxe a regionalização como pressuposto, e afirma que a sua efetivação deve se dar por meio da articulação, mobilização e pactuação municipal, considerando as características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico e oferta de serviços.

Aponta também para a construção política dos gestores, trabalhadores e cidadãos com potencialidade para estabelecer relações de caráter cooperativo no desenvolvimento do planejamento e de ações integradas. Já a NOB de 1996 (também revogada), ainda que não enfatize a regionalização, estabelece a Programação Regional Integrada como instrumento de planejamento e reforça a necessidade de cooperação técnica e financeira dos estados e da União com os municípios para possibilitar a efetivação das redes regionalizadas de saúde.

Com caráter transitório, essas normas foram ao longo do tempo sendo complementadas e substituídas. Em 2001 e 2002 surgem as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) trazendo consigo, ainda mais fortemente, a regionalização da assistência. As NOAS (embora revogadas) introduziram os conceitos de módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões que deveriam ser expressas nos Planos Diretores de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada Integrada (PPI). Esses instrumentos fomentaram a agenda da regionalização entre os gestores do SUS. No entanto, sua complexidade dificultou o processo de articulação entre as instâncias gestoras e, conseqüentemente, o processo efetivo de regionalização.

Enquanto isso, as fragilidades de acesso e equidade, em um sistema de saúde exclusivamente de base municipal, se evidenciavam. Segundo Carvalho, Jesus e Senra (2017, p. 1156):

O lançamento do Pacto pela Saúde, em 2006, com seus desdobramentos para estados e municípios e a edição do Decreto nº 7508 de 2011 retomam a regionalização sob o ponto de vista dos acordos políticos entre gestores na organização do sistema e amplia o papel das Comissões Intergestores, fortalecendo a lógica do Planejamento Integrado, consubstanciado por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP). O Decreto estabelece que as regiões de saúde devem organizar-se para ofertar, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde, explicitando a complementaridade entre essas ações para garantir cuidado integral em tempo oportuno.

Do ponto de vista organizativo, os autores citados colocam ainda como aspectos relevantes propostos pelo Decreto: a Atenção Básica como porta de entrada prioritária do sistema; e o estabelecimento dos novos dispositivos de planejamento do SUS, compreendido como ascendente e integrado, pautado pelas necessidades de saúde e disponibilidade de recursos.

Todo este processo mostra-se pautado na capacidade dos atores envolvidos em gerar consensos sobre as responsabilidades compartilhadas e em construir desenhos regionais que visem a garantia do

acesso a ações e serviços de saúde. O COAP, proposto pelo Decreto 7508/2011, com objetivo de efetivar os princípios e diretrizes do SUS, na prática, **não** se tornou uma realidade para todos os estados do país. A fragmentação do sistema e a histórica deficiência de planejamento, desde o nível local até as políticas estratégicas de incorporação tecnológica (MELLO et.al., 2017), perpassando pela complexidade de análise sistêmica da situação de saúde dos municípios, podem ser citados como alguns dos motes para o insucesso.

Contudo, as discussões sobre a regionalização não se encerraram, pois, cada vez mais tem se observado que os municípios brasileiros, pelas suas características demográficas, econômicas, sociais não conseguem garantir, por si só, o cuidado integral a saúde de sua população. A regionalização no SUS constitui estratégia prioritária para garantir o direito à saúde, reduzir as desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade da atenção, racionalizar os gastos, otimizar os recursos e potencializar o processo de descentralização.

No entanto, o processo de regionalização dos serviços de saúde possui diversos determinantes e condicionantes, entre eles destacam-se, as desigualdades e diversidades territoriais; a interdependência entre serviços, instituições e áreas da política pública e suas distintas formas de organização; a multiplicidade de atores envolvidos no financiamento, gestão e prestação da atenção à saúde; e, às múltiplas configurações e escalas geográficas relacionadas à oferta, ao uso e à pactuação regional de serviços (Lima et al, 2012, 2019; Lima, 2015; Albuquerque et al, 2017).

