

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Participativa
Diretoria Geral de Gestão Estratégica e Articulação Interfederativa

PLANO MACRORREGIONAL DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Instrutivo nº 03:

1ª versão Online

**Pernambuco
2022**



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Participativa
Diretoria Geral de Gestão Estratégica e Articulação Interfederativa

GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Paulo Henrique Saraiva Câmara

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
André Longo Araújo de Melo

SECRETÁRIO EXECUTIVO DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA
Humberto Maranhão Antunes

DIRETORA GERAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA E ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA
Inês Eugênia Ribeiro da Costa

GERÊNCIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA
Ana Paula de Melo

COORDENAÇÃO DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA
Juliana Costa Cunha

APOIADORAS PRI-DGGEAI
Françoise Michelle dos Santos
Laize Viégas Brilhante da Nóbrega
Thaís Neves Gomes

2022 – Secretaria Estadual de Saúde/PE - Diretora Geral de Gestão Estratégica e Articulação Interfederativa.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta série de Instrutivos da Coletânea do Planejamento Regional Integrado, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica.

Coordenação: Inês Eugênia Ribeiro da Costa

Elaboração:

Inês Eugênia Ribeiro da Costa – Diretora Geral de Gestão Estratégica e Articulação Interfederativa.

Ana Paula de Melo – Gerente de Gestão Estratégica e Participativa

Juliana Costa Cunha – Coordenadora de Gestão Estratégica e Participativa

Thaís Neves Gomes – Enfermeira Sanitarista.

Márcia Maria de Souza Gaioso – Psicóloga Sanitarista.

Laize Viégas Brilhante da Nóbrega – Enfermeira Sanitarista.

Françoise Michelle dos Santos – Assistente Social Sanitarista.

Revisão:

Lusanira Maria da Fonseca de Santa Cruz - Doutora em Odontologia - Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco

Documento em versão online – Pernambuco – Brasil

Ficha Catalográfica

Costa, Inês Eugênia Ribeiro da; Melo, Ana Paula de; Cunha, Juliana Costa; Gomes, Thaís Neves; Gaioso, Márcia Maria de Souza; Nóbrega, Laize Viégas Brilhante da; Santos, Françoise Michelle dos. Secretaria Estadual de Saúde. Diretoria Geral de Gestão Estratégica e Articulação Interfederativa.

Plano Macrorregional do Estado de Pernambuco – Instrutivo nº 03 / Inês Eugênia Ribeiro da Costa, Ana Paula de Melo, Juliana Costa Cunha; Thaís Neves Gomes, Márcia Maria de Souza Gaioso, Laize Viégas Brilhante da Nóbrega, Françoise Michelle dos Santos. Secretaria Estadual de Saúde, Diretoria Geral de Gestão Estratégica e Articulação Interfederativa - 1ª Edição – Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde-PE, 2022.

54p.

1. Gestão em Saúde. 2. Planejamento em Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Plano Diretor de Regionalização. 6. Regionalização.

SUMÁRIO

	Pág
Apresentação.....	06
1. Plano Macrorregional	09
2. Conceitos Norteadores.....	10
2.1. Relacionado ao Território	10
2.2. Relacionados à organização assistencial	12
2.3. Relacionados à economia da saúde	14
2.4. Relacionados à gestão	15
3. Orientações Metodológicas para construção do Plano Macrorregional	16
3.1. Páginas Iniciais	16
3.2. Introdução	18
3.3. Caracterização da Macrorregião	19
3.3.1. Regionalização Político-Administrativa.....	20
3.3.2. Regionalização Sanitária	27
a) Conformação das Redes de Atenção	27
b) Atenção Primária à Saúde.....	28
c) Vigilância em Saúde.....	29
d) Assistência Farmacêutica.....	30
e) Rede Hemoterápica	31
f) Distribuição de Pontos de Atenção por Redes de Atenção.....	32
g) Detalhamento dos Pontos de Atenção por Níveis de complexidade.....	34
- Média Complexidade.....	34
- Alta Complexidade.....	35
h) Distribuição de Equipamentos.....	36
i) Dimensionamento de Especialidades na Macrorregião.....	37

SUMÁRIO

	Pág
j) Leitos próprios e contratualizados.....	38
k) Linhas de Cuidado.....	39
l) Consórcios Intermunicipais	40
3.4. Identificação das Prioridades	42
3.5. Definição dos Compromissos de Saúde	47
4. Considerações Finais	48
5. Referências.....	49
ANEXO	51

APRESENTAÇÃO

Este terceiro instrutivo faz parte da Coletânea do Planejamento Regional Integrado (PRI), trazendo um direcionamento para a elaboração do Plano Macrorregional do Estado de Pernambuco. Sua construção pertence a mais uma etapa do processo de implantação do PRI no Estado, segundo a Resolução CIB/PE nº 5.613, de 08 de novembro de 2021.

Segundo a Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021, o fruto de todo o processo desse planejamento é o Plano Regional. Ele deverá ser elaborado no âmbito da Macrorregião de Saúde, sendo por isso que em Pernambuco será referido como Plano Macrorregional, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012:

1. Identificação da macrorregião de saúde;
2. Identificação da situação de saúde no território;
3. Prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
4. Responsabilidades dos entes federados na macrorregião de saúde;
5. Organização dos pontos de atenção da RAS
6. Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde;
7. Identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio.

Ele deve ser elaborado no âmbito da Macrorregião de Saúde, após posse da análise situacional de saúde, expresso nos Mapas de Saúde Macrorregionais. Dessa forma será possível identificar e definir as prioridades sanitárias que deverão fazer parte deste Plano. Ainda segundo a Resolução CIT já mencionada, essas prioridades sanitárias deverão ser traduzidas em diretrizes, objetivos, metas, indicadores, prazos e responsáveis.

O presente instrutivo é organizado em quatro capítulos principais de forma a responder o disposto na resolução CIT:

1) Plano Macrorregional: traz algumas considerações iniciais e importantes sobre o Plano Macrorregional de Pernambuco.

2) Conceitos Norteadores: aborda diversos conceitos já consolidados no Estado relacionados ao território, à organização assistencial, à economia da saúde e à gestão.

3) Orientações Metodológicas para construção do Plano Macrorregional: traz toda a estrutura e conteúdo a ser abordado pelo instrumento a ser elaborado.


4) Considerações Finais: traz orientações para encerrar o Plano.

Dentre os apresentados, o terceiro capítulo tem um maior peso por trazer o passo a passo. A proposta é construí-lo em três capítulos principais: 1) Caracterização da Macrorregião; 2) Identificação das Prioridades; 3) Definição dos Compromissos de Saúde.

Todo esse processo de regionalização deverá seguir a luz do PRI, compreendendo as noções de territorialidade, a identificação de prioridades de intervenção e a conformação das RAS. Deve respeitar seus limites como unidade não divisível, de forma a garantir a universalidade e equidade a todas as ações e serviços necessários, assim como a resolubilidade e racionalização dos recursos disponíveis.

O capítulo da caracterização da Macrorregião, traz uma reflexão sobre regionalização político-administrativa, comumente utilizada nos Planos Diretores, e a regionalização sanitária. A ideia não é retratar o território descrevendo apenas a geografia física do Estado, mas sim as necessidades da população e as prioridades assistenciais.

Segundo Eugênio Vilaça Mendes (2011), a territorialização sanitária vem da geografia política, observando o território como um processo contínuo de construção e fruto da interação social, respeitando as questões culturais, sociais, econômicas e políticas. Assim dizendo, se constitui em espaços interorganizacionais, cujas dinâmicas sociais delimitam uma estrutura de interdependência entre atores autônomos, que mantêm relações mais ou menos estáveis de interdependência de recursos, constituindo a base de desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde - RAS e da responsabilização sanitária.



As pactuações relacionadas à regionalização Político Administrativa, já foram realizadas e homologadas em CIB à partir da Resolução CIB-PE nº 5.613, de 08 de novembro de 2021, que ratifica a deliberação da Resolução CIB-PE nº 4.086/201 sobre a conformação territorial do Estado de Pernambuco em 4 macrorregiões e 12 regiões de saúde. Enquanto que na regionalização sanitária, já está acontecendo movimentos de discussões entre diversos atores, tudo deverá ocorrer em espaços macrorregionais.

Os capítulos seguintes, orientam o planejamento estratégico para identificação das prioridades, estabelecer estratégias e definir os Compromissos de Saúde. É importante ter em mente que este instrutivo é um orientador para a elaboração do conteúdo, de tal forma que ao final contenha os aspectos importantes e relevantes discutidos e consensuados nos espaços de Governança, podendo e devendo ir além, abordando as particularidades de cada macrorregião.

Como os demais instrutivos, este traz uma conotação norteadora, com leveza e objetividade sobre o que se espera de um PDR, citando dicas e exemplos de tabelas e conteúdos. Espera-se que este instrutivo seja norteador para também subsidiar estratégias para a gestão em saúde, impulsionando o Planejamento Regional Integrado no Estado de Pernambuco.

Humberto Maranhão Antunes

Secretário Executivo de Gestão
Estratégica e Participativa

Inês Eugênia Ribeiro da Costa

Diretora Geral de Gestão Estratégica
e Articulação Interfederativa

1. O PLANO MACRORREGIONAL

Considerado o Plano Macrorregional como um produto do PRI, e segundo a Resolução CIB/PE nº 5.613 de 08 de novembro de 2021, a sua construção fará parte de uma das suas etapas.

Dessa forma a sua versão deve estar em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, como orienta a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação da Comunidade.

E conforme Mendes (2011, p. 429) deve deixar evidenciado em sua elaboração... “os princípios de contiguidade territorial, subsidiaridade econômica e social, economia de escala e escopo, relações entre escala e qualidade, identidade cultural, fluxos viários, fluxos assistenciais e acesso”.



Algumas fontes de pesquisa:

- Resolução CIB/PE nº 5.613, de 08 de novembro de 2021
- Portaria MS/GB nº 1631, de 2017
- Portaria MS/GB nº 1101, de 2002
- Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021
- Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002
- Constituição Federal de 1998
- Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

2. CONCEITOS NORTEADORES

Durante o processo de construção no Plano Macrorregional é imprescindível alinhar alguns conceitos destacados abaixo:

2.1. Relacionados ao território

Regionalização

Diretriz do SUS que visa promover organização do território na região, compartilhando recursos e políticas públicas de saúde, de forma articulada, integrada e solidária, com a otimização dos recursos financeiros, buscando máxima efetividade e eficiência nas respostas das demandas e necessidades da população, visando à melhoria do acesso a oferta de serviços de saúde, nos diversos níveis de atenção, favorecendo os princípios de equidade e integralidade (Caderno 1: Alinhamento Conceitual e Metodológico do Planejamento Regional Integrado, 2021).

Macrorregião Interestadual de Saúde

Circunscrita aos raios de influência do conjunto de macrorregiões, compreendendo pelo menos dois estados da federação, constituindo-se em nível de referência para atenção de Alta Complexidade (PERNAMBUCO, 2011).

Macrorregião de Saúde

São arranjos territoriais que agregam mais de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar, entre si, ações e serviços de média complexidade especial (procedimentos/ações que requerem maior tecnologia, que apresentam oferta escassa no estado e cuja demanda requer agregação, ou seja, formação de escala) e alta complexidade, complementando, desse modo, a atenção à saúde das populações desses territórios. A identificação das Macrorregiões de Saúde deve considerar, também, os critérios de acessibilidade entre as regiões agregadas (PERNAMBUCO, 2011).

