

# **EXPERIÊNCIA DE PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO: uma construção coletiva**

## **Autores**

Maria Isabel Barros Bellini- Assistente social, Membro da Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES/Brasil, Docente nos Cursos de Graduação e Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social/PUCRS- [maria-bellini@saude.rs.gov.br](mailto:maria-bellini@saude.rs.gov.br) - Secretaria Estadual da Saúde/SES/RS/Brasil

Carmen Luisa Teixeira Bagatini, Enfermeira, Membro da Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES/ Brasil –Mestranda no curso de pós-graduação em saúde coletiva UFRGS  
[carmen-bagatini@saude.rs.gov.br](mailto:carmen-bagatini@saude.rs.gov.br)

Gabriel Calazans Baptista- Graduando do curso de Psicologia do Centro Universitário Metodista do Sul – IPA; Membro da Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES/Brasil-  
[gabriel-baptista@saude.rs.gov.br](mailto:gabriel-baptista@saude.rs.gov.br)

Cristiane Fischer Achutti – Contadora; Membro da Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES/Brasil- [cristiane-fischer@saude.rs.gov.br](mailto:cristiane-fischer@saude.rs.gov.br)

Ligia Maria Correa Geyer- Odontologia, Membro da Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES/Brasil- [ligia-geyer@saude.rs.gov.br](mailto:ligia-geyer@saude.rs.gov.br)

Ana Maria Mejolaro Dalla Valle- Enfermeira, Coordenadora Adjunta da Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES/Brasil-  
[ana-mejolaro@saude.rs.gov.br](mailto:ana-mejolaro@saude.rs.gov.br)

Liane B Prytoluk - – enfermeira, Membro da Equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES/Brasil- [liane-prytoluk@saude.rs.gov.br](mailto:liane-prytoluk@saude.rs.gov.br)

Marta Araújo Grecellé- Engenheira Civil- Coordenadora da Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES/Brasil – [marta-grecelle@saude.rs.gov.br](mailto:marta-grecelle@saude.rs.gov.br)

Cristian Fabiano Guimarães- Psicólogo, Mestre, Docente do Centro Universitário Universitário Metodista do Sul – IPA; Membro da Equipe de Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES/Brasil

**Instituição: Assessoria Técnica e de Planejamento da Secretaria Estadual da Saúde/SES/Brasil**

**RESUMO:** Este artigo aborda a experiência de planificação, organização e gestão da política de saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) do estado do Rio Grande do Sul/Brasil nos anos de 2011/2014 no processo de regionalização da saúde. Esse processo incluiu a construção de estratégias de governança regional, de descentralização da gestão do SUS e ampliação da participação social no processo de tomada de decisão e definição da divisão do estado em trinta (30) Regiões de Saúde. As decisões envolveram uma participação coletiva onde todos os atores foram protagonistas.

**ABSTRACT-** Questo articolo discute l'esperienza di pianificazione, organizzazione e gestione della Secretaria Estadual da Saúde (SES / RS) dello stato di Rio Grande do Sul / Brasile nel 2011/2014 nel processo di regionalizzazione della politica sanitaria. Questo processo ha incluso la costruzione di strategie di governance regionale, il decentramento dei servizi, risorse, e della gestione del SUS e una maggiore partecipazione sociale nel processo decisionale nella definizione della divisione dello Stato in trenta (30) Regioni di Salute.

**RESUMEN-** Este artículo analiza la experiencia de la planificación, organización y gestión e el proceso de regionalización de la política de salud del Departamento de Salud (SES / RS) del estado de Rio Grande do Sul / Brasil, desde 2011 hasta 2014. Este proceso incluyó la construcción de estrategias para el gobierno regional, la descentralización del sistema sanitario y el aumento de la participación social en la toma de decisiones y la definición de la división del estado en treinta (30) Regiones de Salud e involucró una participación colectiva en la que todos los trabajadores eran actores.

