



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**SUZE APARECIDA SANTANA SOUZA**

**PROPOSTA METODOLÓGICA PARA O PLANEJAMENTO  
REGIONAL DA HEMORREDE EM UMA REGIÃO DE SAÚDE**

**Salvador – BA  
Outubro de 2015**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



**SUZE APARECIDA SANTANA SOUZA**

**PROPOSTA METODOLÓGICA PARA O PLANEJAMENTO  
REGIONAL DA HEMORREDE EM UMA REGIÃO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como parte do requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde com ênfase em Serviços de Hemoterapia.

**Orientadora: Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha**

**Salvador – BA  
Outubro de 2015**

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

S719p Souza, Suze Aparecida Santana.

Proposta metodológica para o planejamento regional da  
hemorrede em uma região de saúde / Suze Aparecida Santana  
Souza. -- Salvador: S.A.S. Souza, 2015.

75f.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Angélica R. de Meneses Rocha.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde  
Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Planejamento Regional em Saúde. 2. Redes de Atenção à  
Saúde. 3. Hemorrede. I. Título.

CDU 614.2

---



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva**

**Suze Aparecida Santana Souza**

**“Proposta Metodológica para Planejamento Regional da Hemorrede em  
uma Região de Saúde”**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 16 de outubro de 2015

Banca Examinadora:

*Ana Angélica Ribeiro de Menezes e Rocha*

\_\_\_\_\_  
Profa. Ana Angélica Ribeiro de Menezes e Rocha – ISC/UFBA

*Washington Luiz Abreu de Jesus*

\_\_\_\_\_  
Prof. Washington Luiz Abreu de Jesus – FAMEB/UFBA

*Ana Luiza Queiroz Vilasbôas*

\_\_\_\_\_  
Profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas – ISC/UFBA

Salvador  
2015

A meu pequeno Theo, que ainda no meu ventre  
sentiu minha ânsia por desempenhar um bom trabalho,  
minha frustração por muitas vezes não fazer o meu melhor,  
mas, acima de tudo, minha vontade de ser seu melhor exemplo...

## **AGRADECIMENTOS**

A conclusão do curso de Mestrado em Saúde Coletiva, em uma instituição como o ISC/UFBA, tem um significado especial para uma biomédica e sanitária, de uma cidade pequena no Oeste da Bahia, distante quase mil quilômetros da capital do estado, como inúmeros municípios de um Brasil com dimensões imensas, marcado por tantas desigualdades e vazios assistenciais.

Apesar da minha caminhada no serviço público de saúde ser de apenas oito anos, eu tenho aprendido muito durante o desempenho do meu serviço e, principalmente, com as pessoas com as quais e para as quais eu trabalho. Trabalhar e aprender no campo da Saúde Coletiva, para mim, é falar de subjetividades, pois entendo que é na relação entre as pessoas que a saúde se faz.

No campo em que propus semear meus sonhos, dedicar minha força de trabalho e buscar aprendizado, não conseguiria ser breve, tenho muito a agradecer.

A Deus, por sustentar minha fé e por plantar no meu coração a vontade incessante de aprender;

Aos meus pais, José Otoni e Onelia, meu porto seguro e alicerce, pelo exemplo de conduta, por cultivarem minha religiosidade, por me ensinarem desde cedo o valor da amizade e o quanto é importante respeitar o outro e ser uma pessoa de bem;

À minha irmã Leili, pela cumplicidade da vida toda, pela participação dedicada em todos os desafios que me proponho a enfrentar, inclusive neste, por não me deixar desistir dos meus sonhos e por me inspirar com a sua caminhada;

A meu irmão Temis, pela confiança, pelo exemplo de integridade, compromisso e respeito, por sempre desejar e fazer o melhor por mim;

À minha cunhada Rosanne, pela amizade, apoio e carinho;

À minha sobrinha Rafaella, por encher nossas vidas de doçura e alegria;

A meu pequeno Theo, melhor porção de mim, meu presente, meu motivo, meu alento, meu dom de Deus, minha inspiração, meu riso, meu filho;

À minha avó Terezinha, minha princesa, pela acolhida sempre doce, pelos conselhos e “dizeres” valiosos, com os quais nunca paro de aprender;

A Paulo, pelo companheirismo, paciência, incentivo e amor;

A meus tios Edmilson (Neném), Rudival (in memoriam), Idália (Ninha), Vera, Enelice (Preta) e seus esposos Valdeci e Florisvaldo (Loro) pela torcida; e a meus primos e primas, Fernando, Edeilton, Marília, Diana e Deivson, Deison e, em especial a Elizana e Terezinha por acompanharem de perto essa caminhada;

À amiga Ivana pelo carinho, apoio e companhia; à amiga Paula (Paulita) por me ver bem maior que sou, por me acompanhar e incentivar na busca pelo meu melhor; à Maria Magalhães, minha professora do Fisk, minha colega nas viagens para o trabalho em Lapa, em quem descobri uma amiga preciosa;

Aos colegas do mestrado: Altair, Anelisa, Christianne, Cláudio, Edimar, Izabel, Josiany, Jussara, Lyann, Márcia, Moacir (in memoriam), Neide, Nivia, Paula, Renata, Silvia, Simplicia, Susana e Thiago, pela oportunidade do aprendizado na convivência com cada um de vocês, pelos amigos que fiz;

À Prof<sup>a</sup>. Ana Luíza Vilasbôas, por transformar minha ansiedade em um projeto e por conduzir meus primeiros passos na construção de um instrumento de planejamento;

À Prof<sup>a</sup>. Ana Angélica, que enxergou minha ânsia, acolheu minhas angústias e aceitou o desafio de dar corpo e alma a meu trabalho;

Ao corpo docente do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA) nas pessoas do professor Jairnilson Paim e Carmen Teixeira que inspiram a militância no campo da Saúde Coletiva;

À Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH), por apostar na qualificação profissional para melhoria do cuidado;

Às Secretarias Municipais de Saúde de Santa Maria da Vitória – BA e Bom Jesus da Lapa – BA, nas quais trabalho, por me apoiarem e acreditarem na melhoria das práticas de saúde, através da Educação;

Aos colegas de trabalho da Agência Transfusional do Hospital Municipal Dr. José Borba de Santa Maria da Vitória – BA, que dividem comigo o desejo de superar os desafios para qualificar a atenção hemoterápica e hematológica em nossa região;

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus da Lapa – BA, em especial à minha colega de Ouvidoria SUS, a amiga Polyanna Miranda, grande incentivadora, enfrentou comigo as dificuldades em equacionar o desempenho de meu trabalho e a dedicação ao curso;

À equipe de coordenação do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do ISC/UFBA, que contribuiu com a ampliação do acesso à qualificação de profissionais de várias partes do país;

Por fim, agradeço aos usuários do SUS, cidadãos brasileiros para quem e por quem trabalhamos, em especial à população da região oeste da Bahia, também marcada pelas desigualdades sociais dentro do próprio estado e por interesses políticos muito pouco voltados para a diminuição das iniquidades em saúde.



“Tu bem sabes qual é a tua vocação, pois a  
sentes exercer pressão sobre ti. E, se a  
atraíçoas, é a ti que desfigurás.  
Mas fica sabendo que a tua  
verdade se fará lentamente (...).”

Antoine de Saint-Exupéry

## RESUMO

Dada a importância do planejamento na estruturação de Redes de Atenção à Saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), bem como do envolvimento dos atores sociais nesse processo, este estudo trata-se de um produto tecnológico que pode contribuir para a organização do planejamento regional participativo. O foco central do trabalho é instrumentalizar os atores regionais para a constituição da Rede de serviços de hemoterapia e hematologia (Hemorrede), em uma Região de Saúde. O locus proposto para intervenção é a Região de Saúde de Santa Maria da Vitória – BA. Para tanto, foi elaborado um plano de intervenção para a hemorrede pública, a partir de uma proposta-referência baseada no planejamento estratégico situacional e na análise da problemática relacionada à incipiência do planejamento regional participativo na construção dos serviços de saúde na região. O trabalho resultou em um guia que utilizará os “grupos de trabalho” como método de organização do processo de planejamento, o qual incorporou os seguintes atributos: participativo, agregador, acessível, compatível e flexível. Espera-se que o processo não se resuma à utilização ou aplicação de mais um instrumento, mas que inicie e facilite o diálogo, articulação e envolvimento dos atores regionais, elementos-chave na identificação, priorização e enfrentamento dos problemas da Hemorrede Regional como um dos componentes do processo de constituição das Redes de Atenção à Saúde na região, condizentes com a realidade do território e a proposta do SUS, por meio da incorporação efetiva do planejamento regional participativo nos espaços de gestão.

Palavras-chave: Planejamento Regional em Saúde, Redes de Atenção à Saúde, Hemorrede.

## **ABSTRACT**

Given the importance of planning in the structuring of Health Care Networks in the context of the Brazilian Unified Health System (SUS), as well as the involvement of stakeholders in this process, this study is a technological product that can contribute to the organization of participatory regional planning. The central focus of the work is equip regional actors to make up the blood therapy services network and hematology (Hemorrede) in a Health Region. The locus offered for intervention is the Health Region of Santa Maria da Vitoria - BA. To this end, an intervention plan for public blood (hemorrede) was drawn from a proposal reference based on the situational strategic planning and analysis of issues related to incipient participatory regional planning in the construction of health services in the region. The work resulted in a guide that will use the "working groups" as a method of organization of the planning process, which incorporated the following attributes: participatory, aggregator, affordable, compatible and flexible. It is expected that the process does not summarize the use or application of another instrument, but to initiate and facilitate dialogue, coordination and involvement of regional actors, key elements in identifying, prioritizing and addressing the problems of Regional public blood (Hemorrede) as one of components of the process of constitution of the Health Care Networks in the region, consistent with the reality of the territory and of the SUS, through the effective incorporation of participatory regional planning in the management of spaces.

**Keywords:** Regional Health Planning, Health Care Networks, Public Blood (Hemorrede).

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ASIS	Análise de Situação de Saúde
AT	Agência Transfusional
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CGR	Colegiado de Gestores Regionais
CIR	Comissão Intergestores Regionais
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COORD/PRH	Equipe de coordenação do plano regional da hemorrede
CTLD	Central de Triagem Laboratorial de Doadores
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DIVISA	Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental
GT	Grupos de Trabalho
HC	Hemocentro Coordenador
HEMOBA	Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia
HEMOCAD	Cadastro Nacional de Serviços Hemoterápicos
HEMORREDE	Rede de serviços de hemoterapia e hematologia
HR	Hemocentro Regional
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MTV/C	Magnitude, tecnologia disponível, valorização e custo estimado
NH	Núcleo de Hemoterapia
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NRS	Núcleo Regional de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PLANASHE	Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRH	Plano Regional da Hemorrede
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUF-V	Relevância, urgência, factibilidade e viabilidade
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SINASAN	Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados
SUS	Sistema Único de Saúde
UC	Unidade de Coleta
UCT	Unidade de Coleta e Transfusão
UFBA	Universidade Federal da Bahia

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Problemática da Incipiência de Planejamento Regional Participativo.....	21
Figura 2 – A estrutura operacional das redes de atenção à saúde.....	30
Figura 3 – Modelo de construção da proposta de organização do planejamento regional da Hemorrede.....	37

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Produtos dos grupos de trabalho nos momentos do planejamento.....	43
Quadro 2 – Acompanhamento das atividades e produção dos grupos de trabalho (modelo) .....	45
Quadro 3 – Levantamento de Atores Relevantes .....	47
Quadro 4 – Matriz de priorização de problemas de saúde da população - MTV/C.....	50
Quadro 5 – Matriz de priorização de problemas do sistema de saúde - RUF-V.....	50
Quadro 6 – Matriz para construção da árvore de problemas .....	51
Quadro 7 – Matriz de problemas e objetivos .....	53
Quadro 8 – Matriz para elaboração dos Módulos Operacionais .....	54
Quadro 9 – Matriz de análise de viabilidade .....	54
Quadro 10 – Quadro de metas .....	56
Quadro 11 – Previsão de custos por Módulo Operacional .....	57
Quadro 12 – Proposta orçamentária do plano .....	57
Quadro 13 – Resumo dos passos de execução do planejamento regional da hemorrede em uma região de saúde .....	61
Quadro 14 – Cronograma Geral do Planejamento Regional de Hemorrede .....	62
Quadro 15 – Cronograma e programação do grupo de trabalho (modelo) .....	62
Quadro 16 – Matriz de acompanhamento de indicadores .....	63

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultado da pesquisa na base Scielo .....	39
---	----

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA .....	14
1.2 JUSTIFICATIVA .....	22
1.3 OBJETIVOS .....	23
<b>2. ASPECTOS CONCEITUAIS DO PLANEJAMENTO E REGIONALIZAÇÃO....</b>	<b>24</b>
2.1 O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL .....	24
2.2 REGIONALIZAÇÃO, REGIÕES DE SAÚDE E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	25
<b>3. REDE DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA .....</b>	<b>31</b>
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>36</b>
4.1 MODELO DE CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA .....	36
4.2 PASSOS METODOLÓGICOS .....	38
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>42</b>
5.1 ORGANIZAÇÃO DOS GRUPOS DE TRABALHO .....	43
5.2 OS MOMENTOS DO PLANEJAMENTO .....	46
5.3 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO .....	58
5.4 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO .....	62
<b>6. RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>67</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>70</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Conceber a saúde como direito de todos e dever do Estado requer a ruptura e/ou questionamento das racionalidades predominantes na forma como se prestava assistência à saúde no Brasil, com mudança de práticas para viabilizar a proposta da Reforma Sanitária Brasileira no movimento de criação do campo da Saúde Coletiva, que tem como grande espaço de criação/intervenção e de contradição, o Sistema Único de Saúde – SUS, criado pela Constituição Federal de 88 e regulado pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (BAPTISTA; AZEVEDO e MACHADO, 2015).

A construção desse sistema, no qual a saúde é assumida como bem público e sujeita a determinantes e condicionantes sociais, tem como diretrizes a descentralização político-administrativa, o atendimento integral e a participação popular, os quais orientam a organização de ações e serviços públicos de saúde integrados numa rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988).

A regionalização da assistência, além de ser um dos princípios organizativos do SUS, foi assumida como uma *“macro estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização”* (SOUZA, 2002, p.80) do sistema de saúde, de modo a induzir *“a organização de redes funcionais, perpassando as fronteiras municipais, a fim de facilitar e garantir o acesso dos cidadãos à atenção integral, bem como fomentar comportamentos cooperativos entre os gestores”* (BRASIL, 2001a, p.101).

Embora tenha trazido a tomada de decisão para mais perto das necessidades de saúde locais, a descentralização trouxe à gestão uma maior responsabilidade sobre os problemas de saúde em seu território. Desse modo, exige-se dos gestores mais capacidade de condução para vencer os desafios impostos ao sistema de saúde brasileiro.

De fato, o processo de consolidação do SUS tem exigido, além da mudança na concepção de saúde e no modelo de atenção, um novo olhar sobre a gestão do sistema, possibilitando a incorporação de tecnologias para seu aprimoramento, que apontam para a necessidade de se institucionalizar o planejamento em saúde nas



organizações públicas. Essa percepção também é observada em estudos que relacionam a fragilidade da capacidade de governo da equipe dirigente à ausência de práticas estruturadas de planejamento nas instituições (VILASBÔAS; PAIM, 2008).

