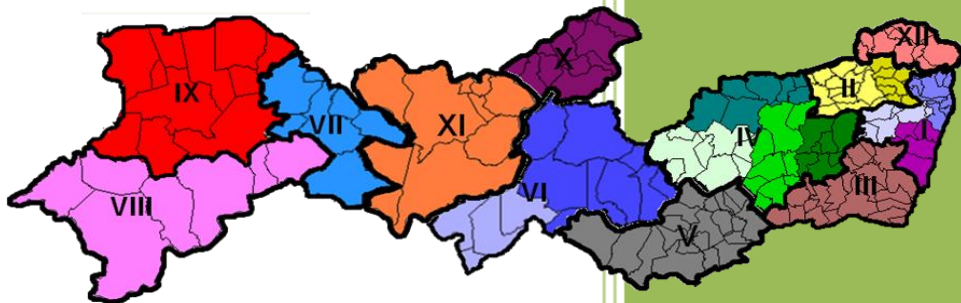


2011

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
DE PERNAMBUCO**

**PLANO DIRETOR DE
REGIONALIZAÇÃO**





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE

Regionalização da Saúde em Pernambuco

Governador do Estado de Pernambuco

Eduardo Henrique Accioly Campos

Secretário de Saúde do Estado de Pernambuco

Antônio Carlos dos Santos Figueira

Secretaria Executiva de Coordenação Geral

Ana Paula Sóter

Secretária Executiva de Regulação em Saúde

Humberto Antunes

Secretária Executiva de Atenção à Saúde

Tereza de Jesus Campos Neta

Secretária Executiva de Vigilância em Saúde

Eronildo Felisberto

Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Fernando Menezes

Secretário Executivo de Administração e Finanças

Jorge Antonio Dias Correa de Araujo

Equipe Técnica

Josilene Maria Félix Texeira – Coordenação de Redes Regionais Interestaduais/Secretaria Executiva de Regulação em Saúde

Maria das Dores Tavares Nascimento – Apoio Técnico à Gestão Consorciada/ Secretaria Executiva de Regulação em Saúde

Roseane da Silva Lemos – Coordenação de Acompanhamento à Regionalização/ Secretaria Executiva de Regulação em Saúde

Zelma de Fátima Chaves Pessoa- Superintendente de Regionalização / Secretaria Executiva de Regulação em Saúde

Colaboração

Inês Costa- Superintendente de Gestão Regional

Luciana Figueirôa- Gestora de Planejamento



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE

Regionalização da Saúde em Pernambuco

“Para além dos números do concreto, do cimento, o que importa é a vida das pessoas.”

Dilma Rousseff

Sumário

1. INTRODUÇÃO	5
2. CONCEITOS	6
3. METODOLOGIA DE TRABALHO	9
3.1. Critérios para Definição das Regiões de Saúde.....	10
3.2. Conjunto Mínimo de Ações e Serviços - Constituição de uma Região de Saúde	11
4. DESENHO DA REGIONALIZAÇÃO	12
4.1. Conformação Territorial da Saúde.....	13
4.2. Macrorregião Interestadual Vale do Médio São Francisco	18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	20

1. INTRODUÇÃO

A regionalização da saúde é uma diretriz organizativa que orienta a descentralização das ações e serviços potencializando os processos de pactuação e negociação entre gestores. O avanço deste processo depende da construção de desenhos regionais que respeitem as realidades locais, a partir do fortalecimento da Gestão Regional através do colegiado intergestores regionais, enquanto espaços ativos de co-gestão.

A descentralização de ações e serviços de saúde, além da estruturação da atenção em saúde a partir da conformação de redes regionais, resolutivas e hierarquizadas estimula estados e municípios a exercerem efetivamente seus papéis potencializando seus trabalhos, em uma dinâmica de regionalização viva.

