

A decorative graphic in the background consists of a central yellow shield with a red and green emblem, surrounded by flowing red and pink shapes.

# REGIONALIZAÇÃO

GOVERNO  
DE SANTA  
CATARINA

Secretaria de Estado da Saúde

A decorative footer at the bottom of the page, featuring a solid green horizontal band with a thin red line above it.

# LEGISLAÇÕES

## Considerando:

- a **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- A **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
- a **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- o **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa.
- A **Resolução CIT nº 1, de 29 de Setembro de 2011**, Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.
- a **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**, que introduziu significativas mudanças no planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculando a urgente reformulação dos processos de programação das ações e serviços de saúde.
- a **Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017**, que estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
- a **Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018**, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

# Decreto 7.508/11

Regulamenta a Lei nº 8.080, para dispor sobre a organização do SUS,

*o planejamento da saúde,  
a assistência à saúde e  
a articulação interfederativa.*

Capítulo I – das disposições preliminares

Capítulo II – da Organização do SUS

**Seção I – das Regiões de Saúde**

**Seção II – da hierarquização**

Capítulo III - do Planejamento da Saúde

Capítulo IV – da Assistência à Saúde

**Seção I – da RENASES**

**Seção II – da RENAME**

Capítulo V – da Articulação Interfederativa

**Seção I – das Comissões Intergestores**

**Seção II – do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde**

Capítulo VI – das disposições finais



**ARTICULAR NOVO  
PACTO FEDERATIVO  
QUE FORTALEÇA OS  
VÍNCULOS  
INTERFEDERATIVOS  
NECESSÁRIOS À  
CONSOLIDAÇÃO DO  
SUS**

## Resolução CIT nº 23/2017 de 17 de agosto de 2017

Art. 1º **Estabelecer diretrizes para os processos de Regionalização**, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS:

- I – **Compromisso dos três entes federados na implementação de modelo de atenção à saúde** que atenda às políticas pactuadas e às necessidades de saúde da população brasileira;
- II – **Implementação do processo de planejamento regional integrado visando a organização das RAS com a integração regional das ações e serviços de saúde**, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012;
- III – A **organização das RAS poderá envolver uma ou mais regiões de saúde, inclusive em mais de um estado**, na perspectiva de construção de um espaço regional, onde se complementam e compartilham a oferta de ações e serviços de saúde, integrados por Sistemas Logísticos;

Resolução CIT nº 23/2017  
de 17 de agosto de 2017

- IV – O espaço regional, onde se organiza a RAS, requer a definição dos limites geográficos e base populacional, bem como a definição do conjunto de ações e serviços, garantindo acessibilidade e sustentabilidade operacional;**
- V – Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde como ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado,** considerando ainda os demais conceitos, fundamentos, atributos e elementos constitutivos das RAS descritos na Portaria GM/MS nº 4.279/2010, sem prejuízo de outros que venham ser definidos pela CIT;
- VI – Estabelecimento e disponibilização de parâmetros nacionais e regionalizados para orientar o planejamento e a programação das ações e serviços de saúde,** considerando a diversidade socioeconômica, geográfica, epidemiológica e sanitária das regiões de saúde brasileiras;

Resolução CIT nº 23/2017  
de 17 de agosto de 2017

- VII – **Implementação de gestão de custos em saúde**, como componente do processo de gestão e planejamento no SUS;
- VIII – O **planejamento regional integrado**, elaborado de forma **ascendente**, deve sistematizar a **definição das responsabilidades de cada ente federado** no âmbito das RAS e do **financiamento compartilhado**, sem prejuízo das demais definições presentes na legislação vigente;
- IX – A **alocação de recursos de capital e custeio pelas três esferas de gestão deve respeitar a regionalização e a organização das RAS**;
- X – A **CIB deverá instituir, em espaços regionais onde se organizam as RAS**, observadas as realidades locais, Comitês Executivos de Governança das RAS, de natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e representantes do Ministério da Saúde;

Resolução CIT nº 23/2017  
de 17 de agosto de 2017

XI – A **CIB definirá a composição, atribuições e funcionamento dos Comitês Executivos de Governança das RAS;**

XII – Os Comitês Executivos de Governança das RAS deverão **subsidiar a CIB nas tomadas de decisões acerca do seu espaço regional**, no que se refere à implementação das RAS, bem como contribuirão para a efetivação dos acordos pactuados na CIB e CIR;

XVII – A CIT definirá diretrizes para a revisão das regiões de saúde com vistas à conformação de regiões resolutivas, que busquem assegurar acessibilidade, integralidade e sustentabilidade operacional das RAS,

XIII – A Secretaria de Estado da Saúde fornecerá os meios necessários para o desenvolvimento das atividades dos comitês vinculados às CIB;

XIV – Nos casos de espaços regionais, onde se organizam as RAS, que envolvam mais de um estado, os comitês instituídos pelas CIB terão sua **coordenação compartilhada;**

## Resolução CIT nº 23/2017 de 17 de agosto de 2017

XV – As **CIB garantirão mecanismos de comunicação, visando à transparência dos processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança das RAS;**

XVI – As CIB deverão fortalecer as CIR como espaço de governança regional e de gestão, envolvendo os três entes federados para a implementação do processo de planejamento regional integrado visando a organização das RAS;

**Art. 2º** As diretrizes definidas nesta resolução deverão ser observadas por todos os gestores do SUS.

**Art. 3º** A implementação da estratégia de e-Saúde, a metodologia para aplicação dos critérios de rateio estabelecidos no art. 17 da Lei Complementar nº 141/2012 e os mecanismos de transferência de recursos financeiros federais, serão formulados pelo Grupo de Trabalho de Gestão da Câmara Técnica da CIT e submetidos ao seu plenário para pactuação.



## Resolução CIT nº 37/2018, de 22 de março de 2018

I. Conformação regional com escala necessária para a sustentabilidade dos serviços de alta complexidade, baseada em um limite geográfico, independente de divisas estaduais, e um contingente mínimo populacional de **700 mil habitantes**, (exceto para os estados da Região Norte cuja base mínima populacional é de 500 mil habitantes)

II. **Contiguidade territorial**, mesmo quando ultrapassar as divisas estaduais, visando dar coesão regional bem como proporcionar a organização, o planejamento e a regulação de serviços de saúde no território.

**Parágrafo Único.** *Para os estados das Regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul, no caso de serem configuradas macrorregiões de saúde com contingente populacional entre 500 mil e 700 mil habitantes, a CIB deve encaminhar à CIT justificativa contendo os critérios adotados, para análise e parecer.*

**Art. 4º** **Fica definido** o prazo de 90 dias para os estados **informarem o** cronograma do processo de planejamento regional integrado e a definição das macrorregiões de saúde, **pactuados na CIB.**



# Conceitos

**MACRORREGIÃO DE SAÚDE** – formada por uma ou mais regiões de saúde organizada e estruturada para atender parte da Média Complexidade que se evidencia como mais complexo e a Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Não possui município sede e sua definição depende de cumprimento de critérios que levam em conta serviços de alta complexidade instalados, população referenciada e investimentos feitos pelo Estado através de convênios.



# Histórico

- Santa Catarina já trabalha com o desenho de Macrorregiões de Saúde, desde o PDR de 2002.

## Foram realizadas em 2018:

- **02 (duas)** reuniões internas, envolvendo todos os setores da SES para discussões, com o objetivo de definir critérios para uma mudança na configuração já existente de 9 macrorregiões e apresentação de propostas para o novo desenho das Macrorregiões de Saúde.
- **02 (duas)** Oficinas do CONASS, para a realização junto a área de Planejamento e Gestão e demais setores da SES , para discussão sobre a Resolução CIT 37/2018 e resolução CIT nº 23/2017, sobre a nova conformação das Macrorregiões de Saúde.
- **Apresentação** da nova proposta de Macrorregiões de Saúde na CIB, com o encaminhamento de apresentação e discussão às Macrorregiões que tiveram impacto.
- **03/07/2018** - Apresentação na CIR ampliada em Papanduva (Nordeste e Planalto Norte) – apresentação da proposta da Regionalização, considerando que as 2 macrorregiões são objeto de união na nova proposta.

- **08/08/2018** - Apresentação na CIR ampliada em Lages (Meio Oeste e Serra Catarinense) – apresentação da proposta da Regionalização, considerando que as 2 macrorregiões são objeto de união na nova proposta.
- **Aprovação** da nova definição configuração das 07 (sete) Macrorregiões de Saúde, conforme o processo de Planejamento Regional Integrado, através da **Deliberação nº 195/CIB/2018**, em 13/08/2018.
- **Aprovação** da Criação do Comitês de Governança Macrorregionais, com o intuito de elaborar o Plano Regional Integrado – PRI, nas Macrorregiões de Saúde, através da **Deliberação nº 217/CIB/2018, em 23/08/2018**
- Construção da **proposta** das informações mínimas que deverão constar no PRI (esqueleto), em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, COSEMS e Ministério da Saúde, em 23/10/2018.
- Realização de Videoconferências com os envolvidos no processo de construção do PRI para alinhar os conteúdos e conceitos – **Redes de Atenção a Saúde**, em 05/10/2018.

