

007

FEDERALISMO E RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

SESSÕES TEMÁTICAS



O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO COMO MECANISMO DE ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Marina Schenkel (SES/RS)
Camila Guaranha (SES/RS)
Renata Varela (SES/RS)
Cristiane Fischer (SES/RS)
Karen Chisini (SES/RS)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo descrever o Planejamento Regional Integrado (PRI), entendido como ferramenta para a integração das Redes de Atenção à Saúde no território. Com abordagem qualitativa no modelo estudo de caso, analisou-se a experiência de trabalhadores da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) na construção do PRI. A partir das normativas tripartites foi proposta uma metodologia envolvendo os diferentes atores que participam do processo de gestão do SUS, além do controle social. A estratégia adotada pelo RS envolve a identificação de necessidades de saúde para definição das prioridades regionais, com o estabelecimento de acordos intermunicipais coordenados pelo estado. O PRI pode ser visto como mecanismo de apoio à tomada de decisão num cenário marcado pela existência de diferentes atores com poder de decisão, facilitando o processo de coordenação e gestão do sistema de saúde em âmbito regional.

Palavras-chave: Planejamento; Sistema Único de Saúde; Política de Saúde; Regionalização.

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo descrever o Planejamento Regional Integrado (PRI) como mecanismo de articulação e apoio à tomada de decisão conjunta entre os três entes governamentais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O PRI pode ser entendido como ferramenta para a integração regionalizada das Redes de Atenção à Saúde.

O PRI busca fortalecer a regionalização do SUS no que diz respeito a acordos e negociações entre os entes federados. A regionalização do SUS ainda encontra-se em processo de construção e sua principal dificuldade está no desenvolvimento de arranjos cooperativos entre os entes federados voltados ao exercício da governança regional. A organização do sistema de saúde em redes de atenção regionalizadas tem se mostrado um desafio desde a instituição do SUS em 1988.

Como metodologia, adotou-se uma abordagem qualitativa no modelo de estudo de caso, analisando-se a experiência de trabalhadores da Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN) da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). O período abordado é de março de 2018, a partir das últimas normativas tripartites publicadas sobre o tema, até março de 2019. O processo analisado foi coordenado pela SES/RS, envolvendo seus diversos departamentos e Coordenadorias Regionais de Saúde, em articulação com os municípios, com apoiadores do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde/RS (COSEMS/RS), do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde/RS (NEMS/RS) e representantes do Conselho Estadual de Saúde/RS (CES/RS).

Além desta introdução e das considerações finais, este artigo é composto por cinco seções. Na primeira seção será abordado o desenho e as implicações do Estado federal no Brasil. Na segunda seção será tratado o processo de regionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde. Na terceira seção será apresentado o cenário do Planejamento Regional Integrado no país. Na quarta seção será especificado sobre o contexto da regionalização no estado do Rio Grande do Sul. Por fim, na quinta seção será relatada a experiência do estado na construção de metodologia e desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado.

FEDERALISMO TRINO BRASILEIRO

A fórmula brasileira peculiar em que os municípios se tornaram entes federados tem implicações nas relações intergovernamentais e reflexos importantes na organização do Estado. Observa-se certo consenso na literatura que, no Brasil, após a Constituição de 1988, o federalismo pode ser caracterizado por uma maior descentralização do poder para os entes subnacionais, comparando-se ao período anterior.

Souza (2006) aponta que um federalismo pode ser mais ou menos descentralizado, a depender dos poderes e dos recursos alocados ao governo central, em contrapartida aos alocados aos demais entes federados. O discurso a favor da descentralização, que tomou força a partir da década de 1970, foi (e por vezes ainda é) automaticamente associado à democratização da administração pública, a um melhor desempenho governamental, a um aumento da eficiência e efetividade na prestação de serviços públicos, a uma maior inovação na gestão, e, no limite, ao aumento de bem estar da população (ARRETCHÉ, 1996; ABRUCIO, 2006).

Entretanto, segundo Abrucio (2006), algumas questões devem ser consideradas em qualquer modelo de descentralização que, por vezes, são deixadas em segundo plano. O combate às desigualdades regionais, caso o processo não seja acompanhado por mecanismos redistributivos para as localidades mais pobres, pode acentuar as diferenças socioeconômicas, frisando a importância da atuação do governo federal como coordenador. Destaca-se que a soberania compartilhada, típica dos modelos federalistas, só se mantém com uma relação de equilíbrio entre a autonomia e a interdependência entre os entes, através de mecanismo *de checks and balances* entre eles, para não haver concentração indevida de um sobre os demais. Por outro lado, também não pode haver a eliminação do pluralismo, e as parcerias entre os governos devem ser resultado da barganha e do respeito mútuo, uma vez que o modelo federativo é caracterizado pela diversidade e pelo conflito.