Mais recentemente, em 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) estabeleceu, por meio da **Resolução CIT nº 23 de 17 de agosto de 2017**, 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”. Em 2018, a **Resolução CIT nº 37 de 22 de março de 2018** que “dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde”, retomando e intensificando a agenda de regionalização em todo o país. E no ano de 2019, foi publicada a **Resolução CIT nº 44 de 25 de abril**, que define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011 (que definia o COAP), passa a ser o resultado do Planejamento Regional Integrado.

Diante da discussão em pauta há quase 25 anos, o que se mostra evidente é a necessidade de articulação política e administrativa da saúde, permitindo a governança regional de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) regionalizada capaz de garantir o acesso à atenção integral à saúde, otimizando recursos e buscando a qualificação dos serviços. Entende-se que isso é possível pelo planejamento a partir das

necessidades de saúde identificadas nos municípios, com ações cooperativas, integradas e articuladas entre as três esferas de governo.

A busca de práticas adequadas às estratégias do SUS requer o fortalecimento da discussão sobre regionalização da saúde, com planejamento ascendente e a organização das ações e serviços de saúde por meio da RAS, com fortalecimento de um modelo de atenção à saúde que tenha como foco a **Atenção Básica** como **Ordenadora da Rede** e **Coordenadora do Cuidado**. Não basta a produção do planejamento regional sem analisar o modelo de atenção que se quer implementar. Se o modelo de uma determinada região de saúde for centrado apenas na atenção hospitalar e no assistencialismo, e se esses aspectos não forem discutidos e repensados, corremos o risco de reforçar tal modelo no planejamento.

Governança

Sabe-se que o termo possui vários significados, que são utilizados tanto nos setores públicos quanto privados. Ao visitar alguns autores que tratam deste tema, o mais comum é entender a Governança como um importante instrumento de balanceamento da distribuição de poder e de cogestão.

O SUS possui, em sua origem, a participação da sociedade, o controle social, e a distribuição de responsabilidades entre entes autônomos, mas interdependentes, portanto, a distribuição e a divisão do poder já são princípios utilizados e aplicáveis no dia a dia do sistema. Segundo Michel Foucault (1974) *o poder está nas entranhas das relações sociais*. Então, pode-se afirmar que ele está em todo o lugar, ou seja, nas instâncias, encontros, rodas e cotidiano do SUS. Esta perspectiva nos faz refletir sobre como exercitar uma prática de governança adequada ao SUS, distribuindo o poder adequadamente, sem que as instâncias de gestão – incluindo aqui o controle social – percam o seu caráter deliberativo. Afinal, a gestão do SUS é indelegável, cuja responsabilidade não pode ser transferida.

Importante destacar os comentários do Coordenador da Assessoria Técnica do CONASEMS, Nilo Bretas, nos vídeos das aulas do **Curso de Aprimoramento em Práticas de Apoio para o fortalecimento da gestão municipal do SUS**, que nos apontam alguns desafios quando afirma que *“Governança deve acontecer em Rede, deve ser participativa e colaborativa”*. Já praticamos tais valores no SUS, agora o desafio é fortalecê-los, ampliá-los. Nilo também comenta que *“o planejamento, a gestão, a regionalização e o controle social são mecanismos que dão vida à Governança”*. Para ele, as práticas de governança devem considerar as dimensões *de grande capital do SUS, que são: ampliação do acesso; busca da integralidade e de um cuidado mais resolutivo e de maior qualidade; e o atendimento das necessidades de saúde*.

A governança visa ampliar o protagonismo do gestor municipal na gestão da RAS. As Resoluções da CIT nº. 23/2017 e nº. 37/2018 apresentam a possibilidade da existência de **Comitês Executivos de Governança das RAS**, os quais devem ser instituídos nos espaços regionais onde se organizam as RAS (na macrorregião de saúde). Estes comitês possuem natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e representantes do Ministério da Saúde (MS).

A maior aproximação do MS, neste processo, torna-se necessária para qualificar a descentralização, compartilhando uma governança daquilo que, segundo a Lei 8080/90, é de coordenação dessa esfera de gestão, como a alta complexidade e a vigilância em saúde. Estes comitês terão sua composição, atribuição e funcionamento definidos pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), as quais subsidiarão a tomada de decisões na macrorregião no que se refere à implementação das RAS, e contribuirão para a efetivação dos acordos pactuados na CIB e CIR.