# Novo Desenho das 07 Macrorregiões de Saúde

**Macrorregião de Saúde do Grande Oeste**  
com 03 Regiões de Saúde  
**População 789.571**

Aproximadamente **86,09%** dos procedimentos foram realizados na própria Macrorregião

**Macrorregião de Saúde Planalto Norte e Nordeste**

com 02 Regiões de Saúde

**População 1.383.456**

Aproximadamente **91,33%** dos procedimentos foram realizados na própria Macrorregião

**Macrorregião de Saúde Foz do Rio Itajaí** com 01 Região de Saúde

**População 683.034**

Aproximadamente **90,15%** dos procedimentos foram realizados na própria Macrorregião

**Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí**

com 02 Regiões de Saúde  
**População 1.064.245**

Aproximadamente **91,01%** dos procedimentos foram realizados na própria Macrorregião

**Macrorregião de Saúde Meio Oeste e Serra Catarinense**  
com 04 Regiões de Saúde  
**População 916.238**

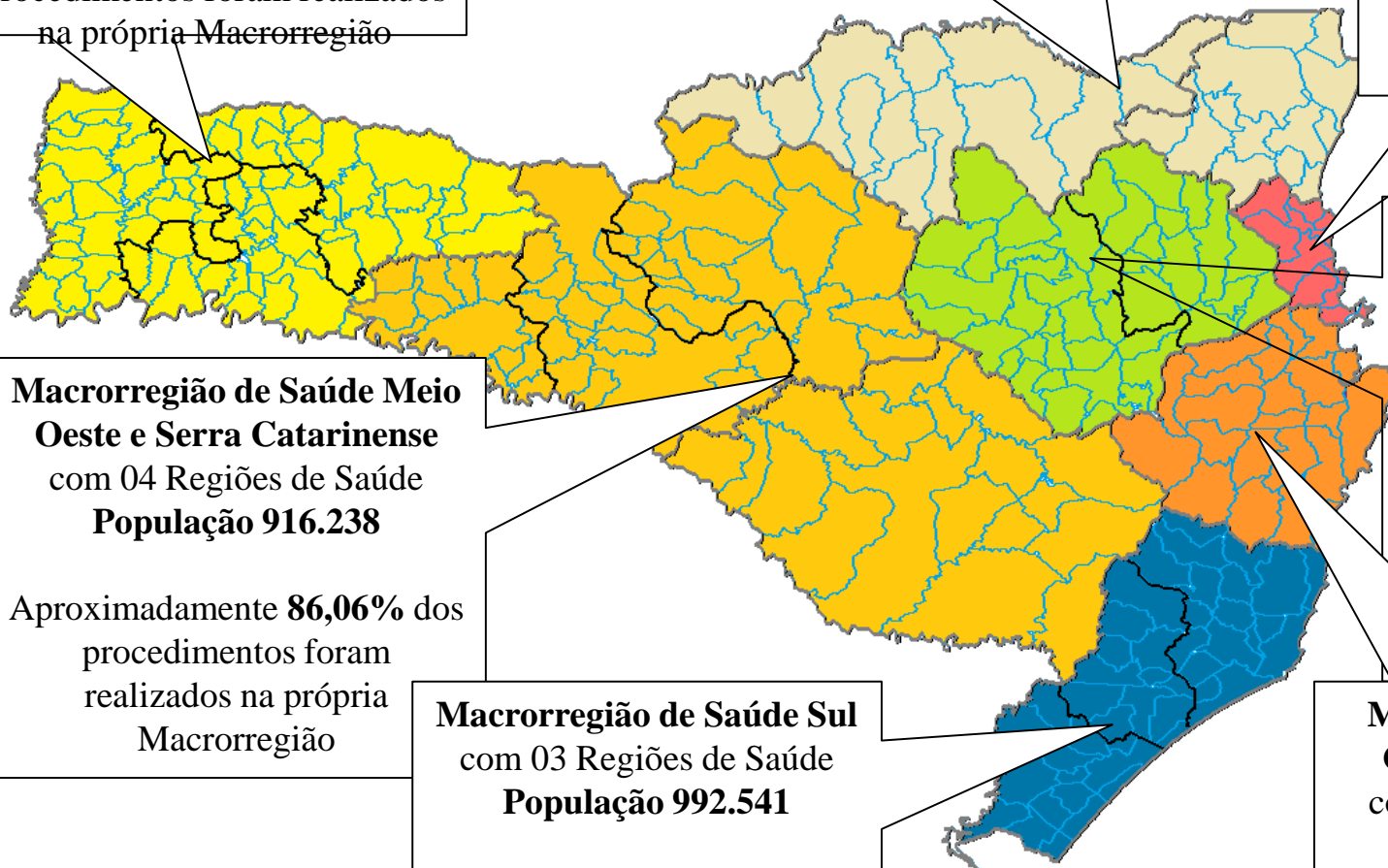
Aproximadamente **86,06%** dos procedimentos foram realizados na própria Macrorregião

**Macrorregião de Saúde Sul**  
com 03 Regiões de Saúde  
**População 992.541**

Aproximadamente **85,16%** dos procedimentos foram realizados na própria Macrorregião

**Macrorregião de Saúde Grande Florianópolis**  
com 01 Região de Saúde  
**População 1.172.076**

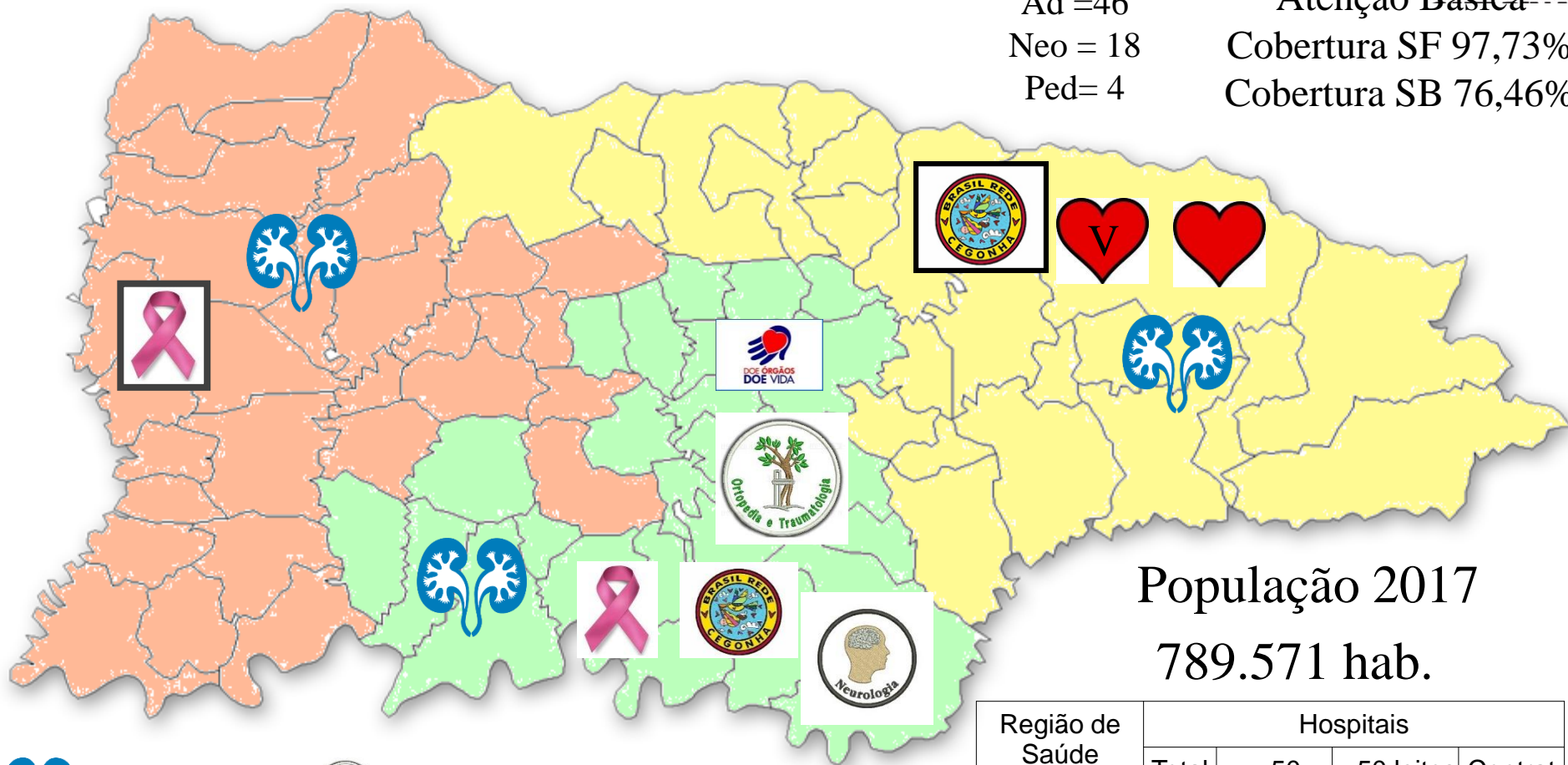
Aproximadamente **98,19%** dos procedimentos foram realizados na própria Macrorregião



# Informações por Macrorregião de Saúde

UTI  
Ad = 46  
Neo = 18  
Ped = 4

Atenção Básica  
Cobertura SF 97,73%  
Cobertura SB 76,46%



População 2017  
789.571 hab.

Região de Saúde	Hospitais			
	Total	< 50 leitos	> 50 leitos	Contrat
Extremo Oeste	14	12	2	11
Xanxerê	8	3	5	7
Oeste	11	6	5	10