Em Pernambuco, no início de 2009, foi deflagrado o movimento de construção da regionalização da saúde. O processo foi iniciado pela necessidade de redefinir a conformação territorial do Estado, reorganizando as regiões de saúde a partir da elaboração de um novo Plano de Regionalização da Saúde (PDR), de modo a subsidiar a organização da saúde de forma regionalizada, solidária, hierarquizada e resolutiva.

2. CONCEITOS

Na organização do processo de regionalização foi necessário um alinhamento teórico-conceitual entre os vários setores da Secretaria Estadual de Saúde e o COSEMS, como segue

Macrorregião Interestadual de Saúde

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

Macrorregião de Saúde

São arranjos territoriais que agregam mais de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar, entre si, ações e serviços de média complexidade especial (procedimentos/ações que requerem maior tecnologia, que apresentam oferta escassa no estado e cuja demanda requer agregação, ou seja, formação de escala) e alta complexidade complementando, desse modo, a atenção à saúde das populações desses territórios. A identificação das Macrorregiões de Saúde deve considerar, também, os critérios de acessibilidade entre as regiões agregadas (BRASIL, 2006 - adaptado).

Região de Saúde

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados com finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Microrregião de Saúde

Base territorial de planejamento da atenção primária com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade constituída por municípios contíguos integrantes de uma Região de Saúde, em áreas territoriais

extensas, com referência em serviços de maior tecnologia ou recursos humanos escassos para a região de saúde.

Redes de atenção

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

Economia de Escala

Concentração de oferta na perspectiva de garantir maior resolutividade e menor custo.

Economia de Escopo

Potencializador da economia de escala pela diversificação na oferta de procedimentos, agregando também maior resolutividade e menor custo.

Linha de cuidado

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

Governança

Ferramenta analítica para compreensão dos fatores que organizam a interação dos atores, a dinâmica dos processos e as regras do jogo. Visa garantir a gestão dos múltiplos aspectos do PDR para que problemas de saúde sejam resolvidos de forma territorializada de acordo com a complexidade de cada caso (HUFTY, et al., 2006).

A governança se refere à forma com a qual a organização prestadora de serviços de saúde (como um hospital), seus gerentes e pessoal são



Regionalização da Saúde em Pernambuco

responsabilizados pelo seu comportamento (por exemplo, gestão de recursos, planejamento, monitoramento do serviço, gestão financeira, etc.) ao prestar serviços com qualidade e eficiência. (IBANHES et al., 2007)

3. METODOLOGIA DE TRABALHO

Em 2009, as equipes técnicas e gestoras do Estado e dos municípios se reuniram em Oficinas nas 11 Regionais de Saúde para estruturar o processo de regionalização da saúde de modo participativo, discutindo as fragilidades e potencialidades locais, bem como a necessidade de ratificar ou retificar a conformação territorial regional mediante as necessidades de conformação da rede assistencial.

Foram priorizadas oito linhas de cuidado a serem trabalhadas de acordo com o perfil epidemiológico do Estado e as necessidades assistenciais com maior impacto na saúde da população. Assim, foram elencadas as linhas de cuidado abaixo:

- **Cardiologia** – as doenças cardiovasculares são a principal causa de morbimortalidade no Estado;
- **Oncologia** – segunda maior causa de morbimortalidade no Estado;
- **Urgência/emergência com ênfase em trauma:** as causas externas configuram-se na terceira maior causa de morbimortalidade estadual;
- **Materno-infantil:** pela necessidade de redução da mortalidade materna e infantil precoce;
- **Nefrologia:** pelo aumento crescente de portadores de doença renal crônica no Estado;
- **Saúde Mental:** pela necessidade de estruturação da rede substitutiva de forma articulada de modo a promover a atenção integrada;
- **Saúde Bucal:** pela baixa cobertura desta assistência no Estado;
- **Oftalmologia:** pela necessidade de se organizar uma linha de cuidado integrando as ações municipais da atenção primária e média complexidade às referências de maior complexidade assumidas pela gestão estadual.

Regionalização da Saúde em Pernambuco

Em 2011, a nova gestão da saúde decide incluir na discussão a neurologia/neurocirurgia e a vigilância à saúde como duas novas linhas de cuidado.

