



**FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA,
ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À
SAÚDE**

**RELATÓRIO DO DIAGNÓSTICO DO ESTÁGIO ATUAL DO PRI
FASE 2**

**REDIANNE MEDEIROS DA FÔNSECA
ROBERT LINCOLN BARROS MELO**

PIAUÍ

JUNHO DE 2022

LISTA DE ABREVIATURAS

AG - Aglomerados Municipais

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS - Atenção Primária a Saúde

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CRIS - Comissões Regionais Interinstitucionais da Saúde

EPS - Educação Permanente em Saúde

ERS - Escritórios Regionais de Saúde

GCE - Grupo Condutor Estadual

GTM - Grupo de Trabalho Macrorregional

MR - Macrorregiões

MAC - Média e Alta Complexidade

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PRI – Plano Regional Integrado

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SEPLAN - Secretaria de Planejamento do Governo do Estado do Piauí

SUS - Sistema Único de Saúde

TD - Território de Desenvolvimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1. Macrorregiões de Saúde no Estado do Piauí	15
Figura 2. Macrorregião de Saúde Litoral – Piauí	16
Figura 3. Macrorregião de Saúde Meio Norte – Piauí.....	16
Figura 4. Macrorregião de Saúde do Semi-Árido – Piauí	17
Figura 5. Macrorregião de Saúde dos Cerrados – Piauí	17

QUADROS

Quadro 1. Alinhamento Projeto PROADI-SUS BP e Portaria 1812.....	21
Quadro 2. Proposta de Agenda do Processo de Elaboração do PRI.....	22

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
1. Contexto da Macrorregião de Saúde anterior a legislação vigente do SUS	7
2. A Macrorregião de Saúde no contexto do SUS e de sua legislação estruturante	10
3. A Macrorregião de Saúde que temos.....	14
4. O Planejamento Regional Integrado (PRI) na Macrorregião de Saúde:Como estamos?18	
5. Elaboração do diagnóstico do estágio do PRI em cada Estado/Macrorregião.....	25
Considerações Finais	28
REFERÊNCIAS	29
ANEXOS	30

APRESENTAÇÃO

O relatório em epígrafe tem como objetivo apresentar o Diagnóstico do Estágio Atual do PRI no Estado do Piauí, correspondendo a elaboração deste produto previsto na Fase 2 do projeto intitulado “Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde – Regionalização”, pactuado entre a Beneficência Portuguesa-BP e o estado do Piauí.

Neste sentido, a proposta do relatório é descrever de forma objetiva o estado da arte das macrorregiões no estado do Piauí, de maneira que se compreenda como está organizada a divisão e os avanços apresentados no aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

É de bom alvitre registrar que, o projeto Regionalização tem como objetivo principal fortalecer a capacidade de Estados, Municípios e Distrito Federal para elaborar Planos Regionais Integrados de Saúde (PRI) em macrorregiões territoriais que abranjam uma ou mais Redes de Atenção à Saúde. Portanto, é imperativo o esforço na efetivação do processo de construção do PRI para organizar as RAS nas macrorregiões de saúde, ratificando o papel da Atenção Primária a Saúde (APS) como principal centro de comunicação, responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento das ações e serviços nas RAS, dentro dos espaços territorialmente estabelecidos.

Com a execução do referido projeto, espera-se que, o aumento do protagonismo municipal nos processos de operação da rede de atenção à saúde, por meio de uma lógica de planejamento ascendente na elaboração de planejamento regional.

1. Contexto da Macrorregião de Saúde anterior a legislação vigente do SUS

A descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição Federal de 1988, e definido anteriormente na criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), estimulou uma divisão dos poderes da administração pública na prestação dos serviços de saúde, com ênfase no processo de municipalização. Entretanto, percebeu-se que a descentralização voltada para a municipalização dos serviços poderia proporcionar um conjunto de sistemas de saúde municipais e estaduais fragmentados, isolados e independentes, que não teriam condições de sustentar seus serviços de saúde e atender de maneira integral as necessidades de sua população (BRASIL, 2015a).

Desta forma, a descentralização da política de saúde articulou-se à regionalização quando ficou claro para os gestores a necessidade de articulação política-administrativa para superação de tal fragmentação. Ou seja, apesar de não ter sido movimento claro na consolidação da universalidade e da integralidade do sistema de saúde, a descentralização só poderia atingir tais objetivos se acompanhada de um processo claro de regionalização do sistema.

Por definição, a regionalização do sistema de saúde trata-se de uma estratégia para a reorganização e orientação da descentralização das ações e serviços de saúde, proporcionando direcionalidade regional para as políticas de saúde, reorientando os processos de negociação e articulação interfederativa entre os gestores do SUS (GIL et al, 2006; BRASIL, 2006).

A regionalização no Sistema Único de Saúde teve avanço importante a partir do ano 2000, principalmente se considerarmos a evolução de seus marcos legais, com destaque para a edição da NOAS em 2002, do Pacto Pela Saúde em 2006 e do Decreto 7.508 em 2011. Dessa forma, durante a década de 1990 pouco se produziu sobre a regionalização no SUS, mas sim, como seriam desenvolvidos os processos de descentralização e municipalização do sistema de saúde.

No entanto, vale ressaltar que a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, já previam que a organização e oferta dos serviços de saúde deveriam respeitar o

princípio da regionalização. O Decreto 7.508 é um importante documento que veio para regulamentar uma parte da Lei 8.080, em especial a que tange a organização do SUS quanto à regionalização, estabelecendo, por exemplo, o Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP, o conceito de região de saúde, a realização do planejamento integrado e regionalizado, a construção do Mapa da Saúde, e ainda, organizar a conformação da oferta das ações e serviços de saúde por meio das redes regionalizadas e integradas da saúde (BRASIL, 2011).

De forma geral, evidencia-se a importância que a dimensão territorial vem tomando no processo de regionalização da política de saúde. A distribuição dos recursos para a atenção que busca a racionalização das ações e dos serviços disponibilizados para todos os cidadãos precisa ser objeto de pactuação entre os entes federados, em especial os municípios que compõem as regiões de saúde. Nelas é que grande parte das necessidades dos cidadãos deve ser atendida, exigindo a presença de uma quantidade mínima de ações e serviços.

A Macrorregião de Saúde corresponde ao espaço regional ampliado, composto por uma ou mais regiões/CIR, e seus respectivos municípios. Deve ser organizada no sentido de garantir uma maior governança da RAS e ser de fato uma base do planejamento e orçamentação ascendente. Deve incorporar mecanismos que facilitem a governança partilhada nesta região. É dimensionada a partir de uma rede regionalizada que comporte uma capacidade de resolução mais ampla possível na média e alta complexidade, em que se possa garantir acesso, com economia de escala, regulação e logística adequada. Os parâmetros ofertados quanto à população nas regiões podem ser flexibilizados, desde que existam naquela região todos os pontos de atenção necessários a integralidade da atenção, inclusive na alta complexidade. Se determinada região precisa, mas não possui ainda os pontos de atenção necessários ela deve fazer parte de uma macrorregião maior até que se viabilizem os recursos de investimento e custeio necessários a esta RAS (CONASEMS, 2019).

A publicação de portaria pelo MS sistematizando e normatizando o PACTO PELA SAÚDE em 2006, introduziu novas regras e priorizou a constituição de Regiões de Saúde, cuja concepção já esboçada na Lei 8.080/1990, foi significativamente ampliada para além da mera agregação física e geográfica de municípios em uma lógica puramente assistencial, para incluir a Atenção à Saúde nos 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 locus de produção do binômio saúde x doença.

Fundamentado na nova concepção de Região de Saúde, o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Piauí – PDR/2009, buscou compatibilizar ou fazer coincidir, o máximo possível, o desenho de 11 Regiões de Saúde, com o desenho, composição e caracterização dos 11 Territórios de Desenvolvimento instituídos pela LC nº 87/2007 do Governo do Estado do Piauí que definiu o desenho de regionalização do Estado.

Cabe reiterar 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, tendo por base a migração e/ou movimentação de municípios entre as Regiões legalmente definidas, potencializando e garantindo efetivação da identidade regional.

Esses movimentos foram tecnicamente justificáveis e legalmente referendados por meio de Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/PI. A composição das Regiões de Saúde, especificamente no âmbito específico da Saúde, passou a diferir da composição originalmente proposta para a conformação dos Territórios de Desenvolvimento resguardando, no entanto, a denominação utilizada para esses agrupamentos territoriais conforme estabelecido na Lei Complementar nº 87/2007 do Governo do Estado do Piauí - GE/PI.

Cumprе salientar que, partir de 2010, a efetivação da política de Rede de Atenção à Saúde 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, além de apontar para a importância do processo de 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, regional e macrorregional.

Nessa perspectiva a rede regionalizada e integrada de atenção à saúde (RAS) oferecem, condições estruturalmente mais adequadas para efetivação da integralidade da atenção, reduzindo os custos dos serviços ao imprimirem uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos. Ao ente Estado como coordenador, articulador, estimulador e responsável pelo processo de fortalecimento das Regiões de Saúde, compete fomentar 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, desde a atenção primária até a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, mais acessíveis, resolutivos e próximos ao local onde vivem e adoecem os indivíduos, garantindo dessa forma a ampliação da cobertura, a desconcentração e a descentralização dos serviços e ações de saúde em todos os níveis de complexidade.

2. A Macrorregião de Saúde no contexto do SUS e de sua legislação estruturante

O Estado do Piauí apresenta três principais regionalizações para fins administrativos: as Macrorregiões (MR), os Território de Desenvolvimento (TD) e os Aglomerados Municipais (AG). Essa divisão político-administrativa do território em regiões para fins de planejamento e gestão corresponde a uma configuração regional escalonada e, em certa medida, hierárquica, em que se distinguem as macrorregiões, as mesorregiões ou regiões

intermediárias (os Territórios de Desenvolvimento) e as microrregiões (os Aglomerados Municipais).

A atual regionalização do Estado do Piauí para exercício das atividades de planejamento, gestão e desenvolvimento territoriais remonta o ano de 2003. Naquele ano, a Secretaria de Planejamento do Governo do Estado do Piauí (SEPLAN) – na primeira gestão de Governo de Wellington Dias (Partido dos Trabalhadores, PT) – realizou, no mês de agosto, 10 Conferências Regionais de Desenvolvimento Sustentável em 10 municípios, tomando como referência as três macrorregiões.

A partir dessas Conferências, resultou o documento Matrizes de Interação Causa/Efeito e Propostas de Eixos e Ações para o Desenvolvimento Sustentável das Regiões do Estado do Piauí (GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ, 2003b), em que são apresentados os levantamentos dos problemas, suas causas e efeitos em cada uma das macrorregiões, ao tempo em que se buscou identificar as vocações produtivas, as identidades culturais e as relações socioeconômicas estabelecidas entre os municípios das macrorregiões.

Também como resultado das Conferências, a Seplan apresentou em outubro de 2003 um documento com uma proposta de regionalização do Estado para fins de planejamento e gestão (GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ, 2003a), elencando as 11 mesorregiões oficialmente denominadas de Territórios de Desenvolvimento (TD).

Tornou-se imperativo, portanto, que a atualização e o redesenho 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, oportuniza consolidar e nortear novas relações, pactos e compromissos firmados e a serem firmados entre o Estado e os Municípios.

Assim, partindo de uma perspectiva agregadora inter-regional para composição das MACRORREGIÕES DE SAÚDE, tendo, ainda, 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 serviço de saúde no âmbito do Estado.

O modelo proposto, então, 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 têm 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.

A Coordenação Regional de Saúde – CRS - é uma instância administrativa, técnica e política da Secretaria Estadual de Saúde - SESAPI- localizada nos Territórios de Desenvolvimento do Piauí. A ação estratégica das coordenações Regionais de Saúde é a de fortalecer a descentralização das ações da política estadual de saúde nos municípios da área de abrangência do território.

O fortalecimento da descentralização se dá através do apoio técnico aos municípios no cumprimento das suas atribuições e responsabilidades gestoras; do apoio técnico aos municípios para ajudá-los a garantir a integralidade da atenção à saúde e através do apoio

técnico às secretarias municipais de saúde na implementação de ações de atenção integral à saúde no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos à saúde.

Atualmente existem 11 regionais de saúde seguindo o modelo do Plano Diretor de Regionalização do Estado e 05 coordenações interligadas às 11, a citar: 1) Território Da Planície Litorânea / Coordenação Regional De Parnaíba; 2) Território Dos Cocais / Coordenação Regional De Piripiri; 3) Território Entre Rios / Coordenação Regional De Teresina; 4) Território Carnaubais / Coordenação Regional De Campo Maior; 5) Território Vale Do Sambito / Coordenação Regional De Valença Do Piauí; 6) Território Do Vale Do Canindé / Coordenação Regional De Oeiras; 7) Território Vale Do Rio Guaribas / Coordenação Regional De Picos; 8) Território Do Vale Dos Rios Piauí E Itaueiras / Coordenação Regional De Floriano; 9) Território Dos Tabuleiros Do Alto Parnaíba / Coordenação Regional De Uruçuí; 10) Território Serra Da Capivara / Coordenação Regional De São Raimundo Nonato; E 11) Território Chapada Das Mangabeiras / Coordenação Regional De Bom Jesus.

Os Municípios que conformam cada uma das 11 Regiões de Saúde continuaram 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 crescer 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, dispo de 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 garantia e 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.

