



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Documento de contextualização da regionalização do SUS-ES e da implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde e plano de ação/cronograma de trabalho anos termos da Resolução CIT nº 37/2018

(Aprovado pela Resolução CIB-ES nº 159/2018)

INTRODUÇÃO

Em atenção à Resolução Comissão Intergestores Tripartite . CIT n. 37, de 23/03/2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado - PRI e a organização das Macrorregiões de Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde - SESA do estado do Espírito Santo . ES e o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde . COSEMS-ES, em reunião da Comissão Intergestores Bipartite . CIB-SUS-ES, no dia 11/04/2018, pactuaram a constituição de um grupo de trabalho tripartite para elaboração de um documento. posição e cronograma que contemple o processo de planejamento regional e a elaboração dos Planos Regionais Integrados.

Este documento, elaborado pelo grupo de trabalho e aprovado pela CIB-ES, resgata todo o processo de planejamento e programação em desenvolvimento nos últimos anos para organização da Rede de Atenção à Saúde - RAS e das respectivas redes temáticas e seus componentes regionais e propõe o cronograma para continuidade da elaboração dos Planos Regionais Integrados, iniciados em 2015, e demais encaminhamentos da Resolução CIT 37/2018.

Regionalização no estado do Espírito Santo

A proposta de um modelo assistencial e de participação popular que garantiu o pioneirismo da descentralização no ES foi enunciada já na Lei Estadual n. 4.317, de janeiro de 1989, a qual estabeleceu como órgão central a Secretaria de Estado da Saúde e as instâncias de participação social estadual e regionais: Conselho Estadual de Saúde e Conselhos Regionais de Saúde. O Decreto n. 3.011-N, de 06 de julho de 1990, que homologa o modelo assistencial de saúde para o estado do Espírito Santo, instituiu no organograma da SESA as 04 SRS localizadas nos municípios de São Mateus, Colatina, Vitória e Cachoeiro de Itapemirim, que assim se mantêm desde então.



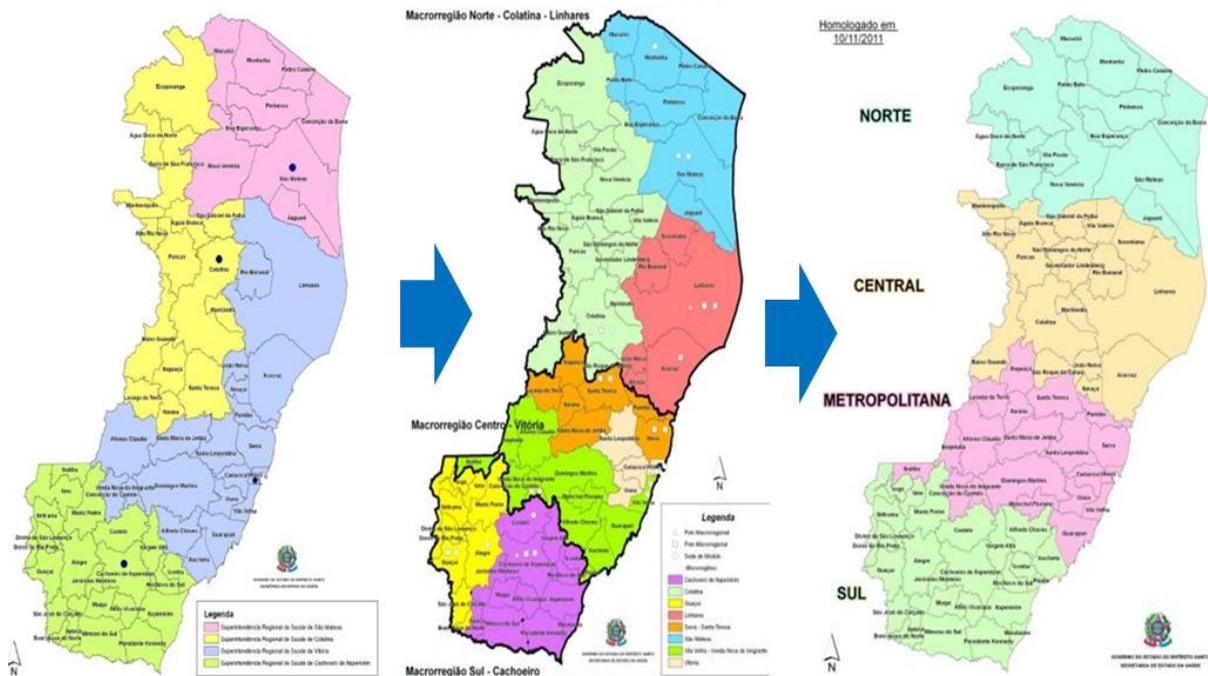
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

No início dos anos 2000 as Normas Operacionais da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde . NOAS-SUS nº. 01/2001 e 01/2002 impuseram a redefinição territorial das regiões de saúde para a constituição de redes regionais, com o objetivo de *promover maior equidade na alocação de recursos e acesso da população às ações e serviços de saúde*. Introduziram a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões, expressas no Plano Diretor de Regionalização - PDR de 2003. Mesmo com a redefinição da territorialização as Superintendências Regionais foram mantidas na sua concepção, competências e responsabilidades, ficando a Macrorregião de Saúde Norte com duas superintendências.

No Pacto pela Saúde, em 2006, mantém-se a regionalização como eixo central e reafirmam-se os instrumentos de planejamento instituídos pelas NOAS SUS 01/2001 (BRASIL, 2001) e NOAS (01/2002). O PDR assume a função de instrumento de planejamento sistêmico do espaço regional, deixando de ser focado na assistência. Instituiu, além disso, os Colegiados de Gestão Regional como instância de cogestão no espaço regional (Série Pactos pela Saúde, 2006, vol.10, p.8).

Em 2010, a SESA-ES e COSEMS-ES pactuaram uma atualização do PDR e elaboração de nova programação assistencial, aprovados pela CIB-ES em 2011, onde se configuraram 04 regiões de saúde - Norte, Região Central, Região Metropolitana e Região Sul - abolindo o conceito de micro e macrorregiões e fortalecendo os princípios que hoje norteiam a resolução 37, de escala e escopos adequados para a RAS e para a garantia de resolutividade e integralidade do cuidado em cada região, respeitando ainda critérios de acessibilidade, desenvolvimento sócio-econômico, demográficos, rotas de transporte e de identidade e pertencimento socioculturais. Esse processo se deu por meio de oficinas realizadas nas quatro regiões, com representantes dos usuários dos Conselhos Municipais de Saúde, gestores municipais, profissionais de saúde e outros atores que, de alguma forma, são referência para a área da saúde (documento PDR 2011 disponível em www.saude.es.gov.br/instrumentos-de-planejamento).

