

Mesa Coordenada 3

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO PIAUÍ: gestão, planejamento e fortalecimento do SUS

PLANEJAMENTO REGIONALIZADO INTEGRADO E O CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE NO PIAUÍ: uma obra em progresso

[10.51205/sinespp.2024.mesa.artigo007](https://doi.org/10.51205/sinespp.2024.mesa.artigo007)

REGIONAL INTEGRATED PLANNING AND SOCIAL CONTROL OF HEALTH IN PIAUÍ: a work in progress

Otacílio Batista de Sousa Néto¹
Osmar de Oliveira Cardoso²
Adriana Lima Barros³

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo refletir sobre o Planejamento Regional Integrado no Piauí (PRI-PI) e a articulação necessária com o controle social para o fortalecimento do seu processo de implementação no estado, que vem se dando em regime de cooperação com entidades parceiras. O PRI é uma proposta de planejamento em saúde de forma integrada e articulada entre gestão estadual de saúde e gestores municipais de saúde para o fortalecimento da regionalização e organização da rede estadual de atenção em saúde (RAS). O Conselho Estadual de Saúde (CES) tem participação orgânica em todo o processo por meio de conselheiros que também integram o Grupo Condutor Estadual (GCE), mantendo-se envolvido e em comunicação com todos os atores envolvidos em âmbito local e regional. O processo ainda está em curso e a obra em progresso, enquanto o CES segue tecendo possibilidades de fortalecimento da cooperação na caminhada.

¹ Doutorando em Ensino na Saúde (FCM/UNICAMP); Mestre em Odontologia (ODT/UFSC); Professor no curso de odontologia (DPCO/UFPI); Membro do Comitê Gestor Interinstitucional das Ações de Gestão, Planejamento e Regionalização da Saúde (PRI/SESAPI); Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UFPI).
otanetto2@gmail.com

² Doutor em Ciências (EERP/USP); Mestre em Ciências (FMRP/USP); Professor no Departamento de Bioquímica e Farmacologia (DBF/UFPI); Membro do Comitê Gestor Interinstitucional das Ações de Gestão, Planejamento e Regionalização da Saúde (PRI/SESAPI); Vice Coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UFPI).
osmar@ufpi.edu.br

³ Doutoranda em Políticas Públicas (PPGPP/UFPI); Mestre em Saúde da Família (RENASF/UFPI); Professora do curso de Serviço Social (UNINASSAU/PHB); Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UFPI).
adrianalima.barros@gmail.com

Palavras-chaves: Controle social. Regionalização. Gestão em saúde.

ABSTRACT

The aim of this article is to reflect on Integrated Regional Planning in Piauí (PRI-PI) and the coordination needed with social control to strengthen its implementation process in the state, which has been taking place in cooperation with partner organizations. The PRI is a proposal for integrated and coordinated health planning between state health administration and municipal health administration in order to strengthen regionalization and the organization of the state health care network (RAS). The State Health Council (CES) is organically involved in the whole process through its councillors who are also members of the State Conducting Group (GCE), remaining involved and in communication with all the players involved at local and regional level. The process is still ongoing and the work is in progress, while the CES continues to weave possibilities for strengthening cooperation along the process.

Keywords: Social control. Regionalization. Health management.

1 INTRODUÇÃO

A portaria nº 3.992/17 juntamente com as Resoluções CIT nº 23/2017, nº 37/2018 reforçam a necessidade do fortalecimento do princípio organizativo de Regionalização do SUS enquanto diretriz de organização Regional e Macrorregional do cuidado em Rede de Atenção à Saúde. Esses marcos legais reforçam de maneira oportuna as gestões locais e estadual do Sistema Único de Saúde (SUS), para de forma articulada implementar um processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e de fortalecimento da Governança Regional.

A organização desse processo no estado do Piauí é intensificado a partir da publicação da Portaria 1.812/20 e com a instituição de um Comitê Gestor Interinstitucional em agosto de 2021 (SESAPI, 2022), composto por técnicos da Diretoria de Planejamento da Secretaria de Saúde do Estado (SESAPI), equipe técnica da Real Benemerita Associação Portuguesa de Beneficência (BP) no âmbito do PROADISUS – Programa de Desenvolvimento Institucional do SUS, com cooperação técnica e representantes do Núcleo de Estudos em Saúde da Universidade Federal do Piauí (NESP-UFPI), do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Piauí (COSEMS-PI), do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Estadual de Saúde (CES-PI).

A metodologia do PRI propõe articular e dialogar com as instâncias que pensam e fazem a saúde no Estado para construir Planos e ofertas de serviços de forma regionalizada que atendam às necessidades da população nos territórios, superando vácuos assistenciais

históricos. Desse modo, a “operacionalização do PRI está sustentada em processo ASCENDENTE, PARTICIPATIVO, COLETIVO E DE BASE LOCO-REGIONAL” (SESAPI, 2022, p. 6).

Refletir e analisar a implantação do PRI no estado do Piauí e sua relação com o controle social como uma diretriz necessária e ao mesmo tempo desafiadora é o objetivo deste artigo. A primeira parte teoriza sobre a organização do SUS e a participação do controle social na gestão da saúde, dividida em três tópicos de discussão. No primeiro apresenta-se a perspectiva da atenção em redes como estratégia de organização e governança do SUS. No segundo intitulado O PRI NO PIAUÍ UMA TECITURA A MUITAS MÃOS traz uma breve caracterização da implantação do PRI no estado do Piauí e, no terceiro tópico discute-se a desafiadora e necessária articulação entre o PRI-PI e o controle social.

2 AS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO E GOVERNANÇA DO SUS

Na terceira década do século XXI, o processo contínuo de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e de sua materialidade em termo de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) caminha para a construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) articuladas regionalmente e hierarquizadas no desenho de um sistema efetivamente único, que leve em consideração diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Integrado e Governança, na lógica de organização de macrorregiões e territórios de saúde.

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (Brasil, 2002, p. 9).

O objetivo das RAS é promover a integração de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do SUS, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica, com organização dos pontos de atenção de acordo com as densidades tecnológicas, do nível de menor densidade (APS) ao de densidade tecnológica intermediária (Atenção Especializada), até o de maior densidade (Atenção Terciária).

A construção das Redes busca a superação no SUS, do que tem resistido apesar das conquistas e dos esforços empenhados nos 30 anos de implantação de um modelo assistencial pautado na atenção primária em saúde (APS), ainda que fortemente caracterizada por uma atenção pontual, reativa e fragmentada, quando as melhores evidências construídas apontam para uma atenção contínua, proativa e integrada, compatível com o manejo adequado das condições agudas e crônicas, em um cuidado centrado no paciente, na sua família, e no seu território de experiência vital.

Nas RAS, a APS, a Atenção Ambulatorial Especializada e a Atenção Hospitalar estão em comunicação e interdependência, e há coordenação exercitada pela APS. A estratificação de risco é utilizada no manejo das condições crônicas e, baseada em análise epidemiológica, permite a organização dos serviços para oferecer o recurso assistencial mais adequado para quem mais necessita.

A diversidade do processo de implementação das RAS, no qual as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) têm papel decisivo como foros de negociação e pactuação que devem decidir sobre praticamente todos os aspectos, dos operacionais, aos financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS das diretrizes, nacionais, estaduais e macrorregionais especialmente o tocante à sua governança institucional.

O PRI é parte do processo de planejamento do SUS, que vem sendo realizado no âmbito privilegiado das Macrorregiões de Saúde, cujo produto, será o Plano Macrorregional de Saúde, que servirá de base para a elaboração do Plano Estadual de Saúde, com o desejo explícito de promoção da equidade sanitária, da integralidade na atenção à saúde, da racionalização dos gastos e otimização dos recursos, com ganho de escala, e da concretude do planejamento ascendente do SUS.

O Plano Macrorregional de Saúde, resultante do diagnóstico situacional e da análise do espaço geográfico ampliado, estabelece diretrizes, objetivos, metas e ações específicas para garantir o acesso e a resolubilidade da atenção, por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A governança do SUS envolve a interdependência federativa nos procedimentos de formulação e implementação de políticas, na organização e gestão das RAS, com estratégias e instrumentos de coordenação intergovernamental que materializam a regionalização na negociação entre as esferas de governo nas diferentes instâncias, Regional (CIR), Bipartite (CIB), e Tripartite (CIT). Para além das Comissões, há o Comitê Executivo de Governança da RAS, técnico-operacional, vinculado à CIB, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e

propor soluções para o adequado funcionamento da RAS, fornecer subsídios para a tomada de decisão na macrorregião-território onde a RAS se completa e contribuir para a efetivação dos acordos pactuados nas CIB e CIR.

Diante da complexidade do atual contexto do SUS e da necessidade de aperfeiçoamento contínuo, é essencial que os estados adotem o Planejamento Regional Integrado (PRI) como parte fundamental do processo. Ao estabelecer o PRI, os estados podem desenvolver o Plano Macrorregional de Saúde, fornecendo uma base sólida para a formulação do Plano Estadual de Saúde. Esse planejamento ascendente não apenas promove a equidade sanitária e a integralidade na atenção à saúde, mas também busca racionalizar os gastos e otimizar os recursos disponíveis, visando ganhos de escala e uma gestão mais eficiente.

3 O PRI NO PIAUÍ: UMA TECITURA A MUITAS MÃOS

O processo do Planejamento Regional Integrado no Estado do Piauí partiu do pressuposto da definição de quatro Macrorregiões de Saúde (Litoral, Meio Norte, Cerrados e Semiárido) e de doze Regiões de Saúde (Planície Litorânea, Cocais, Carnaubais, Entre Rios, Vale do Sambito, Vale do Rio Guaribas, Chapada Vale do Rio Itaim, Vale do Canindé, Serra da Capivara, Vale dos Rios Piauí e Itaueiras, Tabuleiros do Alto Parnaíba e Chapada das Mangabeiras).

O desenho territorial do estado estabelece 04 Macrorregiões e 12 Regiões; para a setorial saúde, a 12ª Região de Saúde, Chapada Vale do Rio Itaim, somente foi incorporada no final de 2023, mediante discussões ampliadas em CIR, para que esta região passe a ser desmembrada do Vale do Rio Guaribas, para em 2024 serem planejadas e desenvolvidas ações e serviços de saúde regionais na Chapada Vale do Rio Itaim, com sede em Paulistana e composta por 16 Municípios (SESAPI, 2023, p. 21).

Como etapas do PRI, estão a elaboração da Análise da Situação de Saúde (ASIS) com identificação das necessidades de saúde, riscos de adoecimento, segundo critérios epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e culturais; a definição de prioridades sanitárias: diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução; organização dos pontos de atenção da RAS, segundo critérios de infraestrutura, organização e produção de serviços no território regional; elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) e definição dos investimentos necessários. A partir da ASIS em seus diversos aspectos, as prioridades sanitárias regionais comporão o Plano Regional da Macrorregião com identificação da capacidade instalada e dos vazios assistenciais, identificação dos fluxos de

acesso, traduzidas em diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução. As diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias.

