

PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO - PRI

Oficina 1: Guia para Capacitação dos Facilitadores do Desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado-PRI nas Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado



“ O Desafio de consolidar a Regionalização e o Fortalecimento da Governança Regional ”
Abril/2022

2022 Secretaria Estadual da Saúde do Piauí

Todos os direitos reservados.

É permitida a reprodução parcial ou total deste documento desde que citada a fonte e, que não seja para venda ou qualquer outro fim comercial.

Tiragem: 1ª edição – Abril/2022 – 70 exemplares

Organização, Redação e Sistematização

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ

Diretoria de Unidade de Planejamento/DUP/SES-PI

- Av. Pedro Freitas – Centro Administrativo de Teresina – Bloco A Teresina- Piauí – CEP 64.018-900

WWW.saude.pi.gov.br

APOIO E COLABORAÇÃO:

Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Piauí – COSEMSPi

Hospital da Beneficência Portuguesa – *bp*

Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Piauí (NESPI) da Universidade Federal do Piauí

Diretorias Técnicas da SESAPI: Vigilância e Atenção à Saúde/Diretoria de Vigilância Sanitária Estadual/
Superintendência de Assistência à Saúde/Diretoria de Organização Hospitalar/Diretoria de Controle, Avaliação,
Regulação e Auditoria.

COORDENAÇÃO GERAL:

DUP – Diretoria de Planejamento

Ficha Catalográfica

Secretaria Estadual da Saúde do Piauí - Documento: ***Guia para Capacitação dos Facilitadores do
Desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado – PRI nas Regiões e Macrorregiões de Saúde do
Estado*** - Secretaria Estadual da Saúde do Piauí/ Diretoria de Planejamento

Abril/2022

SUMÁRIO

1. Introdução	04
2. Objetivos: Geral e Específicos.....	06
3. Produtos	07
4. Programação de Atividades	08
5. Instrumentos Metodológicos	12
6. Situações Problemas:.....	20
• Município Pequeno Porte.....	20
• Município Médio Porte.....	24
• Município Grande Porte	25

INTRODUÇÃO

O Planejamento Regional Integrado (PRI) é parte do processo de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, deverão ser observadas na elaboração do Plano Estadual de Saúde, conforme Portaria GM/MS nº2135, de 25/09/2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.

Partindo desse princípio, o processo de PRI, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), deverá compreender: (i) a análise de situação de saúde das Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado tendo por base os Planos Municipais de Saúde, (ii) o desenho da rede de atenção à saúde (RAS) com ênfase na Rede Materno Infantil, (iii) a programação geral de ações e serviços de saúde (PGASS), (iv) a implantação dos mecanismos de governança regional.

Na análise da situação de saúde das regiões do Estado deve-se observar se as prioridades e problemas de saúde identificados dialogam com as políticas e dispositivos legais do SUS, se expressam as necessidades de saúde da população do território, se contemplam e priorizam a atenção primária à saúde, as formas de acesso aos serviços de saúde e sua integração dentro das redes de saúde implantadas e a implantar no estado, além das responsabilidades decorrentes das pactuações realizadas, assim como toda a parte de vigilância, promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma coerente com capacidade operacional e financeira dos respectivos municípios.

Para assegurar resolutividade da rede de atenção, alguns fundamentos como economia de escala, qualidade e acesso precisam ser considerados, incluindo um conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população, isto é: a oferta de cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, cuidados preventivos e paliativos, prestados em tempo oportuno.

Por conseguinte, a organização das RAS deve estar sustentada e clara e, se possível, prévia definição do território, condição que implica no estabelecimento de limites geográficos, população e o rol de ações e serviços que serão ofertados no município, na região, e na macrorregião de saúde. Esta Macrorregião, por sua vez, é definida como o espaço em que a estrutura operacional das redes se completa, com vistas à garantia da integralidade do cuidado. As competências e responsabilidades dos Pontos de Atenção no cuidado integral devem estar correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e os municípios para o processo de regionalização, parâmetros de escala e acesso e, a revisão e atualização da programação e distribuição dos recursos de média e alta

complexidade ambulatorial e hospitalar, alocado para o estado do Piauí, enquanto uma das condições para garantia e sustentabilidade de operação da RAS.

As Oficinas de PRI, portanto, consistem em ações estratégicas previstas no Projeto Regionalização do Estado do Piauí/2020 a serem implementadas, sinergicamente, nas Regiões/Macrorregiões de Saúde do Estado junto aos Gestores Municipais de Saúde, a partir da parceria firmada entre SESAPI, COSEMSPi, MS, Hospital da Beneficência Portuguesa (bp), CES, UFPI e SEPLAN, no âmbito do PROADISUS visando, finalisticamente, o Fortalecimento da Regionalização e da Governança Regional.

O desenvolvimento do PRI se efetivará por meio de **Momentos** metodologicamente desenhados, considerando os objetivos a que se destinam. Dessa forma, obedecem a uma sequência lógica de eventos ou iniciativas e guardam estreita relação entre si.

São **Momentos Interdependentes e Complementares**. Dessa forma, as Oficinas do PRI nas Regiões de Saúde devem ser implementadas, observando a sequência das temáticas priorizadas para cada um dos 03 Momentos presenciais previstos, quais sejam: **Momento 1 - Análise Situacional de Saúde;** **Momento 2 - Desenho de Redes;** **Momento 3 - Elaboração da PGASS.** Cada Momento será operacionalizado em **OFICINAS** cuja duração está estimada para 2,5 dias com uma carga horária de 20 hs de efetivo trabalho com e em Grupo. O **Alinhamento técnico e metodológico de Facilitadores**, para atuarem na **coordenação e condução** das **Oficinas Regionais do PRI** torna-se, portanto, condição garantidora da operacionalização e capilaridade do processo.