Figura 1: Mapas do estado do Espírito Santo que apresentam a cronologia e a evolução da regionalização da saúde representada pelo PDR de 1990 a 2011.



Cronologia da Regionalização no Espírito Santo:

- 1990 . Lei Estadual nº 4.317, de janeiro de 1989,
- 2001/2002 - Módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões. As SRS foram mantidas na sua concepção ficando a Macrorregião Norte com duas SRS,
- 2003 . Regionalização - 3 Macrorregiões e 8 Microrregiões de Saúde,
- 2011 . Decreto Federal n. 7.508/2011, instituição dos Colegiados Regionais de Saúde e elaboração e aprovação do novo PDR e da Programação Pactuada e Integrada - PPI,
- 2011 /2015 . Aprovação e habilitação dos Planos de Ação e dos pontos de atenção das Redes Temáticas de Atenção à Saúde,
- 2014/2015 . Início do processo de Planejamento Regional e elaboração dos Planos de Intervenção Regional - PIR (SESA, COSEMS e MS/PROADI/HCor/LIGRESS)
- 2016 /2018 . Elaboração do PES 2016-19 e início do processo de elaboração do Planejamento e Programação Regional, utilizando o percurso metodológico da PGASS,
- 2016/ 2018 . Estabelecimento do Modelo de Organização da Atenção à Saúde no ES, denominado Rede Cuidar, sustentado nos princípios do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) sob assessoria do CONASS,



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 2016/2018 . Desenvolvimento do processo de Planificação da Atenção à Saúde, como parte do processo de formação-ação para implantação do MACC/Rede Cuidar em todo o Estado - aprox. 25 mil técnicos e gestores em capacitação nas 04 regiões/78 municípios,
- 2017 . Elaboração do Plano Diretor das Redes Hospitalares . PDRH ainda em curso. (SESA, COSEMS e MS/PROADI/HCor/LIGRESS)

O PES 2016-19 e o Planejamento Regional de Saúde

O processo de regionalização evoluiu na última década orientado pelos seguintes aspectos: compromisso político do gestor estadual com o processo de descentralização/regionalização; qualificação dos técnicos e gestores municipais e estaduais dentro de uma lógica de planejamento com base nas necessidades sociais; mudança de planejamento normativo para o planejamento estratégico; pactuação de uma agenda bipartite regional; regionalização como possibilidade de levar para perto do usuário a solução dos problemas de saúde e a integralidade do cuidado; mudança de atuação fragmentada para uma visão integrada de atuação na perspectiva de novo modo de provisão e de corresponsabilidade de gestão; elaboração em cada região de um Plano de Intervenção Regional orientado para enfrentamento de problemáticas relevantes para a região e entrega de resultados e impactos positivos para a saúde da população (SESA, COSEMS e MS/PROADI/HCor/LIGRESS).

O Plano Estadual 2016-19, elaborado a partir da análise da situação de saúde, sustenta-se em dois eixos estruturantes: a Qualificação da Atenção à Saúde e a Qualificação da Gestão do SUS, com foco na garantia da oferta de serviços mais próxima do cidadão, com acesso regulado e com qualidade, contemplou pela primeira vez as especificidades regionais e as conquistas alcançadas pela implantação das redes e dos projetos prioritários que norteiam a atuação do Estado na área da saúde (disponível em www.saude.es.gov.br/instrumentos-de-planejamento).

Alguns dos principais resultados alcançados nos últimos anos no processo de regionalização descrito:

- Elaboração dos Planos de Intervenção Regional pelos técnicos e gestores - 2015;
- estruturação dos Laboratórios/Núcleos de Planejamento em cada Região, com representação bipartite e vinculados às SRS . 2015/16;
- Inserção, pela primeira vez, de metas regionais pactuadas em CIR no PES . 2016;



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- Fortalecimento da Governança Regional;
- Instituição do Núcleo Estratégico de Apoio à Regionalização no nível central da SESA;
- Institucionalização, sob coordenação da área de Planejamento da SESA, do monitoramento quadrimestral das metas do Pacto Nacional de Indicadores e das demais metas do PES 2016-19 em cada região de saúde;
- Redução gradativa da concentração da gestão das ações e serviços de saúde no nível central da SES-ES . desconcentração e descentralização da gestão para as SRS e municípios;
- Desenvolvimento do processo de Planejamento e Programação Regional em 03 regiões de saúde, utilizando o percurso metodológico da PGASS.

É neste contexto de organização do espaço regional que chegamos à atual fase de implementação das redes regionais e suas respectivas redes temáticas, descritas a seguir:

Rede de Atenção à Saúde e respectivas redes temáticas - RAS

Rede Cegonha Ë Materno-Infantil

Em 2011, o Espírito Santo aprovou a adesão à Rede Cegonha, elegendo como prioritárias as regiões Norte e Metropolitana. Em 2013 as regiões Central e Sul concluíram a estruturação da RAMI nas 04 regiões (Resoluções CIB-ES 162/2011 e 001, 88 e 145/2012). A governança foi concretizada pela resolução CIB-ES 218/2011 que instituiu o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha. Outras normativas:

- Portaria GM/MS nº 2.518, de 22 de novembro de 2016, aprova o Componente Parto e Nascimento da Etapa III do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado e dos Municípios do Espírito Santo.
- Portaria GM/MS nº 2.516, de 22 de novembro de 2016, aprova o Componente Parto e Nascimento da Etapa II do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado e dos Municípios do Espírito Santo e, para sua implementação, estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

- Portaria GM/MS nº 3.033, de 27 de dezembro de 2016, aprova o Componente Parto e Nascimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado e dos Municípios do Espírito Santo e, para sua implementação, estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Figura 2: Distribuição espacial das Maternidades de Risco Habitual e de Alto Risco nas Regiões do Espírito Santo.