A capacidade instalada na macrorregião de saúde refere-se à rede própria dos serviços do SUS bem como aqueles da rede conveniada/contratada. Os serviços de saúde contratados de forma complementar devem ter a relação com o Gestor contratualizada formalmente, assegurada a preferência às entidades filantrópicas e as entidades sem fins lucrativos, conforme art. 199, §1o da C.F. 88. A formalização contratual entre o poder público e a iniciativa privada é de suma importância, pois estabelece de forma clara os direitos e deveres de cada uma das partes, legitima o repasse de recursos públicos para o setor privado, de mecanismos de subordinação do processo de contratação às diretrizes das políticas de saúde do SUS e torna-se um forte instrumento de regulação e de avaliação dos resultados na prestação de serviços (CONASS, 2006).

Definidas as prioridades sanitárias regionais, emerge a necessidade de construção de consensos e pactuação acerca das responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo, na Macrorregião de Saúde, para a organização das RAS, seus respectivos pontos de atenção e financiamento previsto. 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). O compromisso dos gestores na contratualização de serviços públicos e privados integrantes do SUS, para garantia do atendimento da população na Macrorregião de Saúde. Responsabilidades essas que podem destacar melhorias de indicadores relacionados à APS e à VS, pois, em parte, quanto mais efetivos forem esses resultados, menores são os impactos nas necessidades de ações e serviços de interesse regional da MAC (média e alta complexidades).

A PGASS é uma das etapas do PRI, e consiste em um processo de negociação e pactuação entre os gestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ASPS a serem desenvolvidos, no âmbito da Macrorregião de Saúde, buscando a otimização dos recursos físicos e financeiros e contribuindo para a conformação e organização da RAS. Abrange as ações de Promoção de Saúde, de Vigilância em Saúde (Epidemiológica, da Saúde do Trabalhador, em Saúde Ambiental, Sanitária) Assistência-Atenção à Saúde (APS, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar) e de Assistência Farmacêutica.

O gerenciamento do SUS requer uma colaboração entre os diferentes níveis de governo na formulação e execução de políticas, especialmente na organização das Redes de Atenção à

Saúde (RAS). Isso envolve estratégias de coordenação intergovernamental, como as Comissões Regional, Bipartite e Tripartite. Além disso, há o Comitê Executivo de Governança das RAS, vinculado à CIB, responsável por monitorar e propor soluções para o funcionamento eficaz das RAS, contribuindo para a implementação dos acordos estabelecidos.

Na experiência do Piauí as instituições que vem construindo esse modelo de governança de forma regionalizada e integrada são instituições que historicamente se comprometem com a gestão do SUS cada vez mais próxima da população dos territórios e com capacidade de diálogo de forma transparente com o controle social.

Apoiado pelo CONASS/Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo, o projeto é coordenado pela Diretoria de Planejamento da SES e com a parceria do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/PI), do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP, da UFPI), do Conselho Estadual de Saúde e da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Piauí (SESAPI, 2023, p. 26).

A SESAPI entra do PRI a partir da Diretoria de Planejamento – SUP mas sobretudo a partir de uma articulação entre diversas áreas técnicas da secretaria e Atenção à Saúde/Diretoria de Vigilância Sanitária Estadual/ Superintendência de Assistência à Saúde/Diretoria de Organização Hospitalar/Diretoria de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria.

O Hospital Beneficência Portuguesa⁴ no PRI chamado de BP é uma instituição com 163 anos de existência que além da oferta de serviços de saúde de alta complexidade também se volta para educação e pesquisa em saúde.

O NESP foi fundado em 27 de abril de 1990 (Portaria UFPI – 014/090 CSS), tendo como objetivo contribuir para a organização dos serviços públicos de saúde, formação continuada de recursos humanos inseridos e alinhados com o SUS, especialmente na área de Saúde Pública/ Coletiva: Epidemiologia; Política, Planejamento, Gestão e Avaliação de Sistemas e Serviços de Saúde; Ciências Sociais e Humanas Aplicadas à Saúde, entre outras áreas de conhecimento, que foram sendo incorporadas ao longo do tempo (NESP, 2024). O núcleo é composto por professores e estudantes de graduação e de pós-graduação, alguns dos quais também representantes do controle social.

A diversidade de atores que compõem o PRI desde sua concepção e o permanente esforço de diálogo com as representatividades de seus integrantes é uma característica em

⁴<http://www2.saude.pi.gov.br/noticias/2021-12-03/11109/sesapi-firma-parceria-com-hospital-beneficencia-portuguesa-para-fortalecimento-da-rede-de-atencao-a-saude.html>

destaque da proposta estadual que, ao mesmo tempo, cria responsabilidades em fazer chegar aos conselhos municipais e estadual de saúde seus resultados como perspectiva de fortalecimento da participação do controle social.

4 DE CONTROLE À COLABORAÇÃO: ASPECTOS DA PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NA GESTÃO DO SUS

Historicamente, a participação da sociedade no setor Saúde caminhou por processos complexos de mudanças, que resultaram na construção sempre em processo, nem sempre em progresso, de um sistema de controle social brasileiro cada vez mais qualificado, deliberativo, independente e representativo. A luta pela democratização das políticas de saúde é um norte para os avanços viabilizados pela existência do controle social.

Os Conselhos e as Conferências de Saúde se constituem, atualmente, nos principais espaços, ainda que não únicos e exclusivos ou ainda excludentes, para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Desejando-se como mecanismos democráticos, a sociedade organizada se articula para a efetiva proteção da saúde coletiva, como direito de todos e dever do Estado, raiz de toda o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. A instituição dos Conselhos de Saúde atende à exigência legal estabelecida para o repasse de recursos financeiros, estaduais ou federais, ao setor Saúde, mas deve ir além do caráter compulsório e cartorial.

Entre 1937-1945, o governo Vargas instala, no Brasil, a primeira ditadura do período republicano, o Estado Novo, com o Poder Executivo federal e sua burocracia intensamente fortalecidos, e manifestações da sociedade controladas e limitadas pelo Estado. Havia um pacto autoritário e contraditório com a sociedade, porque este mesmo governo também procurava incorporar outros atores sociais, sobretudo pertencentes ao mundo de trabalho formal. O primeiro Conselho Nacional de Saúde, também criado em 1937, anterior ao próprio Ministério da Saúde, e que existia a época, como parte do Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública, e seu Departamento Nacional de Saúde (DNS).

Saúde Pública era sinônimo de horizonte voltado para o controle de endemias e de higiene pública, um sanitarismo campanhista com ênfase na realização das campanhas sanitárias e militares, rígidas e hierarquizadas: Serviços Nacionais de Febre Amarela, Malária

foram criados, centros e postos de saúde, hospitais gerais, de sanatórios e leprosários. A primeira versão do Conselho Nacional de Saúde era composta exclusivamente por técnicos indicados pelo ministro da área, com a finalidade específica de debater questões internas do DNS.

As Conferências de Saúde também têm longa história, em janeiro de 1941 aconteceu a Primeira Conferência Nacional de Saúde. Com a queda do Estado Novo, em 1945, o cenário político e social brasileiro sofreu grandes mudanças. Uma nova Constituição Federal foi escrita, o estado de direito e as garantias individuais restabelecidos e a divisão de poderes restaurada. Inicia-se, a partir de então, um período desenvolvimentista que atravessou os anos 1950-1960, com descentralização administrativa e distribuição dos recursos financeiros. Houve a criação de estatais como a Petrobrás; a ampliação dos direitos trabalhistas; a realização de investimentos nos setores estratégicos de energia, transporte, indústrias de base, alimentação e educação; bem como a aceleração do processo de industrialização brasileiro. Em 1953 com criação do Ministério da Saúde (MS), uma política nacional de saúde se consolidou, ainda com recursos financeiros escassos. A ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias prevalecia no país, assim como elevadas taxas de morbi-mortalidade infantil e geral. Ao mesmo tempo, fortalecia-se uma estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos.

O CNS regulamentado por decreto lei, recebeu a atribuição de auxiliar o Ministro da Saúde na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde no país. Todos os conselheiros ou pertenciam aos quadros técnicos do próprio MS, não sendo permitida a representação de usuários e de profissionais de saúde. Duas Conferências Nacionais de Saúde foram promovidas entre os anos de 1950-1960. Na última deste período foram definidas as atribuições sanitárias das três esferas de governo, as bases de um primeiro plano nacional de saúde realmente.

O Regime Militar (1964-1984) e a nova ditadura instituída adotaram como estratégia para o setor saúde, o viés assistencialista previdenciário, com medicalização da sociedade, modificações tecnológicas vindas do exterior, e sanitarismo tradicional campanhista de outrora, ao passo que a saúde pública assumia caráter marginal. Entre os anos de 1970 - 1980, o país mergulhou em uma grave crise política, ideológica e fiscal provocada pela recessão, pelo desemprego, pelo aumento da dívida pública, pela queda da arrecadação. e pela ineficiência dos serviços públicos, principalmente os setores da saúde e da previdência, com exclusão de considerável parte da população e explosão de epidemias, tais como meningite e febre amarela.

Surgiu o movimento sanitário com propostas direcionadas à unificação do sistema de saúde; à ampliação e ao aumento de cobertura das ações sanitárias; à integralidade e equidade; bem como à garantia de participação permanente da sociedade na gestão do sistema de saúde. Durante a ditadura, quatro Conferências Nacionais de Saúde foram promovidas, na 7ª foi idealizada a proposta de implantação e desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). O programa representou uma primeira tentativa de resposta à crise institucional e financeira da saúde, com a unificação e descentralização do setor Saúde, a ampliação da participação social.

Em 1985, o Brasil começava a Nova República. Entre os principais temas de debate do que se convencionou chamar de Reforma Sanitária Brasileira, a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor, pela estratégia do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); o financiamento efetivo e a democratização do poder. Seu marco fundamental foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo governo da Nova República e realizada em 1986. Pela primeira a sociedade civil, com cerca de quatro mil pessoas, participou de forma ampla de um debate sobre políticas de saúde. Um amplo processo de mobilização social, delegados com direito a voz e voto, para discutir os rumos do sistema de saúde. Depois da 8ª Conferência, mais nove Conferências Nacionais de Saúde foram realizadas na era do SUS.

A Constituição de 1988 determinou, no artigo 198, que a sociedade participasse da gestão do sistema de saúde. As ASPS integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o SUS, organizado de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo; garantindo atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e com participação da comunidade. O Decreto 7508/2011 regulamentou a Lei 8080/90 e dispôs sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

A Lei no 8.142/90 estabeleceu que: o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, com decisões que serão homologadas pelo chefe do poder executivo. A partir da, a atuação da sociedade no SUS ganhou uma nova dimensão, com participação social ampliada, democratizada, controle social como controle da sociedade sobre a política de saúde. A

sociedade começou, efetivamente, a participar da gestão do SUS, por meio dos Conselhos de Saúde, passou a exercer o controle social, participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras.