Os Facilitadores, por sua vez, replicarão nas Regiões de Saúde a sequência temática, teórico-metodológica do alinhamento conceitual e metodológico a que foram submetidos, proposto com base na concepção do **Arco de Maguerez AÇÃO-REFLEXÃO-AÇÃO**. Ou seja, cada **Oficina de Alinhamento** vivenciada, em seguida, será replicada nas Regiões de Saúde - ***Oficinas do PRI***.

Os produtos obtidos nas Oficinas serão sistematizados e consolidados pelo **CGE** com apoio da **UFPI-NESP e BP** consubstanciando os **12 Planos Regionais de Saúde**, por sua vez, consolidados em **04 Planos Macrorregionais de Saúde**, que deve fundamentar a elaboração do **PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2024 A 2027**.

OFICINA 1: Capacitação dos Facilitadores para Desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado-PRI nas Regiões e Macrorregiões de Saúde do Estado

1. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Capacitar as equipes técnico-gerenciais da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí-SESAPI, Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Piauí-COSEMS-PI, Conselho Estadual de Saúde do Piauí, Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade Federal do Piauí-NESPI/UFPI e demais parceiros no *Projeto de Fortalecimento das Ações de Planejamento, Regionalização e Governança Regional*, para a condução e coordenação, das **Oficinas de Planejamento Regional Integrado (PRI)** a serem desenvolvidas nos municípios sede das Macrorregiões de Saúde com os Gestores Municipais e demais técnicos das SMS, das diversas Regiões de Saúde do Estado que as compõem, com vistas à implementação do PRI.

Objetivos Específicos:

- Instrumentalizar os Facilitadores para a coordenação, desenvolvimento e manejo teórico e metodológico junto aos Gestores Municipais, das ferramentas técnicas de apoio à elaboração da **Análise Situacional de Saúde da Região de Saúde** da qual seu município faz parte, durante a realização, *in loco*, dos Seminários Macrorregionais;
- Possibilitar aos participantes, por meio de análise e discussão em grupo de Situações Problemas (SP) disparadoras retratando perfis de municípios de pequeno, médio e grande porte, o exercício de análise e construção situacional de saúde, em relação aos aspectos, demográficos, sociais, epidemiológicos, sanitários e organizativos, com vistas à compreensão sobre:
 - O levantamento dos problemas e das necessidades em saúde da população dos municípios e região de saúde e das suas evidências .
 - A identificação dos problemas prioritários dos municípios e da Região;
 - Categorização dos problemas priorizados quanto a sua natureza;
 - Os determinantes e condicionantes dos problemas priorizados.

2. PRODUTOS

Ao final da oficina, os participantes deverão ser capazes de desenvolver os seguintes produtos:

- Identificação e listagem dos Problemas/Necessidades de Saúde Prioritárias do Município/Região de Saúde , suas evidências e, sua natureza;
- A identificação das possíveis Causas (determinantes e condicionantes).

ATENÇÃO ➡ *As **CAUSAS** identificadas na **OFICINA 1**, atuarão como disparadores para a **OFICINA 2**, uma vez que subsidiarão a proposição de Ações/Estratégias para organização da **REDE DE ATENÇÃO** na Macrorregião, uma vez que a intervenção deve ser realizada sobre as Causas que produzem e mantém os Problemas/Necessidades identificados e priorizados.

3. PROGRAMAÇÃO

HORÁRIO	ATIVIDADE
PRIMEIRO DIA	
08:00 às 08:40h	Abertura (SESAPI/COSEMSPI/NESPI-UFPI/ CES/ BP/MS)
08:40 às 09:50h	Dinâmica da Oficina 1 (SESAPI) - Objetivos da Oficina - Proposta Metodológica - Integração dos Participantes - Contrato de Convivência
09:50 às 10:00h	Intervalo
10:00 às 11:30h	Atividade 1 – Exposição Dialogada <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tema 1 : “ <i>Regionalização como Modelo de Organização do Sistema de Saúde: fundamentos técnicos e legais</i>” - 30 minutos <u>Expositor</u>: representante do COSEMS-PI ✓ Tema 2: “<i>Planejamento Regional Integrado (PRI) e o desafio de consolidar a Regionalização no Piauí: conformação regional do Estado,projeto estadual e parceiros institucionais</i> “ – 30 minutos <u>Expositor</u>: representante da SESAPI ✓ Tema 3: “<i>Hospital da Beneficência Portuguesa (bp) como instituição parceira e seu papel na construção do PRI no Piauí</i>” – 30 minutos <u>Expositor</u>: representante da BP
11:30 às 12:00h	Debate
	Intervalo - Almoço
13:30 às 14:00h	Acolhimento e Formação de Grupos de Trabalho <ul style="list-style-type: none"> ✓ Considerando a participação de 60 técnicos na Oficina 1, formar 06 (seis) Grupos de 10 membros cada um. Cada 02 grupos devem receber a mesma SP