Nefrologia



Ortopedia



Cardiolgia

Oncologia



Gestação Alto Risco



Vascular

Em Implantação



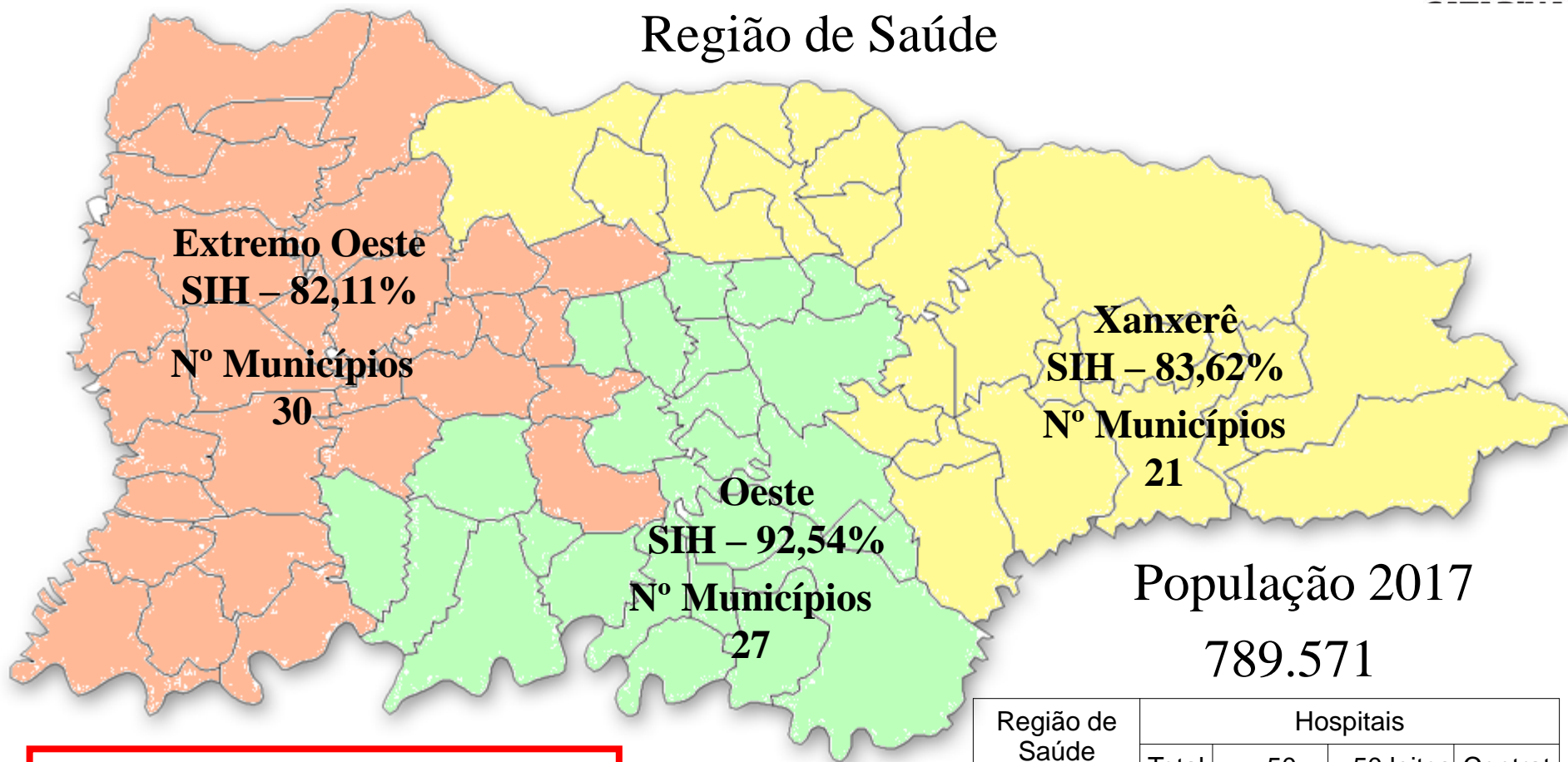
Neurologia



Doação de Órgão



% produção Hospitalar executado para a própria  
Região de Saúde



**Aproximadamente 86,09% dos procedimentos foram realizados na própria Macrorregião**

Região de Saúde	Hospitais			
	Total	< 50 leitos	> 50 leitos	Contrat
Extremo Oeste	14	12	2	11
Xanxerê	8	3	5	7
Oeste	11	6	5	10

# Macrorregião do Meio Oeste e Serra Catarinense

População 2017

916.238 hab.

Região De Saúde	Hospitais			
	Total	< 50 leitos	> 50 leitos	de Estado da Saúde Contrat
Alto Uruguai Catarinense	10	6	4	8
A V do Rio do Peixe	10	5	5	
Meio Oeste	7	3	4	6
Serra Catarinense	12	3	9	11

UTI  
Ad = 84  
Neo = 22  
Ped = 16

Atenção Básica  
Cobertura SF 83,15%  
Cobertura SB %



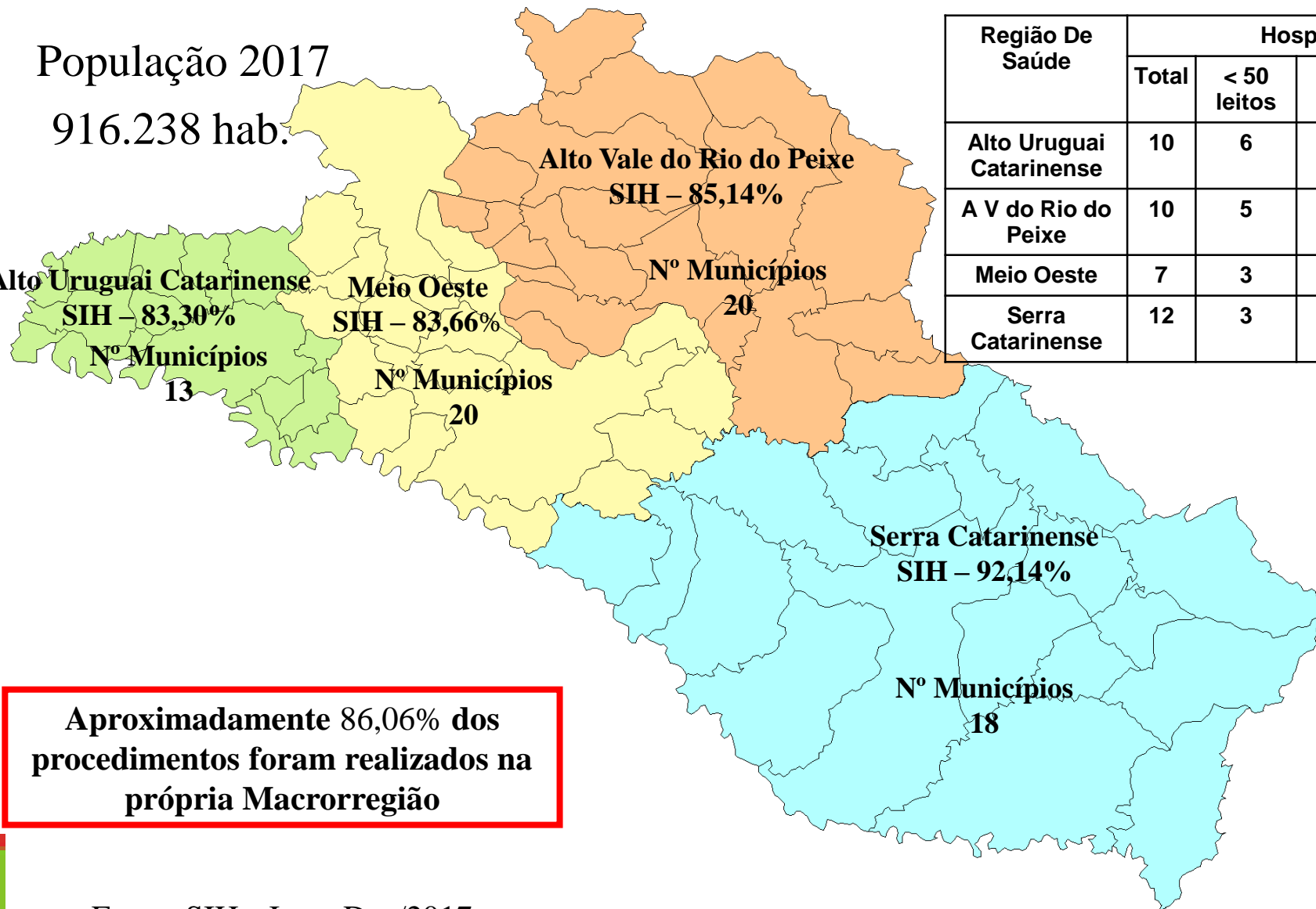
Serviço Exclusivo Pediátrico    Em Implantação

- Nefrologia
- Ortopedia
- Cardiologia
- Oncologia
- Gestação Alto Risco
- Vascular
- Cirurgia Bariátrica
- Neurologia

% produção Hospitalar executado para a própria Região de Saúde

População 2017

916.238 hab.



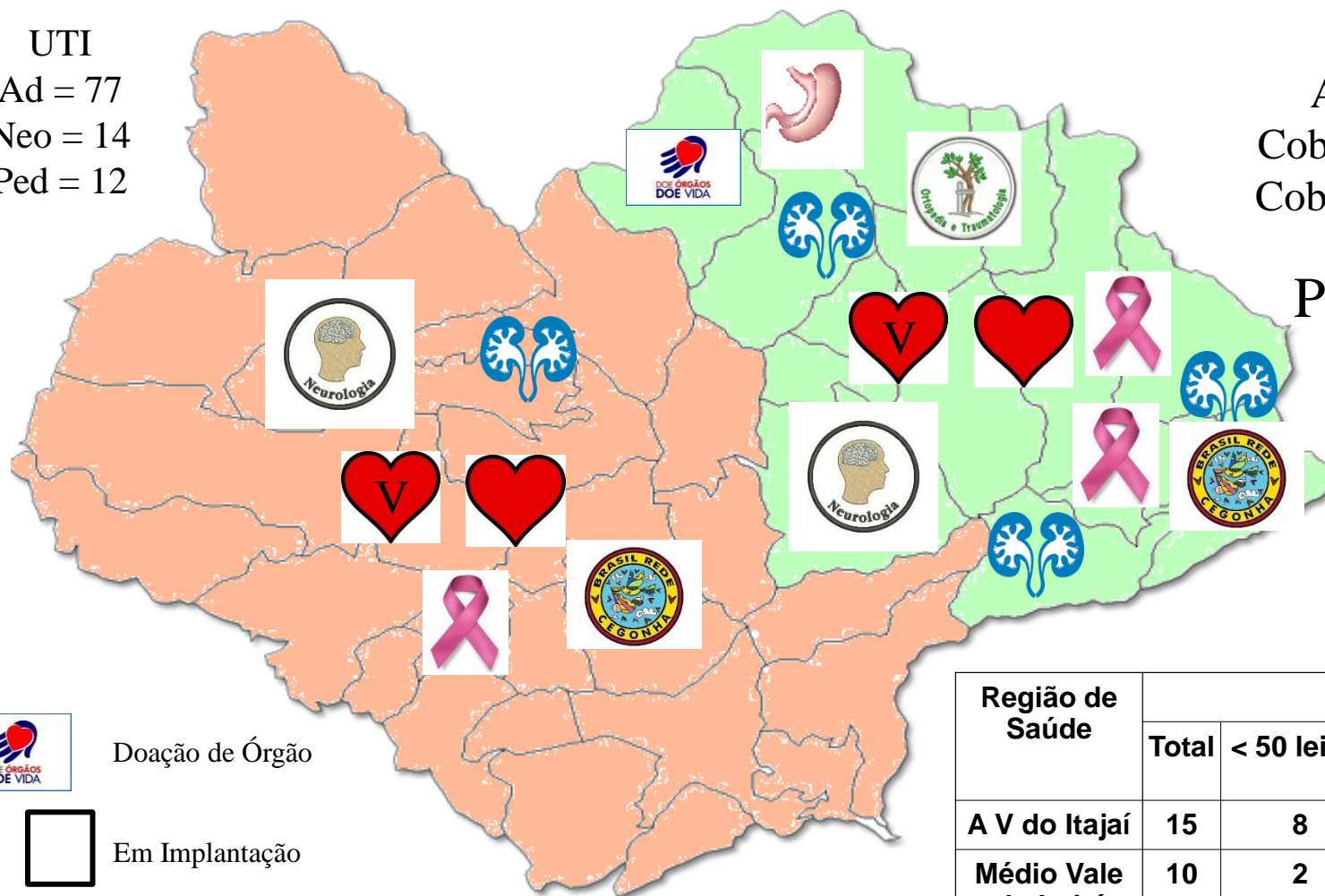
Região De Saúde	Hospitais			
	Total	< 50 leitos	> 50 leitos	Contrat
Alto Uruguai Catarinense	10	6	4	8
A V do Rio do Peixe	10	5	5	
Meio Oeste	7	3	4	6
Serra Catarinense	12	3	9	11

