



O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO ENQUANTO FERRAMENTA DE GESTÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

INTEGRATED REGIONAL PLANNING AS A TOOL FOR THE MANAGEMENT OF PUBLIC HEALTH POLICY

Patricia De Carli
Sérgio Luis Allebrandt
Patrícia Kischner
Cristiane Ivete Bugs Vione

Resumo:

Os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde orientam que o planejamento da política pública de saúde deve se dar de forma descentralizada e regionalizada, considerando a análise situacional do território em estudo e garantindo o protagonismo dos estados e municípios. Frente ao exposto, o presente estudo repousa seu objeto de análise sobre o planejamento regional da região de saúde nº 20, localizada no norte do Estado do Rio Grande do Sul, composta por vinte e seis municípios de pequeno porte populacional, tendo Palmeira das Missões como sede administrativa. O objetivo que ora se apresenta é o de averiguar a potencialidade dos planos regionais de saúde enquanto ferramenta de gestão apta a promover maior equidade entre as regiões de saúde. Para tanto, parte-se do seguinte questionamento: A construção de planos regionais pode ser considerada uma ferramenta eficiente para a promoção de maior equidade entre as regiões de saúde? Para atingir o objetivo do estudo foi utilizado levantamento bibliográfico e análise documental. Verifica-se, ao final, que os planos regionais apenas serão ferramentas aptas a promover maior equidade entre as regiões de saúde se o planejamento for compreendido pelos entes federados como etapa fundamental e orientadora do processo de execução das políticas públicas de saúde.

Palavras-Chave: Planejamento Regional Integrado. Regionalização. Sistema Único de Saúde.

Abstract:

The organizational principles of the Unified Health System mean that the planning of the public health policy must take place in a decentralized and regionalized manner, considering the situational analysis of the territory under study and guaranteeing the protagonism of the states and municipalities. In view of the above, the present study rests its object of analysis on the regional planning of the health region nº 20, located in the north of the State of Rio Grande do Sul, composed of twenty-six municipalities of small population, with Palmeira das Missões as administrative headquarters. The purpose of this study is to investigate the potential of regional health plans as a management tool capable of promoting greater equity among health regions. In order to do so, we start with the following question: Can the construction of regional plans be considered an efficient tool to promote greater equity among health regions? To reach the objective of the study was used a bibliographical survey and documentary analysis. In the end, regional plans will only be tools capable of promoting greater equity among health regions if planning is understood by the federated entities as a fundamental and guiding step in the process of implementing public health policies.

Keywords: Integrated Regional Planning. Regionalization. Health Unic System.



1 INTRODUÇÃO

Os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde- SUS orientam que o planejamento da política pública de saúde deve se dar de forma descentralizada e regionalizada, considerando a análise situacional do território em estudo e garantindo o protagonismo dos estados e municípios. Logo, o planejamento em saúde trata-se de um processo democrático, participativo, multidisciplinar e interfederativo, que tem por princípio a construção ascendente dos programas e políticas. A estes cabe a função de dar respostas aptas a garantir o acesso universal e gratuito à saúde diante de cenários complexos que contemplam a falta de equidade entre as regiões de saúde -seja em termos de serviços instalados ou das condições socioeconômicas existentes-, limitações e dificuldades como a escassez e o congelamento de recursos, o aumento das demandas pela efetivação de direitos sociais, o envelhecimento da população e o crescimento do número de famílias SUS dependentes.

Assim, tendo por tema o planejamento regional integrado enquanto ferramenta de gestão da política pública de saúde, o presente estudo repousa seu objeto de análise sobre o planejamento regional da região de saúde nº 20, localizada no norte do Estado do Rio Grande do Sul, composta por vinte e seis municípios de pequeno porte populacional, tendo Palmeira das Missões como sede administrativa.

O objetivo que ora se apresenta é o de averiguar a potencialidade dos planos regionais de saúde enquanto ferramenta de gestão apta a promover maior equidade entre as regiões de saúde. Para tanto, parte-se do seguinte questionamento: A construção de planos regionais pode ser considerada uma ferramenta eficiente para a promoção de maior equidade entre as regiões de saúde? Para atingir o objetivo do estudo será utilizado levantamento bibliográfico e análise documental de relatórios e dados fornecidos pelo Grupo Técnico de Planejamento Monitoramento e Avaliação- GTPMA, composto por servidores da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde- CRS, unidade descentralizada da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul- SES/RS, com sede no município de Palmeira das Missões.

A estrutura do artigo contemplará referencial teórico onde serão abordadas as temáticas da política pública de saúde e a regionalização, bem como o planejamento regional integrado. Em prosseguimento, explicará a metodologia utilizada para sua confecção. No âmbito dos resultados e discussões será apresentada análise situacional da



região de saúde nº 20 e dos Planos Municipais de Saúde 2018-2021 dos municípios que compõem a sua área de abrangência. Por fim, serão tecidas conclusões e recomendações acerca do objeto de estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A efetivação do direito à saúde no âmbito da administração pública perpassa por uma construção social que observa a análise de dados epidemiológicos, determinantes e condicionantes da saúde da população, controle social e pactuações regionais, estaduais e nacionais. Nesse sentido, o conceito de região de saúde merece destaque, uma vez que a partir dele têm sido desenvolvidas as tentativas de descentralização da gestão e assistência à saúde.

O presente referencial teórico fará uma abordagem inicial acerca da política pública da saúde e o princípio da regionalização, após, conceituará, apresentará o arcabouço normativo e descreverá o planejamento regional integrado.