14:00 às 15:30h	<p>Atividade 2 – Leitura em Grupos e Discussão</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tema: “<i>Situação Problema (SP) com Perfil de Saúde de 03 municípios(pequeno, médio e grande porte)</i>” ✓ Facilitadores: representantes da SESAPI/COSEMS/NESP-UFPI
15h30 às 16:20h	<p>Atividade 3 – Atividade em Grupo - Identificação e Listagem dos Problemas/Necessidades de Saúde sugeridos na SP e, de suas Evidências</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Partindo das informações contidas na SP disparadora, o Grupo deve preencher o QUADRO 1 com a identificação e listagem de, pelo menos, 05 problemas/necessidades identificados no município analisado
16:20 às 16:30h	<p>Intervalo</p>
16:30 às 17:20	<p>Atividade 4 – Plenária de Socialização/Compartilhamento no grupão das atividades realizadas nos pequenos grupos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tema: <i>Apresentação dos Problemas/Necessidades identificados e listados e de suas Evidências</i> ✓ Facilitadores: representante da SESAPI/COSEMSPI/NESP-UFPI
17:20 às 18:00h	<p>Atividade 5 – Exposição Dialogada</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tema: “<i>Indicadores: o que são indicadores, tipos de indicadores e para que servem</i>” - 60 minutos ✓ Expositor: representante da SESAPI - Dra. Zenira Martins
18:00 h	<p>Encerramento -Avaliação do dia de trabalho</p>
SEGUNDO DIA	
08:00 às 08:30h	<p>Acolhimento aos participantes</p>
08:30 às 09:30h	<p>Atividade 6 – Exposição Dialogada</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tema: “<i>O que é Análise Situacional de Saúde e quais elementos a compõem</i>” – ✓ Expositor: Representante da SESAPI

09:30 às 09:40 h	Intervalo
09:40 às 11:00h	<p>Atividade 7 - Priorização/Hierarquização dos Problemas e Necessidades de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicação e preenchimento do instrumento Matriz de Hierarquização de Problemas Prioritários – QUADRO 2 ✓ <u>Facilitadores:</u> Representantes SESAPI/COSEMSPI/NESP-UFPI
11:00 às 12:00h	<p>Atividade 8 - Plenária de Socialização/Compartilhamento no grupão das atividades realizadas nos pequenos grupos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Listagem dos problemas priorizados pelos Grupos
12:00 às 13:30h	Intervalo - Almoço
13:30 às 16:30h	<p>Atividade 9 – Agrupamento dos Problemas por Núcleo de Sentidos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Preenchimento do QUADRO 3 de Classificação do Problemas dos Problemas segundo sua natureza/tipo e identificação das suas Causas (Determinantes - o que produz o problema e o Condicionantes o que mantém) ✓ <u>Facilitadores:</u> Representantes SESAPI/COSEMSPI/NESP-UFPI
16:30 às 16:40h	Intervalo
16:40 às 17:40h	Atividade 10 - Plenária de Socialização/Compartilhamento no grupão das atividades realizadas nos pequenos grupos
18:00 h	Encerramento – avaliação das atividades do dia
TERCEIRO DIA	
08:00 às 08:30h	Acolhimento aos participantes
08h30 às 10:00h	Atividade 11 – Consolidação e sistematização da Análise Situacional dos municípios descritos nas SP, segundo o porte (municípios de pequeno, de médio e de grande porte)

10:00 às 10:15h	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consolidação e Priorização dos problemas conforme aplicação dos critérios de Seleção da Matriz GUT – QUADROS 4 e 5 ✓ <u>Facilitadores</u>: Representantes da SESAPI/COSEMSPI/NESP-UFPI <p>Intervalo</p>
10:15 às 11:30h	<p>Atividade 12 – Plenária de Socialização/Compartilhamento no grupão das atividades realizadas nos pequenos grupos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Análise Situacional de Saúde sistematizada com Identificação, Hierarquização de Problemas e Necessidades de Saúde, suas Evidências, Natureza dos Problemas, principais Causas e Priorização dos Problemas a serem enfrentados na OFICINA 2. ✓ <u>Facilitadores</u>: Representantes da SESAPI/COSEMSPI/NESP-UFPI
11h30 às 12h00h	<p>Atividade 13 - Avaliação e Encerramento da Oficina</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Facilitador</u>: representante da SESAPI
12:00 às 12:30h	<p>Encaminhamentos</p>
13:00h	<p>Almoço</p>

4. INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS

- QUADRO 1 -

LISTAGEM/IDENTIFICAÇÃO

O **Quadro 1** destina-se à sistematização dos **Problemas** e das **Evidências** que comprovam a existência dos mesmos.

Para preenchimento do Quadro 1, sugere-se que após a leitura e discussão da SP os participantes realizem um Brainstorm (tempestade de idéias) enunciando o Problema em uma tarjeta de papel que deve ser afixada em papel madeira para visualização de todos os participantes do Grupo. O Grupo deve enunciar como resultado do trabalho em grupo, 05 Problemas, decorrente da discussão entre os participantes. Na discussão coletiva devem ser eliminadas as repetições, mantendo-se aquele com melhor redação.

Observar critérios básicos para o enunciado dos Problemas, quais sejam:

- ✓ **PROBLEMA:** é definido como uma discrepância entre **o ser (o que é) e o *dever ser*** (o que deveria ser), causando um mal estar para os que se localizam nesta intercessão contraditória entre ser alguma coisa e precisar ou querer ser uma coisa diferente. É, enfim, tudo o que produz, mantém ou circunscreve essa situação contraditória, negativa e incômoda. Os PROBLEMAS são explicitados através de frases curtas, diretas e direcionadas apenas para o aspecto central da questão problemática .
- ✓ **EVIDÊNCIAS:** ´preferencialmente descritas de maneira quantitativa a exemplo de Taxas, Percentuais, Proporção, dentre outras. No entanto, pode-se utilizar também evidências ou descritores qualitativos. Essas evidências demonstram/comprovam que o Problema existe.
- ✓ Materiais Necessários para o desenvolvimento da atividade:
 - Folhas de papel madeira
 - Caneta piloto de cores variadas
 - Tarjetas de cartolina
 - Fita crepe
 - Formulário com o **QUADRO 1**

**PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO-PRI
LEVANTAMENTO/IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Município:	População:	Região de Saúde:	Macrorregião:
-------------------	-------------------	-------------------------	----------------------

**- QUADRO 1-
LISTAGEM DOS PROBLEMAS**

Problemas Identificados	Evidência (Indicador)
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

- QUADRO 2 -

HIERARQUIZAÇÃO DE PROBLEMAS

A hierarquização é uma análise de cada problema listado. Esta análise é feita através de critérios que são construídos a partir da categorização das seguintes variáveis:

Valor Político: a importância que o problema tem para o ator institucional (Gestor/SMS), levando em conta também, a importância que este tem para a população-objetivo e para a população em geral.
Qual a importância do Problema ?

Governabilidade: possibilidade e oportunidade de enfrentar o problema com êxito. É oportuno intervir ? Disponho dos recursos necessários para intervir ?

Eficácia: possibilidade que o ator tem para enfrentar o problema (obter resultados) a partir dos recursos operacionais de que dispõe. Os recursos que controlo são eficazes para enfrentar o problema eficazmente?

Custo do Adiamento: trata-se de verificar em que nível o não enfrentamento do problema vai provocar a permanência da situação presente, dificultando os processos de mudança e melhoria de qualidade dos serviços e/ou produtos ao ambiente externo.

COMO CATEGORIZAR: Listar os problemas e identificar, para cada variável de seleção, a categorização: **ALTA, MÉDIA** ou **BAIXA**. Ficam hierarquizados, como problemas prioritários, aqueles que, no processo grupal de hierarquização, coincidir a categoria alta em todas as variáveis de seleção.

**QUADRO 2 –
HIERARQUIZAÇÃO DE PROBLEMAS**

PROBLEMAS	CRITÉRIOS DE SELEÇÃO				SELEÇ.
	VALOR POLÍTICO	EXEQUIBILIDADE		CUSTO DE ADIAMENTO	
		GOVERNAB.	EFICÁCIA		

A = ALTO
M= MÉDIO
B= BAIXO

QUADRO 3 –

LISTAGEM DAS CAUSAS E AGRUPAMENTO DOS PROBLEMAS SEGUNDO SUA NATUREZA

O QUADRO 3 tem por objetivo Classificar/Agrupar os Problemas identificados e Priorizados segundo a Natureza dos mesmos. Para tanto definiu-se quatro (04) grandes categorias, a saber:

- 1) Suficiência e Qualidade Serviços existentes no município (capacidade instalada) e da Infra-Estrutura desses. A inclusão será feita mediante a marcação com um X na coluna correspondente;
- 2) Limitações relativas ao Acesso às ações e serviços de saúde quer no âmbito da Atenção Primária (AP) quer em relação aos procedimentos, exames e consultas de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC). Considera-se aqui aspectos relacionados a oferta, tempo de espera (fila), Regulação do acesso e da assistência à saúde, dentre outros;
- 3) Problemas relativos a Recursos Humanos quer em relação a Quantidade disponível de profissionais e trabalhadores, quer em relação a Qualidade do serviço prestado a população. Considera-se aqui, também, aspectos relacionados a Capacitação, Humanização do cuidado, resolutividade do serviço prestado;
- 4) Organizativos. Essa dimensão considera aspectos relacionados a qualidade, eficiência e eficácia dos processos de trabalho desenvolvidos nos âmbito das instituições e do sistema de saúde; aos fluxos; referências e contra-referência, além do processo de Gestão e das questões relacionadas ao financiamento.
- 5) Governança/Relações interfederativa: Nessa categoria se incluem aspectos relacionados às relações entre Gestores e destes com o Controle Social e com a sociedade em geral. Inclui ainda aspectos relacionados

Para cada Problema listado e hierarquizado, o Grupo deve usando a técnica do brainstorme e das tarjetas de cartolina, listar o máximo de causas envolvidas na produção e/ou manutenção do problema. Essas causas devem ser descritas ao lado do Problema a que se fere. O grupo deve listar o máximo possível de causas, sem se preocupar, nesse momento com a proposição de estratégias e ações de enfrentamento. Esses Problemas e Causas serão retomados na OFICINA 2 destinada à discussão da estruturação da RAS-Rede Macrorregional de Atenção à Saúde.

- QUADRO 3 -

**LISTAGEM DAS CAUSAS E AGRUPAMENTO DOS PROBLEMAS SEGUNDO
SUA NATUREZA**

PROBLEMAS	CAUSAS (Determinantes e Condicionantes)	NATUREZA DOS PROBLEMAS				
		Suficiên. E Qualidade Serviços e da Infra- Estrutura (cap. Instal.)	Acesso a ações e serv. de saúde (AP e MAC)	Rec . Humanos (Quantid. Qualid.)	Organizativos (Processos Trab./Gestão/ Financ.	Governança/ Relações Interfederativas/ Controle Social
1)	a)					
	b)					
	c)					
	d)					
2)	a)					
	b)					
	c)					
	d)					
3)	a)					
	b)					
	c)					
	d)					
4)	a)					
	b)					
	c)					
	d)					
5)	a)					
	b)					
	c)					
	d)					

- QUADRO 4 -

MATRIZ GUT – PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS A SEREM ENFRENTADOS

