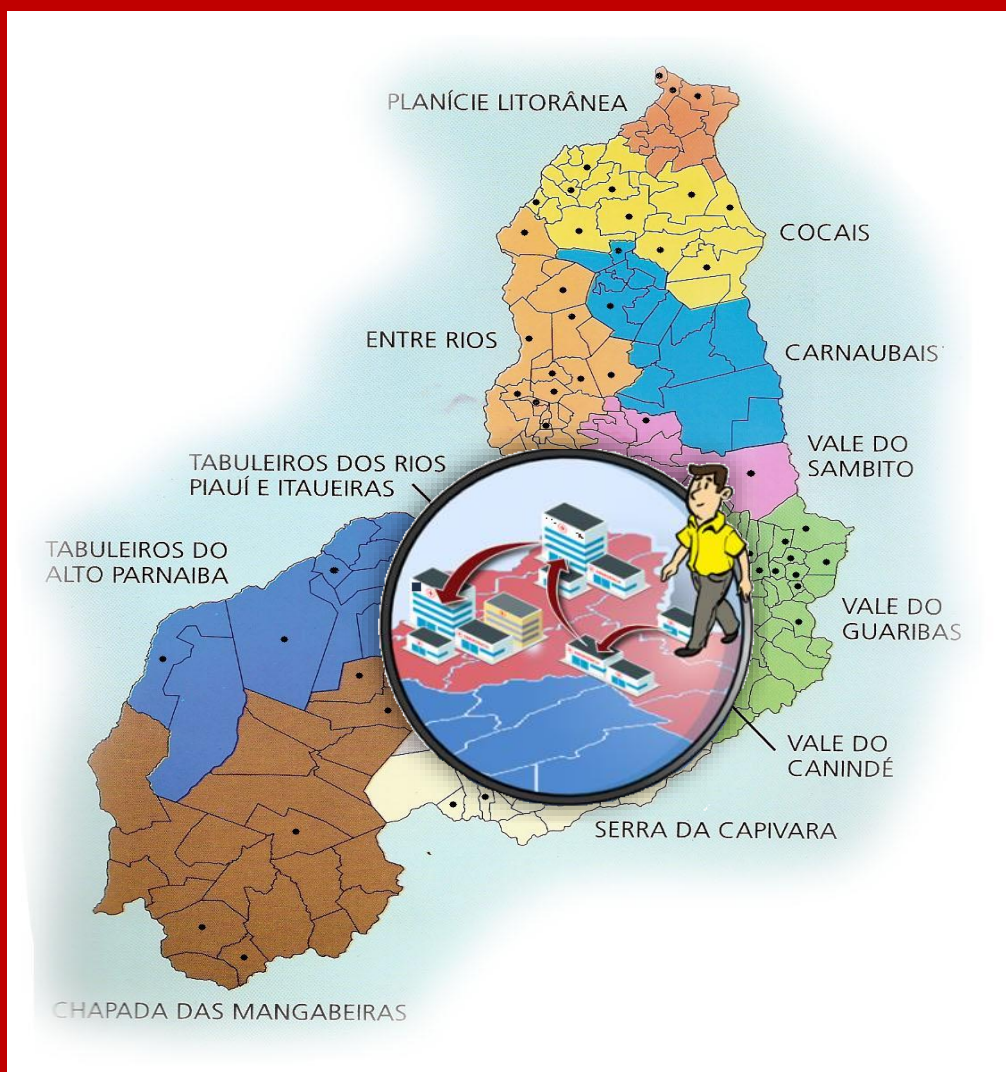


# PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

Oficina 1: Guia para Construção da **ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE -PRI - nas Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado – MACRORREGIÃO SEMI ÁRIDO Vale do Guaribas, Vale do Canindé, e Vale do Sambito**



**“ O Desafio de consolidar a Regionalização e o Fortalecimento da Governança Regional “**  
**Agosto/2022**



Secretaria de Estado da Saúde



Todos os direitos reservados.

É permitida a reprodução parcial ou total deste documento desde que citada a fonte e, que não seja para venda ou qualquer outro fim comercial.

**Organização, Redação e Sistematização**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ**

Diretoria de Unidade de Planejamento/DUP/SES-PI

- Av. Pedro Freitas – Centro Administrativo de Teresina – Bloco A Teresina- Piauí – CEP 64.018-900

[WWW.saude.pi.gov.br](http://WWW.saude.pi.gov.br)

**Reprodução**

**Fundação Reabilitar - CEIR**

Tiragem: 1ª edição – Agosto/2022 – 95 exemplares Manual Geral

**APOIO E COLABORAÇÃO:**

Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Piauí – COSEMSPI

Hospital da Beneficência Portuguesa – BP

Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Piauí (NESPI) da Universidade Federal do Piauí

Diretorias Técnicas da SESAPI: Vigilância e Atenção à Saúde/Diretoria de Vigilância Sanitária Estadual/  
Superintendência de Assistência à Saúde/Diretoria de Organização Hospitalar/Diretoria de Controle, Avaliação,  
Regulação e Auditoria.

**COORDENAÇÃO GERAL:**

Diretoria de Planejamento – SUP/SES-PI

Ficha Catalográfica

Secretaria de Estado da Saúde do Piauí - Documento: **Guia para Construção da ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE -PRI - nas Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado – Vale do Guaribas, Vale do Canindé e Vale do Sambito**

- Secretaria Estadual da Saúde do Piauí-Diretoria de Planejamento

Agosto/2022

## ***SUMÁRIO***

1. Introdução .....	04
2. Objetivos: Geral e Específicos .....	06
3. Produtos .....	07
4. Programação de Atividades.....	08
5. Instrumentos Metodológicos.....	12
6. Organização Macrorregional no Estado do Piauí.....	21
7. Macrorregião Semi Árido: Perfil Sanitário e Indicadores de Saúde.....	25

## INTRODUÇÃO

O Planejamento Regional Integrado (PRI) é parte do processo de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, deverão ser observadas na elaboração do Plano Estadual de Saúde, conforme Portaria GM/MS nº2.135, de 25/09/2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.

Partindo desse princípio, o processo de PRI, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), deverá compreender: (i) a *Análise de Situação de Saúde* das Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado tendo por base os Planos Municipais de Saúde, (ii) o *Desenho da Rede de Atenção à Saúde* (RAS) com ênfase na Rede Materno Infantil, (iii) a *Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde* (PGASS), (iv) a Implantação dos *Mecanismos de Governança Regional*.