● **Maternidades para gestantes de Risco Habitual**
● **Maternidades para Gestantes de Alto Risco**
Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

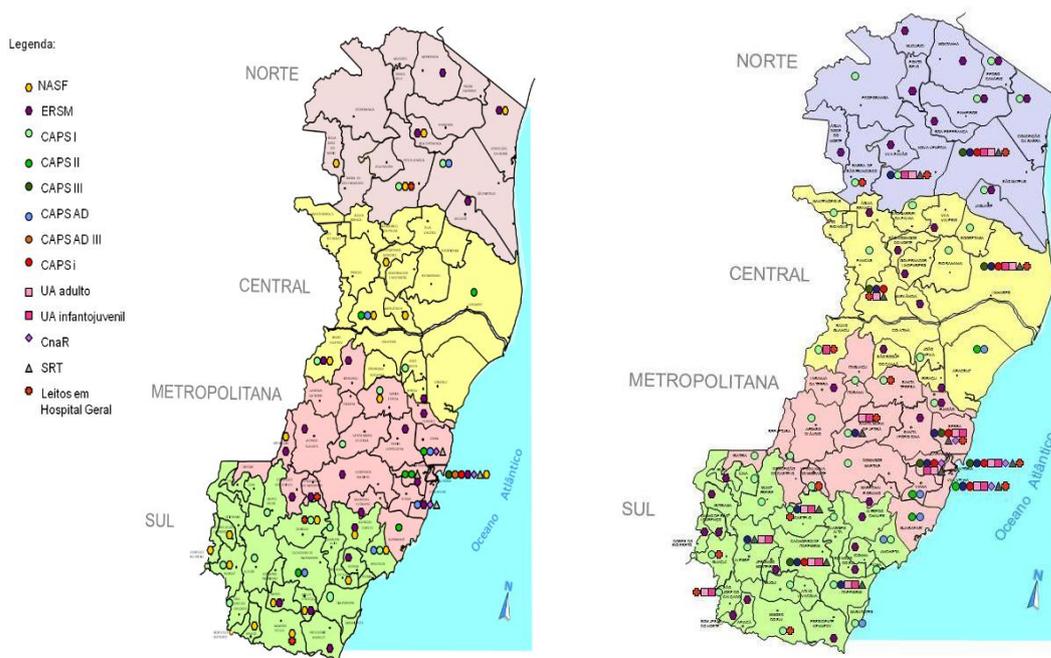
A Resolução da CIB n. 267/2012 definiu a adesão do estado do Espírito Santo à Rede de Atenção Psicossocial . RAPS, formalizada pela Portaria GM/MS nº 223, em 26 de março de 2014. Cada Região de Saúde conta com um Grupo Conductor Regional.

A RAPS vem evoluindo ao longo desse tempo, como a ampliação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial . CAPS, redução gradativa dos leitos em hospitais psiquiátricos e, mais recentemente, a ampliação dos cuidados realizados no âmbito da Atenção Primária à

Saúde, pela constituição, nos municípios, das Equipes de Referência em Saúde Mental - ERSM.

No momento, a RAPS vem sendo atualizada em oficinas de pactuação realizadas regionalmente no desenvolvimento do processo do Planejamento e Programação Regional . PRI/PGASS, com propostas aprovadas de ampliação dos pontos de atenção da rede e com a consequente elaboração dos Mapas de Investimentos Regionais.

Figura 3: Mapas comparativos da distribuição dos pontos de atenção da RAPS em 2013 e a situação pretendida e pactuada na PGASS, para 2018-2021.



Rede de Urgência e Emergência - RUE

A Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS e, em consequência, foram elaborados os Planos de Ação Regionais do ES que estão fundamentados nas normativas do SUS. Os Planos foram elaborados a partir de um diagnóstico situacional de cada região que identificou as necessidades locais. A pactuação da regionalização da Rede foi realizada em reuniões permanentes do Grupo Condutor com o apoio das áreas técnicas do Ministério da Saúde, SESA e COSEMS-ES. A Resolução n.196/CIB-ES, de 30 de agosto de 2013, aprovou o Plano de Ação da RUE das



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Regiões de Saúde Norte, Central e Sul do ES.

A Resolução CIB-ES nº 211, de 30 de julho de 2012, aprovou o Plano de Ação da RUE da Região Metropolitana do ES, regulamentada pela Portaria GM/MS n. 3.162 (28/12/12), que aprovou a Etapa I do Plano de Ação e os recursos financeiros da RUE da Região. A Portaria GM/MS n. 1.806, de 26 de agosto 2014, aprovou o Componente Hospitalar da Etapa II do Plano de Ação das Regiões Norte, Central e Sul e também alocou recursos financeiros para sua implantação.

Relativamente ao SAMU 192, um dos componentes mais estratégicos da RUE, o serviço abrange toda a região metropolitana (aprox. 2,2 milhões de hab. . 55% da população), com 80% dos custeio assumido pelo Estado e apenas 20% de recursos federais (não há contrapartida municipal no projeto). O subfinanciamento federal e a crise na receita do Estado e municípios foi o principal impedimento para expansão do serviço para as demais regiões. Ainda assim, na programação de saúde de 2019, a SESA propõe a ampliação para as demais 03 regiões, processo ainda a ser pactuado na CIB-ES.

Rede de Atenção às Condições Crônicas

Relativamente à Rede de Atenção às Pessoas que vivem com Condições Crônicas de Saúde, apesar de ainda não haver Planos de Ação Regionais aprovados no âmbito do Estado e, conseqüentemente, pelo Ministério da Saúde, a estruturação da Rede vem sendo desenvolvida em todas as regiões. Já estão atualizadas as Linhas de Cuidados para atenção à Saúde da Mulher e da Criança e os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus. As linhas dos eixos oncologia e nefropatias estão em elaboração. A Linha de Cuidados da oftalmologia está elaborada e em fase final de validação. Já foram elaborados e/ou revisados os protocolos de regulação para acesso às consultas e exames especializados nas especialidades de dermatologia, gastroenterologia, proctologia e urologia.

A atenção às condições crônicas está fortemente sustentada no projeto denominado REDE CUIDAR, que tem como base conceitual a implantação do Modelo da Atenção às Condições Crônicas - com assessoria técnica do CONASS - a partir do diagnóstico das necessidades de saúde da população e estratificação do risco na APS com ordenamento do fluxo para a Atenção Ambulatorial Especializada.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