Aproximadamente 86,06% dos procedimentos foram realizados na própria Macrorregião

UTI  
Ad = 77  
Neo = 14  
Ped = 12

Atenção Básica  
Cobertura SF 87,40%  
Cobertura SB 47,66%

População 2017  
1.064.245



Doação de Órgão

Em Implantação

Nefrologia

Ortopedia

Cardiologia

Neurologia

Oncologia

Gestão Alto Risco

Vascular

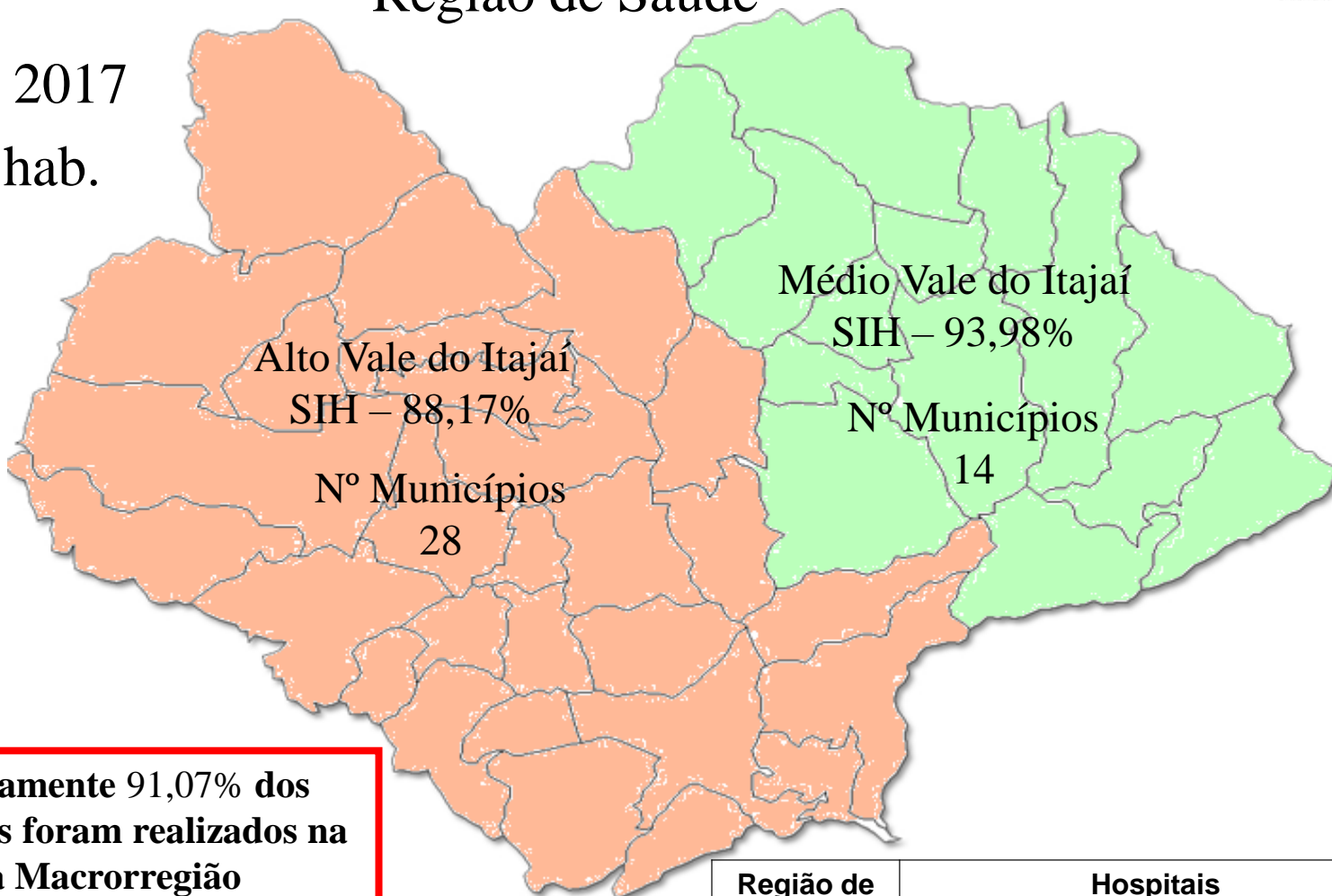
Cirurgia Bariátrica

Região de Saúde	Hospitais			
	Total	< 50 leitos	> 50 leitos	Contrat
A V do Itajaí	15	8	7	12
Médio Vale do Itajaí	10	2	8	9

# Macrorregião do Vale do Itajaí

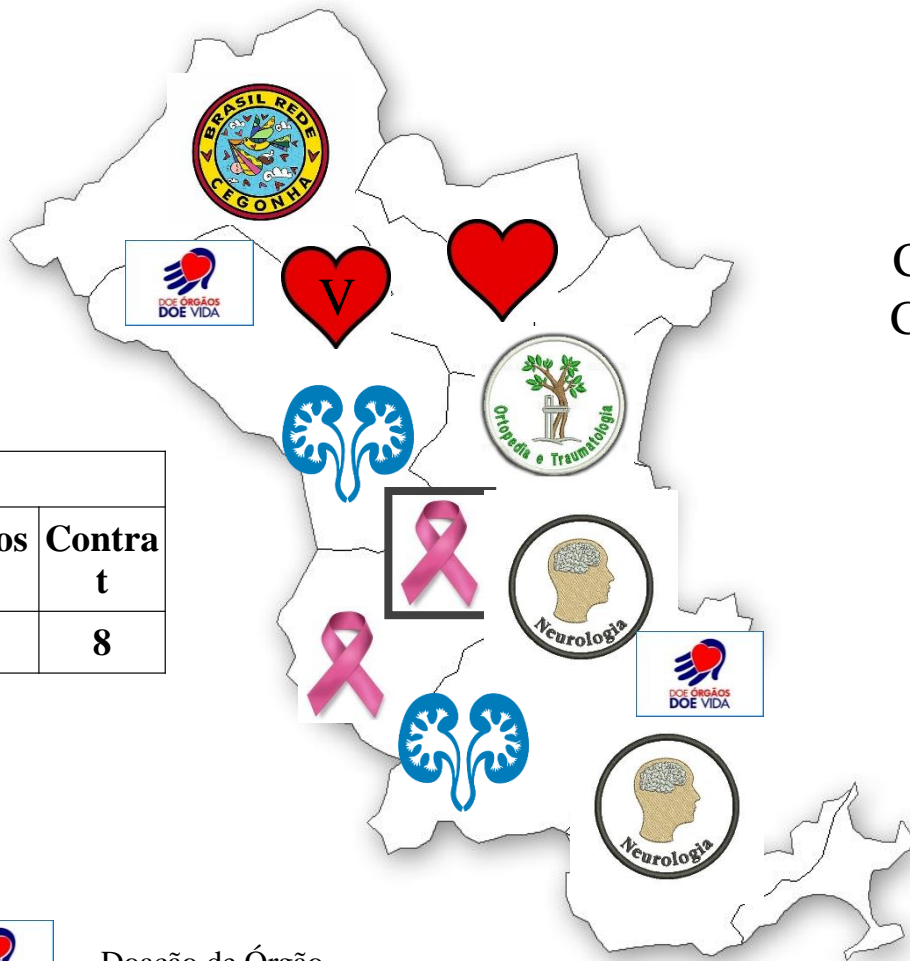
% produção Hospitalar executado para a própria  
Região de Saúde

População 2017  
1.064.245 hab.



Região de Saúde	Hospitais			
	Total	< 50 leitos	> 50 leitos	Contrat
A V do Itajaí	15	8	7	12
Médio Vale	10	2	8	9

# Macrorregião do Foz do Rio Itajaí



Atenção Básica  
 Cobertura SF 78,70%  
 Cobertura SB 41,82%

UTI  
 Ad = 35  
 Neo = 16  
 Ped = 8

População 2017  
 683.034 hab.