Região de Saúde

“Espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamento de municípios limítrofes que compartilham características semelhantes, sejam geopolíticas, epidemiológicas, sociais, demográficas, econômicas, culturais, fluxos naturais de pessoas, transportes, comunicação e de serviços assistenciais, buscando diminuir os limites geográficos, a fim de atender as necessidades de saúde da população, possibilitando a otimização de recursos, a melhoria do acesso e a resolutividade da assistência à saúde, com vistas a integralidade e universalidade do SUS, podendo extrapolar para uma macrorregião de saúde” (Caderno 1: Alinhamento Conceitual e Metodológico do Planejamento Regional Integrado, 2021).

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 finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (PERNAMBCO, 2011).

Microrregião de Saúde

Base territorial de planejamento da atenção primária com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade constituída por municípios contíguos integrantes de uma Região de Saúde, em áreas territoriais extensas, com referência em serviços de maior tecnologia ou recursos humanos escassos para a região de saúde. (PERNAMBUCO, 2011).

Município de Referência

Município que apresenta suficiência para prestação de um determinado tipo de assistência, ofertando-a a um território específico e pactuado.

Município Sede

É aquele município que possui organização territorial política e administrativa de destaque, concentrando maior volume de ações e serviços de saúde, sendo a referência em níveis de atenção para determinada região de saúde.

2.2. Relacionados à organização assistencial

Redes de Atenção

“São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que visam garantir a qualidade da atenção a saúde, por meio da integralidade da assistência em diferentes níveis de atenção e graus de complexidade tecnológica, compreendendo a Atenção Primária como ordenadora, por meio de ação cooperativa, interdependente entre os diversos pontos de atenção definidos, orientados pelo referenciamento do usuário, pactuado nas Comissões Intergestoras, garantindo acesso, assistência integral e contínuos no território” (Caderno 1: Alinhamento Conceitual e Metodológico do Planejamento Regional Integrado, 2021).

“Arranjos organizativos de unidades e ações de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas através de sistemas logísticos, de apoio diagnóstico e terapêutico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (PERNAMBUCO, 2011).

Linha de cuidado

“É o itinerário que o usuário deve percorrer dentro do sistema, desenhado a partir de fluxos organizados, compostos por ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, em diferentes níveis de atenção, viabilizando a continuidade da assistência, de forma longitudinal e integral, com o objetivo de atender todas as suas necessidades de saúde” (Caderno 1: Alinhamento Conceitual e Metodológico do Planejamento Regional Integrado, 2021).

O conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a serem ofertados de forma articulada por um dado sistema de saúde. Uma linha de cuidado deve expressar por meio de protocolos técnicos que considerem tanto a atualidade do conhecimento científico e tecnológico, como a organização da oferta de ações de saúde a um dado grupo (PERNAMBUCO, 2011).

Capacidade Instalada

Capacidade máxima que um estabelecimento de saúde pode ofertar em ações e serviços de saúde, potencializando a resolutividade na assistência a população.

Vazio Assistencial

É a insuficiência total ou parcial da oferta de determinado serviço ou especialidade, conforme Carteira de Serviços do SUS. (MINAS GERAIS, 2020 - adaptado).

Nível de Atenção	Grau de diferenciação da densidade tecnológica, de investimentos/custos e organização que confere ao serviço aporte em maior ou menor grau do atendimento e de resolubilidade (PERNAMBUCO, 2013).
Resolutividade	Eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta (BRASIL, 2004).
Ações	Conjunto de atividades e/ou procedimentos programados e/ou executados por profissionais para o atendimento de necessidades dos usuários em um determinado serviço (PERNAMBUCO, 2013).
Serviços	Conjunto de Ações programadas e/ou executadas em um determinado espaço dotado de profissionais e equipamentos que compõem um tipo de oferta de atendimento integral em uma população (CEO, CAPS, UPA, etc.) (PERNAMBUCO, 2013).
Procedimentos	Intervenções e/ou técnicas definidas e específicas programadas e/ou executadas por profissional em determinados serviços que apropriam valores e que juntas compõem uma ação (PERNAMBUCO, 2013).
Programável	Componentes/ itens/ procedimentos/serviços mensuráveis e avaliáveis necessários à execução de ações e serviços e passível de apropriação de custos (PERNAMBUCO, 2013).
Composição da Programação	Agregação dos procedimentos da Tabela SUS que comporão cada item de programação (PERNAMBUCO, 2013).

Parâmetro	É uma linha de base ou uma quantidade ideal pré-estabelecida, com base nas necessidades da população, capaz de orientar a programação e a oferta de ações e serviços por número de habitantes (leitos e consultas por habitante, etc.) (PERNAMBUCO, 2013).
Cálculo de Necessidade	Valor numérico, baseado em parâmetros, que define o montante ideal das ações e serviços que devem ser ofertados a população. (PERNAMBUCO, 2013).
Déficit e Superavit	Relação entre necessidades da população e a capacidade instalada dos serviços (PERNAMBUCO, 2013).
Abrangência	Desenho que define e delimita territórios onde serão desenvolvidas e ofertadas ações e serviços de saúde (PERNAMBUCO, 2013).

2.3. Relacionados à economia da saúde

Economia de Escala	Potencializar ao máximo um processo de trabalho e/ou serviço concentrando a oferta para garantir maior resolubilidade e menor custo (PERNAMBUCO, 2013). Concentração de oferta na perspectiva de garantir maior resolutividade e menor custo (PERNAMBUCO, 2011).
Economia de Escopo	Maximizar a utilização de determinados equipamentos, disponibilizando-os, num mesmo espaço ou localidade e em tempo integral, para diversas clínicas de especialidades médicas ou serviços (PERNAMBUCO, 2013). Potencializador da economia de escala pela diversificação na oferta de procedimentos, agregando também maior resolutividade e menor custo (PERNAMBCO, 2011).

2.4. Relacionados à gestão

Responsabilidade / Gestão

Compromisso / atribuição/ responsabilidade do gestor de uma esfera governamental pactuada a fim de organizar e garantir a oferta de ações e serviços do SUS (PERNAMBUCO, 2013).

Governança

Ferramenta da administração pública que instrumentaliza os gestores a planejar, formular e programar ações e serviços de saúde com eficiência, efetividade e eficácia. No SUS, se aproxima do conceito de colaboração regional, onde o conhecimento do território e autonomia para tomada de decisões pautadas na ética, respeito e solidariedade, devem ser permeadas pela colaboração de todas as esferas de governo e pelo protagonismo de todos os atores envolvidos no processo de cogestão: trabalhadores, usuários, gestores e prestadores (Caderno 1: Alinhamento Conceitual e Metodológico do Planejamento Regional Integrado, 2021).

“Ferramenta analítica para compreensão dos fatores que organizam a interação dos atores, a dinâmica dos processos e as regras do jogo. Visa garantir a gestão dos múltiplos aspectos do PDR para que problemas de saúde sejam resolvidos de forma territorializada de acordo com a complexidade de cada caso (HUFTY, et al., 2006). A governança se refere à forma com a qual a organização prestadora de serviços de saúde (como um hospital), seus gerentes e pessoal são responsabilizados pelo seu comportamento (por exemplo, gestão de recursos, planejamento, monitoramento do serviço, gestão financeira, etc.) ao prestar serviços com qualidade e eficiência. (IBANHES et al., 2007) (PERNAMBUCO, 2011).

Pactuação Regional

Definição final, após pactuação da meta física referente ao serviço que caberá a cada município e região (PERNAMBUCO, 2013).

Gerência

Corresponde a administração de serviços do SUS prestados a população (PERNAMBUCO, 2013).

3. ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS PARA ATUALIZAÇÃO DO PDR DE PERNAMBUCO

Abaixo encontram-se os tópicos relacionados ao conteúdo a ser desenvolvido na construção do Plano Macrorregional de cada macrorregião. Este capítulo será dividido em subtópicos que pretende respeitar a composição do Plano mencionada na Resolução de Consolidação CIT nº 01/2021.

Nas páginas seguintes, apresenta-se um modelo de sumário que estabelece a organização documento final. É importante lembrar que todo o documento deve ser regido segundo normas da ABNT vigente.

3.1. Páginas Iniciais

O tópico “páginas iniciais” refere-se ao conteúdo que antecede a introdução que também são importantes para a apresentação do documento, são eles:

- Capa
- Contra-Capa
- Equipe de Elaboração
- Lista de Tabelas
- Lista de Quadros
- Lista de Imagens
- Sumário

O documento deve ser regido segundo normas da ABNT vigente. Consultar dicas no **Instrutivo nº1: Mapa de Saúde Regional**.
<http://portal.saude.pe.gov.br/mapas-da-saude>

O documento deverá ser encaminhado com a seguinte formatação: fonte Arial, tamanho nº 12, espaçamento 1,5 no corpo do texto, podendo utilizar tamanho 10-12 em tabelas e quadros, acrescentando a fonte de informação dos dados.

Como sugestão, seguem as imagens a seguir:

- Sumário

O sumário deverá incluir os tópicos do trabalho, utilizando fonte Arial 12. Como exemplificado abaixo:

	Pág
1.Apresentação	XX
2. Introdução.....	XX
3. Caracterização da Macrorregião	XX
3.1. Regionalização Político Administrativa	XX
3.2. Regionalização Sanitária	XX
a) Conformação das Redes de Atenção.....	XX
b) Atenção Primária à Saúde.....	XX
c) Vigilância em Saúde.....	XX
d) Assistência Farmacêutica.....	XX
e) Rede Hemoterápica.....	XX
f) Distribuição de Pontos de Atenção por Redes de Atenção.....	XX
g) Detalhamento dos Pontos de Atenção por níveis de Complexidade.....	XX
- Média Complexidade.....	XX
- Alta Complexidade.....	XX
h) Distribuição de Equipamentos.....	XX
i) Dimensionamento de Especialidades na Macrorregião	XX
j) Leitos próprios e contratualizados.....	XX
k) Linhas de Cuidado.....	XX
i) Consórcios Intermunicipais.....	XX
3.3. Identificação das Prioridades	XX
3.4. Definição dos Compromissos de Saúde	XX
4. Considerações Finais	XX
Referências.....	XX

3.2. Introdução

Este tópico é destinado à apresentação do produto macrorregional para compor o Plano Macrorregional de Pernambuco. Deverá descrever a metodologia de construção das informações, inserindo todo o processo de trabalho desenvolvido pelos Grupos Condutores e áreas técnicas afins.

3.3. Caracterização da Macrorregião

O referido capítulo pretende trazer um apanhado geral das principais características da macrorregião correspondente. Deve informar alguns aspectos importantes, como a conformação territorial e sanitária, a situação geral de saúde na macrorregião, as necessidades de saúde, a capacidade instalada de cada ponto de atenção nas suas respectivas redes.

Como o Plano Macrorregional não deve ser construído como um instrumento isolado, basta enfatizar que para caracterizar a macrorregião, é necessário que cada aspecto esteja alinhado com os Mapas de Saúde Macrorregionais.

