REVISTA ERR01 ISSN: 2595-1378

EXPERIÊNCIA EXITOSA AMAPÁ - CONSTRUINDO PONTES PARA O DESENVOLVIMENTO: UMA ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO NO ESTADO DO AMAPÁ

SUCCESSFUL EXPERIENCE AMAPÁ - BUILDING BRIDGES FOR DEVELOPMENT: AN ANALYSIS OF THE EXPERIENCE OF INTEGRATED REGIONAL PLANNING IN THE STATE OF AMAPÁ

EXPERIENCIA EXITOSA EN AMAPÁ - CONSTRUYENDO PUENTES PARA EL DESARROLLO: UN ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE PLANIFICACIÓN REGIONAL INTEGRADA EN EL ESTADO DE AMAPÁ

https://doi.org/10.56238/ERR01v10n2-005

Luana Carla Tironi de Freitas Giacometti
Instituição: BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo
Endereço: São Paulo, Brasil
E-mail: luana.giacometti@ext.bp.org.br

Francisco Ivan Rodrigues Mendes Junior
Consultor de Gestão em Saúde
Instituição: SERGESTOR
Endereço: Ceará, Brasil
E-mail: ivanjrdentista@gmail.com

Ana Emília Gaspar
Instituição: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo – OPAS – Projeto Regionalização – RRAS 17
Endereço: São Paulo, Brasil
E-mail: anaemiliagaspar@gmail.com

Cinthia Costa
Instituição: BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo
Endereço: São Paulo, Brasil
E-mail: cinthia.costa@bp.org.br

Denise Carvalho Ribeiro de Almeida
Instituição: BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo
Endereço: São Paulo, Brasil
E-mail: denise.almeida@bp.org.br

RESUMO
O estado do Amapá, com uma população de 733.759 habitantes e localizado na Amazônia Legal, onde vive 56% da população indígena do Brasil, enfrenta desafios para a regionalização da saúde. A Regionalização é crucial para organizar e descentralizar os serviços de saúde, promovendo o acesso equitativo e a otimização dos recursos no Sistema Único de Saúde (SUS), com a formação das Redes

de Atenção à Saúde (RAS). Apesar das normativas do SUS, implementar a regionalização é um desafio. O artigo relata a experiência do Planejamento Regional Integrado (PRI) no Amapá, desenvolvido por meio de um projeto financiado pelo Ministério da Saúde e PROADI-Regionalização (BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo). A metodologia foi estruturada em três etapas: Conhecer, Métodos e Operacionalização. No Momento Conhecer, houve o alinhamento conceitual sobre regionalização e governança com a apresentação da proposta teórico-metodológica para o PRI. Em Métodos, foi adaptada uma nova abordagem para o desenvolvimento do PRI. Durante a Operacionalização, encontros síncronos e atividades assíncronas envolveram metodologias ativas, permitindo a participação de técnicos e gestores de saúde. O processo contou com 30 meses de atividades, 96 reuniões e oficinas, envolvendo gestores municipais, estaduais e federais, além do controle social. O resultado foi a construção de pontos de atenção e a parametrização conforme o PRI, que foram incorporados no Plano Estadual de Saúde e servirão de base para os Planos Municipais de Saúde. A experiência destacou a importância da governança colaborativa e participativa, estimulando a qualificação dos espaços de gestão como a Comissão Intergestores Regional (CIR) e Bipartite (CIB).

Palavras-chave: Regionalização da Saúde. Planejamento Participativo. Atenção à Saúde.

ABSTRACT

The state of Amapá, with a population of 733,759 inhabitants and located in the Legal Amazon, where 56% of Brazil's indigenous population lives, faces challenges in the regionalization of health. Regionalization is crucial to organize and decentralize health services, promoting equitable access and optimization of resources in the Unified Health System (SUS), with the formation of Health Care Networks (RAS). Despite SUS regulations, implementing regionalization is a challenge. The article reports the experience of Integrated Regional Planning (PRI) in Amapá, developed through a project financed by the Ministry of Health and PROADI-Regionalization (BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo). The methodology was structured into three stages: Knowledge, Methods and Operationalization. In the stage Knowledge, the conceptual alignment on regionalization and governance was presented in the theoretical-methodological proposal for the PRI. In Methods, a new approach to the development of the PRI was adapted. During Operationalization, synchronous meetings and asynchronous activities involved active methodologies, allowing the participation of health technicians and managers. The process involved 30 months of activities, 96 meetings and workshops, involving municipal, state and federal managers, in addition to social control. The result was the establishment of attention points and parameterization according to the PRI, which were incorporated into the State Health Plan and will serve as a basis for Municipal Health Plans. The experience highlighted the importance of collaborative and participative governance, encouraging the qualification of management spaces such as the Regional Intermanagers Commission (CIR) and Bipartite Commission (CIB).

Keywords: Health Regionalization. Participative Planning. Health Care.

RESUMEN

El estado de Amapá, con una población de 733.759 habitantes y ubicado en la Amazonia Legal, donde habita el 56% de la población indígena brasileña, enfrenta desafíos para regionalizar la atención médica. La regionalización es crucial para organizar y descentralizar los servicios de salud, promover el acceso equitativo y optimizar los recursos dentro del Sistema Único de Salud (SUS), mediante la formación de Redes de Atención a la Salud (RAS). A pesar de la normativa del SUS, implementar la regionalización representa un desafío. Este artículo relata la experiencia de la Planificación Regional Integrada (PRI) en Amapá, desarrollada a través de un proyecto financiado por el Ministerio de Salud y PROADI-Regionalización (BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo). La metodología se estructuró en tres etapas: Comprensión, Métodos y Operacionalización. La etapa de Comprensión

ISSN: 2595-1378

implicó la alineación conceptual sobre regionalización y gobernanza, con la presentación de la propuesta teórico-metodológica para la PRI. En la etapa de Métodos, se adaptó un nuevo enfoque para el desarrollo de la PRI. Durante el proceso de operacionalización, las reuniones sincrónicas y las actividades asincrónicas se basaron en metodologías activas que permitieron la participación de técnicos y gestores de salud. El proceso implicó 30 meses de actividades, 96 reuniones y talleres, con la participación de gestores municipales, estatales y federales, así como de la veeduría social. El resultado fue el desarrollo de centros de atención y la parametrización de acuerdo con el PRI, que se incorporaron al Plan Estatal de Salud y servirán de base para los Planes Municipales de Salud. La experiencia destacó la importancia de la gobernanza colaborativa y participativa, impulsando el desarrollo de espacios de gestión como la Comisión Intergerencial Regional (CIR) y la Comisión Bipartita (CIB).