Após cada Grupo ter realizado as etapas anteriores de **Identificação, Hierarquização, Listagem das Causas e Agrupamento**, é chegado o momento de consolidar os produtos obtidos, uma vez que cada 02 grupos analisou uma mesma SP. Os 10 Problemas processados, devem agora serem consolidados em apenas 05. Para tanto utilizar-se-á a **MATRIZ GUT** conforme descrito abaixo, aplicando os critérios de análise e a classificação correspondente ao consenso do Grupo (1+ 2)

MATRIZ GUT

Classificação	GRAVIDADE	URGÊNCIA	TENDÊNCIA	
1	Sem Gravidade	Pode Esperar	Não se Modifica	
2	Pouco Grave	Pouco Urgente	Piora no Longo Prazo	
3	Grave	Ação Rápida	Piora	
4	Muito Grave	Ação Urgente	Piora no Curto Prazo	
5	Extremamente Grave	Ação Imediata	Piora Imediata	
PROBLEMA	GRAVIDADE	URGÊNCIA	TENDÊNCIA	GUT
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

A partir da classificação de cada aspecto, o grau de prioridade será definido conforme a pontuação G x U x T. Os problemas que obtiverem os maiores resultados para cada núcleo temático, serão as principais dificuldades a serem enfrentadas.

- QUADRO 5 -

PROBLEMAS PRIORIZADOS A SEREM ENFRENTADOS

PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS	ESFERA DE GESTÃO RESPONSÁVEL, DIRETAMENTE PELO ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA		
		Município	Estado	União
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				

Em função da natureza do Problema, o Grupo deve identificar a possível ESFERA DE GESTÃO, diretamente responsável pelo enfrentamento das Causas dos Problemas Priorizados. Deve ser utilizada a marcação com um "X" na coluna correspondente.

OFICINAS DE PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI)

SITUAÇÕES PROBLEMAS (SP)

Situação Problema (SP) 01 - Município de Pequeno Porte

O município de ÁRVORE BELA é um município com área territorial de 2.021 km² Possui população estimada de 5.029 mil habitantes (2021) onde 64% residem na zona rural . De acordo com a classificação geográfica do IBGE é considerado um município rural remoto, com densidade demográfica de 2,47 hab/km² .

INDICADORES SÓCIO -ECONÔMICOS :

INDICADOR	ARVORE BELA	PIAUI
Índice de desenvolvimento humano municipal(IDHM)	0,557	0,646.
Renda per capita	R\$ 278, 54	R\$416,93.
Taxa de analfabetismo do município da população de 15 anos ou mais	26,47	22,92
Percentual de domicílios com esgotamento sanitário adequado,	13%	
Percentual da população urbana vive em domicílios urbanos sem serviço de coleta de lixo .	29,50	
Percentual da população SUS dependente	89	

INDICADORES DE SAÚDE

Mortalidade:

No período de 2015 a 2019 , as doenças Doenças do aparelho circulatório representaram a principal causa de morte (46) seguida pelas Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas(17) e Causas externas de morbidade e mortalidade(:14). As doenças respiratórias foram a quarta causa de morte no período

Com relação Óbitos por causas evitáveis, ocorreram 05 óbitos na população menor de 5 anos e 79 na faixa etária de 5 a 74 anos com a seguinte distribuição nos últimos 5 anos :

Faixa etária	2015	2017	2018	2019	2020
Menor de 5 anos	01	02	0	03	01
5 a 74 anos	12	15	17	20	15

Mortalidade Materna:

No período de 2015 a 2019 o município teve um óbito em 2019 , o que representa uma taxa para o período de 291 obitos; 100.000 nascidos vivos .

Mortalidade Infantil:

No período de 2015 a 2019 ocorreram 7 óbitos em menores de 1 ano com a seguinte distribuição por faixa etária e ano:

Faixa etária	2015	2016	2017	2018	2019
0a 6 dias	01	01	0	03	01
7 a 27 dias	00	01	0	00	00

O município apresentou em 2019 uma taxa mortalidade infantil de 15,87 por mil nascidos vivos , ligeiramente maior que a do estado que foi de 14,43. Já no período de 2015 a 2019 a taxa foi de 20,40 por mil nascidos vivos

Regionalização

No desenho da regionalização estadual o município de Árvore Bela juntamente com vinte outros,compõem a região de Morro Alto e a macrorregião Caatinga. essa última composta por 04 regiões e 74 municípios. O município faz parte da CIR da região de Morro Alto ,com baixo percentual de frequência do gestor municipal nas reuniões , que na grande maioria das vezes envia um assessor para representá-lo, comparecendo somente quando há pautas de interesse do próprio município ou para reclamar de algum fato que atingiu isoladamente este , deixando assim de participar das principais discussões que envolvem a organização da RAS no território.

Estrutura dos Serviço de Saúde

O município tem 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) . Possui 02 Unidades básicas de saúde onde tem implantada duas Equipes de Saúde da Família , sendo uma atuando na zona rural e outra na zona urbana . Além das duas UBS tem ainda 5 pontos de atendimento na zona rural do município . Na atenção primária tem ainda duas equipes de saúde bucal e 11 agentes comunitários de saúde . Para apoiar as equipes de saúde da família , conta com uma equipe multiprofissional formada por psicólogo , assistente social , nutricionista e fisioterapeuta . De forma consorciada com 3 municípios da região de saúde monte alto, o município oferta serviço de Caps , que tem sua sede em outro municípios médio porte da região da referida região . Ainda de forma consorciada o município conta com o serviço de atenção domiciliar .