Mais do que descentralização, o que está em jogo são as relações intergovernamentais em um modelo de federalismo em processo de descentralização. Abrucio (2006) aponta que a chave está em um equilíbrio entre competição e cooperação para o problema da coordenação federativa. Ademais, é essencial para se pensar as políticas públicas, entender como essas relações intergovernamentais se dão, uma vez que, nesse contexto de fragmentação territorial do poder, a construção e o funcionamento dos *welfare states* é um processo mais complexo que exige de cada ente federado a necessidade de compartilhar a tomada de decisão e a implementação, por meio de acordos.

Assim como em outros lugares no mundo, na década de 1980 a descentralização era um tema central na agenda de democratização no Brasil. Era tida como uma reação à concentração de decisões, recursos financeiros e capacidade de gestão no nível federal no período ditatorial de autoritarismo burocrático. Associava-se o fortalecimento das esferas subnacionais com a capacidade dos cidadãos em influenciar as decisões, controlar os governos locais e, dessa forma, reduzir a burocracia excessiva e a corrupção. Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 retratou uma concepção descentralizadora municipalista, um modelo federativo compartimentalizado e uma aversão ao centralismo, desenvolvido no regime militar recém ocorrido. A federação foi redesenhada em benefício dos estados, e especialmente, dos municípios, que foram transformados em entes federativos, em contraste com os demais países do mundo (ALMEIDA, 2005; ABRUCIO, 2006).

Ao recuperar tanto suas bases democráticas quanto federativas, após 1988, cada nível de governo tem sua autoridade política soberana e independente das demais (ARRETCHÉ, 1999). O modelo adotado pelo Estado brasileiro combinou a manutenção de áreas próprias de decisão autônoma das instâncias subnacionais, descentralização no sentido de transferência de autonomia decisória e de recursos para os entes subnacionais, além de transferência para as outras esferas de governo da tarefa da implementação e gestão de políticas definidas em âmbito federal, incluindo os municípios como ente da federação (ALMEIDA, 2005). Para Almeida (2005), a descentralização no Brasil significou quase sempre municipalização, enquanto os estados ficaram sem atribuição clara.

REGIONALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A descentralização almejada pela reforma sanitária brasileira buscava alterar a lógica do sistema público sem promover a privatização da prestação de serviços e sem que o Estado abrisse mão do seu papel de gestor. No lugar de um sistema de caráter nacional (como o inglês ou o cubano) ou provincial (como o canadense), e sob a influência do movimento municipalista do período de redemocratização, foi instituído um sistema descentralizado em que os municípios tinham a responsabilidade pela organização e gestão de sistemas locais de saúde (CAMPOS, 2005). Cada unidade prestadora de serviço de saúde, seja pública, privada, filantrópica ou não-governamental, passou a estar sob a gestão dos municípios, eventual e secundariamente dos estados, em uma rede única, cujas instâncias estaduais e federais deveriam coordenar e apoiar os sistemas municipais.

Nogueira (2012) destaca que foi a partir da segunda metade da década de 1990 que os governos locais passaram a ser responsáveis de fato pelo relacionamento com os prestadores de serviços de saúde. Para Arretche (2002), a descentralização do SUS foi bem-sucedida, pois já nos anos 2000, 99% dos municípios tinham aderido às normas da política central. A razão desse sucesso é atribuída à estratégia de descentralização do governo federal, que oferecia fortes incentivos à adesão aos programas propostos e ao novo papel dos gestores municipais no sistema. As sucessivas normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde na década de 1990 refletem um processo de aprendizagem pelos gestores em incorporar as demandas e a participação dos entes subnacionais (ARRETCHÉ, 2002).

Apesar da necessidade legal de organizar as redes de serviços de forma regionalizada e hierarquizada desde a instituição do SUS, a literatura aponta que na década de 1990 foi dada mais atenção ao processo de descentralização dos serviços com ênfase na municipalização (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015; MELLO *et al*, 2016; PAIM, 2009; SILVA, 2010). Dado o que o país é composto majoritariamente por municípios de pequeno porte, a falta de articulação intermunicipal produziu uma importante fragmentação no sistema de serviços do SUS (GIOVANELLA, 2016).

Cada município se preocupou somente em instituir estruturas assistenciais para sua população, deixando de considerar a possibilidade de estabelecer estratégias cooperativas intermunicipais e de criar uma rede assistencial comum (NOGUEIRA, 2012). Essa visão, de municipalização autônoma ou de municípios autárquicos, consiste em cada município pensar seu sistema de saúde de forma autossuficiente, levando à fragmentação decisória e a disputas predatórias por recursos, ao mesmo tempo em que os estados pouco assumiam o papel de coordenação intermunicipal (MACHADO, 2009).

