



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO - PRI -



**Relato da Oficina Estadual do Planejamento Regional
Integrado do Estado do Rio Grande do Sul**

Dezembro de 2023

Governador do Estado

Eduardo Figueiredo Cavalheiro Leite

Vice-Governador

Gabriel Vieira de Souza

Secretária de Estado da Saúde

Arita Gilda Hübner Bergmann

Secretária Adjunta de Estado da Saúde

Ana Lúcia Pires Afonso da Costa

Presidente do Conselho Estadual da Saúde

Cláudio Augustin

Vice-Presidente do Conselho Estadual da Saúde

Inara Beatriz Amaral Ruas

Superintendente Estadual do Ministério da Saúde no Estado do Rio Grande do Sul

Maria Celeste de Souza da Silva

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul

Guilherme Ribas

Chefia de Gabinete
Chefe: Lizete Alberto

Assessoria de Gestão e Planejamento
Coordenador: Péricles Stehmann Nunes
Adjunta: Cristiane Fischer Achutti

Fundo Estadual de Saúde
Diretora Executiva: Meriana Farid El Kek

Assessoria de Comunicação Social
Coordenador: Neemias Freitas
Adjunto: Carlos Augusto Stefanello de Araújo

Assessoria da Procuradoria Setorial
Coordenadora: Maria Cláudia Mulinari
Adjunta: Clarisse da Cunha Lay

Ouvidoria do SUS/RS
Coordenadora: Luiza Maria Plentz

Direção-Geral
Diretora Geral: Lisiane Rodrigues Alves
Adjunta: Claudia Regina Daniel

Centro Estadual de Vigilância em Saúde
Diretora: Tani Maria Schilling Ranieri Muratore
Adjunto: Marcelo Jostmeier Vallandro

Departamento de Gestão de Pessoas
Diretor: Marco Antonio da Cunha Weber
Adjunta: Marlene Teresinha Colling

Departamento Administrativo
Diretor: Gilmar Tadeu do Nascimento Fonseca

Departamento de Gestão de Tecnologias e Inovação
Diretor: Nelson Ferreira de Souza Junior
Adjunto: Maurício Reckziegel

Departamento de Assistência Farmacêutica
Diretor: Alexandre Moraes Neves
Adjunta: Simone de Fatima Pacheco do Amaral

Departamento de Gestão dos Hospitais Estaduais
Diretora: Maria Leticia Rodrigues Ikeda

Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Diretora: Tatiane Pires Bernardes
Adjunta: Marilise Fraga de Souza

Departamento de Regulação Estadual
Diretora: Suelen da Silva Arduin
Adjunto: Rogério Fett Schneider

Departamento de Auditoria do Sistema Único de Saúde
Diretor: Bruno Naundorf
Adjunta: Niede Bartikoski Santos

Departamento Estadual de Sangue e Hemoderivados
Diretora: Kátia Maria Minuzzi Brodt
Adjunta: Analice Baldissera

Departamento de Gestão da Atenção Especializada
Diretora: Lisiane Wasem Fagundes
Adjunta: Carla Pertile

Escola de Saúde Pública
Diretora: Teresinha Valduga Cardoso
Adjunto: Rodrigo Boff Daitx

**Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Referências do Planejamento Regional Integrado
(PRI)**

Macrorregião de Saúde	CRS	Coordenador/a Regional de Saúde e adjunto/a	Técnicos Regionais do PRI
Centro-oeste (R1, R2 e R3)	4ª CRS	Coordenadora: Fabrícia Ennes da Silva Costa Coordenadora Adjunta: Carla Luciane Boniatti	Jessica Del Frari Marianne Pinheiro Teixeira
	10ª CRS	Coordenadora: Heili Matilde Temp Coordenadora Adjunta: Andreia Carneiro Gonçalves	Gicele Torres Pedroso Maria de Fátima Castro Mulazzani
Metropolitana (R4, R5, R6, R7, R8, R9 e R10)	1ª CRS	Coordenadora: Thais Schadek Coordenadora Adjunta: Eloisa Oliveira dos Santos	Sérgio Luiz Silva Bratkowski Susana Cristina Nunes
	18ª CRS	Coordenador: Robson Bobsin Brehm Coordenadora Adjunta: Janete Ferri Teixeira	Maria Aparecida Famer Maristela Correa Rodrigues de Lima
Missioneira (R11, R12, R13 e R14)	9ª CRS	Coordenadora: Jussara Daltrozo Gutierrez	Ivanir Regina Marques da Silva
		Coordenadora Adjunta: Debora Teichmann Rodrigues	Rubia Ester Kercher
	12ª CRS	Coordenador: Rodrigo Reis	Camila Manzotti
		Coordenador Adjunto: João Alberto Terra do Amaral	Mario Vieira Marques Neto
14ª CRS	Coordenadora: Toni Rafael Jesse	Ione Alles Ames	
	Coordenador Adjunto: Alexsandra Cristina Kafer	Marcio Ceconi	
17ª CRS	Coordenador: Marco Antônio Atkinson	Alexandre Wachter Atkinson	
	Coordenadora Adjunta: Janaina da Silva	Rozeli Rita Rodrigues	
Norte (R15, R16, R17, R18, R19 e R20)	6ª CRS	Coordenadora: Rejane Eliete Luz Pedro	Aline Perin
		Coordenador Adjunto: Iriel Dallacort Sachet	Cândida Luisa Farina Escosteguy Sheldon Hiller
	11ª CRS	Coordenador: Mario Luiz Ceron	Renato Luis Zis
		Coordenadora Adjunta: Cibeli Lazzari	Vanessa Algeri
	15ª CRS	Coordenador: Fernando Cezar de Carli	Juliana Silvani
		Coordenador Adjunto: João Luiz dos Santos Miler	Patrícia de Carli Renan Soares Fagundes
2ª CRS	Coordenadora: Marly Vendrusculo Coordenadora Adjunta: Sirlei de Azevedo Canci	Max Vinícius Aparecido de Carvalho Rafaela de Carli Ghedini	
Serra (R23, R24, R25 e R26)	5ª CRS	Coordenadora: Tatiane Zarpeloni Misturini Fiorio	Mariana Marchioretto de Avila
		Coordenadora Adjunta: Solange Sonda	Thiago Zambenedetti Kuse
Sul (R21 e R22)	3ª CRS	Coordenadora: Milena Pinto Hoffmann	Arion Fernando do Amaral Nunes
		Coordenador Adjunto: Eugenio Souza Nunes	Maria Carolina Pinheiro Meireles
	7ª CRS	Coordenador Adjunto: Cláudia dos Santos Souza Carlos Magno Henquer Cesarino	Mauro Kloppenburg Martin
Vales (R27, R28, R29 e R30)	8ª CRS	Coordenador: Júlio Roberto Ferreira Lopes	Monica Porto da Silva
		Coordenador Adjunto: Bruno Borchhardt Muller	Roberta Ferreira Billig
	13ª CRS	Coordenadora: Mariluci Inocencia Reis	Clarissa Garcia Correa Sehnem
		Coordenador Adjunto: Edilson da Silva Telles	Marizane Soares Barbosa
16ª CRS	Coordenadora: Rafaela Fagundes Coordenador Adjunto: Paulo Roberto Azevedo da Silveira	Álvaro Gustavo Wagner Junqueira	