Para melhor organização do capítulo, ele será subdividido em duas grandes partes: Regionalização Político Administrativa e a Regionalização Sanitária. A primeira, traz uma ideia da caracterização puramente geografia física do Estado, comumente utilizados em Planos Diretores de Regionalização (PDR). Apesar dessa informação ser importante, ela não traz a profundidade esperada, pois é imprescindível trazer as necessidades da população e as prioridades assistenciais.

Segundo Eugênio Vilaça Mendes (2011), a territorialização sanitária vem da geografia política, observando o território como um processo contínuo de construção e fruto da interação social, respeitando as questões culturais, sociais, econômicas e políticas. Assim dizendo, se constitui em espaços interorganizacionais, cujas dinâmicas sociais delimitam uma estrutura de interdependência entre atores autônomos, que mantêm relações mais ou menos estáveis de interdependência de recursos, constituindo a base de desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde - RAS e da responsabilização sanitária.

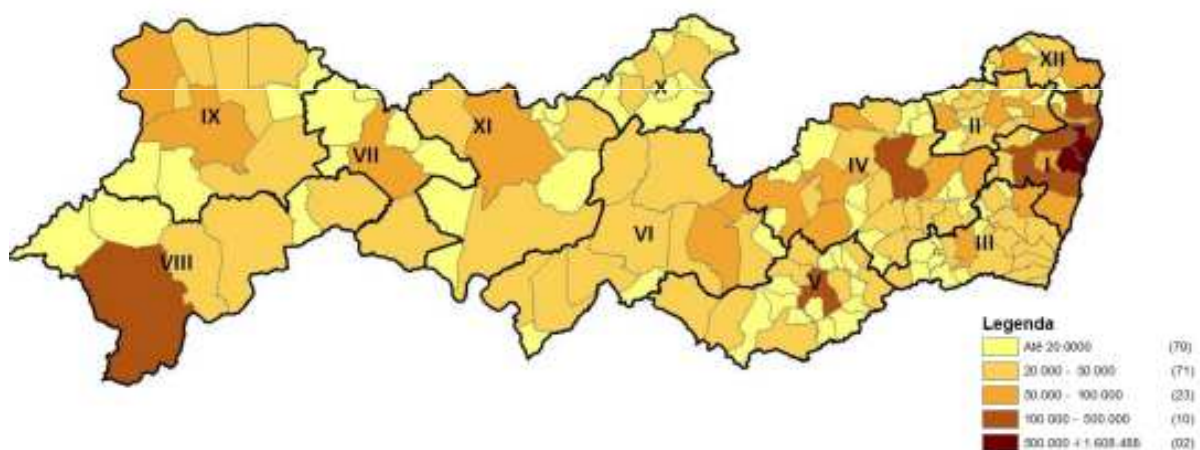
3.3.1. Regionalização Político Administrativa

Neste tópico deverá ser apresentado informações que contribuirão para melhor visualização do território e organização da assistência. Dessa forma, será importante inserir dados sobre a divisão político-administrativa da sua Macrorregião, descrevendo suas respectivas Regiões de Saúde, Microrregiões, municípios sede e macrorregião interestadual, caso possua.

Além disso, deve-se incluir a distribuição da população, densidade demográfica, dimensionamento da área (Km²) com seus limites geográficos, seus fluxos viários, distância entre municípios-sede de Região e de Macrorregião, como também a vocação econômica. Tudo isso pode ser abordado na matriz contida nas próximas páginas. Além disso, sugere-se explorar ferramentas gráficas como mapas, quadros e tabelas que esquematizem as informações necessárias de forma objetiva, como exemplificado a seguir:

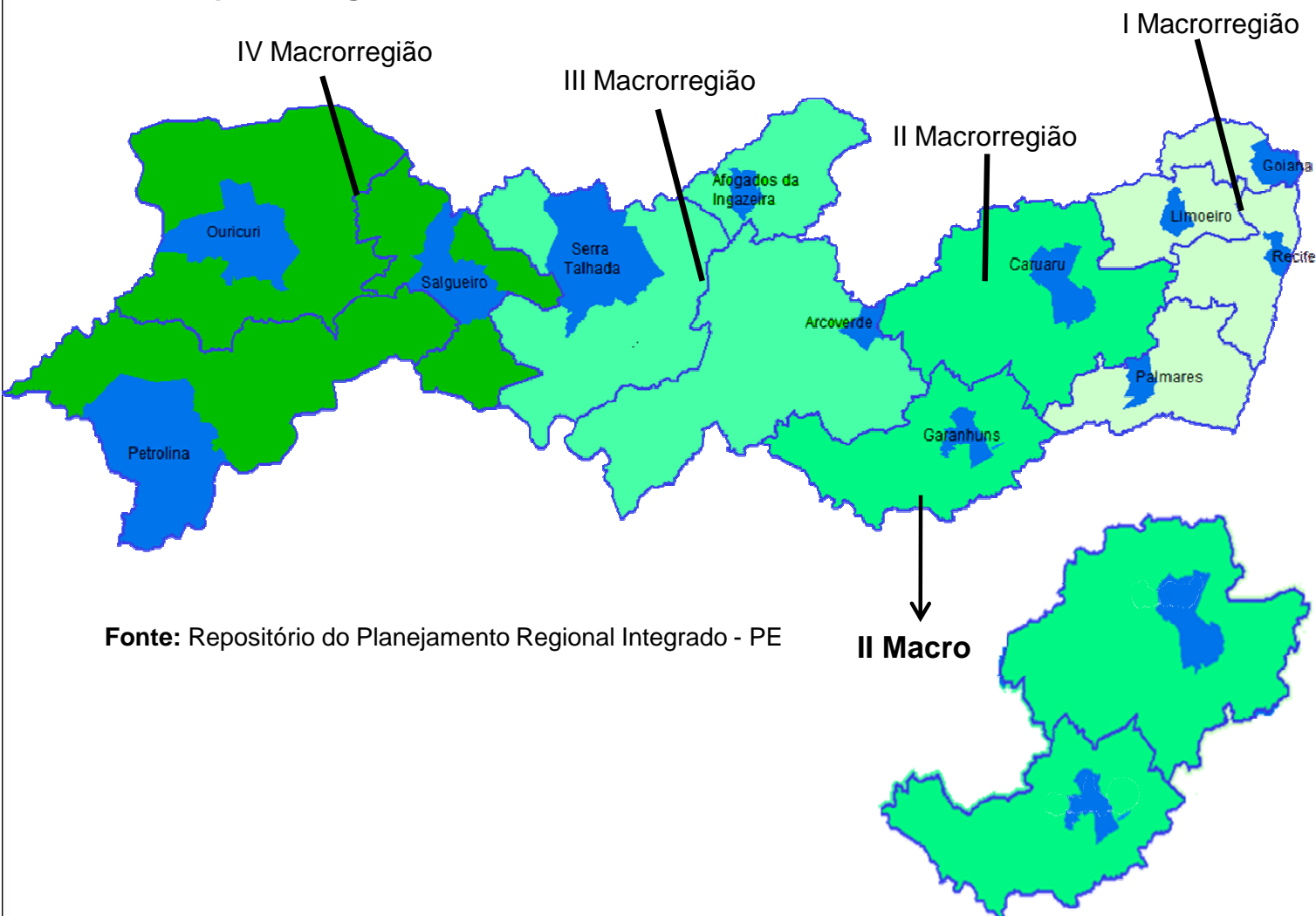
Exemplo da distribuição populacional dos município do estado de Pernambuco por porte.

Figura 2. Municípios segundo porte populacional. Pernambuco, 2014



Fonte: IBGE/Datasus/Estimativa do TCU para a população residente em 2014

Exemplos e sugestões:



Como sugestão, caso possua microrregiões de saúde é importante informar, assim como os municípios.



Fonte: Canva

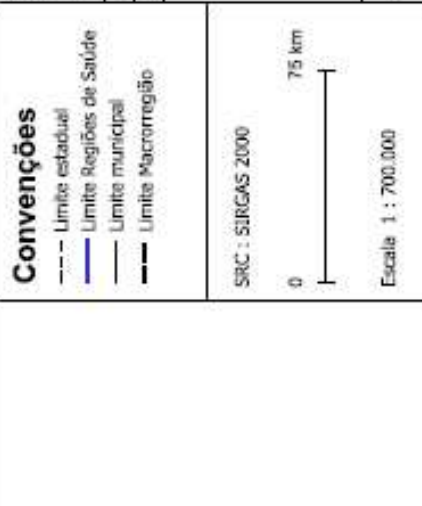
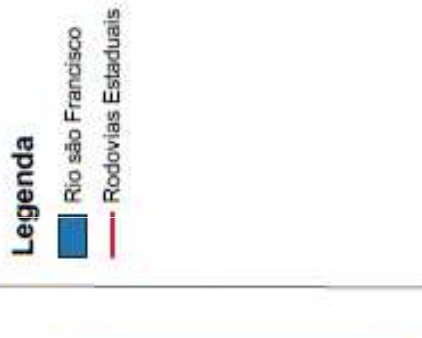
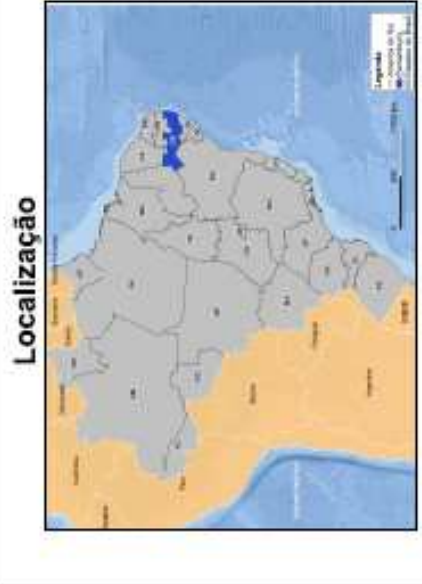
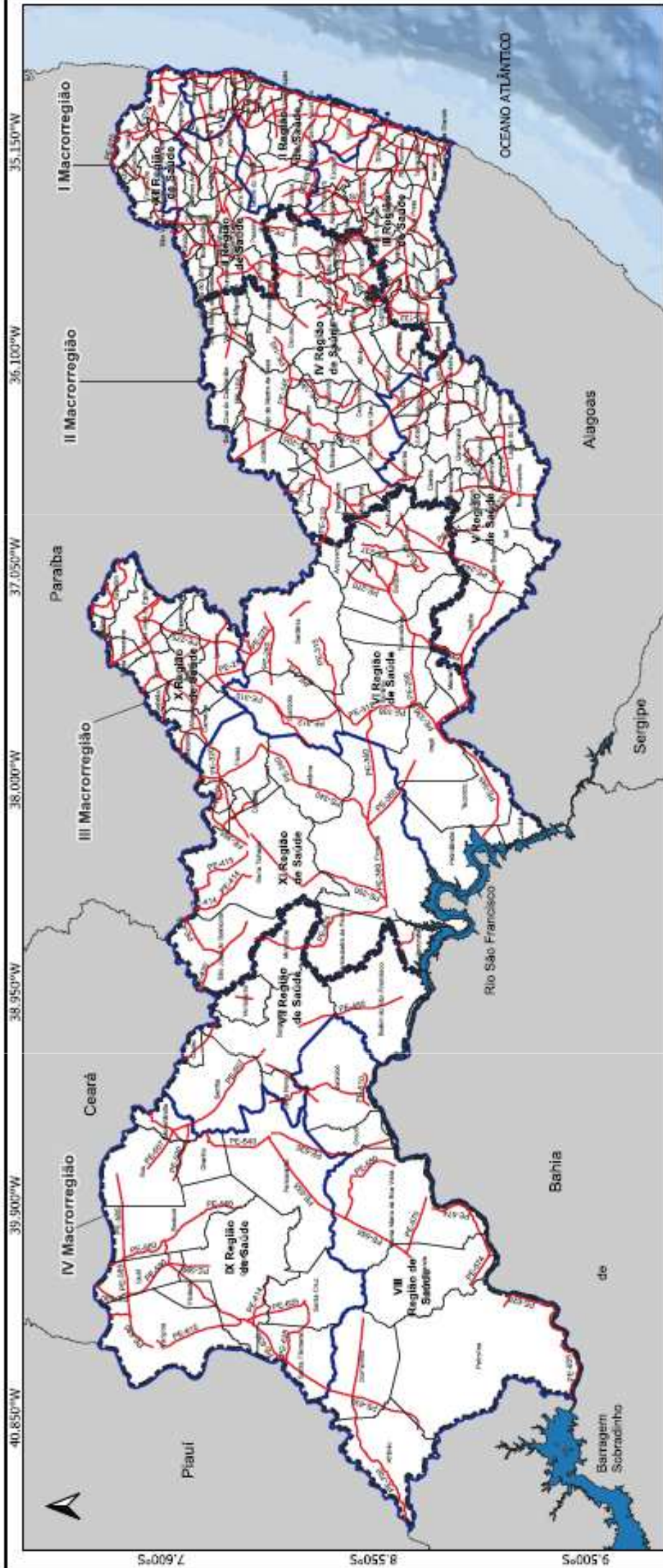
Fonte de pesquisa:

Repositório do Planejamento Regional Integrado – PE:
<https://ead.saude.pe.gov.br/course/view.php?id=513>

Está disponibilizado mapas para download por Macrorregião e Região de Saúde.

PERNAMBUCO EM MAPAS

Rodovias Estaduais Pernambuco



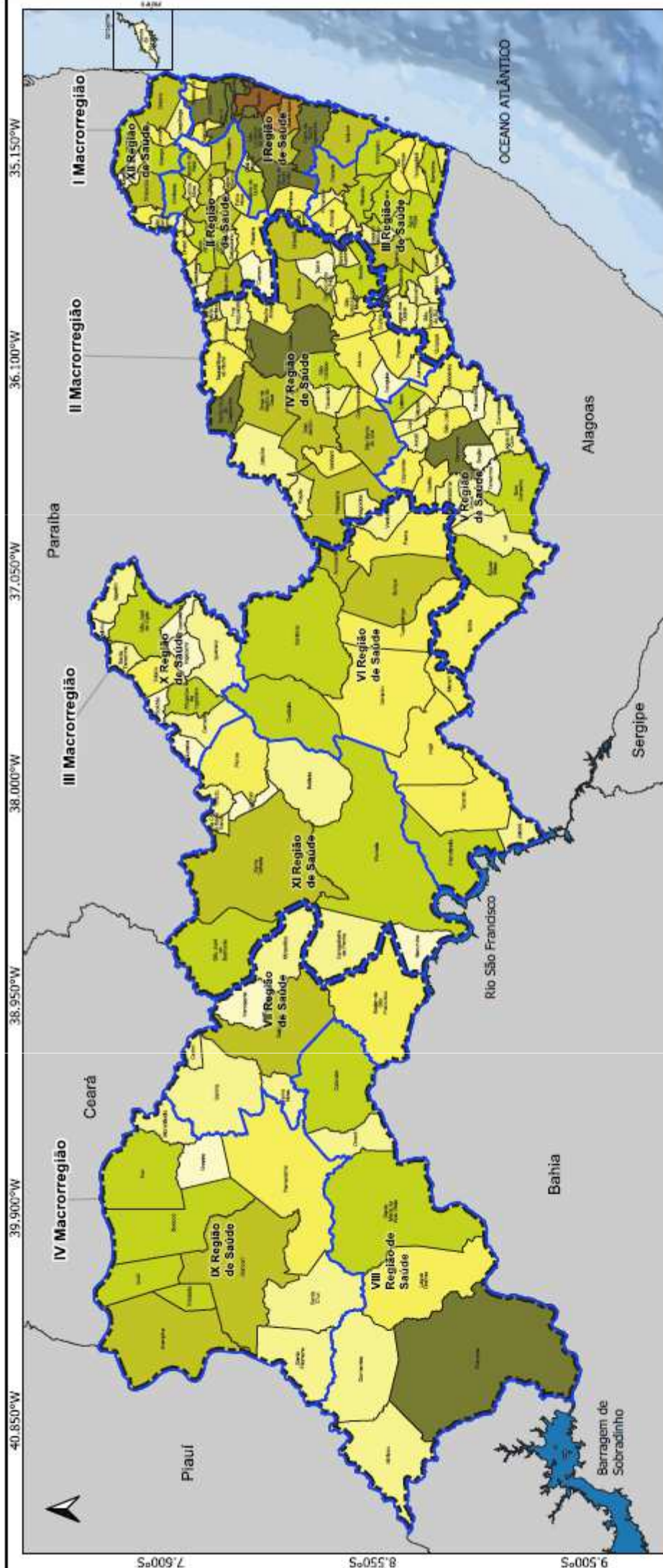
Secretaria Estadual de Saúde
 Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Participativa
 Diretoria Geral de Gestão Estratégica e Articulação Interfederativa

Projeto: **PERNAMBUCO EM MAPAS - SAÚDE**
 Conteúdo: Rodovias Estaduais Pernambuco

Fonte: DER, 2006 / DNIT, 2002

PERNAMBUCO EM MAPAS

População - 2021



Localização

Legenda

População residente (Habituantes)

Até 10.000
10.001 - 20.000
20.001 - 30.000
30.001 - 50.000
50.001 - 100.000
100.001 - 500.000
711.330 - 711.330
1.661.017 - 1.661.017

Convenções

- Limite estadual
- Limite Regiões de Saúde
- Limite municipal
- Limite Macrorregião

Secretaria Estadual de Saúde
 Secretaria Executiva de Gestão Estratégica e Participativa
 Diretoria Geral de Gestão Estratégica e Articulação Interfederativa

Projeto: PERNAMBUCO EM MAPAS - SAÚDE
 Conteúdo: População Residente no Estado de Pernambuco

SRC : SIRGAS 2000

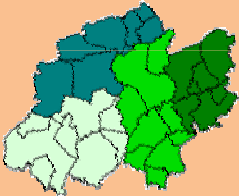
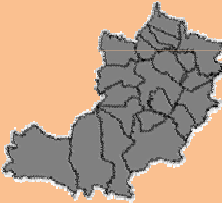

0 75 Km

Escala 1 : 700.000

Fonte: IBGE, Estimativas da População dos Municípios, 2021.

Modelo de Quadro para preenchimento das informações sobre território político-administrativo:

Quadro XX - Divisão político-administrativa, área em km², distância em Km, limites geográficos e População (total e densidade demográfica). Macrorregião XX. Pernambuco, 2022.

	Região de Saúde XX	Região de Saúde XX	Macrorregião de Saúde XX
Municípios	_____ _____ _____	_____ _____ _____	(-)
Recorte Territorial			
Município Sede	_____	_____	_____
Nº Total de Municípios e Regiões de Saúde ou Microrregiões de Saúde	XX municípios e XX Microrregiões de Saúde	XX municípios e XX Microrregiões de Saúde	XX municípios e XX Regiões de Saúde
Área (Km²)	XX,X Km ²	XX,X Km ²	XX,X Km ²
Distância entre município-sede da RS até município-sede da Macrorregião	XX,X Km	XX,X Km	XX,X Km
Limites geográficos da macrorregião	Norte: _____; Sul: _____; Leste: _____; Oeste: _____	Norte: _____; Sul: _____; Leste: _____; Oeste: _____	Norte: _____; Sul: _____; Leste: _____; Oeste: _____
População Total	XXXX hab ¹	XXXX hab.	XXXX hab.
Densidade demográfica	XXX,XX hab./Km ²	XXX,XX hab./Km ²	XXX,XX hab./Km ²
% da população da RS² em relação à Macrorregião e Estado	XX,X% ; XX,X%	XX,X% ; XX,X%	XX,X% ; XX,X%

Fonte: XXXXXXXXXXXX, Ano, e data da coleta da informação.

Nota:

- (1) Hab = Habitantes
- (2) Região de Saúde.

Modelo de Quadro para preenchimento das informações sobre território político-administrativo:

Quadro XX - Divisão político-administrativa, área em km², distância em Km, limites geográficos e População (total e densidade demográfica) da **Macrorregião Interestadual**, Pernambuco, 2022.

	Estado 1	Estado 2	Macro interestadual
	Macro X	Macro X	
Regiões de Saúde / Macrorregião	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	(-)
Recorte Territorial	Inserir Mapa da Macro correspondente	Inserir Mapa do território correspondente	Mapa Geral
Município Sede	_____	_____	(-)
Nº Total de Municípios da macro correspondente	XX municípios	XX municípios	Total = XX municípios
Área (Km²)	XX,X Km ²	XX,X Km ²	XX Km ²
Distância entre município-sede da Macrorregião	XX,X Km		
Limites geográficos da macrorregião	Norte: _____; Sul: _____; Leste: _____; Oeste: _____	Norte: _____; Sul: _____; Leste: _____; Oeste: _____	(-)
População Total	XXXX hab.	XXXX hab.	XXXX hab.
Densidade demográfica	XXX,XX hab./Km ²	XXX,XX hab./Km ²	XXX,XX hab./Km ²

Fonte: XXXXXXXXXXXX, Ano, e data da coleta da informação.

Nota:

- (1) Hab = Habitantes.
- (2) Região de Saúde.

Nesse momento você irá fazer uma análise geral sobre o apresentado no quadro da página anterior, apontando as principais questões que precisam ser observadas e que necessitarão de atenção quando da análise e apontamentos para a regionalização sanitária.

#FICA
A DICA

O recorte geo-político da Macrorregião XX referenda a situação que já definida no PDR -2011, ou seja, a existência de XX Microrregiões e XX Regiões de Saúde, tendo como municípios de referência XXXX e Municípios sede XXXX. A vocação econômica das regiões de saúde que se destacam é xxxx.

Quanto as condições sócio-sanitárias observa-se que a RS com maior desafio é (são) a(as) XXX onde observou-se o IDH de XX e o índice de Gini de XXX. Nesse momento você deve consultar o Mapa de Saúde Macrorregional que o Grupo Condutor macrorregional elaborou, podendo inclusive transpor o quadro desenvolvido para ilustrar.

3.3.2. Regionalização Sanitária

a) Conformação das Redes de Atenção à Saúde

O processo de territorialização se estabelece com a definição dos diferentes contextos da população, dando base para a constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Há duas concepções de territórios: Território Político-Administrativo e Território Sanitário. O primeiro é visto e processado naturalmente como um espaço físico geograficamente definido, como apresentado no tópico 3.3.1. A segunda concepção enxerga o território como um resultado da dinâmica social, integrando o espaço geográfico e o espaço cultural, social, econômico e político, tornando-o um local de responsabilização sanitária por uma população (MENDES, 2011).