A partir de 1990, municípios e estados constituíram os seus próprios Conselhos de Saúde, que não são órgãos responsáveis pela gestão ou execução de serviços, e não têm responsabilidade direta sobre a prestação dos serviços de saúde, tarefa que cabe ao Poder Público, nas três esferas de governo. O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, não subordinado ao Poder Executivo. Municípios e Estados têm liberdade para formarem os seus Conselhos de Saúde, garantindo-lhes condições funcionamento, com autonomia administrativa e financeira. Cada Conselho de Saúde possui regimento interno e estrutura administrativa, e são responsáveis pela proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. Para assegurar a independência entre os poderes, os conselheiros não devem pertencer aos Poderes Legislativo e Judiciário, ou ao Ministério Público. Como a função do conselheiro é de relevância pública, sua atuação no Conselho não é remunerada.

Todo Conselho de Saúde deve possuir um Plenário, uma Presidência, uma Mesa Diretora e uma Secretaria Executiva. Reúne-se, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário. Suas reuniões são abertas ao público. As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes. Para tornar públicas suas decisões ou outras manifestações de seu interesse, os Conselhos de Saúde fazem uso de atas, resoluções, recomendações e moções. Parcerias com outros órgãos, como Tribunais de Contas, Controladoria-Geral da União (CGU) ou Ministério Público (MP) são fundamentais para o acompanhamento da gestão do SUS, principalmente no tocante ao monitoramento, controle e avaliação. O controle social da saúde é um complemento indispensável ao controle institucional realizado pelos órgãos que fiscalizam os recursos públicos, contribuindo para a boa e correta aplicação dos recursos públicos, fazendo com que as necessidades da sociedade sejam atendidas de forma eficiente.

A Constituição Federal, de 1988, determinou que os serviços de saúde oferecidos no âmbito do SUS fossem financiados com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Com isso, estabeleceu a obrigatoriedade de todos os entes políticos contribuírem com o financiamento da saúde no país. A Emenda

Constitucional nº 29, de 2000, delimitou os percentuais mínimos de repasse de recursos a ser realizado por cada um dos entes políticos da federação. A União deve aplicar os mesmos gastos em saúde praticados no ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB); os estados, têm como base de cálculo 12% de suas receitas; e os 15% de suas receitas.

Para que os estados, o Distrito Federal e os municípios sejam contemplados com as transferências fundo a fundo, eles precisam: possuir um Plano de Saúde – associado ao Plano Plurianual (PPA), à Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e à Lei Orçamentária Anual (LOA) aprovado pelo Conselho de Saúde e pelo Poder Legislativo local; ter o Conselho de Saúde instituído; emitir relatórios de gestão que permitam o controle pelo sistema de auditoria do Ministério da Saúde; e indicar as contrapartidas dos recursos a serem aplicados.

Registra-se que participação do Conselho Estadual de Saúde no Plano de Regionalização Integrado do Estado do Piauí acontece desde o início da implantação do processo. Esta ocorre de forma crítica, pró-ativa, assertiva e com a autonomia esperada de um colegiado como o CESPI. Dificuldades existem para essa participação funcional-voluntária de representação por parte dos conselheiros, entre outras questões, destaca-se a dificuldade de conciliação das agendas de trabalho e de representação com os compromissos e prazos fixados pelas instituições, o que abre possibilidades de comprometimento dos resultados esperados para e no processo.

4 CONCLUSÃO

A implantação do PRI no estado do Piauí representa não apenas um avanço na organização e governança do SUS, mas também um desafio significativo para a efetiva participação do controle social na gestão da saúde. Neste artigo, exploramos a complexidade dessa relação, perpassando pela importância da atenção em redes como estratégia fundamental para a organização do sistema e chegando à apresentação de aspectos desafiadores e necessários da participação comunitária na gestão do SUS, ressaltando a importância de uma articulação eficaz entre o planejamento e o controle social.

O PRI articula gestão estadual, gestores municipais e parcerias técnicas como a Universidade Federal do Piauí por meio do NESP e a BP produzindo um diálogo entre diversos outros entes importantes na gestão e fortalecimento do SUS no Piauí, sua proposta rica de

metodologia teve e tem dificuldades concretas de alinhamento de ideias, o que não é surpresa diante da complexidade de pactuações assistenciais, financeiras e éticas que precisam ser realizadas.

A participação do controle social no PRI acabou por ser desenvolvido de forma orgânica, uma vez que alguns atores envolvidos no seu processo de implementação no estado também atuam como conselheiros nos conselhos de saúde em âmbito municipal e estadual e procuraram manter frequente a comunicação das necessidades da população e a construção técnica do planejamento. O processo ainda está em curso e a obra ainda em progresso mas as mãos que fazem essa tessitura mantêm-se disponíveis e dispostas a continuar a caminhada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. Brasília, DF, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 17 maio de 2024

NESP. Núcleo de Estudo em Saúde Pública. UFPI. Documento de Ateste. 19 de fevereiro de 2024.

SESAPI. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) Documento: Plano Estadual de Saúde do Piauí - 2024 a 2027. Secretaria Estadual da Saúde do Piauí/ Diretoria de Planejamento - Dezembro/2023SESAPI. Disponível em:

https://www.saude.pi.gov.br/dup/documentos?q%5Bdup_document_category_id_eq%5D=1. Acesso em: 17 maio de 2024.

SESAPI. Consolidado dos Produtos das Oficinas Regionais de Análise de Situação de Saúde

PRI – Piauí Julho a Dezembro/2022. Disponível em:

https://www.saude.pi.gov.br/dup/documentos?q%5Bdup_document_category_id_eq%5D=1. Acesso em: 17 maio de 2024.

SESAPI. Secretaria Estadual da Saúde do Piauí – SESA/PI. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Piauí – COSEMS/Pi. Documento: Planejamento Regional Integrado-PRI:

orientações gerais para elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022 a 2027. Disponível em:

https://www.saude.pi.gov.br/dup/documentos?q%5Bdup_document_category_id_eq%5D=1. Acesso em: 17 maio de 2024.

SESAPI. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí - Documento: ***Guia para Construção da ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE -PRI - nas Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado – Cocais e Planície Litorânea*** Secretaria Estadual da Saúde do Piauí-Diretoria de Planejamento Hospital da Beneficência Portuguesa - BP novembro/2022. Disponível em: https://www.saude.pi.gov.br/dup/documentos?q%5Bdup_document_category_id_eq%5D=1. Acesso em: 17 maio de 2024.

SESAPI. Portal da saúde.SESAPI firma parceria com Hospital Beneficência Portuguesa para fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde.03 de Dezembro de 202. Disponível em: <http://www2.saude.pi.gov.br/noticias/2021-12-03/11109/sesapi-firma-parceria-com-hospital-beneficencia-portuguesa-para-fortalecimento-da-rede-de-atencao-a-saude.html>. Acesso em: 17 maio de 2024.

Mesa Coordenada 3

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO PIAUÍ: gestão, planejamento e fortalecimento do SUS

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO PIAUÍ: trajetória de desafios persistentes, soluções prementes e avanços recentes

[10.51205/sinespp.2024.mesa.artigo008](https://doi.org/10.51205/sinespp.2024.mesa.artigo008)

HEALTH REGIONALIZATION IN PIAUÍ: a journey of persistent challenges, pressing solutions, and recent advances

Lúcia da Silva Vilarinho¹

Ana Maria Menezes Neiva Eulálio Amorim²

Mailson Fontes de Carvalho³

RESUMO

O texto aborda a evolução da regionalização da saúde no Piauí, destacando os desafios e a implementação recente do Planejamento Regional Integrado (PRI). O PRI, realizado entre 2020 e 2022, fortaleceu a regionalização da atenção à saúde, visando assegurar acesso universal, equitativo e de qualidade aos serviços de saúde. Sua primeira etapa consistiu na análise da situação de saúde nas macrorregiões, embasando o desenvolvimento de estratégias. A continuidade do PRI é esperada para impulsionar avanços significativos na saúde pública do Piauí, alinhados aos princípios do Sistema Único de Saúde voltados à melhoria do perfil de saúde e da qualidade de vida da população assistida.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Regionalização; Governança.

ABSTRACT

The text addresses the evolution of health regionalization in Piauí, highlighting the challenges and the recent implementation of the

¹ Doutora em Políticas Públicas (PPGPP/UFPI); Professora do Departamento de Serviço Social (DSS/UFPI), Membro do Comitê Gestor Interinstitucional das Ações de Gestão, Planejamento e Regionalização da Saúde (PRI/SESAPI), Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UFPI). luvilarinho@uol.com.br

² Mestre em Políticas Públicas (PPGPP/UFPI); Diretora de Planejamento da SESAPI (Até dez/2022); Coordenadora do PRI (Até dez/2022); Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UFPI). ana.eulalio.ame@gmail.com

³ Doutor em Enfermagem e Saúde (UESB); Mestre em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ); Professor do Curso de Enfermagem em Picos (UFPI/CSHNB); Membro do Comitê Gestor Interinstitucional das Ações de Gestão, Planejamento e Regionalização da Saúde (PRI/SESAPI); Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UFPI). mailsoncarvalho@ufpi.edu.br

Integrated Regional Planning (PRI). The PRI, carried out between 2020 and 2022, strengthened the regionalization of health care, aiming to ensure universal, equitable, and quality access to health services. Its first stage consisted of analyzing the health situation in the macroregions, providing a basis for the development of strategies. The continuation of the PRI is expected to drive significant advances in public health in Piauí, aligned with the principles of the Unified Health System aimed at improving the health profile and quality of life of the population served.

Keywords: Health Management; Regionalization; Governance.

1 INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) após três décadas de sua criação segue inconclusa, sobretudo pelos desafios relacionados ao subfinanciamento e à necessidade de romper com modelos de gestão e atenção à saúde hegemônicos e enraizados nas práticas de saúde pública.

Ainda que muitos avanços possam ser constatados, faz-se necessário retomar os princípios e diretrizes, fincados no arcabouço normativo do SUS desde a sua concepção, para aprimorar a organização e funcionamento do sistema. A regionalização e hierarquização da oferta dos serviços, a descentralização da gestão com comando único em cada esfera local e a participação comunitária foram essenciais para nortear a reorganização do sistema, que se tornava a partir de então universal.

A regionalização da saúde busca estabelecer uma estrutura organizacional que seja tanto eficiente quanto equitativa, assegurando que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso abrangente e universal aos serviços de saúde. Todavia, ainda figura como uma agenda inconclusa, marcada por dificuldades relacionadas à complexa estrutura federativa, as restrições financeiras em crises municipais e estaduais, desigualdades regionais na distribuição de recursos, erros na demarcação das regiões, relações desiguais entre atores sociais e entidades, mudanças político-administrativas e influências público-privadas (ALELUIDA, MEDINA e VILASBOAS, 2021).

Nesta perspectiva, este estudo objetiva discutir o recente processo de aprimoramento do planejamento regional integrado (PRI) em desenvolvimento no estado do Piauí, retomando alguns fundamentos conceituais e histórico-institucionais, apresentando as ações realizadas na primeira etapa do projeto de aprimoramento das ações de gestão, planejamento e de organização de governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no período 2020-2022.