Organização/Autoria:

Coordenação do Núcleo de Planejamento Regional – AGEPLAN/SES/RS

André Luis Alves de Quevedo

Fernanda dos Santos

Fabiana Ferreira dos Santos

Guilherme Ulema da Silva

Inajara Cagliari Fernandes

Maria Gabriela Costa Dias Andriotti

Coordenação do Núcleo de Planejamento Estratégico e Governança – AGEPLAN/SES/RS

Suzana de Souza

Apoiadores Macrorregionais – Assessoria de Gestão e Planejamento/SES/RS

Centro-Oeste: Caroline Cardozo Bortolotto e Guilherme Ulema da Silva

Metropolitana: Evilin Costa Gueterres e Pedro San Martin Soares

Missioneira: Iury Santana Gomes e Maura Carolina Belomé da Silva

Norte: Fabiana Ferreira dos Santos

Serra: Mathias Schwertner Holz

Sul: Fernanda dos Santos e Maria Gabriela Costa Dias Andriotti

Vales: Vitoria Gonzatti de Souza

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio Grande do Sul (SEMS/RS)

Andrea da Rosa Jardim

Jairo Luiz Silveira Filho

Jaqueline Siqueira do Sacramento

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS)

Coordenação de apoio: Luciane Gomes **Facilitação do apoio:** Maria Alessandra Albuquerque

Centro-Oeste: Elisa Rucks Megier (R1, R2 e R3)

Metropolitana: Pamella Morette (R4 e R5), Ana Cristina Atz (R6, R7 e R8), Violeta Rodrigues Aguiar (R9 e R10)

Missioneira: Joice Fronza (R11 e R14), Cleonice Poletto (R12 e R13)

Norte: Janaína Barbieri (R15), Caroline Bock Montagner (R17 e R18), Lilian Durigon (R17 e R19), Samuel Salvi Romero (R16 e R20)

Serra: Pollyanna Guedes (R23, R24, R25 e R26)

Sul: Janise Fagundes (R21 e R22)

Vales: Kellen Nunes (R27 e R28), Kelly Portolan (R29 e R30)

Relato da Oficina Estadual do Planejamento Regional Integrado do Estado do Rio Grande do Sul

A oficina foi realizada em 07/12/2023, no auditório do Centro Administrativo Fernando Ferrari (CAFF), em Porto Alegre/RS, contando com 117 participantes. Destes, seis eram apoiadoras e/ou assistente técnico eram do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS), 25 da gestão municipal (secretário ou trabalhador de saúde), das seguintes regiões de saúde, R1 (1), R3 (2), R7 (2), R8 (1), R10 (3), R11 (2), R12 (1), R17 (1), R21 (2), R22 (1), R24 (1), R25 (2), R26 (4) e R28 (2). Da gestão estadual havia 78 trabalhadores das seguintes Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e departamentos: 1ª CRS (2), 2ª CRS (2), 3ª CRS (2), 4ª CRS (2), 5ª CRS (3), 6ª CRS (2), 7ª CRS (1), 8ª CRS (3), 9ª CRS (2), 10ª CRS (3), 11ª CRS (2), 12ª CRS (4), 13ª CRS (2), 14ª CRS (4), 15ª CRS (2), 16ª CRS (2), 17ª CRS (4), 18ª CRS (2), Assessoria de Gestão e de Planejamento (12), Auditoria (1), Conselho Estadual de Saúde (2), Centro Estadual de Vigilância em Saúde (5), Departamento de Gestão da Atenção Especializada (2), Departamento de Gestão de Tecnologias e Inovação (1), Diretora Geral (1), Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (5), Departamento de Regulação Estadual (2) e Escola de Saúde Pública (2). Além disso, havia seis servidores do Ministério da Saúde, quatro da Superintendência do Ministério da Saúde/RS (SEMS/RS), a Coordenadora Geral do Planejamento no SUS, do Ministério da Saúde, Fátima Ali e o Coordenador do Apoio à Regionalização no SUS, do Ministério da Saúde, Avilmar Botega. Também havia três graduandos dos cursos de Saúde Coletiva (2) e Políticas Públicas (1) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Imagem 1. Participantes da Oficina Estadual do Planejamento Regional Integrado, Rio Grande do Sul, dezembro de 2023.



O cerimonial foi realizado pela Assessoria de Comunicação da SES/RS. Na **mesa de abertura**, representando o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS), a Secretária Municipal de Saúde Sandra Aquino, do município de Tuparendi/RS, representante regional da Região de Saúde R14 - Fronteira Noroeste, destacou a importância do Planejamento Regional Integrado (PRI), no sentido de analisar as 30 regiões de saúde e as sete macrorregiões de saúde do Estado do Rio

Grande do Sul. A secretária de saúde trouxe que na implementação do PRI foi possível pensar as Redes de Atenção à Saúde e identificar os desafios de superação dos vazios assistenciais. Destaca o protagonismo da gestão municipal da saúde no processo. Conclui sua fala referindo que essa agenda é um trabalho potente e que precisa continuar.

Fátima Ali, Coordenadora Geral do Planejamento no SUS, do Ministério da Saúde, parabeniza o Estado do Rio Grande do Sul pela condução da agenda do Planejamento Regional Integrado. Ressalta a importância do apoio da Superintendência do Ministério da Saúde (SEMS/RS) no processo, buscando concretizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como a universalidade, a integralidade, a regionalização e a equidade. Destaca que a regionalização da saúde vem para organizar o SUS em Redes de Atenção à Saúde, a partir dos territórios das regiões de saúde e das macrorregiões de saúde. Enfatiza o papel dos gestores do SUS para constituir um cuidado compartilhado e solidário. Que, enquanto sistema, o SUS precisa se organizar coletivamente, indiferente de posições políticas, visando fortalecer a regionalização e as Redes de Atenção à Saúde. Sinaliza que a implementação do Planejamento Regional Integrado é um desafio para todo o país. E que as resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) têm saído com a seguinte informação: “de acordo com o Planejamento Regional Integrado”, ou seja, colocando no centro essa agenda como definidora e organizadora das demais. Por isso, o PRI precisa articular com todas as áreas, especialmente com o financiamento, pois é uma diretriz de trabalho para o SUS.