Sendo assim, as Redes de Atenção à Saúde devem ser organizadas em Macrorregiões e Regiões de Saúde com base na necessidade de saúde da população definidas em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar estruturas distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável (Resolução de Consolidação CIT nº 01/2021).

Desta forma, todas as informações deverão ser organizadas por RAS e Linhas de cuidado. As Redes de Atenção Prioritárias foram referendadas na Resolução CIB-PE nº 1.734, de 17/09/2011, são: Rede Materna e Infantil; Rede de Urgência e Emergência; Rede Estadual de Oncologia; Rede Psicossocial; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, além de outras redes pactuadas nos espaços de governança do SUS, como a Rede Cegonha, Rede Estadual e Regionais de Atenção em Oftalmologia, Rede Hemoterápica, Rede Interestadual Pernambuco Bahia, entre outras.

Deve-se utilizar recursos visuais como gráficos, mapas, imagens, tabelas e quadros para tornar o conteúdo mais claro e de fácil entendimento. Além disso, abordar de forma objetiva os serviços e procedimentos ofertados por níveis de atenção.

A análise das RAS deverá ser apresentada não só na perspectiva dos serviços ofertados e em funcionamento, mais também os vazios assistenciais e a sobreposição de serviços, caso exista. Lembrar que tudo isso já existe nos mapas de saúde Regional e Macrorregional!

**AVISO
IMPORTANTE**

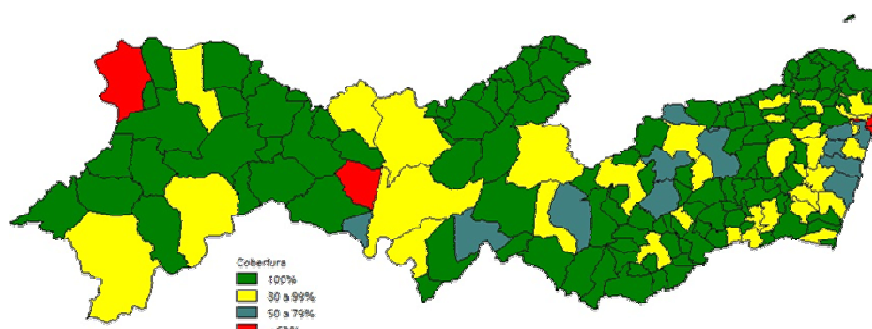
Nos tópicos seguintes, deverão ser apresentados os consensos firmados nas reuniões de CIR e CIR Ampliadas.

b) Atenção Primária à Saúde (APS)

Neste item deverá ser apresentado a taxa de cobertura da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal, por Município, na Macrorregião (exemplo 01), como também, quais os equipamentos de saúde que a Atenção primária possui no Território (exemplo 02).

Exemplo 01:

*% de Cobertura da Estratégia Saúde da Família por Município.
Pernambuco, agosto 2021*



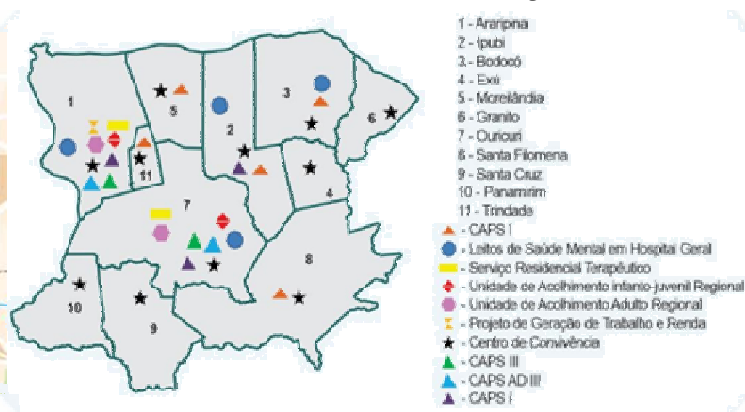
Fonte: e-Gestor Atenção Básica - Informação e Gestão da Atenção Básica – 2021.

Exemplo 02:

Sugere-se o exemplo abaixo, devendo-se ser a realidade macrorregional.



Fonte: Imagem retirada do google.



Fonte: Imagem do Mapa de Saúde da IX Geres.

Algumas fontes de pesquisa:

Plano Estadual de Saúde de Pernambuco 2020-2023:

<http://portal.saude.pe.gov.br/documentos/planos-estaduais-de-saude> OU
<https://ead.saude.pe.gov.br/course/view.php?id=513>

Mapas de Saúde Regionais – PE:

<http://portal.saude.pe.gov.br/mapas-da-saude> OU
<https://ead.saude.pe.gov.br/course/view.php?id=513>

Portaria MS/GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html



Fonte: Canva

c) Vigilância em Saúde

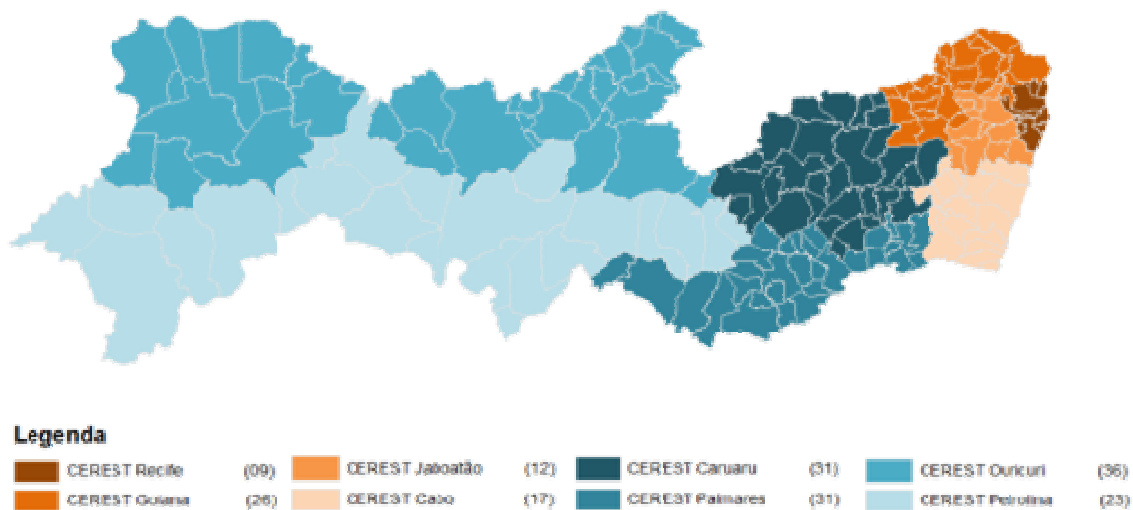
Sugere-se o uso de mapas e/ou quadro (modelo abaixo) para representação espacial e de forma objetiva dos serviços de vigilância na Macrorregião.

Quadro XX - Distribuição dos serviços de vigilância em saúde, de acordo com as regiões de saúde, municípios, estabelecimentos e referências, na XX Macrorregião. Pernambuco – 2022.

Serviços de Vigilância	Município/ Região de Saúde	Abrangência
Vigilância Epidemiológica		
Vigilância Sanitária		
Vigilância Ambiental		
Saúde do Trabalhador		

Fonte: XXXXX, (ano).

Figura 138. Área de cobertura dos Cerest regionais em Pernambuco



Fonte: GEAST/SES-PE

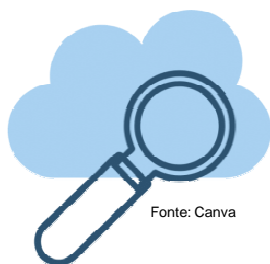
d) Assistência Farmacêutica

Apresentar em formato de mapa a distribuição espacial da rede de apoio logístico da assistência farmacêutica Estadual e Municipal. Veja o exemplo abaixo:

Figura 20. Distribuição das Farmácias em Pernambuco.



Fonte: Plano Estadual de Saúde – PE, 2020-2023.



Fonte: Canva

Algumas fontes de pesquisa:

Assistência Farmacêutica no SUS – MS:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/assistencia-farmacutica-no-sus>

Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica - PE:

<http://www.farmacia.pe.gov.br/>

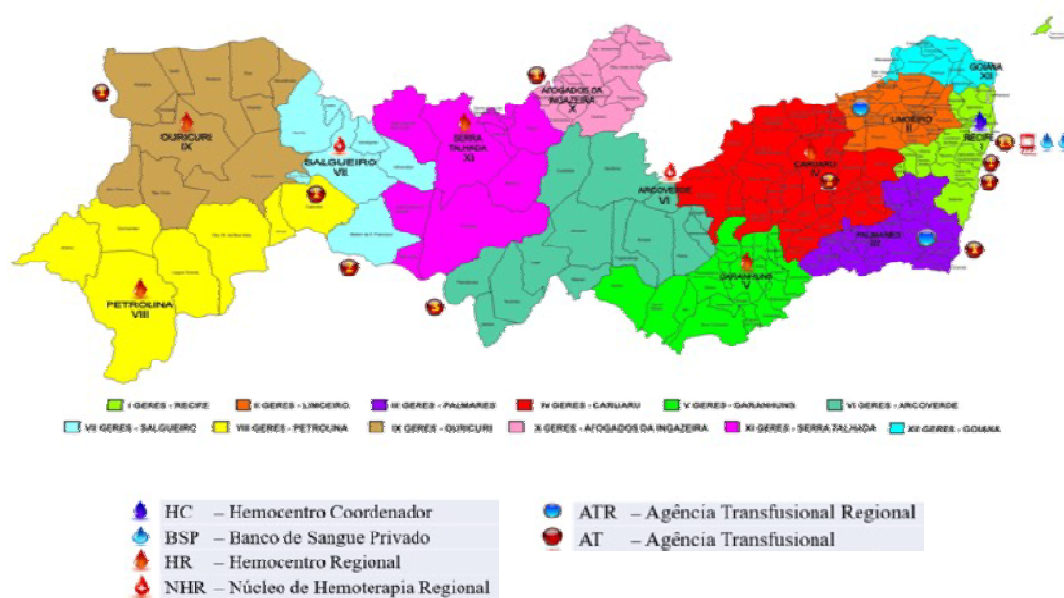
e) Rede Hemoterápica

Deverá ser apresentado dados referentes aos equipamentos de saúde relacionados aos serviços de hemoterapia e de hematologia e sua abrangência no território macrorregional. É importante mencionar os hemocentros públicos e privados instalados, Informar, também, a capacidade instalada e seus vazios assistenciais no território, realizando inclusive uma análise.

É imprescindível trazer a discussão sobre a rede hemoterápica: na perspectiva da distribuição dos serviços da média e alta complexidade, a distribuição de equipamentos de saúde, oferta de leitos próprios e as linhas de cuidado correlacionadas ao tema, como a linha de cuidado oncohematológica.