Em 2015 para fins de atendimento às demandas dos Conselhos Territoriais de Desenvolvimento Regional instituídos em 2007 através da LC 87/2007, referentes à necessidade de atualização do desenho regional, a Secretaria Estadual de Planejamento, constituiu o 12º Território de Desenvolvimento Chapada Vale do Rio Itaim, composto por 16 municípios, tendo como Sede ou Referência Regional o município de Paulistana. O novo TD foi desmembrado do TD Vale do Rio Guaribas, anteriormente constituído por 42 municípios.

Em que pese o redesenho da configuração regional do Estado, para fins de programação, análise, sistematização de dados epidemiológicos e informações de saúde, manteve-se a vinculação dos municípios do novo TD, à abrangência da Região de Saúde do Vale do Guaribas, tendo em vista que em negociação estabelecida com a SEPLAN, à época, pactuou-se um período de 05 anos para ajustes na base de dados do DATASUS e, para o processo de organização da nova Região de Saúde.

Além disso, cumpre ressaltar que no processo de atualização do PDR do Estado, com o objetivo de compor as Macrorregiões de Saúde, o TD ou Região de Saúde Chapada Vale do Rio Itaim, também integra a Macrorregião do Semi Árido, da qual, também faz parte a Região Saúde Vale do Rio Guaribas.



3. A Macrorregião de Saúde que temos

O Estado do Piauí Localiza-se no noroeste da Região Nordeste, tendo como fronteiras, cinco estados: Ceará e Pernambuco a leste, Bahia a sul e sudeste, Tocantins a sudoeste e Maranhão a oeste. Delimitado pelo Oceano Atlântico ao norte, o Piauí tem o menor litoral do Brasil, com 66 km. Sua área é de 251.611,934 km², e tem uma população de 3.118.360 habitantes, segundo Censo IBGE de 2010. A capital e cidade mais populosa do Piauí é Teresina. Outros municípios com população superior a cinquenta mil habitantes são: Parnaíba, Picos, Piripiri e Floriano.

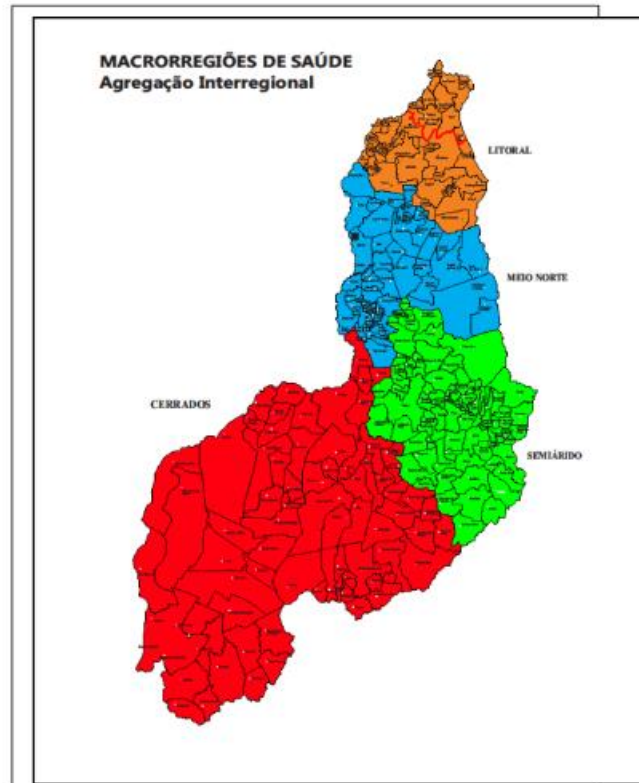
As quatro macrorregiões de saúde, estabelecidas em 2007 são: Litoral, Meio Norte, Cerrado e Semiárido, e Vale do Canindé, conforme discriminação abaixo:

- A **Macrorregião Litoral**, é composta pelos municípios: Bom Princípio do Piauí; Buriti dos Lopes; Cajueiro da Praia; Caraúbas do Piauí; Caxingó; Cocal; Cocal do Alves; Ilha Grande; Luís Correia; Murici dos Portelas; Parnaíba; Barras; Batalha; Brasileira; Campo Largo do Piauí; Domingos Mourão; Esperantina; Joaquim Pires; Joca Marques; Lagoa do São Francisco; Luzilândia; Madeiro; Matias Olimpio; Milton Brandão; Morro do Chapéu; Nossa Senhora dos Remédios; Pedro II; Piracuruca; Piripiri; Porto do Piauí; São João do Arraial; São João da Fronteira; São José do Divino.
- **Macrorregião Meio Norte**, é composta pelos municípios: Agricolândia; Água Branca; Alto Longa; Altos; Amarante; Angical; Barro Duro; Beditinos; Coivaras; Curralinhos; Demerval Lobão; Hugo Napoleão; Jardim do Mulato; José de Freitas; Lagoa Alegre; Lagoa do Piauí; Lagoinha do Piauí; Miguel Alves; Miguel Leão; Monsenhor Gil; Nazária; Olho d'Água do Piauí; Palmeirais; Passagem Franca; Pau d'Arco; Regeneração; Santo Antônio dos Milagres; São Pedro; São Gonçalo; Teresina; União; Assunção do Piauí; Boa Hora; Boqueirão do Piauí; Buriti dos Montes; Cabeceiras do Piauí; Campo Maior; Capitão de Campos; Castelo do Piauí; Cocal de Telha; Jatobá do Piauí; Juazeiro do Piauí; Nossa Senhora de Nazaré; Novo Santo Antônio; São João da Serra; São Miguel do Tapuio; Sigefredo Pacheco;

- **Macrorregião Semi Árido**, é composta pelos municípios: Aroazes; Barra D’Alcântara; Elesbão Veloso; Francinópolis; Inhumas; Lagoa do Sítio; Novo Oriente do Piauí; Pimenteiras do Piauí; Prata do Piauí; Santa Cruz dos Milagres; São Felix do Piauí; São Miguel da Baixa Grande; Valença do Piauí; Várzea Grande; Acauã; Alagoinha do Piauí; Alegrete do Piauí; Aroeiras do Itaim; Belém do Piauí; Betânia do Piauí; Bocaina; Caldeirão Grande do Piauí; Campo Grande do Piauí; Caridade do Piauí; Curral Novo do Piauí; Dom Expedito Lopes; Francisco Macedo; Francisco Santos; Fronteiras; Geminiano; Ipiranga do Piauí; Itainópolis; Jacobina do Piauí; Jaicós; Marcolândia; Massapé do Piauí; Monsenhor Hipólito; Padre Marcos; Paquetá; Patos do Piauí; Paulistana; Picos; Pio IX; Queimada Nova; Santa Cruz do Piauí; Santana do Piauí; Santo Antônio de Lisboa; São João da Canabrava; São José do Piauí; São Julião; São Luis do Piauí; Simões; Sussuapara; Vera Mendes; Vila Nova do Piauí; Wall Ferraz; Bela Vista do Piauí; Cajazeiras; Campinas do Piauí; Colônia do Piauí; Conceição do Canindé; Floresta do Piauí; Isaias Coelho; Oeiras; Santa Rosa do Piauí; Santo Inácio do Piauí; São Francisco de Assis; São João da Varjota; Simplício Mendes; Tanque do Piauí;
- **Macrorregião Cerrados**, é composta pelos municípios: Anísio de Abreu; Bonfim do Piauí; Campo Alegre do Fidalgo; Capitão Gervásio Oliveira; Caracol; Coronel José Dias; Dirceu Arcoverde; Dom Inocêncio; Fartura do Piauí ;Guaribas; João Costa ;Jurema; Lagoa do Barro do Piauí ;São Braz do Piauí; São João do Piauí; São Lourenço do Piauí; São Raimundo Nonato; Várzea Branca; Arraial; Bertolândia; Brejo do Piauí; Canavieira; Canto do Buriti; Flores do Piauí; Floriano; Francisco Ayres; Guadalupe; Itaueira; Jerumenha; Landri Sales ;Manoel Emídio; Marcos Parente; Nazaré do Piauí; Nova Santa Rita; Paes Landim; Pajeú do Piauí; Pavussu; Pedro Laurentino; Porto Alegre do Piauí; Ribeira do Piauí; Rio Grande do Piauí; São Francisco do Piauí; São José do Peixe; São Miguel do Fidalgo; Socorro do Piauí; Tamboril do Piauí; Antônio Almeida; Baixa Grande do Ribeiro; Ribeiro Gonçalves; Sebastião Leal; Uruçuí; Alvorada do Gurguéia; Avelino Lopes; Barreiras do Piauí; Bom Jesus; Colônia do Gurguéia; Corrente; Cristalândia do Piauí; Cristino Castro; Curimatá; Currais; Eliseu Martins; Gilbués; Júlio Borges; Monte Alegre ;Morro Cabeça no Tempo;

Palmeira do Piauí; Parnaguá; Redenção do Gurguéia; Riacho Frio; Santa Filomena; Santa Luz; São Gonçalo do Gurguéia; Sebastião Barros.

Figura 1. Macrorregiões de Saúde no Estado do Piauí

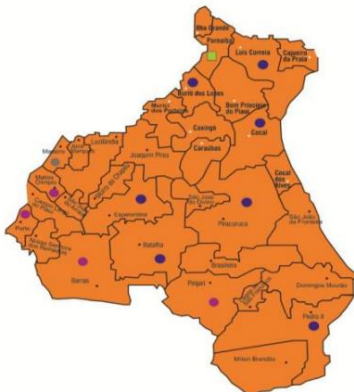


Fonte: Plano Estadual de Saúde 2020-2023, SESAPI.

Apresenta-se a seguir as Macrorregiões de Saúde do Estado, conforme definido no PDR/2015, reiterado na Resolução CIB/2017.

Figura 2. Macrorregião de Saúde Litoral – Piauí.

MACROREGIÃO LITORAL



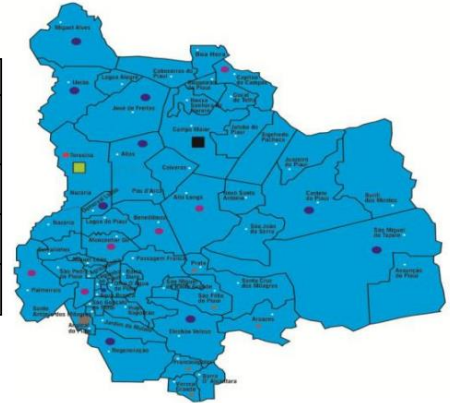
REGIÕES DE SAÚDE	Nº MUNIC. REGIÕES	POP. POR REGIÃO	POP. GERAL MACRO	DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL		
				< 20.000 hab	De 20.000 a 100.000 hab	> 100.000 hab
Planície Litorânea	11	275.604	670.703	08	02	01
Cocais	23	395.099		17	06	-
Total	34	670.703	670.703	25	08	01

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2020-2023, SESAPI.

Figura 3. Macrorregião de Saúde Meio Norte – Piauí.

MACRORREGIÃO MEIO NORTE

REGIÕES DE SAÚDE	Nº MUNIC POR REGIOES	POP. POR REGIÃO	POP. GERAL MACRO	DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL		
				< 20.000 hab	De 20.000 a 100.000 hab	> 100.000 hab
Entre Rios	31	1.212.208	1.372.934	26	04	01
Carnaubais	15	160.726		14	01	-
Total	46	1.372.934	1.372.934	40	05	01



Fonte: Plano Estadual de Saúde 2020-2023, SESAPI.

Figura 4. Macrorregião de Saúde do Semi-Árido – Piauí.

MACRORREGIÃO DO SEMI-ÁRIDO



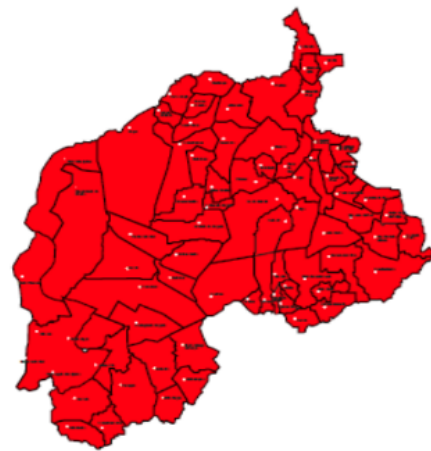
REGIÕES DE SAÚDE	Nº MUNIC POR REGIOES	POP. POR REGIÃO	POP GERAL MACRO	DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL		
				< 20.000 hab	De 20.000 a 100.000 hab	> 100.000 hab
Vale do Guaribas	42	370.606	582.863	40	02	-
Vale do Canindé	14	107.138		13	01	-
Vale do Sambito	14	105.119		13	01	-
Total	70	582.863	582.863	66	04	-

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2020-2023, SESAPI.

Figura 5. Macrorregião de Saúde dos Cerrados – Piauí.

MACRO REGIÃO DOS CERRADOS

REGIÕES DE SAÚDE	Nº MUNIC POR REGIOES	POP. POR REGIÃO	POP. GERAL MACRO	DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL		
				< 20.000 hab	De 20.000 a 100.000 hab	> 100.000 hab
Vale Rios Piauí e Itaueiras	28	205.611	592.757	26	02	-
Serra da Capivara	18	145.962		16	02	-
Chapada das Mangabeiras	23	194.069		21	02	-
Tabuleiros Alto Parnaíba	5	47.115		04	01	-
Total	74	592.757	592.757	67	07	-



Fonte: Plano Estadual de Saúde 2020-2023, SESAPI.