Ao estudar o planejamento em instituições hipercomplexas, como Secretarias Estaduais de Saúde, Rocha (2008) assinala que a existência de subordinação técnica às classes dominantes impede o exercício do planejamento para mudança, como apontaram também Kalil e Paim (1987) e Coelho (2001), configurando-o como prática sobre instrumentos, muitas vezes restringindo-se *“a um grupo ou setor, baseado em um saber prático”* (SCHRAIBER, 1999 apud ROCHA 2008, p.21).

Machado et. al. (2010, p.2370) chamam a atenção para os avanços do planejamento nem sempre coincidentes com mudanças estruturais e destaca que *“a implantação inicial do Sistema Único de Saúde se deu em um contexto desfavorável à expansão de políticas sociais universalistas”*, paralela à crise do Estado, no qual o modelo de intervenção do Ministério da Saúde *“expressou uma fragilidade do planejamento integrado e a preponderância de estratégias de curto prazo.”*

Por outro lado, como comenta Teixeira (2010), ainda que as instituições públicas, marcadas pelo clientelismo, patrimonialismo e amadorismo gerencial em muitos setores, dificultem a institucionalização efetiva do planejamento na cultura organizacional das esferas de gestão, a intensificação do processo de consolidação do SUS tem ampliado as discussões e experiências acerca das concepções e propostas metodológicas de planejamento em saúde.

Paralelamente, no meio acadêmico, também se ampliou e diversificou esse debate, inclusive com o desenvolvimento de cursos e consultorias a instituições gestoras do SUS, o que o configura como um *“grande ‘laboratório’, onde são testadas, validadas ou rejeitadas propostas conceituais e metodológicas de planejamento, programação, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde”* (TEIXEIRA, 2010, p.12).

Jesus e Teixeira (2010, p.2384) citam a cooperação técnica de parceiros institucionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA), com a gestão pública para a condução das práticas de planejamento, e reforçam que este *“vem se constituindo em um espaço de inovação metodológica e organizacional, contemplando a incorporação e*

*experimentação de técnicas e instrumentos oriundos de diversas correntes de pensamento na área”.*

Esses autores também trazem a cooperação técnico-científica para utilização do planejamento no processo de condução política, em estudo de caso realizado sobre o processo de formulação do Plano Estadual de Saúde da Bahia, PES 2008-2011, retratando sua importância no fortalecimento da vontade política no que diz respeito ao uso dessa ferramenta (JESUS e TEIXEIRA, 2014).

Em termos conceituais, como aponta Vilasbôas e Paim (2008), o planejamento apresenta várias denominações nas literaturas nacional e latino-americanas, entretanto, *“o que há de comum nessas definições é a ideia do planejamento como uma forma de orientação da ação humana, dirigida para o alcance de uma dada finalidade”* (VILASBÔAS; PAIM, 2008, p.1240), o que revela seu caráter social.

As dimensões social e técnica do planejamento vão ao encontro da necessidade de qualificação da gestão do sistema de saúde, uma vez que se configura como *“instrumento de racionalização da ação humana”* e permite *“desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação”* (VILASBÔAS, 2004, p.04), com o intuito de intervir numa dada realidade.

Nesse sentido, o planejamento em saúde pode se constituir em ferramenta fundamental no processo de consolidação do SUS para qualificar os processos de trabalho nos espaços de gestão, desde a gerência dos serviços até as esferas de governo, bem como fortalecer a articulação entre os entes federados, o que pode ser evidenciado na abordagem de Vieira (2009):

*A discussão do planejamento em saúde no SUS parece já ter ultrapassado as questões metodológicas, quanto à definição de instrumentos para sua realização, evidenciando-se na atualidade a necessidade de definição de fluxos e mecanismos de interligação entre os diversos atores, tanto do ambiente interno quanto externo a cada esfera de governo. (VIEIRA, 2009, p.1570)*

No contexto atual, a colocação de Vieira (2009) nos sugere a aceitação do planejamento enquanto ferramenta de gestão, com uma disponibilidade diversa de métodos e instrumentos, porém com lacuna cada vez mais evidente na articulação entre os atores para sua efetivação.

Em contrapartida, ao analisar a trajetória do planejamento nacional da política de saúde no Brasil, Machado et. al. (2010) afirmam que ainda é preciso avançar nos instrumentos de planejamento, mas reforçam a necessidade de melhoria na regulação e financiamento para a constituição de sistemas públicos regionais.

A articulação interfederativa é prevista no Decreto nº 7.508/2011, que orienta a organização das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, pactuados em espaços de gestão compartilhada – Comissões Intergestores, com o processo de planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal (BRASIL, 2011).

Esse instrumento normativo aborda o processo de Regionalização, alinhado ao planejamento para a constituição das Redes de Atenção à Saúde, numa perspectiva de gestão solidária entre os entes federados e de fortalecimento do espaço regional, representado pelas Regiões de Saúde.

Um dos fatores que reitera a importância do planejamento para a constituição de Redes de Atenção à Saúde, concentra-se na sua capacidade de “*articular sujeitos sociais em torno de um projeto comum (deslocamento de áreas de poder institucional pela ação comunicativa)*” (ROCHA, 2008, p.44), o que configura os espaços de gestão regional como locus privilegiado para a consolidação das práticas de planejamento centradas no território.

Vianna e Lima (2013, p.1027) reforçam que a potencialidade dessas instancias de negociação (comissões intergestores regionais) para o fortalecimento do “*enfoque territorial no planejamento em saúde, com incorporação de diferentes atores políticos pertencentes às regiões, sugere o espaço regional como locus de formulação e implementação de políticas.*”

Embora alguns mecanismos estejam voltados para a regionalização cooperativa, como a instituição das Comissões Intergestores Regionais – CIRs (antigos CGRs – Colegiado de Gestores Regionais) e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP, ainda não se percebem avanços significativos no planejamento em saúde, no âmbito regional, o que se constitui como um dos entraves para a organização do sistema de saúde.

Em estudo realizado na CIR da região de saúde de Vitória da Conquista-BA, Santos e Giovanella (2014, p.626) apontam avanços tímidos no fortalecimento da rede regional de serviços de saúde e redução das reuniões a discussões pontuais, com um subaproveitamento da comissão, a qual “*permaneceu como recinto*

*burocrático, com pautas induzidas por política nacional/estadual, com insuficiência de espaço para diálogo sobre as causas dos problemas específicos da região”.*

A propósito, outros estudos evidenciam a aproximação dos gestores municipais com maior viabilidade para ações integradas, a partir do locus regional, porém não se percebe uma atuação mais autônoma de instâncias colegiadas em relação à definição de projetos regionais que considerem as especificidades do território, como sugere estudo realizado por Vianna e Lima (2013) em colegiados de gestão regional (CGR) no estado do Rio de Janeiro. O referido estudo aponta que:

[...] as principais discussões nos CGRs se concentraram prioritariamente em temas como definição de referências intermunicipais, Programação Pactuada Integrada da Assistência e Regulação da rede assistencial. Nesse contexto, o planejamento regional, incluindo a elaboração de um diagnóstico, definição de prioridades, metas, responsabilidades e recursos necessários, não recebeu tanto destaque. (VIANNA; LIMA, 2013, p.1040)

Ainda sobre a atuação dessas comissões é preciso considerar a ausência de grupos técnicos de caráter permanente, a carência de instrumento regional de planejamento e investimento, a rotatividade dos secretários de saúde – que compromete o acúmulo de conhecimento e o aprendizado institucional, e a baixa autonomia dos secretários frente ao executivo municipal – poucos são gestores do Fundo Municipal de Saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Um país tão diverso, com um sistema de saúde voltado à produção do cuidado universal, integral e de qualidade para os cidadãos, e que se propõe a superar as desigualdades regionais, precisa considerar, na organização de seus serviços, as especificidades de cada território, tanto de recursos naturais, humanos, tecnológicos e financeiros, quanto suas características socioculturais, econômicas e políticas, como reforçam Machado et. al. (2010):

[...] ressalte-se a fragilidade da lógica territorial no planejamento em saúde, que reflete um fenômeno mais geral de limitada apropriação da dimensão territorial no planejamento nacional. É premente a retomada da abordagem territorial com vistas à formulação de políticas diferenciadas segundo necessidades regionais e a realização de investimentos para a redução das desigualdades em saúde. Em um país imenso, heterogêneo e desigual, essas são questões críticas a serem enfrentadas para que o planejamento seja uma prática transformadora da realidade social. (MACHADO et. al., 2010, p.2381)

Nesse contexto, é preciso considerar o viés competitivo intra e interregional, o qual se estabelece não apenas na saúde, mas em todos os setores no espaço

nacional. Rocha Neto e Borges (2011) trazem uma contribuição importante sobre as intervenções no processo de Regionalização no país e a “competitividade espacial”, quando comentam:

Na década de 1990, essas intervenções, relacionadas ao desenvolvimento regional, ganham uma conotação mais setorial, dificultando sobremaneira o ordenamento do território. Esse momento marca o fim do planejamento regional no modelo tradicional e procura, sob a égide de novas orientações ideológicas, indicar diferentes usos dos territórios de acordo com agentes hegemônicos, evidenciando um caráter fragmentado nos processos de desenvolvimento regional, alimentando um discurso de “competitividade espacial” que resultou na exclusão de determinados lugares e setores produtivos. (ROCHA NETO; BORGES, 2011, p.1641)

Outro ponto que precisa ser acrescentado a esse processo é o papel da municipalização da saúde, que rompeu com o centralismo na gestão do sistema, porém se deu de forma competitiva e pouco solidária (MENDES, 2009 apud SANTOS; CAMPOS, 2015). Essa competitividade excludente reforça as desigualdades regionais e dificulta a articulação entre os entes federados, os quais competem entre si por recursos e ainda não conseguem retirar o planejamento regional do plano normativo, como reforçam Santos e Giovanella (2014):

No Brasil, o atraso da regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) arrefeceu a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, amplificando disputas entre os municípios por recursos, ao invés de conformar uma rede interdependente e cooperativa. Assim, a ausência de planejamento regional para as estratégias de descentralização no SUS acirrou as desigualdades dos entes subnacionais, fragilizou e comprometeu o papel das esferas estaduais, resultando, desde 1990, em milhares de sistemas locais isolados sem capacidade de gestão para viabilizar a integralidade e sem mecanismos e *expertise* para conformação de redes intermunicipais. (VIANA et al., 2010 apud SANTOS e GIOVANELLA, 2014, p.624)

Até aqui, percebe-se uma dissociação entre planejamento em saúde e articulação entre os atores, uma vez que precisam andar atrelados nos espaços de gestão regional para que se consiga descrever os problemas de saúde mais próximos da realidade da região, discutir formas de enfrentamento e mobilização de recursos, buscando organizar os serviços de saúde em redes integradas e de forma regionalizada.

O planejamento de ações que respondam às demandas em saúde de um dado território, alinhadas aos propósitos do SUS, requer a participação dos atores

envolvidos, bem como a articulação entre os entes federados que possa garantir a pactuação interfederativa para a efetivação do que foi planejado.

Assim, a incipiência desse planejamento de forma integrada e participativa acaba comprometendo a efetividade dos serviços nas Regiões de Saúde, uma vez que não consegue abarcar todas as necessidades loco regionais, nem tão pouco garantir a resolutividade das redes de atenção, cuja integração dos serviços contribui para a integralidade no cuidado.

Ademais, no ambiente acadêmico, a relevância do planejamento como forma de articular os atores e os serviços nas redes de atenção à saúde já é discutida em muitos cursos voltados para a gestão de sistemas e serviços de saúde, contexto no qual a problemática do presente trabalho foi inspirada.

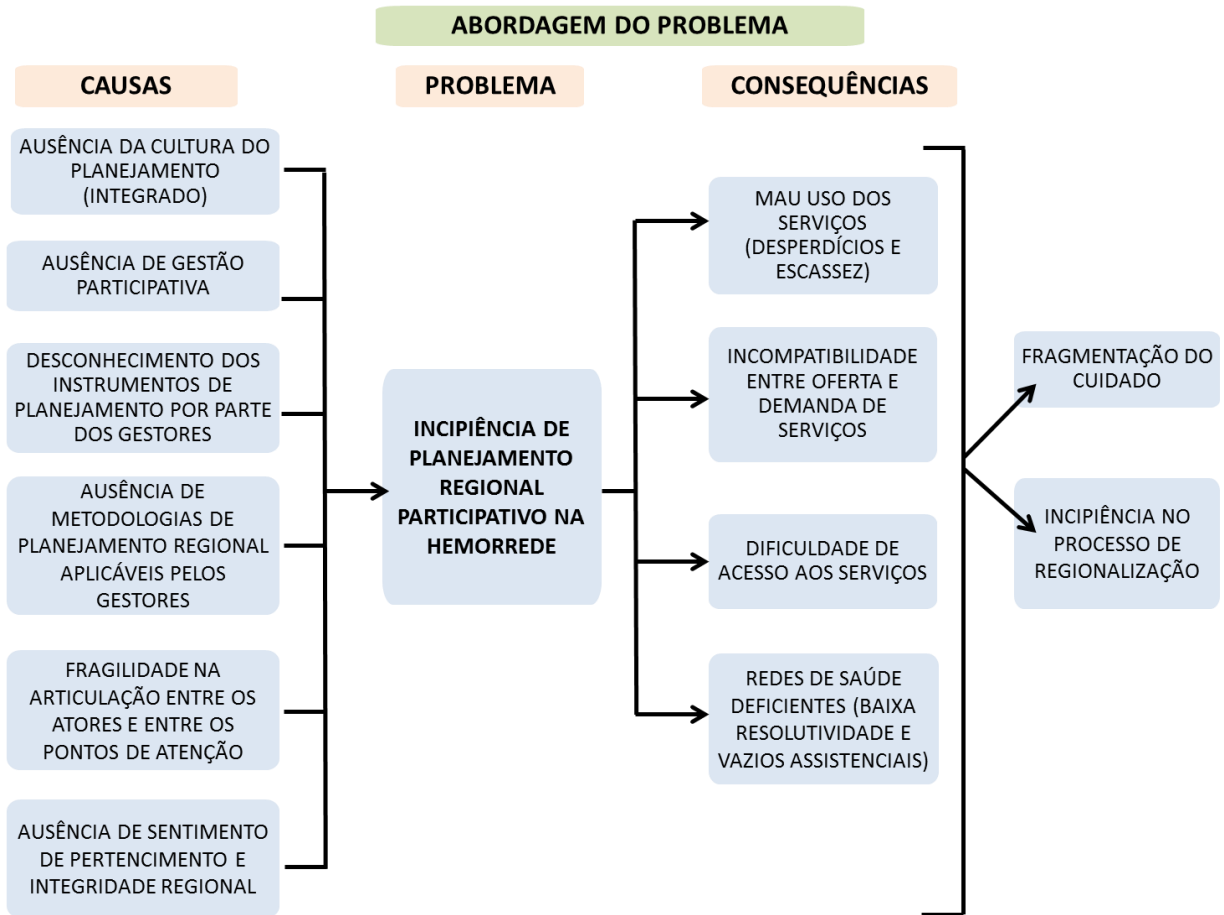
A problemática referida assume como problema a *incipiência de planejamento regional participativo*, elegendo uma rede temática específica e uma região de saúde como locus de estudo, e pautou-se nas discussões em grupo, propostas pelas disciplinas de Planejamento e Programação em Saúde e Análise da Situação de Saúde, do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, com concentração em Gestão de Sistemas de Saúde e ênfase em Serviços de Hemoterapia, ministrado pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia, cuja turma teve início no ano de 2013.