Encerrando as falas da mesa de abertura, a Secretária Adjunta da Saúde Ana Lucia Pires Afonso da Costa cumprimenta a mesa e saúda a todos. Diz que não se faz saúde sem os gestores municipais, pois são eles que estão mais próximos dos usuários. Remonta à sua atuação como secretária municipal de saúde e faz o reconhecimento ao trabalho da Assessoria de Gestão e Planejamento, Direção Geral e Coordenadorias Regionais de Saúde da SES/RS. Reflete que não é possível fazer todas as políticas à distância, mesmo com as tecnologias de informação e comunicação. No planejamento em saúde, em alguns momentos, ainda é preciso estar no território, discutindo as realidades. Fala sobre a importância das equipes do planejamento, especialmente das Coordenadorias Regionais de Saúde, as quais conhecem as realidades locais. Diz que a Secretaria de Estado da Saúde Arita Bergmann tem circulado pelo Estado do Rio Grande do Sul para construir estratégias de gestão de acordo com as necessidades e realidades locais. Destaca que os atores que estão presentes nessa oficina estadual do PRI participaram das oficinas macrorregionais e estão construindo um projeto de SUS que estrutura as Redes de Atenção à Saúde para as pessoas serem atendidas mais perto de suas casas - como, por exemplo, na hemodiálise e no tratamento de câncer. Assim, agradecendo a colaboração de todos, diz que precisamos ter a capacidade de negociar e nos responsabilizar coletivamente pelos resultados. Que é preciso que todos trabalhem em prol do acesso dos usuários. Fala sobre a participação da Secretaria da Saúde do RS na discussão da regionalização da saúde com a Universidade de Harvard, uma vez que o Estado tem um protagonismo nessa área e tem sido reconhecido internacionalmente. Reflete que os usuários precisam de uma atenção resolutiva, na Atenção Primária à Saúde (APS), na média e alta complexidade. Dessa forma, é imprescindível ter uma rede que responda em tempo oportuno e com acesso o mais próximo possível do cidadão. Destaca que no PRI existe um grupo condutor que atua de forma organizada, coletivamente, unindo esforços, para contribuir com o fortalecimento da regionalização da saúde. E que no Planejamento Regional Integrado planeja-se e trabalha-se para hoje e para amanhã, com entregas efetivas aos cidadãos gaúchos. Sinaliza que o planejamento

deve ser uma agenda de Estado e não apenas de Governo, ou seja, que se sustente indiferente da gestão que esteja no poder. Por fim, deseja um bom evento a todos.

Imagem 2. Mesa de abertura da Oficina Estadual do Planejamento Regional Integrado, Rio Grande do Sul, 2023.



Em sequência, foi realizada a mesa intitulada “**Regionalização da Saúde: contribuições do Planejamento Regional Integrado**”, com a fala do Coordenador de Apoio à Regionalização no SUS, do Ministério da Saúde, Avilmar Botega. O gestor federal iniciou abordando sobre o financiamento da Portaria GM/MS nº 1.812/2020, a qual visa fortalecer a regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Traz que os gestores estaduais tiveram dificuldades na sua execução, atingindo cerca de 54% dos valores – o que também foi impactado pela pandemia. Fala sobre a possibilidade de prorrogação da execução dos recursos financeiros pelo período de mais 12 meses, o que será debatido na próxima Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Destaca que com esse financiamento, 24 estados construíram metas para o Planejamento Regional Integrado, destacando a importância dessa agenda dentro da regionalização do SUS. Resgata o princípio do federalismo participativo, com a necessária solidariedade dos entes federativos. Refere que a Região Sul se espelha em práticas de organização europeia como o cooperativismo. E que tal prática é característica dos consórcios da saúde. Problematisa o papel dos consórcios na rede, como prestadores de serviços e não de gestão – na perspectiva de que o gestor coordene e o consórcio execute. Destaca que as associações de consórcios têm pressionado a agenda estatal, tanto do Poder Executivo, quanto do Poder Legislativo, na busca de recursos públicos. Ainda sobre a regionalização da saúde, elenca alguns atributos para a boa governança no SUS: 1) ter um conjunto de regras; 2) coordenação estatal fomentando a agenda, pois não se faz gestão e governança sozinho - no caso do PRI caberia a coordenação à secretaria estadual; 3) fortalecimento de espaços decisórios: Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Comissões Intergestores Regionais (CIR), grupo condutor do PRI; 4) precisa de liderança: liderança para conduzir a agenda e motivar os atores. No caso do PRI, a agenda avançou no Brasil onde as secretarias estaduais de saúde tiveram maior protagonismo; 5) engajamento de todos os atores, pois planejar não é só para hoje, é para o futuro também; 6) atuar conjuntamente e coletivamente; 7) o monitoramento e avaliação, além de prestação de contas. Avilmar Botega destaca que nas prioridades dos planos macrorregionais de saúde, das 118 macrorregiões de saúde das unidades federativas brasileiras, o que mais apareceu foi a rede de condições crônicas; seguida da

Rede Materna Paterna Infantil - compartilhada entre a Atenção Primária e Secundária à Saúde; Rede de Urgência e Emergência (RUE); Vigilância em Saúde; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); e, APS. Reflete que as prioridades sanitárias macrorregionais focaram no campo da gestão e não das causas dos problemas ou questões epidemiológicas. Traz que o Planejamento Regional Integrado é um processo desafiador, em construção, decidido pelo que é mais prioritário. Nessa perspectiva, existe o desafio do financiamento para superar os vazios assistenciais e contratualizar mais serviços. Conclui trazendo que a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023, tem o PRI como eixo estruturante. Sinaliza que essa área concentra um grande volume de recursos federais e colocar o PRI como a base para a habilitação de serviços representa um avanço na perspectiva da regionalização da saúde, também atendendo ao disposto no artigo 30 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Imagem 3. Mesa Regionalização da Saúde: contribuições do Planejamento Regional Integrado, na Oficina Estadual do Planejamento Regional Integrado, Rio Grande do Sul, 2023.



Na mesa sobre as **“Experiências do PRI nas macrorregiões de saúde: o que avançamos no ano de 2023?”**, os técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde, juntamente com as apoiadoras do COSEMS/RS e alguns gestores municipais de saúde apresentaram o andamento das atividades do Grupo de Trabalho do Planejamento Regional Integrado (GTPRI) macrorregional de saúde – especialmente sobre a construção dos Planos de Ação e Governança para efetivar as prioridades sanitárias macrorregionais de saúde constantes nos Planos Macrorregionais de Saúde.

Na apresentação da **Macrorregião de Saúde Centro-Oeste** foi trazido sobre os desafios, como a Planificação da Atenção à Saúde, a qual indiretamente preparou as equipes para a agenda do Planejamento Regional Integrado. Na sequência, foi apresentada a contextualização da macrorregião de saúde. Relatou-se que, inicialmente, havia dificuldades de entendimento do que era o PRI, o que foi sendo superado paulatinamente com metodologias, discussões e a construção dos Diagnósticos Regionais de Saúde, pactuados nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), em 2019. Posteriormente, deu-se a construção do Plano Macrorregional de Saúde, com o desafio de aplicação da metodologia de priorização, já que em saúde tudo é importante. Entendem que a priorização refletiu a realidade do território macrorregional, em que serviços de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) pediátrica são os maiores gargalos, especialmente pelas longas distâncias e fixação de profissionais. Foi problematizada

ainda sobre a governabilidade das equipes técnicas para a implementação das necessidades sanitárias macrorregionais. Como avanços destacam a maior integração entre as Coordenadorias Regionais de Saúde; o fortalecimento do pensamento macrorregional, especialmente na Média e Alta Complexidade (MAC). Sinalizam que o PRI é processual, não termina, visando fortalecer as ações das políticas públicas de saúde e a integração regional; o avanço do olhar do município para a região de saúde e macrorregião de saúde, inclusive com a utilização de metodologias de priorização. Apontam como desafios: manter o PRI como pauta nos municípios e o GTPRI atuante; o monitoramento e a avaliação dos diagnósticos e os planos macrorregionais de saúde; a metodologia de priorização, na qual ficaram destacadas mais questões de MAC e pouco sobre Atenção Primária à Saúde (APS) e Vigilância em Saúde. Concluem sobre a importância de ter uma periodicidade, um grupo para conduzir o processo e fomentar a agenda, inclusive com o fortalecimento das representações do Controle Social. E que é preciso ter gestores que entendam sobre planejamento, pois a regionalização também impacta no município. Refletiu-se ainda que, na pandemia a discussão ficou na MAC e posteriormente precisou e precisa ser resgatada a lógica das Redes de Atenção à Saúde. Apareceu ainda sobre a credibilidade do processo, enquanto política de Estado e não apenas de Governo - para que não se percam as construções, indiferente de quem esteja à frente da tomada de decisão. Por fim, destacaram a importância do engajamento dos municípios no Planejamento Regional Integrado.