Sobre o papel/atribuições do Comitê Executivo de Governança da RAS, o COSEMS/PR entende que as apresentadas nos materiais pedagógicos do Curso citado acima são adequadas às necessidades do SUS, que são as seguintes:

- ❖ Acompanhar o funcionamento da RAS nos diversos pontos de atenção da rede;
- ❖ Monitorar os objetivos e metas da RAS que devem ser cumpridos a curto, médio e longo prazo;
- ❖ Monitorar os indicadores estabelecidos no painel de bordo da RAS na macrorregião;
- ❖ Recomendar novos arranjos, fluxos e organização da RAS;
- ❖ Recomendar capacitações e Educação Permanente para as equipes de saúde do território;
- ❖ Recomendar medidas que favoreçam as articulações das políticas interinstitucionais.

A figura abaixo representa a articulação entre os espaços de pactuação de gestão do SUS e Comitê Executivo de Governança Macrorregional.



Planejamento Regional Integrado (PRI)

O PRI é um processo ascendente e participativo que visa à construção de Planos Regionais/Macrorregionais de Saúde e ao fortalecimento da organização das Macrorregiões de Saúde por meio da RAS, os quais servirão de base para o Plano Estadual de Saúde 2020-2023, bem como serão parte integrante do mesmo.

O Plano deve expressar as responsabilidades de cada gestor em relação às ações e serviços de saúde e seu financiamento. Deve apontar as responsabilidades dos gestores sobre a população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização da RAS, observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

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

Os aspectos primordiais a constituírem o Plano Regional (Macrorregional) são:

- ❖ A identificação do espaço regional ampliado, sendo, no Paraná, as macrorregiões norte, noroeste, leste e oeste;
- ❖ A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada.
- ❖ As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução.
- ❖ As responsabilidades dos entes federados no espaço regional.



COSEMS-PR

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná

- ❖ A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional.
- ❖ A programação geral das ações e serviços de saúde.
- ❖ 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.

O estado é o coordenador do processo de Planejamento Regional Integrado em articulação com os municípios e participação da União a partir da configuração das regiões de saúde. Cabe a CIB pactuar os Planos Regionais e o monitoramento dos mesmos a partir das informações fornecidas pelas CIR (Comissões Intergestores Regionais) já organizadas nas Regiões de Saúde. Deliberação da CIB estabelecerá o cronograma para a construção dos Planos Regionais Integrados, bem como as etapas do processo em cada estado.

O processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) no estado do Paraná.

No estado do Paraná, a experiência de construção do Planejamento Regional Integrado (PRI) tem sido produtiva e participativa. Iniciou-se em 2018, com a discussão do Cronograma do PRI, que resultou na Deliberação nº 240, da CIB/PR, de 27/06/2018. Tal documento expressa claramente a decisão da CIB de implementar **quatro macrorregiões de saúde no Estado – Norte, Noroeste, Leste e Oeste** – as quais deverão produzir seus planos macrorregionais e estes o Plano Estadual de Saúde 2020-2023.



COSEMS-PR

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná



Em seguida, a CIB constituiu o Grupo Condutor Estadual Tripartite (Deliberação nº 259 da CIB/PR, de 18/07/2018), o qual é coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e conta com a participação de representantes do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde no Estado do Paraná - COSEMS/PR e da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Paraná – SEMS/PR. A Deliberação CIB/PR nº 318 de 11.10.2018, pactuou as diretrizes para orientar o processo de PRI e o monitoramento do Plano Regional (Macrorregional). Em 2019, com a nova gestão estadual, novas deliberações da CIB/PR orientaram a continuidade do processo: Deliberação CIB nº 16/2019 - nova formação do grupo condutor; Deliberação CIB nº 32/2019 – repactuação do cronograma e das diretrizes que orientaram o processo.