4. O Planejamento Regional Integrado (PRI) na Macrorregião de Saúde: Como estamos?

O Planejamento Regional Integrado (PRI) está entre as estratégias de coordenação para promover a articulação entre as esferas federativas e consiste em um processo contínuo, coordenado, integrado e interdependente que expressa as prioridades e responsabilidades sanitárias comuns estabelecidas entre os gestores que abrangem uma macrorregião de saúde. Nesse contexto, a condução e operacionalização do processo do Planejamento Regional Integrado (PRI) está sob a Gestão Estadual e envolve todos os Municípios que compõem as Regiões de Saúde, o Estado, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, e a União, por meio do Ministério da Saúde. O planejamento em saúde realizado no âmbito da Região de Saúde, denominado planejamento regional integrado, vem contribuir para o alinhamento do

conjunto de processos relacionados à harmonização das políticas de saúde, que estão expressos nos instrumentos de planejamento dos entes federados que compõe a Região de Saúde, com destaque para os planos de saúde e respectivas programações anuais.

Esse processo visa promover a equidade regional e o planejamento ascendente do Sistema Único de Saúde (SUS), expressando as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), considerando como princípio a análise dos planos de saúde, a organização das RAS, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional.

Frente a crise sanitária da Covid-19, os estados e municípios, buscaram reorganizar suas redes de atenção à saúde com base no conhecimento de seu território e da vigilância epidemiológica, tornando a RAS mais frágil frente ao processo de cuidado nos espaços regionais, uma vez que a maioria dos casos que vem demandando os serviços de urgência tem como pano de fundo a agudização de condições crônicas, com predomínio de casos graves na população idosa com fragilidade, jovem e adulta com hipertensão, diabetes, doenças respiratórias crônicas e imunodepressoras, entre outras doenças crônicas de alto risco sem estabilização das condições clínicas, contribuindo para maior tempo de permanência em leitos hospitalares, bem como para a perda da vida das mais de cem mil vítimas da pandemia em todo o país.

Com isso, e para assegurar a garantia de continuidade dos serviços e resolutividade das RAS, algumas estratégias foram traçadas, no sentido de responder às demandas de atenção: linhas de cuidado prioritárias (hipertensão e diabetes, sobrepeso e obesidade, materno infantil e saúde mental); demandas espontâneas por queixas agudas ou doenças crônicas agudizadas; casos suspeitos de Covid-19; e ações preventivas de mitigação internas à unidade de saúde e no território, incluindo um conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população.

Para tanto, e, considerando a complexidade do desafio imposto, o MS publicou a Portaria nº 1812, de 22 de julho de 2020 cujo objetivo é construir o plano regional integrado

nas macrorregiões do estado, por meio da organização da (s) Rede (s) de Atenção à Saúde (RAS) priorizada (s), orientado pelas Resoluções CIT n°23/2017 e n°37/2018. O estado do Piauí elaborou projeto e submeteu ao Ministério da Saúde para a sua execução nas macrorregiões até o ano de 2023.

Em 2021, o Estado do Piauí firmou com a Beneficência Portuguesa –BP através de um projeto colaborativo “FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA, ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – REGIONALIZAÇÃO” cujo objetivo é fortalecer a capacidade de Estados, Municípios e Distrito Federal para elaborar Planos Regionais Integrados de Saúde (PRI) em macrorregiões territoriais que abranjam uma ou mais Redes de Atenção à Saúde.

Nessa perspectiva, e, buscando efetivar ambos os projetos, consolidou-se a organização do Grupo Condutor Estadual (GCE), denominado no Estado de Comitê Gestor Interinstitucional, para condução do processo no Piauí.

Neste espaço de discussão e coordenação do PRI no Estado foram discutidos e executadas ações importantes para este processo, planejadas no âmbito do Projeto Estadual vinculado a Portaria N° 1.812, e que se alinham com etapas das Fases 2 e 3 do Projeto Regionalização.

À exemplo, o desenho de realização de Seminários Macrorregionais no Estado do Piauí, ocorridos em outubro de 2021, com o objetivo de sensibilizar os gestores acerca do Planejamento Regional Integrado e apoiá-los na elaboração do Plano Municipal de Saúde, com a apresentação do Instrutivo elaborado pelo COSEMS/PI e SESAPI, intitulado “Planejamento Regional Integrado (PRI): orientações gerais para elaboração do Plano Municipal de Saúde 2022 a 2025”.

A discussão e definição do desenho operacional do PRI no Piauí também pode ser citado como resultado do trabalho do Grupo Condutor Estadual, sob coordenação do setor de planejamento da SESAPI. A proposta consiste em realização de Oficinas Regionais de execução das etapas do PRI por Região de Saúde e de Seminários Macrorregionais como espaços de sensibilização e mobilização dos gestores, e de validação dos produtos resultantes das referidas oficinas. Para este desenho, o Estado apostou na capacitação de facilitadores que

irão conduzir as Oficinas Regionais, com sua metodologia discutida e elaborada previamente, para cada etapa do PRI, no GCE.

Os facilitadores são profissionais da SESAPI das variadas áreas técnicas, os apoiadores do COSEMS/PI, docentes e alguns discentes do NESPI - Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade Federal do Piauí.

A Oficina de Capacitação dos facilitadores referente a etapa de Análise de Situação de Saúde, aconteceu em abril do corrente ano, em consonância com o planejado no Projeto do Estado e, junto com a apresentação do GOB 3 e discussões suscitadas sobre ASIS no GCE, à etapa de alinhamento conceitual da Fase 3 do Projeto Regionalização.

Por fim, em 23 de maio deste ano, em Teresina/PI, aconteceu a Oficina de discussão e validação acerca do Diagnóstico Atual do PRI e Pactuação da Agenda no Estado do Piauí, uma proposição da equipe técnica de território do Projeto Regionalização/BP em parceria com o GCE.

Na oportunidade, membros do GCE e atores estratégicos do processo no Estado, como os apoiadores do COSEMS, técnicos da SESAPI e membros do NESPI, responderam ao Anexo I do GOB 2, em pequenos grupos, correspondentes as respectivas Macrorregiões do Estado, o que colaborou para a elaboração do presente relatório. E na plenária, com o envolvimento de todos os citados, sob a coordenação da SESAPI, pactuou-se a agenda de trabalho do PRI.

O alinhamento entre os Projetos Regionalização e o do Estado vinculado a Portaria 1.812, assim como a pactuação da Agenda de Trabalho do PRI no Piauí, encontram-se detalhado no Quadros 1 e 2, respectivamente. O Anexo 1 do GOB 2 das Macrorregiões do Estado do Piauí discutidos e preenchidos na referida Oficina correspondem ao Anexo B deste relatório.

Quadro 1. Alinhamento Projeto PROADI-SUS BP e Portaria 1812

Beneficência Portuguesa			Portaria 1812			PRAZO
FASE	ATIVIDADE	ETAPAS	FASE	ATIVIDADE	ETAPAS	
1	Planejamento das ações estruturantes do projeto; Seleção e contratação dos Articuladores Estaduais.	-	-	Elaboração do Projeto e aprovação pelo MS. (Parecer Conclusivo APROVATIVO de nº 22 em 07/10/2020)	-	2º semestre 2020 1º semestre/2021
2	Identificação do Estágio Atual do PRI nas Macrorregiões do estado e Pactuação da agenda do PRI	Etapa 1 – Adesão das SES, COSEMS e SMS ao projeto em cada macrorregião; (CONCLUÍDA) Etapa 2 – Composição do Grupo Condutor Estadual (GCE) (CONCLUÍDA) e do Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) (CONCLUÍDA – O ESTADO NÃO CONSTITUIRÁ GTMs); Etapa 3 – Alinhamento conceitual e dos elementos teóricos metodológicos de base; (CONCLUÍDA) Etapa 4 – Elaboração do diagnóstico do estágio do PRI em cada Estado / Macrorregião (CONCLUÍDA) Etapa 5- Elaboração / Pactuação da Agenda do PRI. (CONCLUÍDA)	-	Constituir o Comitê Gestor interinstitucional do Projeto Realizar Reuniões com o Comitê para detalhamento e programação das ações propostas no Projeto Realizar Seminários Macrorregionais com Gestores Municipais de Planejamento Regional Integrado (PRI)	Solicitação formal de indicação dos representantes institucionais e setoriais da SESAPI para compor ao Comitê; Publicação da Portaria de constituição publicada no DOE (Portaria N° 885 de 17 de Agosto de 2021, Publicado em DOE em 18 de Agosto de 2021) Programar ações detalhada quanto ao conteúdo; estrat. execução; recursos materiais, logísticos e humanos; local; data; participantes Seminários Macrorregionais: Macro Cerrados, Macro Litoral, Macro Meio Norte e Macro Semiárido: - Seminários Macrorregionais de Sensibilização do PRI; - Seminários Macrorregionais de validação dos produtos das Oficinas Regionais e Validação dos Planos Regionais de Saúde;	2º semestre/2021 1º semestre/2022
		Etapa 1 – Elaboração das análises situacionais de saúde por macrorregião e pactuação das prioridades sanitárias. (INICIADA) Etapa 2 – Elaboração das análises de		Realizar Oficinas Regionais com Gestores Municipais para execução da etapas do Planejamento Regional Integrado	ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES Diagnóstico das necessidades em saúde da população da região de saúde.	1º semestre/2022 2º semestre/2022

3	Diagnóstico Situacional	capacidade instalada da RAS (incluindo SADT e sistemas de apoio logístico) por macrorregião e pactuação das necessidades de investimentos e qualificação (NÃO INICIADA) Etapa 3 – Elaboração e pactuação dos objetivos estratégicos, metas e responsabilização dos entes federados para qualificação da RAS por macrorregião. (NÃO INICIADA)	-			
4	Capacidade de Gestão e Governança	Etapa 1 – Apoio à elaboração do desenho da RAS em cada macrorregião; (NÃO INICIADA) Etapa 2 – Elaboração das Matrizes de análise dos processos de gestão e governança macrorregional análises situacionais da capacidade de gestão e governança nas macrorregiões. (NÃO INICIADA)	-	-	<p>DESENHO DA RAS Diretrizes para as RAMI e RUE, com base no diagnóstico das necessidades em saúde. Competência dos pontos de atenção que devem compor a RAMI e RUE na macrorregião de saúde</p> <p>A programação assistencial para os pontos de atenção para a RAMI e RUE na macrorregião de saúde.</p> <p>PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE Programação Reg. e Macrorregional com alocação e distribuição recursos MAC, elaborada e com definição das P. A de referência na RAS do território;</p> <p>ELABORAÇÃO DOS PLANOS MACRORREGIONAIS DE SAÚDE Elaboração de 04 Planos Macrorregionais de Programação de ações de MAC; PRI contemplando todos os níveis do cuidado e da atenção em saúde</p>	2º semestre/2022 + 2023
5	Elaboração do Painel de Indicadores	- (NÃO INICIADA)	5	Elaboração do Painel de Indicadores		2º semestre/2022
6	Monitoramento e Avaliação do Painel de Indicadores	- (NÃO INICIADA)	6	-	-	2º semestre/2022 + 2023

Quadro 2. Proposta de Agenda do Processo de Elaboração do PRI.

MARCADORES DO DESENHO OPERACIONAL DOS PROJETOS	DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	PRAZO	STATUS
AÇÕES ESTRUTURANTES PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO PRI NAS MACRORREGIÕES DO ESTADO	<ul style="list-style-type: none"> GCE constituído; Alinhamento Conceitual e Metodológico acerca do PRI com os atores envolvidos nos Projetos; Sensibilização dos Gestores Municipais sobre o PRI (SEMINÁRIOS MACRORREGIONAIS) 	2º Semestre/2021	CONCLUÍDO
	<ul style="list-style-type: none"> Oficina de Capacitação dos Facilitadores para realização das Oficinas Regionais de Análise de Situação de Saúde nas Regiões de Saúde. 	1º Semestre/2022 (ABRIL)	CONCLUÍDO
	<ul style="list-style-type: none"> Oficina de Validação do Diagnóstico e análise de situação do estágio atual da regionalização e do PRI nas macrorregiões de saúde e pactuação da Agenda para o desenvolvimento do PRI nas Macrorregiões do Estado. 	1º Semestre/2022 (MAIO)	CONCLUÍDO
	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico e análise de situação do estágio atual da regionalização e do PRI nas macrorregiões de saúde, e Agenda para o desenvolvimento do PRI pactuada nas instâncias deliberativas. 	1º Semestre/2022 (JUNHO)	EM ANDAMENTO
AÇÕES PRÉVIAS A REALIZAÇÃO DAS OFICINAS REGIONAIS DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> Definição dos facilitadores capacitados que irão conduzir as Oficinas Regionais do PRI nas respectivas Regiões de Saúde. 	1º Semestre/2022 (JUNHO)	EM ANDAMENTO
	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar as CIRs – Comissões Intergestoras Regionais o envio, conforme solicitação em Ofício Circular previamente enviado, as representações para os futuros Comitês Regionais de Governança e encaminhar a portaria para assinatura e Publicação da SESAPI. 	1º Semestre/2022 (JUNHO)	EM ANDAMENTO
	<ul style="list-style-type: none"> Validação em CIB do Relatório de Diagnóstico Atual do PRI e Agenda de Trabalho no Estado do Piauí. 	1º Semestre/2022 (JUNHO)	EM ANDAMENTO
	<ul style="list-style-type: none"> Inclusão dos representantes das CIRs na I Oficina Regional de Análise de Situação de Saúde. 	1º Semestre/2022 (JUNHO)	EM ANDAMENTO