Imagem 4. Mesa sobre experiências do PRI nas macrorregiões de saúde, na Oficina Estadual do Planejamento Regional Integrado, Rio Grande do Sul, 2023.



Na apresentação da **Macrorregião de Saúde Metropolitana**, a discussão trouxe que o planejamento em saúde se faz com os atores reais, que lutam para que se efetive o acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde. Foi realizado o reconhecimento do papel dos apoiadores - especialmente da Violeta Aguiar, apoiadora do COSEMS/RS e apoiadora da SES/RS do PRI para a Macrorregião de Saúde Metropolitana no ano de 2022 - e dos municípios no processo. Foi referida a existência de um grupo regional que conduz o processo na Macrorregião de Saúde Metropolitana. Apareceu o entendimento de que o Planejamento Regional Integrado é um processo de Educação Permanente, pois se faz aprendendo. Além disso, é preciso que todos os atores se entendam como parte, ou seja, corresponsáveis por essa construção. Já que, o planejamento se faz com comprometimento, com olho no olho, e compartilhando responsabilidades de forma solidária. Ademais, foi apresentado o território e o processo de construção do Plano Macrorregional de Saúde, ressaltando que o documento foi amplamente discutido e feito

a várias mãos. Ele contém seis diretrizes: Redes de Atenção à Saúde; Fortalecimento da Atenção Especializada; Fortalecimento da Vigilância em Saúde; Qualificação da Assistência Farmacêutica; Fortalecimento das ações de Educação em Saúde; e, Qualificação dos processos de Gestão. Além disso, as prioridades macrorregionais de saúde foram organizadas em onze (11) redes de saúde: Atenção Primária à Saúde (APS); Vigilância em Saúde; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Materno-infantil; Pessoas com doenças e condições crônicas; Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência; Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE); Educação em Saúde; Média e Alta Complexidade (MAC); Assistência Farmacêutica; e, Gestão. Em relação aos avanços foram apontados: as oficinas de Educação Permanente (sobre Média e Alta Complexidade, emendas parlamentares, entre outras); as discussões sobre a Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS) nº 50/2022 e suas atualizações; a elaboração do Regimento Interno do GTPRI e aprovação nas sete Comissões Intergestores Regionais (CIRs); as reuniões conjuntas entre as áreas técnicas das CRS (1ª e 18ª CRS) para qualificar e validar o Plano Macrorregional de Saúde, no sentido de fortalecer as Redes de Atenção à Saúde; a construção dos Planos de Ação e Governança; o alinhamento, por meio do GTPRI macrorregional, dos entes do PRI: SES/RS, Conselho Estadual de Saúde/RS, COSEMS/RS e SEMS/RS. Como desafios foram destacados: manter a continuidade na participação dos municípios e das áreas técnicas das Coordenadorias Regionais de Saúde no PRI; equacionar as necessidades priorizadas pelo PRI com Resolução CIB/RS nº 50/2022 e suas atualizações; o direcionamento dos recursos financeiros, especialmente de emendas parlamentares, conforme as necessidades priorizadas no PRI; construir uma metodologia de atualização das necessidades regionais e prioridades macrorregionais; monitorar e avaliar os Diagnósticos Regionais de Saúde e os Planos Macrorregionais de Saúde. A apresentação foi concluída trazendo a recomendação para que os novos contratos e/ou na renovação dos prestadores de serviços do SUS, das sete regiões de saúde da Macrorregião de Saúde Metropolitana, estejam alinhados com o Planejamento Regional Integrado.

Na apresentação da **Macrorregião de Saúde Missioneira** apareceu que a ouvidoria tem um importante papel no planejamento da saúde. E o fato de estar inserida no processo facilita no momento de direcionar as demandas. Nesta linha, a ouvidoria precisa ter seu trabalho refletido em todas as áreas, pois é o canal de escuta e diálogo com os usuários do SUS. Foi destacada a importância do papel do apoio, o que contribuiu para a construção do Plano Macrorregional de Saúde da Missioneira. E que agora cada Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) precisará ter técnicos para fazer a figura de apoio, com os demais técnicos, CRSs e com os municípios - mobilizando, organizando as reuniões, enfim, articulando para que o GTPRI macrorregional de saúde efetivamente aconteça. Destacou-se ainda que o GTPRI macrorregional da Missioneira já foi articulado para ser o embrião do Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS). Quanto aos avanços do PRI na Macrorregião de Saúde Missioneira em 2023 foram destacados: o momento de elencar as prioridades macrorregionais sanitárias; a elaboração dos Planos de Ação e Governança; a oportunidade de fortalecer as CRS da macrorregião de saúde. Quanto aos desafios: a definição de estratégias eficazes de monitoramento; a participação ativa dos entes envolvidos; a melhoria da oferta local regional de ações e serviços de saúde.

Na apresentação da **Macrorregião de Saúde Norte** foi apresentado o território e retomado o processo de construção do Plano Macrorregional de Saúde. Apareceu a reflexão de que pensar em necessidades de saúde e prioridades sanitárias macrorregionais foi um desafio, pois tudo é importante; uma vez que na saúde é gente cuidando de gente, nos 147 municípios desse território. Falou-se sobre a organização do

processo de trabalho, que foram mais de 200 necessidades regionais de saúde, até chegar em 23 prioridades sanitárias macrorregionais elencadas de forma coletiva. Destacou-se a importância de pensar a macrorregião de saúde não como uma rede isolada, mas os serviços de saúde como parte de uma rede macrorregional, já que os usuários circulam pelo território – e, nessa perspectiva, a gestão precisa trabalhar de forma macrorregional. Que o Planejamento Regional Integrado é um processo construído a muitas mãos. Assim, na organização dos processos de trabalho, tudo o que era produzido e pensado era compartilhado e debatido nas Comissões Intergestores Regionais (CIRs). Apareceu ainda que a necessidade de elencar as prioridades macrorregionais de saúde fez com que as CRS se aproximassem e isso foi muito positivo para a constituição da identidade da macrorregião de saúde. Quanto aos avanços do PRI em 2023, foram elencados: a criação do GTPRI macrorregional, com regimento interno aprovado nas CIRs; a constituição da Coordenação Executiva do GTPRI, alternada entre as CRS anualmente; a construção do Plano de Ação e Governança – em que as áreas técnicas das CRS se reúnem para discutir as ações e o período de execução de cada meta proposta no Plano Macrorregional de Saúde da Macrorregião de Saúde Norte. Já os desafios foram posicionados da seguinte forma: instituir e organizar o funcionamento do CEGRAS; alocar recursos tripartite de acordo com a regionalização da saúde e o Planejamento Regional Integrado; encontrar metodologias permanentes e ágeis para manter os Diagnósticos Regionais de Saúde e o Plano Macrorregional de Saúde atualizados, para refletir a realidade do território; fazer as áreas técnicas se reconhecerem como parte do PRI, o qual deve ser de conhecimento de todos servidores do território sanitário macrorregional. A apresentação é concluída com as seguintes assertivas: o planejamento em saúde é processual e “vivo”, estando em constante modificação conforme os cenários sanitários. E, nesse sentido, o Plano Macrorregional de Saúde requer um caráter operacional, oferecendo informações que tornem assertivas as ações a serem realizadas no tempo adequado, tendo futuramente o Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS) um papel importante nessa articulação.

