

Projeto:Apoio às SES no processo de Planejamento Regional nas Macrorregiões de Saúde

**CONASS -** Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO**

**Oficina 1: Capacitação do Grupo de Trabalho e Facilitadores para a Realização das Oficinas Regionais**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Não podemos prever o futuro, mas podemos construí-lo (Peter Drucker) |

2019

# INTRODUÇÃO

O Planejamento Regional Integrado (PRI) é parte do processo de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, deverão ser observadas na elaboração dos Planos Estaduais de Saúde, conforme Portaria GM/MS nº2135, de 25/09/2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.

Partindo desse princípio, o processo de PRI, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), deverá compreender: (i) a análise dos planos municipais de saúde, (ii) as redes de atenção à saúde (RAS), (iii) a definição dos territórios e, (iv) a implantação dos mecanismos de governança regional.

Na análise dos planos municipais de saúde deve-se observar se esses dialogam com as políticas e dispositivos legais do SUS, se expressam as necessidades de saúde da população daquele território, se contemplam a priorização da atenção primária à saúde, as formas de acesso aos serviços de saúde e sua integração dentro das redes de saúde implantadas pelo estado, as responsabilidades decorrentes das pactuações realizadas, assim como toda a parte de vigilância, promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma coerente com capacidade operacional e financeira dos respectivos municípios.

Para assegurar resolutividade da rede de atenção, alguns fundamentos como economia de escala, qualidade e acesso precisam ser considerados, incluindo um conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população, isto é: a oferta de cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, prestados em tempo oportuno.

Por conseguinte, a organização das RAS exige a definição do território, que implica estabelecer os seus limites geográficos, sua população e o rol de ações e serviços que serão ofertados no município, na região, e na macrorregião de saúde, esta definida como o espaço em que a estrutura operacional das redes se completa, visando à garantia da integralidade do cuidado. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral devem estar correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e os municípios para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso.

Nesse contexto, visando o aprimoramento da SES para a condução do PRI no estado, o Conass espera apoiar, por meio desta oficina, o processo de capacitação das equipes técnico-gerenciais das SES, frente a esse desafio.

**Oficina 1: Capacitação do Grupo de Trabalho e Facilitadores para a Realização das Oficinas Regionais para o PRI**

### OBJETIVOS

### Objetivo Geral:

Apoiar a capacitação das equipes técnico-gerenciais da Secretaria Estaduais de Saúde - SES para condução do processo de Planejamento Regional Integrado - PRI - a ser realizado no estado.

### Objetivos Específicos:

Possibilitar aos participantes, por meio do exercício de modelagem da rede materno infantil, a compreensão sobre:

* O diagnóstico das necessidades em saúde da população da Região de Saúde;
* As diretrizes para a Rede de Atenção Materno-Infantil (RAMI), com base no diagnóstico das necessidades em saúde;
* A competência dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos que devem compor linha de cuidado para a RAMI para a macrorregião;
* A programação assistencial para os pontos de atenção e sistemas de apoio que devem compor linha de cuidado para a RAMI para a macrorregião.

### PRODUTOS

Ao final da oficina, os participantes deverão ser capazes de desenvolver nas oficinas regionais, os seguintes produtos:

* As matrizes de competência dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos que devem compor linha de cuidado para a RAMI para a macrorregião de saúde;
* A programação assistencial para os pontos de atenção e sistemas de apoio que devem compor linha de cuidado para a RAMI para a macrorregião de saúde.

### PROGRAMAÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| **HORÁRIO** | **ATIVIDADE** |
| **PRIMEIRO DIA** | |
| 08h00 às 9h00  9h00 às 09h30  09h30 às 10h30  10h30 às 10h45  10h45 às 12h30  12h30 às 14h00  14h00 às 15h00  15h00 às 15h15  15h15 às 16h45  16h45 às 17h15 | * **Abertura**   **Atividade 1 – Exposição:**   * Tema: Redes, Regionalização, e Planejamento Regional Integrado * Expositor: representante do Conass   **Atividade 2 - Exposição:**   * Tema: Situação da regionalização no Estado * Expositor: representante da SES * **Orientação para o trabalho em grupo**   **Atividade 3 - Trabalho em grupo:**   * Definição da matriz de competência dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para a Rede de Atenção Materno-Infantil - RAMI na macrorregião de saúde.   **Almoço**  **Atividade 4 – Plenário:**   * Apresentação do relatório dos grupos * **Orientação para o trabalho em grupo**   **Atividade 5 - Trabalho em grupo:**   * Programação assistencial da RAMI para a região e macrorregião de saúde   **Atividade 6 – Plenário:**   * Apresentação do relatório dos grupos |
| **SEGUNDO DIA** | |
| 09h00 às 9h30  09h30 às 11h00  11h00 às 12h00 | * **Saudação**   **Atividade 7 – Plenário**   * Elaboração do Plano de Ação para a realização das oficinas regionais e macrorregionais * **Avaliação, encaminhamentos e encerramento** |

### ROTEIRO DE ATIVIDADES

### PRIMEIRO DIA

* **ABERTURA**
* Saudação aos participantes.
* Apresentação da programação da oficina.

**ATIVIDADE 1 – EXPOSIÇÃO: REDES, REGIONALIZAÇÃO, E PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO** - Representante do CONASS

* Possibilitar a compreensão e alinhamento conceitual sobre o tema.