Na *Análise da Situação de Saúde* das Regiões do Estado deve-se observar se as prioridades e problemas de saúde identificados dialogam com as políticas e dispositivos legais do SUS, se expressam as necessidades de saúde da população do território, se contemplam e priorizam a atenção primária à saúde, as formas de acesso aos serviços de saúde e sua integração dentro das redes de saúde implantadas e a implantar no estado, além das responsabilidades decorrentes das pactuações realizadas, assim como toda a parte de vigilância, promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma coerente com capacidade operacional e financeira dos respectivos municípios.

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

Por conseguinte, a organização das RAS deve estar sustentada e clara e, se possível, prévia definição do território, condição que implica no estabelecimento de limites geográficos, população e o rol de ações e serviços que serão ofertados no município, na região, e na macrorregião de saúde. Esta Macrorregião, por sua vez, é definida como o espaço em que a estrutura operacional das redes se completa, com vistas à garantia da integralidade do cuidado. As competências e responsabilidades

dos Pontos de Atenção no cuidado integral devem estar correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e os municípios para o processo de regionalização, parâmetros de escala e acesso e, a revisão e atualização da programação e distribuição dos recursos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, alocado para o estado do Piauí, enquanto uma das condições para garantia e sustentabilidade de operação da RAS.

As Oficinas do PRI, portanto, consistem em ações estratégicas previstas no Projeto Regionalização do Estado do Piauí/2020 para serem implementadas, sinergicamente, nas Regiões/Macrorregiões de Saúde do Estado junto aos Gestores Municipais de Saúde, a partir da parceria firmada entre SESAPI, COSEMSP, MS, Hospital da Beneficência Portuguesa (BP), CES, UFPI e SEPLAN, no âmbito do PROADISUS visando, finalisticamente, o Fortalecimento da Regionalização e da Governança Regional.

O desenvolvimento do PRI se efetivará por meio de **Momentos** metodologicamente desenhados, considerando os objetivos a que se destinam. Dessa forma, obedecem a uma sequência lógica de eventos ou iniciativas e guardam estreita relação entre si.

São **Momentos Interdependentes e Complementares**. Dessa forma, as Oficinas do PRI nas Regiões de Saúde devem ser implementadas, observando a sequência das temáticas priorizadas para cada um dos 03 Momentos presenciais previstos, quais sejam: **Momento 1 - Análise Situacional de Saúde**; **Momento 2 - Desenho da Rede (RAS)**; **Momento 3 - Elaboração da PGASS**. Cada Momento será operacionalizado em **OFICINAS** cuja duração está estimada para 2,5 dias com uma carga horária de 20 hs de efetivo trabalho com e, em Grupo.

Fez-se, necessário, inicialmente, o **Alinhamento Técnico e Metodológico de Facilitadores**, para atuarem na coordenação e condução das **Oficinas Regionais do PRI** de modo a garantir, portanto, a operacionalização e capilaridade do processo.

Os Facilitadores, por sua vez, replicarão nas Regiões de Saúde a sequência temática, teórico-metodológica do alinhamento a que foram submetidos, cuja base conceitual reside na concepção do **Arco de Maguerez de AÇÃO-REFLEXÃO-AÇÃO**. Ou seja, cada **Oficina de Alinhamento** vivenciada pelos Facilitadores para os **Momentos** subsequentes do processo será, em seguida, replicada nas Regiões de Saúde constituindo-se, dessa forma, nas **Oficinas do PRI** propriamente dita.

Os produtos obtidos nas Oficinas serão sistematizados e consolidados pelo **CGE** com apoio da **UFPI-NESP e BP**, consubstanciando os **11 Planos Regionais de Saúde**, por sua vez, consolidados em **04 Planos Macrorregionais de Saúde**, cuja finalidade última, consiste em fundamentar a elaboração do **PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2024 A 2027**.

---

## **OFICINA 2: Elaboração da Análise Situacional de Saúde no âmbito do PRI /PROADISUS para Desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado-PRI nas Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado – VALE DO GUARIBAS, VALE DO CANINDÉ E VALE DO SAMBITO.**

### **1. OBJETIVOS**

#### **Objetivo Geral:**

Capacitar as equipes Gestoras e Técnicas das Secretarias Municipais de Saúde do Piauí, bem como demais parceiros institucionais para o desenvolvimento do *Projeto de Fortalecimento das Ações de Planejamento, Regionalização e Governança Regional*, com vistas à implementação dos Momentos Metodológicos do Planejamento Regional Integrado-PRI, especialmente nesta Oficina 2, na construção da ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE DA REGIÃO.

#### **Objetivos Específicos:**

- Instrumentalizar os Gestores e Técnicos municipais no manejo teórico e metodológico das ferramentas técnicas de elaboração da **Análise Situacional de Saúde da Região de Saúde** da qual seu município faz parte;
- Possibilitar aos participantes, por meio de análise e discussão em grupo do Perfil de Saúde da Região e dos seus Indicadores, o exercício de análise e construção da Situação de Saúde, em relação aos aspectos demográficos, sociais, epidemiológicos, sanitários e organizativos, com vistas à oportunizar a compreensão acerca :
  - do processo de levantamento dos problemas e das necessidades em saúde da população dos municípios que integram a região de saúde, notadamente aqueles de abrangência regional e, das suas evidências ;

- A identificação dos problemas de saúde prioritários da Região;
- Categorização dos problemas priorizados quanto a sua natureza;
- Os determinantes e condicionantes dos problemas priorizados.

## 2. PRODUTOS

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

- Identificação e listagem dos Problemas/Necessidades de Saúde Prioritárias da Região de Saúde, suas evidências e, sua natureza;
- A identificação das possíveis Causas (determinantes e condicionantes).

**ATENÇÃO** ⇒ \*As **CAUSAS** identificadas na **OFICINA 1**, atuarão como disparadores para a **OFICINA 2**, uma vez que subsidiarão a proposição de Ações/Estratégias para organização da **REDE DE ATENÇÃO** na Macrorregião, uma vez que a intervenção deve ser realizada sobre as Causas que produzem e mantêm os Problemas/Necessidades identificados e priorizados.