2 A REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, como parte do pacto federativo pós-constituição, fortalece os governos municipais, concedendo-lhes autonomia e descentralizando o poder estadual. Isso estabelece diretrizes para a cooperação entre os diferentes níveis de governo na implementação de políticas públicas e sistemas de assistência. A regionalização é uma resposta à necessidade de integrar políticas, serviços e ações públicas em nível estadual, visando aprimorar os índices de desenvolvimento humano e bem-estar, e mitigar as desigualdades regionais historicamente presentes no território brasileiro.

A discussão em torno do princípio da regionalização do SUS aponta para a instrumentalização da melhor disposição e distribuição técnica e espacial dos serviços de saúde no território, de modo a proporcionar atenção integral à saúde da população mediante acesso as ações e serviços no espaço regional/macrorregional o mais próximo possível do domicílio do usuário do SUS, com máxima eficiência institucional e social (CONASEMS, 2019).

Segundo Lima et al. (2012), tal discussão conecta-se ao debate da descentralização por constituírem-se princípios da configuração político-territorial do SUS. Destarte, enquanto a descentralização segue o desenho federativo brasileiro ao operar a desconcentração de poder, responsabilidades e recursos da união para os estados e municípios, a regionalização tem como foco a elucidação de regiões não restritas aos limites político-administrativos das esferas subnacionais, mas conformada pela distribuição de poder e pelas relações entre governos, organizações e cidadãos e as diferentes dinâmicas e percepções dos atores envolvidos.

Peça importante do mosaico que compõe o SUS, a regionalização também se sustenta nos pilares da municipalização, de forma expressa na gestão da política de saúde e seus mecanismos de governança, participação social e formas de financiamento dos governos federativos.

Desse modo, a regionalização não figura como mero processo geográfico espacial, mas também como processo social, político e econômico, que para além de ser uma estratégia de gestão e planejamento dos serviços de saúde no SUS, compõe esforços em torno de um projeto de desenvolvimento que se espera seja setorial, regional e nacional. Ainda um desafio na agenda estruturante do SUS, dada a diversidade e as desigualdades regionais resultantes das

diferenças em capacidades locais, usualmente tratadas como assimetrias regionais na literatura nacional e internacional especializada.

A regionalização é a diretriz organizativa que orienta o processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores nos três níveis de governo e para a qual os arranjos institucionais e a relação política administrativa são variáveis que permeiam o planejamento, a gestão e a organização de redes de atenção à saúde (SANCHO et al, 2017; p.1122).

A regionalização no SUS fundamenta-se na organização em redes de atenção à saúde (RAS), hierarquização dos serviços, distribuição equitativa dos recursos de acordo com as necessidades locais, gestão compartilhada entre os entes federativos e participação da comunidade. Trata-se, portanto, de uma abordagem que busca assegurar uma oferta contínua e integrada de serviços de saúde, promovendo a integralidade e continuidade do cuidado, enquanto considera as particularidades de cada região e incentiva a autonomia local na gestão dos serviços.

Nessa perspectiva, as RAS constituem-se como arranjos organizacionais que aglutinam serviços de saúde em diversos níveis e pontos de atenção, com o propósito de oferecer assistência contínua e integral aos usuários. Com uma organização não hierárquica e coordenada, buscam promover ações que vão desde a promoção da saúde até cuidados paliativos, adaptando-se às demandas da população (MENDES, 2011).

O processo de reestruturação da assistência em RAS, de caráter hierarquizado e regionalizado, foi normatizado pela Portaria MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que trata das diretrizes para a estruturação das redes como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão e assegurar a oferta de serviços de saúde com efetividade e eficiência.

Na esteira das numerosas normativas organizacionais do SUS, a política de regionalização redesenhou-se com o Pacto pela Saúde, estabelecido em 2006, que contemplando o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, instituiu diretrizes orientadoras que favoreceram o planejamento e a programação pactuada e integrada (PPI) da atenção à saúde em redes de ações integradas (BRASIL, 2006).

Após seis anos de negociação, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, sucedeu o Pacto, consolidando o processo de regionalização e instituindo o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). Ele estabelece orientações para a implementação da regionalização da saúde, delineando as Regiões de Saúde, os mecanismos de pactuação entre os entes federativos

(União, Estados e Municípios) e os critérios para a contratualização de ações e serviços de saúde.

A ideia de região de saúde foi definida como uma entidade territorial que aglutina municípios com o propósito de assegurar a atenção integral à saúde da população, lidando com as demandas compartilhadas entre esses entes municipais. Elas funcionam como unidades de planejamento, organização e administração dos serviços de saúde em âmbito regional, facilitando a interação entre os diversos níveis de cuidado. Em tese, a região de saúde enquanto instância de recorte territorial aglutina municípios para assegurar densidade tecnológica necessária para a atenção integral à saúde das pessoas, ante o cumprimento de necessidades comuns dos entes municipais.

Cabe ressaltar que no intuito de avançar com a implementação da RAS, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, por meio da Portaria de Consolidação nº 3, datada de 28 de setembro de 2017, diversas redes temáticas, a saber: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Como consequência, estados e municípios, mediante considerações das prioridades epidemiológicas e assistenciais, delimitam os enfoques a serem conferidos pelas RAS.

Destaque-se que apesar de diretrizes técnicas orientarem a proposição de estratégias voltadas para a organização e funcionamento do sistema de saúde em uma lógica e abrangência loco-regional, de cuidado em rede de atenção que oportunizasse o acesso do usuário a todos os níveis de atenção e cuidado em saúde, observa-se que é a partir de 2017, com a Portaria 3.992/2017 e com as Resoluções CIT nº 23/2017 e nº 37/2018, além da Portaria 1.812/2020, que o Planejamento enquanto estratégia e diretriz de organização Regional e Macrorregional do cuidado em Rede de Atenção à Saúde, ganha o reforço necessário para orientar as gestões locais e estadual a somarem esforços voltados para a implementação de um processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e de fortalecimento da Governança Regional.

3 O PANORAMA DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO PIAUÍ

No estado do Piauí, a implementação da regionalização segue diretrizes técnicas e legais, com progressiva organização do SUS local de forma regional desde 2003, com a elaboração de seu primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR), concebido como um

instrumento para ordenar a regionalização da assistência à saúde, embasado na Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 (NOAS-SUS). A norma estabeleceu a regionalização com hierarquização dos serviços de saúde e promoção de maior equidade, adota o planejamento integrado que considera a territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e na configuração de sistemas de saúde funcionais. O PDR/PI delineou a criação de 42 Módulos Assistenciais distribuídos em 11 Regiões de Saúde agrupadas em 06 Macrorregiões. Essas unidades, com diferentes portes, foram planejadas para oferecer ações e serviços de saúde em diversos níveis de complexidade, respeitando as delimitações de papéis, responsabilidades e territórios de abrangência, com o objetivo de garantir o acesso dos usuários, em conformidade com o Plano Diretor de Investimento, elaborado à época. O advento do Pacto pela Saúde/2006 e da Lei Complementar nº 87/2007, do Governo do Estado do Piauí, estabelecendo diretrizes para a organização territorial do estado e a criação dos Territórios de Desenvolvimento enquanto elemento orientador para implantação e implementação de políticas setoriais, além de definidor de prioridades de investimentos a serem realizados pelo Governo Estadual, sinalizam para a necessidade de revisão e atualização do PDR /PI 2003-2004, desta feita com base nos novos dispositivos e diretrizes técnicas, políticas e legais em vigor.

Assim, o PDR/PI foi atualizado em 2009, buscando compatibilizar o desenho das 11 Regiões de Saúde, a composição e caracterização dos recém-criados Territórios de Desenvolvimento, guardando, no entanto, as especificidades na conformação das regiões de saúde, para além da mera agregação geográfica e territorial. Esse processo caracterizou-se como um movimento dinâmico, indutor de alterações na composição das Regiões de Saúde, a partir da migração de municípios entre as Regiões definidas, potencializando e garantindo efetivação da identidade regional.

Com o Decreto 7.508/2011 e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), coube ao ente estadual, o papel de coordenador, incentivador e executor do fortalecimento das Regiões de Saúde, promovendo o diálogo e a pactuação entre os gestores municipais e implementando estratégias para garantir uma oferta de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar mais acessíveis, resolutivos e próximos à população.

Destaque-se que os desafios historicamente enfrentados no processo de regionalização da saúde no Piauí estiveram relacionados às questões como a falta de infraestrutura física e equipamentos adequados nos dispositivos públicos de saúde, vazios assistenciais identificados em diversas áreas das Regiões de Saúde do estado, distribuição populacional desigual, limitada

capacidade financeira dos municípios piauienses, em sua maioria de pequeno porte, e a cobertura insuficiente das Redes de Atenção à Saúde implantadas e implementadas nessas regiões. Esses desafios exigiram a revisão, atualização e adequação do PDR/PI 2009, bem como a definição clara de prioridades de investimento para promover o reordenamento eficaz e o funcionamento qualificado e resolutivo do Sistema Estadual de Saúde.

A atualização atentou também para as reais condições financeiras do Estado do Piauí e, em especial, da SESAPI, quanto à garantia de investimentos para implantação, estruturação, recuperação, equipamento e, principalmente, custeio dos serviços a serem implantados e/ou implementados nas Regiões de Saúde. Com a nova modelagem de agregação inter-regional, a constituição de Macrorregiões de Saúde vem sendo consolidada enquanto norteadora de novas relações, pactos e compromissos firmados pelo Estado com os Municípios, tendo como maior indutor, a construção de viabilidade financeira para investimentos estaduais, indispensáveis à reestruturação e reordenamento do Sistema Estadual de Saúde como um todo.

Uma nova atualização do PDR, em 2015 (Resolução CIB (AD) nº 134/2015), aprovou o desenho de 04 Macrorregiões, de modo a orientar a focalização de investimentos considerando a necessidade de fortalecimento da capacidade macro e loco-regional de dar respostas às demandas da população sem qualquer prejuízo das atribuições e competências legal e tecnicamente definidas para as Regiões de Saúde já constituídas em processos anteriores.

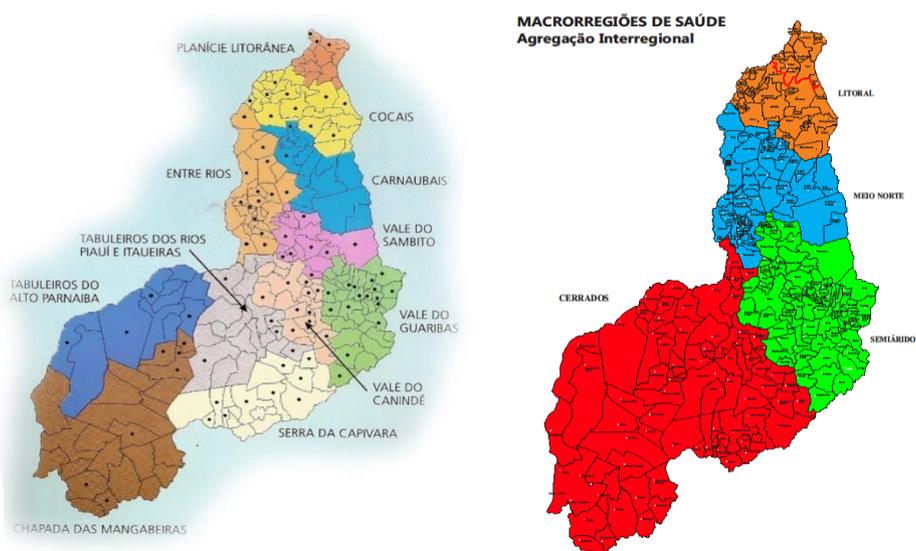


Imagem 1: Mapas das regiões (esquerda) e macrorregiões (esquerda) de saúde do Piauí.