Hospitais			
Total	< 50 leitos	> 50 leitos	Contrat
8	4	4	8



Em Implantação



Doação de Órgão



Nefrologia



Ortopedia



Cardiologia



Neurologia



Oncologia



Gestação Alto Risco



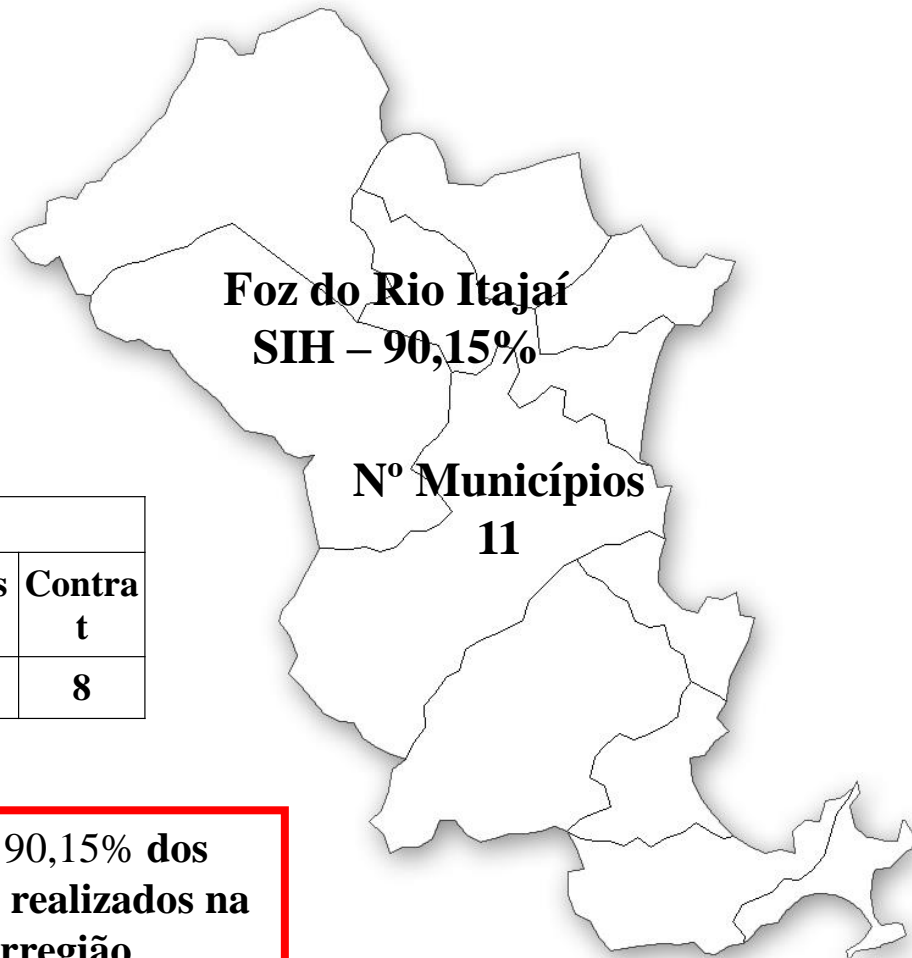
Vascular



Cirurgia Bariátrica

# Macrorregião do Foz do Rio Itajaí

% produção Hospitalar executado para a própria  
Região de Saúde



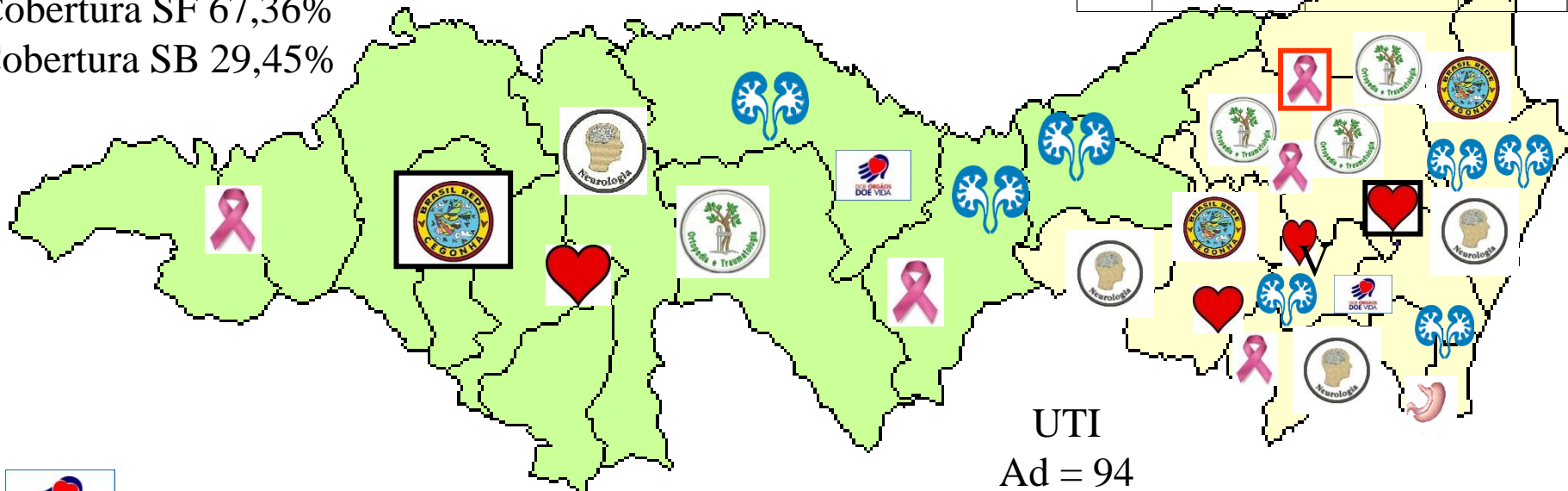
Hospitais			
Total	< 50 leitos	> 50 leitos	Contra t
8	4	4	8

**Aproximadamente 90,15% dos  
procedimentos foram realizados na  
própria Macrorregião**

População 2017  
683.034 hab.

Hospitais			
Total	< 50 leitos	> 50 leitos	Contrat
10	2	8	10
13	6	7	11

Atenção Básica  
 Cobertura SF 67,36%  
 Cobertura SB 29,45%



Transplante



Serviço Exclusivo  
Pediátrico



Em Implantação



Nefrologia



Ortopedia



Cardiologia



Neurologia



Oncologia



Gestação Alto  
Risco



Vascular



Cirurgia  
Bariátrica

UTI

Ad = 94

Neo = 32

Ped = 24

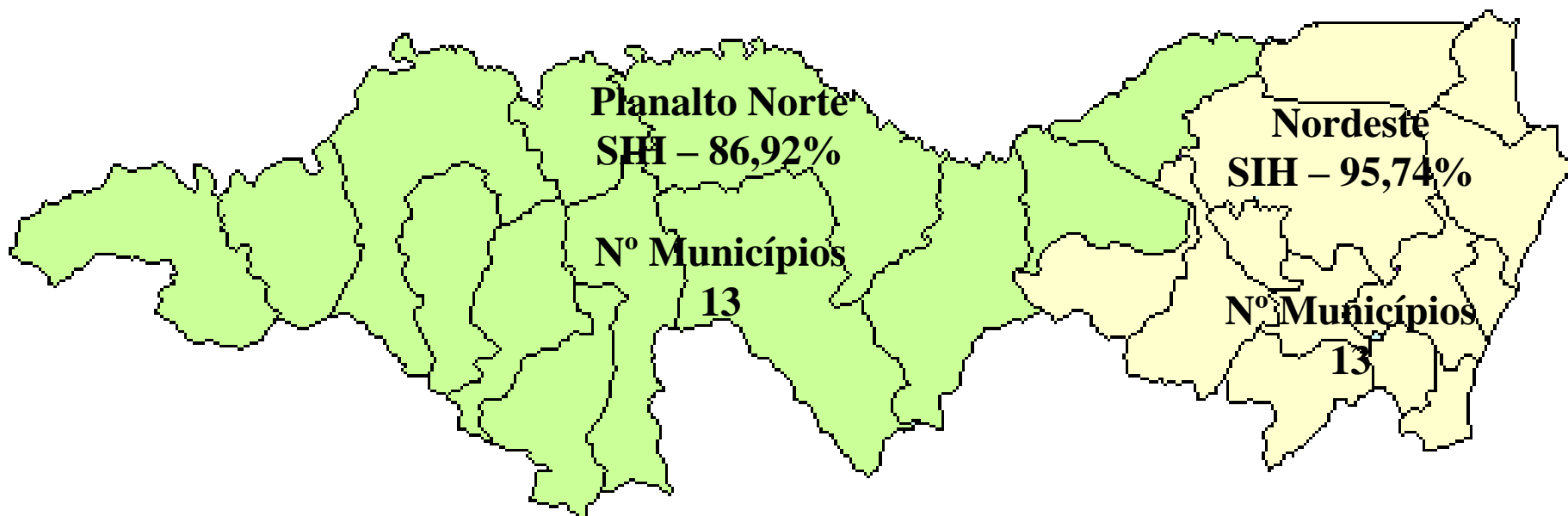
População 2017

1.383.456 hab.



# Macrorregião do Planalto Norte e Nordeste

% produção Hospitalar executado  
para a própria  
Região de Saúde



**Aproximadamente 91,33% dos procedimentos foram realizados na própria Macrorregião**

Hospitais			
Total	< 50 leitos	> 50 leitos	Contrat
10	2	8	10
13	6	7	11

População 2017  
1.383.456 hab.

# Macrorregião da Grande Florianópolis

UTI

Ad = 86

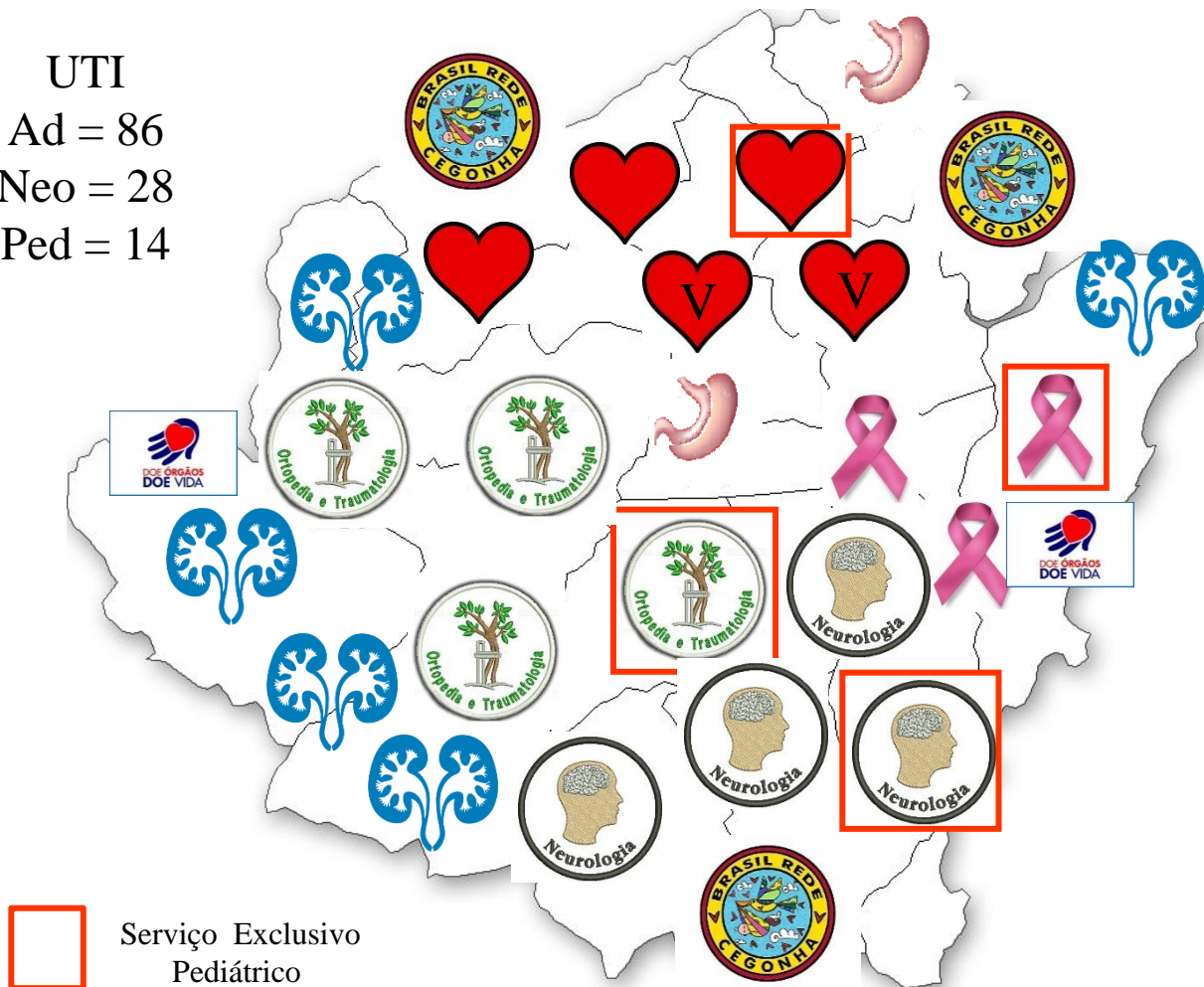
Neo = 28

Ped = 14

Atenção Básica  
 Cobertura SF 90,93%  
 Cobertura SB 43,01%

População 2017  
 1.172.076 hab.