De acordo com Campos (2005), esta lógica que tende a produzir a autonomia dos municípios é um efeito paradoxal da descentralização, uma vez que induz a fragmentação do sistema único. Há o predomínio do interesse particular, de cada município, sobre o geral ou coletivo, contrastando com a ideia de sistema que pressupõe ligação e formação de redes. O isolamento dos municípios gera uma baixa capacidade de integração e solidariedade entre os entes. Ademais, tende-se a produzir um sistema com alto grau de heterogeneidade entre as redes locais, dependendo do empenho de cada município em implantar os programas e ações consideradas importantes pelo SUS nacionalmente, o que acaba comprometendo o atendimento às necessidades de saúde da população e acirrando as desigualdades em saúde (GASTÃO, 2005).

Dessa forma, a municipalização e a consorciação municipal da assistência por si só não representam soluções para a consolidação dos objetivos do SUS. Com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002, a regionalização foi reintroduzida na pauta setorial, como forma de organizar os sistemas municipais de saúde sob a coordenação dos gestores estaduais. O Pacto de Gestão (2006) reafirmou que a regionalização deveria ser “solidária e cooperativa” (MACHADO, 2009).

Nos anos 2000, passou a vigorar o entendimento de que o planejamento das modalidades de gestão, bem como o alcance de metas assistenciais, deveria se dar de forma conjunta entre os três entes federativos, através do que se passou a denominar de pactuação no âmbito do SUS (NOGUEIRA, 2012). Foi a forma encontrada de criar consensos e organizar o sistema de saúde considerando a autonomia das três esferas de governo.

Segundo Albuquerque e Viana (2015), a indução da regionalização e das redes de serviços na política de saúde brasileira se deu a partir dos anos 2000 e em três fases distintas. A primeira fase, de 2000 a 2005, foi centrada na normatização das regiões com redes hierarquizadas de prestação de serviços. Entre 2006 e 2010 ocorreu a segunda fase, com ênfase na região negociada com redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, quando foram instituídos os Colegiados de Gestão Regional. Esta fase foi denominada a “regionalização viva”. A terceira fase, a partir de 2011, estabeleceu uma regionalização negociada e contratualizada com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

De acordo com Paim (2009), a estratégia regional de atendimento é necessária para corrigir as distorções do acesso, organizando-se centros de referência de acordo com a complexidade dos serviços, na seguinte sequência: unidades de saúde, município, município-polo e região. A instituição de redes regionalizadas implica necessariamente na articulação de municípios “exportadores” e “importadores” de serviços, sob a coordenação dos governos estaduais. Isso tem sido objeto de regulações nacionais para viabilizar o compartilhamento de decisões e ofertas de serviços, estabelecendo-se mecanismos e metas entre os três entes federados (MACHADO, 2009).

Gastão (2005) destaca que no Brasil não há tradição de negociação sistemática nesse sentido, tampouco quanto ao funcionamento dos colegiados de compartilhamento de poder, um dos mecanismos de tomada de decisão conjunta. O compartilhamento da tomada de decisão entre os três entes federados, bem como a firmação de acordos para a oferta de serviços de saúde de forma integral aos cidadãos nas regiões, ainda requer mais aprendizado no âmbito das relações intergovernamentais no SUS.

A definição de região de saúde que se utiliza atualmente não é limitada pela atuação estatal e pública de prestação de serviços e de planejamento político-administrativo, contando com a participação de outros agentes e instituições do mercado e da sociedade no estabelecimento da rede de saúde (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015). O marco legal que regula a organização do SUS, desde 2011, define a Região de Saúde como:

(...) espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A região de saúde deve ser constituída sob a ótica sanitária e não meramente administrativa, sendo o foco da integralidade das ações e serviços de saúde e capaz de resolver quase a totalidade das necessidades de saúde da população que habita a região. De acordo com os atuais marcos regulatórios, cada região de saúde, para ser instituída, deve conter, no mínimo, ações e serviços de (1)atenção primária;(2) urgência e emergência; (3) atenção psicossocial; (4)atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e(5)vigilância em saúde (BRASIL, 2011). A mesma legislação também estipula que os acordos sobre a conformação das redes de atenção à saúde no âmbito de uma ou mais região são definidos nas instâncias de pactuação compostas pelos entes federativos, as Comissões Intergestores, tais como seus limites geográficos; população usuária das ações e serviços; rol de ações e serviços que serão ofertados e respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços (BRASIL, 2011).

A regionalização é tida ainda como em processo, que avança lentamente. A principal dificuldade está no desenvolvimento de arranjos cooperativos entre os diferentes entes federados voltados para o exercício de uma governança regional (GIOVANELLA, 2016; SANTOS; CAMPOS, 2015). Elenca-se como principais entraves para a coordenação no âmbito das regiões o baixo nível de cooperação entre os gestores municipais de saúde assim como entre os gestores municipais e o estadual; grande rotatividade de secretários de saúde, que gera descontinuidade de políticas; baixa autonomia executiva das divisões regionais das gestões estaduais, entre outros, que contribuem para a baixa resolutividade e aumento da fragmentação do sistema brasileiro (VIANA; SILVA, 2017). Santos e Campos (2015) ressaltam que apenas metade das atuais regiões de saúde atende 95% das necessidades de saúde da população.

PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO NO CENÁRIO NACIONAL

O planejamento setorial da saúde segue os preceitos da Carta Magna brasileira, além de ser normatizado por legislação específica. A Lei Federal nº 8080/1990, que regulamenta o SUS, em seu artigo 36 apresenta que o processo de planejamento e orçamento do SUS deve ser “ascendente, do nível local até o federal, [...] compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União” (BRASIL, 1990, p. 13).

No entanto, apesar de colocado como um processo a ser realizado de forma ascendente desde a constituição do SUS, na realidade isso não se concretizou efetivamente e, de acordo com Vieira (2009), a implementação do planejamento ascendente é, possivelmente, um dos maiores desafios apresentados para a gestão desta política pública e para sua consolidação como um sistema único.

Uma dimensão central para o processo de planejamento no SUS diz respeito ao Planejamento Regional Integrado (PRI). A partir do Decreto nº 7508/2011, são recolocadas em cena as discussões em torno do planejamento regional integrado (PRI). De acordo com o Ministério da Saúde (2016),

O Planejamento Regional Integrado expressa as prioridades e responsabilidades sanitárias comuns estabelecidas entre gestores de saúde de uma determinada Região de Saúde, visando à integração da organização sistêmica do SUS para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. O modelo preconiza que o planejamento consiste na base técnica do processo de regionalização (BRASIL, 2006, p. 88).

Este conceito foi introduzido na Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que dispõe sobre o planejamento no SUS e que é base para a legislação vigente na atualidade¹. A portaria coloca a gestão estadual como coordenadora do processo do PRI, afirmando que este deve envolver os três entes federados e deve ser elaborado no âmbito das Regiões de Saúde (BRASIL, 2016).

O processo do planejamento regional integrado nada mais é do que o planejamento realizado no âmbito da Região de Saúde, e deve ser coordenado pela gestão estadual, envolvendo todos os municípios que compõem a Região de Saúde. A Comissão Intergestores Regional (CIR) é a instância em que os gestores devem discutir, pactuar, monitorar e avaliar as prioridades da Região, definindo metas regionais e responsabilidades de cada ente para o alcance das intervenções elencadas (BRASIL, 2016).

A centralidade do papel das SES no processo de regionalização também se refere à indução da governança regional no âmbito das CIR. A governança deve ser conduzida de forma participativa e compartilhada entre os entes federados, demandando processos permanentes de diálogo, pactuação e repactuação para que consensos, mesmo que provisórios, sejam realizados. Neste contexto, é necessário o acompanhamento permanente dos compromissos assumidos por cada gestor e, inclusive, pelos prestadores de serviço ao SUS (BRASIL, 2010).

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

A proposta de construção de uma metodologia pela gestão estadual do SUS no RS para efetivar o Planejamento Regional Integrado foi fruto de um longo processo de amadurecimento da equipe de trabalho da SES, e principalmente da ASSTEPLAN, em relação à coordenação da elaboração e do monitoramento dos instrumentos de gestão do SUS de forma integrada e participativa. A partir das normativas tripartites, os trabalhadores da ASSTEPLAN propuseram uma metodologia envolvendo os diferentes atores que participam do processo de gestão do SUS nas três esferas de governo, além do controle social. Destaca-se que frente à falta de diretrizes nacionais para os entes subnacionais, a coordenação estadual se mostra como fator decisivo na realização desse processo.

É importante compreender o desenho territorial do RS para que se possa discutir a emergência do PRI neste contexto. As Regiões de Saúde do RS estão atualmente desenhadas de forma a estarem contempladas dentro das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), divisões administrativas da SES/RS já existentes antes da publicação do Decreto nº 7508/2011, bem como das também já existentes 07 Macrorregiões de Saúde. Cabe ressaltar que o atual desenho das 19 CRS data do ano de 1999, quando as antigas Delegacias Regionais de Saúde (DRS) foram transformadas nas atuais CRS. Além disso, é importante frisar que as primeiras DRS foram criadas na década de 1960, com objetivo de constituir regiões administrativas que pudessem gerenciar o sistema de saúde no nível regional.⁵ Já as 7 Macrorregiões de Saúde do RS (Centro-Oeste, Sul, Vales, Serra, Metropolitana, Norte e Missioneira) foram validadas através do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que consistiu em um planejamento regional disparado pela NOAS-SUS 01/2001. Assim, ainda hoje as Macrorregiões de Saúde embasam as análises, o processo de trabalho e a tomada de decisão de diferentes setores/departamentos da SES/RS, especialmente quando se trata de questões relacionadas à média e alta complexidade.