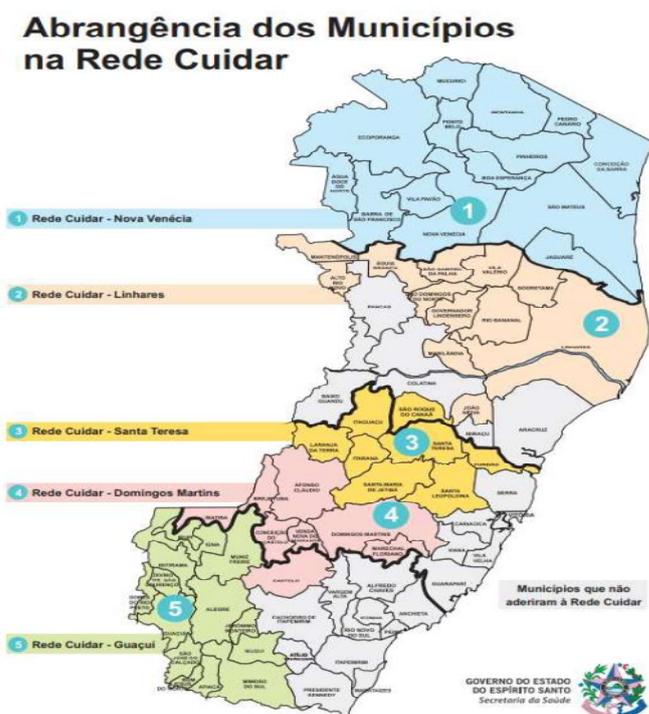
A Rede tem um conjunto de intervenções voltadas para a integração entre a APS, a Atenção Ambulatorial Especializada - AAE e a Atenção Hospitalar - AH, destacando-se a Planificação da Atenção à Saúde para qualificar a APS e a implantação das Unidades Cuidar.

A Planificação da Atenção à Saúde utiliza toda a modelagem das redes temáticas e os protocolos clínico-assistenciais como conteúdo de oficinas realizadas nas 04 regiões de saúde, envolvendo os gestores municipais e as equipes técnicas das Superintendências Regionais de Saúde da SESA e dos 78 municípios, num total de aproximadamente 25 mil profissionais. Introduz ainda um novo processo de tutoria para a APS e AAE nas oficinas e que terá continuidade nos próximos anos como uma rede de apoiadores para sustentação da consolidação do MACC.

Os centros ambulatoriais especializados Unidades CUIDAR atuam com foco no cuidado das condições crônicas de saúde e oferecem atenção às populações de maior risco por meio de uma equipe multidisciplinar com a elaboração de Planos de Cuidado, gerenciados de forma integrada pelas equipes da APS adscritas a cada Unidade. .

Cinco unidades foram construídas e equipadas para atender as 04 regiões de saúde, descentralizando parte da AAE concentrada na Grande Vitória; duas delas já estão funcionando nos municípios de Nova Venécia e Santa Teresa, abrangendo 14 e 08 municípios respectivamente e, aproximadamente, 580 mil habitantes. As demais estarão em atividade até 2019, com uma população adscrita de 1,2 milhão de pessoas. Gradualmente, todos os serviços ambulatoriais especializados e a atenção hospitalar . conforme pactuação das linhas de cuidado descritas acima . serão inseridos neste modelo de atenção e regulação do acesso (maiores detalhes em www.redecuidar.es.gov.br).

Figura 5: Distribuição espacial das Unidades de Cuidado Integral à Saúde por Região de Saúde no ES.



Todo este processo está fortemente sustentado em pactuações com os 78 prefeitos (por meio da Associação de Municípios do ES . AMUNES), nas 04 CIR e na CIB-ES e regulamentadas em Lei (Lei Estadual 10.733, de 19 de setembro de 2017). Toda a trajetória de estruturação da REDE CUIDAR está disponível no site redecuidar.es.gov.br.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência È RCPD

Atendendo a Portaria GM/MS n. 793, de 24 de Abril de 2012, que definiu os objetivos e diretrizes da RCPD, o ES aderiu e instituiu o Grupo Condutor Estadual em 2012 a partir da Resolução CIB n. 268/2012. A Rede objetiva ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS nas áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias, bem como ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação e desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta.

No Estado, segundo o IBGE/2010, a população com deficiência segue a tendência nacional, de 23,9% possuindo pelo menos uma das deficiências: 18,03% deficientes visuais, 7,13%



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

deficientes físicos, 4,81% deficientes auditivos e 1,34% com deficiência mental/intelectual.

A SESA, por meio da Portaria nº 312-S, de 25 de agosto de 2017, publicou a recomposição do Grupo Condutor da RCPD, para estruturação da rede por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva, ou estável, intermitente ou contínua, de acordo com o Plano Estadual voltado a essa população. As resoluções a seguir elencadas tratam da aprovação dos Planos no âmbito regional:

- Resolução CIB n.189/2017, aprova o Plano de Ação da RCPD do estado do Espírito Santo.
- Resolução CIB n. 246/2017, homologa a Resolução n. 051/2017 da CIR Central, que aprova o Plano de Ação da RCPD
- Resolução CIB n. 280/2017, homologa a Resolução n. 066/2017 da CIR Sul, que aprova o Plano de Ação Estadual da RCPD do estado do Espírito Santo.

Plano Estadual de Regulação

A SESA/ES adotou as Redes de Atenção à Saúde como referencial teórico para a organização do Sistema Estadual à Saúde e, por conseguinte, o modelo regulatório adotado é a Regulação das Redes de Atenção à Saúde . RRAS. Para Mendes (2011), há uma diferenciação significativa na regulação das redes de atenção para atender as condições crônicas da rede de urgência e emergência. Na primeira, a coordenação é realizada pela APS, que responde pelo primeiro contato, pelos fluxos e contra fluxos das pessoas nos pontos de atenção, visando à integralidade e o cuidado longitudinal. Na segunda, a APS é um ponto de atenção, sendo a coordenação realizada pela Regulação da Urgência e Emergência.

A transição do sistema de regulação tradicional, focado nas Centrais de Regulação, Sistema Médico de Urgência - SAMU e centralização dos serviços, para a Regulação das Redes de Atenção à Saúde é gradual e está vinculada ao movimento de implantação da Rede Cuidar e a Planificação da Atenção à Saúde.

As linhas de cuidado priorizadas preliminarmente pela SESA (ainda serão objeto de pactuação na CIB) para estruturação da regulação com base na gestão da clínica, são:



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- Hipertensão/Diabetes, já implementadas na Rede Cuidar,
- Materno-Infantil,
- Saúde Mental e,
- Urgência/Emergência, com priorização das Linhas de Cuidado do IAM, AVC e TRAUMA.

Ao decidir pela mudança, a SESA inicia a transição de um sistema fragmentado para um sistema integrado em Redes de Atenção à Saúde coordenada pela APS, para o qual é indispensável a reestruturação e fortalecimento da governança regional (da qual a regulação é parte indissociável).

Plano Diretor de Redes Hospitalares do Espírito Santo - PDRH

O PDRH do Espírito Santo foi desenvolvido em 2017 de maneira regionalizada com o propósito de estruturar a oferta hospitalar, a partir da análise das necessidades sociais e da representação dos hospitais por núcleos de produção de diagnóstico, tratamento e acompanhamento das linhas de atenção prioritárias do Estado.