2.1 A política pública de saúde e o princípio da regionalização

A saúde, enquanto direito universal a ser prestado pelo Estado, é incorporada na Constituição Federal de 1988 a partir de um processo de mobilização de movimentos sociais e de redemocratização do país, com a orientação legislativa de que será garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Além do ineditismo no que se refere ao reconhecimento de um amplo rol de direitos sociais, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu um modelo de federação diferenciado, caracterizado pela existência de três esferas de governo, cada qual dotada de autonomia e com amplas responsabilidades na gestão de políticas públicas. Esse novo desenho parte do objetivo de gerar um Estado descentralizado, mais suscetível ao controle democrático por parte das populações locais, capaz de estimular o trabalho conjunto e o compartilhamento de recursos entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios. (BRASIL, 2016, p. 34)

Assim, no cenário brasileiro, o atendimento público da área da saúde é estruturado a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos do mundo. Manter um sistema tão abrangente em um país com dimensões continentais como o Brasil é uma atividade complexa, que exige coordenação de esforços nas três esferas de governo,



bem como a cooperação da sociedade como um todo. (CNJ, 2015, p.68)

A formulação de diferentes políticas e programas que objetivam a melhoria das condições de saúde da população e o adequado uso dos recursos, de modo que as escolhas contemplem o menor custo associado com a maior efetividade das ações para a sociedade, também são fatores que corroboram a necessidade do fortalecimento do papel dos estados e municípios. (DUARTE et. al., 2015, p. 474-475)

De modo que a descentralização da política de saúde, desenvolvida com ações coordenadas e articuladas entre os três entes federativos e com financiamento tripartite, se apresenta como uma ferramenta que busca superar a fragmentação social, territorial e de comando até então vigente. As bases do modelo descentralizado foram pensadas no cenário pátrio ainda na segunda metade da década de 1950, sendo que a municipalização e planejamento das políticas de saúde de forma ascendente foram apresentadas como uma proposta da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, entretanto, esse processo, outrora interrompido pelo golpe militar, é retomado com a redemocratização do país. (DUARTE et. al., 2015, p. 475)

A descentralização, no contexto da reforma sanitária, foi entendida como uma estratégia de democratização e de incorporação de novos atores e atuou de forma fortemente atrelada ao movimento municipalista. Outrossim, urge referir que este não era um ideal apenas dos movimentos democratizantes, mas também fazia parte das recomendações dos organismos internacionais, como forma de melhorar a alocação de recursos e na criação de sistemas de *accountability*. (DUARTE et. al., 2015, p. 476)

É a partir da descentralização que se passa a compreender o processo de regionalização da política de saúde, que vem sendo efetivado por intermédio de diversos mecanismos e instrumentos normativos de implementação do SUS. Nesse sentido, a regionalização surge como uma alternativa para superar a fragmentação do sistema de atenção a saúde, que necessita ser organizado em redes para que se alcance a eficiência e escala necessária na oferta de alguns bens e serviços. Logo, é na perspectiva da eficiência e da racionalidade de recursos, visando atender aos princípios da equidade e da integralidade, que o tema regionalização da saúde vem assumindo maior relevância no debate de aprimoramento das políticas no âmbito do SUS. (DUARTE et. al., 2015, p. 475-477)

O instrumento normativo responsável pela organização do SUS e do planejamento da saúde que conceituou o termo “regiões de saúde” é o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de



2011. Segundo orienta o referido Decreto, o planejamento da saúde pública deve se dar de forma descentralizada em observância a regionalização, de modo que o conceito de região de saúde refere-se ao 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.

Desse conceito legal depreende-se que a regionalização pode ser observada por duas perspectivas distintas: da organização dos serviços de saúde ou do espaço social. Nessa última, a epidemiologia traz para o campo da saúde os elementos teóricos e conceituais da Geografia. Compreender ambas as perspectivas é de grande relevância, uma vez que há o processo de regionalização dos serviços, que é a tentativa de se organizar os serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, ou, em outros termos, significa atingir os objetivos do SUS de universalização, integralidade e equidade com maior qualidade e ao menor custo financeiro e, há, ainda, outro processo implícito de regionalização, que se delimita a partir da criação de regiões de saúde, observando um olhar que contempla as características epidemiológicas de uma população vivendo em determinado espaço e tempo. (DUARTE et. al., 2015, p. 475-477)

No presente estudo, para fins de análise de dados, será utilizado de forma preponderante o conceito geográfico e territorial de região de saúde, para tanto, conhecer o conceito teórico de planejamento regional integrado é condição de possibilidade para que se possa avançar para uma análise situacional e de planejamento local.

2.2 Planejamento Regional Integrado- PRI

Por determinação constitucional as políticas que compõem o tripé da Seguridade Social devem estar articuladas, criando sincronia entre os programas e ações voltados para a inclusão social. Do ponto de vista operacional, tal articulação, deve ocorrer nos processos de planejamento e orçamento. (BRASIL, 2016, p. 77)

Os instrumentos de planejamento da saúde - como o Plano de Saúde, suas respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão-, devem orientar, no que se refere à política de saúde, a elaboração dos instrumentos de planejamento do governo, como o Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). A integração entre as funções de planejamento estatal e as de orçamentação



consiste no fundamento do modelo orçamentário brasileiro. (BRASIL, 2016, p. 77)

O planejamento ascendente e integrado na saúde é ao mesmo tempo um requisito legal e um mecanismo relevante para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Assim, importa dizer que o planejamento trata-se de uma ferramenta que reflete tanto as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, de modo que se possa criar uma ação sincronizada da administração pública em torno das prioridades em saúde e da uniformização do planejamento do SUS em todo território nacional. A integração entre os três entes federativos, busca orientar as atividades de maneira funcional entre si para que haja complementaridade e organicidade, de modo que se possa evitar a duplicidade de ações e projeto em algumas áreas e ausência em outras. (BRASIL, 2016, p. 82)