Imagem 5. Participantes das macrorregiões de saúde, na Oficina Estadual do Planejamento Regional Integrado, Rio Grande do Sul, 2023.



Na apresentação da **Macrorregião de Saúde Serra** resgatou-se que a construção do Plano Macrorregional de Saúde foi realizada em 2022, após a conclusão dos Diagnósticos Regionais de Saúde em 2019. Apareceu na discussão que alguns gestores municipais não estavam acostumados a pensar e planejar, pois seguiam a lógica e as orientações do Estado e do Ministério da Saúde. Assim, foi um desafio entender o Planejamento Regional Integrado, mas que hoje tem se tido maior maturidade no processo. Os gestores são comprometidos regionalmente, mesmo com suas demandas municipais. Conseguiram avançar e estão trilhando o processo de regionalização da saúde. Os avanços elencados foram: a mudança de paradigma, de racionalidade, para planejar a saúde, planejar metas e perseguir resultados. Como desafios: a sensibilização dos gestores municipais de saúde, pois todos os municípios têm a assunção total dos serviços e ações de saúde do seu território, sem um reajuste real do cofinanciamento. Assim, os municípios têm que resolver todos os problemas sanitários, especialmente quando algumas referências não atendem o contratualizado; superar visões individuais e fortalecer as discussões coletivas; a resistência dos prestadores filantrópicos dos ambulatorios sob gestão municipal em relação à organização da rede e pactuações regionais; auxílio do Estado do RS para fortalecer a 5ª CRS, pois desta forma também fortalece as regiões de saúde e os municípios; auxílio quanto à contratualização dos prestadores privados, especialmente os hospitais filantrópicos.

Na apresentação da **Macrorregião de Saúde Sul**, Maria Carolina Pinheiro Meireles refletiu sobre a importância da pesquisa sobre planejamento em saúde e que ela só ocorre, pois, as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores e gestores são potentes e têm condições de serem analisadas, como no caso do Rio Grande do Sul. Destaca que o cotidiano “vivo” é o que traduz a sistematização do Planejamento Regional Integrado, que é realizado pelos atores. Que a regionalização enquanto princípio organizativo viabiliza os demais princípios doutrinários. Princípios como integralidade, equidade e participação social são a base da agenda do Planejamento Regional Integrado. Traz que avançamos no PRI, mas temos que olhar para frente e pensar em produtos concretos. Avançar em resultados e como medir esses resultados. Questiona como pensar daqui para frente? O que podemos fazer? Quais os produtos concretos que temos enquanto Estado do Rio Grande do Sul? Temos trabalhado na garantia de acesso dos usuários do SUS? A servidora estadual traz que o planejamento em saúde é relacional, ou seja, feito por pessoas. E é feito na medida do possível e legítimo em relação ao território. Nessa perspectiva, a fragmentação das agendas precisa ser superada, pois o PRI é de todo mundo e não de quem está na coordenação. Igualmente, é importante pensar a regionalização da saúde considerando as barreiras geográficas; e a avaliação e o financiamento têm que respeitar as realidades e diferenças territoriais. Destaca que há a constante necessidade de organizar as Redes de Atenção à Saúde, desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até a Média e a Alta Complexidade. Refere que a Macrorregião de Saúde Sul perdeu população no último Censo de 2022, o que pode impactar negativamente no financiamento de saúde, enquanto as demandas de saúde não diminuíram na mesma proporção. Após contextualizar o território e as práticas realizadas pelo GTPRI macrorregional – inclusive sobre a construção dos Planos de Ação e Governança – traz a necessidade de que seja mantido um grupo contínuo para fortalecer o processo e que todas as pautas da regionalização permaneçam sendo discutidas por esse grupo antes de irem para pactuação nas Comissões Intergestores Regionais (CIRs). Conclui trazendo a imprescindibilidade de instrumentalizar o planejamento em saúde, na perspectiva do monitoramento e da avaliação. Conclui que para termos resultados diferentes (melhores) é necessário que as diferenças entre as macrorregiões de saúde sejam consideradas quando pensarmos em necessidades de

saúde, financiamento e avaliação. Nessa linha, as ações planejadas precisam ter previsão orçamentária para uma efetiva garantia da sua realização – já que, “ação sem orçamento são desejos, sonhos” e metas sem indicadores não acontecem, tem que estar casados. Assim precisa haver coerência entre o planejamento e o financiamento, estar integrados e serem avaliados juntos ou então continuaremos tendo os mesmos resultados.

Na apresentação da **Macrorregião de Saúde Vales** foi apontado que o Planejamento Regional Integrado fomentou a aproximação entre as Coordenadorias Regionais de Saúde e que a construção do Plano Macrorregional de Saúde por redes foi muito resolutive. Problematiza-se ainda sobre os Planos de Ação Regional (PAR) das redes temáticas serem por região de saúde ou macrorregião de saúde. No caso da Rede de Urgência e Emergência (RUE), que é por macrorregião de saúde, o pleito encaminhado ao Ministério da Saúde (MS) teve boa repercussão, com ampliação do financiamento de novos pontos de atenção para essa rede. Esse PAR foi sugerido pelo MS a ser seguido como modelo para futuras alterações dos demais PAR das macrorregiões de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Após fazer a contextualização do território, rememora-se os passos da construção do Plano Macrorregional de Saúde da Vales e os atores envolvidos. Quanto aos avanços são destacados: elaboração/revisão do regimento interno do GTPRI; a integração dos técnicos das redes e definição dos representantes; construção dos Planos de Ação e Governança por redes; trabalho de acompanhamento permanente dos técnicos do PRI. Como desafios/oportunidades foram destacados: a necessidade de atualizações constantes das metas, em virtude dos processos dinâmicos; fortalecer o engajamento dos gestores estaduais, regionais e municipais; organização dos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço macrorregional; e, realizar a Programação Geral da Ações e Serviços de Saúde.