Assim, a SESA, em conjunto com o COSEMS-PR, realizou diversos encontros e reuniões do Grupo Condutor visando o alinhamento conceitual sobre planejamento, regionalização, RAS, Governança, entre outros.

Antes de serem realizadas as oficinas macrorregionais e regionais, houve alguns momentos de alinhamento interno (para dentro das instituições SESA e COSEMS), onde foi possível a cada instituição reunir sua equipe de condução, estudar conceitos e discutir os momentos a serem vividos posteriormente. Segue abaixo um resumo do processo vivenciado no estado do Paraná:



O grupo condutor também discutiu e produziu a programação e a metodologia das oficinas macrorregionais e regionais, as quais deram capilaridade ao processo do PRI nas regiões de saúde. Foi definido pelo grupo condutor que para melhor organização e compreensão do processo pelos envolvidos na ponta, o mesmo fosse feito gradativamente por etapas ou momentos, assim as primeiras **oficinas macrorregionais** tiveram como objetivo geral instrumentalizar as equipes das Regionais de Saúde e do CRESEMS para o processo de construção dos Planos Regionais/Macrorregionais quanto ao diagnóstico das regiões de saúde, chamado de **Momento 1**.

Nestas oficinas macrorregionais (uma por macro – 4 no total), participaram representantes das Regionais de Saúde da SESA (05 de cada RS), presidentes e vice-presidentes dos CRESEMS, secretários municipais de saúde dos municípios sede das RS, equipe e apoiadores do COSEMS (em média 50 a 60 pessoas).

Antes da realização das Oficinas Macrorregionais, o Grupo Condutor Estadual discutiu amplamente com vistas a realizar eventos de escuta e construção coletiva no âmbito das regiões e macrorregiões de saúde, com foco na apropriação dos principais conceitos que envolvem o PRI e suas etapas.

Das oficinas macrorregionais se desdobraram as **oficinas regionais** (uma por região, sendo 22 no total), cujo objetivo principal foi discutir e elaborar o diagnóstico regional (momento 1) que serviu de base para o plano macrorregional, e destas participaram: Diretores e Equipes das Regionais de Saúde, Secretários Municipais de Saúde e equipes dos municípios que compõem a Região de Saúde, Apoiadores do COSEMS, Representantes da Saúde do Indígena (para as regiões com povos indígenas), Conselho de Saúde, Consórcios de Saúde e outros que a CIR definiu.

As oficinas regionais foram significativas e disparadoras de movimento no território para a construção do diagnóstico e análise da situação de saúde da região. Para a conclusão do diagnóstico foi necessária a organização de outros encontros (internamente no município com as equipes municipais e nas microrregiões de saúde). Além disso, foram produzidos, pelo Grupo Condutor Estadual, alguns instrumentos utilizados para levantar informações e dados disponíveis nos sistemas de informação. Foi necessário olhar para a realidade, para os números e informações que não estavam disponíveis nos sistemas, por isso os instrumentos (planilhas, roteiro, enfim, as ferramentas de coleta de informações) foram fundamentais para a análise da região de saúde. O Grupo Condutor também disponibilizou o Roteiro Básico para o Diagnóstico, representando um instrumento para **síntese** da análise dos indicadores e das planilhas utilizadas para elaborar o diagnóstico.

Sempre houve consenso no Grupo Condutor de que os documentos produzidos se referem às diretrizes e referenciais para a implementação do PRI e RAS, e nunca houve a intenção de construir “receita pronta” ou de decidir pelos atores regionais. A discussão sempre se deu no sentido de que cada região, com base nas suas necessidades, deve construir o seu planejamento.

A etapa seguinte tratou do retorno às **oficinas macrorregionais** para consolidar e finalizar o **momento 1**: apresentação dos *diagnósticos regionais* e também para instrumentalizar as equipes regionais, gestores do Cresems e equipe de apoiadores para o início do **momento 2**: **processo de definição de prioridades e respectivas diretrizes, objetivos, metas e indicadores**. No momento 2, o Grupo condutor orientou as equipes das Regionais de Saúde a utilizarem a metodologia GUT (Gravidade, Urgência e Tendência) para a definição de prioridades nas regiões de saúde e construção do planejamento. Novamente estas oficinas macrorregionais se desdobraram em oficinas regionais do momento 2 e outras ações, onde as regionais reuniram-se com os municípios e definiram as prioridades de cada uma das 22 regiões de saúde.