### 3. PROGRAMAÇÃO

HORÁRIO	ATIVIDADE
<b>PRIMEIRO DIA</b>	
08:00 às 08:30h	<b>Abertura</b> (SESAPI/COSEMSPI/NESPI-UFPI/ CES/ BP/MS)
08:30 às 09:10h	<b>Dinâmica da Oficina 1 (SESAPI)</b> - Objetivos da Oficina - Proposta Metodológica - Integração dos Participantes - Contrato de Convivência
09:10 às 09:30h	<b>Intervalo</b>
09:30 às 10:20 h	<b>Atividade 1 – Exposição Dialogada</b> ✓ <b>Tema 1 :</b> “ <i>Regionalização como Modelo de Organização do Sistema de Saúde: fundamentos técnicos e legais e o Planejamento Regional Integrado (PRI) - Portaria MS e PROADISUS/BP</i> - 50 minutos <u>Expositor:</u> representante do SESAPI e BP
10:20 às 11:00h	✓ <b>Tema 2:</b> “ <i>Indicadores: o que são indicadores, tipos de indicadores e para quê servem</i> “ – 40 minutos <u>Expositor:</u> representante da UFPI/NESP
11:00 às 11:40h	✓ <b>Tema 3:</b> <i>O que é Análise Situacional de Saúde e quais elementos a compõem</i> ” – 40 minutos <u>Expositor:</u> representante do COSEMS-PI
11:40 às 12:00h	<b>Debate</b>
12:00 às 13:30h	<b>Intervalo - Almoço</b>
13:30 às 14:00h	<b>Acolhimento e Formação de Grupos de Trabalho</b> ✓ Considerando a participação de técnicos e gestores na Oficina 1, formar Grupos de até 10 participantes cada um. O quantitativo de participantes por grupo, dependerá do número de representantes dos Municípios presentes à Oficina



14:00 às 14:30h	<b>Acolhimento ao Grupo – Técnica de D.G</b>
14:30 às 15:40	<b>Atividade 2 – <u>Leitura e Discussão em Grupos</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Tema:</b> Principais Indicadores dos Municípios e da Região de Saúde</li> <li>✓ <b>Facilitadores:</b> SESAPI/COSEMS/BP/ NESP-UFPI</li> </ul>
15:40 às 15:50h	<b>Intervalo</b>
15:50 às 17:20h	<b>Atividade 3 – <u>Atividade em Grupo</u> - Identificação e Listagem dos Problemas/Necessidades de Saúde tendo por base os Indicadores analisados e de suas possíveis <u>Evidências</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Partindo das informações contidas nos Quadros e Tabelas de Indicadores, o Grupo deve preencher o <b>QUADRO 1</b> com a identificação e listagem de, pelo menos, 05 problemas /necessidades identificados e comuns aos municípios da Região de Saúde</li> <li>✓</li> </ul>
17:20 às 18:00h	<b>Atividade 4 – <u>Plenária de Socialização/Compartilhamento no grupão das atividades realizadas nos pequenos grupos</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Tema:</b> Apresentação dos Problemas/Necessidades identificados e listados e de suas Evidências</li> <li>✓ <b>Facilitadores:</b> SESAPI/COSEMSPI/BP/NESP-UFPI</li> </ul>
18:00 h	<b>Encerramento -Avaliação do dia de trabalho</b>
<b>SEGUNDO DIA</b>	
08:00 às 09:00h	<b>Acolhimento aos participantes</b>
09:00 às 10:40h	<b>Atividade 5 – <u>Atividade em Grupo</u> - Priorização/Hierarquização dos Problemas e Necessidades de Saúde:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aplicação e preenchimento do instrumento Matriz de Hierarquização de Problemas Prioritários – <b>QUADRO 2</b></li> </ul>

10:40 às 11:00 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Facilitadores:</u> SESAPI/COSEMSPI/BP/NESP-UFPI</li> </ul> <p><b>Intervalo</b></p>
11:00 às 12:00h	<p><b>Atividade 6 - <u>Plenária de Socialização</u>/Compartilhamento no grupão das atividades realizadas nos pequenos grupos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Problemas priorizados/hierarquizados pelos Grupos</li> </ul>
12:00 às 13:30	<p><b>Intervalo - Almoço</b></p>
13:30 às 16:00h	<p><b>Atividade 7 - <u>Atividade em Grupo</u> - Agrupamento dos Problemas por Núcleos de Sentidos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Preenchimento do <b>QUADRO 3</b> de Classificação do Problemas dos Problemas segundo sua natureza/tipo e identificação das suas Causas (Determinantes - o que produz o problema e Condicionantes - o que mantém)</li> <li>✓ <u>Facilitadores:</u> SESAPI/COSEMSPI/BP/NESP-UFPI</li> </ul>
16:00 às 16:20h	<p><b>Intervalo</b></p>
16:20 às 17:30h	<p><b>Atividade 8 - <u>Plenária de Socialização</u>/Compartilhamento no grupão das atividades realizadas nos pequenos grupos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Problemas segundo sua natureza/tipo e identificação das suas Causas (Determinantes - o que produz o problema e Condicionantes - o que mantém)</li> </ul>
17:30 h	<p><b>Encerramento</b> – avaliação das atividades do dia</p>
<b>TERCEIRO DIA</b>	
08:00 às 08:30h	<p><b>Acolhimento aos participantes</b></p>
08h30 às 10:00h	<p><b>Atividade 9 - <u>Atividade em Grupo</u> - Consolidação e sistematização da Análise Situacional dos da Região de Saúde e os municípios que a integram</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consolidação e Priorização dos problemas conforme aplicação dos critérios de Seleção da Matriz GUT - <b>QUADROS 4 e 5</b></li> <li>✓ <u>Facilitadores:</u> SESAPI/COSEMSPI/BP/NESP-UFPI</li> </ul>

10:00 às 10:20h	<b>Intervalo</b>
10:20 às 11:30h	<p><b>Atividade 10 - <u>Plenária de Socialização</u>/Compartilhamento no grupo das atividades realizadas nos pequenos grupos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Análise Situacional de Saúde sistematizada com Identificação, Hierarquização de Problemas e Necessidades de Saúde, suas Evidências, Natureza dos Problemas, principais Causas e Priorização dos Problemas a serem enfrentados na OFICINA 2.</li> <li>✓ <u>Facilitadores</u>: SESAPI/COSEMSP/ BP/NESP-UFPI</li> </ul>
11h30 às 12h00h	<p><b>Atividade 13 - Avaliação e Encerramento da Oficina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Facilitador</u>: representante da SESAPI</li> </ul>
12:00 às 12:30h	<b>Encaminhamentos - próximos Momentos do PRI</b>
12:30h	<b>Almoço</b>

#### 4. INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS

##### - QUADRO 1 -

##### LISTAGEM/IDENTIFICAÇÃO

O **Quadro 1** destina-se à sistematização dos **Problemas** e das **Evidências** que comprovam a existência dos mesmos.