Tais discussões, voltadas para a temática do curso, levaram à construção em grupo de uma rede explicativa de problemas que envolviam a Hemorrede (rede de serviços de hemoterapia e hematologia), a qual foi validada pelas referidas disciplinas, sendo posteriormente refinada pela autora, que priorizou, dentro da rede explicativa, a incipiência das práticas de planejamento como problema e introduziu novos elementos para a construção da problemática do trabalho (Figura 1).

Considerando a abordagem do problema proposta pela Figura 1, a incipiência de planejamento regional participativo pode ser apontada como uma das causas da fragmentação do cuidado e da fragilidade no processo de regionalização da assistência que se observam no cenário de saúde atual.

Isso pode ser evidenciado pelo mau uso dos serviços, ora por sua escassez, ora pelo desperdício; incompatibilidade entre oferta e demanda; dificuldade de acesso aos serviços; e Redes de Saúde deficientes, algumas marcadas por baixa resolutividade e vazios assistenciais.

**Figura 1 – Problemática da Incipiência de Planejamento Regional Participativo**



Fonte: elaborado pela autora, 2014.

É importante lembrar que os problemas de saúde não se distribuem igualmente no território nacional, sendo fundamental o olhar dos atores sociais sobre a situação de saúde e na determinação dos problemas de saúde na região. A diversidade de olhares sobre o problema pode contribuir no enfrentamento do mesmo, sobretudo quando se viabiliza o diálogo entre os atores envolvidos na realidade abordada.

Entretanto, percebe-se no cotidiano dos serviços a ausência da cultura do planejamento integrado e da gestão participativa, o que interfere na articulação entre os atores, entre os pontos de atenção e, de certo modo, dificultam a existência de sentimento de pertencimento e integridade regional (Figura 1).

Embora a prática do planejamento tenha ganhado mais espaço no cenário da saúde, percebe-se uma apropriação muito incipiente, e por vezes ausente, desses

conteúdos teórico-práticos pelas equipes de gestão, seja pelo desconhecimento dos instrumentos de planejamento, seja pela ausência de metodologias de planejamento regional aplicáveis pelos gestores. Isso pode ser constatado quando comparamos o volume de material científico e normativo produzido na área de planejamento em saúde, por no mínimo nos últimos 20 anos, com as evidências de práticas de planejamento observadas dentro do sistema de saúde em nosso país.

Essa distância entre o conhecimento produzido na área de planejamento e sua incorporação pelos gestores e profissionais da saúde, além dos conteúdos já discutidos nesse capítulo, levou à hipótese da necessidade de instrumentalizar os atores para o planejamento regional participativo, como resposta à problemática assumida, conduzida a partir da seguinte pergunta de investigação: “Como instrumentalizar os atores para o processo de planejamento regional participativo da hemorrede pública, em uma Região de Saúde?”

Como resposta a essa questão, o trabalho propôs a elaboração de uma proposta de organização do planejamento, com uma metodologia de aplicação no espaço regional, como será descrito mais adiante.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

Como exposto anteriormente, o planejamento é uma importante ferramenta de gestão do sistema de saúde, fundamental para a constituição de Redes de Atenção à Saúde, cuja resolutividade é influenciada pelo modo de planejar/organizar os serviços. Assim, o planejamento desenvolvido no âmbito regional e com a participação dos atores sociais do território pode conferir maior alcance das demandas locais, bem como maior mobilização para o enfrentamento dos problemas de saúde na região.

No contexto da hemorrede, na Região de Saúde Santa Maria da Vitória-BA, a incipiência desse planejamento constitui-se em prejuízo bastante relevante para a população, visto que a insuficiência na atenção hemoterápica e hematológica pode comprometer a atenção à saúde na região, não só para essa rede temática como para todas as redes de atenção à saúde, como será discutido mais adiante, no capítulo 3.



Assim, a escolha da incipiência do planejamento regional participativo da hemorrede como problema foi motivada pelo seu reflexo negativo no estado de saúde da população, uma vez que compromete a organização de serviços de saúde que sejam capazes de produzir cuidado integral para todos os cidadãos, como preconiza o Sistema Único de Saúde. Além disso, a abordagem voltada para a Rede de Serviços de Hemoterapia e Hematologia (Hemorrede) vai de encontro à temática proposta pelo curso de Mestrado, no qual a autora está inserida, assim como se relaciona com sua prática profissional, visto que faz parte da equipe de uma unidade da Hemorrede pública da Região de Saúde Santa Maria da Vitória-BA, motivo pelo qual essa região foi escolhida como locus de estudo.

### 1.3 OBJETIVO

O foco de intervenção deste trabalho centrou-se na instrumentalização do planejamento, por meio da elaboração de uma Proposta de Organização do Planejamento Regional para constituição da Rede de serviços de hemoterapia e hematologia (Hemorrede), em Regiões de Saúde.

Nessa perspectiva, podemos destacar como objetivo do trabalho:

- Elaborar uma proposta de organização do planejamento regional participativo que instrumentalize os atores regionais para a constituição da hemorrede pública, na região de saúde na qual estão inseridos.

## 2 ASPECTOS CONCEITUAIS DO PLANEJAMENTO E REGIONALIZAÇÃO

### 2.1 O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

O ponto de partida do trabalho assume como referência o enfoque situacional proposto por Carlos Matus, cuja concepção de planejamento assume a existência de múltiplos atores, combinando entre eles ações estratégicas e comunicativas para o enfrentamento de problemas, a partir de consensos, com a definição de objetivos e alternativas de ação para alcançá-los (TEIXEIRA, 2010).

Cabe ressaltar que o enfoque situacional não é aplicável a toda realidade, pois a problemática que ele se propõe a representar é a do conflito na mudança situacional (MATUS, 1993a). Isso porque necessita de um espaço democrático, no qual os atores inseridos tem alguma possibilidade de interação e intervenção.

Baseado nesse enfoque e na noção de “momentos” do processo de planejamento, Matus desenvolveu a proposta de “Planejamento Estratégico Situacional”, difundida no Brasil desde os anos 90, também conhecida pela sigla PES.

Sua utilização requer o entendimento do conceito de “ator social”, “situação” e “problema”, adotados pelo autor, como resume Vilasbôas:

**Ator social:** uma pessoa, grupamento humano ou instituição que, de forma transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos em uma determinada situação ou realidade;

**Situação:** é um conjunto de problemas e/ou necessidades tal como são compreendidos a partir da perspectiva dos atores sociais interessados em intervir sobre um determinado recorte da realidade;

**Problema:** algo considerado fora dos padrões de normalidade para os atores sociais que estão analisando a situação. Esses padrões são definidos a partir do conhecimento, do interesse e da capacidade de agir do ator sobre uma dada situação. (VILASBÔAS, 2004)

O PES está estruturado em quatro momentos do processo de planejamento, os quais *“encadeiam-se e formam circuitos repetitivos para ajudarem-se mutuamente e passar sempre a um momento distinto”* (MATUS, 1993b, p.297). Em outras palavras, não seguem o padrão sequencial, mas simultâneo e contínuo.

Matus também afirma que todos os momentos possuem uma dimensão de explicação da realidade, a qual é pertinente para a ação, como exposto a seguir:

**Momento explicativo** (foi, é, tende a ser) – explicação da realidade pelos atores envolvidos;

**Momento normativo** (deve ser) – explicação dos fundamentos do desenho elaborado e dos motivos para o descarte dos outros desenhos;

**Momento estratégico** (pode ser) – explicação das dificuldades para construir viabilidade para o desenho elaborado;

**Momento tático-operacional** (fazer) – explicação de como se dá a execução do que foi decidido. (MATUS, 1993b, pg.297, 304).

Nessa perspectiva, o enfoque situacional proposto por Carlos Matus é pertinente ao planejamento regional, representado por um território com municípios de realidades diversas e múltiplos atores sociais, com interesses distintos e por vezes conflituosos. A possibilidade de enfrentamento dos problemas, por meio de propostas consensuais, pode ser aplicada no espaço regional, onde se pretende o exercício da gestão compartilhada.

## 2.2 REGIONALIZAÇÃO, REGIÕES DE SAÚDE E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

No plano retórico, a regionalização da assistência constitui-se como importante estratégia de organização do Sistema Único de Saúde, uma vez que pretende orientar o processo de descentralização político-administrativa, com vistas a garantir o acesso integral e equânime às ações e serviços de saúde para todo cidadão, como estabelece a Constituição Federal de 88 e a Lei nº 8.080/90.

Apesar de sua relevância, reconhecida também pelos instrumentos que normatizam a operacionalização do sistema (NOB – Norma Operacional Básica e NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde), a regionalização ganhou maior destaque na política nacional a partir dos anos 2000, sobretudo com o Pacto pela Saúde, criado em 2006.

O Pacto, composto por três dimensões (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS), constitui um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado nas três esferas de gestão. Renovado anualmente, estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, numa permanente negociação local, regional, estadual e federal, e cooperação entre gestores (BAHIA, 2014a).

O Pacto de Gestão do SUS adotou a regionalização da assistência como eixo estruturante, a qual objetiva a garantia do direito à saúde, com redução das desigualdades sociais e territoriais, através da identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde (BRASIL, 2006).

Com a contribuição de Machado et.al., Carneiro et. al.(2014, p.59) comentam sobre um novo momento da regionalização brasileira representado pelo Pacto pela Saúde, *“dado que resgata o conteúdo político desse processo ao mesmo tempo em que define que a organização territorial do sistema deve levar em conta a diversidade na busca pela complementaridade de ações.”*

Discute também a importância do planejamento para o desenvolvimento regional e concretização dos compromissos assumidos pelos gestores quanto à garantia do acesso e integralidade das ações em saúde. Entretanto, o Pacto não estabelece a elaboração de um Plano de Saúde regional, mas a utilização de instrumentos de planejamento regional, a saber:

- a) Plano Diretor de Regionalização (PDR);
- b) Plano Diretor de Investimento (PDI);
- c) Programação Pactuada Integrada (PPI).

O Pacto previa ainda a existência de um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária, o Colegiado de Gestão Regional – CGR, composto por todos os gestores municipais de saúde dos municípios que integram a Região de Saúde e por representantes da gestão estadual, hoje designado Comissão Intergestores Regionais – CIR.

Contudo, embora se reconheça a potencialidade dessas instâncias de negociação para a organização da atenção à saúde na região, estudos revelam que esses espaços ainda não expressam autonomia na elaboração de projetos relacionados às necessidades específicas do território, como discutido no capítulo anterior, limitando-se ao cumprimento do planejamento normativo.

Machado et. al. (2010) acrescentam a fragilidade na articulação entre os entes federados, dissociada do planejamento, o qual por si só não garante a gestão compartilhada e co-responsabilização pretendida pelo Pacto, mas que necessita de solidariedade entre os entes para a elaboração de compromissos.

Embora a pactuação federativa seja a principal estratégia e o eixo transversal das proposições do pacto, a base para a elaboração dos compromissos é a expectativa de solidariedade entre os entes e não o planejamento nacional, estadual ou local. Um dos pontos frágeis da proposta, portanto, é o descolamento entre os processos de planejamento e de pactuação intergovernamental. (MACHADO et al, 2010, p.2376)

As autoras ainda comentam sobre a falta de clareza entre os processos de regionalização e a celebração dos pactos, bem como a atuação das instâncias de negociação regional:

Por fim, não estão claras as relações entre os processos de regionalização e de celebração dos pactos, visto que, nas bases atuais, este último pode ocorrer sem que o primeiro seja de fato fortalecido. Os Colegiados de Gestão Regional, em implantação nas regiões de saúde intraestaduais, ainda não apresentam estrutura e recursos que permitam o desenvolvimento de parcerias e a resolução de conflitos federativos. Falta avançar nos instrumentos de planejamento, regulação e financiamento propostos para a conformação de sistemas públicos de saúde regionais em diferentes recortes territoriais (MACHADO et al, 2010, p.2376).

Segundo o Decreto nº 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, uma **Região de Saúde** deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde, onde estarão compreendidas as **Redes de Atenção à Saúde**, considerando os seguintes conceitos:

**Região de Saúde** – é 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 infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

**Rede de Atenção à Saúde** – conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011).

Entre outras providências, o decreto trata do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa, contemplando mecanismos voltados à regionalização da assistência, num esforço de retomada e/ou fortalecimento do processo.

Apesar dos instrumentos normativos do SUS orientarem a organização de redes regionalizadas e articuladas em níveis de complexidade crescentes, muito se

tem discutido sobre a concepção de rede, hierarquização e ideia de complexidade da atenção.

Mendes (2011, p.82) traz a concepção de níveis de atenção com densidades tecnológicas diferentes, ao invés da ideia de complexidade, que pode levar a uma interpretação do serviço como mais complicado ou mais simples, mais importante ou mais caro. Este autor traz a definição de Rede de Atenção à Saúde – RAS como *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”*.

Fleury e Ouverney (apud RIVERA e ARTMANN, 2010, p.2271) caracterizam redes como *“sistemas não hierárquicos, essencialmente cooperativos, intensivos em informação e comunicação, em que se destaca a permanente busca de reconhecimento do outro.”*

Castells (1999, p.502) define rede como *“um conjunto de nós interconectados”* e destaca a importância dos fluxos existentes dentro da rede, com locais intercambiadores que garantam a interação entre os pontos, e as funções estratégicas que cada nó desempenha.

Misoczky (2001) destaca o caráter político na adoção de redes pela administração pública, *“já que alterariam as relações de poder e as relações entre a sociedade e a administração pública, visto que estariam centradas na cooperação através da parceria e não na hierarquia”* (apud GOULART et al., 2010, p.394).

Segundo Mendes (2011, p.85) as RAS são compostas por três elementos essenciais: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. A população é adscrita, sob responsabilidade da RAS, *“vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários”*. O modelo de atenção à saúde utilizado depende da lógica adotada para o sistema de saúde compatível com a organização dos serviços em rede.