Palabras clave: Regionalización de la Salud. Planeación Participativa. Atención Médica.

ISSN: 2595-1378

1 INTRODUÇÃO

O estado do Amapá, com 16 municípios distribuídos em 142.828,520 km² e uma população de 733.759 habitantes, integra a Amazônia Legal — região onde residem 56% da população indígena brasileira. Setenta por cento do território do estado é coberto por áreas protegidas, reservas nacionais, terras indígenas e quilombolas. Trata-se, na realidade, do estado amazônico com a maior cobertura florestal do país. Nas suas duas grandes reservas, que representam 8,6% de todo o território estadual (140.276km^2), vivem as etnias Galibi, Karipuna, Palikur, Waiãpi e Galibi Marworno (PANTOJA; TAVORA, 2023).

De acordo com o censo demográfico de 2022, a população quilombola do Amapá soma 12.524 pessoas, o que representa 1,7% do total; já a população indígena, 10.065 pessoas, o que representa 1,3% da população total do Estado (IBGE, 2022).

Em termos territoriais, o Amapá possui regiões de fronteira com o Pará e com os países da América do Sul, Guiana Francesa, ao norte, e Suriname, a noroeste; além do limite, a Leste, com o Oceano Atlântico. Detém uma das maiores médias nacionais de urbanização (89,8% dos habitantes vivem em zonas urbanas). A capital, Macapá, abriga mais da metade da população estadual: 442.933 habitantes. Apenas 52,8% da população dispõe de rede geral de água, enquanto somente 14,8% têm acesso à rede de esgoto ou a fossa séptica (IBGE, 2022).

O Estado divide-se em três regiões de saúde: a norte, a sudoeste e a central. O Plano Estadual de Saúde (SES/AP, 2020) apresenta a análise da suficiência das regiões, a qual demonstra que a região norte possui baixa capacidade instalada de recursos tecnológicos, insuficiência de recursos humanos e uma atenção primária deficiente. Na região central de saúde, concentra-se a maioria dos estabelecimentos de saúde, de recursos humanos especializados e uma capacidade tecnológica mais elevada, porém ainda insuficiente para as necessidades da população. Já a região sudoeste apresenta baixa capacidade tecnológica e deficiência de recursos humanos.

Nesse contexto, a Regionalização da Saúde mostra-se importante iniciativa, tanto para organização e quanto para a descentralização dos serviços de saúde, visando a garantir o acesso da população a eles, com equidade e integralidade, além da racionalização dos gastos e da otimização dos recursos, por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Em 2017 e em 2018, o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) pactuaram, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Resoluções nº 23/2017 e nº 37/2018, que estabelecem diretrizes e critérios para a Regionalização da Saúde, por meio do Planejamento Regional Integrado (PRI).

ISSN: 2595-1378

Em 2018, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), via Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Prodi-SUS), aprovou o "Projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração das Redes de Atenção à Saúde – Projeto Regionalização", executado, no triênio 2018-2020, pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) em seis macrorregiões de saúde. O MS, o Conass e o Conasems solicitaram sua continuidade para o triênio 2021-2023, a qual foi aprovada pelo Comitê Gestor do PROADI-SUS, a fim de proporcionar suporte técnico e metodológico a todas as macrorregiões do país, mediante processo de adesão. No novo triênio 2021-2023, a execução passou a compartilhar-se entre o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e a BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP). O estado do Amapá aderiu ao projeto em 2021 e passou a receber o apoio técnico e metodológico da BP para o desenvolvimento do PRI.

Este estudo de caso pretende apresentar a experiência metodológica e os principais achados no processo de desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado no Estado do Amapá.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

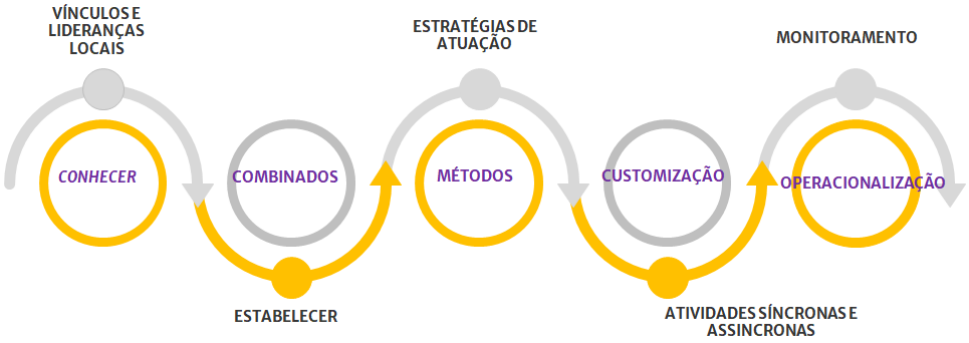
A metodologia, utilizada no âmbito do projeto Regionalização, foi elaborada pela BP e pelo HAOC, sendo pactuada com os demandantes do projeto (MS, Conass e Conasems). As fases de execução seguiram as resoluções CIT 23/2017 e 37/2018; já o seu conteúdo metodológico consta nos Guias Operacionais Básicos (GOB) do projeto, cuja premissa é o respeito às especificidades regionais, podendo-se adaptar a partir do desejo e da necessidade de cada estado.

A BP apresentou este material à Secretaria de Estado da Saúde (SES), ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Amapá (Cosems-AP) e ao Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa do Ministério da Saúde (Seinp-MS), órgãos que compõem o Grupo Condutor Estadual de Regionalização no Amapá, conforme Resolução n.023/2022 da SESA-AP. Considerando o contexto local, a proposta metodológica foi customizada pelo grupo técnico que acompanhava o estado.

Vale dizer que se construiu a proposta em três grandes momentos: **Momento Conhecer, Momento Métodos e Momento Operacionalização.** A Figura 1 demonstra a caminhada na construção da proposta metodológica para elaborar o PRI no Amapá.