Para preenchimento do Quadro 1, sugere-se que após a leitura e discussão dos Indicadores de Saúde da Região e de seus Municípios, os participantes realizem um Brainstorm (tempestade de idéias) enunciando o Problema em uma tarjeta de papel que deve ser afixada em papel madeira para visualização de todos os participantes do Grupo. O Grupo deve enunciar como resultado do trabalho em grupo, 05 Problemas, identificados a partir da discussão entre os participantes. No processo de discussão devem ser eliminadas as repetições, mantendo-se aquele problema com melhor redação – mais clara e precisa.

Observar critérios básicos para o enunciado dos Problemas, quais sejam:

- ✓ **PROBLEMA:** é definido como uma discrepância entre **o ser (o que é)** e **o dever ser** (o que deveria ser), causando um mal estar para os que se localizam nesta intercessão contraditória entre ser alguma coisa e precisar ou querer ser uma coisa diferente. É, enfim, tudo o que produz, mantém ou circunscreve essa situação contraditória, negativa e incômoda. Os PROBLEMAS são explicitados através de frases curtas, diretas e direcionadas apenas para o aspecto central da questão problemática.
- ✓ **EVIDÊNCIAS:** preferencialmente descritas de maneira quantitativa a exemplo de Taxas, Percentuais, Proporção, dentre outras. No entanto, pode-se utilizar também evidências ou descritores qualitativos. Essas evidências demonstram/comprovam que o Problema existe.
- ✓ Materiais Necessários para o desenvolvimento da atividade:
  - Folhas de papel madeira
  - Caneta piloto de cores variadas
  - Tarjetas de cartolina
  - Fita crepe
  - Formulário com o **QUADRO 1**

**PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO-PRI  
LEVANTAMENTO/IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS**

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

<b>Municípios integrantes do Grupo:</b>	<b>População Total:</b>	<b>Região de Saúde:</b>	<b>Macrorregião:</b>
---	-------------------------	-------------------------	----------------------

**- QUADRO 1-  
LISTAGEM DOS PROBLEMAS**

<b>Problemas Identificados</b>	<b>Evidência (Indicador)</b>
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

## **POSSÍVEIS ÁREAS TEMÁTICAS QUE PODEM EXPRESSAR PROBLEMAS OU NECESSIDADES DE SAÚDE DA REGIÃO**

- 1) Distribuição/segmentação Etária da população
- 2) Concentração e distribuição geográfica da população
- 3) Mortalidade Materna (oferta de exames)
- 4) Atenção e oferta de cuidado à gestação de risco
- 5) Mortalidade Neonatal e na Infância
- 6) Capacidade Instalada, oferta de Serviços Ambulatoriais e Hospitalares
- 7) Qualidade e resolutividade dos serviços prestados na rede hospitalar pública
- 8) Oferta de exames e procedimentos especializados de média e alta complexidade (MAC)
- 9) Mortalidade por Causas Externas (Suicídio, Acidentes de Trânsito, Violência)
- 10) Oferta de cuidado em Saúde Mental (Serviços / Capacidade Instalada)
- 11) Continuidade do cuidado ao paciente com Doenças Crônicas
- 12) Doenças Negligenciadas prevalentes
- 13) Incidência e/ou Prevalência de DTs e DNTs
- 14) Capacidade instalada e oferta de Ações e Serviços de Atenção às Urgências e Emergências
- 15) Oferta de serviços e acesso ao cuidado ao portador de Deficiências
- 16) Qualidade da água e produtos para consumo humano
- 17) Acesso a Serviços e Ações de Saúde de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e/ou Hospitalar
- 18) Relações Interfederativas Cooperativas e Solidárias
- 19) Financiamento Tripartite
- 20) Qualificação de Recursos Humanos
- 21) Vigilância em Saúde
- 22) Disponibilidade e acesso a Assistência Farmacêutica
- 23) Capacidade instalada e Oferta de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
- 24) Suficiência de Exames Laboratoriais
- 25) Qualificação do processo de Gestão dos Serviços, Ações e/ou do Sistema de Saúde

## - QUADRO 2 -

### *HIERARQUIZAÇÃO DE PROBLEMAS*

**A hierarquização é uma análise de cada problema listado. Esta análise é feita através de critérios que são construídos a partir da categorização das seguintes variáveis:**

**Valor Político:** a importância que o problema tem para o ator institucional (Gestor/SMS), levando em conta também, a importância que este tem para a população-objetivo e para a população em geral.  
**Qual a importância do Problema ?**

**Governabilidade:** possibilidade e oportunidade de enfrentar o problema com êxito. É oportuno intervir ? Disponho dos recursos necessários para intervir ?

**Eficácia:** possibilidade que o ator tem para enfrentar o problema (obter resultados) a partir dos recursos operacionais de que dispõe. Os recursos que controlo são eficazes para enfrentar o problema eficazmente?

**Custo do Adiamento:** trata-se de verificar em que nível o não enfrentamento do problema vai provocar a permanência da situação presente, dificultando os processos de mudança e melhoria de qualidade dos serviços e/ou produtos ao ambiente externo.

**COMO CATEGORIZAR:** Listar os problemas e identificar, para cada variável de seleção, a categorização: **ALTA, MÉDIA** ou **BAIXA**. Ficam hierarquizados, como problemas prioritários, aqueles que, no processo grupal de hierarquização, a categoria alta for em selecionada em todas as variáveis de análise.