Para melhor compreensão desta rede, faz-se necessário a compreensão sobre as doenças hematológicas, conceituadas como aquelas que comprometem as células sanguíneas, a homeostase e o sistema imunológico. Dessa forma, podem ser agrupadas em anemias, leucemias, linfomas e mielomas, síndromes mielodisplásicas, distúrbios mieloproliferativos não-leucêmicos, distúrbios da hemostasia e as trombozes. Podem ser agudas ou crônicas, malignas ou benignas, congêntas ou adquiridas (PERNAMBUCO, 2016b).

Figura 21. Estrutura Física da Hemorede Estadual de Pernambuco.



Fonte: Plano Estadual de Saúde – PE, 2020-2023.

Algumas fontes de pesquisa:

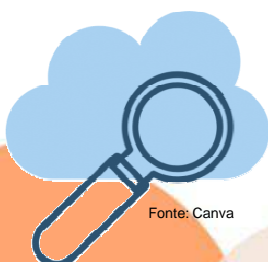
HEMOPE:

<http://www.hemope.pe.gov.br/>

Política Estadual de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (PEHH-PE), 2016.

ABHH:

<https://abhh.org.br/>



Fonte: Canva

f) Distribuição de Pontos de Atenção por Redes de Atenção

Neste momento deve-se apresentar os Pontos de Atenção, de acordo com o território sanitário de responsabilidade e os Níveis de Atenção. Cada quadro deve ser preenchido para cada RAS prioritária.

O intuito da matriz abaixo é trazer uma visão panorâmica e objetiva do quantitativo e tipologia dos pontos de atenção do território. Trazendo a ideia de resolutividade da atenção por meio da responsabilização sanitária. Mas à frente iremos detalhar sua distribuição no território.

Exemplo:

Matriz XX: Distribuição dos Pontos de Atenção da Rede XXXX, na macrorregião XX por níveis de atenção, Pernambuco, 2022.

Nível de Atenção	Ponto de Atenção à Saúde	Território Sanitário	
Alta Complexidade	Ex: HP/Maternidade de alto risco (XX unidades)	Macrorregião	
	Ex: Unidade de Internação Pediátrica Especializada		
	Ex: UTI Adulto, Neonatal e Pediátrica (XX unidades)		
Média Complexidade	Ex: HP/maternidade risco habitual (XX unidades)	Região de Saúde	
	Ex: Ambulatório de especialidades (XX unidades)		
	Ex: Unidade de Internação Pediátrica (XX unidades)		
Atenção Primária	Ex: NASF (XX NASF)	Município	Município
	Ex: Unidade UBS; ESF (XX unidades)	Micro área das UBS	
	Ex: Domicílio	Área de Abrangência dos ACS	

Fonte: XXX (ano)

Fonte: Quadro adaptado do Curso de Planejamento e Orçamento/ ESPPE, 2021.

É importante complementar as informações contidas na matriz anterior, para tanto é necessário representar os pontos de atenção através de mapas, como exemplo a seguir:

Mapa 3 – Desenho da Rede Cegonha na IV Região de Saúde.



Fonte: IV GERES

Mapa 4 – Desenho da Rede de Urgência e Emergência da IV Região de Saúde.



Fonte: CIR - IV Região de Saúde de Pernambuco

AVISO IMPORTANTE

Neste tópico, vale a pena ressaltar que cabe uma análise das prioridades elencadas.

g) Detalhamento dos pontos de Atenção por níveis de complexidade

- Média Complexidade

Neste momento deverão ser inseridas informações que demonstrem a organização da oferta de serviços e procedimentos da média complexidade dentro do território macrorregional. Segue quadro para preenchimento das informações:

Quadro XX - Distribuição dos serviços de saúde ofertados na média complexidade de acordo com as Unidades de referência, Região de Saúde, municípios referenciados, gestão e regulação na Rede de Atenção XXXX, na XX Macrorregião, Pernambuco, 2022.

Região de Saúde	Unidades de Referência/ município	Serviços Ofertados	Municípios Referenciados	Gestão	É Regulado?		
					Sim	Não	Tipo ¹
XX	Unidade X (Município)	- _____ - _____ - _____ - _____	Ex: Município XX, XXXX, XXX, XXXX, XXXX.	Estadual	x		
XX	Unidade X (Município)	...	...	...
XX	Unidade X (Município)	...	...	...

Fonte: XXXXX, (ano), data de coleta da informação.

Nota:

(1) - Tipo de Regulação: Estadual, Municipal, Regional ou Macrorregional.

- Alta Complexidade

Este item deverá ser preenchido com informações referente à oferta de serviços e procedimentos de alta complexidade dentro do território macrorregional. Segue proposta de quadro para consolidar as informações.

Quadro XX - Distribuição dos serviços de saúde ofertados na alta complexidade de acordo com as Unidades de referência, Região de Saúde, municípios referenciados, gestão e regulação na Rede de Atenção XXXX, na XX Macrorregião, Pernambuco, 2022.

Região de Saúde	Unidades de Referência/ município	Habilitações	Serviços Ofertados	Municípios Referenciados	Gestão	É Regulado?		
						Sim	Não	Tipo ¹
XX	Unidade X (Município)	Traumato-ortopedia Cirurgia Órtese e Prótese	Ortopedia	Ex: Município XX ...	Estadual	X		
XX	Unidade X (Município)		...	...	...
XX	Unidade X (Município)		...	...	...

Fonte: XXXXX, (ano), data de coleta da informação.

Nota:

(1) - Tipo de Regulação: Estadual, Municipal, Regional ou Macrorregional.

h) Distribuição de Equipamentos

Este item deverá ser preenchido com informações referentes à equipamentos que favorecem a realização de serviços e procedimentos de alta e média complexidade dentro do território macrorregional. Seguem quadros para consolidar as informações solicitadas:

Quadro XX - Nº de Equipamentos por Região de Saúde na XX macrorregião.

Equipamentos	Região de Saúde						Total da Macrorregião		
	XX			XX			Nº de equip. ¹	Nec. ²	Defic / Super. ³
	Nº de equip. ¹	Nec. ²	Defic / Super. ³	Nº de equip. ¹	Nec. ²	Defic / Super. ³			
Mamógrafo									
Raio X									
Tomógrafo Computadorizada									
Ressonância Magnética									
Ultrassom									
...									
Total por Região de Saúde		-	-		-	-		-	-

Fonte: XXXXX, (ano), data de coleta da informação

Nota:

- (1) – Nº de equipamentos existentes na Região de Saúde / Macrorregião.
- (2) - Necessidade de equipamentos na Região de Saúde / Macrorregião. O cálculo da necessidade deverá levar em consideração a Portaria nº 1.631 de 01/10/2015.
- (3) - Deficit / Superávit – O preenchimento deverá ser o resultado da análise do nº de equipamentos existentes e o necessário. Independentemente do resultado, representar o número acompanhado do sinal de subtração (-) ou adição (+), para deficit ou superavit, respectivamente.



Fonte: Canva

Algumas fontes de pesquisa:

CNES:

<https://cnes.datasus.gov.br/>

Portaria MS/GM nº 1631, 01/10/2015 :

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html

i) Dimensionamento de Especialidades na Macrorregião.

Quadro XX - Dimensionamento das Especialidades por Região de Saúde, de acordo com a situação e nº de profissionais na XX macrorregião. Pernambuco, 2022.

Especialidade	Região de Saúde XX				Região de Saúde XX				Total da Macro		
	Sim ou Não ¹	Nº profis Exist. ²	Nec. ³	Defic / Super. ⁴	Sim ou Não ¹	Nº profis Exist. ²	Nec. ³	Defic / Super. ⁴	Nº profis Exist. ²	Nec. ³	Defic / Super. ⁴
Anestesiologia	Não			-	Não			-			
Cirurgia Geral											
Clínica Geral											
Ginecologia											
Psiquiatria											
Radiologia											
Odontologia											
Fisioterapia											
Fonoaudiologia											
Nutrição											
Assistência Social											
Psicologia											
...											

Fonte: XXXXX, (ano), data de coleta da informação

Nota:

- (1) – Existência da Especialidade na Região de Saúde.
- (2) – Nº de profissionais existentes na Região de Saúde / Macrorregião.
- (3) - Necessidade de profissionais de uma determinada especialidade na Região de Saúde / Macrorregião. O cálculo da necessidade deverá levar em consideração a Portaria nº 1.631 de 01/10/2015 e as legislações dos conselhos de classe correspondente.
- (4) - Deficit / Superávit – O preenchimento deverá ser o resultado da análise do nº de profissionais existentes e o necessário na região de saúde e macrorregião. Independentemente do resultado, deverá representar o número acompanhado do sinal de subtração (-) ou adição (+), para deficit ou superavit, respectivamente.

Coletar informações de cada especialidade independentemente do tipo de Gestão do estabelecimento.

Algumas fontes de pesquisa:

CNES:

<https://cnes.datasus.gov.br/>

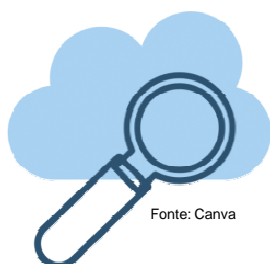
Portaria MS/GM nº 1631, 01/10/2015 :

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html

Legislação de Cada Conselho de Classe sobre o Dimensionamento de pessoal.

Secretarias Municipais de Saúde

SES: SEGTES; SEAS; SEAF



Fonte: Canva

j) Leitos próprios e contratualizados.

Quadro XX - Nº de Leitos Próprios, Leitos Contratualizados e Capacidade Instalada, por Região de Saúde, de acordo com o Tipo de Leitos na XX macrorregião, Pernambuco, 2022.

Tipos de Leitos	Região de Saúde XX				Região de Saúde XX				Total da Macrorregião			
	SUS	Nec ¹	Defic / Super. ²	Não SUS	SUS	Nec ¹	Defic / Super. ²	Não SUS	SUS	Nec ¹	Defic / Super. ²	Não SUS
Cirúrgico												
Clínicos												
Obstétrico												
...												

Fonte: XXXXX, (ano), data de coleta da informação

Nota:

- (1) - Necessidade de leitos na Região de Saúde / Macrorregião. O cálculo da necessidade deverá levar em consideração a Portaria nº 1.101 de 12/06/2002 e Portaria nº 1631/2015.
- (2) - Deficit / Superávit – O preenchimento deverá ser o resultado da análise do nº de leitos existentes e o necessário na região de saúde e macrorregião. Independentemente do resultado, deverá representar o número acompanhado do sinal de subtração (-) ou adição (+), para deficit ou superavit, respectivamente.



Fonte: Canva

Algumas fontes de pesquisa:

Portaria MS/GM nº 1.101, 12/06/2002:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/anexo/anexo_prt1101_12_06_2002.pdf

Portaria de Consolidação nº3 de 28/09/2017, Capítulo III: Parágrafo 2º

k) Linhas de Cuidado

A partir deste item serão apresentados o detalhamento das ações e procedimentos ofertados em cada Linha de Cuidado segundo nível de atenção, dispositivos e abrangência, conforme quadro abaixo.

Quadro XX – Detalhamento das Ações ofertadas e Procedimentos Específicos da Linha de cuidado XXXX de acordo com níveis de atenção, dispositivos e abrangência, na XX Macrorregião. Pernambuco – 2022.