ISSN: 2595-1378

Figura 1: Momentos para a construção do Planejamento Regional Integrado - Amapá



Fonte: Autoria própria (2023)

Nos três momentos destacados, consideraram-se as seguintes fases para a elaboração do PRI:

- Fase 1: planejamento das ações estruturantes para o desenvolvimento do projeto;
- Fase 2: diagnóstico e análise situacional da regionalização e do PRI na Macrorregião de saúde;
- Fase 3: análise de Situação de Saúde (ASIS) e identificação de prioridades sanitárias;
- Fase 4: análise e organização da atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para a Programação Macrorregional;
- Fase 5: elaboração do Plano Regional de Macrorregião de Saúde (PRMS), aprimoramento da Governança Macrorregional;
- Fase 6: monitoramento e avaliação do PRI.

Todo o desenvolvimento e o caminho percorrido contaram com, aproximadamente, 30 meses de atividades, divididas em 96 encontros, entre reuniões e oficinas internas, além de 62 reuniões e oficinas realizadas nos territórios, das quais participaram técnicos da SES, gestores municipais de saúde, técnicos dos municípios, gestor estadual de saúde e representantes do Ministério da Saúde e do controle social.

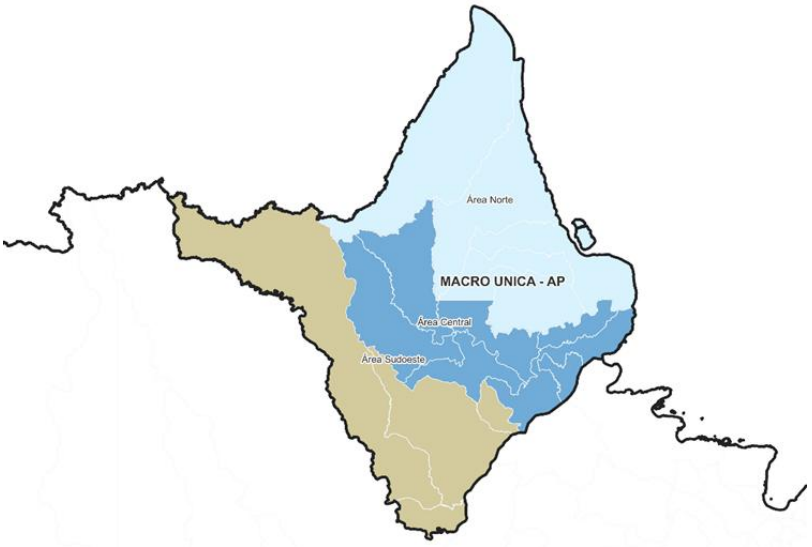
A metodologia utilizada teve, como bases, a Educação Permanente em Saúde (EPS) e o apoio institucional da BP, com foco no fortalecimento da governança regional. Descobrir, aprender e evoluir constituem os pilares da Educação Permanente em Saúde. Apesar dos desafios, a EPS oferece caminho promissor, marcado pela criatividade e pela inovação, promovendo uma cultura de mudança de visão e de comportamento das pessoas envolvidas no processo (BRASIL, 2009). A BP ofertou materiais e encontros síncronos com a equipe técnica do projeto, além de seminários, onde se amparou o desenvolvimento do conhecimento e proporcionou insights para customizar a metodologia, considerando o cenário do território do Amapá.

No estado do Amapá, consideraram-se, como espaços para construir o PRI, as regiões de saúde (Norte, Sudoeste e Central), que compõem a Macro Única de Saúde. Segundo o Conasems (2019), a

ISSN: 2595-1378

Macrorregião de Saúde, que corresponde ao espaço regional ampliado, composto por uma ou mais regiões/comissões intergestores e por seus respectivos municípios, foi organizada no sentido de garantir a maior governança da RAS e de ser, de fato, uma base ascendente do planejamento e do orçamento.

Figura 2: Mapa da Macrorregião de Saúde do Estado do Amapá



Fonte: IBGE (2024)

3 CONTEXTO DA REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde possui, na regionalização, seu princípio organizativo. Desde a Constituição Federal de 1988, considera-se a regionalização como a estratégia para organizar as ações e os serviços de saúde. Em 2002, publicou-se a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02), que passou a ser, de fato, implementada (VIANA, 2008) e que define a regionalização como estratégia para organizar a oferta, as redes e os fluxos intermunicipais, de modo a garantir a integralidade e a equidade. Nessa direção, propõe que se definam os territórios em microrregiões, regiões e módulos de saúde e que se elaborem o Plano Diretor Regional, a Programação Pactuada e Integrada e o Plano Diretor de Investimento, como ferramentas para o processo de regionalização.

O Pacto pela Saúde de 2006 reafirmou a importância da regionalização e ampliou o conceito de região de saúde, considerando, além da oferta de serviços já proposta pela NOAS, a existência de identidades culturais, econômicas, sociais e de uma rede de comunicação e de transportes. Ou seja, adequava o desenho das regiões de saúde às diversidades locais, com vistas à garantia de acesso, de resolutividade e de qualidade nas ações e nos serviços de saúde. Além disso, propunha a organização de Colegiados de Gestão Regional (CGR) como estrutura de governança das regiões de saúde (BRASIL, 2006).

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 4279, estabelecendo diretrizes para organizar as Redes de Atenção à Saúde no SUS, conceito que passaria a exercer papel central para operacionalizar a regionalização. Nesse instrumento regulatório, definiram-se as RAS como arranjos organizativos de ações e de serviços, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Após 21 anos de existência da Lei nº 8080/90, publicou-se o Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, estabelecendo, em seu artigo 7, que as Redes de Atenção à Saúde estariam compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com as diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores. Definiu, ainda, Região de Saúde como o "espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e da infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e de serviços de saúde" (BRASIL, 2011).

O Decreto ainda estabelecia a proposta de se trabalhar com o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), como instrumento jurídico normativo que definiria as responsabilidades dos entes federados. Observa-se que o COAP não evoluiu conforme planejado, principalmente pela não adesão de Estados e de Municípios. Diante de tal contexto, surgiram as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite nº 23/2017 e 37/2018, com o objetivo de reorientar os esforços para o avanço da regionalização no campo da saúde, passando a enfocar o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização das macrorregiões de saúde como espaços privilegiados para sua consecução.