- QUADRO 3 –

**LISTAGEM DAS CAUSAS E AGRUPAMENTO DOS PROBLEMAS SEGUNDO  
SUA NATUREZA**

O **QUADRO 3** tem por objetivo Classificar/Agrupar os Problemas identificados e Priorizados segundo a Natureza dos mesmos. Para tanto definiu-se quatro (04) grandes categorias, a saber:

- 1) **Suficiência e Qualidade Serviços** existentes no município (capacidade instalada) e da Infra-Estrutura desses. A inclusão será feita mediante a marcação com um X na coluna correspondente;
- 2) **Limitações relativas ao Acesso** às ações e serviços de saúde, quer no âmbito da Atenção Primária (AP), quer em relação aos procedimentos, exames e consultas de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC). Considera-se aqui aspectos relacionados a oferta, tempo de espera (fila), Regulação do acesso e da assistência à saúde, dentre outros;
- 3) **Problemas relativos a Recursos Humanos** quer em relação a Quantidade disponível de profissionais e trabalhadores, quer em relação a Qualidade do serviço prestado a população. Considera-se aqui, também, aspectos relacionados a Capacitação, Humanização do cuidado, resolutividade do serviço prestado;
- 4) **Organizativos**. Essa dimensão considera aspectos relacionados a qualidade, eficiência e eficácia dos processos de trabalho desenvolvidos no âmbito das instituições e do sistema de saúde; bem como, aos fluxos; referência e contra-referência, além do processo de Gestão exercitado e às questões relacionadas ao financiamento.
- 5) **Governança/Relações Interfederativas**: Nessa categoria se incluem aspectos relacionados às relações entre Gestores e destes com o Controle Social e com a sociedade em geral. Inclui ainda aspectos relacionados ao cumprimento dos pactos estabelecidos entre gestores.

Para cada Problema listado e hierarquizado, o Grupo deve usando a técnica do brainstorm e das tarjetas de cartolina, listar o máximo de causas envolvidas na produção e/ou manutenção do problema. Essas causas devem ser descritas ao lado do Problema a que se refere. O grupo deve listar o máximo possível de causas sem se preocupar, nesse momento, com a proposição de estratégias e ações de enfrentamento. Esses Problemas e suas Causas serão retomados na OFICINA 2 destinada à discussão da estruturação da RAS-Rede Macrorregional de Atenção à Saúde.

- QUADRO 3 -

**LISTAGEM DAS CAUSAS E AGRUPAMENTO DOS PROBLEMAS SEGUNDO  
SUA NATUREZA**

PROBLEMAS	CAUSAS (Determinantes e Condicionantes)	NATUREZA DOS PROBLEMAS				
		Suficiên. E Qualidade Serviços e da Infra- Estrutura (cap. Instal.)	Acesso a ações e serv. de saúde (AP e MAC)	Rec . Humanos (Quantid. Qualid.)	Organizativos (Processos Trab./Gestão/ Financ.	Governança/ Relações Interfederativas/ Controle Social
1)	a)					
	b)					
	c)					
	d)					
2)	a)					
	b)					
	c)					
	d)					
3)	a)					
	b)					
	c)					
	d)					
4)	a)					
	b)					
	c)					
	d)					
5)	a)					
	b)					
	c)					
	d)					

**- QUADRO 4 -**

**MATRIZ GUT – PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS A SEREM ENFRENTADOS**

Após cada Grupo ter realizado as etapas anteriores de **Identificação, Hierarquização, Listagem das Causas e Agrupamento**, é chegado o momento de utilizar a **MATRIZ GUT** conforme descrito abaixo, aplicando os critérios de análise e a classificação correspondente ao consenso do Grupo em relação a três (03) PROBLEMAS PRIORITÁRIOS no entendimento do Grupo de Trabalho.

**MATRIZ GUT**

Classificação	GRAVIDADE	URGÊNCIA	TENDÊNCIA		
<b>1</b>	Sem Gravidade	Pode Esperar	Não se Modifica		
<b>2</b>	Pouco Grave	Pouco Urgente	Piora no Longo Prazo		
<b>3</b>	Grave	Ação Rápida	Piora		
<b>4</b>	Muito Grave	Ação Urgente	Piora no Curto Prazo		
<b>5</b>	Extremamente Grave	Ação Imediata	Piora Imediata		
PROBLEMA		GRAVIDADE	URGÊNCIA	TENDÊNCIA	GUT
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					
7)					
8)					
9)					
10)					

A partir da classificação de cada aspecto, o grau de prioridade será definido conforme a pontuação **G x U x T**. Os problemas que obtiverem os maiores resultados para cada núcleo temático, serão as principais dificuldades a serem enfrentadas.

**- QUADRO 5 -**

**PROBLEMAS PRIORIZADOS A SEREM ENFRENTADOS**

PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS	ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL, DIRETAMENTE PELO ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA		
		Município	Estado	União
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				

**Em função da natureza do Problema, o Grupo deve identificar a possível ESFERA DE GESTÃO, diretamente responsável pelo enfrentamento das Causas dos Problemas Priorizados. Deve ser utilizada a marcação com um "X" na coluna correspondente.**

## 5. ORGANIZAÇÃO MACRORREGIONAL NO ESTADO DO PIAUÍ

As primeiras iniciativas de construção do desenho de Regionalização da Saúde do Estado do Piauí, embora preconizada na Constituição de 1988 e estabelecida na Lei 8.080 de 1990, remontam ao ano de 2004, quando, à luz das diretrizes técnicas das NOAS 2001 e 2002, a Secretaria Estadual de Saúde construiu o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Piauí – PDR/2004.

Àquele momento, ancorado em uma lógica puramente assistencial, na qual a base de informação sustentou-se em detalhado estudo sobre a capacidade hospitalar instalada, fluxos historicamente seguidos pela população na busca de Serviços de Saúde resolutivos e, sobre as referências hospitalares entre os municípios do Estado, o PDR/2004 foi desenhado para atender, principalmente, à demanda de organização da assistência hospitalar no Piauí, servindo de base para o processo de elaboração da **Programação Pactuada e Integrada da Assistência-PPI**. Assim, no PDR/2004 os municípios foram agrupados em **06 Macrorregiões de Saúde, 11 Microrregiões e 44 Módulos Assistenciais**. O desenho proposto atendia às diretrizes preconizadas nos instrumentos normativos vigentes à época.