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

Nesse cenário, pergunta-se se o PRI pode funcionar como possível mecanismo que favorece a governança regional, haja vista que seu foco é o território da região de saúde. A região de saúde se constitui como locus privilegiado de análise do SUS: ela não está sob a responsabilidade de um nível de governo específico, sendo um território de atuação conjunta dos entes federados. Assim, cabe resgatar as ações desenhadas pela SES/RS para efetivar o planejamento regional, considerando-se que este ente federado tem a responsabilidade de conduzir o processo em seu âmbito de atuação.

¹ Atualmente revogada pela Portaria de Consolidação nº 01/2017, embora a atual mantenha quase integralmente o texto da Portaria 2135/2013.

EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Mesmo antes de terem sido publicadas as normativas tripartites a respeito do PRI, a SES/RS já vinha desenvolvendo ações para operacionalizar o planejamento de forma ascendente em seu território. Considerando-se o recorte de tempo trabalhado nesse artigo, serão apresentados e discutidos os dados referentes ao período compreendido entre março de 2018 a março de 2019.

Em 22 de março de 2018, foi publicada a Resolução CIT n° 37, que dispõe sobre o processo de PRI e a organização de Macrorregiões de Saúde. A normativa reafirma o lugar de coordenação do PRI nas Secretarias Estaduais de Saúde, em articulação com os municípios e com participação da união, referendando as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como centrais para a definição das ações e serviços públicos de saúde no território das regiões, e colocando um prazo de 90 dias, a partir da data de sua publicação, para que os estados informassem ao MS o cronograma do processo de PRI e a definição das suas Macrorregiões de Saúde, ambos pactuados em CIB. Além disso, a Resolução trouxe uma estrutura formal para os Planos Regionais de Saúde.

A partir da (re)colocação em cena das Macrorregiões de Saúde, houve receio de que o trabalho de construção e fortalecimento das 30 Regiões de Saúde no RS, disparado com o Decreto 7508/2011, fosse descaracterizado e que, a partir da retomada das negociações de fluxos assistenciais e de financiamento de serviços tomando-se como base o nível macrorregional, aquilo que havia se conseguido avançar tanto em termos de análise de situação de saúde dos territórios das Regiões de Saúde quanto de redesenho de ações e serviços para que estes atendessem um elenco mínimo no âmbito regional, fossem “engolidos” pelas demandas dos prestadores de serviços nas macrorregiões. Existia o temor de que a lógica estritamente econômica pudesse se sobrepor à lógica do planejamento com base nas necessidades de saúde da população, e que as ações e serviços públicos de saúde (ASPS) fossem “niveladas por baixo”, atendendo às demandas no nível macro e deixando as Regiões de Saúde descobertas. Diminuíra-se, por consequência, a necessidade de investimentos públicos no território da Região de Saúde.

Diante de tantas questões, e ainda sem apoio do Ministério da Saúde para resolver tais dilemas, a ASSTEPLAN enfrentou um período de paralisia, que só foi quebrado pela premência de apresentar para o Ministério da Saúde o cronograma de operacionalização do PRI e o desenho das Macrorregiões em 90 dias, prazo que se encerraria em 26 de junho de 2018. Assim, como já havia sido realizado, anteriormente à publicação da Resolução CIT n° 37/2018, um planejamento que deveria seguir a linha ascendente desde a análise dos Planos Municipais de Saúde (PMS), congregando as necessidades regionais em 30 Planos Regionais de Saúde, desembocando no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020- 2023, foi necessário um redesenho no plano inicial para contemplar a dimensão das Macrorregiões de Saúde retomada pela referida normativa tripartite.

Neste momento, a estratégia delineada foi a de criar um Grupo de Trabalho (GT) agregando representações dos três entes federados com objetivo de elaborar em conjunto entre municípios, estado e união o cronograma para operacionalização do PRI no RS e validar o desenho das Macrorregiões de Saúde. Para o debate, foram convidados o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), que fez a representação dos municípios, o Núcleo Estadual do Ministério da Saúde (NEMS), representando o gestor federal, e o Conselho Estadual de Saúde (CES). O GT estabeleceu proposta que foi apresentada à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e cujo produto se materializou através da pactuação da Resolução CIB/RS n° 188/2018². A Resolução define que

o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) no RS, observando a Resolução CIT n° 037/2018, deverá considerar como elementos fundamentais para sua efetivação a análise dos Planos Municipais de Saúde, a organização das redes de atenção à saúde, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional.⁷

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

² Disponível em <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180633/22173349-cibr188-18.pdf>