Árvore Bela possui ainda um centro de fisioterapia, um hospital de pequeno porte e uma base descentralizada do SAMU , com uma viatura de suporte básico, O hospital de pequeno porte não realiza Internações , pois não tem médico 24 horas , apenas equipe de enfermagem e também não tem apoio diagnóstico

Rede Regionalizada/PPI

O município tem como referência regional o município de Bom Garoto e macrorregional o município de Flory . Para a oferta de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade pactuou com Bom Garoto , Flory e a capital Teresina.

Do total de recurso ambulatorial MAC na PPI, 44,25 % ficou alocado no município de Bom Garoto, referência regional, 1,7% no município de FLORY (referência macrorregional) e 9% capital. Com relação a assistência hospitalar, na PPI, o município pactuou apenas com dois municípios, Bom Garoto e a capital Teresina , não alocando recurso para principal referência macrorregional , que é Flory, para onde seus pacientes são referenciados através da regulação.

Apesar dos pactos com Bom Garoto a população de Arvore Bela não tem acesso a exames básicos , como os laboratoriais , pois o único laboratório de Bom garoto com quem pactuou , não consegue atender a demanda da região , por isso parte dos exames acabam sendo realizados em Teresina , ou o município financia com recursos do tesouro municipal pagando estes procedimentos em laboratorio privado de Bom Garoto . O hospital regional de Bom Garoto apesar de ter mamógrafo , raio X e ultrassom , não disponibiliza o acesso para os demais municípios da região de Morro Alto que pactuaram esses procedimentos com

o mesmo. Até os exames de pacientes internados no hospital regional são os municípios de origem dos pacientes que arcam com o custeio dos mesmos .

Muitas vezes o usuário tem que se deslocar 600km para a capital para realizar um exame de media complexidade como ultrassonografia e mamografia ,

No caso das consultas especializadas os municípes de Árvore Bela só tem acesso em Flory ou Teresina , apesar de terem alocado recursos na PPI para oferta desses procedimentos em BOM Garoto. É importante destacar que na região o acesso aos procediemntos ambulatorias não é regulado.

Destaca-se também quem nem Árvoel Bela e nem Bom Garoto possuem a gestão financeira do recursos MAC. O referido recurso é repassado para o fundo estadual de saúde , que é quem paga os serviços ofertados em Bom Garoro .

Estas situações fazem com que o município seja frequentemente judicializado, comprometendo o orçamento municipal e a equidade na assistência.

Financiamento

O município aplica 22% de sua receita própria em saúde o que equivale a \$110.000,00 mês .Os recursos federais para financiamento da APS , vigilância , assistência farmacêutica e samu com repasse fundo a fundo ,somam R\$102.509,25 . O Cofinanciamento estadual (HPP, APS, LRPD, assistência farmacêutica, samu totalizam um valor mensal de R\$:31.772,00

Recurso	Valor mês
Recursos Próprio	R\$ 110.000,00
Recursos Federais	R\$102.509,25
Cofianciamento Estadual	R\$31.772,00
TOTAL	R\$244.281,25

Controle Social

O conselho do municipal de saúde é formado por 12 representantes que se reúnem mensalmente , no entanto as pautas são sempre oriundas de demandas da gestão , carecendo um maior protagonismo dos conselheiros nos processos de fiscalização ou mesmo de prosições ou formulações das politicas de saúde para o município . A sua composição inclui 6 representantes de usuários , 03 representantes de trabalhadores e três representantes da gestão. A última conferencia municipal de saúde foi realizada foie m outubro de 2021.

Instrumentos de Planejamento

O município possui Plano Municipal de Saúde (PMS) para quatro anos, com vigência de 2022 a 2025, conforme a legislação, porém, o PMS não foi devidamente alimentado no DIGISUS e não se articula com os programas, ações e metas estabelecidas no Plano Plurianual. Até o momento o relatório de gestão de 2021 não foi apreciado pelo conselho municipal de saúde e a PAS de 2022 não foi elaborada.

OFICINAS DE PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI)

Situação Problema (SP) 02 - Município de médio porte

Montanha Azul é um município localizado na Região do Vale das Faveiras, com aproximadamente 85 mil habitantes (IBGE, 2020), de economia voltada ao comércio, indústria, agricultura e serviços, que apresenta IDHM de 0,698 (quinto maior do estado). A população do município se caracteriza pela ocupação de áreas urbanas (70%), pela predominância da raça/cor parda (50%) e branca (35%), com baixo perfil de ocupação (23%) e de renda (salário médio mensal de 1.7 salários mínimos/2019). Apenas 20% da população possui plano de saúde (PNAD, 2020).

A localização estratégica do município foi um dos fatores que impulsionou seu crescimento nos últimos anos, especialmente por ser referência macrorregional para cerca de 60 municípios menores do seu entorno. Desta forma, áreas como saúde e educação foram se expandindo a partir da ação do poder público e de iniciativas do setor privado, muito forte na região.

O setor saúde apresenta uma rede de serviços ampla, diversificada e sobretudo complexa, fortemente induzida pelo setor privado. Na saúde pública, o município apresenta 45 UBS onde atuam 35 equipes de saúde da família (com saúde bucal) e 5 equipes NASF, além de serviços de apoio diagnóstico ambulatorial como a Policlínica Geral, a Clínica de Saúde da Criança, o Serviço de Assistência Médica às Doenças Transmissíveis e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). No âmbito da infraestrutura hospitalar, temos um hospital regional de médio porte (120 leitos), além de 03 hospitais de médio porte privados. O apoio diagnóstico e ambulatorial ocorre a partir da contratualização de serviços do setor privado.