## **1. INTRODUÇÃO**

Este artigo aborda a experiência de planificação, organização e gestão da política de saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil nos anos de 2011/2014 no processo de regionalização da saúde. A SES/RS tem como Missão a promoção e a ampliação do acesso a saúde com qualidade em todos os níveis de atenção de forma humanizada<sup>1</sup>. Este acesso deve contemplar as demandas e necessidades sociais da região e deve ser resolutivo em tempo e respostas. Na sua finalidade deve contribuir para a produção da autonomia e cidadania, com aumento da qualidade de vida através do incremento do cuidado em redes regionais sempre amparados nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde<sup>2</sup>.

Esse órgão governamental tem sob sua responsabilidade uma população estimada em 11.164.043 habitantes, distribuída em 497 municípios em um território de aproximadamente 282 km<sup>2</sup>. Amparada nessa missão a equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN/SES/RS) conduziu entre os anos de 2011/2014 o processo de regionalização da saúde no Estado que teve início com o redesenho das regiões de saúde.

## **2. A POLITICA DE SAUDE BRASILEIRA: conquistas históricas**

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é garantido pela Constituição Federal de 1988 que estabelece a universalização da saúde como direito do cidadão e dever do Estado<sup>3</sup>. Além da universalização, os princípios da integralidade e equidade se irmanam para compor um sistema mais justo e equitativo que rompa com uma política de saúde historicamente fragmentada, elitista e excludente. A política de saúde brasileira é marcada por processos de exclusão e seletividade fundados em modelo hospitalocêntrico, biomédico, privatista e que desde sua gênese atendeu aos interesses das categorias mais privilegiadas.

A universalização como princípio e fundamento deste sistema de saúde se materializa através das diretrizes como descentralização, hierarquização, regionalização e participação dos cidadãos nas decisões<sup>2</sup>. Essas diretrizes garantem que os direitos sociais dos cidadãos sejam ampliados com a

efetividade na integralidade da atenção e justiça social no acesso, preocupação primordial na consolidação da política.

O Sistema Único de Saúde, bandeira do Movimento de Reforma Sanitária conquistado pela população brasileira, escreve um histórico de rupturas viscerais ao sistema vigente desde o descobrimento do Brasil até a década de 70. Os modelos de atenção à saúde até essa década se amparavam em lógicas excludentes, ineficazes e ineficientes para minimizar as iniquidades. A falta de acesso aos serviços era vivenciada pela maioria da população. A sangria de recursos financeiros para construção de grandes hospitais e a compra de atendimentos médicos colocava a saúde na condição de mercadoria, que somente era acessível a uma minoria que podia arcar com os custos. Esses processos alimentaram a revolta da população a qual em um movimento de contranitência reivindicou e organização a participação popular para mudar o sistema de saúde.

Importante resgatar neste relato um acontecimento significativo na história brasileira que ocorreu na década de 1960 denominado Ditadura Militar, quando o Brasil vivenciou um momento político extremamente delicado e intenso o qual se configurou como um período de violação de direitos, torturas, mortes e prisão dos que se insurgiam.

A ditadura militar se estendeu por quase duas décadas, porém na década de 1970 o Movimento da Reforma Sanitária o qual se configurou como um movimento contra a ditadura militar, mobilizou uma série de movimentos sociais com a participação de trabalhadores de saúde, intelectuais e a população das periferias que questionava a ditadura do governo. Esse movimento disparou mudanças paradigmáticas na política de saúde. Nesta época outros fatos se somam como: o êxodo rural que produziu o inchamento das zonas periféricas das grandes cidades e o abandono do campo em um país essencialmente agrícola, o crescimento populacional e o crescimento tecnológico que trouxe novas possibilidades e desafios para as políticas sociais em especial para política de saúde.

A criação do SUS se deu no final da década de 1980, mais precisamente em 1988, passa a constar do texto da Constituição Federal e em 19 de setembro de 1990, cria-se a Lei Orgânica da Saúde, que torna legítimo um sistema de saúde universal para aproximadamente 190 milhões de cidadãos

brasileiros. Desde então com a conquista do SUS, a política de saúde vem tentando acompanhar o movimento da realidade brasileira, produzindo acertos e erros, mas em uma única direção: a de consolidar um sistema universal, integral e eqüitativo para todos os brasileiros e que está legitimado constitucionalmente.