Hospitais			
Total	< 50 leitos	> 50 leitos	Contrat
23	7	16	21



Serviço Exclusivo  
Pediátrico

Nefrologia

Ortopedia

Cardiologia

Neurologia

Oncologia

Gestão Alto Risco

Vascular

Cirurgia Bariátrica

Transplante

% produção Hospitalar executado para a própria Região de Saúde



População 2017  
1.172.076 hab.

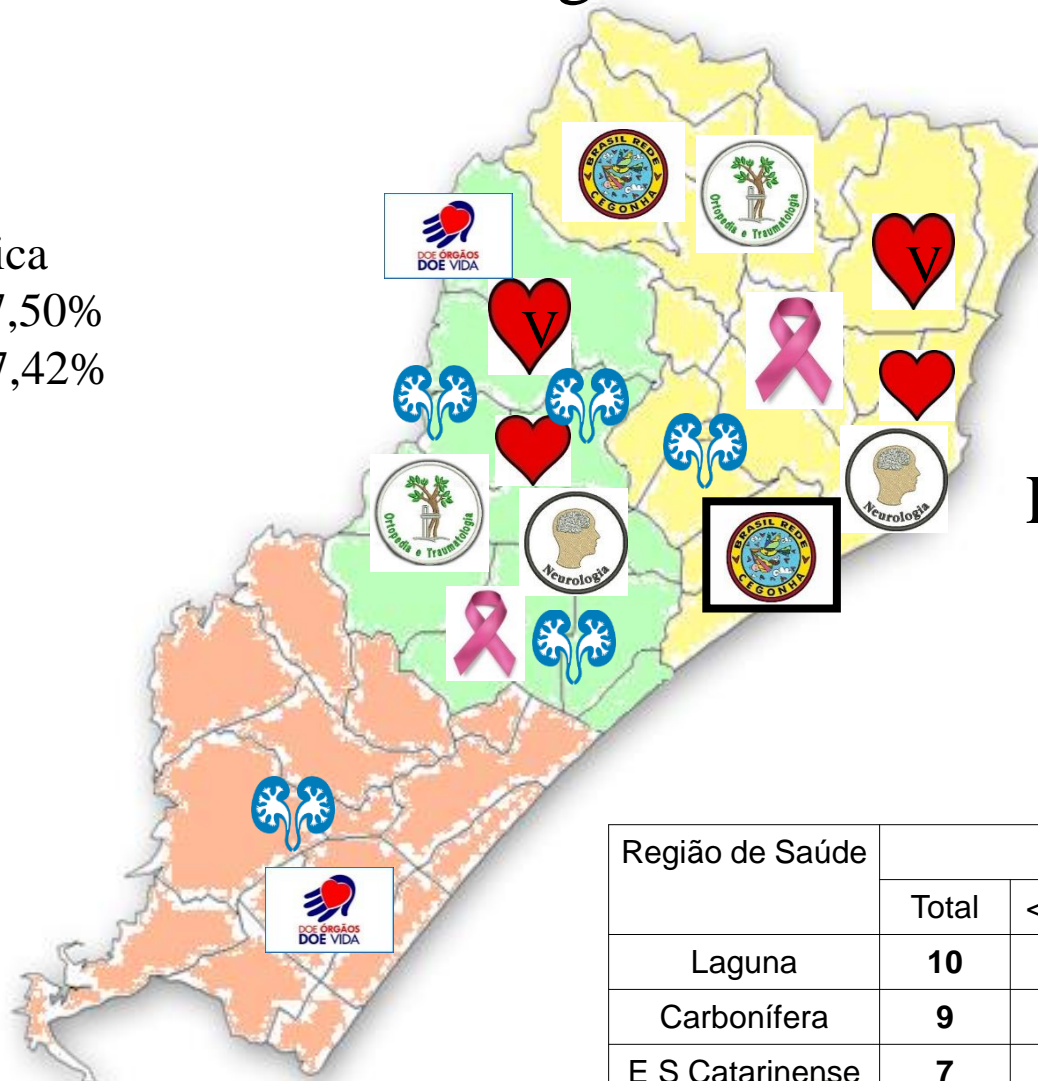
Hospitais			
Total	< 50 leitos	> 50 leitos	Contrat
23	7	16	21

**Aproximadamente 98,19% dos procedimentos foram realizados na própria Macrorregião**

Atenção Básica  
 Cobertura SF 87,50%  
 Cobertura SB 67,42%

UTI  
 Ad = 48  
 Neo = 14  
 Ped = 6

População 2017  
 992.541



Em Implantação

Região de Saúde	Hospitais			
	Total	< 50 leitos	> 50 leitos	Contrat
Laguna	10	5	5	6
Carbonífera	9	3	6	9
E S Catarinense	7	3	4	