Na parte da tarde foi realizada a **discussão inicial da Estratégia de Monitoramento e Avaliação do Planejamento Regional Integrado (EMAPRI)**. O servidor estadual da Assessoria de Gestão e Planejamento/SES/RS André Luis Alves de Quevedo apresenta o resultado das oficinas macrorregionais do Planejamento Regional Integrado, realizadas entre outubro e dezembro de 2023. Houve a presença de 368 participantes (retiradas as repetições), das seguintes macrorregiões de saúde: Centro-Oeste (46), Metropolitana (87), Missioneira (65), Norte (80), Serra (39), Sul (47) e Vales (35). Destes, 202 eram gestores municipais de saúde (técnicos e secretários municipais de saúde). Desafios identificados, por macrorregião de saúde, nessas oficinas: Centro-Oeste: fixação de profissionais e transporte sanitário; Metropolitana: regulação; Missioneira: consórcios; Norte: vazios assistenciais e consórcios; Serra: contratualização dos prestadores de serviços; Sul: acesso e transporte sanitário; Vales: engajamento dos atores e consórcios. O servidor resgata que o Planejamento Regional Integrado é realizado na interação dos atores, os quais constroem coletivamente essa agenda. Nessas oficinas macrorregionais de saúde, emergiu como necessidade comum a construção de uma Estratégia de Monitoramento e Avaliação para o Planejamento Regional Integrado (EMAPRI) no Estado do Rio Grande do Sul. Destaca ainda que a Educação Permanente apareceu como transversal aos demais temas do PRI, sendo uma estratégia de construção de aprendizagens e atuações coletivas.

Sequencialmente, foram apresentadas as ideias gerais que irão nortear o Anexo XIII – sobre as orientações para Estratégia de Monitoramento e Avaliação do Planejamento Regional Integrado (EMAPRI). O objetivo do documento será auxiliar os Grupos de Trabalho Macrorregionais (GTs PRI Macrorregionais) e GTs PRI Regionais na implementação da Estratégia de Monitoramento e Avaliação dos Diagnósticos Regionais de Saúde e Planos Macrorregionais de Saúde, dando continuidade ao

Planejamento Regional Integrado (PRI) no Estado do Rio Grande do Sul. Além disso, visa fortalecer a organização das Redes de Atenção à Saúde, com vistas à melhoria da situação de saúde e qualidade de vida da população gaúcha. Na primeira parte, o documento se propõe a abordar os marcos normativos da regionalização da saúde e suas fases. Nessa perspectiva, no evento foi refletido sobre as legislações da regionalização da saúde, desde a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no artigo 198, sendo este especificado por legislações infraconstitucionais. E que o Planejamento Regional Integrado (PRI) é uma continuidade dessas estratégias. Foram propostas três fases analíticas para a regionalização da saúde. A primeira fase (1991-2005) iniciou-se após a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, trazendo as Normas Operacionais Básicas (NOBs 01/1991, 01/1993 e 01/1996) que normatizaram estratégias de descentralização de ações e serviços de saúde para os municípios brasileiros. Destaque à NOB 01/96 que instituiu a Programação Pactuada Integrada (PPI), como um grande pacto entre os gestores do SUS. Posteriormente, foram publicadas as Normas Operacionais de Atenção à Saúde (NOAS) com foco na estruturação de uma rede regionalizada e hierarquizada, mas ainda pautada nos serviços como pontos de atenção à saúde isolados. Destaque à NOAS 2001 que trouxe o Plano Diretor de Regionalização (PDR), no sentido de organizar a regionalização do SUS. A segunda fase (2006-2015) iniciou-se com o Pacto pela Saúde indo até a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. E na terceira fase (2016 em diante) foram publicadas as Resoluções da Comissão Intergestores (CIT) tratando sobre o Planejamento Regional Integrado (PRI). O servidor resgata os sete princípios do planejamento governamental no SUS, constantes no Manual de planejamento no SUS, de 2016, enfatizando que eles são a base para pensar o PRI. Igualmente, foram lembrados os objetivos do PRI que são: promover a equidade regional; contribuir na concretização do planejamento estratégico e ascendente do SUS; expressar as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à organização sistêmica do SUS; e, garantir o acesso e a resolubilidade da atenção por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde. Reforça-se a mudança da perspectiva de análise para as necessidades de saúde e não mais para a oferta do sistema, ou seja, o foco é deslocado dos prestadores de serviços de saúde para os usuários do SUS. Em sequência, foram discutidas as Resoluções da CIT nº 10/2016, nº 23/2017, nº 37/2018 e nº 44/2019, as quais tratam do PRI.

Imagem 6. Discussão inicial da Estratégia de Monitoramento e Avaliação do Planejamento Regional Integrado (EMAPRI), na Oficina Estadual do Planejamento Regional Integrado, Rio Grande do Sul, 2023.



O servidor destaca que o Planejamento Regional Integrado tem como base conceitual a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qual estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa portaria teve como origem teórica a conceituação de Redes de Atenção à Saúde, desenvolvida por Eugênio Vilaça Mendes (MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011. p. 86.). Como especificidade, o PRI foca na Atenção Secundária à Saúde, especialmente para a atuação do Comitê Executivo de Governança das Redes de Atenção à Saúde (CEGRAS). Nesse sentido, o documento intitulado “Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado”, desenvolvido em parceria pelo Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), traz a Governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, para a organização de macrorregiões de saúde. Nesse mesmo documento, na página 8, propõe-se a utilização da matriz de modelagem das RAS – adaptada da Matriz dos pontos de atenção da Rede Mãe Paranaense - SES/PR – em que no território sanitário da Macrorregião de Saúde o nível de atenção indicado é a Atenção Terciária. Cabe destacar que a discussão sobre níveis de atenção já está consolidada no campo da Saúde Coletiva, especialmente a partir do texto de Luiz Carlos de Oliveira Cecilio, denominado “Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada” (1997). Assim, parece que alguns conceitos como níveis hierárquicos precisam ser revistos para pontos de atenção das redes, tendo essa conceituação apenas como referência para pensar a concentração de tecnologias duras – haja vista que a complexidade existe em todos os pontos das RAS e diversos tipos de tecnologias de cuidado são empregados no encontro entre gestor, trabalhador e usuários do SUS. Sinaliza-se que, conforme Merhy (2005), as tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais.

Ainda, reflete-se sobre os usos dos espaços regionais, a exemplo da Atenção Primária à Saúde (APS), a qual tem potência de ser organizada pelos municípios – já que estão mais perto das casas dos usuários e suas famílias; as regiões de saúde – instituídas pelo Decreto nº 7.508/2011, que podem contribuir com projetos coletivos regionais para fortalecer a APS, além de atuar em questões da média complexidade, a fim de que o usuário seja deslocado para as menores distâncias para ter seu cuidado constitucional à saúde; e o nível da macrorregião de saúde, que deve se ocupar das questões de média complexidade não resolvidas nas regiões de saúde e especialmente das de alta complexidade. Assim, na construção do papel do CEGRAS é preciso pensar o seu uso e as pautas que necessitam ser debatidas macrorregionalmente, para que assuntos que tem fóruns específicos – a exemplo das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) – não ocupem todo o espaço desse novo fórum, sob o risco de seu esvaziamento político e não resolutividade técnica. Ou seja, a proposta não deve ser a criação de um novo fórum para a discussão dos mesmos e conhecidos problemas do Sistema Único de Saúde, que já tem arenas constituídas para isso.