Em um país como o Brasil, com características de federativo, a regionalização precisa de esforços de diversos atores com diferentes poderes em prol de um mesmo objetivo, um mesmo caminho (LIMA, 2012). As relações de poder em um território com características específicas constituem um desafio; nessa direção, o processo de regionalização tem funcionado como diretriz indutora da organização da Rede de Atenção à Saúde.

No âmbito do planejamento territorial entre os entes federados, deve-se entender a regionalização como um processo de pactuação político-técnica. A relação política requer a distribuição de poderes e o estabelecimento de relações interdependentes entre os municípios, bem como entre os municípios, o estado e a união, estimulando o processo de gestão cooperada. Isso inclui a formulação e a implementação de estratégias e de instrumentos de planejamento, de integração, de gestão, de regulação e de financiamento de uma rede de ações e de serviços no território (VIANA, 2008).

Mesmo com toda a normativa disponível, pode-se considerar, como desafio, trabalhar com a regionalização. Nesse sentido, este artigo tem, como objetivo principal, explanar o processo de desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado (PRI), vivenciado no estado do Amapá, no que tange às diretrizes teórico-metodológicas.

4 AÇÕES DESENVOLVIDAS: A REGIONALIZAÇÃO FAZ-SE CAMINHANDO NA RAS NO AMAPÁ

4.1 O ALINHAMENTO CONCEITUAL E METODOLÓGICO

A proposta de trabalhar com a construção do Planejamento Regional Integrado possui, como base pedagógica, a Educação Permanente em Saúde (EPS), recomendada na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A EPS constitui-se como a construção do processo de ensino-aprendizagem dialógico e crítico que acontece no trabalho, no cotidiano das organizações e nos serviços de saúde, buscando transformar o saber, as práticas profissionais e de serviços, assim como os processos de trabalho numa perspectiva de melhoria contínua. A experiência proporcionou o desenvolvimento de Espaços de Educação Permanente, envolvendo atores locais, como assessores, articulador estadual, Grupo Condutor Estadual (GCE), Grupo Técnico de Trabalho (GTT), para o planejamento, os alinhamentos conceituais, o desenvolvimento de competências, a reflexão e a avaliação em todos os momentos previstos na proposta teórico- metodológica.

No **Momento Conhecer**, ocorreu o primeiro encontro presencial no território, com a proposta de alinhamento conceitual sobre regionalização, governança, bem como com a apresentação da proposta teórico-metodológica que seria aplicada para construir o PRI. Além disso, buscou-se, estrategicamente, junto aos participantes do encontro, a discussão sobre sinergia/ integração entre os principais projetos existentes no estado, na perspectiva de evitar retrabalhos e atividades redundantes. Os projetos apresentados foram o Projeto de Governança da RAS, o Projeto de Regionalização, a Rede Colaborativa e o Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual, todos no âmbito do Proadi-SUS.

A atividade de sinergia permitiu identificar elementos comuns aos projetos em desenvolvimento no Estado do Amapá, os objetivos, as fases/etapas previstas e os produtos esperados. Com isso, mapeamos os momentos e as atividades que dialogavam com o processo de construção do PRI.

O Projeto Rede Colaborativa tem, como propósito maior, contribuir com as gestões municipais, em especial, no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e na construção dos Planos Municipais de Saúde. Já o Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual focaliza-se na construção do Planejamento Estratégico Situacional da Secretaria de Saúde do Estado, enquanto os Projetos de

Governança da RAS e de Regionalização seguem os mesmos objetivos, porém com metodologias diferentes, denotando a necessidade da sinergia/ integração entre eles.

O somatório dos esforços dos Projetos em Desenvolvimento do Estado do Amapá, sobretudo àqueles vinculados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), associados às Forças e aos Planos de Saúde das representações institucionais (Tripartite) já em curso no Estado, mostram-se imprescindíveis ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde estadual.

Uma estratégia importante a destacar foi a decisão de **juntos** buscarem **agregar valor** aos processos já em desenvolvimento no Estado, através da compreensão de suas reais necessidades e de proposições que tragam real **"valor de uso"** a todos os envolvidos. Buscou-se atuar, sempre que possível, ***in loco***, a exemplo das reuniões com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Macapá, na regulação da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e no Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), quando houve a participação de, praticamente, todos os gestores locais. Outra estratégia consistiu na comunicação permanente com todos os envolvidos, buscando engajá-los no desenvolvimento das atividades. Isso se deu por meio de grupos de WhatsApp — como o Grupo Condutor Estadual (GCE), o Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) e como os Pontos Focais de todos os 16 municípios do Amapá — e de reuniões quinzenais, com temáticas definidas a depender do plano de trabalho estabelecido pelo grupo.

Ainda no **Momento Conhecer**, realizou-se o diagnóstico situacional para conhecer como o Estado havia discutido e iniciado as ações para elaborar o PRI e a Regionalização. Para isso, realizaram-se o levantamento de dados e a análise de materiais existentes e disponíveis pela Secretaria Estadual de Saúde do Amapá até o momento.

A partir desse "conhecer", propôs-se o segundo encontro para realizar a temática "Análise da Situação de Saúde e Identificação das Prioridades Sanitárias". Na ocasião, apresentaram-se os principais desafios para o Sistema Estadual de Saúde do Estado do Amapá, trazendo indicadores associados aos determinantes sociais, de saúde e de serviços (estrutura e produção dos serviços), tais como o Índice do Desenvolvimento Humano (IDH), a esperança de vida ao nascer, a renda média per capita, a média de anos de estudo, a proporção de idosos na população, as razões da mortalidade materna, com o destaque ao percentual de cobertura populacional da Atenção Primária à Saúde (APS). Quanto a este dado, o Estado do Amapá apresenta um dos piores indicadores no Brasil: o número de leitos por 1000 habitantes; a cobertura da população pelo SAMU; o número e o valor das internações de alta complexidade no SUS e a taxa de cobertura dos planos de saúde.

Além da apresentação dos dados sociais e epidemiológicos, reapresentaram-se os conceitos de Redes de Atenção à Saúde e de Modelos de Atenção à Saúde e Governança. Decidiu-se resgatar esses

conceitos em todos os encontros do PRI a desenvolverem-se no Estado, dada a importância de "enraizá-los".