Dito de outro modo, o planejamento regional integrado explana as prioridades e responsabilidades sanitárias comuns estabelecidas entre gestores de saúde de uma determinada região de saúde, buscando à integração da organização sistêmica do SUS para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. Consistindo assim, na base técnica do processo de regionalização (BRASIL, 2016, p. 84)

Esse caráter integrado das atividades de planejamento no SUS valoriza a autonomia dos entes federados, uma vez que todo processo deve ser conduzido de maneira ascendente desde os municípios até a esfera federal. Os planos municipais de saúde, elaborados a partir das definições estabelecidas nas conferências municipais de saúde, constituem a base para o planejamento das regiões de saúde, que orientam o planejamento em âmbito estadual. Do mesmo modo, a esfera federal deve levar em consideração o escopo das atividades planejadas pelas unidades da federação. (BRASIL, 2016, p. 83)

Destarte, a integração do planejamento no SUS se organiza em torno do planejamento realizado nas regiões de saúde, onde são estabelecidas as metas e as responsabilidades específicas de cada uma das três esferas da Federação e por meio da ação complementar entre o trabalho dos gestores municipais, estaduais e federal em cada região de saúde. (BRASIL, 2016, p. 83)

O processo de planejamento regional integrado é coordenado pela gestão estadual e elaborado no âmbito da região de saúde, com fundamento nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais, é pactuado, monitorando e avaliado pela Comissão Intergestores Regional – CIR. Esse processo expressa as responsabilidades dos gestores



com a saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e a integralidade da atenção por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os planos estaduais de saúde devem ter como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade inter-regional. (CONASS, 2018).

A Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, ao estabelecer as normas para a elaboração do planejamento integrado, orienta que a Rede de Atenção à Saúde deve ser definida a partir das regiões de saúde, sendo que para que possa garantir a resolubilidade da atenção à saúde deve ser organizada num espaço regional ampliado, com base em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

A produção resultante deste processo de planejamento é o plano regional, que conforme disposto na Lei Complementar nº 141/2012 deve expressar: a) a identificação do espaço regional ampliado; b) a identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada; c) as prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução; d) as responsabilidades dos entes federados no espaço regional; e) a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional; f) a programação geral das ações e serviços de saúde; g) a identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares.

Assim, a CIR tem a importância de consolidar as políticas públicas em saúde e, considerando que a regionalização é ponto chave nesta esfera, passa a ter um papel fundamental neste processo, pois é nesse contexto que a organização da gestão e da assistência em saúde de uma região será planejada, bem como a definição dos recursos financeiros para este fim (MEDEIROS et al., 2017, p. 131).

3 METODOLOGIA

No que diz respeito ao objetivo estabelecido no presente trabalho, trata-se de uma



pesquisa descritiva. A pesquisa descritiva tem como principal objetivo retratar com precisão as características de indivíduos, eventos, fenômenos ou situações, sendo utilizada tanto na abordagem qualitativa como na quantitativa (BIROCHI, 2015, p. 50).

Parte-se, portanto, de um objeto de análise que delimita uma área geográfica regional e tem por intento construir um diagnóstico a partir de uma análise situacional da região e de uma avaliação dos planos municipais de saúde, tendo por objetivo verificar como o plano regional integrado pode contribuir em termos promoção de uma maior equidade entre as regiões de saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Nesse sentido, a formulação do esquema geral da pesquisa em tela perpassou pela coleta de dados referentes a região de saúde e pelo acesso aos pareceres de análise dos Planos Municipais de Saúde, confeccionados pelo GTPMA da 15ª CRS, promovendo uma aproximação entre as pesquisadoras e o cenário a ser observado. A referida construção inicial orientou a abordagem da presente investigação e, conseqüentemente, a construção do problema de pesquisa que trata de investigar se a construção de planos regionais de saúde pode ser considerada uma ferramenta eficiente para a promoção de maior equidade entre as regiões de saúde.

Assim, a partir da coleta de dados, torna-se possível retratar a região de saúde, comparando-a com as demais regiões do Estado do Rio Grande do Sul e observando como os municípios referenciados visualizam e projetam seu planejamento, identificando potencialidades e fragilidades.

No tocante aos procedimentos técnicos adotados, este estudo é composto por levantamento bibliográfico e análise documental. A coleta de dados se deu a partir de informações oriundas do Plano Estadual de Saúde e de sistemas de informação utilizados pela 15ª CRS, bem como pela tabulação dos dados levantados em pareceres emitidos pelo GTPMA.

Quanto ao desenho metodológico empregado, pode-se classificar esta como uma pesquisa de enfoque predominantemente qualitativo. A pesquisa qualitativa se dedica ao estudo de fenômenos em que a quantificação não é apropriada; ou em que não seja conveniente reduzir o objeto estudado a variáveis e padrões de medida. Ao interagir com a realidade, o pesquisador realiza um processo contínuo de interpretação e transformação (BIROCHI, 2015, p. 54-55).



4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente tópico se propõe a apresentar uma breve análise situacional da região de saúde n. 20, demonstrando as características que preponderam neste contexto territorial. Os dados estão ilustrados em mapa e gráficos, com o objetivo de melhor visualização e localização. O formato possibilita uma comparação dos indicadores com as demais regiões de saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

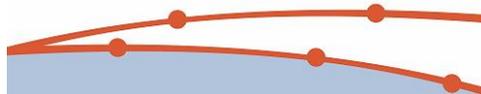
Inicialmente apresentam-se no mapa a localização regional e os municípios que compõem a região nº 20, a seguir, os gráficos demonstram de forma comparativa os índices de natalidade, população idosa, analfabetismo, distribuição de renda e percentual de abastecimento de água para consumo humano por soluções alternativas. Esses dados vêm demonstrar especificidades e complexidades socioeconômicas do contexto territorial estudado.