Na sequência, o servidor faz um breve resgate da condução do Planejamento Regional Integrado no Estado do Rio Grande do Sul, desde a construção de normativas, orientações técnicas, ferramentas de dados e articulação dos atores. Resgata que os Planos Macrorregionais de Saúde, pactuados em 2022 na Resolução CIB/RS nº 400, foram a base do Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul para o período 2024-2027. Refere que o Estado do Rio Grande do Sul, por um amadurecimento dessa agenda, resolveu constituir uma decodificação da Resolução CIT, nº 37/2018, para a

construção do Plano Macrorregional de Saúde. Sinaliza ainda que, tal normativa não prevê a realização de Diagnósticos Regionais de Saúde (DRS), para as regiões de saúde, mas a escolha dos atores do PRI, à época da institucionalização do processo na Resolução CIB/RS nº 188, 15 de junho de 2018, foi de construir esses documentos, para fortalecer as regiões de saúde e efetivar o planejamento ascendente. Ele aponta os desafios da continuidade da agenda estatal do PRI que são: aprofundar a agenda a partir das demandas reais da regionalização em saúde, com planejamentos estratégicos de curto, médio e longo prazo; constituir a Estratégia de Monitoramento e Avaliação para o PRI (EMAPRI), focando nos Diagnósticos Regionais de Saúde e Planos Macrorregionais de Saúde - contemplando o engajamento dos atores no processo; e, estruturar o processo de Governança do Planejamento Regional Integrado, com vistas à implantação do CEGRAS - o qual conforme as normativas do PRI (Resolução CIT nº 23/2017 e nº 37/2018) tem natureza técnica e operacional, ou seja, deve apoiar a CIR e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) com recomendações sobre a organização das RAS. Assim, atua na lógica da governança pois a tomada de decisão continua com os gestores estaduais, suas equipes técnicas e as pactuações são realizadas nos fóruns intergestores já estabelecidos – a exemplo das CIRs e CIB. O servidor estadual resgata ainda a Resolução CIT nº 44/2019, a qual traz que o acordo de colaboração entre os entes federados, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), disposto no inciso II do artigo 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado. Nessa linha, destaca que será preciso constituir um caminho para que essa pactuação seja realmente implantada.

Na segunda parte do Anexo XIII, sobre a Estratégia de Monitoramento e Avaliação do PRI (EMAPRI), após o resgate da regionalização da saúde e do processo no Estado do RS, há a discussão preliminar do monitoramento e avaliação (M&A) para essa agenda. Retoma-se conceitos clássicos desse campo do conhecimento, que entendem que o monitoramento verifica e a avaliação emite um juízo de valor. Considerando os desafios do M&A e o foco da gestão pública no processo de Planejamento Regional Integrado, para um primeiro momento, entende-se pertinente colocar esforços no monitoramento e incrementalmente na avaliação normativa.

Nessa linha, foi apresentado o resultado do formulário para pensar a Estratégia de Monitoramento e Avaliação para o PRI no RS. Esse questionário foi enviado aos participantes das oficinas macrorregionais do PRI realizadas no ano de 2023. Dos 60 respondentes que retornaram o instrumento preenchido, 34 eram gestores e técnicos municipais de saúde, 21 servidores das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e cinco eram outros (servidores da AGEPLAN/SES/RS, conselheiro municipal de saúde, professor universitário). Houve respostas para 27 regiões de saúde - exceto: R9, R11 e R19. Quanto aos Diagnósticos Regionais de Saúde (DRS), sobre a periodicidade de construção, para a categoria “três anos” houve 32 respostas, seguida de 27 para a categoria “quatro anos” e apenas uma resposta para a categoria “cinco anos” - sendo que a concentração das respostas para as CRS foi na categoria “quatro anos” (15 respostas) e para os demais atores na categoria “três anos” (27 respostas). Ademais, 59 respondentes consideraram importante realizar relatórios de monitoramento e avaliação dos Diagnósticos Regionais de Saúde e ter um sistema *online* (painel, Excel dinâmico) de monitoramento e avaliação desses documentos de planejamento. Quanto à periodicidade da construção dos relatórios de monitoramento e avaliação dos DRS, 13 respondentes selecionaram a categoria “quadrimestral”, 22 respondentes a “semestral” e 25 a “anual”. Quanto à atribuição de monitorar e avaliar os DRS, 13 respondentes selecionaram a opção “Comissão Intergestores Regional”, 19 a “opção “Coordenadorias Regionais de Saúde”, 24 a opção “GTPRI regional” e quatro a opção “Secretaria Municipal de

Saúde”. Por fim, 51 respondentes entenderam que o monitoramento e avaliação dos Diagnósticos Regionais de Saúde devem ser publicizados na sua integralidade.

Quanto aos Planos Macrorregionais de Saúde (PMS), sobre a periodicidade de construção, para a categoria “três anos” houve 22 respostas, seguida de 37 para a categoria “quatro anos” e apenas uma resposta para a categoria “cinco anos” - sendo que a concentração das respostas para as CRS foi na categoria “quatro anos” (18 respostas) e para os demais atores na categoria “três anos” (30 respostas). Ademais, todos respondentes consideraram importante realizar relatórios de monitoramento e avaliação dos Planos Macrorregionais de Saúde e 59 ter um sistema *online* (painel, Excel dinâmico) de monitoramento e avaliação desses documentos de planejamento. Quanto à periodicidade da construção dos relatórios de monitoramento e avaliação dos PMS, nove respondentes selecionaram a categoria “quadrimestral”, 22 respondentes a “semestral” e 29 a “anual”. Quanto à atribuição de monitorar e avaliar os PMS, cinco respondentes assinalaram a opção “Comissão Intergestores Bipartite”, oito a opção “Comissão Intergestores Regional”, 14 a “opção “Coordenadorias Regionais de Saúde”, 31 a opção “GTPRI macrorregional” e dois a opção “Secretaria Municipal de Saúde”. Por fim, 52 respondentes entenderam que o monitoramento e avaliação dos Planos Macrorregionais de Saúde devem ser publicizados na sua integralidade. Em síntese, as Coordenadorias Regionais de Saúde entendem que os Diagnósticos Regionais de Saúde e os Planos Macrorregionais de Saúde devem ser realizados a cada quatro anos, enquanto os gestores municipais e demais atores em um período menor (três anos). Ainda, a transparência na Administração Pública, princípio da publicidade positivado no artigo 37 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, não foi refletida na resposta de todos os 60 respondentes – o que carece ser repensado. Efetivamente, os prazos de construção desses documentos (Diagnósticos Regionais de Saúde, Planos Macrorregionais de Saúde e Plano Estadual de Saúde) necessitam ser compatibilizados para que o princípio do planejamento ascendente seja realmente observado.