Outra estratégia importante a considerar no aspecto metodológico foi a utilização dos QRCodes: todos os participantes puderam ter acesso imediato aos materiais e aos sites apresentados, além de poderem registrar qual(ais) rede(s) temática(s) deve(m) ser priorizada(s) na região de saúde respectiva (Central, Norte ou Sudoeste). Nessa direção, disponibilizou-se um QRCode com a matriz de indicadores extraídos do site PROADESS Fiocruz (Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema Saúde) para cada região de saúde. No site, há como se ter noção de algumas condições de saúde da população por região e por macrorregião.

No **Momento Métodos** (Figura 1), sistematizaram-se todos os produtos construídos no Momento Conhecer. Diante das especificidades do Amapá, customizou-se nova proposta técnico-metodológica de desenvolvimento do PRI.

Cada etapa prevista para construir o PRI desenvolveu-se, especificamente, para o estado do Amapá, buscando integrar os diversos projetos e a sinergia/ integração, e que o planejamento fosse vivo e dinâmico, sempre com a base da EPS.

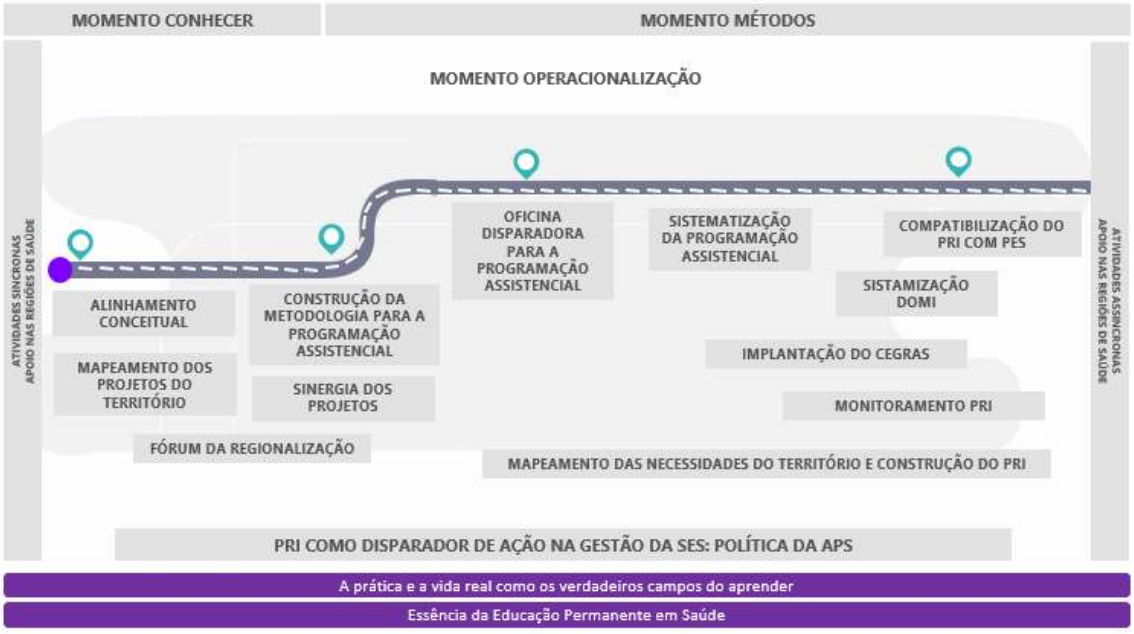
A seguir, apresenta-se a ilustração da customização do processo metodológico para construir o PRI no Amapá (Figura 3).

Figura 3: Perspectivas do PRI no Estado do Amapá



Fonte: Autoria própria (2023)

Figura 4 – Momentos de destaque no desenvolvimento do PRI no Estado do Amapá



Fonte: Autoria própria (2023)

No **momento Operacionalização** (Figura 4), realizaram-se tanto encontros presenciais (síncronos) quanto remotos (assíncronos). Nos momentos síncronos, trabalharam-se metodologias ativas, que permitiram, aos participantes, debaterem e se enxergarem no processo, trazendo o "sentido" da discussão e da importância de se construir o PRI de forma colaborativa e participativa. Já nos momentos assíncronos, trabalharam-se a sistematização dos elementos de cada fase e/ ou etapa na elaboração do PRI, com o apoio do Apoiador da Rede Colaborativa e do (a) coordenador (a) da CIR.

Quando todos os envolvidos no processo conseguiram entender que o PRI constitui o instrumento de construção tripartite do planejamento com olhar macrorregional, identificou-se a necessidade de sistematizar e de olhar aquilo que é normativo e o que existe no território (vivo e dinâmico). Para tanto, fez-se a entrega de vários materiais, elaborados pela equipe do projeto da BP, como apoio técnico para a equipe no território. Entre tais materiais, distribuíram-se a planilha inteligente da Portaria 1631/2015, a linha do tempo com a sistematização de todos os materiais ao longo do processo, a planilha de Power BI por prioridade sanitária, com a sistematização e o mapeamento dos pontos de atenção, a carteira de serviço e a programação assistencial. Tais ferramentas mostraram-se fundamentais para dar concretude à sistematização do PRI e para os atores do território, envolvidos nessa construção, conseguirem enxergar-se no processo e fazer a leitura das reais necessidades quanto ao planejamento.

Quanto à programação assistencial, demonstra-se aquilo que há de parâmetro na Portaria 1631/2015 e o que se tem na Linha Guia do Estado, trazendo um comparativo entre aquilo que o normativo ministerial apresenta e o de que, de fato, o território necessita. Entende-se que todos os

elementos desenvolvidos possibilitaram mapear, para a gestão do SUS, visando a priorizar os investimentos e as ações em serviços de saúde. Segue um detalhamento de cada etapa do momento Operacionalização:

4.1.1 Etapa – Modelagem da RAS e Programação Assistencial

4.1.1.1 Objetivos da atividade síncrona:

- Promover encontro para ações de desenvolvimento dos pontos de atenção e da carteira de serviços da RAS no estado do Amapá, visando ao fortalecimento da regionalização no SUS;
- Elaborar proposta sistematizada para definir a programação e a parametrização existente e necessária nas Redes Temáticas, prioritárias ao estado do Amapá;
- Provocar uma reflexão sobre a importância de organizar a RAS.