A estrutura operacional das RAS é constituída por cinco componentes (MENDES, 2011):

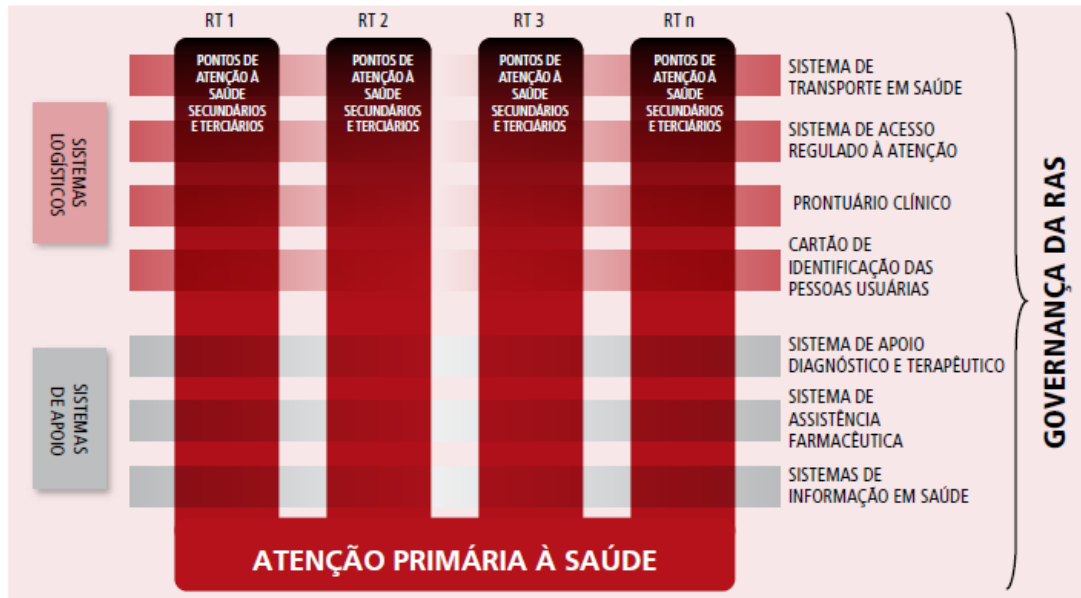
- a) *Centro de comunicação*, representado pela APS – Atenção Primária à Saúde (unidades da Atenção Básica ou Estratégia de Saúde da Família), a qual deve

desempenhar três papéis essenciais: resolutivo, organizador e de responsabilização;

- b) *Pontos de atenção à saúde*: são os nós da rede, prestam um serviço singular, conforme função de produção específica, por exemplo o domicílio, a unidade básica de saúde, a unidade ambulatorial especializada, a unidade ambulatorial de pronto atendimento, o hospital/dia, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), entre outros;
- c) *Sistemas de apoio*: prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção nos campos de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde;
- d) *Sistemas logísticos*: garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e usuários nas redes de atenção à saúde, representados pelo cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde;
- e) *Sistema de governança*, referente ao arranjo organizativo interinstitucional (macro e microrregionais) que permita a governança de todos os componentes das redes de atenção à saúde, diferente da gerência dos pontos de atenção.

Na Figura 2 podemos observar a representação gráfica da estrutura operacional das redes de atenção, com os pontos de atenção presentes nas redes temáticas, sendo perpassados pelos sistemas de apoio aos serviços e pelos sistemas que interligam todos os nós da rede, coordenados pela Atenção Primária à Saúde.

**Figura 2 – A estrutura operacional das redes de atenção à saúde**



Fonte: Mendes, 2011, p.86.



### **3 REDE DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA – HEMORREDE**

Como discutido anteriormente, as RAS são estruturadas para oferecerem um ciclo completo de atendimento, voltado a uma condição de saúde específica (PORTER e TEIDBERG, 2007 apud MENDES, 2011), desenvolvendo um cuidado contínuo e integral, as quais apresentam em comum a Atenção Primária à Saúde como seu centro de comunicação (MENDES, 2011).

Desse modo, como mostra a Figura 2, as redes de atenção à saúde são construídas tematicamente, como as redes de atenção às doenças cardiovasculares, as redes de atenção à saúde materno-infantil, entre outras, onde também se incluem as redes de atenção hemoterápica e hematológica.

Essa construção temática não tem a ver com a concepção de programas verticais, cujas ações são dirigidas, supervisionadas e executadas exclusivamente por recursos especializados (MILLS, 1983 apud MENDES, 2011), o que seria incompatível com as RAS, uma vez que somente os pontos de atenção secundário e terciário são temáticos, enquanto os demais componentes são comuns às outras redes e organizados de forma transversal (MENDES, 2011).

Escolhida como objeto deste trabalho, a rede de serviços de hemoterapia e hematologia – Hemorrede é constituída de ações e serviços voltados para a atenção hemoterápica e hematológica, sendo organizada, no âmbito do SUS, de forma regionalizada e hierarquizada, em consonância com os princípios e diretrizes que regem o sistema de saúde brasileiro.

Ao contrapor a temática da Hemorrede com os componentes das Redes de Atenção à Saúde estudados, percebemos uma particularidade importante: seu duplo papel na composição das RAS, na qual assume, ao mesmo tempo o papel de sistema de apoio, com destaque para a produção de hemocomponentes e hemoderivados (para atenção hemoterápica), e de ponto de atenção, referente ao cuidado das doenças hematológicas.

Essa peculiaridade da Hemorrede nos remete a um nível de organização diferenciado dos serviços e do processo de planejamento regional, o qual deve considerar seu duplo papel dentro das redes de atenção na Região de Saúde.

A estruturação da Hemorrede é variável em cada território, visto que as características das regiões brasileiras são bastante distintas, levando-se em conta

fatores como disponibilidade de recursos, Plano Diretor de Regionalização, logística de transporte, capacidade instalada, demanda por serviços, entre outras variantes.

A Resolução RDC/ANVISA nº 151 de 21 de agosto de 2001(b), que aprova o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia, define a nomenclatura e conceituação dos serviços que integram a hemorrede nacional como apresentado a seguir:

**1. Hemocentro Coordenador - HC:** entidade de âmbito central, de natureza pública, localizada preferencialmente na capital, referência do Estado na área de Hemoterapia e/ou Hematologia, devendo também prestar serviços na área de ensino e pesquisa, formação de RH, controle de qualidade, suporte técnico, integração das instituições públicas e filantrópicas, e apoio técnico na formulação da Política de Sangue e Hemoderivados no Estado, de acordo com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados - SINASAN e o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados - PLANASHE e em articulação com as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica.

**2. Hemocentro Regional - HR:** entidade de âmbito regional, de natureza pública. Deverá coordenar e desenvolver as ações estabelecidas na Política de Sangue e Hemoderivados do Estado para uma macrorregião de saúde, de forma hierarquizada e de acordo com o SINASAN e o PLANASHE. Poderá encaminhar a uma Central de Triagem Laboratorial de Doadores (CTLD) as amostras de sangue para realização dos exames.

**3. Núcleo de Hemoterapia - NH:** entidade de âmbito local ou regional, de natureza pública ou privada, para atuação microrregional na área de hemoterapia e/ou hematologia. Deverá desenvolver as ações estabelecidas pela Política de Sangue e Hemoderivados no Estado, de forma hierarquizada e de acordo com o SINASAN e o PLANASHE. Poderá encaminhar a uma CTLD as amostras de sangue para realização dos exames.

**4. Unidade de Coleta e Transfusão - UCT:** entidade de âmbito local, de natureza pública ou privada, localizada em hospitais ou pequenos municípios, que realiza coleta de sangue total e transfusão, devendo encaminhar para a realização da triagem laboratorial dos marcadores para as doenças infecciosas a um Serviço

de Hemoterapia de referência. Poderá ou não processar o sangue total e realizar os testes imuno-hematológicos dos doadores.

**5. Unidade de Coleta - UC:** entidade de âmbito local, que realiza coleta de sangue total e encaminha para processamento e realização dos testes imuno-hematológicos e de triagem laboratorial dos marcadores para as doenças infecciosas a um Serviço de Hemoterapia de referência. Se a UC for móvel, deverá ser pública e estar ligada a um Serviço de Hemoterapia. Se for fixa, poderá ser pública ou privada.

**6. Central de Triagem Laboratorial de Doadores - CTLD:** entidade de âmbito local, regional ou estadual, pública ou privada, à qual compete a realização dos exames de triagem das doenças infecciosas nas amostras de sangue dos doadores coletado na própria instituição ou em outras. A realização de exames para outras instituições só será autorizada mediante convênio/contrato de prestação serviço, conforme a natureza das instituições.

**7. Agência Transfusional - AT:** localização preferencialmente intra-hospitalar, de natureza pública ou privada, cuja função é armazenar, realizar testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfundir os hemocomponentes liberados. O suprimento de sangue das ATs será realizado pelos Serviços de Hemoterapia de maior complexidade.

No Estado da Bahia, onde está inserida a Região de Saúde de Santa Maria da Vitória, escolhida como referência para o presente trabalho, a responsável pela aplicação da Política Nacional do Sangue é a Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia – Hemoba, a qual faz parte da Administração Indireta, vinculada à Secretaria da Saúde – SESAB (BAHIA, 2014b).

Segundo dados do Observatório Baiano de Regionalização, a Região de Saúde de Santa Maria da Vitória é composta por 13 municípios, dos quais apenas dois estão em gestão plena do sistema de saúde municipal (comando único), com população total de 292.926 habitantes e rede pública hospitalar composta por 12 hospitais gerais e 01 hospital especializado (maternidade) (BAHIA, 2015).

A região de saúde corresponde a um núcleo regional de saúde (NRS), antiga 26ª Dires, cujo município polo é coincidente. As Dires – Diretorias Regionais de Saúde foram extintas e substituídas pelos NRS, em atenção à Lei Nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014.

Quanto à rede hemoterápica e hematológica, essa região conta com apenas 01 (uma) unidade, dentre os sete tipos de serviços existentes, que corresponde à Agência Transfusional (A.T.), localizada no Hospital da rede pública do município polo regional (DIVISA/SESAB, 2011 apud RANGEL, 2012), cujo estoque é fornecido pela única Unidade de Coleta e Transfusão (U.C.T.) da Macrorregião Oeste do estado, localizada no município polo macrorregional.

Os hospitais públicos e clínicas privadas dos demais municípios da Região de Saúde de Santa Maria da Vitória solicitam hemocomponentes à referida U.C.T. no polo da macrorregião ou utilizam o estoque da A.T. do município polo regional, quando disponível e em situação de extrema urgência, onde o tempo de deslocamento para a U.C.T. resultaria em risco de morte para o paciente/receptor.

Em estudo recente, Rangel (2012) identifica divergência de informações quanto à caracterização atual da rede física da Hemorrede da Bahia, que apresenta 70 serviços, segundo o Cadastro Nacional de Serviços Hemoterápicos (HEMOCAD, 2011), contrastando com os 84 serviços registrados pela Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado (DIVISA/SESAB), em 2011.

O referido estudo evidenciou também a discrepância na distribuição dos serviços hemoterápicos, dos quais 55% estão concentrados em 01 (uma) das 09 (nove) macrorregiões do estado, o que aponta para um importante comprometimento na garantia de acesso aos serviços hemoterápicos e hematológicos nas regiões deficitárias destes serviços.

Esse quadro aponta ainda para o comprometimento da atenção à saúde nos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, tanto nessas regiões, quanto em todo o estado, considerando o duplo papel da hemorrede na configuração das redes, interferindo não apenas em sua rede temática, mas no funcionamento dos demais serviços, uma vez que também desempenha o papel de sistema de apoio.

Os achados do estudo de Rangel (2012) somados às características da hemorrede na Região de Saúde escolhida como locus do trabalho, em contraponto aos componentes que caracterizam uma Rede de Atenção à Saúde (MENDES, 2011) que atenda aos objetivos do SUS, denotam a necessidade de melhoria na

articulação intersetorial e no planejamento integrado das ações e serviços em saúde no território.

Nesse sentido, o planejamento estratégico situacional poderia funcionar como elemento de integração da rede de atenção, na medida que comporta a participação de diversos atores do território e considera suas especificidades no processo de planejamento.

Assim, no contexto do planejamento regional, o sistema de governança de uma dada região de saúde poderia assumir a metodologia do PES para a elaboração do Plano Regional das Redes de Atenção à Saúde no território, com a participação dos atores inseridos na região, definindo ainda a forma de organização desse processo, o qual se constitui como proposta do presente trabalho.

Esse sistema de governança nos espaços regionais pode ser representado pelas Comissões Interregionais Regionais (CIR), as quais precisam assumir seu papel de liderança no território, a fim de inserir na agenda governamental as questões pertinentes à região de saúde e garantir que o plano seja executado de forma efetiva.

Matus (1996 apud ROCHA, 2008) traz a importância da manutenção da agenda quando formula a representação gráfica conhecida como “triângulo de ferro do governo”, o qual articula a *agenda do dirigente* representada pela manutenção dos propósitos, *gerência operacional*, referente aos modos e procedimentos para se cumprir uma tarefa e a *petição e prestação de contas*, que sistematiza a checagem do processamento de problemas, o cumprimento das operações e a cobrança de resultados (ROCHA, 2008).

## 4 METODOLOGIA

Tendo em vista que um dos desafios para o planejamento é a articulação entre seus diversos instrumentos, de forma coerente, com convergência entre propostas, métodos e organização dos processos de trabalho (JESUS e TEIXEIRA, 2010), este estudo buscou definir e alinhar estes elementos, processo no qual se definiu que seu produto não traria uma nova metodologia de planejamento, mas uma proposta metodológica focada na organização do processo.

Assim, pela necessidade de inserir os atores sociais no processo de planejamento, bem como possibilitar o diálogo para o enfrentamento dos problemas de saúde em um cenário de interesses diversos, o método escolhido para a Proposta de organização do planejamento regional da hemorrede foi o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, partindo de uma proposta-referência que servisse de base para orientar a organização do planejamento, o qual foi conduzido por meio de “grupos de trabalho”.

A metodologia desenvolveu-se através de um modelo de construção da proposta (Figura 3) o que contribuiu para a identificação dos elementos necessários à sua composição, com vistas a incidir nas causas do problema assumido. Esses elementos/conteúdos, que guardam relação com a revisão de literatura, orientaram a definição dos “atributos da proposta”, apresentados mais adiante.

### 4.1 MODELO DE CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA

O modelo de construção da proposta (Figura 3) representa o desenho da estratégia a ser utilizada para o alcance do objetivo do trabalho, para o qual também se utiliza a análise da problemática assumida (Figura 1).

A Figura 3 expressa um modelo com três extratos de composição. O primeiro extrato comporta a rede explicativa do problema, considerando a perspectiva do ator ou atores sociais de um território determinado. O segundo extrato representa o campo de produção do conhecimento, construído a partir da relação entre atores sociais e destes com os saberes pré-existentes, nos ambientes intra e interinstitucionais, produzindo novos saberes. Esse campo de produção de conhecimento também abriga características ligadas às especificidades do território,

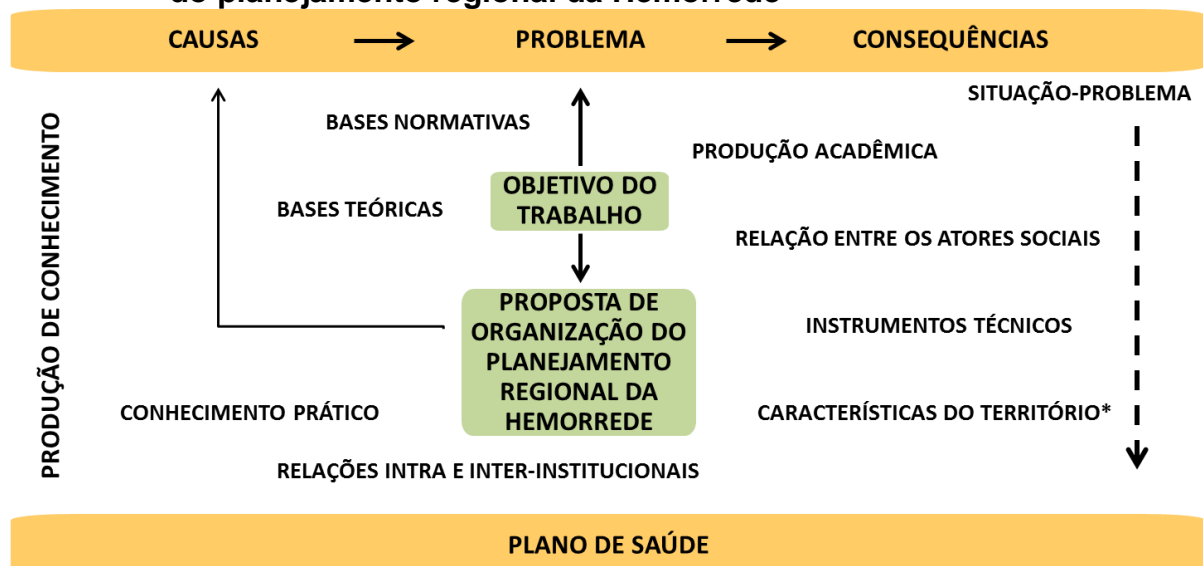
no qual o modelo será aplicado. Por último, o terceiro extrato comporta o plano de saúde que irá orientar as ações na região.