A publicação da portaria sistematizando e normatizando o **PACTO PELA SAÚDE** em 2006, introduziu novas regras e priorizou a constituição das **Regiões de Saúde** cuja concepção já esboçada na Lei 8.080/1990, foi significativamente ampliada para além da mera aglomeração física e geográfica de municípios em uma lógica puramente Assistencial, para incluir a Atenção à Saúde nas seus diversos níveis de cuidado. Posteriormente, o reforço do **Decreto 7.508/2011**, consolidou a concepção de Região de Saúde como **espaço vivo** de produção de sujeitos e de vida, bem como, espaço determinante na construção de relações e interações entre sujeitos sociais e institucionais e desses, com o ambiente social, político, cultural e econômico em que viviam, portanto, como lócus de produção do binômio saúde X doença.

Já em 2006, a conformação e formalização das *Regiões de Saúde* do Estado tornou-se uma necessidade a ser atendida e efetivada considerando que, além dos aspectos relativos a capacidade de ofertar serviços - com certa suficiência - e ações de saúde em todos os níveis de complexidade do cuidado desde a Atenção Primária até a Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, fazia-se necessário, também, a configuração da Região de Saúde como estratégia essencial para o fortalecimento da responsabilidade sanitária e solidária dos distintos níveis de gestão do SUS, bem como, para a qualificação da Governança Regional e da Gestão do Sistema.

A publicação do Pacto pela Saúde em 2006 atuou, portanto, como importante indutor para o processo de atualização do PDR aprovado em 2004. Cabe ressaltar, no entanto, que além das inovações decorrentes do disposto na portaria do Pacto pela Saúde/2006, a incorporação das diretrizes do processo de **Territorialização do Governo do Estado do Piauí**, conforme definidas pela Secretaria de Planejamento do Estado do Piauí e normatizadas por meio da **Lei Complementar GE nº 87/2007** instituindo os 11 Territórios de Desenvolvimento (TD), tornou-se condição imprescindível para a modelagem de um novo Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado, formal e legalmente atualizado em 2009.

Dessa forma, o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Piauí -PDR atualizado em 2009, buscou compatibilizar ou fazer coincidir, o máximo possível, o desenho das 11 Regiões de Saúde, com o desenho, composição e caracterização dos Territórios de Desenvolvimento criados pela LC nº 87/2007 do Governo do Estado do Piauí.

Cabe mencionar que, *além* da mera agregação geográfica e territorial, a concepção da Região de Saúde como expressão de identidade cultural, política, econômica e social, portanto, de “*Região Viva*”, impôs que as mesmas fossem fortalecidas *para além* dos determinantes e condicionantes geográficos e territoriais de um conjunto de municípios, exigindo que os mesmos se reconhecessem e se percebessem como integrantes de uma **Região** com uma identidade regional bem delimitada. Esse processo caracterizou-se como um movimento dinâmico, indutor de alterações na composição das Regiões de Saúde, a partir da migração de municípios entre as Regiões definidas, potencializando e garantindo efetivação da identidade regional.

Esses movimentos foram tecnicamente justificáveis e legalmente referendados por meio de Resoluções da Comissão Intergestora Bipartite - CIB/PI. A composição das Regiões de Saúde, dessa forma, passou a diferir da composição originalmente proposta para os Territórios de Desenvolvimento resguardando, no entanto, a denominação utilizada para esses agrupamentos territoriais conforme estabelecido na LC nº 87/2007 GE/PI.

O advento do Decreto 7.508/2011, ao regulamentar alguns dos dispositivos da Lei 8.080/90 dentre os quais, aqueles concernentes às relações interfederativas e às responsabilidades legais requeridas das instâncias gestoras do SUS, visando a garantia do atendimento às necessidades de saúde cidadão enquanto Direito, instituiu como instrumento balizador e regulador das obrigações e responsabilidades legais dos entes envolvidos, o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde – COAP, atualmente em processo de análise quanto a sua pertinência técnica e legal.

A partir de 2010 a efetiva instituição política de Redes de Atenção enquanto estratégia destinada a orientar e normatizar a organização da Atenção e do Cuidado em Saúde em todos os níveis de complexidade no âmbito do SUS, impôs às Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, a necessidade de redesenhar a organização do Sistema de Saúde por meio da definição dos Pontos de Atenção e da reorganização dos modos de produção e prestação de serviços e ações de saúde para o cidadão. Portanto, a proposição das Redes Temáticas de Atenção à Saúde, a saber Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Atenção ao Deficiente e Rede de Atenção às Doenças Crônicas, requereu um novo olhar, um novo modo de pensar e articular a produção de serviços e ações de saúde, bem como, as responsabilidades e competências dos distintos atores sociais direta e/ou indiretamente imbricados na produção da saúde tanto no nível local, quanto regional e, porque não ressaltar, macrorregional.

Ao ente Estado como coordenador, articulador, estimulador e responsável pelo processo de fortalecimento das Regiões de Saúde, compete estimular o diálogo e a pactuação entre gestores municipais, visando implementar estratégias que assegurem, sanitária e solidariamente aos partícipes em cada esfera de gestão, a responsabilidade pela oferta de serviços, mais acessíveis, resolutivos e próximos ao local onde vivem e adoecem os indivíduos, desde a atenção primária, até a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assegurando e garantindo, desse modo, a ampliação da cobertura, a desconcentração e a descentralização dos serviços e ações de saúde em todos os níveis de complexidade.

Além dos aspectos já mencionados, cabe destacar que:

- a insuficiência de dispositivos públicos de saúde com condições infra-estruturais físicas e de equipamentos adequados e disponíveis;
- os inúmeros vazios assistenciais identificados em toda a extensão territorial das Regiões de Saúde do estado do Piauí;
- a rarefação na distribuição populacional (extensas áreas geográficas x baixa densidade demográfica);
- as precárias condições de funcionamento dos serviços de saúde que integram a rede pública do Estado;
- a incipiente capacidade dos municípios piauienses de investimentos financeiros (cerca de 80% dos municípios do Estado tem menos 20.000 habitantes) em equipamentos de saúde,
- a insuficiente cobertura das Redes de Atenção à Saúde (RUE/ RC/ RAPD/RADC/RAPS) implantadas e implementadas nas Regiões de Saúde;
- necessidade do Estado de dispor de critérios claros para focalização de investimentos que observem aspectos de economia de escala e de escopo;

impuseram à instância de Gestão Estadual do SUS, a necessidade de revisar, atualizar e adequar o Plano Diretor de Regionalização do Estado – PDR, bem como, de definir de forma clara e delimitada, as prioridades de investimentos na área da saúde, visando possibilitar o efetivo reordenamento e, o funcionamento qualificado e resolutivo do Sistema Estadual de Saúde.