4.1.1.2 Atividades Assíncronas:

- Reuniões por regiões de saúde — lideranças locais (apoiador do Cosems; coordenador de CIR; articulador e/ou assessor matricial);
- Apoio na sistematização das planilhas;
- Reuniões com o projeto Fortalecimento Gestão Estadual; revisão das propostas do DOMI do PES, conforme apontamentos do PRI; apoio na construção da proposta da Política de Fortalecimento da APS (MS, Cosems e SES); apoio na definição, junto à Escola de Saúde Pública, das demandas de qualificação profissional;
- PRI como pauta constante da assembleia do Cosems, do CIR e do CIB.

4.1.1.3 Resultados:

- Identificação e definição das competências dos pontos de atenção e do sistema de apoio logístico para as prioridades sanitárias pactuadas na MRS;
- Proposta de parametrização e de programação dos componentes da RAS para as prioridades sanitárias pactuadas nas MRS;
- Avaliação da suficiência qualitativa e quantitativa dos componentes da RAS para as prioridades sanitárias;
- Orientação e apoio à construção do Comitê executivo de governança das RAS (CEGRAS).

4.1.2 Etapa – Diretrizes, Objetivos, Metas, Indicadores e Financiamento em Saúde

Objetivos da atividade síncrona:

- Analisar a parametrização e a programação assistencial para os pontos de atenção da RAS, com

avaliação das suficiências quantitativa e qualitativa das ações e dos serviços de saúde para cada prioridade sanitária pactuada na CIB;
- Validar o mapeamento das necessidades em saúde para o estado do Amapá;
- Fazer o alinhamento conceitual das diretrizes, dos objetivos, das metas e dos indicadores, bem como do financiamento em saúde;
- Definir a funcionalidade e a composição do Grupo Condutor da Rede de Atenção à Saúde.

4.1.2.1 Atividades assíncronas:
- Sistematização do DOMI da Rede de Atenção às Condições Crônicas, da Rede de Atenção Materna Infantil e da Rede de Urgência e Emergência;
- Levantamento e análise da composição financeira do SUS no Amapá;
- Pactuação, em CIB, do CEGRAS.

4.1.2.2 Resultados:
- Validação do processo de construção das diretrizes, dos objetivos, das metas e dos indicadores, a partir dos vazios assistenciais e da fragilidade nos processos de trabalho identificados;
- Análise do financiamento em saúde no Amapá;
- Instituição do CEGRAS.

4.1.3 Etapa – Monitoramento e PRI

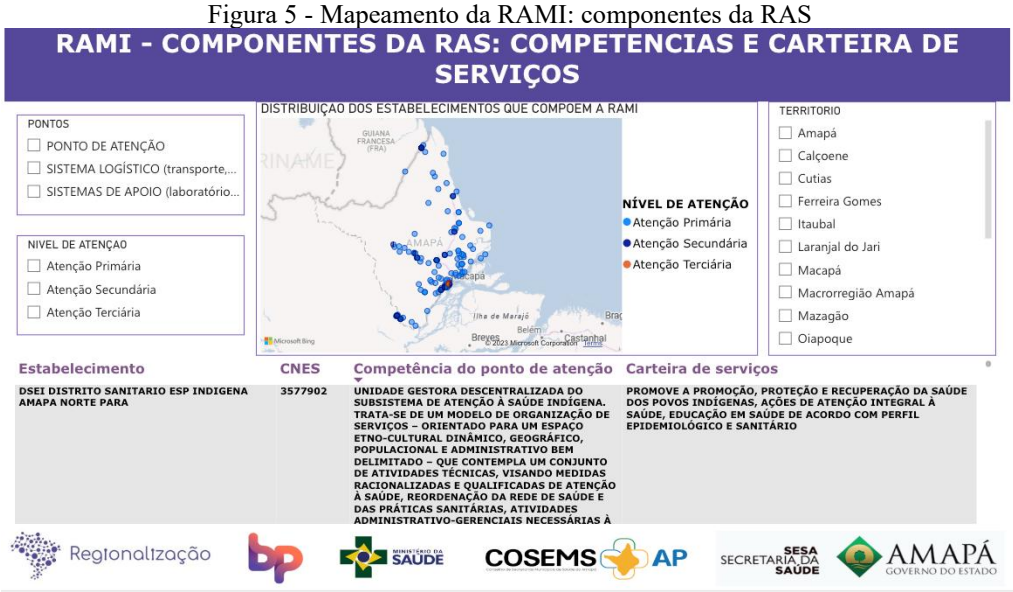
4.1.3.1 Objetivos da atividade síncrona:
- Construir painel de monitoramento dos indicadores e metas propostas pelo PRI;
- Validar o PRI em CIB;
- Pactuar agenda prioritária para sustentabilidade das ações do PRI.

4.1.3.2 Atividades assíncronas:
- Sistematização do DOMI em painel para monitorar as metas propostas no PRI;
- Sistematização do processo elaborado no PRI;
- Incentivo às discussões em CIR e criação de agenda de continuidade das ações do PRI.

4.1.3.3 Resultados:
- PRI validado.

Diante de tantos encontros, de reuniões técnicas e de oficinas, é notório o amadurecimento dos envolvidos, em especial, na compreensão de que somente se superarão os desafios com a força coletiva de todos. Avalia-se positivamente o esforço despendido pelos participantes no processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) no Estado do Amapá. Abaixo, identificam-se as ferramentas utilizadas no processo:

Figura 5 - Mapeamento da RAMI: componentes da RAS



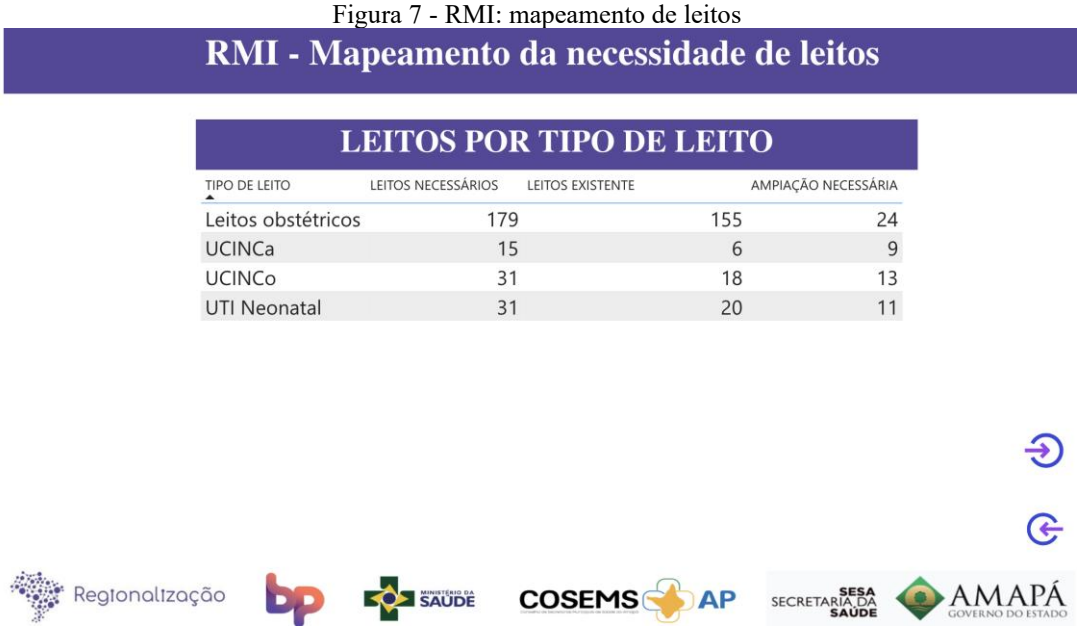
Fonte: Autoria própria (2024)

Figura 6 - Parâmetro de programação geral conforme PRI



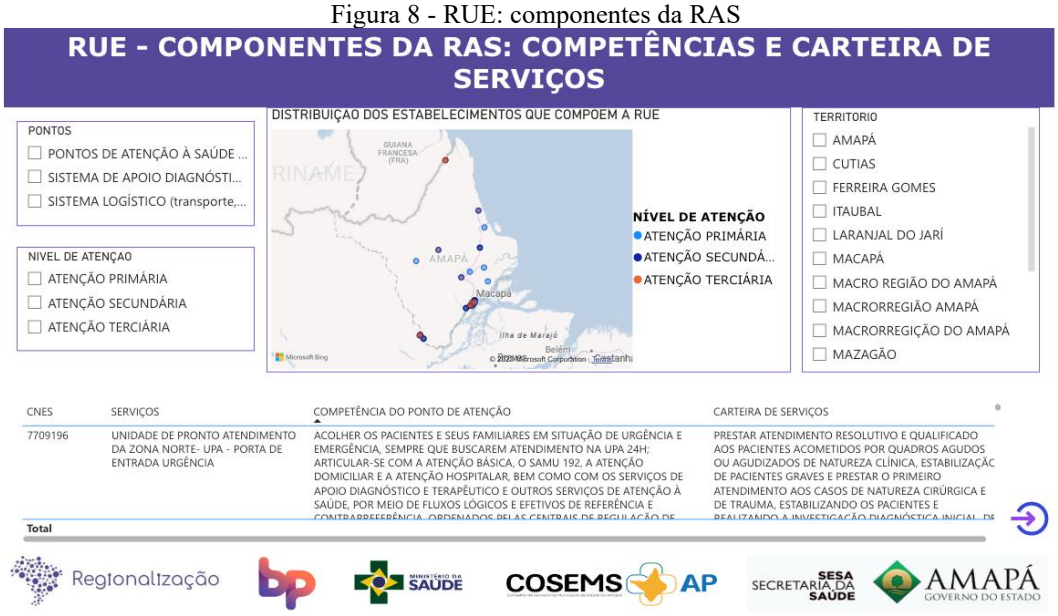
Fonte: Autoria própria (2024)

Figura 7 - RMI: mapeamento de leitos



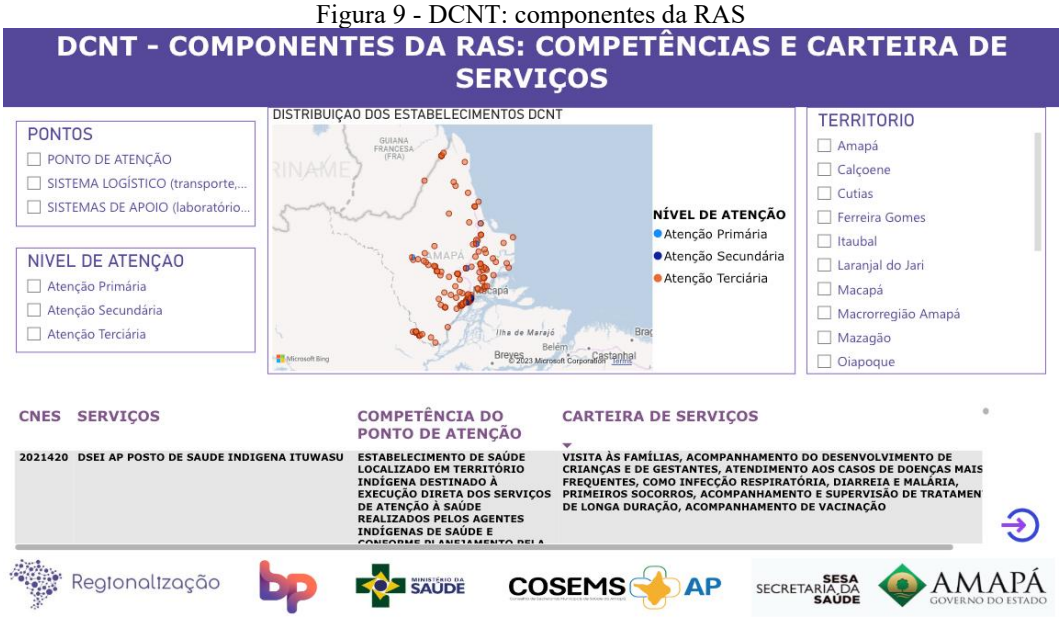
Fonte: Autoria própria (2024)

Figura 8 - RUE: componentes da RAS



Fonte: Autoria própria (2024)

Figura 9 - DCNT: componentes da RAS



Fonte: Autoria própria (2024)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fim de construir sistemas regionalizados de saúde, que conformem as redes de atenção à saúde, se requerem parcerias efetivas entre municípios e estados, os quais, apesar de autônomos, são interdependentes na organização da RAS. Nesse sentido, é importante que se estabeleçam relações de gestão cooperada, participativa e colaborativa, sem o estabelecimento de imposição, já que o ganho de um município depende da escolha de todos. Para isso, faz-se necessária a coordenação que implica centralizar decisões, sem que se atinja a autonomia dos entes federados. Nesse contexto, a regionalização consiste em processo com importante dimensão política, cujo objetivo é solucionar o problema da ação coletiva, criando mecanismos que desestimulem a concorrência predatória entre os municípios e entre eles, Estados e Ministério da Saúde. Devem-se possibilitar e incentivar a solidariedade e a cooperação dos entes federados, em busca do interesse comum entre todos (DOURADO & ELIAS, 2011; MENICUCCI, 2008).