Todos os extratos apresentados no modelo da Figura 3 são dinâmicos e dependentes da produção social, tendo contribuído para nortear a elaboração da proposta deste estudo. Ressalta-se que, tanto a problemática quanto o plano de saúde, emergem do campo de produção do conhecimento. Entretanto, o modelo delimita a proposta, por meio do destaque desses dois elementos.

Baseada no modelo de construção apresentado, a Proposta de organização do planejamento regional da hemorrede pretendeu agregar elementos práticos e conceituais apreendidos com a revisão de literatura e análise de documentos normativos e de gestão, numa tentativa de aproximação entre o conhecimento acumulado e o exercício da prática.

Como o presente trabalho objetiva instrumentalizar os atores para o planejamento regional como resposta ao problema apontado (Figura 1), o modelo de construção da proposta também pretende contemplar elementos que interfiram nas causas do problema (sinalizado na Figura 3).

**Figura 3 – Modelo de construção da proposta de organização do planejamento regional da Hemorrede**



\*Política, econômica, social, cultural, ambiental, organização da oferta e demanda de serviços.

Fonte: elaborado pela autora, 2014.

## 4.2 PASSOS METODOLÓGICOS

Indica o caminho percorrido para a elaboração da proposta, como exposto abaixo.

### **4.2.1 Escolha do enfoque metodológico: Planejamento Estratégico Situacional (Carlos Matus)**

O enfoque estratégico situacional, proposto por Carlos Matus, foi escolhido por possuir características que atendem às necessidades do planejamento regional, conforme concebido na problemática do estudo e no modelo de construção (item 4.1). O planejamento na perspectiva de múltiplos atores, que combinam ações estratégicas e comunicativas para o enfrentamento de problemas percebidos pelos mesmos, no território onde estão inseridos, converge para a lacuna do problema inicial apontado pelo estudo: incipiência do planejamento regional participativo.

### **4.2.2 Escolha da proposta-referência**

A Proposta para Organização do Processo de Planejamento Regional da Hemorrede foi construída a partir da seguinte proposta-referência: TEIXEIRA, C.F. et.al. *Proposta Metodológica para o Planejamento no Sistema Único de Saúde*. In: TEIXEIRA, C.F. (org). *Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010, p.51-75.

Como o objetivo do trabalho não é propor um novo modelo de planejamento ou inserir novos conceitos para este campo, mas instrumentalizar o planejamento regional, partindo do enfoque estratégico situacional, definiu-se a escolha de uma proposta-referência sobre a qual se construiu a presente proposta, com foco na organização do processo de planejamento regional.

A proposta-referência escolhida é pertinente por assumir o enfoque situacional de Carlos Matus, trazendo os momentos do planejamento propostos pelo mesmo.



### 4.2.3 Revisão de literatura

O estudo realizou uma breve revisão de literatura sobre as principais metodologias de planejamento utilizadas no âmbito do SUS, bem como do arcabouço normativo referente à regionalização, redes de atenção à saúde e planejamento em saúde, com o intuito de identificar os pontos mais relevantes para a construção de uma proposta metodológica de planejamento regional da Hemorrede, com foco na organização do processo.

A pesquisa foi realizada na base de dados *Scielo* com as palavras-chave: planejamento em saúde, planejamento regional, redes de atenção, hemorrede, cujos resultados estão expressos abaixo:

**Tabela 1 – Resultado da pesquisa na base Scielo**

<b>PALAVRAS-CHAVE</b>	<b>TOTAL DE ARTIGOS</b>	<b>ARTIGOS PERTINENTES</b>
<b>Planejamento em saúde</b>	1096	12
<b>Planejamento regional</b>	140	5
<b>Redes de atenção</b>	167	4
<b>Hemorrede</b>	2	0

Fonte: Scielo, 2014 (dados trabalhados pela autora).

A referida pesquisa adotou como pertinência do artigo a relação do mesmo com o planejamento em saúde no Brasil, na perspectiva das Redes de Atenção, sobretudo hemorredes, em Regiões de Saúde, publicados entre 2005 e 2014. A pertinência foi avaliada pela leitura do título e resumo, em seguida realizada uma pesquisa refinada, apresentada no apêndice deste trabalho, com uma segunda avaliação pela leitura do artigo, sendo incluído ou excluído da revisão.

Dos 21 artigos pertinentes da pesquisa inicial, 05 artigos foram excluídos da revisão de literatura, restando 16 artigos pertinentes ao tema, que foram lidos na íntegra, dos quais 09 artigos tiveram citações utilizadas no trabalho.

As informações geradas pela pesquisa refinada foram registradas em uma matriz, relacionando palavra-chave, título do artigo, referência, link, situação (inclusão ou exclusão), motivo da exclusão, utilização no trabalho (sim ou não) e data da pesquisa na base de dados.

Além disso, foi feito levantamento de documentos técnicos e normativos relacionados ao tema, bem como leitura de produções acadêmicas e literárias,

indicadas por especialistas na área e docentes da instituição à qual este trabalho será submetido.

#### 4.2.4 Definição dos atributos da proposta

Foram definidos através do Modelo de construção da proposta apresentado pelo estudo, com vistas a incidir nas causas do problema referido, como indicado abaixo:

- a) **Participativo** – viabilizar a participação e articulação entre os atores envolvidos no território;
- b) **Agregador** – organizar o processo de construção do plano regional sem fragmentar o território, reafirmando a identidade regional;
- c) **Acessível** – inserir os conceitos metodológicos de planejamento de forma objetiva, com linguagem clara e de fácil entendimento;
- d) **Compatível** – compatibilizar as informações levantadas pela proposta com os instrumentos técnicos e normativos do planejamento, utilizados pelas instâncias de gestão (por exemplo: PPA – Plano Plurianual, PES – Plano Estadual de Saúde, Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, etc);
- e) **Flexível** – flexibilizar a inclusão de elementos importantes para o planejamento da região de saúde considerada (especificidades).

#### 4.2.5 Elaboração da proposta

A Proposta para Organização do Planejamento Regional Participativo da Hemorrede, no contexto do SUS, foi elaborada com base nos passos metodológicos descritos, com vistas à construção de uma proposta de organização que preservasse o enfoque de planejamento escolhido e considerasse os atributos definidos com base no plano de intervenção e na problemática do trabalho.

A elaboração da proposta buscou observar o “postulado da coerência” (TESTA, 1992 apud TEIXEIRA, 2010) mantendo relação entre os *propósitos* do trabalho, o *método* para o alcance dos mesmos e a forma de *organização* desse

processo, os quais são elementos nucleares do pensamento estratégico de Mário Testa. Como determinantes da capacidade de produzir e alcançar propósitos de mudanças, Rocha (2008, p.41) acrescenta o papel das *“formalizações de um enfoque de planejamento criativo e solidário, o estabelecimento de novas relações internas na organização (pela normatização de seus comportamentos e métodos de trabalho)”*.

Assim, foi escolhido o **“grupo de trabalho”** como forma de organizar o processo de planejamento, como exposto no capítulo 5, pela coerência com o objetivo da proposta e o enfoque metodológico escolhido.

## 5 RESULTADOS

O resultado do presente estudo refere-se a uma proposta metodológica de organização do processo de planejamento regional para a rede de serviços de hemoterapia e hematologia (Hemorrede), em Regiões de Saúde, a qual assume três dimensões: instrumental, educativa e estratégica.

A dimensão instrumental diz respeito à sua natureza e objetivo: ferramenta para instrumentalizar os atores sociais, em uma dada região de saúde, para o planejamento de ações dirigidas à constituição da hemorrede pública no território. Também possui dimensão educativa por lançar mão dos saberes produzidos nessa área de conhecimento e pela possibilidade de difundi-los.

Assume ainda a dimensão estratégica, no sentido das negociações e alianças que os atores precisam estabelecer para a constituição de uma Rede de Atenção à Saúde que seja resolutiva para a população do território, em meio à diversidade de interesses de cada ator social, por vezes conflituosos.

A versão completa da proposta conta com os seguintes tópicos:

- a) Apresentação
- b) Organização do planejamento regional
- c) Programação geral
- d) Recomendações finais
- e) Leitura recomendada
- f) Referências

A organização do processo prevê o desenvolvimento das atividades em **grupos de trabalho (GTs)**, com vistas a facilitar o entendimento e execução da proposta pelos atores responsáveis, além de viabilizar a construção de um produto coerente com os instrumentos de planejamento vigentes. Esses aspectos trabalhados na condução dos GTs podem atender a dois atributos definidos previamente: os caracteres “acessível” e “compatível”.

Os pontos-chave trazidos pela proposta serão apresentados a seguir.

## 5.1 ORGANIZAÇÃO DOS GRUPOS DE TRABALHO

Segundo a proposta, os participantes do processo de planejamento regional serão divididos em grupos de trabalho – GT, os quais serão responsáveis pela efetivação dos Momentos do Planejamento, conforme enfoque adotado na proposta-referência, o que corresponde a quatro GTs.

### 5.1.1 O grupo de trabalho – GT

A composição dos GTs deve ser coerente com os atributos pensados para a proposta, como por exemplo a observação do caráter “participativo” e “agregador”. Assim, os GTs devem ter a participação de representantes de todos os municípios que compõem a região. Esses participantes podem compor mais de um GT, sendo aconselhável distribuí-los de acordo a sua afinidade (habilidade) na coleta e análise das informações necessárias ao GT.

Cada GT corresponde a um momento do planejamento, os quais devem gerar produtos que irão subsidiar a construção do Plano Regional da Hemorrede (PRH), como disposto no quadro a seguir:

**Quadro 1 – Produtos dos grupos de trabalho nos momentos do planejamento**

GRUPO DE TRABALHO	MOMENTO DO PLANEJAMENTO	PRODUTOS
GT-a	Grupo de trabalho do <b>momento explicativo</b> (Análise da Situação de Saúde)	Produto parcial 1/GT-a: caracterização da situação de saúde (da população e do sistema de saúde).
		Produto parcial 2/GT-a: levantamento dos problemas.
		Produto parcial 3/GT-a: priorização dos problemas.
		Produto final/Gt-a: <b>rede explicativa dos problemas priorizados</b> – Árvore de Problemas.
GT-n	Grupo de trabalho do <b>momento normativo</b>	Produto parcial/GT-n: consolidado das diretrizes/ objetivos que devem nortear o plano, baseado na revisão documental (incluindo os parâmetros assistenciais).
		Produto final GT-n: definição dos <b>objetivos do plano regional</b> .

Continua

GRUPO DE TRABALHO	MOMENTO DO PLANEJAMENTO	PRODUTOS
GT-e	Grupo de trabalho do <b>momento estratégico</b>	Produto parcial 1/GT-e: versão preliminar dos módulos operacionais.
		Produto parcial 2/GT-e: análise de viabilidade.
		Produto final/GT-e: <b>módulos operacionais</b> (matriz completa com indicadores de acompanhamento).
GT-o	Grupo de trabalho do <b>momento tático-operacional</b>	Produto parcial 1/GT-o: módulos operacionais revisados (com detalhamento de tarefas e inclusão de indicadores).
		Produto parcial 2/GT-o: Quadro de metas.
		Produto parcial 3/GT-o: análise de viabilidade econômica.
		Produto parcial 4/GT-o: previsão de custos por módulo operacional.
		Produto final/GT-o: <b>Proposta orçamentária</b> do plano.

Fonte: elaborado pela autora, 2015.

### 5.1.2 Atividades a serem desenvolvidas pelo GT

O processo de planejamento da Hemorrede, na Região considerada, deve seguir o Cronograma Geral previamente aprovado pela respectiva Comissão Intergestores Regional – CIR.

Entretanto, cada GT deve definir as atividades necessárias à execução da proposta de planejamento aprovada para a região, elaborando seu cronograma específico, em consonância com o Cronograma Geral. Este é um dos pontos que confere à proposta o atributo “flexível”, pois os atores regionais podem adequar algumas atividades às suas especificidades.

São previstos 03 (três) tipos de atividades para os GTs:

#### 5.1.2.1 Reunião do GT

Realizadas para definir as informações a serem coletadas para cada município, os responsáveis, a forma e fonte de coleta, o cronograma do GT, bem

como para discutir e consolidar as informações para a região de saúde. Podem acontecer durante as Oficinas do PRH ou durante o período de dispersão.

#### 5.1.2.2 *Atividades de dispersão do GT*

Dispersão é o período compreendido entre as Oficinas do PRH, em que os participantes desenvolvem atividades em seu próprio município, a exemplo da coleta de dados e levantamento de informações específicas.

A depender do tipo de dado a ser coletado e do suporte logístico disponível pelo GT, a coleta de dados também poderá ser realizada em reuniões do GT.

#### 5.1.2.3 *Oficinas de planejamento*

Realizadas com a presença de todos os atores-chave, a fim de efetivarem coletivamente determinada atividade do processo de planejamento, estando previstas no Cronograma Geral.

Cabe à equipe de cada GT levantar as informações necessárias ao momento do planejamento ao qual se refere, organizar e conduzir os momentos de discussão, além de elaborar os produtos previstos, como exposto mais adiante no Quadro 8, no item sobre Programação Geral e Cronograma (item 4.4). Essas atividades serão acompanhadas pela equipe de coordenação do PRH (Quadro 2).

**Quadro 2 – Acompanhamento das atividades e produção dos grupos de trabalho (modelo)**

GRUPO DE TRABALHO	ATIVIDADE*	PRODUTOS	PRAZO DE ENTREGA*	SUBSÍDIO PARA
GT-a		Parcial 1/GT-a	Cronograma Geral	2ª Oficina/PRH
		Parcial 2/GT-a	Cronograma Geral	2ª Oficina/PRH
		Parcial 3/GT-a	Cronograma Geral	2ª Oficina/PRH
		Final/GT-a	Cronograma Geral	Final/GT-n
GT-n		Parcial/GT-n	Cronograma GT-n	Final/GT-n
		Final/GT-n	Cronograma Geral	Parcial 1/GT-e
GT-e		Parcial 1/GT-e	Cronograma GT-e	Parcial 2/GT-e
		Parcial 2/GT-e	Cronograma GT-e	Final/GT-e
		Final/GT-e	Cronograma Geral	Parcial 1/GT-o

Continua

Conclusão

GRUPO DE TRABALHO	ATIVIDADE*	PRODUTOS	PRAZO DE ENTREGA*	SUBSÍDIO PARA
GT-o		Parcial 1/GT-o	Cronograma Geral	3ª Oficina/PRH
		Parcial 2/GT-o	Cronograma Geral	3ª Oficina/PRH
		Parcial 3/GT-o	Cronograma GT-o	Parcial 4/GT-o
		Parcial 4/GT-o	Cronograma GT-o	Final/GT-a
		Final/GT-a	Cronograma Geral	3ª Oficina/PRH

\*Essas informações são inseridas após a entrega da programação e cronograma de cada GT ao final da 1ª Oficina do PRH (Plano Regional da Hemorrede).