Por conseguinte, considerando o caráter ascendente do planejamento regional integrado, analisar-se-á os Planos de Saúde 2018-2021 dos municípios que compõem a área de abrangência da Região de Saúde nº 20.

4.1 Análise Situacional da Região de Saúde nº 20

A partir da Resolução nº 555/12- CIB/RS, o Estado do Rio Grande do Sul foi reorganizado em trinta regiões de saúde. Tal organização reafirmou a regionalização como estratégia para o reordenamento da política de saúde, tendo por intuito ampliar a capacidade de governança dos pequenos municípios na região, proporcionando uma maior equidade social. A análise situacional ora apresentada refere-se a região nº 20, denominada de Rota da Produção, cuja área atual foi definida pela Resolução nº 499/14- CIB/RS.

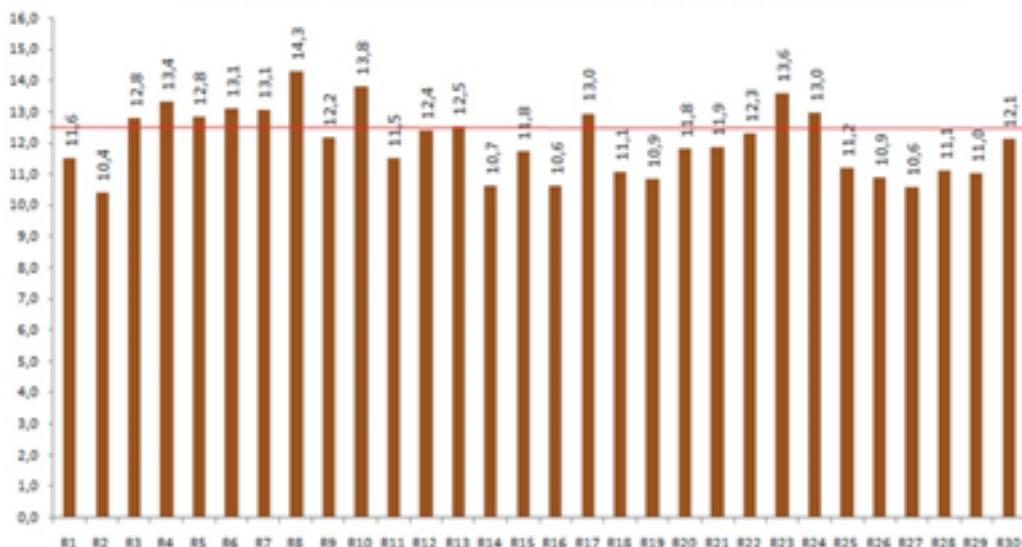
Composta por vinte e seis municípios de pequeno porte populacional, a região de saúde tem Palmeira das Missões como sede administrativa. A população regional perfaz um total de 166.744 habitantes (FEE 2014), sendo que 38,9% reside na zona rural e a principal fonte de renda está na produção agropecuária. Esta região está vinculada a 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), estrutura administrativa descentralizada da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2016, p.181)



A região possui uma densidade demográfica de 26 hab-km² (habitantes por quilômetro quadrado), essa densidade demográfica é considerada baixa ao nível estadual que possui 42 hab.km², demonstrando que as pessoas residem em áreas mais extensas ou sem tanta aglomeração no âmbito da região. Os municípios são de pequeno porte populacional, destacando-se como mais populosas as cidades de Palmeira das Missões e Sarandi, que somadas perfazem um total populacional de 55.613 (cinquenta e cinco mil seiscentos e treze) habitantes, representando 33,35% da população total da região. (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2016, p.181)

Conforme exposto na figura 1, a região nº 20 apresenta um coeficiente de natalidade de 11,8, nível abaixo da média estadual que está 12,79. Segundo dados do IBGE (2010), este coeficiente tende a permanecer em queda durante os próximos anos em consequência da reestruturação das famílias e da inclusão da mulher no mercado de trabalho.

Figura 1- Coeficiente Geral de Natalidade (CGN), por Região de Saúde



Fonte: NIS/DGTI/SES/RS

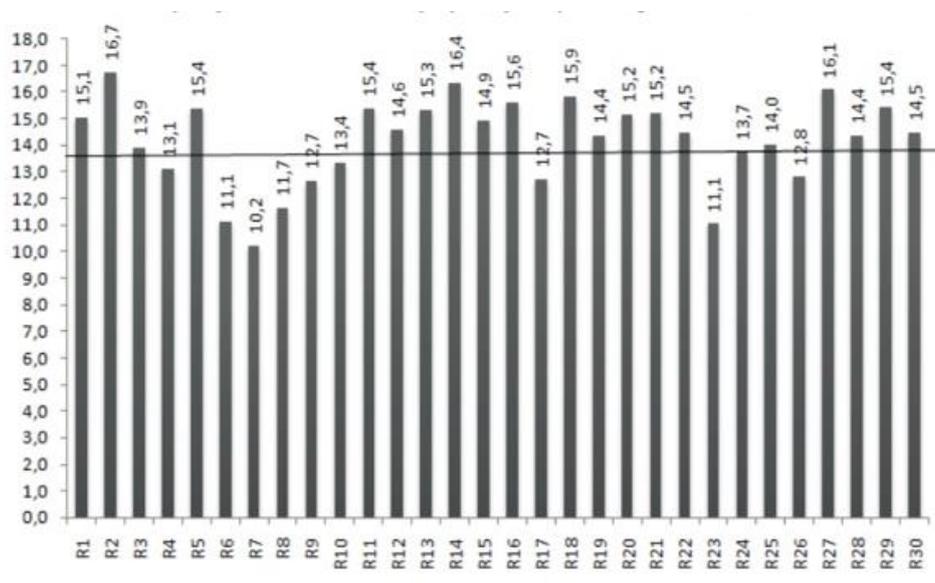
Com a redução das taxas de natalidade e o aumento da expectativa de vida, visualiza-se um aumento do número de idosos. O grupo acima de 80 anos é o que mais cresce alterando a composição etária dentro do próprio grupo, uma vez que este grupo também envelhece. Segundo dados do IBGE (2010), o estado possui hoje, mais de 1.200 (mil e duzentos) centenários espalhados pelas diferentes regiões do estado, que preponderantemente, se localizam em pequenos municípios com menos de 10 mil



habitantes.