### **3. GRUPO DE TRABALHO PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO: equipe de trabalhadores na condução da gestão em saúde**

A Regionalização é uma das diretrizes que fundamentam o SUS. Nos primeiros anos de implantação do sistema de saúde houve uma preocupação maior com a municipalização dos serviços e dos recursos por entender que o município é o principal responsável pelo cuidado e atendimento da população. O processo de regionalização do sistema de saúde foi previsto na Constituição Federal de 1988, detalhado na lei 8.080 de 1990 e instrumentalizado no Decreto 7.508 de 2011<sup>4</sup>.

Em 2011 inicia-se um processo de redesenho das regiões de saúde no estado o qual, por sua dimensão e importância, impôs a re-organização dos grupos de trabalho dos diferentes setores da secretaria de saúde que prestam suporte às equipes dos municípios. Para condução do processo de planejamento e monitoramento das ações no estado o grupo de trabalho denominado GT Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (GTPMA), criado em 2003<sup>5</sup> e formado por trabalhadores dos departamentos/setores da SES/RS assumiu a responsabilidade de construção deste novo desenho.

Pretende-se através desse grupo construir um exercício de planificação e gestão integrado, rompendo com formas historicamente fragmentadas. A importância da representação e participação destes departamentos tem como premissa garantir a perspectiva integral da saúde nas análises e planejamentos das ações e propostas. Esse grupo é coordenado pela equipe de Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN/SES/RS) e é composto pelos representantes dos vários departamentos da SES como: Centro Estadual de

Vigilância em Saúde (CEVS) departamento responsável por formular, coordenar e monitorar a Política da Vigilância em Saúde – Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador; Departamento das Ações em Saúde (DAS) que formula e coordena a implementação da Política de Atenção à Saúde no âmbito estadual, além de apoiar técnica e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, com ênfase na Prevenção e Promoção da Saúde; Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial com competência para coordenar, monitorar, avaliar e regular a política de assistência de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar do Sistema Único de Saúde no âmbito estadual; Departamento de Assistência Farmacêutica com competência para planejar, organizar, executar, monitorar e avaliar a política de Assistência Farmacêutica para a Atenção Básica, e de dispensação especial e excepcional; e o Fundo Estadual de Saúde, responsável pela gerência e execução dos recursos da SES.

O destaque está para a participação do departamento intitulado Ouvidoria Geral, o qual tem criação recente e objetiva implementar políticas de estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados, acionar os órgãos e/ou departamentos competentes para a correção de problemas identificados. A criação deste departamento atende e consolida uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde que é a da participação popular pois disponibiliza varias formas de acesso onde o cidadão pode expressar sua concordância ou discordância em relação aos serviços de saúde.

O GTPMA reúne-se semanalmente e tem como pauta o planejamento das ações de saúde no estado em todas as suas implicações e complexidade. Este grupo conduziu todo processo de regionalização da saúde nos anos de 2011 a 2014.

#### **4. ANALISE SITUACIONAL: construção de estratégias de governança regional**

O processo de re-desenho das regiões de saúde seguiu etapas definidas pelo GTPMA e Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e teve como

fundamental a Análise Situacional, entendida nesta elaboração como um conhecimento e análise densa e aprofundada do estado como um todo e de cada região na sua singularidade.

Para a análise da situação de saúde houve discussão coletiva com gestores/trabalhadores das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e equipes dos municípios. Problematizou-se a reorganização do território regional e desencadeou um processo de gestão coletiva e de planejamento regional. Essa proposta teve como horizonte a construção de estratégias de governança regional, de descentralização da gestão do SUS e ampliação da participação social no processo de tomada de decisão.

Após vários meses de condução deste processo definiu-se pela divisão do estado em trinta (30) Regiões de Saúde<sup>6</sup>. Desta forma é possível afirmar que a Análise Situacional possibilitou uma participação coletiva que teve como produto final a organização do estado em regiões de saúde onde todos os atores foram protagonistas.

## **5. REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: o redesenho da saúde, um processo coletivo**

O processo que envolveu o planejamento da regionalização no estado teve como base a atualização do desenho das regiões de Saúde e posterior construção de um novo desenho destas regiões. O conceito que amparou o planejamento é Região de Saúde como “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”<sup>7</sup>.