Fonte: elaborado pela autora, 2015.

## 5.2 OS MOMENTOS DO PLANEJAMENTO

O enfoque estratégico situacional de Matus não trabalha o planejamento em etapas sequenciais, mas em “*momentos*” encadeados em circuitos repetitivos que se ajudam mutuamente. Para o autor “*a passagem do processo de planejamento por um momento determinado é apenas o domínio transitório deste momento sobre outros, que sempre estão presentes*” (MATUS, 1993b, p.297).

Antes de iniciarmos os momentos do planejamento, é fundamental identificarmos os atores que participarão desse processo, para os quais a proposta foi construída.

### 5.2.1 Identificação dos atores relevantes

Ao iniciar o processo de planejamento, segundo o enfoque escolhido, é necessário identificar os atores que, direta ou indiretamente, poderiam contribuir para a construção do plano regional.

Isso porque os problemas de saúde que definem a situação de saúde no território considerado têm como referência a perspectiva dos atores sociais que estão envolvidos nessa realidade, o que nos remete ao conceito de “ator social”, “problema” e “situação” abordados no capítulo 2.

Daí a importância de se listar todos os atores relevantes ao processo, sendo fundamental para a caracterização e análise da situação de saúde na Região, já que estão relacionadas à maneira como os atores sociais que participarão do planejamento percebem os problemas de saúde no território e, no processo, serem



capazes de formular a melhor escolha de como enfrentá-los, para além da dependência da esfera central (seja estadual ou federal).

Nesse sentido, o processo de planejamento regional da hemorrede pode constituir-se como oportunidade para os atores regionais ocuparem o suposto vácuo de poder deixado no espaço regional, consolidando-o como espaço de gestão regional, sendo capazes de criar uma agenda própria, a partir da qual se devam planejar ações que estruturem as redes de atenção condizentes com as necessidades da região de saúde.

Mais que um exercício de planejamento, os atores regionais podem exercer a solidariedade e comprometimento com uma proposta comum para o território onde estabelecem suas relações sociais e dividem entre si as consequências do tipo de serviço de saúde que é produzido pelo sistema de saúde em suas esferas de gestão, podendo se tornar protagonistas na consolidação de regiões de saúde com serviços mais resolutivos para a população, alinhados à proposta do SUS.

A identificação dos atores relevantes é momento crucial para essa proposta, pois se trata de sua matéria; os atores regionais são os responsáveis pela caracterização da situação de saúde no território, capazes de identificar suas particularidades. Se não houver representatividade de todas as localidades que compõem a região de saúde, o planejamento não consegue abranger o espaço regional.

Esse momento também é importante pela possibilidade de articular os atores sociais e atingir outros setores da sociedade, confirmando o caráter intersetorial dos problemas de saúde, o que amplia as alternativas de enfrentamento dos mesmos, bem como a disponibilidade de recursos e a circulação de conhecimento e poder.

Abaixo segue um exemplo de planilha para Levantamento dos Atores Relevantes, que deve ser utilizada no processo de planejamento proposto.

### **Quadro 3 – Levantamento de Atores Relevantes<sup>1</sup>**

REGIÃO DE SAÚDE "X" MUNICÍPIO:			
ATORES GOVERNAMENTAIS	REPRESENTANTE (nome)	CARGO	INSERÇÃO NO PLANO <sup>2</sup> (GT em que se insere)
Comissão Intergestores Regional		Secretário de Saúde	
Atenção Básica à Saúde			
Atenção Especializada à Saúde			
Vigilância à Saúde			

Continua

## Conclusão

ATORES GOVERNAMENTAIS	REPRESENTANTE (nome)	CARGO	INSERÇÃO NO PLANO <sup>2</sup> (GT em que se insere)
Regulação em Saúde			
Serviço de hemoterapia e hematologia (Hemocentro, UCT, Agência Transfusional, etc.)			
Comitê de mortalidade materna, infantil e fetal			
Comitê de redução dos acidentes de trânsito (e/ou comitês afins)			
Secretaria de Educação			
Secretaria de Assistência Social			
Secretaria de Administração			
Secretaria de Finanças			
Outros			
ATORES NÃO GOVERNAMENTAIS	REPRESENTANTE (nome)	CARGO	INSERÇÃO NO PLANO (GT em que se insere)
Conselho Municipal de Saúde			
Associações			
Grupos religiosos			
Serviços de saúde privados			
Outras representações sociais			
ATORES DE OUTRAS ESFERAS GOVERNAMENTAIS	REPRESENTANTE (nome)	CARGO	INSERÇÃO NO PLANO (GT em que se insere)
Secretaria Estadual de Saúde			
Hemorrede (esfera Estadual)			
Outros			

1-Em cada município da região de saúde; 2-Identificação do GT do qual o ator fará parte.

Fonte: elaborado pela autora, 2015.

### 5.2.2 Momento explicativo: análise da situação de saúde (ASIS)

A caracterização do problema de saúde a ser enfrentado é de suma importância para se compreender a situação de saúde e para o planejamento de ações de intervenção sobre a realidade delimitada. Desse modo, no momento explicativo, realiza-se a Análise de Situação de Saúde (ASIS), a qual corresponde à identificação, priorização e explicação dos problemas, objetos das intervenções propostas para o território.

### 5.2.2.1 *Identificação de problemas e necessidades de saúde na Região*

#### a) Perfil demográfico

Devem ser levantados dados como sexo, faixa etária, pop. rural e urbana, cor da pele, entre outros.

#### b) Perfil socioeconômico e cultural

- Condições ambientais: acesso a abastecimento de água, coleta de lixo e dejetos, esgotamento sanitário, condições das habitações, acesso a vias de transporte e lazer;
- Condições relativas aos sujeitos: nível educacional, inserção no mercado de trabalho (empregado ou desempregado), tipo de ocupação, nível de renda, formas de organização social, religiosa e política.

#### c) Perfil epidemiológico (morbi-mortalidade)

- Mortalidade (mortalidade geral, mortalidade infantil, materna, perinatal, mortalidade de mulher em idade fértil);
- Causas de mortalidade;
- Causas de internação hospitalar;
- Prevalência de doenças hematológicas;
- Situações que demandam uso de sangue.

#### d) Caracterização do Sistema de Saúde

- Rede física: população atendida, tipo de unidade, localização, capacidade instalada, produção de serviços. É importante destacar as unidades de hemoterapia e hematologia presentes na região, incluindo serviços relacionados a essa temática, como, por exemplo, os serviços de triagem neonatal (teste do pezinho);
- Recursos humanos;
- Organização dos serviços.

### 5.2.2.2 *Discussão para elencar os problemas:*

As informações obtidas na Identificação de problemas e necessidades de saúde na Região (item 5.2.2.1) constituem o **produto parcial 1 do GT-a**, que irá subsidiar as reflexões e discussões da Análise da Situação de Saúde para elencar os problemas, cuja relação resulta no **produto parcial 2 do GT-a** a serem apresentados na 2ª Oficina do PRH, onde a Análise de Situação de Saúde será concluída.

### 5.2.2.3 *Priorização dos problemas*

A priorização dos **problemas de saúde da população** e de **problemas do sistema de saúde** pode ser feita através de uma matriz de priorização dos problemas, gerando o **produto parcial 3 do GT-a**. Como sugestão pra matriz de priorização podem ser usadas a matriz MTV/C e a RUF-V.

#### **Quadro 4 – Matriz de priorização de problemas de saúde da população - MTV/C**

Problema	Magnitude	Tecnologia disponível	Valorização	Custo estimado	Total de pontos
1.					
2.					
3.					
(...)					

Pontuação dos critérios: Magnitude/Valorização/Tecnologia - baixa (0); significativa (1); alta (2); muito alta (3).  
Custo – baixo (3); significativo (2); alto (1); muito alto (0).

Fonte: Teixeira, 2010, p.61.

#### **Quadro 5 – Matriz de priorização de problemas do sistema de saúde - RUF-V**

Problema	Relevância	Urgência	Factibilidade	Viabilidade	Total de pontos
1.					
2.					
3.					
(...)					

Pontuação dos critérios: baixa (0); significativa (1); alta (2); muito alta (3).

Fonte: Teixeira, 2010, p.62.

#### 5.2.2.4 *Construção da rede explicativa dos problemas priorizados (Árvore de Problemas – produto final do GT-a).*

É construída a partir do elenco de causas e consequências relacionadas ao problema abordado, podendo ser esquematizada como no Quadro 6. Sua construção será realizada durante a 2ª oficina e envolverá a participação dos demais atores.

**Quadro 6 – Matriz para construção da árvore de problemas**

CONSEQUÊNCIAS	
<b>PROBLEMA</b>	
CAUSAS	

Fonte: Teixeira, 2010, p.63.

#### 5.2.2.5 *Apresentação dos produtos ao conjunto de atores envolvidos.*

A delimitação e explicação dos problemas que serão objeto do plano regional devem ser validadas pelos atores regionais; portanto, os produtos parciais desse momento do planejamento serão apresentados na 2ª oficina e o produto final construído com a participação de todos os atores envolvidos no PRH.

### **5.2.3 Momento normativo – Definição de políticas (objetivos do plano)**

É o momento de identificar a situação-objetivo, definir cenários prováveis e formular objetivos, voltados para a melhoria dos indicadores, as ações e serviços prestados e ao processo de prestação das ações.

Um dos atributos definidos para esta proposta é sua capacidade de compatibilizar-se com os demais instrumentos técnicos e normativos utilizados pelas instâncias de gestão do SUS. Assim, incluiu-se nesse momento normativo a revisão de documentos pertinentes à temática discutida.

### 5.2.3.1 Revisão documental

- a) Listar os documentos que precisam ser considerados na construção do plano regional da hemorrede:
- Plano Estadual de Saúde
  - Plano Diretor de Regionalização (PDR)
  - Plano Plurianual (PPA)
  - Política Nacional de Sangue e Hemoderivados
  - Planos Regionais (Rede Cegonha, Rede de Urgência, Rede Traumatológica, etc.)
  - Outros (não perder de vista a Lei Orgânica da Saúde)
  - Parâmetros assistenciais. Informações como: percentual de doadores esperados, quantidade de hemocomponentes mínima para estoque (ver legislação), etc.
- b) Pontuar as principais diretrizes/objetivos de cada documento;
- c) Consolidar as diretrizes/objetivos que devem nortear o planejamento, incluindo os parâmetros assistenciais. Esse consolidado representa o **produto parcial do GT-n**.

### 5.2.3.2 Definição dos objetivos

- a) Formular objetivos para enfrentamento dos problemas priorizados (discutidos na 2ª Oficina) em consonância com as diretrizes/objetivos já definidos a partir da revisão documental;
- b) Consolidar os objetivos definidos, constituindo o **produto final/GT-n**.

Os objetivos podem ser definidos segundo a melhoria dos indicadores, as ações e serviços prestados e ao processo de prestação das ações. É aconselhável que sejam construídos a partir da árvore de problemas (**produto final do GT-a**), com a qual se relaciona, como sugerido no Quadro 7.

Como os objetivos irão subsidiar a construção dos módulos operacionais do momento estratégico, o consolidado pode ser feito na própria Matriz para elaboração dos Módulos Operacionais (Quadro 8), preenchendo os campos referentes ao problema e aos objetivos geral e específicos.

#### **Quadro 7 – Matriz de problemas e objetivos**

ÁRVORE DE PROBLEMAS	ÁRVORE DE OBJETIVOS
Consequências	Resultados esperados
PROBLEMA CENTRAL	OBJETIVO GERAL
Causas	Objetivos específicos

Fonte: Bahia, 2013, p.47 (adaptado).

#### **5.2.4 Momento estratégico – Construção dos módulos operacionais/ Análise de viabilidade**

O momento estratégico é marcado pelo desenho das propostas e estratégias de intervenção para a construção da viabilidade do plano, o que inclui a definição das linhas de ação, análise de viabilidade das intervenções propostas e a elaboração de projetos dinamizadores que possam preencher as lacunas de recursos identificadas (Teixeira, 2010). Essas informações serão utilizadas na construção do Módulo Operacional de cada objetivo definido no momento normativo.

##### *5.2.4.1 Definição das atividades para alcançar os objetivos e detalhamento da programação*

A elaboração dos módulos operacionais segue pela definição das atividades necessárias ao alcance de cada objetivo para realizar-se em seguida o detalhamento da programação, que deve conter além das atividades, os responsáveis, prazos e recursos – representa o **produto parcial 1 do GT-e**. Para

tanto pode ser utilizada a Quadro 8, a qual será totalmente preenchida ao final do momento estratégico.

### Quadro 8 – Matriz para elaboração dos Módulos Operacionais

PROBLEMA:						
OBJETIVO GERAL:						
Objetivos específicos	Atividades	Responsáveis/participantes	Recursos necessários	Prazos	Indicadores de acompanhamento	Fonte de verificação

Fonte: Teixeira, 2010, p.69 (adaptado).

#### 5.2.4.2 Análise de viabilidade

Pode ser realizada através da utilização da matriz de análise de viabilidade apresentada no Quadro 9 (**produto parcial 2 do Gt-e**). A análise de viabilidade pode levar a um redimensionamento dos objetivos nos módulos analisados (TEIXEIRA, 2010, p.69).

### Quadro 9 – Matriz de análise de viabilidade

PROBLEMA				
OBJETIVOS	ATIVIDADES	FACILIDADES	DIFICULDADES	ESTRATÉGIA DE AÇÃO

Fonte: Teixeira, 2010, p.68.

#### 5.2.4.3 Inclusão dos indicadores de acompanhamento aos módulos analisados.

Depois de realizada a análise de viabilidade e considerado o redimensionamento necessário, deve-se inserir os indicadores de acompanhamento das ações propostas e as respectivas fontes de verificação, complementando-se a Matriz para elaboração dos Módulos Operacionais (Quadro 8). Esses módulos já revisados na matriz, após análise de viabilidade e inserção e/ou alteração de informações, consistem no **produto final do GT-e**.



### 5.2.5 Momento tático-operacional – Gerenciamento da execução: programação/ orçamentação

[...] na prática, significa rever e recriar cada uma das propostas de intervenção à luz das condições concretas em que se dará a sua execução. Nesse momento é que se coloca mais claramente a possibilidade de articulação e organização dos distintos sujeitos sociais que “sofrem” o problema. (TEIXEIRA, 2010, p.70)

O momento tático-operacional implica numa programação detalhada das ações e da forma de condução das mesmas para operacionalização do plano, bem como a definição dos mecanismos de acompanhamento e avaliação do processo. É também nesse momento que se pode negociar o compartilhamento de responsabilidades, dando seguimento aos ajustes dos módulos operacionais, cujos compromissos podem ser resumidos num Quadro de Metas. O último passo é a elaboração da previsão orçamentária para fechar a proposta orçamentária do plano.

É válido ressaltar a importância da articulação entre os diferentes atores, sobretudo nessa fase do planejamento, pois a execução do plano depende do comprometimento de todos os gestores do território, já que se trata de um planejamento regional que se dá num espaço de negociação que não possui financiamento próprio para as ações, mas depende da responsabilização das esferas de gestão envolvidas.