Após as oficinas, foram elaborados relatórios consolidando as proposições relacionadas à conformação territorial e às linhas de cuidado trabalhadas. As linhas de cuidado pré-definidas serão acrescentadas aos critérios mínimos que definem uma região de saúde, a partir da publicação do Decreto 7508/2011.

Para dar continuidade à discussão da regionalização, foi estabelecido um Grupo de Trabalho composto de forma paritária por representantes do COSEMS e gestores da Secretaria Estadual de Saúde – SES, além de ter sido instituído um grupo técnico - Núcleo Estratégico de Regionalização (NER), composto por técnicos das diretorias da Secretaria Executiva de Regulação.

A partir da publicação do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 e considerando suas diretrizes para a configuração de uma região de saúde, o desenho proposto do PDR passou por readequação sendo apresentado em oficinas Macrorregionais em agosto e setembro com a participação dos gestores do Estado, municípios e equipes técnicas para validação e posterior homologação na CIB.

3.1. Critérios para Definição das Regiões de Saúde

Nas discussões que subsidiaram a proposição da nova conformação territorial do Estado foram levados em consideração alguns critérios:

- Análise dos fluxos assistenciais existentes, associada ao estudo da capacidade instalada nos municípios para avaliar o potencial de ampliação de oferta em nível regional visando aumento da resolutividade assistencial;
- Regiões potenciais de investimentos previstos pelo Governo Estadual, tendo como instrumento norteador o plano plurianual (PPA);
- Identidade cultural e social;
- Principal atividade econômica das populações;

- Distribuição dos municípios com IDH abaixo de 0,70.

3.2. Conjunto Mínimo de Ações e Serviços - Constituição de uma Região de Saúde

Além das linhas de cuidado pré-definidas foram levados em conta os critérios do Decreto 7508/2011:

- Atenção Primária;
- Atenção Ambulatorial e Hospitalar;
- Urgência e Emergência;
- Atenção Psicossocial;
- Vigilância em Saúde.

Este conjunto de ações e serviços de saúde deverá está organizado de forma articulada em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Foram, ainda, definidos e pactuados em CIB os níveis de referência da atenção para homogeneidade conceitual:

- Municipal: circunscrita aos limites geográficos do município;
- Microrregional: circunscrita aos limites de dois ou mais municípios, com resolubilidade complementar no âmbito regional;
- Regional: circunscrita aos raios de influência de municípios integrantes da Região de Saúde;
- Macrorregional: circunscrita aos raios de influência do conjunto de regiões, se constituindo no principal nível de referência para atenção de Alta Complexidade;

Regionalização da Saúde em Pernambuco

- Macrorregional Interestadual: circunscrita aos raios de influência do conjunto de macrorregiões, compreendendo pelo menos dois estados da federação, constituindo-se em nível de referência para atenção de Alta Complexidade;
- Estadual: serviços e ações de saúde de abrangência estadual, esgotadas as possibilidades de resolução nas Macrorregiões.

4. DESENHO DA REGIONALIZAÇÃO

Após a obtenção de consenso nas oficinas macrorregionais foi homologado em CIB de 19/09/2011 a nova conformação territorial da saúde que organiza o Estado em 04 macrorregiões, 12 regiões e 11 microrregiões de saúde (figura 1 e 2)