	<ul style="list-style-type: none"> Definição do Rol de Indicadores a serem trabalhados com os Municípios para cada Oficina Regional de Saúde de acordo com o perfil Regional 	1º Semestre/2022 (JUNHO)	EM ANDAMENTO
OFICINAS REGIONAIS DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DEFINIÇÃO DE NECESSIDADES DE SAÚDE	MACRORREGIÃO CERRADOS		
	• Oficina Regional da Chapada das Mangabeiras e Tabuleiros Alto Parnaíba (Região Piloto)	27, 28 e 29 de Junho/2022	NÃO INICIADA
	• Avaliação da execução da Oficina Regional “piloto”	04 de Julho de 2022	NÃO INICIADA
	• Oficina Regional da Serra da Capivara	19, 20 e 21 de Julho/2022	NÃO INICIADA
	• Oficina Regional do Vale dos Rios Piauí e Itaueira	19, 20 e 21 de Julho/2022	NÃO INICIADA
	MACRORREGIÃO SEMIÁRIDO		
	• Oficina Regional do Vale do Canindé	23,24 e 25 de Agosto/2022	NÃO INICIADA
	• Oficina Regional do Vale do Sambito	23,24 e 25 de Agosto/2022	NÃO INICIADA
	• Oficina Regional do Vale do Guaribas	09,10 e 11 de Agosto/2022	NÃO INICIADA
	MACRORREGIÃO LITORAL		
	• Oficina Regional Planície Litorânea	23,24,25 de Agosto/2022	NÃO INICIADA
	• Oficina Regional Vale dos Cocais	23,24,25 de Agosto/2022	NÃO INICIADA
	MACRORREGIÃO MEIO NORTE		
	• Oficina Regional Carnaubais	Entre Setembro e Novembro de 2022	NÃO INICIADA
• Oficina Regional Entre Rios	Entre Setembro e Novembro de 2022	NÃO INICIADA	
SEMINÁRIO MACRORREGIONAL PARA APRESENTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE	• Seminário Macrorregional - Cerrados	04 de Agosto/2022	NÃO INICIADO
	• Seminário Macrorregional - Macro Semiárido	31 de Agosto/2022	NÃO INICIADO
	• Seminário Macrorregional - Macro Litoral	Até Novembro de 2022	NÃO INICIADO
	• Seminário Macrorregional - Macro Meio Norte	Até Novembro de 2022	NÃO INICIADO
AVALIAÇÃO DA ETAPA DE ASIS CONCLUÍDA E PLANEJAMENTO DAS OFICINAS DAS ETAPAS SEGUINTE	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação da etapa de análise de situação de saúde nas macrorregiões de saúde e planejamento da agenda de trabalho de 2023: - Oficinas Regionais de Desenho da RAS; - Oficinas Regionais da PGASS; - Elaboração dos Planos Regionais; - Validação dos Planos Regionais em Seminários Macrorregionais 	2º Semestre de 2022 (DEZEMBRO)	NÃO INICIADA
MONITORAMENTO DO PAINEL DE INDICADORES DO PRI NAS MACRORREGIÕES DO ESTADO	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração do Painel de Indicadores e Monitoramento e Avaliação do Painel de Indicadores 	2º Semestre de 2022 +2023	NÃO INICIADA

5. Elaboração do diagnóstico do estágio do PRI em cada Estado/Macrorregião:

A elaboração do diagnóstico do estágio do PRI em cada Estado/Macrorregião foi realizada através de checklist com perguntas em 5 (cinco) dimensões: PRI, Grupos de Trabalho, Rede de Atenção à Saúde, Governança e Monitoramento cujo objetivo foi direcionar os articuladores estaduais no Diagnóstico do Estágio do Planejamento Regional Integrado de cada estado/macrorregião de saúde.

A aplicação desse checklist foi realizado mediante a consulta dos documentos institucionais e técnicos da SESAPI, sendo posteriormente discutido com os membros do GCE na data de 23/05/2022 com as dimensões PRI, Grupos de Trabalho e Rede de Atenção à Saúde, Governança e Monitoramento com participação ativa dos membros presentes. A seguir serão apresentados principais apontamentos segundo as dimensões analisadas.

▪ Dimensão 1 – Planejamento Regional Integrado

Conforme abordado neste relatório, o PRI ainda não foi elaborado em nenhuma das macrorregiões de saúde. Em anos anteriores não houve no Estado um movimento de Planejamento Regional Integrado considerando o espaço Macrorregional. Porém, desde 2018, a SESAPI vem trabalhando e discutindo o PRI numa perspectiva regional. A partir de 2020, com o Projeto do Estado do Piauí, vinculado a Portaria 1.812, do Projeto Regionalização, e dos esforços da SESAPI, COSEMS/PI, SEISNSF/PI, inicia-se o movimento para o Planejamento Regional Integrado, considerando o espaço Macrorregional para validação da execução das Etapas do PRI no espaço Regional. Nessa perspectiva o PRI será base para elaboração do próximo Plano Estadual de Saúde do Piauí, 2024 à 2027, apresentando as responsabilidades dos entes no espaço regional, considerando o perfil das regiões de saúde e frente a consolidação por macrorregião

▪ Dimensão 2 – Grupos de Trabalho

Para elaboração e operacionalização do PRI foi instituído o Comitê Gestor Interinstitucional do Projeto da SESAPI de Aprimoramento das Ações de Gestão, Planejamento e Regionalização da Saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Piauí, segundo Portaria Sesapi nº 885 de 17 de agosto de 2021, garantindo a representação da SES, COSEMS/PI, SEINSF e Conselho Estadual de Saúde.

É de bom alvitre registrar a participação do NESP/UFPI nas discussões do GCE, em decorrência do convite da área de Planejamento da SESAPI e assinatura de acordo de cooperação técnica interinstitucional.

Até o presente momento o colegiado não se posicionou acerca da necessidade de demais instrumentos normativos que não seja a Portaria de instituição do Comitê Gestor Interinstitucional com a distribuição de competências.

As macrorregiões não possuem Grupo de Trabalho para execução de ações vinculadas ao PRI, estando o Comitê Gestor Interinstitucional nas funções de coordenação e operacionais do processo nas Macrorregiões do Estado. Espera-se que no mês de junho conclua-se a indicação dos nomes previamente solicitados as CIRs – Comissões Intergestoras Regionais, os quais serão envolvidos nas discussões em andamento e nas ações em desenvolvimento, constituindo um embrião para composição dos futuros Comitês Executivos de Governança da RAS.

▪ **Dimensão 3 – Redes de Atenção à Saúde**

Nesta dimensão, o principal questionamento é se o PRI contém a forma de organização dos pontos de atenção da RAS, ou seja, caso o Estado tenha PRI vigente, o mesmo contemplou ou considerou os pontos de atenção da RAS? Como o Estado não possui PRI tal análise não foi possível. Urge que a Secretaria Estadual de Saúde defina o desenho da Rede de Atenção à Saúde a ser organizada e implementada no Estado, iniciando pela atualização de Pontos de Atenção já identificados desde 2015 para cada uma das Redes Temáticas anteriormente propostas pelo Ministério da Saúde nas Portarias orientadoras publicadas a partir de 2010,

para então, tendo como horizonte as necessidades de saúde da população e a capacidade instalada, priorizar os investimentos a serem realizados no processo de estruturação dos Serviços, além da definição dos fluxos de acesso, atribuições e responsabilidades inerentes cada instância de gestão do Sistema.

No que concerne à oferta de Ações e Serviços de saúde, o estado do Piauí apresenta, na Atenção Primária, ampla cobertura da Estratégia de Saúde da Família (99,36%,) sem, no entanto, a desejável qualidade e resolutividade das ações e serviços ofertados nesse nível de cuidado. Somente 65 municípios do Estado, ou seja, 28 % apresentam cobertura da ESF menor que 90%.

Sem prejuízo da prestação de serviços de média e alta complexidade, coerentemente com a lógica da hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, a Secretaria Estadual de Saúde tem buscado investir no apoio aos municípios na priorização de ações de promoção e prevenção da saúde, com vistas a qualificar a Atenção Básica do Estado e, implantar um sistema de monitoramento e avaliação na rede de serviços de atenção hospitalar.

No tocante às Ações Assistenciais de Saúde, o atendimento às demandas manifestadas pela população é realizado por meio de uma rede de saúde que, embora regionalizada e hierarquizada por nível de complexidade crescente, não é suficiente para assegurar plena resolução das necessidades da população. A fragilidade no funcionamento dos sistemas locais/municipais de saúde, a não integração e desarticulação das ações, tem contribuído para que os demais municípios direcionem para o município de Teresina os casos não resolvidos localmente produzindo, conseqüentemente, um estrangulamento nos serviços de saúde, cuja repercussão compromete o acesso, a qualidade e a resolutividade da assistência prestada.

Tais ações conformam um agrupamento de serviços e ações de saúde categorizados como Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, no qual estão incluídos como Média Complexidade Ambulatorial, a maioria dos procedimentos necessários ao diagnóstico, tratamento e reabilitação ressaltando-se, dessa forma, seu caráter complementar e suplementar à Atenção Básica. Tais procedimentos configuram-se, como potencialmente capazes de contribuir para a redução da demanda direcionada para a alta complexidade. Por conseguinte, a média complexidade ambulatorial é composta, por ações e

serviços que visam intervir sobre os principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência, na prática clínica, demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento.

- **Dimensão 4 – Análise de Situação de Saúde / Governança**

O Estado realiza análise da situação de saúde considerando as prioridades sanitárias, capacidade instalada, vazios e sobreposição de oferta e fluxos de acesso nas diferentes regiões macrorregiões. Vale salientar que os aspectos avaliados pela área técnica da SESAPI, nem sempre são priorizados como direcionamento para tomada de decisão, quanto a investimentos.

- **Dimensão 5 – Monitoramento**

Não existe no Estado painel de indicadores instalado, de acordo com o GCE, o acompanhamento dos indicadores é feito utilizando os sistemas de informação vigentes pela área técnica.

Considerações Finais

Com a elaboração do presente relatório, pôde apresentar o detalhamento das etapas realizadas na Fase 2 do Projeto Colaborativo “FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA, ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – REGIONALIZAÇÃO” no Estado do Piauí, evidenciando um bom andamento dos produtos que foram propostos para essa etapa no estado.

Percebe-se o compromisso e responsabilidade dos diversos atores envolvidos numa perspectiva de fortalecer o SUS no Estado do Piauí e avançar no processo de regionalização, buscando uma oferta e assistência equânime e integral. Vale salientar que muitas foram as construções e discussões nos últimos anos e há o reconhecimento de que é preciso avançar

de forma consistente para que de fato o planejamento regional integrado aconteça de forma ascendente.

Neste sentido, almeja-se que concluídas as 6 Fases do Projeto o Estado se tenha uma consolidação final do Planejamento Regional Integrado nas Macrorregiões de saúde. No entanto, importante enfatizar que no período proposto do desenvolvimento dessas fases, elas poderão ter impacto em decorrência de uma possível novo período de gestão (período eleitoral) alinhado a possível troca dos atores envolvidos nos instrumentos de gestão do SUS da SES, resultando numa probabilidade de haver contratempos tais como atraso na execução da agenda proposta e conseqüente atraso na entrega dos produtos deste projeto.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Regionalização é o caminho. Reflexões, diálogos e narrativas sobre as Regiões de Saúde no Estado de São Paulo. Cadernos COSEMS/SP, São Paulo, v. 4, 1º edição, 91 pg. 2015a.
2. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal. Brasília, 1988.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373 de 28 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
5. GIL, Antônio Carlos; LICHT, René Henrique Gotz; YAMAUCHI, Nancy Itomi. Regionalização da Saúde e Consciência Regional. HYGEIA: Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 2(3): 35-46, 2006.

6. BRASIL. Resolução CIT nº01, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

7. CONASEMS. Regionalização da Saúde e Posicionamentos e Orientações. Brasília; 2019.
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ. Secretaria do Planejamento. Cenários Regionais do Piauí: proposta de regionalização. Piauí: Seplan, 2003a.

8. GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ. Secretaria de Planejamento. Conferências Regionais de Desenvolvimento Sustentável: Matrizes de Interação Causa/Efeito e Propostas de Eixos e Ações para o Desenvolvimento Sustentável das Regiões do Estado do Piauí. Teresina: Seplan, 2003b.

9. PIAUÍ. Lei Complementar nº 87, de 22 de agosto de 2007. Estabelece o Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do Estado do Piauí e dá outras providências. Palácio de Karnak, Teresina, 2007.

10. PIAUÍ. Lei nº 6.967, de 03 de abril de 2017. Altera a Lei Complementar nº 87, de 22 de agosto de 2007, que estabelece o Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do Estado do Piauí e dá outras providências. Palácio de Karnak, Teresina, 2017.

11. RIBEIRO, A. C. T. Regionalização: fato e ferramenta. In: RIBEIRO, A. C. T. (Ed.). Por uma Sociologia do Presente: ação, técnica e espaço. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013a. v. 3, p. 159-182.

ANEXOS

ANEXO A – Portaria nº 885, de 17 de agosto de 2021 - Institui o Comitê Gestor Interinstitucional do Projeto da SESAPI de Aprimoramento das Ações de Gestão, Planejamento e Regionalização da Saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Piauí.

ANEXO B – Anexo 1 do GOB 2 referente as Macrorregiões de Saúde do Estado do Piauí.

ANEXO A

Diário Oficial

38

Terezina(PI) - Quarta-feira, 18 de agosto de 2021 - Nº 178

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
AGÊNCIA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO DO ESTADO DO PIAUÍ-ATI

PORTARIA ATI/GAB.DG Nº 051/2021

ESTABELECE PROCEDIMENTO PARA AVALIAÇÃO DOS IMPACTOS DOS VALORES IMPOSTOS PELA APLICAÇÃO AUTOMÁTICA DO REAJUSTE CONTRATUAL, NOS TERMOS DA CLAUSULA 18.1 DO CONTRATO DE PPP-PIAUI CONECTADO.