**ATIVIDADE 2 – EXPOSIÇÃO: SITUAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO –** Representante da SES

* Possibilitar a compreensão sobre o “estado da arte” da regionalização no estado.
* **Orientações para o trabalho em grupo – Matrizes**

**ATIVIDADE 3 – Trabalho em grupo: DEFINIÇÃO DA MATRIZ DE COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO, SISTEMAS DE APOIO E SISTEMAS LOGÍSTICOS DA REDE DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL PRIORIZADA NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE.**

* Esta atividade tem o objetivo de definir para a RAMI, na região/macrorregião:
* Os pontos de atenção, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos.
* A competência dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos.
* A instituição que responde pelo ponto de atenção, sistema de apoio e sistema logístico.
* Indicar um coordenador e um relator para cada grupo.
* Cada grupo deverá discutir e preencher as seguintes matrizes relacionadas a RAMI:
* Matriz 1 – Competência dos pontos de atenção.
* Matriz 2 – Competência dos sistemas de apoio.
* Matriz 3 – Competência dos sistemas logísticos.
* Cada grupo deverá analisar se há suficiência no tocante a carteira de serviços disponível.

**ATIVIDADE 4 – PLENÁRIO: APRESENTAÇÃO DOS GRUPOS**

* Cada grupo deverá apresentar as matrizes com as respectivas análises
* **ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO EM GRUPO**

**ATIVIDADE 5 – Trabalho em grupo: MODELAGEM DA REDE MATERNO-INFANTIL – APLICAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA PROGRAMAÇÃO REGIONAL**

* Retornar aos mesmos grupos da atividade anterior.
* Discutir e elaborar a programação assistencial para a RAMI na macrorregião, utilizando o instrumento para programação regional.
* Preencher as planilhas:
* Passo 1: BASE POPULACIONAL
* Passo 2: PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
* Passo 3: PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO)
* Passo 4: PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO PERINATAL HOSPITALAR (MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL E ALTO RISCO)
* Passo 5: ATENÇÃO HOSPITALAR DE RISCO HABITUAL
* Passo 6: ATENÇÃO HOSPITALAR DE ALTO RISCO
* Passo 7: APOIO DIAGNÓSTICO

**ATIVIDADE 6 – PLENÁRIO: APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS DOS GRUPOS**

* Cada grupo deverá apresentar o relatório do trabalho realizado

### ROTEIRO DE ATIVIDADES - SEGUNDO DIA

* **SAUDAÇÃO**
* Saudação e orientação da atividade

**ATIVIDADE 7 - ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO**

* Possibilitar a elaboração do plano de ação para a realização das oficinas regionais e macrorregionais.
* Discutir e registrar na Matriz que segue.
* Esse produto deverá ser encaminhado ao Grupo Técnico/Condutor Estadual do PRI para validação
* **ENCAMINHAMENTOS, AVALIAÇÃO E ECERRAMENTO DA OFICINA**

### 

### PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

### SUBSÍDIOS PARA A PROGRAMAÇÃO REGIONAL

## Introdução

O processo de planejamento regional integrado no estado, de acordo com a Resolução CIT 37/18, deverá considerar como elementos fundamentais para sua efetivação: a análise dos planos municipais de saúde, a organização das redes de atenção à saúde (RAS), a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional.

Nesse sentido, compete à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a definição do espaço regional ampliado (macrorregião de saúde), onde a estrutura operacional das redes se completa visando à garantia da integralidade do cuidado, bem como o estabelecimento do cronograma de implantação e das diretrizes para a realização do Planejamento Regional Integrado (PRI) no estado, cujo processo é composto pelas seguintes etapas:

1. **Elaboração da análise da situação de saúde**:

* Identificação das necessidades de saúde
* Identificação da capacidade instalada e dos vazios assistenciais
* Identificação dos fluxos de acesso

1. **Definição de prioridades sanitárias: diretrizes, objetivos, metas, indicadores**;
2. **Organização dos pontos de atenção da RAS**;
3. **Elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde;** e,
4. **Definição dos investimentos necessários**.

Conforme inciso III do art. 2º da Resolução CIT nº 37/18 o Plano Macrorregional da Macrorregião de Saúde, resultante do PRI, deverá expressar:

1. A identificação do espaço regional ampliado.
2. A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada.
3. As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, os objetivos, metas, indicadores e prazos de execução.
4. As responsabilidades dos entes federados no espaço regional.
5. A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional.
6. A programação geral das ações e serviços de saúde.
7. A identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares.

A referida resolução estabelece ainda, que a consolidação dos Planos Regionais será parte integrante do Plano Estadual de Saúde.