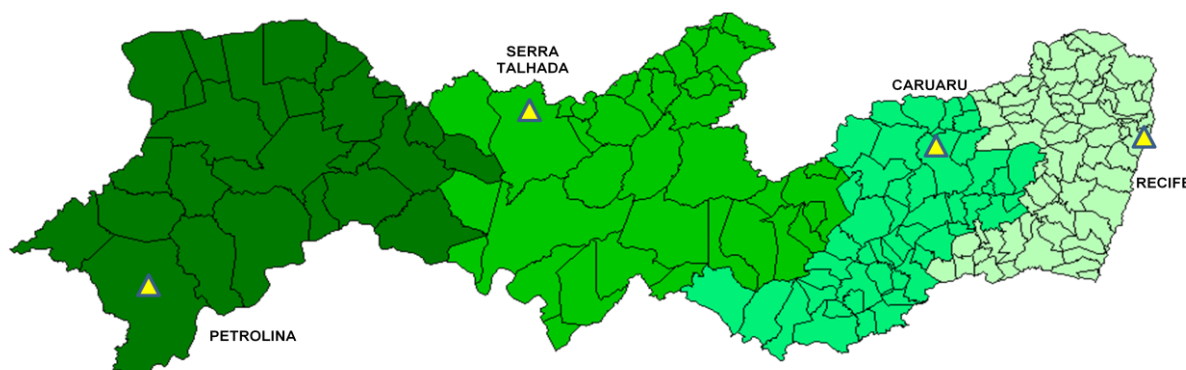






Figura 1 – distribuição das macrorregiões de saúde. Pernambuco/2011

 **Município Sede da Macro**

-  MACRORREGIÃO 1 - Metropolitana (Regiões de Saúde - I, II, III, XII)
-  MACRORREGIÃO 2 - Agreste (Regiões de Saúde - IV, V)
-  MACRORREGIÃO 3 - Sertão (Regiões de Saúde – VI, X, XI)
-  MACRORREGIÃO 4 - Vale do São Francisco e Araripe(Regiões de Saúde – VII, VIII e IX)

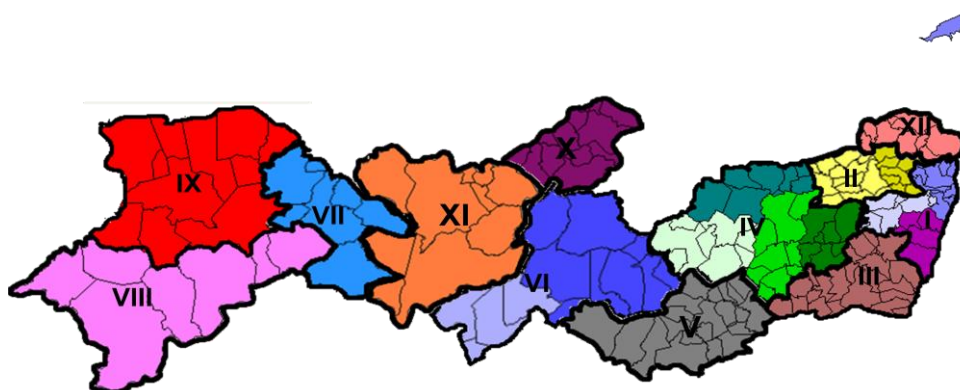
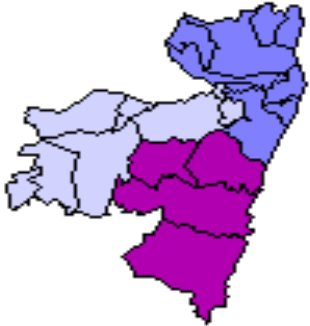


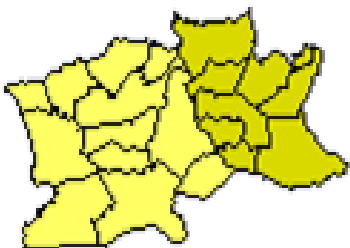
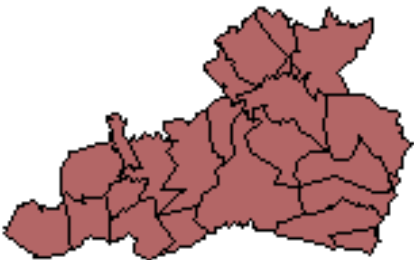
Figura 2 - Regiões de Saúde. Pernambuco, 2011.