O DIRETOR DA AGÊNCIA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO DO ESTADO DO PIAUÍ-ATI, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS, CONSIDERANDO:

- O contrato PPP Nº 008/2018 PIAUI CONECTADO, cujo objeto é construção, operação e manutenção de infraestrutura de transporte de dados, voz e imagem, incluindo serviços associados para o governo do Estado do Piauí, e seus anexos;
- A Lei Federal nº 11.079/2004 que institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da Administração Pública;
- Lei nº 5.494/2005 que institui o Programa de Parcerias Público Privada do Estado do Piauí;
- O contrato do Verificador Independente, responsável pela fiscalização, aferição do desempenho e da qualidade do serviço realizado pela Concessionária contratada para construção, operação e manutenção da infraestrutura de transporte de dados, voz e imagem, incluindo serviços associados para o governo do Estado do Piauí;
- O Ofício nº 143/2021-SPE PIAUI CONECTADO, acerca da aplicação da cláusula de reajuste de valor da contraprestação através da correção da perda do poder aquisitivo da moeda pelo índice do IGP-M (FGV), nos termos da cláusula 18.1 do Contrato de PPP-Piauí Conectado;
- A Notificação da Agência à SPE, publicada no Diário Oficial Nº 140, de 15 de julho de 2021, pág. 40.

RESOLVE:

Art. 1º A Agência de Tecnologia da Informação do Estado do Piauí-ATI, na qualidade de poder concedente, resolve estabelecer procedimentos para avaliação dos impactos dos valores impostos pela aplicação automática do reajuste contratual, nos termos da cláusula 18.1 do Contrato de PPP-Piauí Conectado.

Art. 2º Competirá à Comissão Técnica, conforme composição abaixo, o acompanhamento dos trabalhos relativos à avaliação do pleito de reajuste.

I- Poder Concedente:

Antônio Luiz Alves de Oliveira Júnior, matrícula: 198775-9

Kikmar Távora Teófilo, matrícula: 197280-1

II- Verificador Independente:

Mateus Silva Moraes, CPF: 077.674.566-25

Vinícius Costa Lammerti, CPF: 039.104.796-50

III- SPE Piauí Conectado S/A

Emanuel Thiago da Silva, CPF 007.564.251-40

Camelândia dos Santos Ferreira Simplicio, CPF: 656.801.893-73

3º. Competirá à Comissão Técnica:

a. Análise do Contrato de PPP e seus anexos, do Ofício nº 143/2021-SPE PIAUI CONECTADO, acerca da aplicação da cláusula de reajuste de valor da contraprestação através da correção da perda do poder aquisitivo da moeda pelo índice do IGP-M (FGV), nos termos da cláusula 18.1 do Contrato de PPP-Piauí Conectado;

b. Emissão de relatório técnico, contendo avaliação dos documentos acima citados, bem como análise dos riscos capazes de afetar a execução do Contrato;

c. Envio do relatório para o Poder Concedente e para o Comitê de Monitoramento e Gestão do Contrato, para fins de subsidiar a tomada de decisão referente ao pleito de reajuste.

Art. 4º Caberá ao Poder Concedente submeter o relatório de avaliação ao Presidente do Conselho Gestor do Programa Estadual de Parcerias Público-Privada PPP, para fins de apreciação e aprovação.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Antônio Torres da Paz

Diretor Geral da Agência de Tecnologia da Informação do Estado do Piauí-ATI

Of. 840

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Portaria Nº 895, de 17 de agosto de 2021

Institui o Comitê Gestor Interinstitucional do Projeto do SESAPI de Aprimoramento das Ações de Gestão, Planejamento e Regionalização da Saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Piauí.

O SECRETÁRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ, no uso das atribuições que lhe foram conferidas pelo art. 109, IV da Constituição do Estado do Piauí, e:

CONSIDERANDO o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que 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, além de dar outras providências;

CONSIDERANDO a Resolução CIT nº 13/2017 que dispõe sobre as Diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado a ser elaborado de forma ascendente, e sobre a Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS conforme disposto no seu art. 1º, caput;

CONSIDERANDO a Resolução CIT nº 37/2018 que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde definidas, ainda, no seu Art. 5º que o Planejamento Regional Integrado (PRI) deve ser coordenado pelo Estado em articulação com os municípios e com participação da União, a partir da configuração das regiões de saúde definidas na Comissão Interfederativa Bipartite (CIB);

CONSIDERANDO o disposto na PORTARIA Nº 1.812, de 22 de julho de 2020 que institui, para o exercício de 2020, incentivo financeiro de custeio, aos Estados e ao Distrito Federal, para o Aprimoramento das Ações de Gestão, Planejamento e Regionalização da Saúde, visando à Organização e à Governança da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

CONSIDERANDO o constante dos autos do processo nº 00012.002044/2021-78,

Diário Oficial

Teresina(PI) - Quarto-feira, 18 de agosto de 2021 - Nº 178

39

RESOLVE:

Art. 1º Instituir o Comitê Gestor Interinstitucional do Projeto de Aprimoramento das Ações de Gestão, Planejamento e Regularização da Saúde visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde do Piauí.

Parágrafo Único. Compete ao Comitê Gestor Interinstitucional, em conformidade com o previsto no Projeto do SESAPI/PI aprovado através do PARECER Nº 13/2020-DGIP/SEMS de outubro de 2020, o "papel propositivo e deliberativo para dispor sobre: detalhamento técnico das ações propostas; cronograma de execução; prioridades de execução; modalidade, instrumentos e periodicidade de acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações propostas e executadas e periodicidade dos Relatórios de Desempenho físico e financeiro do Projeto".

Art. 2º O Comitê Gestor Interinstitucional terá a seguinte composição:

Coordenação Geral do Comitê

Jefferson Clarke Lopes Campelo - Superintendente SUGAD

Coordenação Executiva do Projeto

Ana Maria Menezes Nélvia Eulália Amaral - Diretora DUP/

SUGAD

Representantes do COSEMS/PI

Auridene Mª da Silva Moreira de Freitas Tapety - Presidente do COSEMS/PI

Leopoldina Cipriano Freitas - Vice-Presidente

Maria do Socorro Candeia Costa - Assessora Técnica

Maria Goretti da Silva Pereira - Assessora Técnica

Representante do CES-Conselho Estadual de Saúde

João da Cruz Cabral - Presidente

Representante do Núcleo Piauí do Ministério da Saúde

Antonio Alves da Sousa - Intercorcor Estadual

Representantes do SESAPI

Almir/Alice Carvalho Silva - Assessora Técnica SUGAD

Iolá da Silva Pinheiro - DUP/SUGAD

Valéria Leite Barros - DUP/SUGAD

Elizandra de Andrade Silva - DUP/SUGAD

Maria de Jesus Dias de Araújo - Gerente Qualificação - DUGP/

SUGAD

Cristiana Maria Ferraz Damasceno Moura Fé - Diretora da

DUNAS/SUPAT

Tatiana Vieira Sousa Chaves - Diretora da DIVISA/SUPAT

Joselma Maria Oliveira Silva - Diretora da DUDOH/SUGMAC

Analyne Medeiros da Silva Filho - Diretora da DUCARA/

SUGMAC

Luciane dos Anjos Formiga - CERAS/DUCARA/SUGMAC

Art. 3º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial do Estado do Piauí.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ, em Teresina-PI, 17 de agosto de 2021.

(assinado eletronicamente)

FLORENTINO ALVES VERAS NETO

Secretário de Estado da Saúde do Piauí

Of. 3309

Portaria Nº 889, de 18 de agosto de 2021

Designar servidor como Coordenador do Programa de Tratamento Fora Domicílio – TFD, da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí.

O SECRETÁRIO DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ, no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

Art. 1º - Designar o servidor **UBIRANI DE SOUSA ROCHA**, matrícula nº 340.719-5, como Coordenador do Programa de Tratamento Fora Domicílio – TFD, da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, com efeitos a partir de 16 de agosto de 2021.

Art. 2º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial do Estado do Piauí.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO PIAUÍ, EM TERESINA – PI, 18 DE AGOSTO DE 2021.

(assinado eletronicamente)

FLORENTINO ALVES VERAS NETO

Secretário de Estado da Saúde do Piauí

Of. 3310

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA DO PIAUÍ

Portaria Nº 308, de 17 de agosto de 2021

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA DO PIAUÍ, no uso das atribuições previstas no inciso II, do art. 109, da Constituição Estadual

CONSIDERANDO Juízo de Conveniência e Oportunidade,

RESOLVE:

LOTAR a servidora **SAMANTHA JAKELI GOMES COSTA**, Assessora Técnica II, matrícula nº 339.397-6, na Diretoria de Unidade de Planejamento e Gestão do Sistema Único de Segurança Pública, até ulterior deliberação.

PUBLIQUE-SE, CIENTIFIQUE-SE E CUMPRE-SE.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA, EM TERESINA-PI, 17 DE AGOSTO DE 2021.

RUBENS DA SILVA PEREIRA

Secretário de Segurança Pública do Estado do Piauí

Of. 2356

ANEXO B

I. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE					
ESTADO: PIAUÍ					
MACRORREGIÃO DE SAÚDE: CERRADOS					
<p>Item de Diagnóstico 1: A Resolução da CIT nº 37, de 22 de março de 2018, define o espaço regional ampliado como sendo a Macrorregião de Saúde, ou seja, a base territorial (o continente), para viabilizar a organização da Rede de Atenção à Saúde (o conteúdo), devendo ser instituída pela CIB (as normas e regras), no processo de Planejamento Regional Integrado (o método) coordenado pelo Estado em articulação com os Municípios e participação da União (os responsáveis)</p>					
Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
1.1 Há resolução da CIB que define o território macrorregional de saúde, pactuado entre os gestores, à luz da Resolução CIT nº 37/2018?				X	
1.2 A MRS foi definida em função das necessidades em saúde da população, dos aspectos sócio, econômico, cultural, do sentimento de pertencimento das pessoas aos territórios e do acesso ao sistema de saúde?				X	
1.3 Na MRS, há contiguidade territorial (mesmo quando ultrapassa os limites estaduais), visando a coesão regional, a organização, o planejamento e a regulação dos serviços de saúde no território?				X	Discordância entre os atores do grupo de trabalho que responderam o presente instrumento: "Tendo em visto que os serviços de regulação não atendem as necessidade da região"
1.4 A conformação da MRS apresenta escala populacional adequada para a sustentabilidade dos serviços de alta				X	Sugestão do grupo de trabalho que responderam o presente instrumento: Inserir região na exceção da base mínima.

<p>complexidade, no âmbito do território? Observação: a Resolução da CIT nº 37, 2018, estabelece o limite mínimo de 700 mil habitantes para a MRS, exceto para as Região Norte cuja base mínima populacional é de 500 mil habitantes. Para os estados das demais Regiões, se a MRS tiver um contingente populacional entre 500 a 700 mil habitantes, a CIB deve encaminhar à CIT para análise e parecer.</p>					
<p>1.5 Há um diagnóstico atualizado das necessidades em saúde da população, com a identificação dos perfis demográfico e epidemiológico, na MRS, construído de forma ascendente, a partir dos municípios?</p>	X				Comentário do Grupo de Trabalho que respondeu o presente instrumento: Apenas para território.
<p>1.6 Há pactuação na CIB contendo a identificação das principais necessidades em saúde da população na MRS e as diretrizes para a organização da RAS em resposta à estas necessidades na MRS?</p>	X				

<p>I. ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE</p>
<p>Item de Diagnóstico 2: A Portaria de Consolidação nº 3, de setembro de 2017 - Capítulo I - Das Redes de Atenção à Saúde (Origem: PRT MS/GM 4279/2010), define a RAS como sendo o arranjo organizativo das ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A Resolução da CIT nº 37, de 22 de março de 2018, estabelece que a RAS deve ser organizada no território macrorregional para garantir a resolubilidade da atenção à saúde, com base em parâmetros espaciais e territoriais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, a melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.</p>

Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
2.1 Há definição e pactuação na CIB, das RAS a serem implementadas na MRS, em função das necessidades em saúde da população?		X			
2.2 Há definição dos elementos constitutivos da RAS na MRS, em conformidade com a Portaria GM-MS nº 4.279, de 2010:					
2.2.1 A identificação da população, por estratificação de risco;	X				
2.2.2 A estrutura operacional para atender a população de acordo com o grau de risco, com a definição da APS, dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos;		X			Discordância entre os atores do grupo de trabalho que preencheram o presente instrumento: "Organização da estratificação de risco"
2.2.3 O modelo de atenção à saúde, ou seja, sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS.	X				
2.3 O modelo de atenção para a RAS preconiza:					
2.3.1 a promoção da saúde da população; ii) a prevenção dos fatores de risco em saúde;	X				Comentário do Grupo de Trabalho que respondeu o presente instrumento: Não há organização de redes na região.
2.3.2 a gestão da condição de saúde, articulando as necessidades em saúde da população em função dos riscos e a atenção efetiva, eficiente e tempo oportuno;	X				
2.3.3 a gestão de caso para prover o cuidado personalizado para as pessoas com condições de saúde muito complexas.	X				
2.4 Há APS em suficiência quantitativa para garantir a cobertura populacional em conformidade com as normativas do Ministério da Saúde?				X	
2.5 A APS é ordenadora da RAS e coordena o cuidado das pessoas, em conformidade com a Portaria GM-MS nº 4279 de 2010?	X				