#### 5.2.5.1 *Revisão dos módulos operacionais*

É feita a partir do produto final do GT-e, com o detalhamento das tarefas para operacionalizar as ações e a inclusão de indicadores de acompanhamento, atentando para a inclusão de indicadores que permitam avaliar o grau de articulação entre as instituições envolvidas. (Teixeira, 2010, p.70)

Os módulos operacionais revisados constituem o **produto parcial 1 do GT-o.**

### 5.2.5.2 *Elaboração do Quadro de Metas*

Traz as metas estabelecidas para cada objetivo do plano, associadas aos indicadores de acompanhamento que irão auxiliar na avaliação e monitoramento do plano. Representa o **produto parcial 2 do GT-o** (Quadro 10).

#### **Quadro 10 – Quadro de metas**

PROBLEMA	OBJETIVO GERAL	META*	INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO	FONTE DE VERIFICAÇÃO

\*Meta – objetivo quantificado (anual, a depender do horizonte de tempo para implantação).  
Fonte: Teixeira, 2010, p.71 (adaptado).

### 5.2.5.3 *Elaboração da Previsão Orçamentária*

#### 5.2.5.3.1 Levantamento de recursos disponíveis e tendências futuras de captação de recursos

Essas informações contribuirão para análise de viabilidade econômica e previsão de custos:

- a) Verificar o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA);
- b) Considerar, além dos recursos provenientes dos municípios, os recursos estaduais e federais.

#### 5.2.5.3.2 Detalhamento da análise de viabilidade econômica

É realizado por meio da revisão da matriz de análise de viabilidade (Quadro 9) e apresenta as alterações necessárias, considerando a viabilidade econômica das ações propostas.

Essa matriz revisada representa o **produto parcial 3 do GT-o** e pode conter um redimensionamento dos objetivos em virtude de sua viabilidade econômica. Para a realização dessa análise é necessário fazer uma previsão dos recursos

disponíveis, como indicado no item anterior, e também uma estimativa dos gastos para a execução dos Módulos Operacionais, como indicado no próximo item.

#### 5.2.5.3.3 Previsão de custos por Módulo Operacional

Ao estimar os custos para cada módulo operacional (Quadro 11), é importante identificar os vários tipos de despesas que poderão ser realizadas, como gastos com pessoal, despesas de custeio e com investimentos em obras, instalações, compra de equipamentos, entre outras (TEIXEIRA, 2010, p.72).

#### Quadro 11 – Previsão de custos por Módulo Operacional

MÓDULOS OPERACIONAIS	VALORES EM R\$			
	ANO 1	ANO 2	ANO 3	ANO 4

Fonte: Teixeira, 2010, p.73.

#### 5.2.5.4 Proposta Orçamentária do Plano

Depois de realizada a previsão orçamentária, com base no balanço entre os recursos disponíveis e os necessários para execução dos módulos operacionais, bem como a análise de viabilidade econômica do plano, é possível fechar a proposta orçamentária: **produto final/GT-o**.

#### Quadro 12 – Proposta orçamentária do plano

PROBLEMA:		
OBJETIVO GERAL:		
Objetivos específicos	Atividades	Previsão de custos (R\$)

Fonte: elaborado pela autora, 2015.

### 5.3 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO

O Planejamento Regional, sob a luz do enfoque estratégico situacional, requer o envolvimento de atores inseridos na região de saúde, o que sugere a organização do processo com a participação de um número maior de pessoas, já que deve conter representantes de todos os municípios da região de saúde considerada.

Para tanto serão apresentados adiante algumas questões consideradas importantes na execução dessa proposta no contexto regional, contemplando uma programação com a realização de oficinas, momentos de dispersão, entrega de produtos, dentre outros pontos fundamentais para a coerência e coesão da proposta.

#### 5.3.1 Grupo condutor do processo

Como vem sendo discutido nesse trabalho, a participação e articulação entre os atores regionais são fundamentais para o processo de planejamento e a execução do plano regional, a partir da identificação e discussão dos problemas de saúde no território onde estão inseridos, e pela busca conjunta de soluções para seu enfrentamento.

Desse modo, para viabilizar a articulação desses atores, incentivar e organizar o processo de planejamento regional da hemorrede, a presente proposta conta com a participação de um grupo condutor, representado pela equipe de coordenação do Plano Regional da Hemorrede (PRH) na região considerada.

A referida equipe deve ser composta pelos membros da CIR e também de profissionais da equipe técnica dos municípios por eles designados, sendo responsável pela condução/execução da proposta. Sua atuação perpassa todo o processo de planejamento, sendo descrita com mais detalhes no próximo tópico que trata dos passos de execução da proposta.

### 5.3.2 Passos de execução

Os membros da CIR, ou outros atores (profissionais da rede pública de saúde da região) por ela designados, elaboram uma proposta de planejamento para a construção do Plano Regional da Hemorrede (PRH) na região considerada, baseada na Proposta para Organização do Planejamento Regional da Hemorrede, produto deste trabalho.

Essa proposta deve ser específica para a região à qual se refere a CIR envolvida e deve trazer a sugestão do Cronograma Geral, os quais serão apresentados em uma **reunião da CIR**, onde devem realizar-se:

- a) Apresentação da proposta do PRH na Região de Saúde considerada;
- b) Apreciação da proposta do PRH e do cronograma geral para aprovação pela CIR;
- c) Nomeação da equipe de coordenação do PRH (coord/PRH), responsável pela condução/execução da proposta de planejamento;
- d) Entrega da planilha de levantamento dos atores relevantes para cada município do território.

Após a referida reunião da CIR, cada representante ao retornar a seu município deve preencher a planilha com a sugestão dos atores relevantes e composição dos grupos de trabalho, para em seguida apresentar a proposta do PRH à equipe de gestão municipal e aos atores sugeridos, os quais precisam confirmar sua participação no processo.

A lista com os atores relevantes confirmados será encaminhada por cada município à equipe de coordenação do PRH, dentro do prazo estabelecido no cronograma geral, para sua consolidação.

O próximo passo é a realização da **1ª Oficina do PRH: Integração dos atores**, na qual serão realizados:

- a) Breve apresentação do território regional, sobretudo dos serviços de hemoterapia e hematologia existentes, da importância do planejamento regional da hemorrede (PRH);

- b) Apresentação do cronograma geral do PRH, da programação da 1ª oficina e da planilha (consolidada) de atores na região que participarão do processo de planejamento;
- c) Divisão dos grupos de trabalho (GTs);
- d) Entrega dos produtos previstos para a 1ª oficina.

A equipe de coordenação do PRH é responsável por orientar e apoiar as atividades dos GTs em todo o processo de planejamento.

As principais tarefas dos GTs durante a 1ª oficina são: definir as informações que serão levantadas para a elaboração de seus respectivos produtos, as fontes de dados, os responsáveis pela sua coleta e consolidação, bem como os prazos para o desenvolvimento das atividades pelo GT e entrega dos produtos. Ao final da oficina deve ser entregue à coord/PRH a programação e cronograma do GT, através do preenchimento da planilha no Quadro 16, contemplando também as atividades previstas no Cronograma Geral.

O momento seguinte refere-se à **Dispersão 1**, período que antecede a 2ª oficina e que deve ser usado para a execução das atividades programadas para cada GT.

A **2ª Oficina do PRH: Análise da Situação de Saúde na Região** será dividida em dois momentos. O primeiro refere-se à apresentação dos produtos parciais do GT-a (Quadro 1) para discussão, complementação e aprovação por todos os atores participantes. No segundo momento, os atores serão divididos em grupos para analisar os problemas priorizados e construir a Árvore de Problemas.

Esses grupos não precisam seguir a composição dos grupos de trabalho, entretanto é aconselhável que cada grupo contenha participantes do GT-a, uma vez que foram responsáveis pela elaboração dos produtos que subsidiam a oficina, a qual é finalizada com a entrega das árvores de problemas de cada grupo à coord/PRH.

No momento de **Dispersão 2** cada GT segue a programação de atividades previstas em seu cronograma e no cronograma geral.

A última oficina prevista pela proposta de organização é a **3ª Oficina do PRH: Módulos operacionais e Previsão orçamentária**, onde serão apresentados, discutidos e aprovados os módulos operacionais e a orçamentação do plano. Ao final da oficina a coord/PRH deve encerrar os trabalhos fazendo um breve resumo

dos passos de execução do planejamento regional da hemorrede na região (Quadro 14) que foram realizados pelos atores e as atividades que precisam ser desenvolvidas durante a vigência do plano.

A equipe de coordenação do PRH deve informar aos demais atores que os produtos aprovados nas oficinas serão consolidados por essa coordenação para a formatação final do Plano Regional da Hemorrede na região considerada, onde serão inseridos os mecanismos de avaliação e monitoramento da execução do plano, cujos indicadores foram definidos durante as oficinas.

### **Quadro 13 – Resumo dos passos de execução do planejamento regional da hemorrede em uma região de saúde**

ITEM	DESCRIÇÃO
Passo 1	Elaboração da proposta de planejamento na região considerada.
Passo 2	Aprovação da proposta de planejamento pela CIR.
Passo 3	Nomeação da equipe de coordenação do PRH pela CIR.
Passo 4	Levantamento dos atores relevantes em cada município.
Passo 5	Apresentação da proposta para os atores relevantes em cada município e confirmação pelos mesmos de sua participação no processo.
Passo 6	Realização da 1ª Oficina do PRH – Integração entre os atores.
Passo 7	Execução do cronograma do GT na Dispersão 1.
Passo 8	Realização da 2ª Oficina do PRH – Análise da Situação de Saúde na Região.
Passo 9	Execução do cronograma do GT na Dispersão 2.
Passo 10	Realização da 3ª Oficina do PRH – Módulos operacionais e Previsão orçamentária.
Passo 11	Apresentação do processo de avaliação e monitoramento do plano durante sua vigência, bem como da equipe responsável.
Passo 12	Entrega da versão final do Plano Regional da Hemorrede em reunião da CIR, baseada nos produtos aprovados nas oficinas.

Fonte: elaborado pela autora, 2015.

Os detalhes que não foram pontuados neste trabalho ficam à cargo da equipe de coordenação do PRH e dos atores de cada GT, caso achem pertinentes à sua realidade, o que confirma o atributo “flexível” desta proposta.

#### **5.3.3 Cronogramas e programação do GT**

O Cronograma Geral contém os pontos que precisam ser definidos antes de iniciar a elaboração do plano até sua finalização, o qual deve considerar os passos de execução do planejamento e os produtos que servem de subsídio ao trabalho dos grupos e às oficinas, conforme propõe o Quadro 15, como sugestão.

### Quadro 14 – Cronograma Geral do Planejamento Regional de Hemorrede

REGIÃO DE SAÚDE:		ANO:					
N.	ATIVIDADE	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
01	Apresentação da proposta de planejamento na CIR para aprovação.						
02	Nomeação da equipe de coordenação do PRH pela CIR.						
03	Entrega da planilha de levantamento de atores relevantes por cada município, preenchida e confirmada pelos referidos atores.						
04	Realização da 1ª Oficina do PRH – Integração entre os atores.						
05	Período de dispersão 1						
06	Entrega dos produtos parciais do GT-a						
07	Realização da 2ª Oficina do PRH – Análise da Situação de Saúde na Região.						
08	Entrega do produto final do GT-a						
(...)							

Fonte: elaborado pela autora, 2015.

A planilha com o cronograma e programação de cada GT (Quadro 16) será entregue à coordenação do PRH ao final da 1ª Oficina e deve abordar as atividades necessárias à elaboração dos produtos durante todo o processo de planejamento.

### Quadro 15 – Cronograma e programação do grupo de trabalho (modelo)

PLANO REGIONAL DA HEMORREDE – REGIÃO DE SAÚDE “X”				
GRUPO DE TRABALHO DO MOMENTO “Y”				
ATIVIDADE	PRODUTOS	RESPONSÁVEIS	PRAZO DE ENTREGA PARA COORD/PRH*	SUBSÍDIO PARA

\* Equipe de coordenação do planejamento da Hemorrede na Região.

Fonte: elaborado pela autora, 2015.

## 5.4 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

A elaboração de um plano não se encerra na definição das ações, responsáveis, prazos, recursos e metas. Para garantir que os objetivos do plano



sejam atingidos, é necessário avaliar se as metas estão sendo cumpridas e se o impacto das ações reflete os resultados esperados.

Daí a importância de se definir os mecanismos de avaliação e monitoramento do plano, os quais já começam a ser discutidos durante os momentos estratégico e tático-operacional, pela inclusão de indicadores que auxiliam nesse processo.

Entretanto, a inclusão de indicadores de acompanhamento nos módulos operacionais não estabelece o processo de avaliação e monitoramento, pois é necessário definir os responsáveis, a periodicidade, os instrumentos e a conduta recomendada frente ao resultado da avaliação.

Assim, considerando a proposta de organização do processo de planejamento trazida pelo presente trabalho, a coordenação do PRH deve definir a forma de avaliar e monitorar a execução dos módulos operacionais, logo depois de consolidar os produtos do planejamento aprovados nas oficinas, a fim de formatar o Plano Regional da Hemorrede com a inclusão dos mecanismos de avaliação e monitoramento. Para tanto, pode-se utilizar o Quadro de Metas e a Matriz de acompanhamento de indicadores, sugerida no Quadro 13, a qual pode ser adaptada segundo a necessidade identificada pela coordenação do PRH.

#### Quadro 16 – Matriz de acompanhamento de indicadores

PROBLEMA:							
OBJETIVO GERAL:							
Objetivos específicos/ Resultados esperados	Indicadores	Fonte de verificação	Meta anual	Resultado no quadrimestre (X) <sup>1</sup>		Dificuldades de execução	Perspectivas de execução da meta anual
				total	%meta <sup>2</sup>		
Conduta adotada para melhoria dos resultados							

1-Identificar o quadrimestre que está sendo acompanhado; 2-Percentual da meta atingida.

Fonte: Bahia, 2013, p.52 (adaptado).

A periodicidade sugerida para o acompanhamento da execução do plano é quadrimestral, em referência à Lei complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, que recomenda ao gestor do SUS em cada ente da federação (no art.36) a

elaboração de relatórios quadrimestrais, referentes à prestação de contas e ao relatório de gestão.

A sugestão de acompanhamento é quadrimestral, porém a avaliação pode comparar os resultados de um quadrimestre para outro e/ou dos quadrimestres entre os anos.

## 6 RECOMENDAÇÕES

O desenvolvimento do trabalho, a partir da metodologia proposta, permitiu uma compreensão mais ampla acerca da problemática assumida, incorporando inclusive uma visão mais crítica do modelo causal que envolve a incipiência do planejamento regional participativo em regiões de saúde, cuja rede explicativa contempla uma diversidade de causas que se relacionam e se retroalimentam. Em função disso, a proposta procurou trabalhar atributos que pudessem minimizar as causas, muito embora não seja capaz de abarcar todos os entraves à incorporação do planejamento participativo aos espaços regionais.

Vale ressaltar algumas evidências apreendidas durante a revisão de literatura:

- a) Planejamento regional limitado a práticas normativas, sem autonomia dos gestores regionais ou com protagonismo irrelevante nas questões que envolvem o território.
- b) Potencialidade dos espaços de negociação regionais, porém com dissociação entre planejamento e articulação dos atores para pactuação e efetivação de propostas que tratem das especificidades do território.
- c) Aumento da interação entre os gestores nos espaços locorregionais, porém com intensa competição por recursos e incipiência de autonomia da esfera municipal nas pactuações.

Assim, a organização do planejamento proposta pelo presente trabalho, representada pelos “grupos de trabalho”, privilegia a articulação entre os atores sociais, bastante evidenciada na revisão de literatura como dificuldade para o planejamento regional sair do plano normativo. Outro ponto importante é a necessidade de formação de alianças entre os entes federados para a execução da proposta.