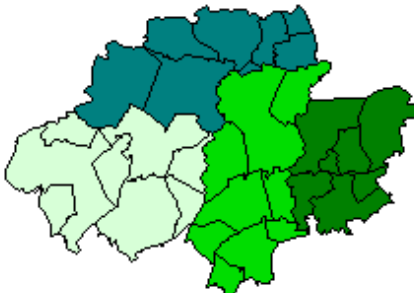

4.1. Conformação Territorial da Saúde

Quadro 1: Demonstrativo do Desenho Regional, por Microrregião, Municípios e População. Pernambuco, 2011.

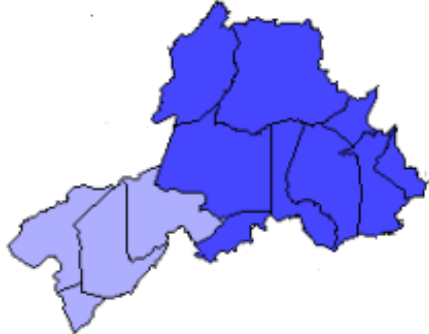

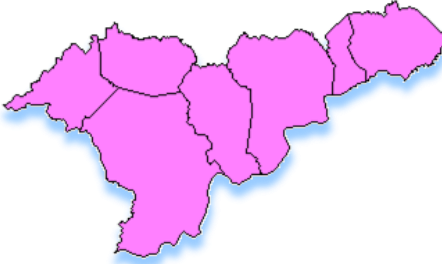
Região de Saúde	Microrregião de Saúde	Municípios	População (hab.)	Recorte Territorial
I	I	Abreu e Lima, Araçoiaba, Fernando de Noronha, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Olinda, Paulista e Recife	2.478.838	
	II	Camaragibe, Chã de Alegria, Chã Grande, Glória do Goitá, Pombos, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão	462.941	
	III	Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes e Moreno	966.978	
Total	03	20	3.908.757	-


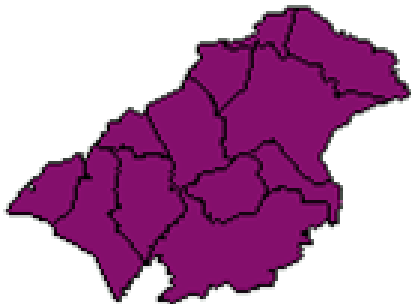

Regionalização da Saúde em Pernambuco

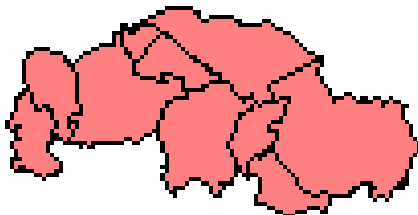
Região de Saúde	Microrregião de Saúde	Municípios	População (hab.)	Recorte Territorial
II	IV	Bom Jardim, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Limoeiro, Machados, Orobó, Passira, Salgadinho, Surubim e Vertente do Lério	316.330	
	V	Buenos Aires, Carpina, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Nazaré da Mata, Paudalho, Tracunhaém e Vicência	250.001	
Total	02	20	566.331	-
III		Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Marajá, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré e Xexéu	574.905	
Total	-	22	574.905	-

Região de Saúde	Microrregião de Saúde	Municípios	População (hab.)	Recorte Territorial
IV	VI	Agrestina, Altinho, Caruaru, Cupira, Ibirajuba, Jurema, Panelas, Riacho das Almas e São Caitano	485.490	
	VII	Barra de Guabiraba, Bezerros, Bonito, Camocim de São Félix, Gravatá, Sairé e São Joaquim do Monte	234.300	
	VIII	Alagoinha, Belo Jardim, Cachoeirinha, Pesqueira, Poção, Sanharó, São Bento do Una e Tacaimbó	267.105	
	IX	Brejo da Madre de Deus, Frei Miguelinho, Jataúba, Santa Maria do Cambucá, Santa Cruz do Capibaribe, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes	254.574	
Total	04	32	1.001.139	-
V		Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Calçado, Caetés, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmeirina, Paranatama, Saloá, São João e Terezinha	513.660	
Total	-	21	513.660	-