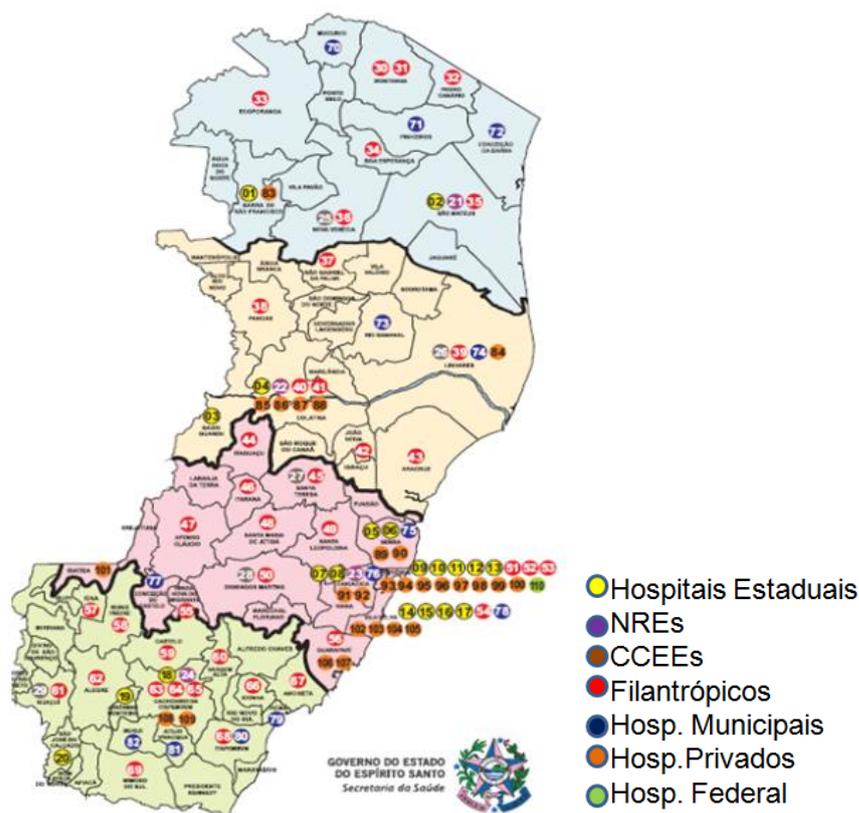
Em parceria com o HCor e o MS, no âmbito do PROADI-SUS, o Estado instituiu um Grupo Conductor que iniciou a organização e mobilização de representantes dos hospitais das quatro regiões de saúde, em 2016, e das instâncias de governança regional, sendo o responsável por construir as condições políticas e organizativas para o laboratório do PDRH. Foi iniciado um trabalho por meio de atividades preliminares e diagnóstico da rede existente - 101 hospitais - para a elaboração do PDRH, que se configura em um processo de planejamento estratégico para os próximos 25 anos acompanhando a evolução populacional e, para tanto, houve a participação coletiva na elaboração do documento envolvendo as gestões estadual e municipal e os prestadores de serviços hospitalares.

A identificação das linhas de atenção prioritárias no Estado foi embasada pelo levantamento do número e tipologia de leitos existentes que levou à identificação de 11 linhas de atenção no PDRH: Obstetrícia e Perinatologia, Cardiovascular, Traumatologia/Ortopedia, Infeciosas, Digestivo, Respiratório, Oncologia/Adultos, Geniturinário, Nefrologia, Saúde Mental e Pediatria.

As lideranças hospitalares estaduais, por região de saúde, conduziram o processo de levantamento e análise das necessidades sociais e oferta hospitalar via núcleos de produção e reorganização das Linhas de Cuidados com a participação dos demais hospitais, serviços ambulatoriais especializados e APS.

Este processo terá continuidade tendo por resultado um Plano prospectivo para 25 anos que seja capaz de orientar toda a organização da rede pública e privada para atender às necessidades sociais por saúde.

Figura 6: Distribuição espacial dos hospitais que compõem a Rede Estadual, por natureza jurídica e por Região de Saúde do ES.



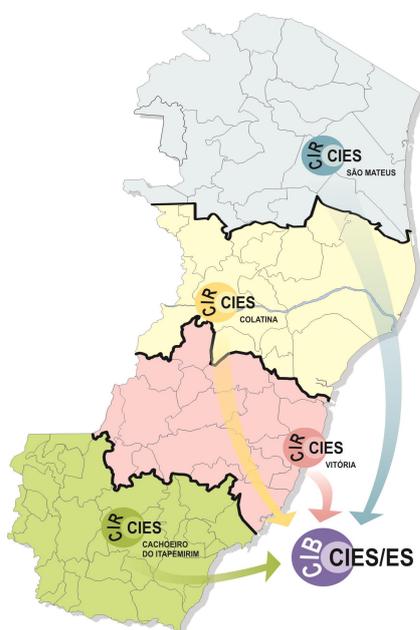
O PROCESSO DE GESTÃO E GOVERNANÇA DA RAS NAS 04 REGIÕES DE SAÚDE

Educação Permanente

A Política de Educação Permanente institucionalizado no SUS vem sendo desenvolvida no ES desde a orientação nacional, principalmente a partir do Pacto pela Saúde. Considerando o estabelecimento da Política Nacional de Educação Permanente, em consequência, foram

estabelecidas no Estado quatro Comissões de Integração Ensino e Serviço - CIES regionais e uma CIES de abrangência estadual. A partir das CIES o processo de Educação Permanente se tornou ainda mais participativo e descentralizado, levando à elaboração de Planos Regionais. Foi, também, elaborado um Mapa de Governança Regional para a Educação Permanente em Saúde, para melhor visualização dos projetos educacionais, conforme a seguir demonstrado:

Figura 7: Mapa da Governança Regional para a Educação Permanente em Saúde no ES.



O Plano Estadual de Educação Permanente - PEEPS foi desenvolvido levando em consideração os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde, de âmbito regional, elaborados coletivamente, envolvendo inclusive as instituições de ensino.

A linha do tempo de elaboração deste processo de educação permanente mostra que os PAREPS foram construídos a partir de diagnósticos regionais, tendo seus cronogramas pactuados nas CIES Regionais, homologados pela CIES estadual e, posteriormente, aprovados em CIR e homologados na CIB.