Fonte: PDR, 2015

Em 2018, no âmbito da retomada e fortalecimento do Planejamento Regional no estado, à luz da Portaria 3.992/2017 e das Resoluções CIT de 2017 e 2018 subsequentes, a SESAPI fez

uma nova revisão do PDR/PI focalizando, especialmente, a conformação da Macrorregional, denominada a partir de então de **Região de Saúde Ampliada**. Dessa forma, a Resolução CIB -PI nº 50/2018, aprovou a manutenção do desenho das quatro Macrorregiões de Saúde como regiões de saúde ampliadas.

Mais recentemente, para atender as novas diretrizes dos processos de regionalização, planejamento regional integrado e governança das RAS, a SESAPI disparou em 2020, o Planejamento Regional Integrado (PRI), afim de subsidiar a construção dos instrumentos de planejamento das regiões de saúde e reorganizar a RAS, de forma a avançar na descentralização da atenção à saúde do estado e aprimorar os fluxos de acesso aos pontos de atenção à saúde.

4 FORTALECIMENTO DA REGIONALIZAÇÃO: BREVES RELATOS DO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO NO PIAUÍ (2020-2022)

O processo de **Planejamento Regional Integrado (PRI)** no âmbito do SUS vem sendo implementado sob a coordenação técnica, legal e operacional da SESAPI, em regime de colaboração e em parceria com o Conselho Estadual de Saúde (CES-PI), Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-PI), Núcleo Estadual do Ministério da Saúde e Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade Federal do Piauí (NESP-UFPI).

Embora o processo de planejamento ascendente e participativo seja o indutor e estratégia prioritária para a construção dos instrumentos de planejamento governamental e setorial a saber, Plano Plurianual (PPA), Programação Orçamentária Anual (POA), Plano Estadual de Saúde (PES), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatórios Quadrimestrais (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG) na periodicidade legal definida para o cotidiano de funcionamento do SUS, o PRI começou a ser implementado, efetivamente, a partir de 2020, com a elaboração, pela SESAPI, do Projeto *“Aprimoramento das ações de Gestão, Planejamento e Regionalização da Saúde, visando à Organização e à Governança da RAS, no âmbito do SUS”*

O projeto foi modelado à luz das diretrizes da Portaria nº 1.812 de 22 de julho de 2020, considerando a necessidade de potencializar a organização da RAS do estado com vistas ao seu efetivo funcionamento, possibilitando, que o SUS Piauí pudesse fazer frente às fragilidades identificadas na definição de papéis, competências e responsabilidades inerentes aos atores e instâncias que conformam o sistema de saúde local. Como condição indutora do projeto, ressaltou-se a necessidade de fortalecer o processo de responsabilização solidária e

compartilhada entre as instâncias gestoras do SUS e, em especial, a qualificação das gestões loco-regionais do Sistema e, dos processos de planejamento ali desenvolvidos, quer como método de apoio à tomada de decisão, quer como processo que precedem e presidem as ações a implementar.

Pretendeu-se, portanto, criar as condições necessárias para a implementação de um processo de Planejamento Regional Integrado (PRI), descentralizado, ascendente e participativo. Para tanto, as ações propostas consideraram a abrangência estadual incluindo os 224 municípios do Estado, agrupados em 11 Regiões de Saúde e agregados regionalmente em 04 Macrorregiões de Saúde. Somente assim, tornar-se ia possível, a melhoria e fortalecimento do processo de Governança enquanto condição *sine-qua-non* para avanço do SUS no estado, rumo ao cumprimento dos princípios doutrinários e organizativos que o constituem e legitimam seu funcionamento. O projeto recebeu aprovação do plano de trabalho e culminou no estabelecimento de convênio SESAPI - MS que habilitou o Estado do Piauí ao recebimento de recursos financeiros destinados ao custeio das ações destinadas ao desenvolvimento das atividades de planejamento regional.

Dentre os produtos propostos e os resultados esperados no Projeto, destacam-se o aprimoramento do processo de organização das Redes de Atenção no Estado; a ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde ofertados nas RAS em cada Região e Macro região de Saúde; a melhoria da Qualidade e Resolutividade das ações e serviços de saúde prestados à população no âmbito das Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado; o fortalecimento do processo de PRI e da Governança Regional, por meio do reforço ao protagonismo e qualificação da atuação da SESAPI e das Secretarias Municipais de Saúde no processo de programação, monitoramento, acompanhamento e avaliação das ações implementadas nos pontos de atenção da RAS em cada Região e Macrorregião de Saúde.

Para dar cumprimento e potencializar o alcance dos resultados pretendidos tornou-se imperativo a capacitação dos Gestores Municipais, principalmente em decorrência dos resultados do processo eleitoral deflagrado em 2020 impondo uma nova configuração nos quadros dirigentes municipais. Implementou-se no estado ainda em 2021, duas grandes ações, a saber: *Seminário de Acolhimento aos Novos Gestores Municipais*, durante o qual ressaltou-se a importância do Planejamento para a qualificação da tomada de decisão e do processo de Gestão e, por meio de parceria firmada com o COSEMS/PI, a *Elaboração de um Guia Técnico para apoiar os Secretários Municipais de Saúde na construção dos Planos Municipais de Saúde*

(PMS). Para instrumentalizá-los tecnicamente, foram realizadas Capacitações virtuais, agregando-se os municípios por Regiões e Macrorregiões de Saúde.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde é, assim, etapa e condição disparadora essencial para o desenvolvimento do **Planejamento Regional Integrado-PRI** iniciado ainda no exercício de 2021. O desenvolvimento do **PRI**, ao iniciar-se a partir do Plano Municipal de Saúde, ensejaria a elaboração de **Planos Regionais e Macrorregionais de Saúde** que deveriam subsidiar a elaboração do Plano Estadual de Saúde para o próximo quadriênio 2024-2027, no que o Guia Técnico muito auxiliou os gestores municipais na definição das estratégias mais adequadas para o planejamento ascendente e participativo.

À SESAPI e ao COSEMS-PI, coube a responsabilidade pela sistematização dos Planos Regionais e Macrorregionais de Saúde que contemplassem, inclusive, a atualização da Programação de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, pactuadas nas discussões a serem realizadas nas Oficinas Regionais de Programação e desenho das Redes de Atenção no âmbito do PRI.

A emergência do **PROADISUS-Regionalização**, ainda em 2021, focalizando o Triênio 2021/2023 potencializou por meio da disponibilização aos Estados da federação, especificamente às Secretarias de Estado da Saúde, de apoio e assessoramento técnico prestado por instituições parceiras tais como Hospital da Beneficência Portuguesa (BP) e Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) no bojo das suas ações de Responsabilidade Social, o desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado (PRI), em curso no Piauí.

Na oportunidade ficou patente a necessidade de ampliar esforços e robustecer tecnicamente todo o processo de implementação do PRI e, para tanto, a SESAPI/DUP buscou estabelecer parceria com o NESP-UFPI, iniciativa essa, acolhida com muito interesse pela Instituição. Pactuou-se à época a necessidade de formalizar a parceria em instrumento jurídico adequado mediante assinatura de Termo de Cooperação Técnica. Além do NESP-UFPI foram, também, convidados a participarem do processo representações técnicas do Conselho Estadual de Saúde do Piauí (CES) e do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde (MS) no Piauí.

Definidas as parcerias, avançou-se para a constituição formal do *Comitê Gestor Estadual do PRI – (CGE)*, dando início formal ao Planejamento Regional Integrado no Estado, a partir do desenho do processo metodológico a ser implementado para as etapas do PRI, com a definição prévia de desenvolvimento do processo por meio de oficinas *regionais, presenciais*, realizadas nos próprios territórios.

Em que pese as contribuições aportadas nos Guias Operacionais disponibilizados pelo Hospital da Beneficência Portuguesa, a SESAPI priorizou adotar um modelo desenvolvido localmente, e, portanto, mais adequado, coerente e identificado com as especificidades da realidade local. Tratava-se de um modelo ascendente, participativo que baseado na escuta qualificada dos atores loco-regionais pudesse evoluir no processo de identificação e análise de necessidades e prioridades locais de saúde, orientasse a definição de prioridades loco-regionais para a conformação de Redes de Atenção Macrorregionais na configuração da Rede Estadual de Atenção à Saúde.

A metodologia proposta previa **MOMENTOS** que obedeciam a uma sequência lógica de eventos ou iniciativas e guardavam estreita relação entre si, interdependentes e complementares, com objetivos claramente delimitados. Assim: o **MOMENTO 1** destinado a Análise da Situação de Saúde das Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado tendo por base os Indicadores de Saúde dos Municípios consolidados em Caderno elaborado para apoiar as discussões no processo de Levantamento e Identificação de problemas e Necessidades de Saúde; o **MOMENTO 2** voltado para a conformação/desenho das Redes de Atenção à Saúde (RAS) inclusive com o levantamento da capacidade instalada de serviços de saúde em todos os níveis de complexidade nas Regiões de Saúde; o **MOMENTO 3**, objetivando a programação geral de ações e serviços de saúde (PGASS), inclusive a revisão e atualização dos valores financeiros alocados e distribuídos na antiga Programação Pactuada e Integrada (PPI) e, o **MOMENTO 4** destinado à implantação e fortalecimento dos mecanismos de governança regional. Para tanto, foram construídos instrumentos ou formatos que pudessem sistematizar e consolidar as informações produzidas no processo de discussão e problematização dos gestores e técnicos municipais, que após análise técnica e consolidação pelo GCE, bem posterior validação dos atores locais

O processo de desenvolvimento do PRI, culminaria, com a elaboração de quatro **PLANOS MACRORREGIONAIS** previstos para conclusão em 2023, com vistas a subsidiarem a construção do PPA 2024-2027 e do Plano Estadual de Saúde 2024-2027 oportunizando, dessa forma, uma definição de prioridades de ação e de investimentos mais equânime, coerentes e potencialmente mais capazes de atenderem as necessidades de saúde e a resolução dos problemas identificados e analisadas ao longo de todo o desenvolvimento do PRI, contribuindo, assim para o fortalecimento e consolidação de um Sistema Público de Saúde mais acessível, resolutivo e mais humanizado.

O Momento 1 corresponde à *Identificação e Levantamento de Problemas e Necessidades de Saúde*, priorizando aspectos relevantes tais como: o cenário loco-regional; a experiência acumulada pela SESAPI, COSEMS/PI e Municípios em processos de planejamento ascendente e participativo; o desenho metodológico já construído pela SESAPI/DUP para o desenvolvimento do PRI e sua compatibilização com o proposto no Plano de Trabalho elaborado para o Projeto da Portaria 1.812/2020.