A figura 2 demonstra que a proporção de idosos da região nº 20 é de 15,2%, acima da média estadual que é de 13,6%. O envelhecimento da população é um desafio aos gestores e ao planejamento em saúde, uma vez que as políticas de saúde precisam estar preparadas para ofertar cuidados diferenciados e adaptativos as necessidades desse público.

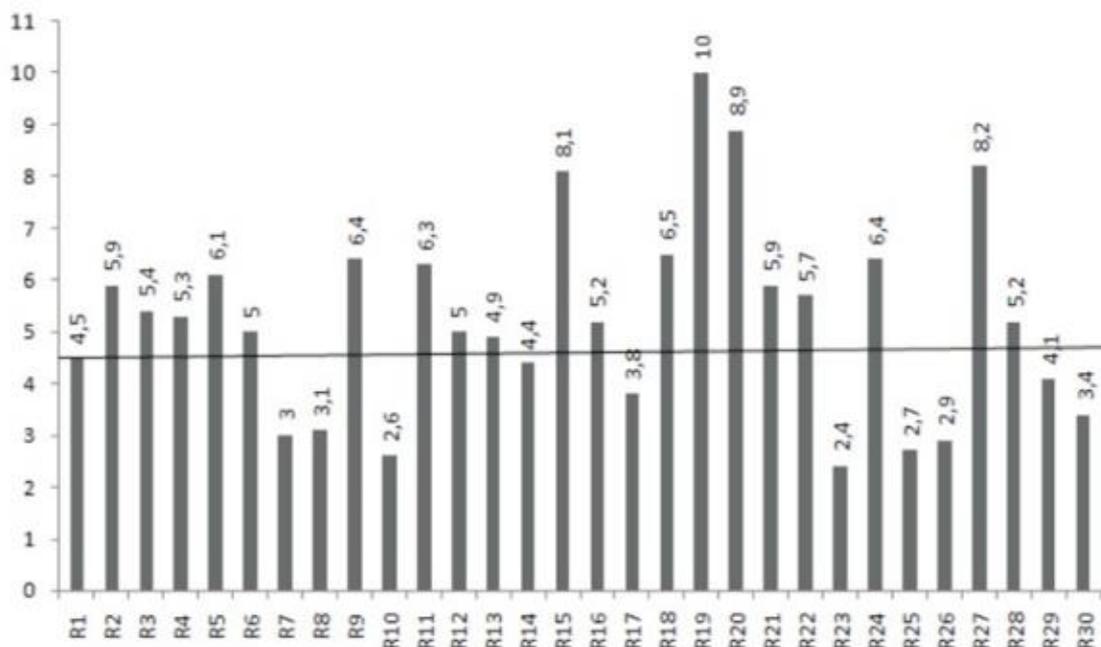
Figura 2- Proporção de idosos na população, por Região de Saúde, RS, 2012



Fonte: IBGE

Outro fator que merece destaque é a alta taxa de analfabetismo. Conforme dados do IBGE (2010), o índice de analfabetismo estadual tem demonstrado queda nos últimos anos, passando de 6,7% para 4,5% do total populacional que não sabe ler e escrever. Essa queda, porém, não contempla todas as regiões de saúde do estado, mantendo regiões díspares em relação a outras, conforme se depreende da figura 3. A região nº 20 possui um índice de analfabetismo de 8,9%, o que representa um percentual superior ao parâmetro estadual.

Figura 3 – Taxa de Analfabetismo, por Região de Saúde, RS, 2010



Fonte: IBGE

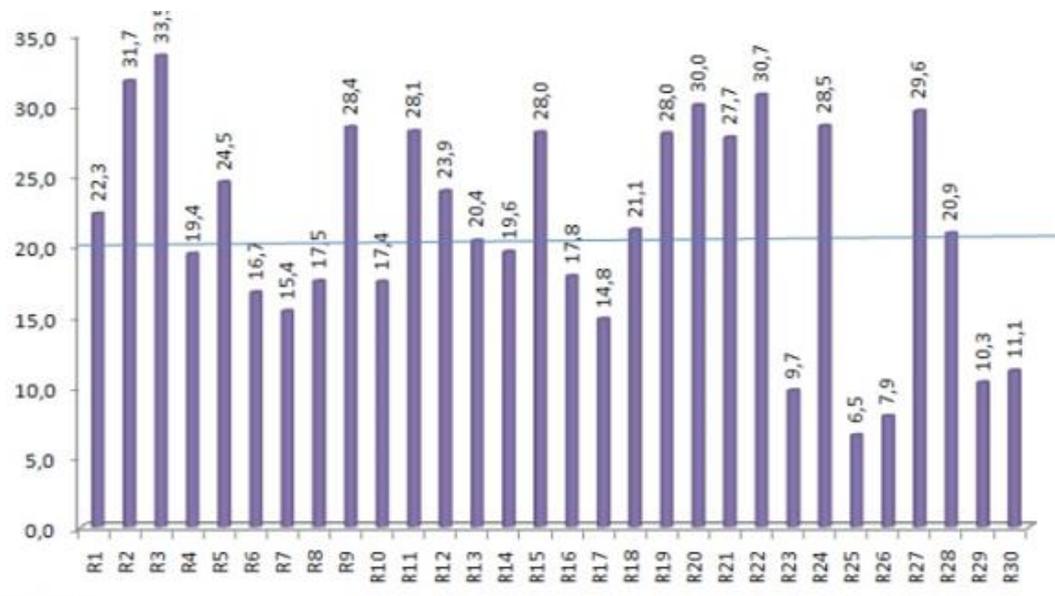
O PIB *per capita* é o principal indicador de riqueza de uma sociedade. No âmbito da região n. 20, o valor correspondente a esse indicador é de R\$ 17.940,00 (dezesete mil novecentos e quarenta reais), sendo, portanto, inferior a média estadual que é de R\$ 25.737,00 (vinte e cinco mil setecentos e trinta e sete reais). (IBGE, 2012) O presente dado analisado de forma conjunta com o valor correspondente a renda média *per capita* familiar demonstra uma fragilidade da região em termos de geração de renda e sustento das famílias.