Tornou imperativo, portanto, que a atualização e o reordenamento do desenho da **Regionalização do Estado do Piauí**, além de contemplar os aspectos técnicos e legais preconizados nos instrumentos em vigor que norteiam a organização e funcionamento do SUS, também, atentasse para as reais condições financeiras do Estado do Piauí e, em especial, da Secretaria Estadual de Saúde, no que tange a garantia de investimentos para implantação, estruturação, recuperação, equipamento e, principalmente, para o custeio dos serviços a serem implantados e/ou implementados nas Regiões de Saúde.

A proposição da modelagem de agregação inter-regional no desenho geográfico de PDR –Pi com a constituição de **MACRORREGIÕES DE SAÚDE**, consolida e norteia novas relações, pactos e compromissos firmados e a serem firmados entre o Estado e os Municípios. Dessa forma, partindo de uma perspectiva agregadora *inter-regional* na composição das **MACRORREGIÕES DE SAÚDE**, tendo como um dos indutores relevantes desse processo, a construção de viabilidade financeira para investimentos estaduais, indispensáveis à reestruturação e reordenamento do Sistema Estadual de Saúde como um todo, o novo PDR, objetivou focalizar investimentos financeiros na RAS, considerando a necessidade de fortalecimento da capacidade macro e loco-regional de dar respostas às demandas da população – resolutividade - sem qualquer prejuízo das atribuições e competências legal e tecnicamente definidas para as Regiões de Saúde já constituídas em processos anteriores de definição e desenho da Regionalização.

Esse novo movimento, foi concebido e entendido pela gestão estadual do SUS, como *estratégia essencial* para efetivação do processo de Descentralização dos Serviços e Ações de Saúde, em especial, de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, principalmente em decorrência do perfil populacional dos Municípios do Estado, da capacidade instalada e da efetiva oferta de ações e serviços de saúde no âmbito do Estado.

O modelo proposto incorporou as 11 Regiões de Saúde já definidas. Requereu, um movimento de realocação dessas áreas geográficas, para a composição territorial de abrangência das MACRORREGIÕES DE SAÚDE ou REGIÕES AMPLIADAS DE SAÚDE, no entanto, sem quaisquer prejuízos quanto às responsabilidades e o papel que os municípios tem desempenhado na implantação e / ou implementação de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Essa lógica também se aplicou aos municípios sede de Regiões de Saúde (11 no total), no que tange ao seu papel como referência regional, embora com a perspectiva de constituição da 12ª Região de Saúde Vale do Rio Itaim desmembrada da Região de Saúde Vale do Guaribas, cujo Território de Desenvolvimento já foi formalizado pelo Governo do Estado.

Os Municípios que conformam cada uma das 11 Regiões de Saúde continuarão a oferecer serviços e ações de média complexidade ambulatorial e hospitalar, historicamente já ofertados, além de atuarem, à luz da nova proposta de agregação regional do PDR/2015, como municípios de referência nas MACRORREGIÕES DE SAÚDE.

São considerados, além de **Teresina**, como municípios de Referência Macrorregional para a Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, **Parnaíba, Picos e Floriano**. Esses municípios passaram a acrescer ao elenco de responsabilidade que já possuíam, também, aquelas responsabilidades relacionadas a oferta de Serviços e Ações de Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Dessa forma, passaram a atuar como Referência Macrorregional, à medida da efetivação dos investimentos financeiros por parte do Estado, indispensáveis à estruturação das condições físicas, materiais e humanas para essa atuação.

Os demais municípios, dispondo dos Serviços atualmente implantados e em operacionalização, atuam como retaguarda e suporte à capacidade instalada e de oferta dos municípios de Referência Macrorregional, visando garantir suficiência do território na oferta e realização dos procedimentos de média e alta complexidade para ali referenciados e, demandados pela população adscrita. Deve-se ressaltar, ainda, que o processo de estruturação dos municípios com vistas a auto-suficiência na oferta de ações e serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar para a população própria, é meta a ser gradativamente estruturada a partir da conjugação de esforços do poder público e de todos os atores sociais envolvidos na consolidação do SUS.

É objetivo da Gestão Estadual, portanto, assegurar as condições necessárias para que os municípios de cada Região de Saúde do Estado, avancem de maneira gradativa e responsável, rumo à estruturação e oferta de serviços e ações de saúde de qualidade ampliando, dessa forma, o acesso da população a serviços mais resolutivos e humanizados.

O desenho da organização Macrorregional do Estado – PDR 2015 com a proposição de **04 MACRORREGIÕES DE SAÚDE** foi aprovado por meio da **Resolução CIB (AD) nº 134/2015** e reiterado através de **Resolução CIB-PI nº 50/2018** de **08 de Junho de 2018** aprovando a manutenção do desenho das 04 Macrorregiões de Saúde, à luz do disposto nas **RESOLUÇÕES CIT nº 23 de 17.08.2017** (PRI) e **nº 37 de 22.03.2018** (PRI e Macrorregiões Saúde).





## 7. Macrorregião Semi Árido: Perfil Sanitário e Indicadores de Saúde

A **MACRORREGIÃO SEMI ÁRIDO** é constituída pela agregação das Regiões de **Saúde VALE DO RIO GUARIBAS, VALE DO CANINDÉ e VALE DO SAMBITO**. Totaliza uma população de 591.354 habitantes (Pop.Est. 2018) distribuídos em **70** Municípios. Na Região todos os municípios tem população inferior a 100.000 habitantes.

Caracteriza-se como a Macrorregião de Saúde do Estado com forte potencial econômico e com capacidade instalada e oferta de serviços e ações de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, prioritariamente, privada e concentrada no Município de Picos, que atua como referência macrorregional. Dos 18 Municípios Gestores Plenos habilitados no Piauí, a Macrorregião Semi Árido conta com 05 quais sejam: **Picos; Jaicós; Paulistana; Itainópolis; Simplicio Mendes**.