Nefrologia

Ortopedia

Cardiologia

Neurologia

Oncologia

Gestão Alto Risco

Vascular

Cirurgia Bariátrica

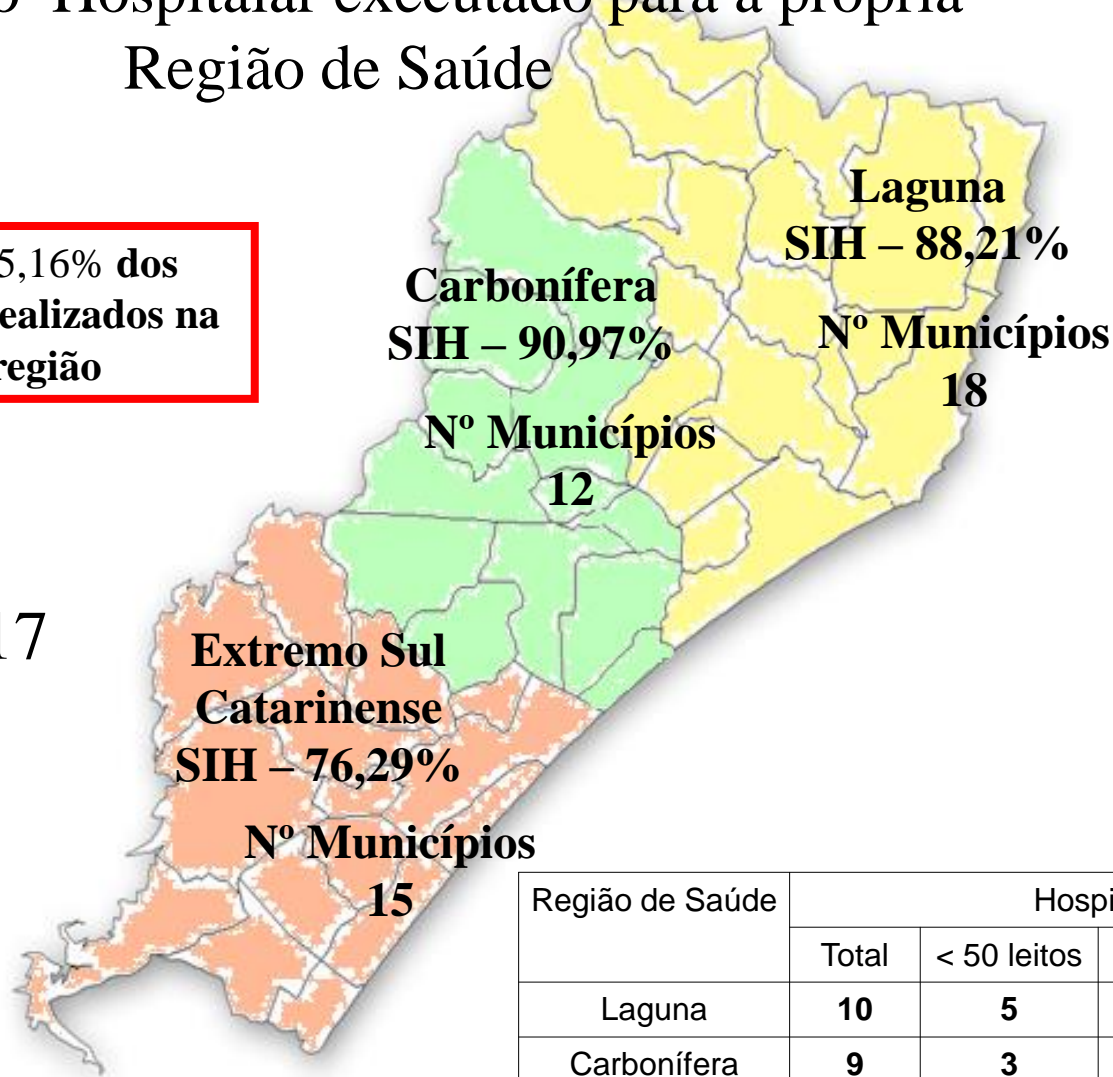
Transplante

# Macrorregião Sul

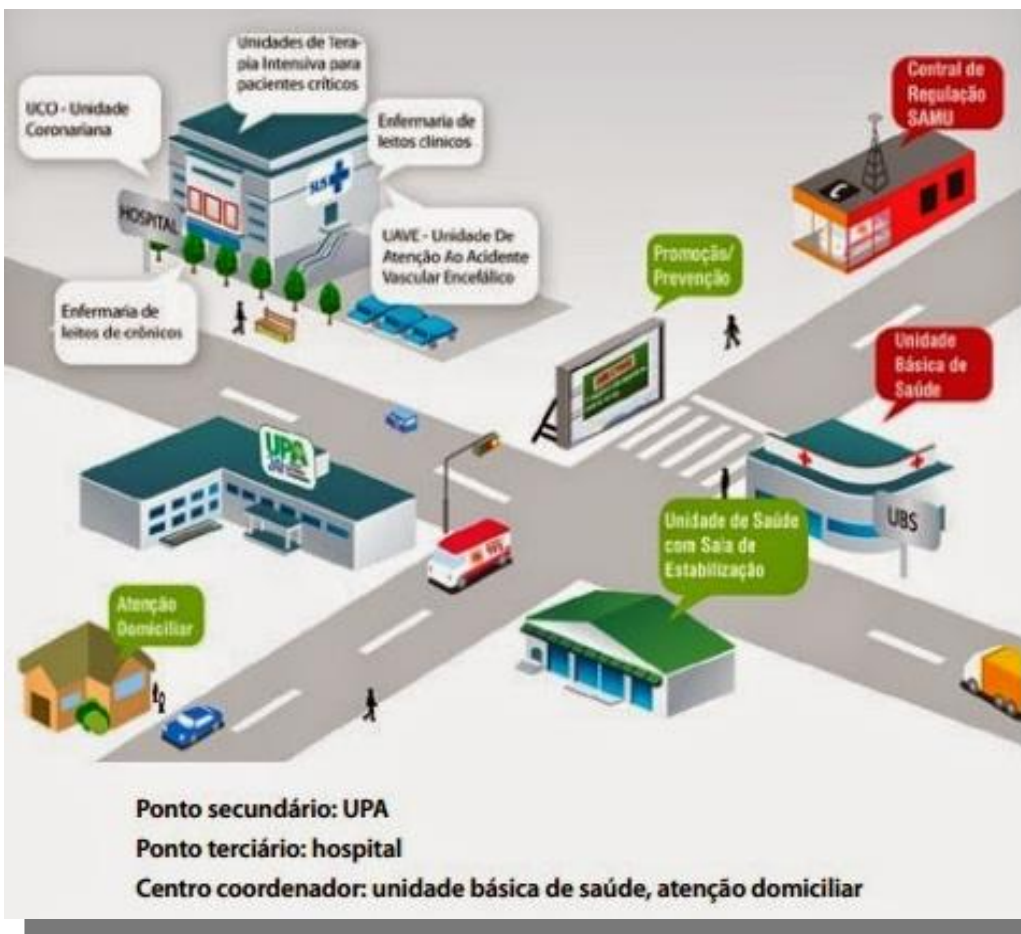
% produção Hospitalar executado para a própria Região de Saúde

Aproximadamente 85,16% dos procedimentos foram realizados na própria Macrorregião

População 2017  
992.541 hab.



Região de Saúde	Hospitais			
	Total	< 50 leitos	> 50 leitos	Contrat
Laguna	10	5	5	6
Carbonífera	9	3	6	9
E S Catarinense	7	3	4	



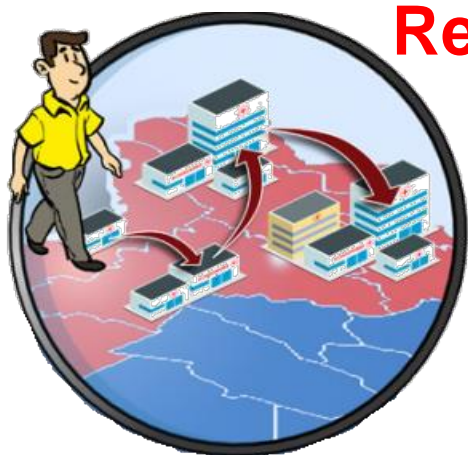
Qual a importância  
do **Planejamento  
Regional Integrado**  
nesse processo?

O **Planejamento Regional Integrado** determina a forma de **organização do sistema de saúde** no território e, a partir de

um conjunto de diretrizes, objetivos e metas, **define as ações e serviços de saúde** destinados à garantia do acesso e da resolubilidade da **atenção à saúde da população no espaço macrorregional**, onde a Rede de Atenção à Saúde se completa.



## Referencial Normativo



### **Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017**

**Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.**

### **Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018**

**Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.**



# Etapas do Planejamento Regional Integrado

1. Definição, pela CIB, das Macrorregiões de Saúde;
2. Elaboração da análise da situação de saúde:
  - ✓ Identificação das necessidades de saúde e dos riscos de adoecimento da população, segundo critérios epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e culturais;
  - ✓ Identificação da capacidade instalada e dos vazios assistenciais;
  - ✓ Identificação dos fluxos de acesso
3. Definição de **prioridades sanitárias**: diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;

## Etapas do Planejamento Regional Integrado

### 4. Organização dos pontos de atenção da RAS:

- a. **Na Atenção Primária**
- b. **Na atenção secundária e terciária**
- c. **Nos sistemas de apoio diagnóstico**
- d. **Nos sistemas logísticos** - transporte sanitário; central de agendamento de consultas, exames e procedimentos especializados; central de leitos; prontuário eletrônico (ou registro eletrônico)
- e. **No sistema de governança** – A CIB definirá a composição, atribuições e funcionamento dos **Comitês Executivos de Governança das RAS\***



**Compete ao Comitê:** Monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS

**Não tem poder de deliberação**

\* Instituído pela Resolução 23/2017

## Etapas do Planejamento Regional Integrado

- 5. Elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde:**  
Abrange as ações de assistência à saúde (atenção básica/primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar), de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica, trabalhador e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes na RENASES e na RENAME, a serem realizadas no território.
- 6. Definição dos investimentos necessários:**  
Identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços a fim de orientar a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares.

A consolidação dos **Planos Regionais** será parte integrante do **Plano Estadual de Saúde**.



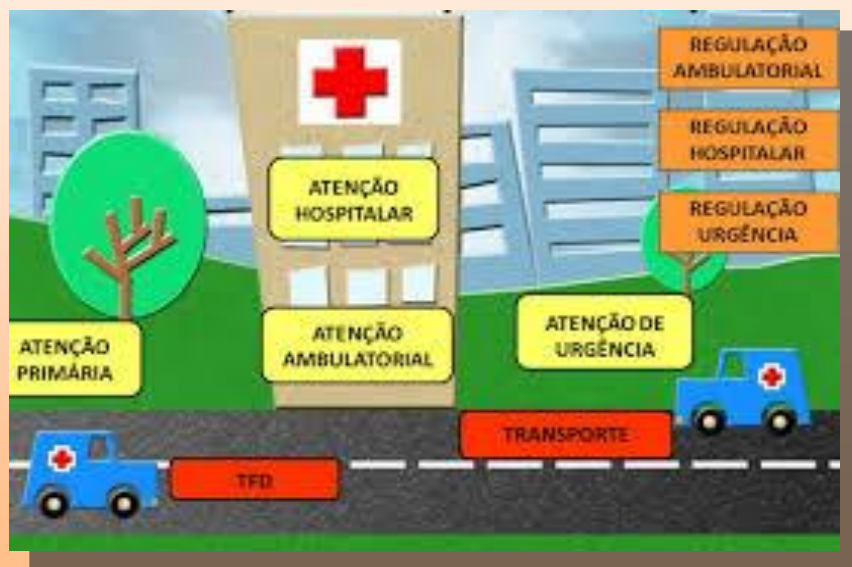
## O PRI na prática...

O processo de PRI, **coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES)**, deverá compreender:

- ✓ a análise dos **planos municipais** de saúde;
- ✓ as **Redes de Atenção à Saúde (RAS)**;
- ✓ a **definição dos territórios** e,
- ✓ a implantação dos mecanismos de **governança regional**.

O produto do PRI é o **Plano Regional**, cujo conteúdo expressa:

- ✓ **A identificação do espaço regional ampliado.**
- ✓ **A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada.**
- ✓ **As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, os objetivos, metas, indicadores e prazos de execução.**
- ✓ **As responsabilidades dos entes federados no espaço regional.**
- ✓ **A programação geral das ações e serviços de saúde.**
- ✓ **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.**
- ✓ **A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional.**



Definidas as prioridades sanitárias pela CIB, todos os pontos de atenção e serviços de apoio e logísticos, que correspondem a estrutura operacional das RAS deverão ser identificados e suas funções claramente estabelecidas.

## Diretrizes para organização das RAS

- 1. Na Atenção Primária** - identificar os pontos de atenção e a cobertura populacional na atenção primária, indicando as ações necessárias para melhoria da estrutura dos serviços e estratégias de apoio, como telessaúde, etc.
- 2. Na Atenção Secundária e Terciária** - identificar os pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar) nas redes que serão organizadas, melhorias que serão realizadas se for o caso, etc.



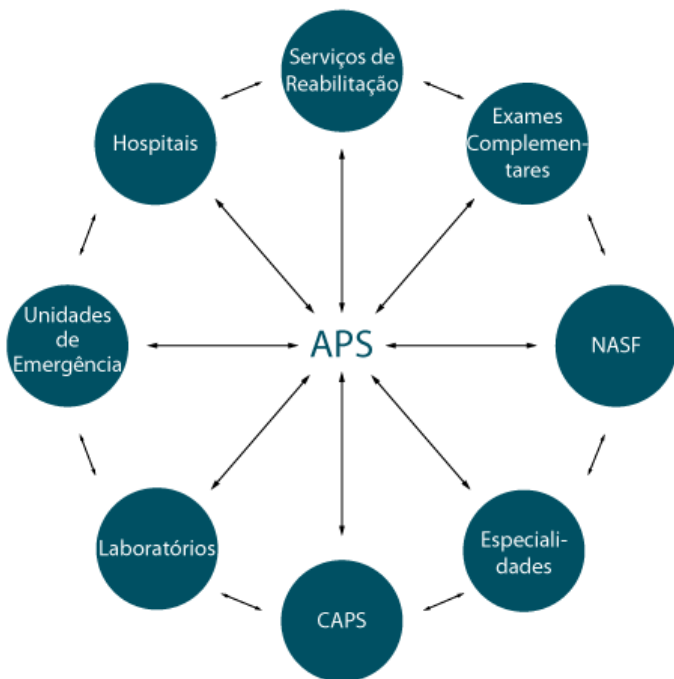
## Diretrizes para organização das RAS

**3. Nos Sistemas de Apoio Diagnóstico** - indicar como serão garantidos os exames e insumos necessários para o apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas de informação em saúde.

**4. Nos Sistemas Logísticos** - transporte sanitário, identificação e acompanhamento dos usuários.

**5. No Sistema de Governança** - onde será realizada a governança e como será o monitoramento de cada rede, etc.

# Os Pontos de atenção nas RAS



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 e parâmetros de escala e acesso**.