Em âmbito regional a renda média familiar *per capita* gira em torno de R\$ 696,50 (seiscentos e noventa e seis reais e cinquenta centavos), ao passo que a média estadual supera R\$ 940,00 (novecentos e quarenta reais) por pessoa do grupo familiar. Ademais, a situação se agrava quando se passa a analisar o percentual de famílias residentes na região de saúde que apresenta uma renda inferior a meio salário-mínimo mensal. Demonstrando-se, também uma face perversa da concentração de renda.

A figura 4 ilustra essa realidade ao constatar que em âmbito regional 30% da população residente perfaz uma renda inferior a meio salário-mínimo mensal, o percentual está acima da média estadual demonstrando um número expressivo de residentes de baixa renda.



Figura 4 – Proporção de pessoas com baixa renda, <1,2 salário-mínimo, por Região de Saúde, RS, 2010.

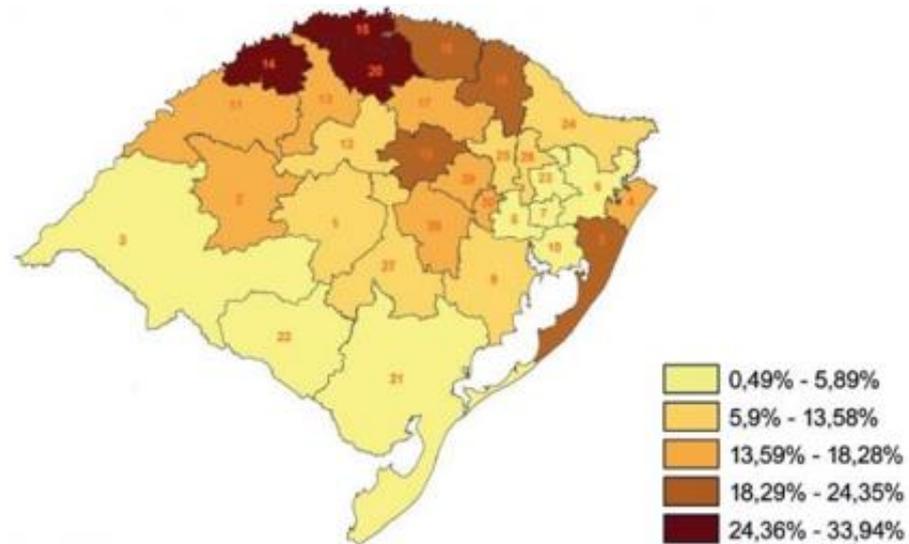


Fonte: IBGE

Ademais, no Estado do Rio Grande do Sul o abastecimento de água devidamente tratada contempla mais de 80% da população residente. Este tipo de abastecimento tem controle rigoroso de tratamento e distribuição para manter a seguridade no consumo da água para a população. Entretanto, uma parcela da população utiliza abastecimento de água por soluções alternativas coletivas ou individuais provenientes de sangas, fontes, cisternas, poços escavados ou artesianos. Essa modalidade de abastecimento nem sempre possui tratamento adequado para consumo humano, podendo estar contaminada, causando riscos à saúde da população.

Consoante demonstra a figura 5, 30% da água consumida pela população residente da região analisada é proveniente de soluções alternativas coletivas ou individuais, sem o devido tratamento previsto pelos órgãos de vigilância em saúde. O índice da região é alto em comparação a outras regiões do estado.

Figura 5 – Abastecimento de Água para Consumo Humano por Soluções Alternativas, por Região de Saúde, RS, 2015



Fonte: VIGIAGUA;CEVS;2015

Os dados socioeconômicos ora apresentados demonstram a complexidade em se trabalhar com um conceito ampliado de saúde, que contemple o bem-estar físico, psíquico e social da população. Esses fatores acabam por influenciar e definir o perfil epidemiológico e os condicionantes e determinantes do adoecimento, razão pela qual a análise situacional representa uma ferramenta indispensável para nortear o planejamento e as ações da política pública de saúde.

Outrossim, para que se possa melhor conhecer as potencialidades e fragilidades da região de saúde, estabelecendo diagnósticos mais precisos do ponto de vista da gestão, além de uma análise situacional fundamentada em indicadores, imprescindível se faz a observação do planejamento municipal.

4.2 Análise dos Planos Municipais de Saúde 2018-2021 dos municípios que compõem a área de abrangência da Região de Saúde nº 20

A definição de Plano de Saúde encontra-se disposta na Portaria do Ministério da Saúde nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Segundo orienta o artigo 3º do referido instrumento normativo, o plano de saúde é a ferramenta central de planejamento para a definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da



gestão do SUS para o período de quatro anos. Sustenta ainda que o plano explicita os compromissos do governo para o setor e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

Na sequência os parágrafos, incisos e alíneas do mesmo artigo orientam o que deve observar e como se deve ocorrer a elaboração do plano, explicitando, em linhas gerais, que o objetivo dessa ferramenta é servir de base para a execução, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de saúde, razão pela qual deve contemplar todas as áreas de atenção à saúde, visando garantir a integralidade dessa atenção.