Os PAREPS são partes constitutivas do PES 2016/2019 tendo por diretriz: Gestão, formação e desenvolvimento dos trabalhadores da SESA e do Sistema Estadual de Saúde-SUS em consonância com os princípios e diretrizes das políticas nacionais de educação



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

permanente e de humanização e tem por meta estratégica *“Facilitar o atendimento das necessidades de qualificação profissional identificadas pelas áreas temáticas e áreas da gestão administrativa nos projetos prioritários e redes de atenção à saúde”*.

Os Projetos de Educação Permanente foram delineados por Região sendo: Região Sul 20 projetos, Região Metropolitana 17, Região Central 16 e Região Norte 26 projetos, totalizando 79 projetos no portfólio.

Vale destacar que no processo de Planejamento e Programação Regional em curso no Estado, as iniciativas e as metas de educação permanente foram pactuadas e, por meio das CIES, avaliadas e inseridas nos PAREPS, de tal forma a dar sustentação à qualificação dos serviços e as atividades fins dirigidas ao cuidado da população. O Plano Estadual de Educação Permanente, após aprovação da CIB-ES foi também aprovado no Conselho Estadual de saúde em maio de 2018.

Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde no Estado vem sendo desenvolvida em conformidade com as orientações técnicas e organizacionais da Portaria GM/MS n. 1378/2013. Na SESA a estrutura organizacional contempla: Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica (NEVE), Programa Estadual de Imunizações do Espírito Santo (PEI), Núcleo Especial de Vigilância Ambiental (NEVA), Núcleo Especial de Vigilância Sanitária (NEVS); Núcleo Especial de Vigilância em Saúde do Trabalhador (NEVISAT), Núcleo Especial de Informação em Saúde (NESIS). Além desta estrutura organizacional ainda há os seguintes serviços: Centro de Atendimento Toxicológico do Espírito Santo (Toxcen), Serviço de Verificação de Óbito (SVO), Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS) e o Laboratório Central de Saúde (LACEN).

Estes serviços de âmbito estadual têm desdobramentos regionais nas quatro Superintendências Regionais de Saúde que têm em sua estrutura os Núcleos de Vigilância em Saúde que além de desenvolverem ações de sua competência regional exercem papel de apoio institucional aos municípios.

Ao longo das três últimas décadas diversas iniciativas vêm sendo adotadas pela SESA no sentido de efetivar a descentralização dos serviços e ações de vigilância em saúde, bem



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

como de recursos financeiros, num constante movimento de aprofundamento e aprimoramento da regionalização. Nesse período muitas ações foram descentralizadas em direção às Superintendências Regionais de Saúde e destas para o conjunto de municípios. Cita-se como exemplo os PDVISAs, as ações de AIDS, Vigilância em Saúde do Trabalhador, imunização, saúde ambiental, rede LAB, dentre outros.

Destaca-se no processo de construção do PDR-2011 a efetiva participação da Vigilância em Saúde contribuindo na elaboração do estudo social alinhado com o diagnóstico epidemiológico e populacional, dando fundamentação à descrição das peculiaridades de morbimortalidade em todos os municípios do Estado que parametrizaram o desenho da regionalização atual.

No projeto PROADI-SUS/HCOR, em 2014-15, para construção dos Planos Regionais Integrados houve a participação da Vigilância em Saúde (central e regional) buscando identificar as necessidades populacionais, na metodologia que propôs a organização de um sistema estadual de provisão de cuidados e ações de saúde, visando alcançar os objetivos sustentáveis do milênio.

Financiamento do SUS no Espírito Santo

Há uma insuficiência real de recursos públicos investidos em saúde no Brasil para a garantia dos princípios éticos do SUS de universalidade e integralidade em um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos, de forma equânime, num país de tantas desigualdades sociais e regionais, tem se transformado num grande desafio para os gestores estaduais e municipais do SUS. No Brasil a participação do setor público no gasto com saúde é de aproximadamente 44% e os demais 56% são por conta da iniciativa privada.

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo do SUS devem custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. É importante observar que o investimento em saúde, por parte dos estados e municípios vem crescendo principalmente a partir de 2000 por efeito da Emenda Constitucional nº. 29 - EC 29. A participação crescente dos estados e municípios no orçamento público da saúde se elevou no período. O ES passou de 12,90% em 2002 para 18,75% em 2017, e o conjunto de municípios capixabas de 10,99% para 20,99%, no mesmo período, no entanto, o aumento do percentual de

investimento dos estados e municípios não pode justificar a estagnação ou diminuição do percentual de investimento por parte da União.

No caso da União, no contexto do ajuste fiscal, o montante aplicado em 2017 correspondia a 15% da Receita Corrente Líquida (EC 95/2016), entretanto a partir de 2018 este valor está condicionado ao gasto público da União com saúde no ano anterior corrigido apenas pelo IPCA por 20 anos. Significa dizer que, na atual conjuntura, é preciso construir expressiva defesa do SUS e da qualidade de vida da população brasileira, que passa não somente pela necessidade de aprimoramento da gestão do SUS, mas principalmente pela incorporação de novas fontes de financiamento.

Este cenário contemporâneo de restrições financeiras tem, também, a forte contribuição de perdas financeiras em decorrência de estimativas populacionais defasadas com impacto principalmente na Atenção Básica - PAB Fixo e Variável, bem como os recursos da Vigilância em Saúde. Outro fator é a depreciação dos valores dos incentivos financeiros repassados a estados e municípios que não sofreram qualquer tipo de ajuste, ou os ajustes realizados foram tímidos, em face das necessidades do sistema e, ainda, a habilitação e qualificação dos serviços existentes, que tem enfrentado longo tempo de espera para serem liberados pelo Ministério da Saúde, quando o são. Estes fatores, associados a outros também importantes, vem contribuindo para aumentar a participação do Estado e dos municípios capixabas no financiamento da saúde.

Merece destaque a forma de financiamento das ações e serviços de saúde que ainda estão vinculadas à Tabela de Procedimentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (Tabela SUS/SIGTAP) e que, como é sabido, está absolutamente defasada em seus valores unitários, completamente em descompasso com os valores de mercado, o que se constitui em embates e entraves nas negociações com a rede de prestadores de serviços contratualizados. Em função deste cenário há que se incrementar a forma de financiamento por orçamentação dos serviços e/ou Linhas de Cuidado, e não mais por procedimentos, o que o Estado não vem tendo muito sucesso junto ao Ministério da Saúde. A SESA vem se modernizando ao introduzir esta forma de financiamento, ainda que timidamente, e vem arcando com recursos próprios uma média de 70% do custeio total de grandes hospitais que exercem papel importante na regionalização do Estado, bem como de outros serviços estratégicos como o SAMU.