2.6 A APS cumpre de forma regular e sistemática os atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralidade na pessoa, abordagem familiar e orientação comunitária?	X				
2.7 A APS cumpre as funções: resolução da maioria dos problemas de saúde da população; organização dos fluxos e contrafluxos das pessoas na RAS; responsabilização pela saúde das pessoas em qualquer ponto de atenção em que estejam na RAS.	X				
2.8 Há pontos de atenção em suficiência quantitativa e qualitativa, de diferentes densidades tecnológicas para a realização da atenção ambulatorial especializada e hospitalar, no lugar e tempo certos, na RAS?	X				
2.9 Há sistemas de apoio em suficiência quantitativa e qualitativa na RAS, contemplando a assistência farmacêutica e os sistemas de apoio diagnóstico e terapêuticos (patologia clínica, exame de imagens, entre outros)?	X				
2.10 Há sistemas logísticos em suficiência quantitativa e qualitativa para possibilitar a integração vertical na RAS, contemplando:					
2.10.1 o sistema de identificação e acompanhamento dos usuários?			X		
2.10.2 as centrais de regulação?			X		
2.10.3 os registros eletrônicos?			X		
2.10.4 os transportes sanitários eletivo e de urgência?			X		
2.11 Há a utilização dos instrumentos de gestão da clínica, de forma regular e sistemática: diretriz clínica, gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica, lista de espera, instrumentos para análise de itinerário terapêutico e implementação de linhas de	X				Comentário do Grupo de trabalho que respondeu o presente instrumento: O Planifica SUS está em fase inicial.

cuidado, além de outras metodologias que organizem o cuidado nos pontos de atenção da RAS?					
2.12 Há processos de integração na gestão da RAS entre a clínica e a saúde coletiva, incluindo vigilância em saúde, programas verticais para a organização e funcionamento dos pontos de atenção?	X				
2.13 Há diretriz clínica atualizada, elaborada com base em evidências científicas, contendo parâmetros clínicos e assistenciais, de acordo com o grau de risco, para a organização da APS, pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos da RAS na MRS?	X				
2.14 Há definição de competências da APS, dos pontos de ação, sistemas de apoio e logísticos para a organização da RAS na MRS, em conformidade com a diretriz clínica?	X				Comentário do Grupo de Trabalho que respondeu o presente instrumento: Há a definição das competências.
2.15 Há programação assistencial para a APS, os pontos de ação, sistemas de apoio e logísticos para a operacionalização da RAS na MRS, em conformidade com a diretriz clínica e dimensionada em função das necessidades em saúde da população?	X				
2.16 Há a definição do fluxo assistencial das pessoas nos pontos de atenção e sistemas de apoio da RAS na MRS, com vistas ao acesso adequado e tempo/resposta oportuno?	X				
2.17 Há a análise do grau de suficiência qualitativa e quantitativa da APS, pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos da RAS na MRS para atender as necessidades em saúde da população?	X				
2.18 Há integração sistêmica da APS e dos pontos de atenção da RAS na	X				

MRS, capaz de viabilizar o acesso, a continuidade e integralidade do Cuidado, com qualidade e resolutividade?					
2.19 Há um processo de educação permanente das equipes técnicas e gerenciais da APS, dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para qualificação da atenção prestada na RAS, com vistas à promoção da saúde, prevenção aos fatores de risco, ao acesso humanizado, com equidade, qualidade, efetividade e eficiência?	X				
2.20 Há pactuação na CIB dos indicadores e metas para o monitoramento e a avaliação do desempenho da RAS, na MRS?	X				
2.21 Há monitoramento das metas e a avaliação dos resultados da RAS, na MRS, realizados de forma regular e sistemática?	X				

II. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO					
Item de Diagnóstico 3:					
A Resolução da CIT nº 37 de 22 de março de 2018 estabelece que o PRI, na MRS, deve ser instituído e coordenado pelo Estado em articulação com os Municípios e a participação da União, a partir da configuração definida na CIB. Deve expressar a responsabilidade dos gestores de saúde em relação a população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações que garantam acesso e resolubilidade por meio da organização da RAS, observando os Planos de Saúde dos três entes federados.					
Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
3.1 O PRI foi construído a partir das diretrizes pactuadas na CIB, de forma ascendente, na MRS, com a participação dos entes gestores - SES, SMS e MS – do território?			X		Comentário do Grupo de Trabalho que respondeu o presente instrumento: Em processo de construção.
3.2 O Plano Regional da Macrorregião (PRM) contém a identificação: do espaço regional ampliado; da situação de saúde no território e das necessidades em	X				

saúde da população?					
3.3 O PRM define as prioridades sanitárias, diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazo de execução?	X				
3.4 O PRM define as responsabilidades dos entes federados na organização da RAS, na MRS?	X				
3.5 O PRM apresenta a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde da população na MRS?	X				
3.6 O PRM apresenta a programação geral das ações e serviços de saúde na MRS?	X				
3.7 O PRM identifica os vazios assistenciais e sobreposição de serviços, caso existam, e orienta a alocação de recursos de investimento e custeio da União, Estado, Municípios e emendas parlamentares na MRS?	X				
3.8 O PRM orienta a alocação dos recursos dos entes federados na MRS?	X				
3.9 Há resolução da CIB que institucionaliza o PRM da MRS?					O Grupo não tem conhecimento para responder esta questão
3.10 O PRM integra os Planos de Saúde dos entes federados?	X				
3.11 O PRM contempla a pactuação estabelecida e os respectivos mecanismos de regulação do acesso?	X				
3.12 O PRM é monitorado e avaliado de forma regular e sistemática?	X				

III. GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

Item de Diagnóstico 4:

A Resolução CIT nº 23 de 17 de agosto de 2017 estabelece que a CIB deve instituir o Comitê Executivo de Governança da RAS (CEGRAS) da MRS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no funcionamento da RAS - os entes gestores (SES, SMS e MS) do território

macrorregional, os prestadores de serviços e o controle social. O CEGRAS, de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB, tem por objetivo monitorar, avaliar, acompanhar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS.

Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
4.1 Há resolução da CIB que definiu os objetivos, composição, atribuições e funcionamento dos Comitês Executivos de Governança das RAS (CEGRAS), nas MRS?	X				
4.2 Há CEGRAS instituído nas MRS, em conformidade à resolução da CIB?	X				
4.3 O CEGRAS monitora, acompanha, avalia o funcionamento da RAS na MRS, de forma regular e sistemática?	X				
4.4 O CEGRAS reporta-se à CIB, de forma regular e sistemática, para proposição de soluções com vistas ao adequado funcionamento da RAS, fornecendo subsídio para a tomada de decisão, no âmbito da MRS, contribuindo para a efetivação dos acordos pactuados nas instâncias intergestores (CIB, CIR)?	X				
4.5 A SES fornece os meios necessários para o desenvolvimento das atividades do GEGRAS?	X				
4.6 Há um processo de educação permanente para os GEGRAS com vistas a apropriação dos instrumentos de gestão do SUS e governança da RAS?	X				
4.7 Há utilização de instrumentos para a governança da RAS na MRS: roteiro diagnóstico; programação para os pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos da RAS; normas e regras para a utilização dos serviços; contratualização dos serviços em função das competências, programação assistencial e	X				

integração na RAS; certificação ou acreditação dos pontos de atenção em função da RAS?					
4.8 A CIB viabiliza meios de comunicação, visando a transparência dos processos de regionalização, PRI e governança da RAS?	X				

I. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE					
ESTADO: PIAUÍ					
MACRORREGIÃO DE SAÚDE: SEMIÁRIDO					
Item de Diagnóstico 1: A Resolução da CIT nº 37, de 22 de março de 2018, define o espaço regional ampliado como sendo a Macrorregião de Saúde, ou seja, a base territorial (o continente), para viabilizar a organização da Rede de Atenção à Saúde (o conteúdo), devendo ser instituída pela CIB (as normas e regras), no processo de Planejamento Regional Integrado (o método) coordenado pelo Estado em articulação com os Municípios e participação da União (os responsáveis)					
Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
1.1 Há resolução da CIB que define o território macrorregional de saúde, pactuado entre os gestores, à luz da Resolução CIT nº 37/2018?				X	
1.2 A MRS foi definida em função das necessidades em saúde da população, dos aspectos sócio, econômico, cultural, do sentimento de pertencimento das pessoas aos territórios e do acesso ao sistema de saúde?		X			
1.3 Na MRS, há contiguidade territorial (mesmo quando	X				

ultrapassa os limites estaduais), visando a coesão regional, a organização, o planejamento e a regulação dos serviços de saúde no território?					
1.4 A conformação da MRS apresenta escala populacional adequada para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, no âmbito do território? Observação: a Resolução da CIT nº 37, 2018, estabelece o limite mínimo de 700 mil habitantes para a MRS, exceto para as Região Norte cuja base mínima populacional é de 500 mil habitantes. Para os estados das demais Regiões, se a MRS tiver um contingente populacional entre 500 a 700 mil habitantes, a CIB deve encaminhar à CIT para análise e parecer.		X			
1.5 Há um diagnóstico atualizado das necessidades em saúde da população, com a identificação dos perfis demográfico e epidemiológico, na MRS, construído de forma ascendente, a partir dos municípios?	X				
1.6 Há pactuação na CIB contendo a identificação das principais necessidades em saúde da população na MRS e as diretrizes para a organização da RAS em resposta à estas necessidades na MRS?			X		

I. ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
Item de Diagnóstico 2:

A Portaria de Consolidação nº 3, de setembro de 2017 - Capítulo I - Das Redes de Atenção à Saúde (Origem: PRT MS/GM 4279/2010), define a RAS como sendo o arranjo organizativo das ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A Resolução da CIT nº 37, de 22 de março de 2018, estabelece que a RAS deve ser organizada no território macrorregional para garantir a resolubilidade da atenção à saúde, com base em parâmetros espaciais e territoriais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, a melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
2.1 Há definição e pactuação na CIB, das RAS a serem implementadas na MRS, em função das necessidades em saúde da população?			X		
2.2 Há definição dos elementos constitutivos da RAS na MRS, em conformidade com a Portaria GM-MS nº 4.279, de 2010:					
2.2.1 A identificação da população, por estratificação de risco;			X		
2.2.2 A estrutura operacional para atender a população de acordo com o grau de risco, com a definição da APS, dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos;	X				
2.2.3 O modelo de atenção à saúde, ou seja, sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS.			X		
2.3 O modelo de atenção para a RAS preconiza:					
2.3.1 a promoção da saúde da população; ii) a prevenção dos fatores de risco em saúde;			X		
2.3.2 a gestão da condição de saúde, articulando as necessidades em saúde da população em função dos riscos e a atenção efetiva, eficiente e tempo oportuno;	X				

2.3.3 a gestão de caso para prover o cuidado personalizado para as pessoas com condições de saúde muito complexas.	X				
2.4 Há APS em suficiência quantitativa para garantir a cobertura populacional em conformidade com as normativas do Ministério da Saúde?				X	
2.5 A APS é ordenadora da RAS e coordena o cuidado das pessoas, em conformidade com a Portaria GM-MS nº 4279 de 2010?		X			
2.6 A APS cumpre de forma regular e sistemática os atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralidade na pessoa, abordagem familiar e orientação comunitária?			X		
2.7 A APS cumpre as funções: resolução da maioria dos problemas de saúde da população; organização dos fluxos e contrafluxos das pessoas na RAS; responsabilização pela saúde das pessoas em qualquer ponto de atenção em que estejam na RAS.					
2.8 Há pontos de atenção em suficiência quantitativa e qualitativa, de diferentes densidades tecnológicas para a realização da atenção ambulatorial especializada e hospitalar, no lugar e tempo certos, na RAS?	X				
2.9 Há sistemas de apoio em suficiência quantitativa e qualitativa na RAS, contemplando a assistência farmacêutica e os sistemas de apoio diagnóstico e terapêuticos (patologia clínica, exame de imagens, entre outros)?	X				
2.10 Há sistemas logísticos em suficiência quantitativa e qualitativa para possibilitar a integração vertical na RAS, contemplando:					

2.10.1 o sistema de identificação e acompanhamento dos usuários?	X				
2.10.2 as centrais de regulação?	X				
2.10.3 os registros eletrônicos?			X		
2.10.4 os transportes sanitários eletivo e de urgência?	X				
2.11 Há a utilização dos instrumentos de gestão da clínica, de forma regular e sistemática: diretriz clínica, gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica, lista de espera, instrumentos para análise de itinerário terapêutico e implementação de linhas de cuidado, além de outras metodologias que organizem o cuidado nos pontos de atenção da RAS?	X				
2.12 Há processos de integração na gestão da RAS entre a clínica e a saúde coletiva, incluindo vigilância em saúde, programas verticais para a organização e funcionamento dos pontos de atenção?	X				
2.13 Há diretriz clínica atualizada, elaborada com base em evidências científicas, contendo parâmetros clínicos e assistenciais, de acordo com o grau de risco, para a organização da APS, pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos da RAS na MRS?	X				
2.14 Há definição de competências da APS, dos pontos de ação, sistemas de apoio e logísticos para a organização da RAS na MRS, em conformidade com a diretriz clínica?			X		
2.15 Há programação assistencial para a APS, os pontos de ação, sistemas de apoio e logísticos para a operacionalização da RAS na MRS, em conformidade com a diretriz clínica e dimensionada em função das necessidades em saúde da população?			X		

2.16 Há a definição do fluxo assistencial das pessoas nos pontos de atenção e sistemas de apoio da RAS na MRS, com vistas ao acesso adequado e tempo/resposta oportuno?					O Grupo de Trabalho não respondeu esta questão.
2.17 Há a análise do grau de suficiência qualitativa e quantitativa da APS, pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos da RAS na MRS para atender as necessidades em saúde da população?			X		
2.18 Há integração sistêmica da APS e dos pontos de atenção da RAS na MRS, capaz de viabilizar o acesso, a continuidade e integralidade do cuidado, com qualidade e resolutividade?	X				
2.19 Há um processo de educação permanente das equipes técnicas e gerenciais da APS, dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para qualificação da atenção prestada na RAS, com vistas à promoção da saúde, prevenção aos fatores de risco, ao acesso humanizado, com equidade, qualidade, efetividade e eficiência?			X		
2.20 Há pactuação na CIB dos indicadores e metas para o monitoramento e a avaliação do desempenho da RAS, na MRS?			X		
2.21 Há monitoramento das metas e a avaliação dos resultados da RAS, na MRS, realizados de forma regular e sistemática?					O Grupo de Trabalho não respondeu esta questão.