**1. Diretrizes para a realização do Planejamento Regional Integrado.**

**1.1 Organização das Redes de Atenção à Saúde** - conforme a Portaria 4279 de 30/12/1O para promover a integração de ações e serviços de saúde com atenção continuada integral e de qualidade, bem como melhorar o sistema de saúde no que diz respeito a acesso, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. A rede de atenção se consolida a partir da implantação dos seus cinco componentes e para isso a Secretaria Estadual de Saúde está investindo na consolidação, conforme PPA 2016/2019, da rede Urgência e Emergência e rede Materno Infantil com as seguintes ações:

1. Na Atenção Primária - identificar os pontos de atenção e a cobertura populacional na atenção primária, indicando as ações necessárias para melhoria da estrutura dos serviços e estratégias de apoio, como telessaúde, etc.
2. Na Atenção Secundária e Terciária - identificar os pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar) nas redes que serão organizadas, melhorias que serão realizadas se for o caso, etc.
3. Nos Sistemas de Apoio Diagnóstico - indicar como serão garantidos os exames e insumos necessários para o apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas de informação em saúde.
4. Nos Sistemas Logísticos - transporte sanitário, identificação e acompanhamento dos usuários, etc.
5. No Sistema de Governança - onde será realizada a governança e se haverá capacitação de profissionais, como será o monitoramento de cada rede, etc.

Para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos como economia de escala, qualidade e acesso precisam ser considerados, incluindo um conjunto de ações e serviços, inclusive na área de vigilância em saúde (epidemiológica, ambiental, sanitária, e saúde do trabalhador), para atender às necessidades de saúde da população de forma adequada e oportuna.

**1.2 Regionalização** - A organização da RAS exige a definição do território, que implica estabelecer os seus limites geográficos, sua população e o rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso.

**1.3 Governança nas Redes de Atenção à Saúde** - o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, a gestão das relações entre a Atenção Primária em Saúde, os pontos de atenção secundário e terciário, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos.

Tão importante quanto a definição dos territórios sanitários e o seu planejamento integrado é estabelecer sistema de governança único para a rede com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados.

Conforme a Resolução CIT 37/2018, o Comitê Executivo de Governança da RAS, de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB, será instituído na macrorregião de saúde, quando da sua implantação, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS e fornecerá subsídios para a tomada de decisão na macrorregião bem como contribuirá para a efetivação dos acordos pactuados nas CIB e CIR.

**2. Detalhamento das etapas do Planejamento Regional Integrado (PRI)**

### 2.1 Análise da situação de saúde

Uma **análise de situação de saúde**, seja ela local ou regional, deve incluir o conhecimento da população, das necessidades e demandas, das condições de acesso aos serviços e da qualidade da atenção ao usuário e sua família.

Como dado inicial, o tamanho do painel populacional pode ser conhecido a partir do último censo IBGE disponível, com projeção estimada para os anos subsequentes. Mas, é necessário analisar a proporção dessa população que já é conhecida pela RAS, por meio do cadastro familiar realizado pelas equipes de Atenção Primária à Saúde - APS e consolidados por município, região de saúde e macrorregião.

A análise por faixa etária poderá evidenciar o quanto a população do território sofre a transição demográfica por que passa o país, com redução da taxa de crescimento populacional e aumento da população idosa. Em 2018, 12,9% da população brasileira tem 60 anos ou mais e até 2030 deverá ultrapassar os 18,0% (IBGE, 2018).

Outro critério importante de análise é a utilização dos serviços do SUS, que pode ser verificada inversamente pela taxa de cobertura por planos privados de saúde, informação disponibilizada mensalmente, por município, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Em junho de 2018, 24,4% da população brasileira era beneficiária em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia (ANS, 2018). Nessa análise deve ser considerada a existência de planos de saúde suplementar com coparticipação importante pelos usuários quando da utilização dos serviços, o que remete boa parte deles a ainda utilizar os serviços públicos. E, sendo uma taxa média de utilização municipal, não se aplica automaticamente à população de grande parte das equipes de APS, responsáveis pelas populações de média ou alta vulnerabilidade.

A análise demográfica pode ser complementada com o perfil socioeconômico e familiar.

As demandas apresentadas pela população a uma equipe de APS envolvem um amplo espectro, mas concentram-se em poucos problemas, motivos de consulta ou condições de saúde mais frequentes (Mendes, 2015). Na maioria dos estudos realizados na atenção primária, essa relação evidencia a presença das condições crônicas: hipertensão, diabetes, gravidez, transtornos de ansiedade ou depressão.

Também os estudos da carga global de doença no Brasil indicam as condições crônicas como principal determinante dos anos de vida perdidos por morte prematura ou incapacidade. Em 2016, a doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular e diabetes são listadas entre as causas mais frequentes de morte prematura e os transtornos depressivos e de ansiedade, entre as causas mais frequentes de incapacidade (IHME, 2018).

Os dados do Vigitel Brasil 2016 mostraram um aumento de 61,8% de diabetes e de 14,2% de hipertensão na última década. A edição 2017 mostrou: 10,1% dos entrevistados fumantes, 54,0% com excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m2), 18,9% com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m2), 66,3% com consumo inadequado de frutas e hortaliças (< 5 dias/semana), 46,0% com prática insuficiente de atividades físicas no tempo livre (< 150 minutos de atividade de intensidade moderada ou < 75 minutos de atividade vigorosa), 13,9% com inatividade física e 19,1% com consumo abusivo de bebidas alcoólicas (4+ doses para mulheres ou 5+ doses para homens, em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias) (Vigitel Brasil 2017).

Entre os 17 fatores de risco relacionados à maior carga global de doença, os 7 mais prevalentes são: dieta inadequada, pressão sistólica elevada, uso de álcool e drogas, tabagismo, índice de massa corporal elevado, glicemia de jejum elevada e colesterol total elevado (Malta, 2017).