A recepção destas prioridades regionais foi organizada pelo grupo interno dirigente do PRI na SESA, consolidadas por macrorregião e levadas como proposta para discussão e definição das prioridades por macrorregião. Isto foi feito por meio de quatro novas **oficinas macrorregionais**, no mês de outubro/2019, onde os representantes da SESA e Cosems definiram as prioridades.

A partir deste momento, com as **prioridades macrorregionais definidas**, para a continuidade dos trabalhos de finalização da primeira parte do documento do PRI, as discussões não voltaram para as regiões, mas passaram a acontecer por meio de um grupo condutor macrorregional composto por diretores e equipes técnicas das Regionais de Saúde da SESA e por gestores presidentes e vice presidentes dos Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde (Cresems), gestores dos municípios sede das regiões, equipe técnica e apoiadores do Cosems. Até o final do mês de novembro, as quatro macrorregiões de saúde, após discutir e alinhar com os atores regionais todas as informações, enviaram os diagnósticos macrorregionais finalizados para o grupo de coordenação do processo do PRI na SESA-PR.

No dia 11.12.2019, um Encontro Estadual sobre o processo do PRI no estado do Paraná, reuniu o governador e secretário de estado da saúde, presidente do Cosems e gestores da saúde, prefeitos, diretores e equipes técnicas das regionais de saúde, dirigentes e equipes da SESA e do COSEMS, além de representantes: da Associação dos Municípios do Paraná (AMP), do Tribunal de Contas do Estado (TCE), da Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná (ACISPAR), do Ministério Público Estadual (MP), do Conselho Estadual de Saúde (CES), da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná (ALEP), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do MINISTÉRIO DA SAÚDE e outros convidados, para apresentar o processo de construção até o momento, bem como discutir os



COSEMS-PR

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná

compromissos e responsabilidades dos três entes federados para a continuidade do processo no próximo ano.

Todo este processo se dá pela criação de **movimentos de encontros** para organização das etapas e momentos do PRI de forma coletiva, com base na realidade regional.



Ainda existe um longo caminho a ser percorrido!

O Grupo Condutor Estadual, junto com a direção da SESA-PR e do Cosems-PR, tem produzido um movimento vivo de escuta, construção coletiva e, sobretudo, de compromisso com a organização das regiões de saúde por meio do PRI. Há que se considerar no relato feito aqui, que estamos em processo de construção, onde os momentos seguintes previstos nos documentos oficiais tais como: as diretrizes, objetivos, metas e indicadores; as responsabilidades dos entes federados no espaço regional; a programação geral e das ações e serviços de saúde; a contrapartida de cada ente federado no financiamento da RAS e a definição de mecanismos de monitoramento da RAS serão discutidos de forma gradual e permanente nos espaços de discussão e pactuação do SUS.

É importante registrar que, a **não** participação do Ministério da Saúde nas regiões de saúde, nos momentos 1 e 2, deixou o processo sem a percepção do ente federal, o que não inviabilizou a realização do diagnóstico e definição de prioridades. No entanto, é fundamental que nos momentos seguintes possa-

se contar com a participação do Ministério da Saúde para enriquecer e, sobretudo, se comprometer com o apoio técnico e financeiro para o fortalecimento das regiões de saúde e a organização da RAS.

Destaca-se também que o processo de construção do PRI não termina com o Plano Regional/Macrorregional. Afinal, planejamento é processo, é movimento, é construção coletiva e permanente de análises e ajustes na busca do cumprimento dos objetivos estabelecidos.

Para o ano de 2020, a programação em relação ao processo do PRI no Paraná teria como meta definir: “as responsabilidades dos entes federados no espaço regional; a organização dos pontos de atenção da RAS; a programação geral das ações e serviços de saúde; a contrapartida de cada ente federado no financiamento da RAS; a definição dos investimentos necessários; a definição de mecanismos de monitoramento da RAS e a criação dos comitês executivos de governança”.