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

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

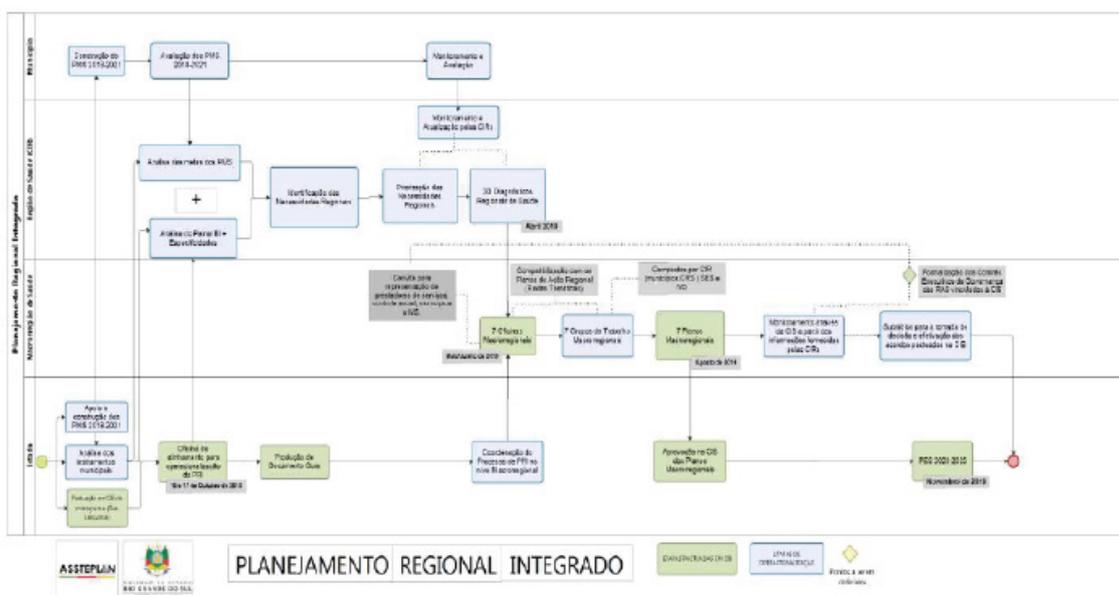
Fonte: Elaboração própria, adaptado do Anexo I da Resolução CIB/RS nº 188/2018.

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

Tal alteração buscou atender ao que está previsto na legislação, que é a formalização de planos no nível da Macrorregião de Saúde, e não no nível da Região. Além disso, ao reconhecer as fragilidades da SES em relação à governança regional e considerando que a SES ainda opera de forma bastante centralizada quando se trata de tomada de decisão (havendo pouco espaço para definição dos rumos da política de saúde no nível regional, inclusive no que diz respeito ao aspecto da alocação de recursos financeiros), optou-se por não assumir compromissos através da criação de DOMI regionais. Desta forma, para seguir a linha do planejamento de forma ascendente, foi definido que os Diagnósticos Regionais deveriam apresentar, ao invés de metas regionais, as prioridades do território em questão. Estas prioridades, por sua vez, seriam a base das DOMI que deverão constarem cada um dos 7 Planos Macrorregionais de Saúde, e estes, por sua vez, se configuram como os alicerces do PES 2020-2023.

O replanejamento das ações necessárias para cumprimento da agenda do PRI e a pactuação da Resolução CIB nº 188/2018 demandaram uma organização formal do processo de trabalho da SES. A complexidade e o tamanho do trabalho por vir – que prevê a articulação de diferentes atores (ASSTEPLAN, departamentos da SES, CRS, municípios, COSEMS, NEMS, dentre outros que vierem a se agregar ao longo do processo) – geraram a necessidade de se construir um fluxograma para apresentar, de forma didática e objetiva, o processo do PRI, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma com as principais etapas do Planejamento Regional Integrado.



Fonte: ASSTEPLAN/SES/RS.

O fluxograma, cuja construção foi iniciada no mês de agosto de 2018, apresenta as principais etapas do PRI, e foi apresentado e discutido com atores-chave para a realização do processo: Grupos Condutores das Redes Temáticas existentes na SES³, Coordenação Estadual de Atenção Básica (CEAB), Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GT PMA) e Escola de Saúde Pública. Este foi um período de trabalho interno à SES, e caracterizou-se pela abertura para indagações e colheita de contribuições, a fim de que se pudesse qualificar o processo e realizar as alterações necessárias antes de colocar o PRI “na rua”.

O fluxograma foi organizado em quatro camadas (Estado, Macrorregião de Saúde, Região de Saúde e Município), que correspondem aos *lôcus* de atuação das etapas que ali se encontram. A descrição do processo se inicia no círculo verde, com o Estado apoiando a construção dos PMS 2018-2021 e analisando tais documentos, bem como pactuando em CIB o cronograma do PRI. O fluxograma termina na camada do Estado, com a publicação do PES 2020-2023 (no círculo vermelho). Conforme a legenda da Figura 1, os retângulos verdes são as etapas já pactuadas em CIB, enquanto os azuis são as etapas para a operacionalização das demais e identificadas como necessárias posteriormente a publicação da resolução CIB.