Outra dimensão que aqui cabe destacar se refere à capacidade instalada de serviços e ações de saúde nas quatro Regiões. Há uma concentração de aproximadamente 60% dos



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

serviços na Região da Grande Vitória, que é parte integrante da Região Metropolitana de Saúde. Iniciativas de desconcentração de serviços em direção às demais regiões, principalmente a Região Norte, implicam conseqüentemente, em regionalização dos recursos e, por mais que haja estudos neste sentido, a implantação de novos serviços e a ampliação dos já existentes tem no financiamento uma séria barreira para inovações tecnológicas e administrativas. Ainda que haja capacidade instalada nas demais regiões, a restrição financeira compromete o incremento de serviços estratégicos regionais, à exceção das unidades de atenção especializada da Rede Cuidar que vêm sendo financiadas por um *pool* de recursos originados do ressarcimento da produção de serviços pelo Ministério da Saúde, pela SESA e pelo conjunto de municípios com recursos próprios dos tesouros estadual e municipais.

Registra-se que a reorganização da distribuição dos serviços de saúde regionalmente vem sendo conduzida e coordenada pela SESA há aproximadamente duas décadas, com muitos avanços, entretanto, ainda insuficientes, para se alcançar a autonomia necessária e possível, nesses recortes territoriais do Estado, particularmente nos serviços de média complexidade. Conseqüentemente a esta redistribuição de serviços faz-se necessária uma melhor alocação dos recursos financeiros entre as regiões uma vez que dados de 2016 apontavam para uma distribuição muito desigual dos recursos de origem federal: Região Norte com apenas 4,67% em relação ao total de recursos; Região Central 12,41%; Região Sul 14,88% e a Região Metropolitana com 68,04% dos recursos.

Estes números demonstram o enorme esforço empreendido pela SESA e os municípios para ampliar o aporte de recursos próprios para as três regiões para alcançar as populações em desigualdade, tendo as Unidades Cuidar como exemplo desse esforço. A estratégia de gestão e co-financiamento dessas Unidades, associada à experimentação de novos modelos de gerenciamento dos serviços tem se mostrado exitosa.

O ES conseguiu, ainda, introduzir, por iniciativa do COSEMS-ES, até onde sabemos de maneira inédita no país, com o aval do Tribunal de Contas do Estado, os mecanismos legais jurídicos e orçamentários para transferência fundo a fundo, de recursos próprios, entre municípios, para financiar ações e serviços de saúde.

É neste cenário de dificuldades que os municípios e SESA estão desenvolvendo o processo de planejamento e programação regional e suas metas físicas e financeiras, conscientes de



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

que não haverá, num futuro próximo, novo aporte de recursos financeiros, constantes do Plano de Intervenção Regional (PIR) em elaboração para os quatro próximos anos. Isto requer dos gestores maior eficiência na alocação e no gasto com saúde, com ampla discussão sobre as reais necessidades regionais neste processo de elaboração do PIR.

Mapa de investimentos

O Governo do Estado, por meio da SESA, vem desenvolvendo desde 2017 uma nova forma de fazer saúde por meio da Rede Cuidar, conforme já mencionado neste documento, que se configura em um novo modelo de organização da atenção à saúde, que estrategicamente vem fortalecendo a regionalização da RAS e suas redes temáticas. Para tanto, a SESA vem elaborando um projeto de intervenção regional, a partir do desenvolvimento de um processo de planejamento e programação regional, utilizando a metodologia da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde . PGASS, como eixo estruturante de todo esse processo e como um novo instrumento que se mostre capaz de evidenciar a problemática das desigualdades regionais.

A promoção do desenvolvimento regional, reafirmada como objetivo estratégico central do atual Governo, atenta, em especial, para as situações locais das regiões que vêm, ao longo dos anos, perdendo o dinamismo econômico inclusive com repercussão no setor saúde. Priorizar ações governamentais para as regiões na busca de um maior equilíbrio e equidade no processo de desenvolvimento social no que tange à saúde pública tem sido esforço constante.

Na base do planejamento e programação está a retomada, com maior vigor, do desenvolvimento regional, fortemente orientado pela garantia de acesso oportuno da população aos serviços de saúde com equidade, integralidade na atenção e participação dos gestores do SUS na definição de suas necessidades e prioridades no sentido de elevar a qualidade de vida da população. Para atingir esses propósitos, a PGASS vem sendo desenvolvida desde 2016, sendo um dos seus produtos a elaboração de Mapas de Investimentos Regionais para o período de 2018 a 2021.

O projeto de planejamento e programação regional se iniciou em 2015 e as propostas, representadas por objetivos, metas e ações, foram apresentadas e discutidas nas regiões em oficinas temáticas e, nesse momento, foram agregadas novas contribuições. Ao fim



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

desse processo de planejamento e programação regional, estarão definidos os serviços e ações prioritárias para o desenvolvimento de cada região, constituindo os Mapas de Investimentos Regionais. A partir da elaboração desses Mapas . prevista para ser concluída em dez/2018 - a agenda estratégica de investimentos passará a ser disponibilizada para a apreciação do Ministério da Saúde, para os governos do Estado . orientando os investimentos do PES 2019-2022 - e municípios e também para o seguimento político da ALES, Câmara e Senado Federais em face das emendas parlamentares, sendo monitorada por uma equipe técnica, sob a coordenação da Subsecretaria de Gestão Estratégica e Inovação - SUBGESTI e do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde.

A Programação Pactuada e Integrada É PPI

A PPI é um processo instituído no âmbito do SUS para a alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e municípios, resultante dos pacto entre os gestores explicitando a parcela destinada à assistência seja para o Estado seja para os municípios. Embora no Brasil a PPI tenha se restringido a recursos federais de custeio, no Espírito Santo englobou recursos próprios do Estado e dos 78 municípios.

A primeira iniciativa estadual para elaboração da PPI ocorreu em 2000, realizada pela SESA sem a participação dos municípios. Em 2003 foi elaborada a PPI com a participação municipal e com os parâmetros aprovados no COSEMS-ES e em 2005 foi feito pequeno ajuste na programação. Em 2011 foi elaborada a PPI em consonância com o Pacto pela Saúde, com início da vigência em janeiro de 2012 e durante seu processo de elaboração foi publicado o Decreto Federal n. 7.508/11. A PPI de 2012 foi desenvolvida nos espaços territoriais das quatro regiões de saúde, de forma descentralizada e regionalizada e passou, posteriormente, por três macroprogramações ordinárias anualmente, com processos sistemáticos de reprogramações (microprogramações) sempre que os municípios identificam esta necessidade de remanejamentos na lógica da PPI Viva+, portanto a programação pode vir a ser ajustada a qualquer tempo.