Regionalização da Saúde em Pernambuco

Região de Saúde	Microrregião de Saúde	Municípios	População (hab.)	Recorte Territorial
VI	X	Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Manari, Pedra, Sertânia, Tupanatinga e Venturosa	294.998	
	XI	Inajá, Jatobá, Petrolândia e Tacaratu	87.604	
Total	02	13	382.602	-
VII		Belém de São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova e Verdejante	120.388	
Total	-	7	120.388	-
VIII		Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina e Santa Maria da Boa Vista	434.713	
Total	-	7	434.713	-

Região de Saúde	Microrregião de Saúde	Municípios	População (hab.)	Recorte Territorial
IX		Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade e Morelândia	327.866	
Total	-	11	327.866	-
X		Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Igaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Solidão, Santa Terezinha, São Jose do Egito, Tabira e Tuparetama	180.780	
Total	-	12	180.780	-
XI		Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo	223.879	
Total	-	10	223.879	-

Região de Saúde	Microrregião de Saúde	Municípios	População (hab.)	Recorte Territorial
XII		Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Goiana, Itambé, São Vicente Férrer, Itaquitinga, Macaparana e Timbaúba	302.767	
Total	-	10	302.767	-

Fonte: SERS, 2011

4.2. Macrorregião Interestadual Vale do Médio São Francisco

A partir de 2009, com o apoio do Ministério da Saúde e sob a coordenação da equipe do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, foi realizado diagnóstico de saúde da região do Vale do Médio São Francisco - estudo de capacidade instalada, fluxos assistenciais, principais serviços de alta complexidade utilizados - e iniciadas discussões e pactuações para a conformação da primeira macrorregião de saúde interestadual entre Pernambuco e Bahia.

Essa macrorregião é formada pelos municípios que compõem as macrorregiões de Petrolina/PE (VII, VIII e IX Regiões de Saúde) e Juazeiro/BA (microrregiões de Juazeiro, Senhor do Bonfim e Paulo Afonso) e possui a primeira Central de Regulação Interestadual do País.

Em julho de 2011 foi implantada a primeira Central de Regulação Interestadual de País, tendo como missão a organização do acesso a serviços de alta complexidade das redes de Cardiovascular, Oncologia, Materno-Infantil e Urgência/Emergência. A PPI Interestadual está em fase de discussão da sua programação.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral, O Plano Diretor de Regionalização foi construído de forma participativa. Apresenta-se de forma exequível e próximo da realidade, para a identificação de prioridades e de conformação de sistemas funcionais de saúde de modo a otimizar os recursos disponíveis, pensando sempre na economia de escala e escopo a fim de prestar uma atenção à saúde mais resolutiva.

É preciso ressaltar que este Plano não é imutável, ao contrário, deve ser encarado como ponto de partida para futuras pactuações, que possam transformar a atual rede de assistência do Estado num sistema de saúde mais organizado, solidário e equânime.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. 76 p.

GRÁCIA M. M. Gondim; NOB/96; NOAS/2002; Brasil, 2006 adaptado)

MENDES, Eugênio. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Disponível na url: <http://www.saude.gov.br/sas>. Acesso em 21.10.2010.

..... Os Sistemas de Serviços de Saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual da Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Belo Horizonte: Secretaria Estadual da Saúde, 2010a. 107p.

MINAS GERAIS. SES. Gerência de Regionalização e Informação em Saúde. Disponível na url: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/arquivos-pdr/historico-e-conceitos.ppt. Acesso em 28.06.2010.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual da Saúde. Plano Diretor de Regionalização. 2006

PERNAMBUCO. Agencia CONDEPE/FIDEM. Base de Dados do Estado. 2010.

PESTANA, Marcus e MENDES, Eugênio Vilaça. Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte, 2004. 80 p.

PORTARIA MS/GM nº 373 – NOAS; série pacto, vol.3, 2006 - adaptado.