³ Rede Materno-Infantil, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Juntamente com a criação do fluxograma, e tomando-se como base a avaliação realizada após a aprovação do PES 2016-2019, que apontou a necessidade de padronização dos textos produzidos pelas CRS e CIRs para o referido documento, lançou-se a ideia de criar um Painel no Portal de *Business Intelligence* (BI) da SES/RS que auxiliasse e subsidiasse as CRS e municípios na elaboração dos Diagnósticos Regionais e Planos Macrorregionais de Saúde de maneira uniforme. O foco do painel são as Regiões de Saúde, podendo-se fazer filtros também por Macrorregiões de Saúde. Para confecção do Painel, que foi desenhado pela ASSTEPLAN em estreita articulação com diferentes áreas técnicas e departamentos da SES/RS⁴, além do apoio efetivo do NEMS⁵, foram elencados dados e indicadores prioritários que se constituem como a base mínima a partir da qual se constituirão as análises da situação de saúde dos Diagnósticos Regionais de Saúde e, posteriormente, dos Planos Macrorregionais de Saúde. O formato final do Painel do PRI apresentará 6 diferentes abas, a saber: Apresentação do Planejamento Regional Integrado; Demografia, Determinantes e Condicionantes da Saúde; Morbidade e Mortalidade; Estrutura do Sistema; Redes de Atenção à Saúde e Financiamento.

Após ter sido finalizada a proposta preliminar de metodologia para o PRI, com definição dos principais passos a serem tomados até o final do processo, foi realizada entre os dias 16 e 17 de outubro de 2018 uma Oficina de Trabalho para alinhar e pactuar as principais diretrizes do PRI no RS. Foram convidadas representações do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI) do MS, NEMS, CES, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), COSEMS e SES (incluindo as CRS), o que representou a participação de mais de 100 pessoas no evento.

Como produtos da Oficina, obtiveram-se a validação do fluxograma do PRI junto aos participantes e a elaboração de 30 cronogramas regionais para execução do processo nos territórios. Além disso, foram colhidas contribuições em relação à metodologia apresentada, as quais foram incorporadas ao trabalho. Após, foi dado andamento na escrita de um Documento Guia de operacionalização do PRI, conforme passo 07 previsto na Resolução CIB/RS nº 188/2018. O documento descreve e detalha as etapas e passos necessários para a operacionalização do PRI no RS, e serve de base para o trabalho desenvolvido.

O Documento Guia, que até o momento foi disponibilizado através de versão preliminar para os atores implicados no trabalho, permite a padronização da metodologia a ser utilizada nas 30 Regiões de Saúde e, posteriormente, nas 7 Macrorregiões de Saúde, facilitando o trabalho de compilação das DOMI Macrorregionais que será realizado durante a construção do PES 2020-2023. O Documento tem a proposta de minimizar diferenças nos processos de priorização das necessidades regionais, buscando a equidade inter-regional desde o início do trabalho.

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

Vale destacar que a partir da presença de atores do CES durante a oficina de outubro, ocorreu um estreitamento da relação entre a ASSTEPLAN e conselheiros de saúde. Foi acordado que a participação de representação do controle social seria importante desde os primeiros passos do âmbito regional, além do que já era posto sobre no espaço macrorregional. Para tanto, foram definidos critérios de inclusão dessas representações dos Conselhos Municipais nos "GT PRI" regionais, ficando a cargo do CES realizar as mobilizações necessárias para tanto. Este processo foi afetado tanto pela capacidade de mobilização de atores do controle social, quanto pelo andamento dos Grupos em cada uma das 30 Regiões.

Na continuidade do PRI, a SES pretende realizar Oficinas em cada uma das 7 Macrorregiões de Saúde do RS no segundo semestre de 2019, com intuito de disparar a elaboração dos Planos Macrorregionais. Na sequência, a proposta prevê a aprovação dos Planos Macro em CIB, e a finalização das grandes etapas previstas para o PRI no RS se dará com a publicação do PES 2020- 2023. A partir daí, deverá iniciar a fase de monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Saúde 2020-2023.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve por objetivo descrever a experiência de construção do Planejamento Regional Integrado (PRI) na Secretaria Estadual de Saúde no RS, no período de março de 2018 a março de 2019. Foram relatados os momentos de operacionalização do processo no estado, destacando-se as principais decisões tomadas pela equipe condutora e as principais produções realizadas no período.

⁴ Destacando-se, dentre estes, representantes do Departamento de Ações em Saúde (DAS), do Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação (DGTI), do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), do Departamento de Regulação (DRE) e do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA).