Estas situações são mais preocupantes nas populações com maior vulnerabilidade, onde os determinantes socioeconômicos e familiares comprometem os cuidados e acesso aos serviços de saúde.

As equipes da APS devem realizar a análise da situação de saúde da sua população periodicamente, utilizando-se dos dados disponíveis nos sistemas eletrônicos ou de inquéritos simples aplicados junto aos usuários e famílias. Uma análise geral pode abranger:

* Perfil demográfico da população residente na área de abrangência da equipe ou unidade e análise da proporção de população idosa (60 anos +);
* Estudo de demandas nas unidades de APS, por meio da análise do motivo do atendimento dos usuários, considerando o registro, segundo a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) e/ou a Classificação Internacional de Doenças (CID) ou dados coletados em levantamento próprio durante um período de atendimento;
* Análise dos fatores de risco relacionados aos determinantes intermediários presentes no território de abrangência, por meio dos dados dos cadastros individuais e domiciliares do e-SUS, classificação de risco familiar e outros registros;
* Levantamento dos fatores de risco relacionados ao comportamento e estilo de vida, presentes no território de abrangência e análise comparativa com os parâmetros dos inquéritos nacionais, com atenção para os fatores de risco cardiovascular, reprodutivo, e associados aos transtornos mentais ou ao câncer de mama e colo uterino;
* Levantamento das condições crônicas mais prevalentes na população adstrita e análise comparativa com os parâmetros epidemiológicos de prevalência / incidência disponíveis, com atenção para as doenças cardiovasculares, diabetes, gestação, prematuridade e outras afeções infantis, transtornos mentais e câncer de mama e colo uterino.

A **análise municipal** poderá ser realizada a partir de um consolidado das análises das equipes de saúde, assim como a análise de situação regional e macrorregional com relação à situação dos municípios, sendo necessário agregar a leitura dos indicadores de saúde disponíveis nos sistemas informatizados e dos levantamentos municipais e regionais.

Considerando a situação de saúde no Brasil, apresentada sinteticamente acima, a análise local, municipal ou regional deve incluir as condições crônicas mais prevalentes e que, com maior ou menor determinação, estão relacionadas à maior carga global de doença, aos maiores custos globais do sistema de saúde e às maiores expectativas da população: doenças cardiovasculares, diabetes, gestação e ciclo de vida da criança, ciclo de vida do idoso, transtornos mentais e câncer de mama e colo uterino.

Para essas condições, a análise demográfico-epidemiológica poderá considerar os seguintes parâmetros para a estimativa das condições crônicas (Quadro 1):

**Quadro 1 - Parâmetros para a estimativa das condições crônicas**

Continua

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GESTAÇÃO E PUERPÉRIO** | | | | | |
| Gestante | 110 % do número de nascidos vivos do último SINASC (MS, 2011 e 2015) | | | | |
| Puérpera | 100% do número de gestantes (MS, 2015) | | | | |
|  |  | | | | |
| **CICLO DE VIDA DA CRIANÇA** | | | | | |
| Faixa etária | |  | | | |
| 0 a 11m29d | | 100% do número de gestantes (MS, 2015) | | | |
| Demais faixas etárias | | Cadastro realizado pelas equipes da APS ou estimativa populacional | | | |
|  | |  | | | |
| **HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - HAS** | | | | | |
| Hipertenso (parâmetro geral) | | | | | 21,4% da população > 20 anos (MS/Portaria 1.631/15) |
| Hipertenso (parâmetro por faixa etária) | | | | | 19,8% da população > 20 anos (PNS, 2013) |
| 20 a 29 anos | | | | | 3,7% da população na faixa etária |
| 30 a 59 anos | | | | | 18,9% da população na faixa etária |
| 60 a 64 anos | | | | | 45,2% da população na faixa etária |
| 65 a 74 anos | | | | | 44,8% da população na faixa etária |
| 75 anos + | | | | | 39,0% da população na faixa etária |
| Obs.: A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial cita que, no Brasil, HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos (SBC, 2016). Dados do VIGITEL 2017 indicaram que a frequência de adultos (> 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 24,3%, variando entre 16,1% em Palmas e 30,7% no Rio de Janeiro (VIGITEL, 2017). | | | | | |
|  | | | | | |
| **DIABETES MELLITUS - DM** | | | |  | |
| Diabético (parâmetro geral) | | | | 6,9% da população > 20 anos (MS/Portaria 1.631/15) | |
| Diabetes associada a HAS | | | | 40% dos diabéticos | |
| Diabético (parâmetro por faixa etária) | | | | 4,6% da população > 20 anos (PNS, 2013) | |
| 20 a 29 anos | | | | 0,8% da população na faixa etária | |
| 30 a 59 anos | | | | 3,6% da população na faixa etária | |
| 60 a 64 anos | | | | 13,7% da população na faixa etária | |
| 65 a 74 anos | | | | 14,4% da população na faixa etária | |
| 75 anos + | | | | 9,0% da população na faixa etária | |
| Diabetes Tipo I | | | |  | |
| Incidência | | | | 7,6 casos novos / 100 mil hab. / ano (SBD, 2017-18) | |
| Obs.: Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes (*International Diabetes Federation*, IDF) estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade vivia com diabetes. Há marcantes diferenças na prevalência do diabetes entre diversas regiões, grupos étnicos e estilo de vida (SBD, 2017-18)  Dados do VIGITEL 2017 indicaram que a frequência de adultos (> 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 7,6%, variando entre 4,5% em Palmas e 8,8% no Rio de Janeiro (VIGITEL, 2017) | | | | | |
|  | | | Final | | |
| **CÂNCER DE MAMA** | | |  | | |
| Incidência | | | 56,33 casos novos / 100 mil mulheres / ano (INCA, 2018) | | |
|  | | |  | | |
| **CÂNCER DE COLO DE ÚTERO** | | |  | | |
| Incidência | | | 15,43 casos novos / 100 mil mulheres / ano (INCA, 2018) | | |