Desde o primeiro contato com a Coordenadoria de Planejamento (COPLAN) da SES, observou-se a vontade de construir o PRI, seguindo o que se encontra nos atos normativos, tendo o Estado como coordenador do processo com apoio e participação do Cosems e do MS. Dessa maneira, o desenvolvimento das questões teóricas metodológicas ofertadas constituiu um "apoio" na elaboração e na construção do PRI.

O processo de construção do PRI possibilitou o encontro, em vários momentos, entre os gestores municipais para que, conjuntamente, mapeassem as reais necessidades da população amapaense e, com isso, estimulassem o processo de governança da RAS. Os encontros e a escuta

qualificada das "dores" do outro permite um diálogo e, ao mesmo tempo, o estímulo na gestão solidária e cooperada.

Importante destacar o uso de ferramentas tecnológicas em praticamente todos os momentos. Buscou-se facilitar a comunicação e a compreensão entre os participantes, através da criação de Grupos de WhatsApp, da plataforma Teams para realização das reuniões virtuais, do uso do Padlet, ferramenta pela qual se criou a linha do tempo, do uso de planilhas dinâmicas, do Power BI e de QRCode com todos os materiais desenvolvidos.

Entre os produtos no processo de construção, até o final do projeto o Amapá concluiu de forma tripartite, a definição das prioridades de investimentos por prioridade sanitária e com isso a sistematização da parametrização da Rede de Atenção Materna Infantil (RAMI), Rede de Doenças das Condições Crônicas de Hipertensos e Diabetes Mellitus (RDCC de HA e DIA) e Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Outro ponto de destaque foi a definição, a partir do PRI, da necessidade da construir uma Política Estruturante de Atenção Básica para o Amapá, com colaboração tripartite. Todos os elementos apresentados só evidenciam o movimento realizado internamente no Estado, que visou a integrar as diversas áreas internas. A Secretaria de Estado da Saúde do Amapá assumiu seu papel de coordenação do PRI, com apoio do Cosems e do MS.

A definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores do PRI foram incorporados no Planejamento Estadual de Saúde do Amapá e servirá como instrumento no processo de construção do planejamento em saúde dos municípios amapaenses, portanto no Amapá, evidenciamos que os movimentos de construção do PRI são desenvolvidos nos âmbitos micro e macrorregiões de saúde, estimulando o protagonismo dos gestores, a construção conjunta, qualificação dos espaços de CIR e CIB, e demonstrando a importância de a gestão em saúde ser construída de forma colaborativa e participava com foco no cidadão e de fato atendendo as necessidades que a saúde apresenta.

Todo o caminho percorrido demonstrou a importância da combinação da teoria e da prática no processo do planejamento. A junção dos conhecimentos técnicos fundamentais para construção e condução do planejamento, com os conhecimentos e habilidades que se adquirem com a prática da gestão. Além da construção de parcerias na construção de processos para o planejamento em saúde.

REFERÊNCIAS

AMAPÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Amapá. Resolução nº 23/2022-CIB/AP. Aprova o cronograma de Reuniões do Grupo Condutor Estadual – GCE, Grupo Técnico de Trabalho – GTT e Comitê Executivo de Governança de Redes da Atenção à Saúde – CEGRAS, para o Planejamento Regional Integrado (PRI) do Estado do Amapá. Diário Oficial, 22 maio.2022. Disponível em: https://editor.amapa.gov.br/arquivos_portais/publicacoes/SESA_628e8c39114eda26a5f08a942e6b80e0.pdf. Acesso em: 2 abr. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. 27.ed. São Paulo: Saraiva, 1991.

BRASIL. Decreto nº. 7.508, de 26 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 27 jun. 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providencias. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set.1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão - Diretrizes Operacionais. Série Pactos pela Saúde 2006. Vol. 1. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out.2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 01 de outubro de 2015. Define a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 out. 2015. Seção 1, p. 31-32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.812, de 22 de julho de 2020. Institui, para o exercício de 2020, incentivo financeiro de custeio, aos Estados e ao Distrito Federal, para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1812_23_07_2020.html. Acesso em: 4 mar. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso — Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/01, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, DF, n. 116, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html. Acesso em: 4 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html. Acesso em: 4 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CONASEMS. Regionalização da Saúde: posicionamento e recomendações. Brasília: Conasems, 2019.

COSTA, D.F. Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado do Amapá: Diagnóstico Situacional de Saúde - 2021. Secretaria de Estado da Saúde - SESA. 2021.
IBGE, 2024. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/redes-geograficas/15778-divisoes-regionais-do-brasil.html. Acesso em: 24 abr. 2024.

IBGE, Censo Demográfico 2022: população e domicílios – resultados preliminares. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br. Acesso em: 05 abr. 2024.

LIMA, L.D. et al. Descentralização e Regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do pacto pela saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 17 (7):1903-1914, 2012.

SES/AP, Secretaria Estadual de Saúde do Amapá. Plano Estadual de Saúde 2020- 2023. Disponível em: https://saude.portal.ap.gov.br/arquivos/PES%20-%20PLANO%20ESTADUAL%20DE%20SA%C3%9ADE%202020%20A%202023%20(1).pdf Acesso em: 05 abr.2024.

PANTOJA, C.do S. M; TAVORA, J.A. O processo de regionalização em saúde no estado do Amapá: avanços e desafios. Dialética, 2023.

VIANA, A.L.D. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva. 22(1). P.92-106, 2008.

DOURADO, D.A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Rev. Saúde Pública 45(1), Fev.2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/bCWB3sWTXQLXWjjFkcWwgLt/abstract/?lang=pt. Acesso em: 05 abr.2024.

MENICUCCI, T. M. G. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, 320 p. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/tr7y8/pdf/menicucci-9788575413562.pdf. Acesso em: 05 abr.2024.