Ainda, o Plano de Saúde deverá observar os prazos do Plano Plurianual e ser orientado pelas necessidades de saúde da população, considerando, análise situacional que contemple a estrutura do sistema da saúde, as redes de atenção à saúde, as condições socio sanitárias, os fluxos de acesso, os recursos financeiros, a gestão do trabalho e da educação na saúde, ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão. Além da análise situacional deverá contemplar a definição das diretrizes, objetivos, metas, indicadores e o processo de monitoramento e avaliação.

Com fulcro na legislação vigente, a Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul- ASTEPLAN, elaborou um *check list* estabelecendo quesitos de avaliação dos planos municipais a serem utilizados pelos técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde. Com a referida avaliação foi possível traçar um panorama regional e estadual no que se refere ao conteúdo dessa importante ferramenta.

No âmbito da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde, estrutura administrativa que atende a região de saúde nº 20, as avaliações foram conduzidas pelo Grupo Técnico de Planejamento, Monitoramento e Avaliação- GTPMA, composto por quadro multidisciplinar de servidores efetivos.

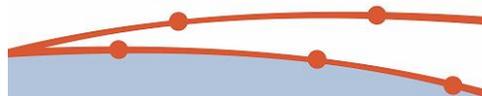
O primeiro fator analisado foi o cômputo do número de municípios que efetivamente protocolaram seus planos municipais de saúde junto a Coordenadoria Regional, identificando-se que dos 26 (vinte e seis) municípios que integram a região de saúde, até o mês de agosto de 2018, apenas 19 (dezenove) haviam protocolado seus planos, computando um percentual de 73%.

Em prosseguimento, foram tabulados os quesitos do *check list* formulado pela ASTEPLAN e calculado o percentual de municípios da região que atenderam a cada quesito. O cálculo computou como percentual total apenas os 19 municípios que



apresentaram seus respectivos planos municipais de saúde. Os valores seguem ilustrados no quadro abaixo:

Quesito do Check List	Percentual de municípios que atenderam ao quesito
Prazos legais, controle social e divulgação	
O Plano Municipal de Saúde (PMS) contempla as deliberações da Conferência Municipal de Saúde?	21%
O Plano Municipal de Saúde foi aprovado no Conselho Municipal de Saúde?	84%
Houve Audiência Pública para construção do Plano Municipal de Saúde?	5%
Houve outro mecanismo de participação na construção do Plano Municipal de Saúde?	15%
O Plano Municipal de Saúde foi construído observando o prazo legal (entregue antes do envio do Plano Plurianual - PPA)?	15%
Ficou expresso no PMS a tentativa de compatibilização entre os instrumentos de gestão (Plano de Governo, PPA)?	15%
O PMS foi distribuído entre os trabalhadores da saúde do município?	5%
O PMS foi disponibilizado publicamente no site da prefeitura?	0%
Análise Situacional	
Possui o capítulo de Análise Situacional?	42%
Apresenta análise comparativa em relação à Região de Saúde e ao Estado?	5%
Apresenta a situação de saúde dos grupos específicos e vulneráveis da população	15%
Lista as principais causas de morbidade e mortalidade?	36%
Descreve a capacidade instalada da rede pública?	84%
Descreve a capacidade instalada da rede privada contratada?	26%
O município define a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado?	47%
Descreve a organização da Rede Materno-infantil (Rede Cegonha) no município e/ou na região?	31%
Descreve a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município e/ou na região?	21%
Descreve a organização da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no município e/ou na região?	5%
Descreve a organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no município e/ou na região?	5%
Descreve a organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas no município e/ou na região?	5%
Descreve as referências para a atenção secundária e terciária na Rede de Atenção à Saúde (fluxos de acesso)?	36%
Governança das redes	
Descreve ações de Educação Permanente?	31%
Descreve as estratégias de Participação Social?	52%
Descreve as prioridades de Alocação de Recursos?	36%
Descreve a realização de alguma auditoria nos serviços de saúde contratados pelo município?	10%



Descreve os canais de Ouvidoria para o cidadão?	0%
Descreve a participação do município nas instâncias de pactuação regional (CIR)?	15%
São identificadas as necessidades assistenciais da Região de Saúde?	15%
Diretrizes, objetivos, metas e indicadores	
O PMS possui o capítulo de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores?	52%
As diretrizes, objetivos, metas e indicadores respondem aos problemas de saúde identificados na análise situacional?	21%
O PMS apresenta metas mensuráveis para o período?	15%
Os indicadores elencados contemplam a Pactuação Interfederativa 2017-2021?	52%
O município elencou outros indicadores, além dos indicadores de Pactuação 2017-2021?	31%
Monitoramento e Avaliação	
O PMS possui o capítulo de Monitoramento e Avaliação?	15%

Fonte: ASTEPLAN

Com relação ao primeiro grupo de quesitos, da análise dos percentuais, conclui-se que os planos municipais tiveram baixa utilização de ferramentas de controle social e debate ampliado. Conforme revelam os dados, na maioria dos municípios a única forma de contribuição e avaliação dos planos por parte dos usuários se deu pela via da aprovação do plano no âmbito do Conselho Municipal de Saúde. E mesmo esse quesito imprescindível, deixou de ser observado por alguns municípios.

No mesmo sentido, a observância dos prazos legais e de tentativa de compatibilização entre os instrumentos de gestão foi observado por apenas 15% dos municípios, o que demonstra fragilidade no planejamento municipal. A divulgação dessa ferramenta entre os próprios trabalhadores da pasta demonstra um percentual extremamente baixo, de 5%, e a utilização dos sites das prefeituras, enquanto ferramentas de transparência e acesso à informação não foi adotada por nenhum dos municípios.