A **análise do acesso aos serviços de saúde** deve complementar o diagnóstico situacional. Devem ser considerados os seguintes aspectos:

* Disponibilidade de equipes da APS, por meio da análise da cobertura da estratégia de saúde da família;
* Disponibilidade de exames diagnósticos complementares (laboratoriais, gráficos e por imagem), incluindo a verificação da existência na APS de pontos de coleta para exames laboratoriais, a realização testes rápidos, a realização de exames gráficos de menor densidade tecnológica como o ECG, entre outros recursos;
* Disponibilidade de ambulatórios de atenção especializada nas várias redes de atenção, com a verificação das respectivas carteiras de serviço;
* Existência de médicos especialistas dispersos no território;
* Identificação de barreiras geográficas, culturais, organizacionais e financeiras;
* Distâncias, condições viárias e tempos de deslocamento até os serviços de atenção secundária ou terciária;
* Disponibilidade e qualidade de transporte em saúde, com rotas que interligam os municípios às sedes da região ou macrorregião de saúde;
* As modalidades de acesso regulado;
* Tempos de espera para agendamento de atendimento;
* Resolutividade da APS, por meio da análise da proporção de usuários encaminhados para os serviços secundários e apoio diagnóstico e terapêutico.

### Definição de prioridades sanitárias

De acordo com a Resolução CIT nº 23, 2017, compete à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com base na análise da situação de saúde nas regiões, definir as prioridades sanitárias e as diretrizes para a organização das RAS no espaço macrorregional. Para tanto, é importante considerar a magnitude do problema no âmbito do estado (prevalência epidemiológica), o seu impacto no estado de saúde da população (carga de doença) e a expectativa da população por uma maior resolutividade dos serviços.

Considerando as prioridades definidas faz-se necessário uma avaliação dos atuais planos municipais de saúde para verificar como os pontos de atenção dessas redes estão organizados no âmbito municipal.

Uma ação, por exemplo, na área materno-infantil é buscar, o quanto antes, a implantação da estratificação de risco nas Unidades Básicas de Saúde. Para tanto o CONASS pode apoiar tecnicamente o estado e os municípios para a realização de oficina sobre o tema.

### Organização dos pontos de atenção na região de saúde

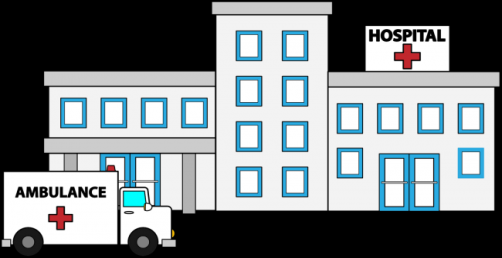
Definidas as prioridades sanitárias pela CIB, no âmbito da **região de saúde**, todos os pontos de atenção e serviços de apoio e logísticos, que correspondem à estrutura operacional das RAS deverão ser identificados e suas funções claramente estabelecidas.

A **região de saúde** é definida, no processo de regionalização, como recorte territorial inserido em um espaço geográfico contínuo, identificado pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais compartilhadas no território, bem como as redes de comunicação, a infraestrutura de transporte, os fluxos viários e os fluxos assistenciais existentes (Mendes, 2011). O planejamento regional deve se pautar pelos princípios da subsidiariedade econômica e social, economia de escala, relações entre escala e qualidade, acesso, equidade e integralidade do cuidado.

As **Redes de Atenção à Saúde** são organizadas, de maneira resolutiva, nos espaços regionais ampliados, denominados como **macrorregiões de saúde** (Resolução CIT nº 37, 2018).