Localizada na Macrorregião SEMI-ÁRIDO, a **REGIÃO DE SAÚDE VALE DO RIO GUARIBAS** ocupa uma área de 22.726 km<sup>2</sup> com população de **375.880** habitantes (IBGE/2018 ), com densidade demográfica de 14,9 habitantes/km<sup>2</sup>.

Esta Região é a maior do Estado sendo constituída por 42 municípios, integrantes de quatro Aglomerados (AG 12, AG 13, AG 14 e AG 15). O AG 12 é formado pelos municípios Aroeiras do Itaim, Bocaína, Dom Expedito Lopes, Geminiano, Itainópolis, Paquetá, Picos, Santana do Piauí, Santo Antônio de Lisboa, São João da Canabrava, São José do Piauí, São Luís do Piauí, Sussuapara e Vera Mondes e mais recentemente, Ipiranga do Piauí, Santa Cruz do Piauí ; o AG 13 por Belém do Piauí, Caldeirão Grande do Piauí, Francisco Macêdo, Jaicós, Marcolândia, Massapê do Piauí, Padre Marcos e Simões; no AG 14 situam-se Acauã, Betânia do Piauí, Caridade do Piauí, Curral Novo do Piauí, Jacobina do Piauí, Patos do Piauí, Paulistana e Queimada Nova e no AG 15 os municípios de Alagoinha do Piauí, Alegrete do Piauí, Campo Grande do Piauí, Francisco Santos, Fronteiras, Monsenhor Hipólito, Pio IX, São Julião e Vila Nova do Piauí, Wall Ferraz. Picos é o município de referência, oferecendo os serviços estratégicos para a população e poderes públicos, além de dispor de um comércio bem desenvolvido, constituindo-se em centro regional para a circunvizinhança.

Os recursos hídricos são formados principalmente pelos rios Itaim, Guaribas, Canindé e Riachão e pelas barragens de Ingazeiras, Salgadinha, Estreito, Pedra Redonda, Poço Marruá, Bocaína, Piaus, Barreiras e Cajazeiras. .

A dinâmica econômica do Território se dá em virtude da melhor estruturação dos Arranjos Produtivos Locais - APL da apicultura, cajucultura, ovino caprinocultura e mandiocultura. Outras atividades se fazem presentes a exemplo da piscicultura e bovinocultura de leite. Vale ressaltar a importância das várias instituições e organizações sociais que potencializam a convergência de esforços para o fortalecimento dos APL.

A, **REGIÃO DE SAÚDE VALE DO SAMBITO** compreende uma área de aproximadamente 13.750 km<sup>2</sup>, o que representa 5,4% da área do Estado. De acordo com o IBGE/2018, sua população é de **106.776** habitantes e densidade demográfica de 8,24 habitantes/km<sup>2</sup>.

Está subdividida em dois Aglomerados (AG 10 e AG 11), formados por 14 municípios: Arozés, Prata do Piauí, Santa Cruz dos Milagres, São Félix do Piauí, São Miguel da Baixa Grande; e Barra d'Alcântara, Elesbão Veloso, Francinópolis, Inhuma, Lagoa do Sítio, Novo Oriente do Piauí, Pimenteiras, Valença do Piauí e Várzea Grande, respectivamente.

Uma das maiores riquezas do Vale do Sambito são os recursos hídricos, cujos destaques são os rios: Sambito, São Nicolau, Berenga, São Vicente, Poti, Coroatá, Serra Negra e Corrente. Verifica-se ainda a barragem Mesa de Pedra, em Valença, cujo acúmulo de água pode alcançar a 55 milhões de metros cúbicos.

Valença é o município de referência para o Território, considerando que deu origem para a maioria dos municípios, oferecendo os serviços estratégicos para a população e poderes públicos, além de dispor de um comércio bem desenvolvido, constituindo-se em centro regional para a circunvizinhança. A Região conta com uma atração turístico-religiosa de reconhecimento nacional, o Santuário de Santa Cruz dos Milagres. As atividades econômicas têm como base a agricultura familiar sendo destaque a apicultura, a ovino caprinocultura, o cultivo da mandioca e do caju, além da horticultura e fruticultura irrigadas.

A **REGIÃO DE SAÚDE VALE DO CANINDÉ** situada na Macrorregião SEMIÁRIDO, ocupa uma área de 11.350 km<sup>2</sup>, o correspondente a 4,56% do território estadual com cerca de 108.698 habitantes (IBGE/2018), com densidade demográfica de 10,18 habitantes/km<sup>2</sup>. É composta por dois Aglomerados (AG 16 e AG 17), totalizando **14** municípios: Cajazeiras, Colônia do Piauí, Oeiras, Santa Rosa do Piauí, São João da Varjota, Tanque do Piauí, Bela Vista do Piauí, Campinas do Piauí, Conceição do Canindé, Floresta do Piauí, Isaías Coelho, Santo Inácio do Piauí, São Francisco de Assis do Piauí e Simplício Mendes.

Os municípios de referência, do ponto de vista demográfico, econômico e social são Oeiras e Simplício Mendes, que, ao lado de Conceição do Canindé, tiveram suas origens nos séculos XVIII e XIX, em cuja formação o fator econômico foi o mais relevante, especialmente, a cera da carnaúba, a borracha da maniçoba e a pecuária leiteira. Este último justificou inclusive a implantação, em 1786, em terras do atual município de Campinas do Piauí, de uma fábrica de laticínios.

Oeiras se constitui em marco histórico, considerando o seu *status* de primeira capital do Estado, além da sua religiosidade e práticas culturais, a exemplo a Procissão do Fogaréu, Coral dos Vaqueiros e Bandolins de Oeiras, entre outros.

Do ponto de vista agroclimático, trata-se de uma região com predominância de chapadas, cobertas por uma vegetação mista de cerrado e caatinga, onde um ou outro se apresenta como predominante. A caatinga é um ecossistema frágil e requer cuidados especiais em sua exploração, justificando inclusive a predominância do sistema de criação extensivo e a prática da agricultura em pequenas unidades.

A sustentabilidade econômica está baseada na agricultura familiar através da criação de pequenos animais e roçados, além da colheita da castanha do caju e em algumas iniciativas artesanais. A apicultura é a atividade de maior destaque na economia do Território, cujo desenvolvimento teve início com o apoio da Igreja Católica.

# ANOTAÇÕES