Até o final de 2022 o processo de Levantamento e Identificação de Problemas e Necessidades do Saúde foi concluído, com a agregação e sistematização desses problemas enunciados nas Oficinas Regionais realizadas envolvendo 480 participantes municipais entre Gestores, Técnicos e demais representantes da sociedade civil organizada, em categorias analíticas designadas de Núcleos de Sentidos, oportunizando um delineamento das Necessidade de Saúde prioritárias e comuns às Regiões e Macrorregiões de Saúde.

Como resultados positivos decorrentes do Momento 1 do processo de desenvolvimento do PRI no Estado de Piauí, destacam-se:

1. Fortalecimento da presença do Estado, especialmente da SESAPI junto aos municípios, reforçando seu papel como instância de coordenação, apoio e assessoramento técnico;
2. Reforço à importância do exercício da escuta qualificada aos atores institucionais locais, como estratégia metodológica tecnicamente consistente, para identificação e priorização de necessidades de saúde locais;
3. Importância da articulação e parceria institucional com as instituições participantes, CES, COSEMS, Núcleo do MS, especialmente com a Academia representada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública-NESP/UFPI para qualificação do processo do PRI, quer na construção metodológica, quer no processo de facilitação das discussões nas Oficinas Regionais.

5 CONCLUSÃO

O estado do Piauí enfrenta uma série de desafios na busca pela regionalização eficaz do SUS, confrontando-se com desigualdades regionais, limitações de acesso geográfico, escassez de recursos financeiros e de profissionais da saúde em diversas áreas. Contudo, recentemente, foi introduzido o Planejamento Regional Integrado (PRI), um processo em andamento que visa enfrentar esses desafios e aprimorar a prestação de serviços de saúde. O PRI representa um avanço significativo ao proporcionar uma estrutura para a análise da situação de saúde em diferentes regiões do estado, além do desenvolvimento de estratégias personalizadas para atender às necessidades locais. Como resultados positivos do primeiro momento do

desenvolvimento do PRI no Piauí, destacam-se o fortalecimento da presença do Estado, a ênfase na escuta qualificada dos atores locais e a importância da articulação institucional. Com a continuação do PRI, espera-se alcançar objetivos ainda mais ambiciosos, visando aprimorar o perfil de saúde e a qualidade de vida da população piauiense, por meio da priorização de ações e serviços, em conformidade com os princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, I.R.S; MEDINA, M.G.; VILASBÔAS, A.L.Q. Desafios da gestão regionalizada no Sistema Único de Saúde. Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa, v. 20, n. 2, p. 104-120, 2021.

BRASIL. Decreto 7.508 de 29 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. Brasília: Diário Oficial da União 2011; 20 set.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Estabelece o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS. Brasília; Diário Oficial da União 2006; 23 fev.

CONASEMS. Regionalização da saúde: posicionamento e orientações conselho nacional de secretarias municipais de saúde. Brasília: CONASEMS, 2019. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-2.pdf>>. Acesso em: 16 maio. 2024.

LIMA, LD. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 1903-1914, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p

MOREIRA, MR; RIBEIRO, J.M; OUVENEY, A.M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões IntergestoresBipartites. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1097-1108, 2017.

SANCHO, L.G. et al. O processo de regionalização da saúde sob a ótica da teoria dos custos de transação. Ciência & Saúde Coletiva, 22(4):1121-1130, 2017.

Mesa Coordenada 3

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO PIAUÍ: gestão, planejamento e fortalecimento do SUS

REGIONALIZAÇÃO DO SUS NO PIAUÍ: análise da avaliação de desempenho das regionais de saúde do estado em 2022

[10.51205/sinespp.2024.mesa.artigo009](https://doi.org/10.51205/sinespp.2024.mesa.artigo009)

REGIONALIZATION OF THE SUS IN PIAUÍ: analysis of the performance evaluation of the state's health regions in 2022

Osmar de Oliveira Cardoso¹

Mailson Fontes de Carvalho²

Lúcia da Silva Vilarinho³

RESUMO

A Regionalização do SUS envolve mudanças de poder nos diferentes atores sociais em um território. O objetivo foi analisar a regionalização do SUS nas regionais de saúde do Piauí utilizando o Indicador Sintético Regional de Saúde. O indicador é constituído por segmentos: Financiamento, Cobertura, Recursos Humanos, Produção e Qualidade SUS. Utilizou-se dados secundários e uma matriz de pesos e proporções, estabelecendo-se os valores para o índice e pode-se comparar a regionalização do SUS entre as regionais de saúde do estado. As regionais com os maiores valores são as que apresentaram melhores Financiamentos, Produção e Qualidade SUS. Conclui-se que os valores de Cobertura e de Recursos Humanos para o SUS apresentam uma importância menor do que a Produção SUS e que a regionalização do SUS é mais efetiva, eficaz e eficiente quanto mais investimento em estrutura e para melhorar a Produção e Qualidade SUS nas regionais de saúde.

¹ Doutor em Ciências (EERP/USP); Mestre em Ciências (FMRP/USP); Professor no Departamento de Bioquímica e Farmacologia (DBF/UFPI); Membro do Comitê Gestor Interinstitucional das Ações de Gestão, Planejamento e Regionalização da Saúde (PRI/SESAPI); Vice Coordenador do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UFPI). osmar@ufpi.edu.br

² Doutor em Enfermagem e Saúde (UESB); Mestre em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ); Professor do Curso de Enfermagem em Picos (UFPI/CSHNB); Membro do Comitê Gestor Interinstitucional das Ações de Gestão, Planejamento e Regionalização da Saúde (PRI/SESAPI); Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UFPI). mailsoncarvalho@ufpi.edu.br

³ Doutora em Políticas Públicas (PPGPP/UFPI); Professora do Departamento de Serviço Social (DSS/UFPI), Membro do Comitê Gestor Interinstitucional das Ações de Gestão, Planejamento e Regionalização da Saúde (PRI/SESAPI), Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UFPI). luvilarinho@uol.com.br

Palavras-chave: Regionalização; Indicador Sintético Regional de Saúde; Regionais de saúde; Avaliação de desempenho.

ABSTRACT

The Regionalization of the SUS involves changes in the power of the different social actors in a territory. The aim was to analyze the Regionalization of the SUS in the regions of Piauí using the Synthetic Regional Health Indicator. The indicator is composed of segments: Financing, Coverage, Human Resources, Production and SUS Quality. Secondary data and a matrix of weights and proportions were used to establish the values for the index and compare the Regionalization of the SUS between the State's health regions. The regions with the highest values are those with the best Financing, Production and SUS Quality. It can be concluded that the values for SUS Coverage and Human Resources are less important than SUS Production and that Regionalization of the SUS is more effective, efficient and effective the more investment there is in structure and in improving Production and SUS Quality in the health regions.

Keywords: Regionalization; Regional Synthetic Health Indicator; Regional health districts; Performance assessment.

1 INTRODUÇÃO

A regionalização do SUS é um processo político que envolve mudanças no estabelecimento de poder e sistemas de interrelações para os diferentes atores sociais em um território. Isso envolve novos instrumentos de planejamento, gestão, regulação, integração e financiamento que organizam uma rede de atenção, cuidados e serviços de saúde nesse território. Essa regionalização só ocorre se houver um processo colaborativo, cooperativo e participativo de entidades do governo e ou órgãos públicos e outras instituições públicas e privadas no processo coletivo de organização das decisões (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004; SHIMIZU et al., 2021; VIANA et al., 2015).

As ações e serviços regionalizados no SUS foram previstos desde a criação do SUS, mas somente a partir de 2000 com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e depois da publicação do Pacto pela Saúde (2006) é que foi organizada como uma estratégia para a formação de sistemas regionais com o foco na ampliação do acesso e aumento da equidade em saúde (BRASIL., 2006; BRASIL, 2002).

O fortalecimento do planejamento integrado regionalizados pelas Comissões Intergestoras Regionais (CIR) que ocorre por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e o espaço de foco dessas ações é a Região de Saúde. Esse processo decorre a partir do

Decreto 7508 de 28 de junho de 2011 que visa organizar a regionalização pelos acordos políticos dos gestores que atuam na organização do sistema de saúde (BRASIL., 2011; CARVALHO et al., 2012).

O governo publicou em 2012 a Lei 141/2012 que permitiu mecanismos para a governança executiva regional a partir de pactuações intergestoras. Essa lei também permite que estados e municípios remanejem entre si recursos dos Fundos de Saúde desde que estabeleçam formas legais de cooperativismo.

Além disso, a lei define formas legais de controle e instrumentos de planejamento ascendentes, com planos e metas regionais e a relação desses planos regionais com o Plano Estadual de Saúde e com o Plano Nacional de Saúde (BRASIL., 2012; OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004).

A descentralização da saúde utiliza-se da estratégia da regionalização como uma forma de minimizar e resolver os problemas relacionados à ineficiência na prestação de serviços que o estado brasileiro ainda não consegue prestar à população que passou por grandes transformações nas últimas décadas (PASCHOALOTTO et al., 2018).

O SUS se apresenta como a organização de um sistema de saúde mais importante dos países com mais de 100 milhões de habitantes. É fundamental a ampliação do acesso e outros elementos para o avanço na produção de mais saúde. Por outro lado, é importante a discussão entre a representação do sistema na prática e no ideário e perceber que há ainda um enorme fosso que separa essas duas situações. O avanço na regionalização é fundamental para superar desafios na implementação efetiva do SUS em todo o território brasileiro (REIS et al., 2017).

Uma das fortalezas do SUS é sua proposta de regionalização de ações e serviços. Para a melhoria da estrutura e organização, gestão e participação, é fundamental a utilização de índices para analisar quantitativamente a regionalização do SUS. Dessa forma, é importante a análise da regionalização entre as regiões de saúde do estado do Piauí como um embasamento técnico para planejamento e melhoria da oferta do SUS à população do estado.

2 OBJETIVO

Analisar a regionalização do SUS nas regionais de saúde do estado do Piauí utilizando o Indicador Sintético Regional de Saúde (ISRS).

3 MÉTODO

O estudo se apresenta como quantitativo exploratório com utilização de dados secundários para se atingir o objetivo proposto.

Os dados secundários são acessados e utilizados de forma rápida e gratuita, embora tenham sido coletados com outra finalidade, podem ser utilizados com segurança para o estudo proposto (MALHOTRA, 2012).

O trabalho utilizou o Indicador Sintético Regional de Saúde (ISRS) para a análise da regionalização, proposto por (PASCHOALOTTO et al., 2022) e que foi baseado no IDSUS, indicador extinto pelo Ministério da Saúde que sintetizava numericamente o desempenho atingido pelos municípios brasileiros e distribui pesos para os indicadores definidos por meio de técnica multivariada de análise de componentes principais.

Os indicadores que compõem o ISRS foram escolhidos por que possuem uma relação mais intensa com a área proposta que são: Financiamento, Cobertura, Recursos humanos, Produção e Qualidade do SUS.

O ISRS criado tem a pontuação de 0 a 6 para cada região porque utiliza-se o z-score para padronização de todas as variáveis, com a soma do valor de 3 (Quadro 1).