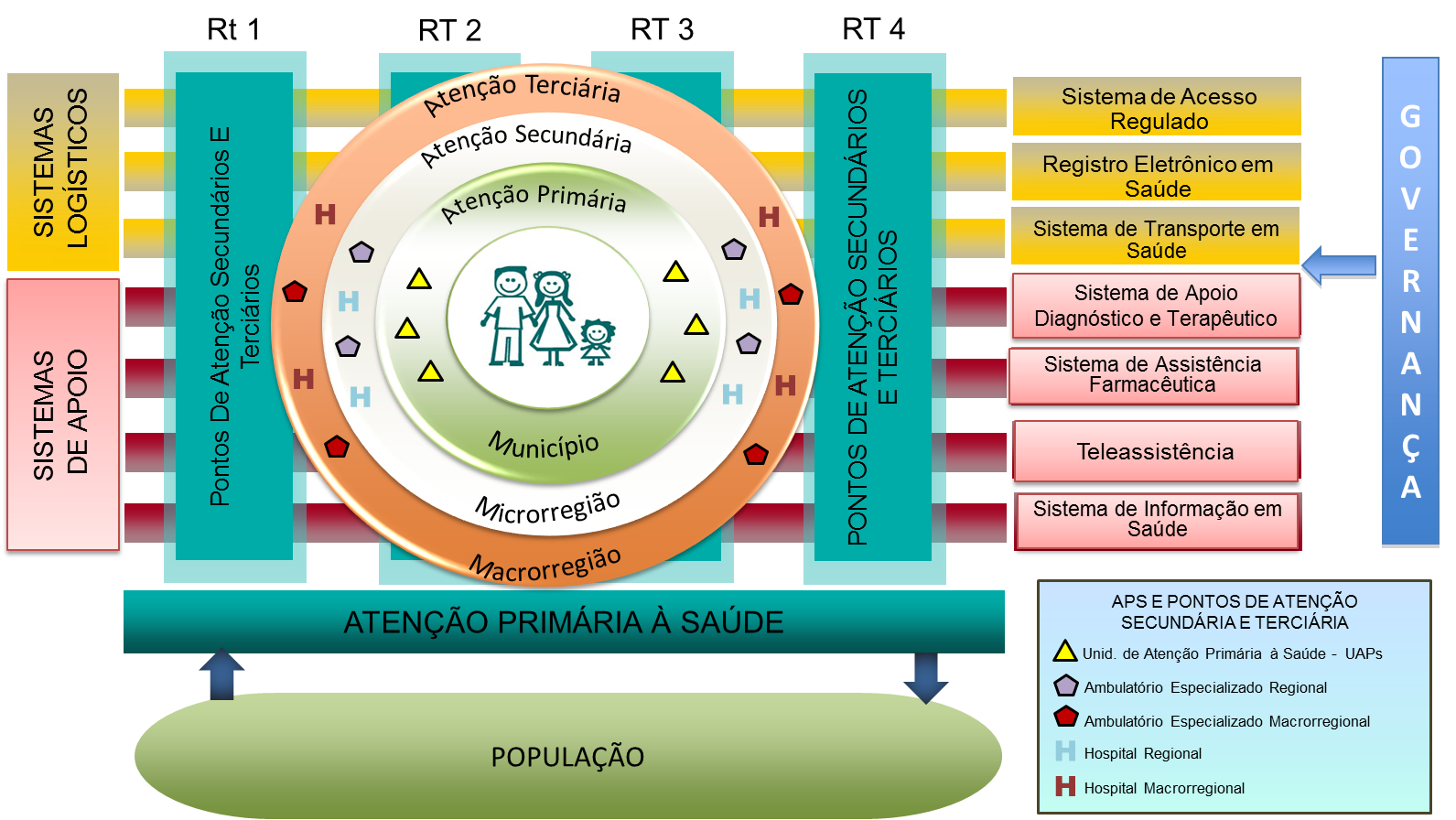
A **macrorregião de saúde** congrega certo número de regiões de saúde que, por sua vez, congregam certo número de municípios, com suas respectivas unidades de atenção primária, atenção ambulatorial especializada, atenção hospitalar, apoio diagnóstico, apoio terapêutico e sistemas logísticos de regulação e transporte.

A localização dos serviços de saúde no território regional deve garantir o acesso, a economia de escala e a qualidade dos serviços. Assim, todos os municípios devem organizar a APS, implantando equipes que realizem ações de vigilância, promoção, prevenção, cuidado e reabilitação, agregando a dispensação de medicamentos, coleta para exames laboratoriais e outros serviços que devem ser dispersos no território (Figura 1), com acesso próximo para a população. E, salvo os casos de territórios com baixa densidade populacional, os municípios sede das macrorregiões e regiões de saúde abrigarão todos os serviços que devem ser concentrados por se beneficiarem de economias de escala (Figura 2), para os quais os recursos são mais escassos e, em relação aos quais, a distância tem menor impacto sobre o acesso (Mendes, 2011).



A **estrutura operacional das RAS** é composta pelos seguintes elementos: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção à saúde, secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informações em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança (Figura 3).

**Figura 3 - Estrutura operacional da RAS**



Fonte: Mendes (2011)

Para definir os **pontos de atenção**, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, por nível de atenção e território sanitário que compõem essa estrutura operacional, poderão ser utilizadas as matrizes representadas nas Figuras 4, 5 e 6.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Figura 4 - MATRIZ DE PONTOS DE ATENÇÃO** | | | |
| **RAS:** |  | | |
|  | | | |
| **NÍVEL DE ATENÇÃO** | **TERRITÓRIO SANITÁRIO** | **PONTO DE ATENÇÃO** | **COMPETÊNCIAS E**  **CARTEIRA DE SERVIÇOS** |
| Atenção Terciária | Macrorregião |  |  |
|  |  |
| Atenção Secundária | Região de Saúde |  |  |
|  |  |
| Atenção Primária | Município |  |  |
|  |  |
| **Figura 5 - MATRIZ DE SISTEMAS DE APOIO** | | | |
| **RAS:** |  | | |
|  | | | |
| **NÍVEL DE ATENÇÃO** | **TERRITÓRIO SANITÁRIO** | **SISTEMA DE APOIO** | **COMPETÊNCIAS E**  **CARTEIRA DE SERVIÇOS** |
| Atenção Terciária | Macrorregião |  |  |
|  |  |
| Atenção Secundária | Região de Saúde |  |  |
|  |  |
| Atenção Primária | Município |  |  |