Nível de Atenção	Dispositivos	Ações e Procedimentos Específicos *	Abrangência **
Atenção Básica	Promoção	- XXXX -XXXX	XXX
	Prevenção	- XXXX -XXXX	XXX
	Rastreamento	- XXXX -XXXX	XXX
	Diagnóstico	- XXXX -XXXX	XXX
	Suporte	- XXXX -XXXX	XXX
	Cuidados Paliativos	- XXXX -XXXX	XXX
Média Complexidade	Diagnóstico Histológico do Câncer	- XXXX -XXXX	XXX
	Tratamento do Câncer	- XXXX -XXXX	XXX
	Cuidados Paliativos	- XXXX -XXXX	XXX
Alta Complexidade	Tratamento	- XXXX -XXXX	XXX
	Cuidados Paliativos	- XXXX -XXXX	XXX

Fonte: XXXXX, (ano).

Nota:

(*) - Listar as ações e procedimentos diretamente relacionados aos níveis de atenção e dispositivos.

(**) – Atribuir aos Municípios, Microrregião, Região de Saúde, Macrorregião, Estado e/ou Interestadual.

Quadro XX - Distribuição dos serviços de saúde ofertados na Linha de Cuidado XXX de acordo com as Unidades de referência, Região de Saúde, municípios referenciados, gestão e regulação, na XX Macrorregião, Pernambuco, 2022.

Região de Saúde	Unidades de Referência/ município	Serviços Ofertados	Municípios Referenciados	Gestão	É Regulado?		
					Sim	Não	Tipo ¹
XX	Unidade X (Município)	- _____ - _____ - _____ - _____	Ex: Município XX, XXXX, XXX, XXXX, XXXX.	Estadual	x		
XX	Unidade X (Município)	...	...	...

Fonte: XXXXX, (ano), data de coleta da informação.

Nota:

(1) - Tipo de Regulação: Estadual, Municipal, Regional ou Macrorregional.

Quadro XX - Descrição e Análise das Especialidades na Linha de Cuidado XX, por Região de Saúde na XX macrorregião. Pernambuco, 2022.

Especialidade	Região de Saúde XX				Região de Saúde XX				Total da Macro		
	Sim ou Não ¹	Nº profis Exist. ²	Nec. ³	Defic / Super. ⁴	Sim ou Não ¹	Nº profis Exist. ²	Nec. ³	Defic / Super. ⁴	Nº profis Exist. ²	Nec. ³	Defic / Super. ⁴
Neuropediatria	Não			-	Não			-			
Neurocirurgia											
...											
Outros...											

Fonte: XXXXX, (ano), data de coleta da informação

Nota:

(1) – Existência da Especialidade na Região de Saúde.

(2) – Nº de profissionais existentes na Região de Saúde / Macrorregião.

(3) - Necessidade de profissionais de uma determinada especialidade na Região de Saúde / Macrorregião. O cálculo da necessidade deverá levar em consideração a Portaria nº 1.631 de 01/10/2015 e as legislações dos conselhos de classe correspondente.

(4) - Deficit / Superávit – O preenchimento deverá ser o resultado da análise do nº de profissionais existentes e o necessário na região de saúde e macrorregião. Independentemente do resultado, deverá representar o número acompanhado do sinal de subtração (-) ou adição (+), para deficit ou superavit, respectivamente.

I. Consórcios intermunicipais.

Para o preenchimento desse tópico, sugere-se inserir informações gerais dos consórcios existentes, como são estabelecidos e seu funcionamento por macrorregião.

Exemplos e Sugestões:

Quadro de Consolidação de Informações dos Consórcios.	
Consórcio:	_____
Sede:	_____
Endereço:	_____
Município Consortiado:	_____
Geres e Macros Envolvidas:	_____
Ações e Serviços de Saúde Consortiados:	_____ _____ _____



Algumas fontes de pesquisa:

AMUPE:
<https://www.amupe.org/>

3.4. Definição de Prioridades

Após o levantamento da análise situacional da saúde em seus diversos aspectos é preciso identificar, formular e priorizar os problemas em uma determinada realidade. Para compor este capítulo, será necessário elencar os problemas, o que inclui os vazios assistenciais, sobreposições de serviços, dificuldades nos fluxos de acesso, entre outros aspectos singulares à cada macrorregião e, posteriormente, definir prioridades e estratégias. Deve tomar por base o que foi descrito no item 3.3 e no Mapa de Saúde da referida Macrorregional. O capítulo será dividido em **02** etapas:

**Identificação e
Formulação dos
Problemas**

**Priorização e
Explicação dos
Problemas**

Caracterizando cada etapa...

a) Identificação e Formulação dos Problemas: identificar problemas é resgatar os pontos importantes que impede o andamento correto das atividades em saúde no território. Para Teixeira e Vilasbôas (2004) e Neto Muller (1995), input Teixeira (2010), afirmam que quando há um problema de saúde significa dizer que algo está fora dos padrões de normalidade para o ator social que está analisando uma determinada situação, ou seja, quando um ou mais indicadores estiverem fora dos parâmetros. Os problemas de saúde estão relacionado aos riscos à saúde, às formas de adoecimento e morte da população e à organização e funcionamento do sistema de saúde.

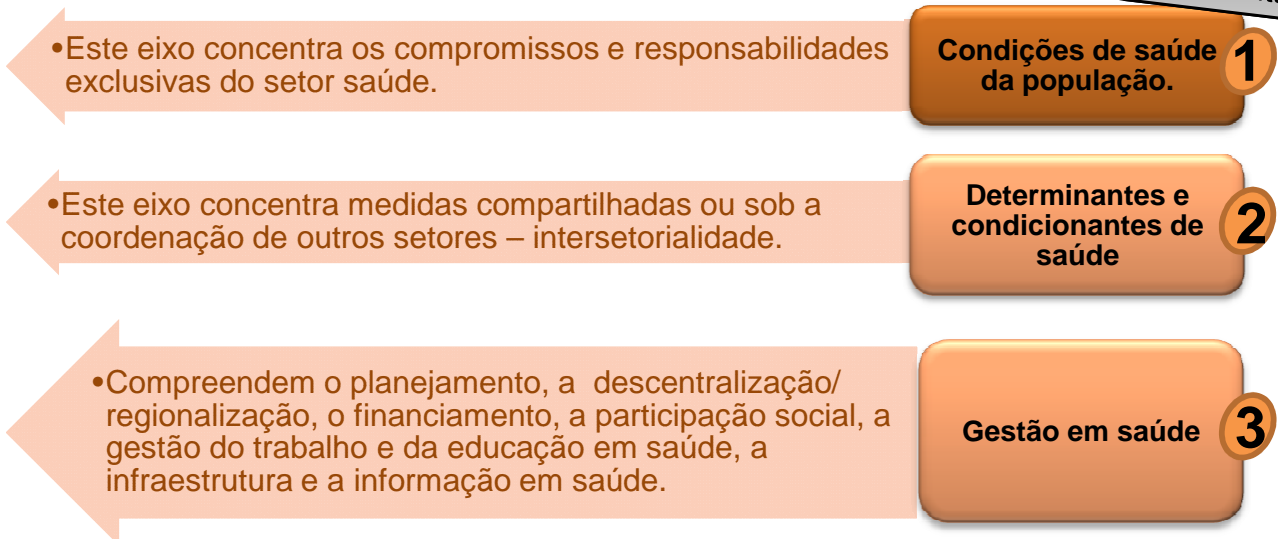
Definir os problemas de saúde, a partir da percepção dos diversos atores sociais, buscando não só o levantamento dos problemas, mas também a identificação dos fatores que o determinam.

A descrição dos problemas precisa estar bem explícitos sobre suas características, dessa forma, é importante responder aos seguintes aspectos:

- 1** **Tamanho do problema** •Ex: Elevada mortalidade;
- 2** **População atingida pelo problema** •Ex: crianças menores de 1 ano-mortalidade infantil.
- 3** **Localização do problema** •Ex: Região tal, macrorregião tal.
- 4** **Dimensão temporal do problema** •Ex: ano de 2021.

Quanto aos Eixos orientadores para identificação dos problemas:

Podem ser criados outros eixos orientadores



Consolidando as informações:

Matriz de consolidação de informações sobre a definição dos problemas encontrados						
Eixo	Nº	Descrição do Problema	Tamanho do problema	Pop. Atingida	Localização	Dimensão temporal
Condições de saúde da população.	01	XXXXXXXX	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx
	02	XXXXXXXX	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx
Determinantes e condicionantes de saúde	03	XXXXXXXX	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx
	04	XXXXXXXX	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx
Gestão em saúde	05	XXXXXXXX	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx
	06	XXXXXXXX	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx

b) Priorização e Explicação dos Problemas por Rede de Atenção: A priorização dos Problemas é considerado como o momento de reunir e discutir para selecionar os problemas “mais importantes” e relevantes para a macrorregião. O termo “mais importantes” não é empregado de forma a menosprezar um ponto de dificuldade do território e sim estadeá-lo, verificando sua magnitude, vulnerabilidade, transcendência, custos entre outros aspectos. Vale observar que as diretrizes já definidas nos plano de saúde, constituídas previamente com participação social, devem orientar as prioridades.

Há vários instrumentos que auxiliam para estabelecimento de prioridades, como: Matriz Básico, Matriz Rice, Matriz 4x4 e Matriz GUT. Este último, também conhecido como “Matriz de Prioridades”, foi criada por Charles H. Kepner e Benjamin B. Tregoe, na década de 80, e tinha como propósito ajudar na resolução de problemas complexos das indústrias americanas e japonesas. Em sua essência, a Matriz GUT é uma ferramenta da qualidade utilizada para a priorização de tomadas de decisões. Como estratégia de adaptar ao contexto do Planejamento Regional Integrado e da construção do Instrumento do Plano Macrorregional, é importante mexer na estrutura. Segue a adaptação sugerida:

Matriz de Prioridades (Podem ser desenvolvidas por Redes de Atenção, níveis de Complexidades e pontos de atenção.)

Referência	Problema	Magnitude / Gravidade	Urgência	Transcendência	Vulnerabilidade	Custos	Resultado
Ex.: APS	Descrever de forma clara o problema.	1 a 5	1 a 5	1 a 5	1 a 5	1 a 5	MxUxTxVxC
Ex: Hemoterápica	Descrever de forma clara o problema.	1 a 5	1 a 5	1 a 5	1 a 5	1 a 5	MxUxTxVxC
Ex: Vigilância em Saúde	Descrever de forma clara o problema.	1 a 5	1 a 5	1 a 5	1 a 5	1 a 5	MxUxTxVxC

Descrição das Variáveis:

Magnitude/Gravidade: Tamanho do problema, impacto do problema para os envolvidos;

Urgência : Urgência do problema; Representa o prazo ou tempo disponível para a resolução do problema ou execução da ação. Quanto mais urgente for, menor será o tempo disponível para trabalhar no problema ou ação;

Transcendência: O quanto o problema pode piorar se não for resolvido, verificando a importância política, cultural e técnica atribuída pela população;

Vulnerabilidade: existência de recursos e materiais para enfrentar o problema. (Facilidade em resolver o problema);

Custos: Quanto custa em recursos financeiros.

Escala: Menor 1 – 2 – 3 – 4 – 5 **Maior**. Exceto para a variável Custos → **Alto Custo** 1 – 2 – 3 – 4 – 5 **Menor Custo**.

Forma de Cálculo: multiplicação das variáveis.