Componentes da RAS	Competências
<b>Atenção Primária</b>	Deve cumprir a função resolutiva de <b>atender a 90% dos problemas de saúde mais comuns</b> , não necessariamente, os mais simples; a função <b>coordenadora e ordenadora dos fluxos e contrafluxos</b> de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de <b>responsabilização pela saúde da população usuária que está adstrita, nas RAS, às equipes da ESF</b> . Só será possível organizar o SUS em redes se a APS estiver capacitada a desempenhar bem essas funções. (Mendes, 2015)
<b>Atenção Secundária</b>	Ambulatório de Atenção Especializada – deve ser referência para as mesmas equipes da APS dos municípios de uma ou mais regiões, possibilitando a continuidade do cuidado e a integração entre as equipes. Sua carteira de serviços deve incluir uma equipe multiprofissional com atuação clínica interdisciplinar e <b>deve garantir o cumprimento das suas funções assistenciais, de supervisão e educação permanente da APS e de pesquisa operacional</b> .
<b>Atenção Terciária</b>	Serviços de alta complexidade/densidade tecnológica – são constituídos por unidades hospitalares e por unidades ambulatoriais que podem ou não estar situadas no hospital, este nível de atenção <b>destina-se ao atendimento de condições crônicas complexas e de casos agudos</b> .

## Componentes da RAS

## Competências

### Serviços de Apoio Diagnóstico Laboratorial

Devem ser organizados de acordo com a economia de escala e escopo. A fase pré e pós-analítica, caracterizadas principalmente pela **coleta de material biológico e retorno do resultado do exame**, devem ser dispersas no território, idealmente disponíveis em cada unidade de APS.

Ao contrário, a fase analítica se beneficia pela concentração em uma única unidade de **processamento das análises**, alcançando escalas regionais ou macrorregionais.

Sendo garantidos o transporte adequado do material biológico e uma infraestrutura para transferência dos resultados, **quanto maior a escala, maior a eficiência e a qualidade.**

### Transporte Sanitário

Deve ser **organizado, na sua dinâmica e percursos, em proporção às demandas identificadas pelas equipes da APS para a AAE** e considerando um aproveitamento racional dos seus recursos

### Sistema de Acesso Regulado

Deve **favorecer o papel da APS como ordenadora dos fluxos e contrafluxos dos usuários na RAS**, a partir dos critérios definidos nas diretrizes clínicas para o compartilhamento do cuidado com a AAE e pactuados entre os serviços

# Matriz de Pontos de Atenção

REDE:		MATERNO - INFANTIL	
NÍVEL DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIAS E CARTEIRA DE SERVIÇOS
Atenção Terciária	Macrorregião		
Atenção Secundária	Região de Saúde		
Atenção Primária	Município		

## Matriz de Sistemas de Apoio

RAS:		MATERNO INFANTIL	
NÍVEL DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO	SISTEMA DE APOIO	COMPETÊNCIAS E CARTEIRA DE SERVIÇOS
Atenção Terciária	Macrorregião		
Atenção Secundária	Região de Saúde		
Atenção Primária	Município		

# Matriz de Sistemas Logísticos

RAS:		MATERNO INFANTIL		
NÍVEL DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO	SISTEMA LOGÍSTICO	COMPETÊNCIAS E CARTEIRA DE SERVIÇOS	
Atenção Terciária	Macrorregião			
Atenção Secundária	Região de Saúde			
Atenção Primária	Município			



# Modelagem da Rede de Atenção Materno-Infantil

## Exemplo



# Modelagem da Rede Materno Infantil

Linha de cuidado da gestante e do RN



A modelagem da Rede de Atenção Materno-Infantil dimensiona a população-alvo por estrato de risco e estabelece, no âmbito de cada território, os pontos de atenção necessários para prestar atendimento à gestante e à criança no primeiro ano de vida, identificando, inclusive, as respectivas competências.

# Modelagem da Rede Materno Infantil

## MATRIZ DE DESENHO DA REDE ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL



NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO À SAÚDE	TERRITÓRIO SANITÁRIO
ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE	Maternidade de alto risco; Hospital/RN; UTI/UTIN/UCIN; Casa da gestante; Banco de leite, ...	MACRORREGIÃO "X"
ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE	HP/maternidade risco habitual; CEO; CAPS; Ambulatório de especialidades; UPA; Hospital,...	REGIÃO DE SAÚDE "A" "B" "C"
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	UBS; ESF; EACS; NASF; Domicílio	MUNICÍPIO MICROÁREA DE ABRANGÊNCIA

# Modelagem da Rede Materno Infantil

## MATRIZ DE COMPETÊNCIA DE CADA PONTO DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

TERRITÓRIO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
MUNICÍPIO Micro área	Domicílio	<p><b>Visita domiciliar:</b></p> <p>Cadastrar as famílias da microárea.</p> <p>Realizar visita domiciliar para a família – pelo agente comunitário de saúde (ACS) ou demais membros da equipe de saúde.</p> <p>Identificar precocemente as gestantes, puérperas e crianças para acompanhamento pela equipe de saúde.</p> <p>Realizar visita de acompanhamento das gestantes, puérperas e crianças da microárea.</p> <p><b>Atendimento domiciliar:</b></p> <p>Realizar atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado etc.) das gestantes, puérperas e crianças da microárea por profissionais da equipe de saúde.</p>

# Modelagem da Rede Materno Infantil

## MATRIZ DE COMPETÊNCIA DE CADA PONTO DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

TERRITÓRIO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
<p>MUNICÍPIO</p> <p>Área de Abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS)</p>	<p>UBS</p>	<p><b>Pré-natal e puerpério:</b></p> <p>Identificar e inscrever as gestantes residentes no território, no pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre de gravidez.</p> <p>Realizar as consultas de pré-natal, conforme o protocolo.</p> <p>Solicitar os exames laboratoriais, conforme o protocolo.</p> <p>Imunizar as gestantes, conforme o protocolo.</p> <p><b><u>Estratificar as gestantes por grau de risco, conforme o protocolo.</u></b></p> <p><b><u>Encaminhar as gestantes de alto risco para o centro de referência microrregional, conforme o protocolo.</u></b></p> <p>Monitorar as gestantes de alto risco, conforme o protocolo.</p> <p>Realizar visitas domiciliares para as gestantes.</p> <p>Realizar atividades educativas para a gestante e familiares.</p> <p>Realizar consulta puerperal, conforme protocolo.</p>

# Modelagem da Rede Materno Infantil

## MATRIZ DE COMPETÊNCIA DE CADA PONTO DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

TERRITÓRIO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
MUNICÍPIO Área de Abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS)	UBS	<b>Puericultura:</b> Realizar visita domiciliar para os RN residentes no território. Inscrever os RN na puericultura. Realizar as consultas para as crianças menores de 1 ano, conforme o protocolo. <b><u>Estratificar as crianças menores de 1 ano por grau de risco, conforme o protocolo.</u></b> Imunizar as crianças menores de 1 ano, conforme o protocolo Encaminhar as crianças menores de 1 ano de alto risco para o centro de referência microrregional, conforme o protocolo. Monitorar as crianças menores de 1 ano de alto risco, conforme o protocolo. Realizar visitas domiciliares para as crianças menores de 1 ano. Realizar atividades educativas para os familiares.

# Modelagem da Rede Materno Infantil

## MATRIZ DE COMPETÊNCIA DE CADA PONTO DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

TERRITÓRIO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
REGIÃO DE SAÚDE (Nível secundário)	Centro de Referência Regional	<p><b>Pré-natal e puerpério de alto risco:</b></p> <p>Realizar as consultas de pré-natal de alto risco, conforme o protocolo.</p> <p>Solicitar os exames laboratoriais para a gestante de alto risco, conforme o protocolo.</p> <p>Realizar atividades educativas para a gestante de alto risco e familiares.</p> <p>Realizar consulta puerperal para puérperas de alto risco, conforme protocolo.</p> <p><b>Interconsulta para crianças de alto risco:</b></p> <p>Realizar as consultas para as crianças menores de 1 ano de alto risco, conforme o protocolo.</p> <p>Realizar atividades educativas para os familiares.</p>

# Modelagem da Rede Materno Infantil

## MATRIZ DE COMPETÊNCIA DE CADA PONTO DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

TERRITÓRIO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
REGIÃO DE SAÚDE (Nível secundário)	Hospital/ Maternidade de Risco Habitual	<p><b>Internamento – gestante de risco habitual</b></p> <p>Realizar internamentos para as gestantes de risco habitual que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas.</p> <p><b>Parto – gestantes de risco habitual:</b></p> <p>Realizar parto para as gestantes de risco habitual.</p> <p><b>Internamento – crianças de baixo risco</b></p> <p>Realizar internamentos para as crianças que apresentarem intercorrências clínicas.</p>

# Modelagem da Rede Materno Infantil

## MATRIZ DE COMPETÊNCIA DE CADA PONTO DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

TERRITÓRIO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO
MACRORREGIÃO (Nível terciário)	Hospital/ Maternidade de Alto Risco	<p><b>Internamento – gestante de alto risco</b> Realizar internamentos para as gestantes de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas e obstétricas.</p> <p><b>Parto – gestante alto risco:</b> Realizar parto para as gestantes de alto risco.</p> <p><b>Internamento – crianças de alto risco</b> Realizar internamentos para as crianças de alto risco que apresentarem intercorrências clínicas.</p>
	Casa da Gestante	<p><b>Atendimento às gestantes de alto risco:</b> Realizar o monitoramento das gestantes de alto risco que necessitam de observação e medidas de apoio médico e social.</p>



# Parâmetros para dimensionamento da necessidade de atendimento nos pontos de atenção.

Parâmetros demográficos e epidemiológicos para conhecimento da população-alvo:

GESTAÇÃO E PUERPÉRIO	
Total de gestantes	110% do nº de nascidos vivos do ano anterior
Gestantes de risco habitual	85% do total de gestantes
Gestantes de alto risco	15% do total de gestantes
CICLO DE VIDA DA CRIANÇA (< 1 ano)	
Total de crianças	100% do total estimado de gestantes
Crianças de risco habitual e médio risco	75% do total de crianças
Crianças de alto risco	25% do total de crianças



# Ações Futuras

- **04 e 05/12/2018** – Realização de Videconferências com os envolvidos no processo de construção do PRI para alinhar os conteúdos e conceitos – Políticas Públicas e Planejamento.
- **Fevereiro a abril de 2019** – Realização de **16 Oficinas regionais** para apresentação e discussão dos indicadores e a capacidade instalada da região, necessidades identificadas pelos gestores e avaliar se há concordância com as informações apresentadas pelos indicadores e capacidade instalada, definir as prioridades, os indicadores para as prioridade elencadas.
- **Mai a junho de 2019** – Realização de **7 Oficinas Macrorregionais** para ajustar e finalizar PRI.
- **Agosto 2019** – Apresentação e discussão nas CIRs e CIB.
- **Outubro 2019** – Aprovação dos PRIs.

# Obrigada !



**Grace Ella Berenhauser**  
**Superintendente de Planejamento e**  
**Gestão**