⁵ Desde a entrada deste ator no processo do PRI, a postura assumida pela equipe de apoiadores do MS foi de respeitar as propostas apresentadas pela SES/RS e de apoiar as iniciativas da gestão estadual, sem "atropelar" os processos da SES/RS.

O relato evidencia que o PRI pode se configurar como mecanismo de articulação e apoio à tomada de decisão conjunta entre os três entes governamentais, sendo uma das possíveis estratégias para a conformação e integração das Redes de Atenção à Saúde nos territórios regionais e macrorregionais. A governança regional também é impactada pelas ações do PRI, visto que as negociações devem ser feitas de forma tripartite, e devem ocorrer nos espaços de deliberação e pactuação que compõem a estrutura da governança do SUS.

A criação de uma metodologia para a efetivação do planejamento ascendente na gestão estadual do SUS no RS, via PRI, provavelmente demandará a remodelação dos processos de trabalho da SES/RS, visando acompanhar a execução dos 07 Planos Macrorregionais de Saúde, por cada território, a lém do monitoramento do PES 2020-2023 de forma integrada. Considera-se que, após findado esse ciclo de planejamento, será possível avaliar em que medida a metodologia aqui relatada permitiu o alcance dos objetivos traçados.

Como potencialidades do trabalho desenvolvido pela SES/RS, podem-se destacar o caráter coletivo do mesmo, além da definição, de forma compartilhada e pactuada junto aos atores envolvidos, da metodologia de trabalho, corresponsabilizando os participantes em todo o processo. Destacam-se também os aspectos de originalidade da metodologia criada, tendo sido uma construção autoral, com apoio de atores internos e externos à SES/RS. Outra potencialidade do PRI foi a possibilidade de abrir espaços de encontro e reflexão entre os gestores e trabalhadores da SES/RS e dos demais atores externos envolvidos. Com relação aos limites colocados ao processo do PRI, ressaltam-se as questões institucionais da SES/RS, tais como a assimetria de informações entre nível estadual e nível regional, bem como as limitações financeiras da SES/RS para a disponibilização de diárias para a realização do trabalho de apoio às CRS e aos municípios no âmbito do planejamento.

A experiência relatada contribui para entender como a construção de instrumentos de gestão pode contemplar decisões tomadas em nível regional com a participação de diversos atores, tornando o planejamento em saúde uma prática ascendente. Desse modo, o PRI parece funcionar como mecanismo de indução da governança regional de forma compartilhada, principalmente quando se trata de um cenário marcado pela existência de diferentes atores com poder de decisão como é observado no estado brasileiro. Tal mecanismo pode facilitar a coordenação e gestão do sistema de saúde em âmbito regional. Pode-se destacar, assim, que o Planejamento Regional possui caráter indutivo de tomada de decisão conjunta, aliando atores dos três entes federados e do controle social institucionalizado na figura dos Conselhos de Saúde, através da necessidade de expressão da tomada de decisão em instrumentos de planejamento.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 28-38, dez. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500028&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20155005390>.
- ABRUCIO, Fernando. (2006). ABRUCIO, F. L. . Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: Sonia Fleury. (Org.). **Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha**. 1ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2006, v. , p. 77-125..
- ARRETCHE, M. "Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas?" **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, 11(31), Junho/1996
- ARRETCHE, Marta T. S.. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo , v. 14, n. 40, p. 111-141, June 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091999000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 18 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69091999000200009>.
- ARRETCHE, Marta. Relações federativas nas políticas sociais. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, Sept. 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302002008000003&lng=en&nrm=iso>. access on 18 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302002008000003>.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Recentralizando a federação?. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n.24, p. 29-40, June 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 18 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782005000100004>.

BRASIL, Decreto 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011; jun 29.

GIOVANELLA, L. 2016. **Regionalização deve diminuir desigualdades**. Setembro de 2015. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/regionalizacao-deve-diminuir-desigualdades.WK70j9LyljIU>. Acessado em 23 Fev. 2017

MACHADO, José Angelo. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”?. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-119, Oct. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092009000300008&lng=en&nrm=iso>. access on 18 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092009000300008>.

MELLO, Guilherme Arantes.; PEREIRA, Ana Paula Chancharulo; IOZZI, Fabíola Lana; UCHIMURA, Liza; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. O olhar gestor sobre a regionalização da saúde brasileira. **Novos Caminhos**, n.9. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em www.regiaoeredes.com.br

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. 148p.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saude soc.*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200438&lng=en&nrm=iso>. access on 18 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200004>.

SILVA, S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 6, p. 2753-2762, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>

Souza, G. C. A.; Costa, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde soc.* 2010 Setembro [Acesso em 26 de outubro de 2018], v. 19, n. 3, p. 509-517,. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300004&lng=en&nrm=iso.