**Figura 6 - MATRIZ DE SISTEMAS LOGÍSTICOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RAS:** |  | | |
|  | | | |
| **NÍVEL DE ATENÇÃO** | **TERRITÓRIO SANITÁRIO** | **SISTEMA LOGÍSTICO** | **COMPETÊNCIAS E**  **CARTEIRA DE SERVIÇOS** |
| Atenção Terciária | Macrorregião |  |  |
|  |  |
| Atenção Secundária | Região de Saúde |  |  |
|  |  |
| Atenção Primária | Município |  |  |
|  |  |

Vale destacar que um grande esforço deve ser feito para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família em todos os territórios municipais, dada às evidências da sua resolutividade e impacto na saúde da população, dotando-a de estruturas adequadas, adensamento tecnológico e equipes multiprofissionais competentes na gestão da saúde.

A **Atenção Primária à Saúde (APS)**, na perspectiva das RAS, deve cumprir a função resolutiva de atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns, não necessariamente, os mais simples; a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes da ESF. Só será possível organizar o SUS em redes se a APS estiver capacitada a desempenhar bem essas três funções. Só, assim, ela poderá coordenar RAS e instituir-se como estratégia de organização do SUS. (Mendes, 2015)

O **Ambulatório de Atenção Especializada – AAE (ou Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial)** deve ser referência para as mesmas equipes da APS dos municípios de uma ou mais regiões, possibilitando a continuidade do cuidado e a integração entre as equipes. Sua carteira de serviços deve incluir uma equipe multiprofissional com atuação clínica interdisciplinar e deve garantir o cumprimento das suas funções assistenciais, de supervisão e educação permanente da APS e de pesquisa operacional.

Os **Serviços de Apoio Diagnóstico laboratorial** devem ser organizados diferentemente nas suas fases pré e pós-analítica e na sua fase analítica, de acordo com a economia de escala e escopo. A fase pré e pós-analítica, caracterizadas principalmente pela coleta de material biológico e retorno do resultado do exame, devem ser dispersas no território, idealmente disponíveis em cada unidade de APS. Ao contrário, a fase analítica se beneficia pela concentração em uma única unidade de processamento das análises, alcançando escalas regionais ou macrorregionais. Sendo garantidos o transporte adequado do material biológico e uma infovia para transferência dos resultados, quanto maior a escala, maior a eficiência e a qualidade.

Da mesma maneira, considerando o ciclo da assistência farmacêutica, **a dispensação e entrega de medicamentos do componente básico** deve ser realizada nas unidades de APS e a dispensação **de medicamentos do componente especializado** deve observar o acesso definido em cada estado.

O **transporte sanitário** deve ser organizado, na sua dinâmica e percursos, em proporção às demandas identificadas pelas equipes da APS para a AAE e considerando um aproveitamento racional dos seus recursos.

O **sistema de acesso regulado** deve favorecer o papel da APS como ordenadora dos fluxos e contrafluxos dos usuários na RAS, a partir dos critérios definidos nas diretrizes clínicas para o compartilhamento do cuidado com a AAE e pactuados entre os serviços.

### Elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde

A **Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde** consiste em um processo de negociação e pactuação entre os gestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ASPS a serem desenvolvidos, no âmbito da Macrorregião de Saúde, contribuindo para a conformação e organização da RAS. Abrange as ações de assistência à saúde (atenção básica/primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar), de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica, trabalhador e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes na RENASES e na RENAME, a serem realizadas no território.

### Definição dos investimentos necessários

A identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços devem orientar a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, dos estados, e dos municípios, bem como aqueles decorrentes de emendas parlamentares.

**MODELAGEM DA REDE DE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL**

A modelagem da Rede de Atenção Materno-Infantil dimensiona a população-alvo por estrato de risco e estabelece, no âmbito de cada território, os pontos de atenção necessários para prestar atendimento à gestante e à criança no primeiro ano de vida, identificando, inclusive, as respectivas competências.

**MATRIZ DE DESENHO DA REDE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NÍVEL DE ATENÇÃO** | **PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE** | **TERRITÓRIO SANITÁRIO** |
| **ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE** | Maternidade de alto risco...  Hospital/RN...  UTI/UTIN/UCIN...  Casa da gestante...  Banco de leite... | **MACRORREGIÃO** |
| **ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE** | HPP/maternidade risco habitual...  CEO...  CAPS...  Ambulatório de especialidades... UPA...  Hospital... | **REGIÃO DE SAÚDE** |
| **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** | UBS...  ESF...  EACS...  NASF...  Domicilio | **MUNICÍPIO**  ÁREA DE ABRANGÊNCIA  MICROÁREA |