Em termos de análise situacional percebe-se que menos da metade dos municípios destinou um capítulo do plano para tanto. A mesma fragilidade é identificada ao longo da análise dos quesitos referentes a esse tópico. A falta de análise situacional implica na impossibilidade de construir um diagnóstico que retrate a realidade local e articule os problemas prioritários em termos de gestão e assistência à saúde.

Da análise dos quesitos que referem-se a governança das redes, depreende-se que apenas a descrição de estratégias de participação social superou o percentual de 50%, entretanto, o dado é contraditório, uma vez que a própria confecção do plano não privilegiou essa metodologia.



As diretrizes, objetivos, metas e indicadores também constaram em apenas 52% dos planos. Tal dado demonstra que em quase metade dos planos apresentados não se cumpriu sequer a função central do planejamento que é o estabelecimento de metas a serem perseguidas pela gestão. O dado se agrava, na medida em que as estratégias de monitoramento e avaliação apenas foram contempladas em 15% dos documentos.

Da leitura dos quesitos percebe-se uma dificuldade de planejamento da gestão que perpassa pela construção de um diagnóstico da realidade local até o estabelecimento de metas mensuráveis e passíveis de avaliação.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo questiona se a construção de planos regionais pode ser considerada uma ferramenta eficiente para a promoção de maior equidade entre as regiões de saúde. Ao longo de todo o referencial teórico afirma-se que a gestão da política pública de saúde, permeada pela complexidade e articulação interfederativa, só pode ser bem conduzida com um planejamento que contemple uma análise situacional que permita identificar quais são os problemas prioritários, as potencialidades e fragilidades de cada região de saúde.

Da análise situacional da região de saúde nº 20, objeto do presente estudo, verifica-se que se trata de uma região fragilizada do ponto de vista das questões socioeconômicas, o que acarreta maiores desafios em termos de políticas de saúde já que a dependência por serviços, a importância das ações preventivas e da gratuidade de toda a linha de cuidado são fundamentais para essa população. O alto índice de analfabetismo e a baixa renda exigem maior resiliência e empenho das equipes, considerando que o autocuidado e a corresponsabilização dos usuários resta dificultada em cenários como esse. Ainda, os gráficos apresentados ilustram a falta de equidade entre as regiões de saúde no contexto territorial do Estado do Rio Grande do Sul.

Nesse sentido, conclui-se que o planejamento em saúde têm como característica o fato de ser ascendente, privilegiando as construções locais que nortearão o planejamento regional, estadual e federal, apenas a partir de uma construção local forte, que apresente análise de indicadores, estipule diretrizes, objetivos e metas, privilegie um olhar que defina a atenção primária em saúde como coordenadora do cuidado é que será possível serem



desenvolvidas pactuações regionais consistentes e capazes de melhor alocar recursos e serviços, a fim de que se garanta maior equidade entre as regiões de saúde.

A partir da leitura dos planos municipais da região de saúde nº 20, percebe-se que esse caminho que privilegia o planejamento, a educação permanente e a participação popular, bem como a observância de todos os ciclos de uma política pública, contemplando o monitoramento e avaliação, ainda necessita percorrer um grande caminho para que se consolide e possa nortear a política de saúde dentro das diretrizes da descentralização insculpidas na Constituição Federal.

Entretanto, a despeito das fragilidades identificadas, não é possível falar em equidade entre regiões sem que antes se desenvolva a prática democrática da participação social e do planejamento local. Figuras essas, em que o Sistema Único de Saúde tem enraizadas as suas bases. De modo que se recomenda que os dados ora apreciados sirvam de norte para uma atuação de gestão que privilegie o planejamento e fortalecimento do Sistema Único de Saúde, a partir de uma melhor e mais adequada alocação de recursos humanos e financeiros e da proposição de ações e serviços que garantam maior resolutividade aos problemas de saúde existentes.

5 REFERÊNCIAS

BIROCHI, Renê. **Metodologia de Estudo e de Pesquisa em Administração**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração- UFSC; Brasília: CAPES:UAB, 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 18 mar. 2019.

BRASIL. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em 16 mar. 2019.

BRASIL. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 16 mar. 2019.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. 1 ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em 15 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o Planejamento Regional Integrado e a organização das macrorregiões de saúde. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/26/RESOLUCAO-N-37-DE-22-DE-MARCO-DE-2018.pdf>>. Acesso em 15 mar. 2019.

CNJ, Comitê Executivo do Fórum Nacional do Judiciário para Saúde. **Ação de Planejamento e de Gestão Sistêmicos com Foco na Saúde**. Disponível em: <http://www.famurs.com.br/arq_upload/20150817160106_Cartilha%20impress%C3%A3o%20FAMURS_PGS_SA%C3%A9ADE_14.08.15.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2019.

CONASS. **Guia de apoio à gestão estadual do SUS: planejamento regional integrado**. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-regional-integrado/>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

DUARTE, Ligia Schiavon, et. al. **Regionalização da Saúde no Brasil: uma perspectiva de análise**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200472>. Acesso em: 18 mar. 2019.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>>. Acesso em 17 mar. 2019.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB/RS nº 499/14**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155805-resolucao-cib-499-14.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB/RS nº 555/12**. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155806-resolucao-cib-555-12.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 14 mar. 2019.

MEDEIROS, C.R.G.; SALDANHA, O.M.L.; GRAVE, M.T.Q.; KOETZ, L. C. E.; DHEIN, G.; CASTRO, L. C.; SCHWINGEL, G.; SANTOS, M. V. **Planejamento Regional Integrado: a governança em região de pequenos municípios**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00129.pdf>>. Acesso em 16



mar. 2019.