Principais Indicadores de Saúde(2020)

Taxa de Mortalidade Infantil	22,6
Taxa de mortalidade neonatal	3,5
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos	25,3
Razão de mortalidade materna	84,2*

Mortalidade por causas específicas	Doenças infecciosas e parasitárias	12,2
	Neoplasias	16,3
	Doenças do aparelho circulatório	25,6
	Doenças do aparelho respiratório	9,2
	Algumas afecções originadas no período perinatal	8,5
	Causas externas	19,3
	Demais causas definidas	8,9

* por 100 mil hab.

Gestão E Governança

- Possui Central de Marcação de Exames e Consultas (Regulação da média complexidade)
- Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Sanitária, Ambiental)
- CIES (descontinuada) / CIR (frágeis)
- Saúde do Trabalhador (estadual = 1 CEREST)
- Centro de zoonoses (bem precário)
- Município sede ...recebe população de cerca de 45 municípios do entorno
- Conselho (infraestrutura para funcionamento) - autonomia questionada
- Foco com privilégio municipal e pouco investimento no modelo de rede estadual.
- Pactos e compromissos regionais - respeitados?
- Regulação ambulatorial, mas ausência de regulação hospitalar
- Dificuldades de financiamento(subfinanciamento, financiamento dos entes)

Necessidades de Saúde

- Perfil Epidemiológico (doenças crônicas e acidentes de trânsito)
- Demandas dos serviços
- Carências assistenciais
- 40% da cidade com saneamento básico
- Central de tratamento de água (agespisa)
- Lixo - (despejado a céu aberto)
- Fortalecimento da gestão em saúde

Pontos Críticos

- APS ainda deixa a desejar(alta cobertura, resolutividade média e baixa articulação com os demais pontos da rede)
- Filas para marcação de exames e consultas
- Alta contratualização do setor privado

- Baixa oferta dos serviços de média (ainda que privado)
- Alta rotatividade de profissionais
- Não cumprimento de CH
- Central de Frio precária (ausência de vacinas especializadas)
- UPA construída e não implantada (ausência de serviço de urgência)
- Fluxos e itinerários terapêuticos com "buracos"(preenchidos pelo setor privado)
- Dores da oferta de serviços e ações para municípios de outros municípios (população flutuante)
- Regulação de pacientes (Ausência de núcleos de regulação interna).

OFICINAS DE PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO (PRI)

Situação Problema (SP) 03 - Município de Grande porte

O município de **Paraíso** está localizado geograficamente no centro-norte do Estado. Conta com uma população de 8.71.126 habitantes distribuídos em uma área geográfica de 1.391.981 Km² apresentando a maior concentração populacional do Estado de **Viver Bem**, no qual 200 municípios dos 224 existentes apresentam população abaixo de 20.000 habitantes. O município de **Paraíso** apresenta alto IDH 0,751 e um PIB/2018 da ordem de R\$ 20.961.472 mil. O município responde por cerca de 45% do PIB do Estado. A sede de Paraíso embora considerada uma das cidades que alcançou maior crescimento no país nos últimos anos, apresenta os maiores níveis de desigualdade e concentração de riquezas do País. Graves problemas de saneamento básico, com contínuo surgimento de Vilas e Favelas na periferia, desafiam a gestão municipal. Quanto à composição por gênero é de 46,74% do sexo masculino e de 53,26% feminino. Quando se estratifica por zonas, 94,27% estão na zona urbana e 5,73% na zona rural.

O município tem atuado como referência na prestação de serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar para toda a população do Estado, bem como para a população de Estados limítrofes, graças a sua capacidade instalada e excelência na qualidade e resolutividade dos serviços privados, principalmente privados. Esse atendimento à demanda se faz através de uma grande rede de prestação de serviços de saúde oficial e particular, composta de modernos hospitais, laboratórios, clínicas, unidades mistas, centro e postos de saúde, atendendo à demanda de massa por serviços básicos e de rotina, como também, por serviços complexos, altamente especializados, com diagnósticos imagéticos de última geração, cirurgias cardíacas, neurológicas e transplante de órgãos. A infraestrutura física de atendimento aos pacientes, segundo os dados do Ministério da Saúde, referente a junho/2017, revelam que existiam em **Paraíso** 982 estabelecimentos de saúde.

Esse atendimento à demanda se faz através de uma grande rede de prestação de serviços de saúde oficial e particular, composta de modernos hospitais, laboratórios, clínicas, unidades mistas, centro e postos de saúde, atendendo à demanda de massa por serviços básicos e de rotina, como também, por serviços complexos, altamente especializados, com diagnósticos imagéticos de última geração, cirurgias cardíacas, neurológicas e transplante de órgãos.