Essas etapas seriam discutidas de forma gradual e permanente nos espaços de discussão e pactuação do SUS. Mas o ano de 2020 trouxe com ele esse imenso desafio para o mundo, em especial, para os sistemas de saúde: enfrentar uma doença desconhecida e ameaçadora e para muitos grave e fatal: a pandemia de Covid-19.

2020 Atividades PRI-PR

- O processo do PRI no estado do Paraná foi totalmente interrompido em função da pandemia do coronavírus - COVID-19



O ano de 2021, apesar de também muito desafiador, trouxe com ele a esperança: **as vacinas**, e assim depois de um esforço enorme em especial dos municípios para fazer frente as necessidades de atendimento médico ambulatorial e hospitalar, e ainda garantir a vacina no braço dos paranaenses, no segundo semestre foi possível retomar, ainda que maneira tímida as atividades do processo do PRI. Nos meses de agosto e setembro, representantes da Secretaria de Estado da Saúde – SESA-PR, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná – COSEMS-PR e da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Paraná – SEMS, com o apoio dos interlocutores do Projeto Regionalização - PROADISUS, fizeram reuniões para retomada do Processo de Planejamento Regional Integrado – PRI.

Por meio da deliberação CIB-PR 157/2021 o novo grupo condutor foi formado e da deliberação CIB-PR 224/2021, repactuado o cronograma de atividades e realizada a inclusão do eixo e diretriz COVID-19 no PRI, discutido e definido pela SESA/COSEMS/SEMS-PR.



Para dar encaminhamento prático as definições pactuadas em CIB, foram realizadas capacitações das equipes para o processo de trabalho no Planejamento Regional Integrado - PRI. A SESA-PR realizou reunião com a direção geral, servidores do nível central e pessoas estratégicas das equipes das suas 22 Regionais de Saúde nos meses de setembro e outubro/2021. O Cosems-PR realizou momentos de

discussão para alinhamento conceitual com sua equipe técnica para qualificação da atuação da mesma nas oficinas e discussões com os gestores no mês de outubro/2021.

As oficinas macrorregionais tiveram como objetivo contextualizar o processo do PRI até o momento, revisar os diagnósticos/prioridades regionais/macrorregionais e introduzir o eixo e diretriz COVID-19. Foram coordenadas pela SESA, com o apoio do Grupo Condutor Estadual/PRI, da Regional de Saúde e do município sede do encontro. Participaram das oficinas representantes do grupo condutor estadual, das Regionais de Saúde, da SEMS-PR, presidentes e vice-presidentes dos CRESEMS (02 gestores), secretários municipais de saúde dos municípios sede das Regionais de Saúde, apoiadores do COSEMS, membros do Conselho Estadual de Saúde – CES-PR, Universidades e interlocutores do PROADISUS. Nestas oficinas macrorregionais foram dados orientações e encaminhamentos para a realização das oficinas regionais.

Oficinas Regionais: Durante o mês de novembro, as 22 regiões de saúde promoveram encontros/reuniões para discussão e aprovação em CIR, para: revisão da situação de saúde, das necessidades de saúde e das prioridades sanitárias, inserção de eixo e diretriz relacionados ao COVID 19, bem como a reorganização destas prioridades e novo eixo por macrorregião de saúde finalizando a atividade com o envio do consolidado ao nível central da SESA-PR.

Durante o ano de 2022 as atividades do PRI aconteceram apenas em nível estadual. No primeiro semestre por iniciativa dos interlocutores do Hospital Beneficência Portuguesa BP-SP, são realizadas reuniões entre dirigentes da SESA e do Cosems e os interlocutores do Projeto Regionalização – PROADISUS para definirem ações possíveis de serem realizadas durante o ano.

Assim, em agosto aconteceu a oficina estadual sobre o PRI para apresentação e contextualização das etapas do Projeto Regionalização pela equipe da BP, bem como os desafios para construção de sinergia entre projetos no território. Pelo Cosems a apresentação se referiu aos desafios para os municípios no processo de regionalização; os representantes da SESA apresentaram o processo de implantação do PlanificaSUS em todas as regiões do estado do Paraná e um balanço do PRI desde seu início no estado até o presente momento.