**MATRIZ DE COMPETÊNCIA DE CADA PONTO DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TERRITÓRIO** | **PONTO DE**  **ATENÇÃO** | **COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO** |
| **MUNICÍPIO**  **Micro área** | **Domicílio** | **Visita domiciliar:**   * Cadastrar as famílias da microárea. * Realizar visita domiciliar para a família – pelo agente comunitário de saúde (ACS) ou demais membros da equipe de saúde. * Identificar precocemente as gestantes, puérperas e crianças para acompanhamento pela equipe de saúde. * Realizar visita de acompanhamento das gestantes, puérperas e crianças da microárea.   **Atendimento domiciliar:**   * Realizar atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado etc.) das gestantes, puérperas e crianças da microárea por profissionais da equipe de saúde. |

**MATRIZ DE COMPETÊNCIA DE CADA PONTO DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TERRITÓRIO** | **PONTO DE ATENÇÃO** | **COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO** |
| **MUNICÍPIO**  **Área de Abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS**) | **UBS** | **Pré-natal e puerpério:**   * Identificar e inscrever as gestantes residentes no território, no pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre de gravidez. * Realizar as consultas de pré-natal, conforme o protocolo. * Solicitar os exames laboratoriais, conforme o protocolo. * Imunizar as gestantes, conforme o protocolo. * Estratificar as gestantes por grau de risco, conforme o protocolo. * Encaminhar as gestantes de alto risco para o centro de referência microrregional, conforme o protocolo. * Monitorar as gestantes de alto risco, conforme o protocolo. * Realizar visitas domiciliares para as gestantes. * Realizar atividades educativas para a gestante e familiares. * Realizar consulta puerperal, conforme protocolo.   **Puericultura:**   * Realizar visita domiciliar para os RN residentes no território. * Inscrever os RN na puericultura. * Realizar as consultas para as crianças menores de 1 ano, conforme o protocolo. * Estratificar as crianças menores de 1 ano por grau de risco, conforme o protocolo. * Imunizar as crianças menores de 1 ano, conforme o protocolo. * Encaminhar as crianças menores de 1 ano de alto risco para o centro de referência microrregional, conforme o protocolo. * Monitorar as crianças menores de 1 ano de alto risco, conforme o protocolo. * Realizar visitas domiciliares para as crianças menores de 1 ano. * Realizar atividades educativas para os familiares. |

**MATRIZ DE COMPETÊNCIA DE CADA PONTO DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TERRITÓRIO** | **PONTO DE ATENÇÃO** | **COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO** |
| **REGIÃO DE SAÚDE**  (Nível secundário) | **Centro de Referência Regional** | **Pré-natal e puerpério de alto risco:**   * Realizar as consultas de pré-natal de alto risco, conforme o protocolo. * Solicitar os exames laboratoriais para a gestante de alto risco, conforme o protocolo. * Realizar atividades educativas para a gestante de alto risco e familiares. * Realizar consulta puerperal para puérperas de alto risco, conforme protocolo.   **Interconsulta para crianças de alto risco:**   * Realizar as consultas para as crianças menores de 1 ano de alto risco, conforme o protocolo. * Realizar atividades educativas para os familiares. |
| **Hospital/ Maternidade de Risco Habitual** | **Internamento – gestante de risco habitual**   * Realizar internamentos para as gestantes de risco habitual que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas.   **Parto – gestantes de risco habitual:**   * Realizar parto para as gestantes de risco habitual.   **Internamento – crianças de baixo risco**   * Realizar internamentos para as crianças que apresentarem intercorrências clínicas. |

**MATRIZ DE COMPETÊNCIA DE CADA PONTO DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TERRITÓRIO** | **PONTO DE ATENÇÃO** | **COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO** |
| **MACRORREGIÃO**  **(Nível terciário)** | **Hospital/ Maternidade de Alto Risco** | **Internamento – gestante de alto risco**   * Realizar internamentos para as gestantes de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas.   **Parto – gestante alto risco:**   * Realizar parto para as gestantes de alto risco.   **Internamento – crianças de alto risco**   * Realizar internamentos para as crianças de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas. |
| **Casa da Gestante** | **Atendimento às gestantes de alto risco:**   * Realizar o monitoramento das gestantes de alto risco que necessitam de observação e medidas de apoio médico e social. |

Os protocolos clínicos também contêm as planilhas de programação, que discriminam os resultados esperados, as principais atividades a serem operacionalizadas e os parâmetros para dimensionar a necessidade de atendimento nos pontos de atenção.

**Referências**

ANS. Dados Gerais de beneficiários de planos privados de saúde. Disponível em: http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais (Acessado em: 12 de agosto de 2018).

Brasil - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: Antropometria, estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Brasília (DF): IBGE, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Resolução CIT nº 23, 17 de agosto de 2017. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

Brasil. Resolução CIT nº 37, 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

GBD 2016. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/ S0140-6736(18)31221-2 (Acessado em: 12 de agosto de 2018).

IBGE. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população / Celso Cardoso da Silva Simões. - Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016.

INCA. Incidência de Câncer no Brasil. Estimativa 2018. (Acessado em: 12 de agosto de 2018).

Malta, D.C. et al. - Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. Revista Brasileira de Epidemiologia, Maio 2017.

Mendes, E.V. - A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015

Mendes, E.V. - As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

Mendes, E.V. - O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012

SBC. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Volume 107, Nº 3, Suplemento 3, Setembro 2016.

SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo: Editora Clannad, 2017

Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.