- **Capacidade Instalada:**

O município de **Paraíso** apresenta cobertura de ESF de 95,23%, concentrando ainda, em seu território todos os Hospitais Estaduais de referência no âmbito da assistência Materno-Infantil; Doenças Infecto-contagiosas e tropicais; Saúde Mental; um Hospital Geral de referência Terciária, além de hospitais da rede municipal tais como Maternidades, UPAS e um Hospital porta aberta para Urgências e Emergências em geral (Pronto Socorro) e Dispositivos de Saúde Mental. Além dos Serviços Assistenciais públicos, também se localiza na sede do município o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) o Serviço de Hematologia e Hemoterapia do Estado. Cumpre destacar que além de dispositivos, o município conta ainda, com extensa rede privada de Clínicas Especializadas, laboratórios e Hospitais Especializados prestando serviços ao SUS. A capacidade instalada e ofertada de serviços e ações de saúde, apesar da participação do setor privado não tem sido capaz de atender todas as demandas da população quer própria, quer referenciada mediante prévia pactuação. A infraestrutura física de atendimento aos pacientes, segundo os dados do Ministério da Saúde, referente a junho/2017, revelam que existiam em **Paraíso** 982 estabelecimentos de saúde. Com relação aos leitos hospitalares de internação, existia em junho/2017 um total de 3.485, destes, 2.681 (76,9%) atendem pelo SUS. Quando analisado o número de leitos para cada grupo de 1.000 habitantes é de 4,15 leitos, superior à média estabelecida pelo Ministério da Saúde que é de 2,5 a 3 leitos. Um dos fatores que tem contribuído para uma consolidação do Pólo de Saúde em **Paraíso** é o desenvolvimento dos recursos humanos em todos os níveis: superior, técnico, auxiliar e administrativo. Existem na capital do Piauí vários e diferentes cursos de nível superior na área de saúde, abrangendo, medicina, odontologia, enfermagem, nutrição, serviço social, fisioterapia, farmácia, psicologia, fonoaudiologia, tecnologia de radiologia e tecnologia de alimentos. Ao todo são três instituições públicas de ensino superior e mais de 37 faculdades particulares, que atendem também a outros segmentos do setor de serviços. No nível médio, há cursos de auxiliar e técnico de enfermagem, técnico de radiologia, técnico de higiene dental e atendente de consultório odontológico.

- **Indicadores de Saúde:**

O município de **Paraíso** A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Teresina reduziu 50%, passando de 32,7 por mil nascidos vivos em 2000 para 16,1 por mil nascidos vivos em 2010. Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do estado e do país eram 23,1 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente.

Dados mais recente do município, mostram que em 2016 a taxa de mortalidade infantil reduziu para 14,83 até 1 ano de idade (por mil nascidos vivos).

Indicador	2013	2014	2015	2015
1) Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (Caps)	0,89	0,89	0,89	0,89
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	85,93	92,50	90,64	92,04%
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal	86,07	84,91	86,36	88,71%
Número absoluto de óbitos por Dengue	1	2	2	1
Número absoluto de óbitos por Leishmaniose Visceral	5 SINAN	6 SINAN	6 SINAN	5 SINAN
Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	2	1	1	2
Número de óbitos por Suicídios	54	56	59	67
Número de testes de sífilis por gestante	1,98	1,90	2,30	0,92

Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado	23	27	40	29
Números de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	23	27	40	29
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	110,70	71,00	102,27	114,84
Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado na cura	72,40	72,10	60,40	62,30
Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico	92,20	90,80	91,50	94,80%
Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera em tratamento diretamente observado	62,50	60,40	38,50	25,60%
Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	73,80	80,50	77,38	82,01%
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	80,50	72,20	34,50	14,90%
Proporção de cura dos casos acompanhados de hanseníase	431	483	336	325
Proporção de cura dos casos acompanhados de tuberculose	324	311	289	289 261
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	93,20	93,80	93,72	94,2%
Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	84,90	81,60	85,8	76,30%
Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	82,70	92,74	87,35	101,47
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	54,80	56,50	61,67	61,10
Proporção de notificação com investigação encerrada dentro do prazo	99	86,47	82,29	98
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	90,46	98,67	97,07	90,75
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	95,73	95,64	96,98	87,42
Proporção de óbitos maternos investigados	100,00	100,00	100,00	100,00
Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200 Cel/mm	31	29	30	37,20
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	98,97	99,22	99,05	99,18
Proporção de retratamento de tuberculose que realizaram cultura	31,00	26,90	35,30	43,20
Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	55,55	33,33	22,22	11,11
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	0,59	0,68	0,47	0,10
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,60	0,59	0,48	0,25
Taxa de mortalidade fetal/1.000 nascidos vivos	13,40	10,86	11,95	9,34
Taxa de mortalidade geral/1.000 habitantes	5,57	6,00	6,15	6,04
Taxa de mortalidade infantil	14,60	15,10	14,10	10,50
Taxa de mortalidade infantil/1.000 nascidos vivos	14,59	15,10	14,02	14,83

- **Financiamento:**

Atualmente a Prefeitura Municipal de **Paraíso** aplica mais de 1/3 das suas receitas com a saúde, considerando as receitas de impostos e transferências constitucionais, onde o mínimo estabelecido por lei é de 15%. Em 2005 o percentual aplicado era 17,88%, em 2016 elevou-se 35,72%.

Considerando o perfil dos municípios do estado, bem como a concentração de serviços na sede do município e capital do estado,, cerca de 60% dos recursos públicos do SUS destinados ao custeio das ações de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar , por força de pactuação interfederativa entre os 224 municípios, encontram-se programados e distribuídos para a gesto e execução do município de **Paraíso** , condição essa que tem gerado muitas insatisfações e conflitos, face a limitação de acesso dos usuários oriundos dos municípios do interior aos serviços localizados na Capital, limitação desde o acesso ao sistema de marcação agendamento.

Ressalte-se ainda, possíveis dificuldades na relação entre a Gestão Municipal e a Gestão Estadual relacionadas ao gerenciamento compartilhado da Regulação de Acesso e Regulação Assistencial. É recorrente a queixa dos municípios em relação às limitações no acesso a serviços e procedimentos ofertados pelos estabelecimentos localizados em Paraíso e contratualizados para a prestação de serviços no SUS, tendo em vista a pactuação financeira com o Paraíso estabelecida na PPI. Registra-se ainda tensões e potenciais suscetibilidades na relação da gestão municipal com o Conselho Municipal de Saúde e o Ministério Público.

ANOTAÇÕES