Quadro 1: Distribuição dos indicadores, temas e pesos para a construção do ISRS.

Indicador	Tema	Descrição	Peso (Tema)	Peso
Indicador 1	Financiamento	Despesa total em saúde por habitante.	22,50%	100%
Indicador 2	Cobertura	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	23,70%	50%
Indicador 3		Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.		50%
Indicador 4	Recursos Humanos	Despesa Total com pessoal em relação à despesa total.	6,90%	50%
Indicador 5		Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos.		50%
Indicador 6	Produção SUS	Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente.	26,50%	27,30%
Indicador 7		Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.		18,50%
Indicador 8		Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente.		31,90%
Indicador 9		Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente.		22,30%
Indicador 10	Qualidade do SUS	Proporção de partos cesáreos (em %).	20,40%	49,40%
Indicador 11		Proporção de óbitos por causas mal definidas, por ocorrência (em %).		3,40%

Indicador 12		Proporção de nascidos vivos cujas mães fizeram menos que quatro consultas de pré-natal (em %).		47,30%
--------------	--	--	--	---------------

Autores: PASCHOALOTTO et al., 2018

Os dados do Estado do Piauí foram coletados dos bancos de dados públicos (Datusus, Siops) por município e depois foi feita uma média ponderada pelas 12 regionais de saúde, que são: Tabuleiros do Alto Parnaíba, Chapada das Mangabeiras, Serra da Capivara, Vale dos Rios Piauí e Itaueiras, Cocais, Planície Litorânea, Carnaubais, Entre Rios, Chapada Vale do Rio Itaim, Vale do Canindé, Vale do Rio Guaribas e Vale do Sambito.

Foram calculados os valores de z-score para os Temas e o ISRS para o Piauí de 2 formas distintas no tema Produção do SUS. Como há uma concentração de cuidados de média e alta complexidade na capital, os valores foram considerados em 2 cenários. O primeiro considerando o endereço dos usuário (Endereço de residência – ER) e o segundo, pelo endereço da ocorrência (Endereço de ocorrência - EO), para efeito de comparação entre a capacidade instalada na capital de forma concentrada e os vazios assistenciais que ocorrem nos municípios do interior do estado.

4 RESULTADOS

O ISRS pode gerar uma análise para cada área temática melhorando a precisão das medidas realizadas conforme mostra a Tabela 1 (Organizada pelo Endereço de residência dos usuários) e a Tabela 2 (Organizada pelo Endereço de ocorrência dos eventos).

Tabela 1: Indicador Sintético Regional de Saúde para o estado do Piauí pelos endereços de residência dos usuários

Regiões de Saúde do Piauí	Financiamento	Cobertura	Recursos Humanos	Produção do SUS	Qualidade do SUS	ISRS
Tabuleiros do Alto Parnaíba	2,8	2,9	2,8	3,0	2,8	2,9
Chapada das Mangabeiras	2,9	3,1	2,9	3,3	3,0	3,1
Serra da Capivara	2,6	2,9	3,0	3,4	3,0	3,0
Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	2,8	3,0	2,7	3,4	3,3	3,1
Cocais	2,5	3,0	3,1	3,5	3,0	3,0
Planície Litorânea	2,8	2,7	2,4	4,0	3,7	3,3
Carnaubais	2,8	3,1	2,7	3,4	3,1	3,1
Entre Rios	3,5	1,6	1,7	4,3	3,9	3,2
Chapada Vale do Rio Itaim	2,9	2,9	2,8	3,1	3,0	3,0

Vale do Canindé	2,5	3,1	3,1	3,7	3,2	3,1
Vale do Rio Guaribas	3,0	2,7	2,5	3,2	3,0	2,9
Vale do Sambito	2,5	2,8	2,9	3,3	3,1	3,0
Média ponderada	3,0	2,4	2,4	3,8	3,4	3,1

Índices de regionalização temática e total das regionais de saúde. Produzido pelos autores.

Tabela 2: Indicador Sintético Regional de Saúde para o estado do Piauí pelos endereços de ocorrência dos eventos de atendimento dos usuários.

Regiões de Saúde do Piauí	Financiamento	Cobertura	Recursos Humanos	Produção do SUS	Qualidade do SUS	ISRS
Tabuleiros do Alto Parnaíba	2,8	2,9	2,8	1,6	2,8	2,5
Chapada das Mangabeiras	2,9	3,1	2,9	3,4	3,0	3,1
Serra da Capivara	2,6	2,9	3,0	3,8	3,0	3,1
Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	2,8	3,0	2,7	4,3	3,3	3,3
Cocais	2,5	3,0	3,1	3,5	3,0	3,0
Planície Litorânea	2,8	2,7	2,4	4,3	3,7	3,3
Carnaubais	2,8	3,1	2,7	3,0	3,1	3,0
Entre Rios	3,5	1,6	1,7	5,9	3,9	3,6
Chapada Vale do Rio Itaim	2,9	2,9	2,8	2,7	3,0	2,9
Vale do Canindé	2,5	3,1	3,1	3,1	3,2	3,0
Vale do Rio Guaribas	3,0	2,7	2,5	4,3	3,0	3,2
Vale do Sambito	2,5	2,8	2,9	1,5	3,1	2,5
Média ponderada	3,0	2,4	2,4	4,4	3,4	3,3

Índices de regionalização temática e total das regionais de saúde. Produzido pelos autores.

As análises do índice das regionais do estado do Piauí podem ser feitas de forma horizontal, onde os temas de Financiamento, Cobertura, Recursos humanos, Produção e Qualidade do SUS são analisados.

4.1. FINANCIAMENTO

Esse tema mostra o quanto o SUS vem investindo em cada regional e o quanto a regional tem investido em cada habitante em saúde, sendo relacionado então à eficiência (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; SECCHI, 2013; WU et al., 2014). Pode-se observar então que a regional de Entre Rios é a que apresenta mais investimento público em saúde, seguida pela regional do Vale do Rio Guaribas, que já se apresenta na média e as demais em ordem decrescente, sendo Chapada Vale do Rio Itaim, Chapada das Mangabeiras, Planície Litorânea, Vale dos Rios Piauí e

Itaueiras, Carnaubais, Tabuleiros do Alto Parnaíba, Serra da Capivara, Vale do Sambito, Vale do Canindé e por último em investimento, Cocais.

4.2. COBERTURA

A cobertura pode evidenciar o quanto cada regional de saúde é atendida ou coberta pelo sistema SUS, tendo dessa forma uma relação com a eficácia (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; SECCHI, 2013; WU et al., 2014). Observa-se então que a regional que apresenta a melhor cobertura é Carnaubais, seguida pela regional do Vale do Canindé, Chapada das Mangabeiras, Cocais, Vale dos Rios Piauí e Itaueiras, Serra da Capivara, Chapada Vale do Rio Itaim, Tabuleiros do Alto Parnaíba, Vale do Sambito, Vale do Rio Guaribas e Planície Litorânea, sendo todas acima da média e a regional com a pior cobertura é do Entre Rios, ficando muito abaixo da média.

4.3. RECURSOS HUMANOS

Nesta área temática é possível analisar a quantidade de recursos humanos disponibilizados para realizar os atendimentos e prestação de serviços do SUS, sendo também uma abordagem relacionada à eficácia (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; SECCHI, 2013; WU et al., 2014). A regional com maior disponibilidade de recursos humanos para o SUS é do Vale do Canindé, seguida pela de Cocais, Serra da Capivara, Vale do Sambito, Chapada das Mangabeiras, Chapada Vale do Rio Itaim, Tabuleiros do Alto Parnaíba, Vale dos Rios Piauí e Itaueiras, Carnaubais, Vale do Rio Guaribas com valores acima da média, a regional da Planície Litorânea se encontra na média e a regional de Entre Rios se apresenta com valores muito abaixo da média.

4.4. PRODUÇÃO SUS

A produção do SUS evidencia o quanto cada regional de saúde realiza de atendimentos além de associar a quanto cada regional também recebe de serviços do SUS, apresentando assim uma abordagem ligada à eficácia (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; SECCHI, 2013; WU et al., 2014). Nessa temática, apresentaremos 2 resultados separados, observando no primeiro o endereço dos usuários residentes e o segundo observando o endereço de ocorrência do evento, ou cuidado prestado pelo SUS. Dessa forma, pode-se diferenciar a influência das estruturas assistenciais nessa temática pelas duas abordagens diferentes.

O maior valor apresentado pelas regionais levando em conta o endereço dos residentes foi da regional de Entre Rios, seguida pela Planície Litorânea, com valores acima da média. As outras regionais de saúde se apresentam abaixo da média, pela ordem. Vale do Canindé, Cocais, Vale dos Rios Piauí e Itaueiras, Serra da Capivara, Carnaubais, Vale do Sambito, Chapada das Mangabeiras, Vale do Rio Guaribas, Chapada Vale do Rio Itaim e como regional que tem o menor valor apresentado para produção do SUS, é a regional do Tabuleiros do Alto Parnaíba.

Pelo critério de endereço de ocorrência do evento, a regional de maior valor de produção do SUS foi a de Entre Rios, que está acima da média e já abaixo da média, segue a do Vale do Rio Guaribas, Vale dos Rios Piauí e Itaueiras, Planície Litorânea, Serra da Capivara, Cocais, Chapada das Mangabeiras, Vale do Canindé, Carnaubais, Chapada Vale do Rio Itaim, Tabuleiros do Alto Parnaíba, e por último, com o menor valor de produção SUS, está a do Vale do Sambito.

4.5. QUALIDADE SUS

Esse tema evidencia nas regionais se os serviços prestados no SUS apresentam qualidade representando assim uma variável relacionada à efetividade (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; SECCHI, 2013; WU et al., 2014). A regional com maior valor nessa temática foi a de Entre Rios, seguida pela Planície Litorânea, ambas com valores acima da média e as outras todas com valores abaixo da média, como Vale dos Rios Piauí e Itaueiras, Vale do Canindé, Vale do Sambito, Carnaubais, Chapada das Mangabeiras, Cocais, Serra da Capivara, Vale do Rio Guaribas, Chapada Vale do Rio Itaim e por último, a regional do Tabuleiros do Alto Parnaíba.

4.6. INDICADOR SINTÉTICO REGIONAL DE SAÚDE

O indicador apresenta então como valor final o agrupamento das temáticas anteriores. Dessa forma e como a temática Qualidade do SUS foi apresentada em duas situações diferentes, o ISRS também será apresentado dessa forma.

Levando em conta os endereços de residências dos usuários, a regional com o maior valor do ISRS é a Planície Litorânea, seguida pela de Entre Rios, com valores acima da média. As regionais do Vale do Canindé, Vale dos Rios Piauí e Itaueiras, Carnaubais e Chapada das Mangabeiras apresentaram o ISRS com valores próximos à média e as regionais Cocais, Serra

da Capivara, Chapada Vale do Rio Itaim, Vale do Sambito, Vale do Rio Guaribas e Tabuleiros do Alto Parnaíba apresentaram valores inferiores à média (Tabela 3).

Tabela 3: Valores decrescentes do ISRS das regionais de saúde do Piauí para endereços de residência dos usuários.