Ressalte-se ainda que o locus de estudo escolhido para o trabalho, a Região de Saúde de Santa Maria da Vitória-BA, representou o cenário de saúde a partir do qual a problemática foi concebida, considerando que a definição de um problema depende da percepção do ator social em dada situação de saúde, na qual se insere, sendo imprescindível a delimitação do território.

Partindo de seu diálogo com o campo teórico, com o estabelecimento de novas relações dentro do espaço regional por meio da comunicação/articulação entre os atores, espera-se que a proposta possa:

- a) Contribuir para a qualificação dos atores regionais em planejamento e incorporação de outros conhecimentos do campo da Saúde Coletiva;
- b) Ampliar a percepção dos atores sociais sobre sua realidade de saúde e favorecer o (re)conhecimento do território e dos indivíduos quanto atores regionais;
- c) Incentivar os atores a assumirem seu papel na gestão pública da saúde, com a defesa de uma agenda regional;
- d) Confirmar o espaço regional como unidade territorial e espaço de gestão, incentivar o “pensar saúde para região”.

Por fim, espera-se que a utilização dessa proposta estimule o diálogo entre os atores regionais para a identificação dos nós que precisam ser superados para a constituição efetiva da hemorrede pública na região de saúde, inserida e integrada aos demais serviços das redes de atenção à saúde, ao passo que se reconheçam como unidade territorial, assumindo sua identidade, seus problemas e propondo formas de enfrentamento a partir da incorporação das práticas de planejamento nos espaços de gestão locorregionais.

## REFERÊNCIAS

BAHIA. **Gestão da Saúde ( Pacto pela Saúde )**. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2014 (a). Disponível em <[http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=227&catid=17&Itemid=57](http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=227&catid=17&Itemid=57)> Acessado em 13 de abril de 2014(a).

BAHIA. **Hemoba**: Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2014 (b). Disponível em <[http://www.saude.ba.gov.br/hemoba/index.php?option=com\\_content&view=article&id=234&Itemid=140](http://www.saude.ba.gov.br/hemoba/index.php?option=com_content&view=article&id=234&Itemid=140)> Acessado em 13 de abril de 2014(b).

BAHIA. **Planejamento Regional Integrado (Observatório Baiano de Regionalização)**. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2015. Disponível em <<http://www1.saude.ba.gov.br/obr/>> Acessado em 12 de maio de 2015.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Manual prático de apoio à elaboração de Planos Municipais de Saúde**. 2.ed. Revisada e atualizada / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2013.

BAPTISTA, TWF; AZEVEDO, CS e MACHADO, CV. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

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. Brasília: Diário Oficial da União; 1990. 20 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da saúde, 2001a, p.101.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC ANVISA/MS nº 151 de 21 de agosto de 2001**. Aprova o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia. Brasília: 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa**. Brasília, 2006 (Série Pactos pela Saúde, v. 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei 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 Inter federativa, e dá outras providências. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: 2012.

CARNEIRO, PS; FORSTER, AC; FERREIRA, JBB. A dinâmica de três Colegiados de Gestão Regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.100, p. 57-68, Jan./Mar. 2014.

CASTELLS, M. A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura. **A Sociedade em Rede**. Vol. 1. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

GOULART, S; VIEIRA, MMF; COSTA, CF; KNOPP, GC. Articulações em rede e acontecimentos no território: subsídios teóricos para a formação de políticas públicas para o desenvolvimento. **Cadernos EBAPE. BR**, Rio de Janeiro, v. 8, nº 3, artigo 1, p. 388-403, Set. 2010.

JESUS, WLA; TEIXEIRA, CF. Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2383-2393, 2010.

JESUS, WLA; TEIXEIRA, CF. Planejamento governamental em saúde no estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.9, p. 3839-3848, 2014.

MACHADO, CV; BAPTISTA, TWF; LIMA, LD. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2367-2382, 2010.

MATUS, C. **Política, Planificação e Governo**, 2.ed. Tomo I. Brasília: IPEA, 1993a, p. 9-294.

MATUS, C. **Política, Planificação e Governo**, 2.ed. Tomo II. Brasília: IPEA, 1993b, p. 297-554.

MENDES, EV. **As Redes de Atenção à Saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos**. Cap. II, p. 61-210. In: Mendes, Eugênio Vilaça As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <[www.conass.org.br/pdf/Redes\\_de\\_Atencao.pdf](http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf)>

RANGEL, CP. **Análise da Situação Sanitária da Rede Hemoterápica do Estado da Bahia**. 2012, 127 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

RIVERA, FJU; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2265-2274, 2010.

ROCHA, AARM. **O Planejamento no Cotidiano de uma Instituição Hipercomplexa: O caso da SES/Sergipe**. 2008, 156 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

ROCHA NETO, JM; BORGES, DF. As assimetrias entre as políticas setoriais e a política de planejamento regional no Brasil. **Rev. Administração Pública**, Rio de Janeiro v.45 n.6, p. 1639-1654, Nov./Dec. 2011.

SANTOS, AM; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para a gestão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.4, p.622-631, 2014.

SANTOS, L; CAMPOS, GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015.

SOUZA, RR. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. 2002, 102 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

TEIXEIRA, CF (org.). **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

VIANNA, RP; LIMA, LD. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p. 1025-1049, 2013.

VIEIRA, FS. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p. 1565-1577, 2009.

VILASBÔAS, ALQ; PAIM, JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p. 1239-1250, jun. 2008.

VILASBÔAS, ALQ. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPJV/PROFORMAR, 2004.

**APÊNDICE - PESQUISA REFINADA ENTRE OS ARTIGOS PERTINENTES DA PESQUISA INICIAL NA BASE SCIELO**

N.	TÍTULO DO ARTIGO	REFERÊNCIA COMPLETA	LINK
1	Vigilância em Saúde: eixo orientador necessário a um adequado planejamento da descentralização e regionalização do sistema	Felisberto, Eronildo. Ciênc. saúde coletiva vol.18 no.5 Rio de Janeiro May 2013	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&amp;pid=S1413-81232013000500001&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&amp;pid=S1413-81232013000500001&amp;lang=pt</a>
2	Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental	Vianna, Renata Pestana; Lima, Luciana Dias de. Physis vol.23 no.4 Rio de Janeiro 2013	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&amp;pid=S0103-73312013000400002&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&amp;pid=S0103-73312013000400002&amp;lang=pt</a>
3	Planejamento em Saúde - Conceitos, Métodos e Experiências	Silva, Ivna Zaíra Figueredo da; Mota, Analice Pereira; Oliveira, Antonia Karoline Araújo; Bizerril, Davi Oliveira; Vieira, Luiza Jane Eyre de Souza; Pereira, Aline de Souza. Ciênc. saúde coletiva vol.17 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2012	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&amp;pid=S1413-81232012001100030&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&amp;pid=S1413-81232012001100030&amp;lang=pt</a>
4	Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde	Pitta, Áurea Maria da Rocha; Rivera, Francisco Javier Uribe. Interface (Botucatu) vol.10 no.20 Botucatu July/Dec. 2006	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&amp;pid=S1414-32832006000200009&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&amp;pid=S1414-32832006000200009&amp;lang=pt</a>
5	Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde	Vieira, Fabíola Sulpino. Ciênc. saúde coletiva vol.14 supl.1 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2009	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&amp;pid=S1413-81232009000800030&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&amp;pid=S1413-81232009000800030&amp;lang=pt</a>
6	Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada	González, Martín Maximino León. Ciênc. saúde coletiva vol.14 supl.1 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2009	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&amp;pid=S1413-81232009000800032&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&amp;pid=S1413-81232009000800032&amp;lang=pt</a>



N.	TÍTULO DO ARTIGO	SITUAÇÃO INCLUSÃO /EXCLUSÃO	MOTIVO DA EXCLUSÃO	UTILIZADO NO TRABALHO	DATA DA PESQUISA	PALAVRA CHAVE
1	Vigilância em Saúde: eixo orientador necessário a um adequado planejamento da descentralização e regionalização do sistema	EXCLUSÃO	Editorial da revista	NÃO	26/03/2014	PLANEJAMENTO EM SAÚDE
2	Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental	INCLUSÃO	X	SIM	26/03/2014	PLANEJAMENTO EM SAÚDE
3	Planejamento em Saúde - Conceitos, Métodos e Experiências	EXCLUSÃO	Resenha do livro Planejamento em Saúde (Org. Carmen Teixeira)	NÃO	26/03/2014	PLANEJAMENTO EM SAÚDE
4	Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde	EXCLUSÃO	O texto é voltado para o planejamento de políticas de comunicação social em saúde	NÃO	26/03/2014	PLANEJAMENTO EM SAÚDE
5	Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde	INCLUSÃO	X	SIM	26/03/2014	PLANEJAMENTO EM SAÚDE
6	Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada	INCLUSÃO	X	NÃO	26/03/2014	PLANEJAMENTO EM SAÚDE

N.	TÍTULO DO ARTIGO	REFERÊNCIA COMPLETA	LINK
7	Planejamento e Gestão em Saúde: perspectivas e tendências	Rivera, Francisco Javier Uribe; Artmann, Elizabeth; Lima, Luciana Dias de. Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.5 Rio de Janeiro Aug. 2010	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000500001&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000500001&amp;lang=pt</a>
8	Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa	Rivera, Francisco Javier Uribe; Artmann, Elizabeth. Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.5 Rio de Janeiro Aug. 2010	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000500002&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000500002&amp;lang=pt</a>
9	O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000	Machado, Cristiani Vieira; Baptista, Tatiana Vargas de Faria; Lima, Luciana Dias de. Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.5 Rio de Janeiro Aug. 2010	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000500012&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000500012&amp;lang=pt</a>
10	Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia	Jesus, Washington Luiz Abreu de; Teixeira, Carmen Fontes. Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.5 Rio de Janeiro Aug. 2010	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000500013&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000500013&amp;lang=pt</a>
11	Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte	Paim, Jairnilson Silva; Teixeira, Carmen Fontes. Rev. Saúde Pública vol.40 special issue São Paulo Aug. 2006	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102006000400011&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-89102006000400011&amp;lang=pt</a>
12	Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal	Vilasbôas, Ana Luiza Queiroz; Paim, Jairnilson Silva. Cad. Saúde Pública vol.24 no.6 Rio de Janeiro June 2008	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2008000600005&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0102-311X2008000600005&amp;lang=pt</a>
13	As assimetrias entre as políticas setoriais e a política de planejamento regional no Brasil	João Mendes da Rocha Neto; Djalma Freire Borges. Rev. Adm. Pública vol.45 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2011	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-76122011000600002&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-76122011000600002&amp;lang=pt</a>
14	O momento, os desafios e as possibilidades da análise econômica territorial para o planejamento do desenvolvimento nacional.	Francisco de Assis Costa. Nova econ. vol.24 no.3 Belo Horizonte Sept./Dec. 2014	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-63512014000300613&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-63512014000300613&amp;lang=pt</a>

N.	TÍTULO DO ARTIGO	SITUAÇÃO INCLUSÃO /EXCLUSÃO	MOTIVO DA EXCLUSÃO	UTILIZADO NO TRABALHO	DATA DA PESQUISA	PALAVRA CHAVE
7	Planejamento e Gestão em Saúde: perspectivas e tendências	EXCLUSÃO	Editorial da revista	NÃO	26/03/2014	PLANEJAMENTO EM SAÚDE
8	Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa	INCLUSÃO	X	SIM	26/03/2014	PLANEJAMENTO EM SAÚDE
9	O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000	INCLUSÃO	X	SIM	26/03/2014	PLANEJAMENTO EM SAÚDE
10	Planejamento estadual no SUS: o caso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia	INCLUSÃO	X	SIM	26/03/2014	PLANEJAMENTO EM SAÚDE
11	Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte	INCLUSÃO	X	NÃO	26/03/2014	PLANEJAMENTO EM SAÚDE
12	Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal	INCLUSÃO	X	SIM	26/03/2014	PLANEJAMENTO EM SAÚDE
13	As assimetrias entre as políticas setoriais e a política de planejamento regional no Brasil	INCLUSÃO	X	SIM	08/05/2015	PLANEJAMENTO REGIONAL
14	O momento, os desafios e as possibilidades da análise econômica territorial para o planejamento do desenvolvimento nacional.	EXCLUSÃO	Abordagem centrada no foco econômico	NÃO	08/05/2015	PLANEJAMENTO REGIONAL

N.	TÍTULO DO ARTIGO	REFERÊNCIA COMPLETA	LINK
15	A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação.	Pedro Silveira Carneiro, Aldaís Cassanho Forster, Janise Braga Barros Ferreira. Saúde debate vol.38 no.100 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2014	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-11042014000100057&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-11042014000100057&amp;lang=pt</a>
16	Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa	Edson Coutinho da Silva; Mara Helena de Andrea Gomes. Saude soc. vol.23 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2014	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0104-12902014000401383&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0104-12902014000401383&amp;lang=pt</a>
17	Articulações em rede e acontecimentos no território: subsídios teóricos para a formação de políticas públicas para o desenvolvimento	Sueli, Goulart; Marcelo Milano Falcao, Vieira; Camila Furlan da, Costa; Glauco da Costa, Knopp. Cad. EBAPE.BR; 8(3); 388-403; 2010-09	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1679-39512010000300002&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1679-39512010000300002&amp;lang=pt</a>
18	Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual	Ronaldo Marques Gomes. Saúde debate vol.38 no.103 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2014	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-11042014000400938&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-11042014000400938&amp;lang=pt</a>
19	Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil	Helena Eri Shimizu. Physis vol.23 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2013	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73312013000400005&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0103-73312013000400005&amp;lang=pt</a>
20	Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)	Silvio Fernandes da Silva. Ciênc. saúde coletiva vol.16 n.6 Rio de Janeiro Jun. 2011	<a href="http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232011000600014&amp;lang=pt">http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232011000600014&amp;lang=pt</a>
21	Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate	Rosana Kuschnir; Adolfo Horácio Chorny. Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.5 Rio de Janeiro Aug. 2010	<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000500006&amp;lang=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-81232010000500006&amp;lang=pt</a>
0	X	X	X

<b>N.</b>	<b>TÍTULO DO ARTIGO</b>	<b>SITUAÇÃO INCLUSÃO /EXCLUSÃO</b>	<b>MOTIVO DA EXCLUSÃO</b>	<b>UTILIZADO NO TRABALHO</b>	<b>DATA DA PESQUISA</b>	<b>PALAVRA CHAVE</b>
15	A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação.	INCLUSÃO	X	SIM	08/05/2015	PLANEJAMENTO REGIONAL
16	Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa	INCLUSÃO	X	NÃO	08/05/2015	PLANEJAMENTO REGIONAL
17	Articulações em rede e acontecimentos no território: subsídios teóricos para a formação de políticas públicas para o desenvolvimento	INCLUSÃO	X	SIM	08/05/2015	PLANEJAMENTO REGIONAL
18	Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual	INCLUSÃO	X	NÃO	08/05/2015	REDES DE ATENÇÃO
19	Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil	INCLUSÃO	X	NÃO	08/05/2015	REDES DE ATENÇÃO
20	Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)	INCLUSÃO	X	NÃO	08/05/2015	REDES DE ATENÇÃO
21	Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate	INCLUSÃO	X	NÃO	08/05/2015	REDES DE ATENÇÃO
0	X	X	X	X	08/05/2015	HEMORREDE