Outra atividade foi a realização de mesa temática – Contratualização e Cooperação: desafios e potencialidades do processo na perspectiva da Regionalização e do Planejamento Regional Integrado no SUS do PR, durante o XXXV Congresso Estadual de Secretarias Municipais de Saúde do Cosems-PR, com a exposição das etapas do processo no estado e sua interface com os passos propostos pelo Projeto Regionalização – PROADISUS.

Uma última atividade do ano de 2022 foi a realização do Seminário Sinergia entre os Projetos ProadiSUS, uma iniciativa da SESA com a participação do Cosems, SEMS-PR e dos hospitais de excelência que desenvolvem os projetos ProadiSUS, a saber: Hospital Beneficência Portuguesa – BP-SP: Projeto Regionalização e Rede Colaborativa; Hospital Alemão Oswaldo Cruz – HAOC-SP: Projeto Rede Colaborativa com o COSEMS e Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual com a SESA e Hospital Israelita Albert Einstein: Projeto PlanificaSUS, entre outros. Na ocasião, foram listados dezoito projetos PROADI com adesão da SESA-PR e estimava-se um total de oitenta projetos sendo desenvolvidos em todo o estado por meio da gestão municipal. A proposta do seminário se deu por meio da discussão do conceito de sinergia e pela apresentação dos principais projetos realizados no estado, bem como do projeto de conclusão de curso da especialização em sinergia e integração de projetos, realizada por representantes do COSEMS e SESA.



Esse texto tem, entre outras finalidades, relatar o processo do PRI no estado do Paraná, portanto não termina aqui, está em construção e será acrescido de novas páginas a partir da realização dos novos movimentos e encontros.



COSEMS-PR

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná

Elizabete V. Matheus Silva

Giorgia Regina Luchese

João Felipe Marques da Silva

Marina S. Ricardo Martins

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto n.º 7.508/2011. Brasília: 2011.
2. _____. Resoluções CIT n.º 23, 37 e 44. Brasília: 2017, 2018 e 2019 respectivamente.
3. _____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília: 2010.
4. Campus Virtual de Saúde Pública. Regionalização da Saúde: construção da universalidade e integralidade no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://brasil.campusvirtuaisp.org/sites/default/files/03%20REGIONALIZAO%20DA%20SADE-2.pdf>
5. Carvalho ALB de, Jesus WLA de, Senra IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>.
6. Curso de Aprimoramento em Práticas de Apoio para o fortalecimento da gestão municipal do SUS. <http://proadi.eadhaoc.org.br>
7. Foucault, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
8. _____. A ordem do discurso. São Paulo: Edições Loyola, 1996.
9. Mello, Guilherme Arantes. O Processo de Regionalização do SUS: revisão sistemática. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n4/1291-1310/>
10. PRI-Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado, disponível no site: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_tripartite_planejamento_regional_integrado.pdf
11. SESA/PR. Resoluções CIB n.º 240; 259 e 318. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, 2018.
12. SESA/PR. Resoluções CIB nºs. 16 e 32. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, 2019.
13. Steinberg, Herbert. A dimensão humana da governança corporativa: pessoas criam as melhores e piores práticas. São Paulo: Editora Gente, 2003.
14. Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, Viana ALd'Á. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. Ciênc Saúde Colet 2012;17(7):1903-14.



COSEMS-PR

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná

15. Lima LD de, Albuquerque MV de, Scatena JHG, Melo ECP de, Oliveira EXG de, Carvalho MS, et al. Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. Cad Saúde Pública. 2019;35(suppl 2):e00094618.
16. Lima LD. Condicionantes da regionalização da saúde no Brasil: desafios e recomendações para o planejamento e a gestão territorial do SUS no horizonte dos próximos 20 anos. Textos para discussão. Fiocruz, 2015.
17. Albuquerque MV de, Viana AL d'Ávila, Lima LD de, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. Ciênc saúde coletiva. abril de 2017;22(4):1055–64.