Para tanto o GT Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão desenvolveu uma metodologia de trabalho com elaboração e definição de critérios para orientar o re-desenho com recorte das regiões de saúde. Neste processo o GTPMA desencadeou a discussão da necessidade do novo desenho de regiões de saúde com a participação das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) as quais coordenam, articulam e organizam o

sistema de saúde loco-regional, acompanhando e adequando os planos, programas e projetos dos municípios às diretrizes da SES/RS e aos recursos disponíveis.

De acordo com o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, a implementação da regionalização requer uma forte articulação entre os entes federados num processo de co-gestão regional, possibilitando a efetivação da descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo ações solidárias e cooperativas, entre os gestores, onde as comissões intergestores se colocam como espaços estratégicos para a construção de consensos e organização da rede de atenção à saúde, buscando a racionalidade dos gastos e a otimização dos recursos, de modo a reduzir desigualdades locais e regionais<sup>4</sup>.

A definição das regiões considerou: população de 300.000 habitantes (desvio-padrão de 200.000), ou seja, a região de saúde variava entre 100.000 até 500.000 habitantes; raio de 100 Km de distância, considerando a disponibilidade de acesso (estradas); melhor funcionamento da Comissão Intergestores Regionais (CIR), tendo em vista potencializar o processo de planejamento e gestão regional e finalmente os critérios de ponto de corte da Região de Saúde, descritos em Imagem-situação, são eles: conjunto de ações e serviços de saúde que serão utilizados para recorte territorial, juntamente com os critérios de população, distância e funcionamento da CIR.

No final do processo de regionalização foi estabelecida a criação de trinta (30) regiões de saúde, sendo que cada uma delas contempla ações e serviços de atenção básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde e uma Comissão Intergestores Regional – CIR, responsável pelo planejamento e pactuação regional.

## **6. CONCLUSÃO**

O Brasil é uma república federativa de dimensões continentais formado por 26 estados com aproximadamente 5.600 municípios e o Distrito Federal (onde está situada a capital Brasília) e faz fronteira com 10 países. Os



municípios e estados tem relativa autonomia, pois estão limitados pela Constituição Federal.

Com uma população de aproximadamente 190 milhões de brasileiros, é possível afirmar que tem um dos maiores sistemas de saúde do mundo, o qual está legitimado na Constituição Federal de 1988 e prevê a universalidade, a integralidade e a equidade como princípios doutrinários e a descentralização, hierarquização, regionalização e participação popular como diretrizes que devem materializar esses princípios.

O Rio Grande do Sul, estado onde se efetiva a experiência aqui relatada, é um dos 26 estados com uma população de 11.200.000 habitantes distribuídos em 282 km<sup>2</sup>, composto por 497 municípios de diferentes tamanhos e contingentes populacionais, faz fronteira com o Uruguai e a Argentina e limite com o estado de Santa Catarina.

E a equipe da ASSTEPLAN/SES coordena e compõem o GTPMA sendo responsável pela gestão da política de saúde no estado. Imbuída desta responsabilidade e competência o GTPMA vem realizando desde 2011 o processo de regionalização da saúde, para isso criou uma metodologia de trabalho com elaboração e definição de critérios para orientar o re-desenho com recorte das regiões de saúde.

A metodologia construída possibilitou uma participação coletiva que teve como produto final a organização do estado em 30 regiões de saúde onde diversos atores foram protagonistas.

## REFERÊNCIAS

Secretaria Estadual da Saúde (RS). Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde; 2013.

Brasil. 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. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1:018055.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da república Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

Ministério da Saúde. Painel de indicadores do SUS nº 8. Brasília. Distrito Federal: Ministério da Saúde; 2013.

Rio Grande do Sul. Portaria do nº 64, de 10 de novembro de 2003. Cria o Grupo de Trabalho para o Monitoramento da Gestão em Saúde. Diário Oficial do Estado (RS). 10 de Nov de 2003. p. 52.

Rio Grande do Sul. Resolução nº 555, de 19 de setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Diário Oficial do Estado (RS). 21 de set de 2012. p. 93

Brasil. Decreto Presidencial 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. Diário Oficial da União. 29 de jun de 2011. p.1.