Regiões de Saúde do Piauí	ISRS
Planície Litorânea	3,26
Entre Rios	3,23
Vale do Canindé	3,12
Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	3,11
Carnaubais	3,08
Chapada das Mangabeiras	3,07
Cocais	3,03
Serra da Capivara	3,01
Chapada Vale do Rio Itaim	2,97
Vale do Sambito	2,95
Vale do Rio Guaribas	2,92
Tabuleiros do Alto Parnaíba	2,86

Produzida pelos autores

Tabela 4: Valores decrescentes do ISRS das regionais de saúde do Piauí para endereços de ocorrência dos eventos.

Regiões de Saúde do Piauí	ISRS
Entre Rios	3,65
Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	3,34
Planície Litorânea	3,33
Vale do Rio Guaribas	3,23
Serra da Capivara	3,12
Chapada das Mangabeiras	3,09
Cocais	3,03
Carnaubais	2,97
Vale do Canindé	2,97
Chapada Vale do Rio Itaim	2,85
Tabuleiros do Alto Parnaíba	2,49
Vale do Sambito	2,46

Produzida pelos autores

Quando se organiza o ISRS pelos endereços da ocorrência dos eventos, a regional com o maior valor é a regional de Entre Rios com valores acima da média, as regionais Vale dos Rios Piauí e Itaueiras e Planície Litorânea apresentam valores próximos à média e as regionais Vale do Rio Guaribas, Serra da Capivara, Chapada das Mangabeiras, Cocais, Carnaubais, Vale do Canindé, Chapada Vale do Rio Itaim, Tabuleiros do Alto Parnaíba e do Vale do Sambito apresentam valores abaixo da média (Tabela 4).

A partir dos resultados acima, apresenta-se a Tabela 5 e Tabela 6 que mostram o resumo da atuação de cada regional de saúde nas áreas temáticas como negativo, positivo ou dentro da média. Percebe-se que há alterações no ISRS entre as Tabelas por causa da diferença de pontuação no tema Produção do SUS. Na Tabela 5, que apresenta os resultados relacionados aos endereços de origem dos usuários as regionais com resultados positivas são da Planície Litorânea e Entre Rios. As regionais que estão na média são as seguintes. Vale do Canindé, Vale dos Rios Piauí e Itaueiras, Carnaubais e Chapada das Mangabeiras, e as demais regionais apresentaram valores negativos em relação à média.

De outra forma, a Tabela 6 mostra resultados a partir dos endereços de ocorrência dos eventos e nessa circunstância, apenas a regional de Entre Rios apresenta-se de forma Positiva, o Vale dos Rios Piauí e Itaueiras e Planície Litorânea se apresentam como regionais da Média. As demais regionais se apresentam com valores negativos em relação à média.

Tabela 5: Resumo das análises temáticas por regional de saúde do Piauí para 2022 para registros de usuários para endereços de residências.

Regiões de Saúde do Piauí	Financiamento	Cobertura	Recursos Humanos	Produção do SUS	Qualidade do SUS	ISRS
Tabuleiros do Alto Parnaíba	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo
Chapada das Mangabeiras	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Média
Serra da Capivara	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo
Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Média
Cocais	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo
Planície Litorânea	Negativo	Positivo	Média	Positivo	Positivo	Positivo
Carnaubais	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Média
Entre Rios	Positivo	Negativo	Negativo	Positivo	Positivo	Positivo
Chapada Vale do Rio Itaim	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo
Vale do Canindé	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Média
Vale do Rio Guaribas	Média	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo
Vale do Sambito	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo

Produzida pelos autores

Tabela 6: Resumo das análises temáticas por regional de saúde do Piauí para 2022 para registros de usuários para endereços de residências.

Regiões de Saúde do Piauí	Financiamento	Cobertura	Recursos Humanos	Produção do SUS	Qualidade do SUS	ISRS
Tabuleiros do Alto Parnaíba	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo
Chapada das Mangabeiras	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo

Serra da Capivara	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo
Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Média
Cocais	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo
Planície Litorânea	Negativo	Positivo	Média	Negativo	Positivo	Média
Carnaubais	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo
Entre Rios	Positivo	Negativo	Negativo	Positivo	Positivo	Positivo
Chapada Vale do Rio Itaim	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo
Vale do Canindé	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo
Vale do Rio Guaribas	Média	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo
Vale do Sambito	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo

Produzida pelos autores

5 DISCUSSÃO

As regionais que apresentaram as maiores notas no ISRS do Piauí tiveram melhor desempenho nas áreas temáticas de Produção e Qualidade SUS quando são observados os dados relativos aos endereços de residência dos usuários que são relacionados tanto à eficácia quanto à efetividade, mas quando os dados observados são relativos aos locais de ocorrência dos eventos, a regional com a melhor nota e única acima da média é a regional de Entre Rios que apresenta valores altos em Financiamento, Produção e Qualidade SUS, e paradoxalmente com os menores valores em Cobertura e Recursos Humanos, mas como tem o peso populacional e os serviços estaduais hospitalares de alta complexidade concentrados nessa regional além do Financiamento, que indica que por conta dos gastos hospitalares, a regional recebe muitos recursos para esses serviços. Mesmo que tenha um baixíssimo índice de Cobertura e Recursos Humanos para o SUS, no ISRS acaba apresentando a maior nota do estado. Dessa forma, percebe-se que receber maiores recursos, e realizar maior produção e com a qualidade maior significa que não há uma relação direta entre eficiência e eficácia (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; SECCHI, 2013; WU et al., 2014).

As regionais de saúde que apresentaram os menores índices de ISRS para o Piauí foram as regionais que apresentaram menores valores de Financiamento por habitante, menor Produção e Qualidade SUS, embora apresentaram maiores valores em Cobertura e Recursos Humanos, o que implica que valores elevados em Cobertura e Recursos Humanos sem o Financiamento e Produção SUS não é capaz de melhorar o ISRS do Piauí. Isso significa que a

regionalização efetiva envolve investimentos em estrutura para melhorar a Produção e a Qualidade SUS. Dessa forma, não há mais uma vez como afirmar que eficiência (financiamento), eficácia (cobertura, recursos humanos e produção) e efetividade (qualidade) (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; SECCHI, 2013; WU et al., 2014).

Observa-se que diferentemente de outros estudos (PASCHOALOTTO et al., 2018), como há uma regional com uma grande concentração de habitantes, e o valor por habitante investido em saúde é alto, por conta do peso do índice é a regional com o maior financiamento que apresenta o maior índice de ISRS.

6 CONCLUSÃO

Esse trabalho apresentou a análise da regionalização nas regionais de saúde do Piauí utilizando a metodologia da ISRS. Foi realizado a análise qualitativa pela divisão dos indicadores nas áreas temáticas e quantitativas, fazendo a comparação entre os valores das regionais.

Em relação ao desempenho das regionais do Piauí, verificou-se que a regional de Entre Rios, apesar de apresentar os piores valores de Cobertura e Recursos Humanos, e como apresenta uma capacidade alta de Produção e Qualidade SUS, acaba recebendo um valor maior no ISRS. Assim, a regionalização do estado se mantém melhor nas regionais onde haja estruturas como se observa na condição de análise dos endereços residenciais dos usuários. Quando ocorre a observação pelos locais de ocorrência dos eventos, esse valor se concentra mais onde haja melhor estrutura de Produção SUS.

O modelo descentralizado proposto pelo SUS a partir da década de 90 não conseguiu ser executado pelos municípios pela falta de capacidade de execução, mas a partir das NOAS SUS 1 e 2, ocorreu uma nova estratégia que é a regionalização. Instâncias regionais foram criadas como a CIR, CIB e CIT e para essa forma, as regionais de saúde foram formadas como territórios fundamentais para a organização e gestão da saúde nesses espaços.

O estudo apresenta limitações referentes à utilização de dados secundários, a definição de pesos e outros valores de subjetividade e a não consideração da oferta dos serviços da saúde complementar. É preciso novos estudos para compreender e propor melhoria das competências apresentadas pelas regionais do Piauí.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. **Ministério da Saúde**, [S. l.], v. 2, p. 144, 2006. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/02.pdf>.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990,. **Diário Oficial da União, de 29 de junho de 2011.**, [S. l.], 2011.

BRASIL. **Presidência da República. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.

CARVALHO, André Luis Bonifácio De; SOUZA, Maria de Fátima; SHIMIZU, Helena Eri; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas; OLIVEIRA, Kátia Cristina De. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 901–911, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000400012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zbbKf7BZXVhZZQCF4ZrLPdm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 maio. 2024.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Política pública seus ciclos e subsistemas : uma abordagem integral.** 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MALHOTRA, Naresh. **Pesquisa de Marketing.** 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2012.

OLIVEIRA, Evangelina X. G. d.; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Cláudia. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 386–402, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000200006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qh8LMDRsKNC55gN5YxFkXdq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 maio. 2024.

PASCHOALOTTO, Marco Antonio Catussi; PASSADOR, João Luiz; DE OLIVEIRA, Lilian Ribeiro; LOPES, José Eduardo Ferreira; DANTAS, Marina Kolland; PASSADOR, Cláudia Souza. A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 80–93, 2018. DOI: 10.1590/S0104-12902018170095. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MSWCLbhNX7fxWBBZSwmhtTG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 maio. 2024.

PASCHOALOTTO, Marco Antonio Catussi; PASSADOR, João Luiz; PASSADOR, Claudia Souza; ENDO, Gustavo Yuho. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: Desigualdades socioeconômicas e na performance em saúde. **Gestão & Regionalidade**, [S. l.], v. 38, n. 113, 2022. DOI: 10.13037/gr.vol38n113.7017. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/article/view/7017. Acesso em: 11 maio. 2024.

REIS, Ademar Arthur Chioro Dos; SÓTER, Ana Paula Menezes; FURTADO, Lumena Almeida Castro; PEREIRA, Silvana Souza Da Silva. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 4, p. 1045–1054, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.26552016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kH9mph6vVhWvKLGbSX4bBFd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 maio. 2024.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas : conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SHIMIZU, Helena Eri; CARVALHO, André Luis Bonifácio De; BRÊTAS JÚNIOR, Nilo; CAPUCCI, Raquel Rodrigues. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, p. 3385–3396, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.23982019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PcGfvXTSWTxWWKdMbkNNQmw/>. Acesso em: 11 maio. 2024.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; BOUSQUAT, Aylene; DE PEREIRA, Ana Paula Chancharulo M.; UCHIMURA, Liza Yurie Teruya; DE ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi; DOS SANTOS MOTA, Paulo Henrique; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; FERREIRA, Maria Paula. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 413–422, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015000200002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5zVsFNHY6HFYBrc9KfPDJzg/>. Acesso em: 13 maio. 2024.

WU, Xun; RAMESH, M.; HOWLETT, Michael; FRITZEN, Scott. **Guia de Políticas Públicas: Gerenciando processos**. 1. ed. Brasília: ENAP, 2014. Disponível em: [https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2555/1/Guia de Políticas Públicas Gerenciando Processos.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2555/1/Guia%20de%20Políticas%20Públicas%20Gerenciando%20Processos.pdf).