Por fim, foram apresentadas as etapas do processo de monitoramento e avaliação dispostas no Plano Estadual de Saúde 2024-2027 do RS, contemplando o monitoramento duro (coleta de dados; síntese e validação de dados; e, consolidação e análise dos resultados) e o monitoramento leve (consolidação e análise dos resultados; e, avaliação e tomada de decisão). Essas etapas serão a base para pensar os elementos da Estratégia de Monitoramento e Avaliação para o Planejamento Regional Integrado (EMAPRI), quais sejam: **primeiro elemento:** planejamento das ações para as necessidades de saúde e prioridades sanitárias macrorregionais pelas áreas técnicas da gestão estadual e municipal; **segundo elemento:** monitoramento duro de responsabilidade das áreas técnicas e o monitoramento leve de atribuição do GTPRI Macrorregional e do CEGRAS; **terceiro elemento:** Saídas (*outputs*), na forma do monitoramento e/ou da Avaliação Normativa. Os princípios para a EMAPRI pensados foram: **flexibilidade** - contribuir e não engessar os processos de trabalho dos grupos de trabalho – e **transparência e publicidade** – necessidade de que os atores que implementam essa agenda possam observar o resultado de suas ações, fortalecendo o pertencimento e corresponsabilização em relação à agenda. Reflete-se que uma estratégia para especificar a modelagem da EMAPRI seja realizar um piloto com uma Macrorregião de Saúde, para, com as aprendizagens, delinear os passos possíveis para essa estratégia. Ainda, quanto à organização do trabalho, a discussão do PRI precisa estar alinhada e na pauta das Comissões de Acompanhamento de Contratos (CACs) e das Comissões Intergestores Regionais (CIR).

Posteriormente, na parte da discussão, a Coordenadora Geral do Planejamento no SUS, do Ministério da Saúde, Fátima Ali reflete sobre a cobertura da Atenção

Primária à Saúde e o seu papel primordial. Destaca que se não há planejamento, há inércia de Sistema Único de Saúde; e as ações podem, por vezes, enfrentar necessidades que não são as que realmente as pessoas precisam. Assim, é preciso ouvir as necessidades dos usuários e dos gestores. Sinaliza que o sistema de saúde brasileiro não se faz somente no Ministério da Saúde, precisa ser feito de forma ascendente e coletiva. E, nesse sentido, as normativas do Ministério da Saúde têm buscado fortalecer a regionalização da saúde. No próximo ano (2024) será realizado o fomento de ações para fortalecer o processo do PRI – tais como seminários e publicações. Agradece o convite para a oficina estadual e a acolhida do Estado do Rio Grande do Sul. Finaliza trazendo que a continuidade da regionalização da saúde se dará através de um trabalho colaborativo, com o resgate das políticas públicas de saúde e da defesa da vida.

Na sequência, o Coordenador do Apoio à Regionalização no SUS, do Ministério da Saúde, Avilmar Botega traz que o monitoramento e avaliação do PRI é um processo novo e as respostas estão sendo construídas. E que o espaço decisão da Macrorregião de Saúde ainda não está efetivamente positivado na gestão. Hoje, normativamente é um espaço de governança e o CEGRAS vem contribuir nesse sentido – com vistas a fazer um diálogo com a CIB, exarando recomendações para resolver problemas cotidianos. Sergio Luiz Silva Bratkowski, servidor estadual da 1ª CRS/SES/RS, traz a importância de que o Planejamento Regional Integrado gere uma significância para os gestores municipais. Que é imprescindível debater continuamente o PRI nas Comissões Intergestores Regionais (CIRs), fazendo uma relação entre o que é debatido nas CIRs e o pactuado, se está acordante com os Diagnósticos Regionais de Saúde e o Plano Macrorregional de Saúde. Foi destacada ainda a importância do princípio da equidade em saúde nos Planos de Ação e Governança das prioridades sanitárias macrorregionais, advindas dos Planos Macrorregionais de Saúde. E que, esse princípio foi o conceito orientado do Plano Estadual de Saúde 2024-2027. Nesse sentido, precisa estar expresso nos demais planejamentos em saúde, a fim de ser concretizado. Sugeriu-se realizar uma agenda com a área técnica do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS)/SES/RS para tratar sobre o tema, conforme solicitação prévia da área técnica, e os GTPRI macrorregionais, com a participação da equipe de coordenação estadual do PRI da Assessoria de Gestão e Planejamento (AGEPLAN)/SES/RS. Por sua vez, a facilitadora da equipe de apoio do COSEMS/RS, Maria Alessandra Albuquerque destacou o papel dos gestores municipais de saúde e sua contribuição no Planejamento Regional Integrado. E que a SES/RS e o COSEMS/RS têm construído essa agenda, cada vez mais, de forma integrada, pois o Planejamento Regional Integrado necessita estar como prioridade na agenda dos gestores da saúde para a organização das Redes de Atenção à Saúde e a efetivação do acesso dos usuários do SUS.

Encerrando a Oficina Estadual do Planejamento Regional Integrado, o Diretor da AGEPLAN/SES/RS Pericles Stehmann Nunes agradece a participação e o trabalho do Ministério da Saúde, destacando a importância da continuidade das agendas conjuntas. Faz o reconhecimento ao trabalho da equipe técnica da AGEPLAN, Coordenadorias Regionais de Saúde, da SES/RS, e dos municípios. Destaca que temos que estreitar os laços e as agendas, especialmente nos instrumentos de gestão como o Plano Plurianual (PPA) e o Plano Estadual de Saúde (PES), objetivando o fortalecimento da rede de planejamento. Igualmente parabeniza ao COSEMS/RS pelo excelente Congresso, o qual teve mesas tripartite, que priorizaram o planejamento em saúde.

Encaminhamentos: 1) enviar o Anexo XIII, versão preliminar, aos participantes da Oficina Estadual do PRI para apreciação e considerações; 2) realizar reunião *online*, possivelmente em março ou abril de 2024, para fechar o Anexo XIII e implementar a EMAPRI, inicialmente começando com um projeto-piloto em uma

macrorregião de saúde, a ser definida 3) realizar oficina com os membros do GTPRI macrorregional sobre equidade em saúde e a área técnica das Equidades em Saúde/DAPPS/SES/RS, com vista a incorporar ações para os diferentes grupos populacionais, dentro nos Planos de Ação e de Governança incrementalmente.

Imagem 7. Convite (*card*) para a Oficina Estadual do Planejamento Regional Integrado (PRI), Rio Grande do Sul, 2023.



Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 534 p. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, 13). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991.** Reedição da Norma Operacional Básica/SUS Nº 01/91. Brasília, DF, 1991. Disponível em:

http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20273_17_07_1991.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.: il. (Série Articulação Interfederativa; v. 4). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 234, de 10 de fevereiro de 1992**. Norma Operacional Básica – SUS/1992. Brasília, DF, 1992. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 10, de 8 de dezembro de 2016**. Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2016/res0010_08_12_2016.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017**. Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 44, de 25 de abril de 2019**. Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado. Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2019/res0044_20_05_2019.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, DF, 1993. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da

população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Brasília, DF, 1996. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/2001. Brasília, DF, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS-SUS 01/02. Brasília, DF, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados

anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; JEAN-LOUIS, Denis; PINEAULT, Raynald. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (organizadora). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. pp. 29-47. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-9788575414033.pdf>

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 188, 15 de junho de 2018**. Aprova a proposta de cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado. Porto Alegre, RS, 2018. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/resolucoes-cib>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 150, 11 de maio de 2022**. Aprova a proposta de atualização do cronograma do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI). Porto Alegre, RS, 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/resolucoes-cib>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/RS nº 50, de 10 de março de 2022**. Pactua as referências da atenção especializada no Estado do Rio Grande do Sul – Regionalização e Reorganização das Redes Assistenciais. Porto Alegre, RS, 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/resolucoes-cib>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/RS nº 400, de 23 de dezembro de 2022**. Aprova os Planos Macrorregionais de Saúde. Porto Alegre, RS, 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/resolucoes-cib>