Resultados: Os maiores resultados deverão serem selecionados e trabalhados com mais urgência, mas não excluindo os demais.



Algumas fontes de pesquisa:

Fonte para consultas de informações sobre as ferramentas e as etapas à serem desenvolvidas:

<https://ferramentasdaqualidade.org/matriz-gut-matriz-de-priorizacao/>

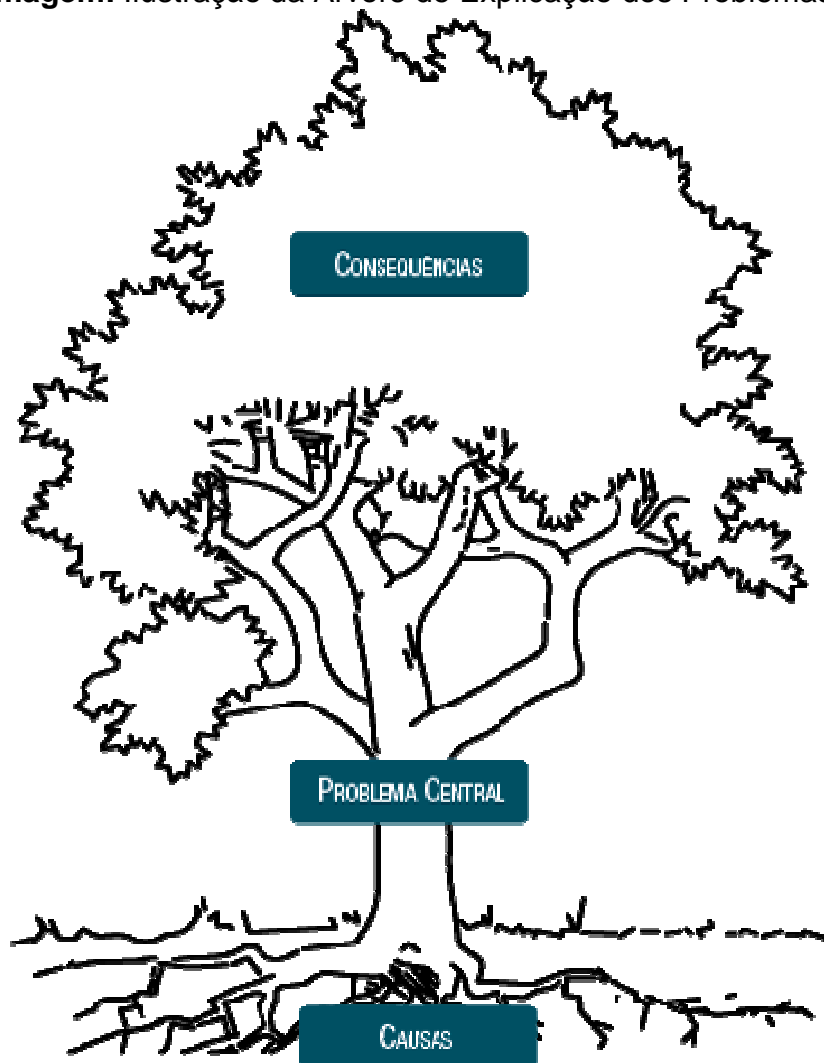
<https://www.euax.com.br/2019/06/matriz-de-priorizacao/>

<https://ensino.ensp.fiocruz.br/MeA/temas/tema3.html#o-que-como-priorizar>

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/planeja-sus/palestras-seminario-estadual-de-gestao/4674-mini-conferencia-instrumentos-de-gestao-do-sus-plano-isabel-berretta-e-viviane-brito/file>

Após a priorização dos problemas, precisa-se explicá-lo. A metodologia mais conhecida é a “árvore de explicação dos problemas” ou “fluxograma situacional” proposta pelo economista chileno Carlos Matus. Ilustração à seguir:

Imagem: Ilustração da Árvore de Explicação dos Problemas



Fonte: Ilustração retirada do Google Imagem salvo na página do UNA-SUS, pela UFSC, curso de especialização Multiprofissional na Atenção Básica.

Para sintetizar é possível construir o seguinte quadro:

Fluxograma Situacional				
Eixo	Nº	Descrição do Problema	Causa	Consequências
Condições de saúde da população.	01	XXXXXXXX	xxxxx	xxxxx
	02	XXXXXXXX	xxxxx	xxxxx
Determinantes e condicionantes de saúde	03	XXXXXXXX	xxxxx	xxxxx
	04	XXXXXXXX	xxxxx	xxxxx
Gestão em saúde	05	XXXXXXXX	xxxxx	xxxxx
	06	XXXXXXXX	xxxxx	xxxxx

Para otimizar e alinhar com os processos anteriores, pode-se, inclusive, incorporar à Matriz de Consolidação de Informações sobre a definição dos problemas encontrados.

Matriz de consolidação de informações sobre a definição dos problemas encontrados								
Eixo	Nº	Descrição do Problema	Tamanho do problema	Pop. Atingida	Localização	Dimensão temporal	Causas	Consequências
Condições de saúde da população.	01	xxxxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx
	02	xxxxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx
Determinantes e condicionantes de saúde	03	xxxxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx
	04	xxxxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx
Gestão em saúde	05	xxxxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx
	06	xxxxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx	xxxxx

3.5. Definição dos Compromissos de Saúde.

Chegamos a fase dos Compromissos de Saúde, ela determinará as diretrizes, objetivos, metas, indicadores, prazos e responsabilidades, representará a pactuação realizada pelos Gestores.

PLANO DE DEFINIÇÃO DE COMPROMISSOS

Objetivo: _____ (Os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados)

Diretrizes: _____ (As diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas de forma objetiva)

Eixo: _____ (Aqueles já formulados no item 3.4, letra “a”)

Resolução CIB-PE: _____ (Inserir nº de Resolução CIB Homologada)

Rede de Atenção	Ação	Nível de Gestão (municipal/ estadual/ Federal)	Situação atual	Meta	Indicador	Unidade de Medida	Fonte	Estimativa de Custos (*)	Financiamento (tripartite)	Periodicidade Monitoramento

Nota:
(*) – Definição de Custos: é a expressão do consumo, da utilização ou da transformação de bens ou serviços no processo de produção de outros bens ou serviços.

Uma observação importante é desenvolver o pensamento crítico de viabilidade das ações propostas e elaborar a previsão orçamentária que em alguns casos será triparte. A análise de viabilidade implica na identificação da disponibilidade de determinados recursos para a continuidade das ações, incluindo assim a **viabilidade política** (vontade política de enfrentar a situação); viabilidade **técnica-operacional** (disponibilidade de recurso técnicos para a execução das ações) e viabilidade **financeira** (disponibilidade de recursos financeiros – negociados no Plano Plurianual - PPA).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trazer neste capítulo os tópicos mais relevantes da macrorregião na sua conformação territorial e assistencial. Ao finalizar todo o Plano Macrorregional, revise o documento por inteiro, levando em consideração os aspectos linguísticos, como também, se o conteúdo condiz com as pactuações realizadas durante todo o processo de regionalização e reorganização do território assistencial e administrativo.

Observação:

Vale à pena ressaltar que a construção do Plano Macrorregional deve ser de forma participativa e integrada. Então, é importante apresentá-lo de forma prática e objetiva refletindo a realidade, identificando as prioridades, pensando sempre na economia de escala e escopo, a fim de prestar uma atenção à saúde mais resolutiva, dessa maneira otimizando os recursos disponíveis.

É preciso compreender que este Plano Macrorregional é “Vivo”, ou seja, dinâmico e deve ser encarado como ponto de partida para futuras pactuações, além de ponto de pauta das reuniões de CIR, CIR ampliada e CIB.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Glossário Lourdes Almeida da Consolidação de Normas do Sistema Único de Saúde**. Programa de Direito Sanitário — Brasília : Ministério da Saúde, Prodisa/Fiocruz, 2021. xx, 447 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_Lourdes_Almeida_consolidacao_normas_SUS.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Acesso em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

_____. Ministério da Saúde. **Decreto Presidencial nº 7.508 de 19 de setembro 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. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

_____. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde**. Ministério da Saúde –Brasília: ISBN 85-334-0762-9, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 373, DE 27 de fevereiro de 2002**. Dispõe a Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BERRETTA, Isabel Quint. **INSTRUMENTOS BÁSICOS DE PLANEJAMENTO**. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação. Gerência de Planejamento do SUS. Ano não definido. Apresentação em PowerPoint, salva em PDF. 63 slides. color. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/planeja-sus/palestras-seminario-estadual-de-gestao/4674-mini-conferencia-instrumentos-de-gestao-do-sus-plano-isabel-berretta-e-viviane-brito/file> . Acesso em: 13 out. 2022.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. **Resolução CIB/PE nº 5.613, de 08 de novembro de 2021**. Define diretrizes, atualiza a metodologia e cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) da Resolução CIB/PE 4086 de 11 de junho de 2018 e ratifica a deliberação CIB de 17 de setembro de 2011, que estabelece a conformação territorial de saúde no Estado de Pernambuco em 04 (quatro) macrorregiões.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021**. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-consolidacao-cit-n-1-de-30-de-marco-de-2021-323572057>

MENDES, Eugênio Vilaça. **Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Acesso em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2017/03/botaoPDF.jpg>

MINAS GERAIS, Secretaria do Estado de Minas Gerais. **Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais**, 2020. Disponível: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/28-10_PLANO-DIRETOR-DE-REGIONALIZACAO-DA-SAUDE-DE-MINAS-GERAIS_PDRMG.pdf

Caderno I: Alinhamento Conceitual e Metodológico do Planejamento Regional Integrado. Secretaria Estadual de Saúde, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Pernambuco, Ministério da Saúde. 1ª Edição – Pernambuco-PE, 2021.

PERNAMBUCO, Secretaria do Estado de Pernambuco. **Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco**, 2011. Disponível: <https://ead.saude.pe.gov.br/mod/resource/view.php?id=707>

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação de Vigilância em Saúde. **Perfil Socioeconômico, Demográfico e Epidemiológico: Pernambuco 2016**. 1ª Edição. Recife: Secretaria de Saúde do Estadual de Pernambuco, 2016. Acesso em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/perfil_socioeconomico_demografico_e_epidemiologico_de_pernambuco_2016a.pdf

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Hemope. **Política Estadual de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (PEHH-PE)**. 1ª Edição. Recife: Secretaria de Saúde do Estadual de Pernambuco, 2016b.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023** / Secretaria Estadual de Saúde. – Recife: A Secretaria, 2021. Acesso em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2020_2023_0.pdf

PERNAMBUCO. Informações extraídas da Planilha da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde em Pernambuco, 2013.

TEIXEIRA, Carmem. Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências. EDUFA, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>

ANEXO



ANEXO I

Capa e Contracapa

Planejamento Regional Integrado
Grupo Condutor Macrorregional

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

X Macrorregião

Pernambuco
2022



Planejamento Regional Integrado

GRUPO CONDUTOR MACRORREGIONAL – X Macrorregião

Resolução CIB/PE nº 5.623, de 25 de novembro de 2021

COSEMS

Nome

Representação

SES

Nome

Representação

MS

Nome

Representação



GOVERNO DE PERNAMBUCO
Secretaria de Saúde



PLANEJAMENTO
REGIONAL
INTEGRADO