IV. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

Item de Diagnóstico 3:

A Resolução da CIT nº 37 de 22 de março de 2018 estabelece que o PRI, na MRS, deve ser instituído e coordenado pelo Estado em articulação com os Municípios e a participação da União, a partir da configuração definida na CIB. Deve expressar a responsabilidade dos gestores de saúde em relação a população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o

conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações que garantam acesso e resolubilidade por meio da organização da RAS, observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
3.1 O PRI foi construído a partir das diretrizes pactuadas na CIB, de forma ascendente, na MRS, com a participação dos entes gestores - SES, SMS e MS – do território?			X		
3.2 O Plano Regional da Macrorregião (PRM) contém a identificação: do espaço regional ampliado; da situação de saúde no território e das necessidades em saúde da população?			X		
3.3 O PRM define as prioridades sanitárias, diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazo de execução?			X		
3.4 O PRM define as responsabilidades dos entes federados na organização da RAS, na MRS?			X		
3.5 O PRM apresenta a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde da população na MRS?			X		
3.6 O PRM apresenta a programação geral das ações e serviços de saúde na MRS?			X		
3.7 O PRM identifica os vazios assistenciais e sobreposição de serviços, caso existam, e orienta a alocação de recursos de investimento e custeio da União, Estado, Municípios e emendas parlamentares na MRS?			X		
3.8 O PRM orienta a alocação dos recursos dos entes federados na MRS?			X		
3.9 Há resolução da CIB que institucionaliza o PRM da MRS?	X				
3.10 O PRM integra os Planos de Saúde dos entes federados?			X		
3.11 O PRM contempla a			X		

pactuação estabelecida e os respectivos mecanismos de regulação do acesso?					
3.12 O PRM é monitorado e avaliado de forma regular e sistemática?	X				

V. GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

Item de Diagnóstico 4:

A Resolução CIT nº 23 de 17 de agosto de 2017 estabelece que a CIB deve instituir o Comitê Executivo de Governança da RAS (CEGRAS) da MRS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no funcionamento da RAS - os entes gestores (SES, SMS e MS) do território macrorregional, os prestadores de serviços e o controle social. O CEGRAS, de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB, tem por objetivo monitorar, avaliar, acompanhar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS.

Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
4.1 Há resolução da CIB que definiu os objetivos, composição, atribuições e funcionamento dos Comitês Executivos de Governança das RAS (CEGRAS), nas MRS?	X				
4.2 Há CEGRAS instituído nas MRS, em conformidade à resolução da CIB?	X				
4.3 O CEGRAS monitora, acompanha, avalia o funcionamento da RAS na MRS, de forma regular e sistemática?	X				
4.4 O CEGRAS reporta-se à CIB, de forma regular e sistemática, para proposição de soluções com vistas ao adequado funcionamento da RAS, fornecendo subsídio para a tomada de decisão, no âmbito da MRS, contribuindo para a efetivação dos acordos pactuados nas instâncias intergestores (CIB, CIR)?	X				
4.5 A SES fornece os meios necessários para o desenvolvimento das atividades do GEGRAS?	X				

4.6 Há um processo de educação permanente para os GEGRAS com vistas a apropriação dos instrumentos de gestão do SUS e governança da RAS?	X				
4.7 Há utilização de instrumentos para a governança da RAS na MRS: roteiro diagnóstico; programação para os pontos de atenção, sistemas de poio e logísticos da RAS; normas e regras para a utilização dos serviços; contratualização dos serviços em função das competências, programação assistencial e integração na RAS; certificação ou acreditação dos pontos de atenção em função da RAS?	X				
4.8 A CIB viabiliza meios de comunicação, visando a transparência dos processos de regionalização, PRI e governança da RAS?	X				

I. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE					
ESTADO: PIAUÍ					
MACRORREGIÃO DE SAÚDE: MEIO NORTE					
Item de Diagnóstico 1: A Resolução da CIT nº 37, de 22 de março de 2018, define o espaço regional ampliado como sendo a Macrorregião de Saúde, ou seja, a base territorial (o continente), para viabilizar a organização da Rede de Atenção à Saúde (o conteúdo), devendo ser instituída pela CIB (as normas e regras), no processo de Planejamento Regional Integrado (o método) coordenado pelo Estado em articulação com os Municípios e participação da União (os responsáveis)					
Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
1.1 Há resolução da CIB que define o território macrorregional				X	

de saúde, pactuado entre os gestores, à luz da Resolução CIT nº 37/2018?					
1.2 A MRS foi definida em função das necessidades em saúde da população, dos aspectos sócio, econômico, cultural, do sentimento de pertencimento das pessoas aos territórios e do acesso ao sistema de saúde?				X	
1.3 Na MRS, há contiguidade territorial (mesmo quando ultrapassa os limites estaduais), visando a coesão regional, a organização, o planejamento e a regulação dos serviços de saúde no território?			X		
1.4 A conformação da MRS apresenta escala populacional adequada para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, no âmbito do território? Observação: a Resolução da CIT nº 37, 2018, estabelece o limite mínimo de 700 mil habitantes para a MRS, exceto para as Região Norte cuja base mínima populacional é de 500 mil habitantes. Para os estados das demais Regiões, se a MRS tiver um contingente populacional entre 500 a 700 mil habitantes, a CIB deve encaminhar à CIT para análise e parecer.				X	
1.5 Há um diagnóstico atualizado das necessidades em saúde da população, com a identificação dos perfis demográfico e epidemiológico, na MRS, construído de forma ascendente, a partir dos municípios?				X	
1.6 Há pactuação na CIB contendo		X			Comentário do Grupo de Trabalho que respondeu

a identificação das principais necessidades em saúde da população na MRS e as diretrizes para a organização da RAS em resposta à estas necessidades na MRS?					o presente instrumento: Algumas Redes sim.
---	--	--	--	--	---

I. ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE					
Item de Diagnóstico 2:					
A Portaria de Consolidação nº 3, de setembro de 2017 - Capítulo I - Das Redes de Atenção à Saúde (Origem: PRT MS/GM 4279/2010), define a RAS como sendo o arranjo organizativo das ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A Resolução da CIT nº 37, de 22 de março de 2018, estabelece que a RAS deve ser organizada no território macrorregional para garantir a resolubilidade da atenção à saúde, com base em parâmetros espaciais e territoriais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, a melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.					
Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
2.1 Há definição e pactuação na CIB, das RAS a serem implementadas na MRS, em função das necessidades em saúde da população?			X		Comentário do Grupo de Trabalho que respondeu o presente instrumento: Algumas Redes sim.
2.2 Há definição dos elementos constitutivos da RAS na MRS, em conformidade com a Portaria GM-MS nº 4.279, de 2010:					
2.2.1 A identificação da população, por estratificação de risco;	X				
2.2.2 A estrutura operacional para atender a população de acordo com o grau de risco, com a definição da APS, dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos;	X				
2.2.3 O modelo de atenção à saúde, ou seja, sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS.			X		
2.3 O modelo de atenção para a RAS preconiza:					

2.3.1 a promoção da saúde da população; ii) a prevenção dos fatores de risco em saúde;			X		
2.3.2 a gestão da condição de saúde, articulando as necessidades em saúde da população em função dos riscos e a atenção efetiva, eficiente e tempo oportuno;	X				
2.3.3 a gestão de caso para prover o cuidado personalizado para as pessoas com condições de saúde muito complexas.	X				
2.4 Há APS em suficiência quantitativa para garantir a cobertura populacional em conformidade com as normativas do Ministério da Saúde?				X	
2.5 A APS é ordenadora da RAS e coordena o cuidado das pessoas, em conformidade com a Portaria GM-MS nº 4279 de 2010?	X				
2.6 A APS cumpre de forma regular e sistemática os atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralidade na pessoa, abordagem familiar e orientação comunitária?			X		
2.7 A APS cumpre as funções: resolução da maioria dos problemas de saúde da população; organização dos fluxos e contrafluxos das pessoas na RAS; responsabilização pela saúde das pessoas em qualquer ponto de atenção em que estejam na RAS.			X		
2.8 Há pontos de atenção em suficiência quantitativa e qualitativa, de diferentes densidades tecnológicas para a realização da atenção ambulatorial especializada e hospitalar, no lugar e tempo certos, na RAS?			X		
2.9 Há sistemas de apoio em suficiência quantitativa e qualitativa na RAS, contemplando a assistência			X		

farmacêutica e os sistemas de apoio diagnóstico e terapêuticos (patologia clínica, exame de imagens, entre outros)?					
2.10 Há sistemas logísticos em suficiência quantitativa e qualitativa para possibilitar a integração vertical na RAS, contemplando:					
2.10.1 o sistema de identificação e acompanhamento dos usuários?			X		
2.10.2 as centrais de regulação?			X		
2.10.3 os registros eletrônicos?			X		
2.10.4 os transportes sanitários eletivo e de urgência?			X		
2.11 Há a utilização dos instrumentos de gestão da clínica, de forma regular e sistemática: diretriz clínica, gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica, lista de espera, instrumentos para análise de itinerário terapêutico e implementação de linhas de cuidado, além de outras metodologias que organizem o cuidado nos pontos de atenção da RAS?			X		
2.12 Há processos de integração na gestão da RAS entre a clínica e a saúde coletiva, incluindo vigilância em saúde, programas verticais para a organização e funcionamento dos pontos de atenção?			X		
2.13 Há diretriz clínica atualizada, elaborada com base em evidências científicas, contendo parâmetros clínicos e assistenciais, de acordo com o grau de risco, para a organização da APS, pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos da RAS na MRS?			X		
2.14 Há definição de competências da APS, dos pontos de ação, sistemas de apoio e logísticos para a organização da RAS na MRS, em conformidade com a diretriz clínica?			X		

2.15 Há programação assistencial para a APS, os pontos de ação, sistemas de apoio e logísticos para a operacionalização da RAS na MRS, em conformidade com a diretriz clínica e dimensionada em função das necessidades em saúde da população?			X		
2.16 Há a definição do fluxo assistencial das pessoas nos pontos de atenção e sistemas de apoio da RAS na MRS, com vistas ao acesso adequado e tempo/resposta oportuno?			X		
2.17 Há a análise do grau de suficiência qualitativa e quantitativa da APS, pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos da RAS na MRS para atender as necessidades em saúde da população?			X		Comentário do Grupo de Trabalho que respondeu este instrumento: Existe um vazio assistencial na rede de saúde mental.
2.18 Há integração sistêmica da APS e dos pontos de atenção da RAS na MRS, capaz de viabilizar o acesso, a continuidade e integralidade do cuidado, com qualidade e resolutividade?			X		
2.19 Há um processo de educação permanente das equipes técnicas e gerenciais da APS, dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para qualificação da atenção prestada na RAS, com vistas à promoção da saúde, prevenção aos fatores de risco, ao acesso humanizado, com equidade, qualidade, efetividade e eficiência?			X		
2.20 Há pactuação na CIB dos indicadores e metas para o monitoramento e a avaliação do desempenho da RAS, na MRS?	X				
2.21 Há monitoramento das metas e a avaliação dos resultados da RAS, na MRS, realizados de forma regular e sistemática?	X				

VI. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

Item de Diagnóstico 3:

A Resolução da CIT nº 37 de 22 de março de 2018 estabelece que o PRI, na MRS, deve ser instituído e coordenado pelo Estado em articulação com os Municípios e a participação da União, a partir da configuração definida na CIB. Deve expressar a responsabilidade dos gestores de saúde em relação a população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações que garantam acesso e resolubilidade por meio da organização da RAS, observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
3.1 O PRI foi construído a partir das diretrizes pactuadas na CIB, de forma ascendente, na MRS, com a participação dos entes gestores - SES, SMS e MS – do território?			X		
3.2 O Plano Regional da Macrorregião (PRM) contém a identificação: do espaço regional ampliado; da situação de saúde no território e das necessidades em saúde da população?			X		
3.3 O PRM define as prioridades sanitárias, diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazo de execução?			X		
3.4 O PRM define as responsabilidades dos entes federados na organização da RAS, na MRS?			X		
3.5 O PRM apresenta a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde da população na MRS?			X		
3.6 O PRM apresenta a programação geral das ações e serviços de saúde na MRS?			X		
3.7 O PRM identifica os vazios assistenciais e sobreposição de serviços, caso existam, e orienta a alocação de recursos de investimento e custeio da União, Estado, Municípios e emendas parlamentares na MRS?			X		
3.8 O PRM orienta a alocação dos			X		

recursos dos entes federados na XMRS?					
3.9 Há resolução da CIB que institucionaliza o PRM da MRS?			X		
3.10 O PRM integra os Planos de Saúde dos entes federados?			X		
3.11 O PRM contempla a pactuação estabelecida e os respectivos mecanismos de regulação do acesso?			X		
3.12 O PRM é monitorado e avaliado de forma regular e sistemática?			X		

VII. GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

Item de Diagnóstico 4:

A Resolução CIT nº 23 de 17 de agosto de 2017 estabelece que a CIB deve instituir o Comitê Executivo de Governança da RAS (CEGRAS) da MRS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no funcionamento da RAS - os entes gestores (SES, SMS e MS) do território macrorregional, os prestadores de serviços e o controle social. O CEGRAS, de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB, tem por objetivo monitorar, avaliar, acompanhar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS.

Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
4.1 Há resolução da CIB que definiu os objetivos, composição, atribuições e funcionamento dos Comitês Executivos de Governança das RAS (CEGRAS), nas MRS?	X				
4.2 Há CEGRAS instituído nas MRS, em conformidade à resolução da CIB?	X				
4.3 O CEGRAS monitora, acompanha, avalia o funcionamento da RAS na MRS, de forma regular e sistemática?	X				
4.4 O CEGRAS reporta-se à CIB, de forma regular e sistemática, para proposição de soluções com vistas ao adequado funcionamento da RAS, fornecendo subsídio para a tomada de decisão, no âmbito da MRS, contribuindo para a	X				

efetivação dos acordos pactuados nas instâncias intergestores (CIB, CIR)?					
4.5 A SES fornece os meios necessários para o desenvolvimento das atividades do GEGRAS?	X				
4.6 Há um processo de educação permanente para os GEGRAS com vistas a apropriação dos instrumentos de gestão do SUS e governança da RAS?	X				
4.7 Há utilização de instrumentos para a governança da RAS na MRS: roteiro diagnóstico; programação para os pontos de atenção, sistemas de poio e logísticos da RAS; normas e regras para a utilização dos serviços; contratualização dos serviços em função das competências, programação assistencial e integração na RAS; certificação ou acreditação dos pontos de atenção em função da RAS?	X				
4.8 A CIB viabiliza meios de comunicação, visando a transparência dos processos de regionalização, PRI e governança da RAS?	X				

I. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE
ESTADO: PIAUÍ
MACRORREGIÃO DE SAÚDE: LITORAL
<p>Item de Diagnóstico 1: A Resolução da CIT nº 37, de 22 de março de 2018, define o espaço regional ampliado como sendo a Macrorregião de Saúde, ou seja, a base territorial (o continente), para viabilizar a organização da Rede de Atenção à Saúde (o conteúdo), devendo ser instituída pela CIB (as normas e regras), no processo de Planejamento Regional Integrado (o método)</p>

Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
1.1 Há resolução da CIB que define o território macrorregional de saúde, pactuado entre os gestores, à luz da Resolução CIT nº 37/2018?				X	
1.2 A MRS foi definida em função das necessidades em saúde da população, dos aspectos sócio, econômico, cultural, do sentimento de pertencimento das pessoas aos territórios e do acesso ao sistema de saúde?				X	
1.3 Na MRS, há contiguidade territorial (mesmo quando ultrapassa os limites estaduais), visando a coesão regional, a organização, o planejamento e a regulação dos serviços de saúde no território?		X			
1.4 A conformação da MRS apresenta escala populacional adequada para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, no âmbito do território? Observação: a Resolução da CIT nº 37, 2018, estabelece o limite mínimo de 700 mil habitantes para a MRS, exceto para as Região Norte cuja base mínima populacional é de 500 mil habitantes. Para os estados das demais Regiões, se a MRS tiver um contingente populacional entre 500 a 700 mil habitantes, a CIB deve encaminhar à CIT para análise e parecer.				X	
1.5 Há um diagnóstico atualizado	X				

das necessidades em saúde da população, com a identificação dos perfis demográfico e epidemiológico, na MRS, construído de forma ascendente, a partir dos municípios?					
1.6 Há pactuação na CIB contendo a identificação das principais necessidades em saúde da população na MRS e as diretrizes para a organização da RAS em resposta à estas necessidades na MRS?			X		

I. ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE					
Item de Diagnóstico 2:					
A Portaria de Consolidação nº 3, de setembro de 2017 - Capítulo I - Das Redes de Atenção à Saúde (Origem: PRT MS/GM 4279/2010), define a RAS como sendo o arranjo organizativo das ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A Resolução da CIT nº 37, de 22 de março de 2018, estabelece que a RAS deve ser organizada no território macrorregional para garantir a resolubilidade da atenção à saúde, com base em parâmetros espaciais e territoriais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, a melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.					
Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
2.1 Há definição e pactuação na CIB, das RAS a serem implementadas na MRS, em função das necessidades em saúde da população?		X			
2.2 Há definição dos elementos constitutivos da RAS na MRS, em conformidade com a Portaria GM-MS nº 4.279, de 2010:					
2.2.1 A identificação da população, por estratificação de risco;		X			
2.2.2 A estrutura operacional para atender a população de acordo com o grau de risco, com a definição da		X			

APS, dos pontos de atenção, Xsistemas de apoio e logísticos;					
2.2.3 O modelo de atenção à saúde, ou seja, sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS.		X			
2.3 O modelo de atenção para a RAS preconiza:					
2.3.1 a promoção da saúde da população; ii) a prevenção dos fatores de risco em saúde;				X	
2.3.2 a gestão da condição de saúde, articulando as necessidades em saúde da população em função dos riscos e a atenção efetiva, eficiente e tempo oportuno;				X	
2.3.3 a gestão de caso para prover o cuidado personalizado para as pessoas com condições de saúde muito complexas.				X	
2.4 Há APS em suficiência quantitativa para garantir a cobertura populacional em conformidade com as normativas do Ministério da Saúde?			X		
2.5 A APS é ordenadora da RAS e coordena o cuidado das pessoas, em conformidade com a Portaria GM-MS nº 4279 de 2010?		X			
2.6 A APS cumpre de forma regular e sistemática os atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralidade na pessoa, abordagem familiar e orientação comunitária?					que respondeu o presente Instrumento: O Grupo não se sentiu contemplado com as opções disponíveis no instrumento.
2.7 A APS cumpre as funções: resolução da maioria dos problemas de saúde da população; organização dos fluxos e contrafluxos das pessoas na RAS; responsabilização pela saúde das pessoas em qualquer ponto de atenção em que estejam na RAS.	X				Comentário do Grupo que respondeu o presente Instrumento: Não houve consenso na resposta.
2.8 Há pontos de atenção em suficiência quantitativa e qualitativa, de diferentes densidades			X		

tecnológicas para a realização da atenção ambulatorial especializada e hospitalar, no lugar e tempo certos, na RAS?					
2.9 Há sistemas de apoio em suficiência quantitativa e qualitativa na RAS, contemplando a assistência farmacêutica e os sistemas de apoio diagnóstico e terapêuticos (patologia clínica, exame de imagens, entre outros)?			X		
2.10 Há sistemas logísticos em suficiência quantitativa e qualitativa para possibilitar a integração vertical na RAS, contemplando:					
2.10.1 o sistema de identificação e acompanhamento dos usuários?			X		
2.10.2 as centrais de regulação?			X		
2.10.3 os registros eletrônicos?			X		
2.10.4 os transportes sanitários eletivo e de urgência?	X				
2.11 Há a utilização dos instrumentos de gestão da clínica, de forma regular e sistemática: diretriz clínica, gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica, lista de espera, instrumentos para análise de itinerário terapêutico e implementação de linhas de cuidado, além de outras metodologias que organizem o cuidado nos pontos de atenção da RAS?			X		
2.12 Há processos de integração na gestão da RAS entre a clínica e a saúde coletiva, incluindo vigilância em saúde, programas verticais para a organização e funcionamento dos pontos de atenção?			X		
2.13 Há diretriz clínica atualizada, elaborada com base em evidências científicas, contendo parâmetros clínicos e assistenciais, de acordo com o grau de risco, para a organização da APS, pontos de			X		

atenção, sistemas de apoio e logísticos da RAS na MRS?					
2.14 Há definição de competências da APS, dos pontos de ação, sistemas de apoio e logísticos para a organização da RAS na MRS, em conformidade com a diretriz clínica?			X		
2.15 Há programação assistencial para a APS, os pontos de ação, sistemas de apoio e logísticos para a operacionalização da RAS na MRS, em conformidade com a diretriz clínica e dimensionada em função das necessidades em saúde da população?			X		
2.16 Há a definição do fluxo assistencial das pessoas nos pontos de atenção e sistemas de apoio da RAS na MRS, com vistas ao acesso adequado e tempo/resposta oportuno?			X		
2.17 Há a análise do grau de suficiência qualitativa e quantitativa da APS, pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos da RAS na MRS para atender as necessidades em saúde da população?			X		
2.18 Há integração sistêmica da APS e dos pontos de atenção da RAS na MRS, capaz de viabilizar o acesso, a continuidade e integralidade do cuidado, com qualidade e resolutividade?			X		
2.19 Há um processo de educação permanente das equipes técnicas e gerenciais da APS, dos pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos para qualificação da atenção prestada na RAS, com vistas à promoção da saúde, prevenção aos fatores de risco, ao acesso humanizado, com equidade, qualidade, efetividade e eficiência?	X				
2.20 Há pactuação na CIB dos indicadores e metas para o monitoramento e a avaliação do desempenho da RAS, na MRS?	X				

2.21 Há monitoramento das metas e a avaliação dos resultados da RAS, na MRS, realizados de forma regular e sistemática?	X				
---	---	--	--	--	--

VIII. PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

Item de Diagnóstico 3:
 A Resolução da CIT nº 37 de 22 de março de 2018 estabelece que o PRI, na MRS, deve ser instituído e coordenado pelo Estado em articulação com os Municípios e a participação da União, a partir da configuração definida na CIB. Deve expressar a responsabilidade dos gestores de saúde em relação a população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações que garantam acesso e resolubilidade por meio da organização da RAS, observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
3.1 O PRI foi construído a partir das diretrizes pactuadas na CIB, de forma ascendente, na MRS, com a participação dos entes gestores - SES, SMS e MS – do território?	X				
3.2 O Plano Regional da Macrorregião (PRM) contém a identificação: do espaço regional ampliado; da situação de saúde no território e das necessidades em saúde da população?	X				
3.3 O PRM define as prioridades sanitárias, diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazo de execução?	X				
3.4 O PRM define as responsabilidades dos entes federados na organização da RAS, na MRS?	X				
3.5 O PRM apresenta a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde da população na MRS?	X				
3.6 O PRM apresenta a programação geral das ações e serviços de saúde na MRS?	X				
3.7 O PRM identifica os vazios	X				

assistenciais e sobreposição de serviços, caso existam, e orienta a alocação de recursos de investimento e custeio da União, Estado, Municípios e emendas parlamentares na MRS?					
3.8 O PRM orienta a alocação dos recursos dos entes federados na MRS?	X				
3.9 Há resolução da CIB que institucionaliza o PRM da MRS?	X				
3.10 O PRM integra os Planos de Saúde dos entes federados?	X				
3.11 O PRM contempla a pactuação estabelecida e os respectivos mecanismos de regulação do acesso?	X				
3.12 O PRM é monitorado e avaliado de forma regular e sistemática?	X				

IX. GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

Item de Diagnóstico 4:

A Resolução CIT nº 23 de 17 de agosto de 2017 estabelece que a CIB deve instituir o Comitê Executivo de Governança da RAS (CEGRAS) da MRS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no funcionamento da RAS - os entes gestores (SES, SMS e MS) do território macrorregional, os prestadores de serviços e o controle social. O CEGRAS, de natureza técnica e operacional, vinculado à CIB, tem por objetivo monitorar, avaliar, acompanhar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS.

Item de Verificação	Situação Atual (vide legenda)				Comentário
	1	2	3	4	
4.1 Há resolução da CIB que definiu os objetivos, composição, atribuições e funcionamento dos Comitês Executivos de Governança das RAS (CEGRAS), nas MRS?	X				
4.2 Há CEGRAS instituído nas MRS, em conformidade à resolução da CIB?	X				
4.3 O CEGRAS monitora, acompanha, avalia o funcionamento da RAS na MRS, de forma regular e sistemática?	X				

<p>4.4 O CEGRAS reporta-se à CIB, de forma regular e sistemática, para proposição de soluções com vistas ao adequado funcionamento da RAS, fornecendo subsídio para a tomada de decisão, no âmbito da MRS, contribuindo para a efetivação dos acordos pactuados nas instâncias intergestores (CIB, CIR)?</p>	X				
<p>4.5 A SES fornece os meios necessários para o desenvolvimento das atividades do GEGRAS?</p>	X				
<p>4.6 Há um processo de educação permanente para os GEGRAS com vistas a apropriação dos instrumentos de gestão do SUS e governança da RAS?</p>	X				
<p>4.7 Há utilização de instrumentos para a governança da RAS na MRS: roteiro diagnóstico; programação para os pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos da RAS; normas e regras para a utilização dos serviços; contratualização dos serviços em função das competências, programação assistencial e integração na RAS; certificação ou acreditação dos pontos de atenção em função da RAS?</p>	X				
<p>4.8 A CIB viabiliza meios de comunicação, visando a transparência dos processos de regionalização, PRI e governança da RAS?</p>	X				