Como forma de fortalecer a regionalização, em cada uma das SRS foram selecionados dois técnicos que assumiram a função de Referências Técnicas Regionais e em 2015 foi instituído o Fórum Estadual de Referências Técnicas da PPI, contando com a participação das Secretarias Executivas das CIR, com encontros periódicos, para melhor qualificar a equipe técnica para o exercício de suas funções junto aos municípios.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Decorridos seis anos desde sua elaboração no final de 2011, a programação assistencial no Espírito Santo se manteve dinâmica para acompanhar o dinamismo dos fluxos assistenciais da população estabelecidos na PPI intra e inter-regionais.

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde É PGASS

A PGASS consiste no processo de definição, quantificação e orçamentação das ações e serviços de saúde, desenvolvido em conjunto entre estados e municípios, com foco na região de saúde. Tem por objetivo garantir à população o acesso aos serviços que necessitar, independentemente da disponibilidade desses no seu município de residência e na região.

A partir da publicação do Decreto Federal n. 7508/2011, suas consequentes regulamentações instituíram a PGASS, para fazer face às necessidades da população, particularmente no que se refere à atenção de média e alta complexidade. Propõe avanços conceituais e práticos no planejamento e programação regional, trazendo mudanças importantes na forma de programação, que não mais será elaborada individualmente por município, mas sim de forma regionalizada por todos os municípios em uma Região de Saúde, o que significa dizer que ao invés de 78 programações municipais individuais, o Espírito Santo terá quatro PGASS, coincidindo com o número de Regiões de Saúde.

O desenvolvimento da PGASS teve início em 2016 por um processo de sensibilização e alinhamento conceitual de sua proposta inovadora que foi realizado em todas as quatro regiões de saúde. O Momento I ou Etapa I da PGASS, após 05 oficinas em cada região de saúde, está em fase final de consolidação e harmonização das Diretrizes, Objetivos, Metas, Indicadores e Ações . DOMI do PES 2016-2019 com o contexto regional, para ser apreciada e aprovada pelas CIR.

Para o desenvolvimento do Momento II (ou Etapa II) vem sendo adotada a metodologia de oficinas temáticas, tendo iniciado pela Rede de Atenção em Saúde Mental, que já ocorreu em três das quatro Regiões de Saúde. As demais redes estão em processo de atualização e remodelagem para também sua pactuação ocorrer em ambiente de CIR. Já



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

nesta Etapa estão sendo elaborados, gradualmente, a cada oficina, os Mapas de Investimentos Regionais.

O Momento III (ou Etapa III) já foi iniciado com o desenvolvimento de atividades preliminares, inclusive junto às Regiões de Saúde, entretanto as oficinas de pactuação deverão ocorrer tão logo seja encerrada a Etapa II, com previsão de conclusão até o final de 2019.

Espera-se, como produto deste processo de pactuação regional, a elaboração do Plano de Intervenção Regional . PIR ou PRI, que contemple a atualização dos Mapas da Saúde de cada Região, a implementação do monitoramento do elenco de indicadores do SISPACTO, a definição de metas regionais, Mapas de Investimentos Regionais, a qualificação dos Planos Municipais de Saúde vigentes e subsídios para a elaboração dos novos PMS, elementos para elaboração do PPA, da PAS e da LOA (estadual e municipais), qualificação das equipes de trabalho e o fortalecimento da governança regional.

Governança Regional

Atualmente o Estado tem consolidado um processo de governança regional por meio das quatro Comissões Intergestores Regionais (CIR), composta por uma Câmara Técnica e uma Secretaria Executiva, tendo agenda mensal de reuniões, onde são pactuadas todas as demandas da Região com participação efetiva dos Secretários municipais e representantes da SESA. O funcionamento das CIR vem amadurecendo à medida que o processo de implantação das RAS e as pactuações da Rede Cuidar sofreram forte indução de descentralização para uma gestão eminentemente regional.

As condução do processo de planejamento e programação regional e suas consequentes pactuações também apontam na mesma direção, impondo uma nova agenda para os processos regulatórios de acesso e organização da Atenção à saúde, e do seu financiamento. Entretanto, o fórum das CIR mostra-se limitado para albergar o conjunto dos interesses e atores direta ou indiretamente envolvidos na produção da saúde da população de cada região, desde prestadores de serviços, operadores do direito, controle social, parceiros do campo da intersetorialidade bem como potenciais construções de territórios de integralidade da atenção com abrangência interestadual.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Modelos de regulação e de financiamento regionais terão de ser estruturados e consolidados a partir das primeiras experiências obtidas com a implantação da rede Cuidar, como detalhado anteriormente.

Considerações Finais

Durante mais de 25 anos de construção do SUS no ES, maiores e mais significativos foram os avanços do que os retrocessos e estagnações no processo de regionalização. A regionalização foi, e hoje ainda é, uma realidade vívida na gestão da saúde do Espírito Santo, mas que se defronta com um conjunto de desafios comuns às quatro regiões de saúde.

O processo de Planejamento e Programação Regional e de estruturação da RAS em cada Região de saúde tem se mostrado como um eficiente processo para o desenvolvimento regional, com o estímulo à expansão responsável da infraestrutura necessária no sistema de serviços regionais e respectivas ações, importantes para se elevar a qualidade de vida da população capixaba. Para tanto, as prioridades de investimentos e de custeio das ações e serviços de saúde devem estar direcionados para implementar a RAS; fortalecer a APS como ordenadora do cuidado, instituindo e institucionalizando a política da integração da atenção primária com a atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar, articulando os três níveis de atenção com a transversalidade das ações de Vigilância em Saúde e de Assistência Farmacêutica e implementar a Política Estadual e Regional de Regulação

Certamente ainda há muito por fazer, entretanto o caminhar da regionalização já vem produzindo a qualificação no acesso e na atenção à saúde da população na RAS Estadual e seus componentes regionais, respeitando princípios de equidade, integralidade e universalidade.

O conjunto de processos descrito nas páginas anteriores, desde o resgate histórico da regionalização em nosso Estado, passando pelo Planejamento e programação, estruturação das redes temáticas, implantação da Rede Cuidar, a Planificação da Atenção à saúde, a integração da VS com a APS, o Plano Diretor de Redes Hospitalares, os desdobramentos regionais de educação permanente, regulação, financiamento e outros aspectos de

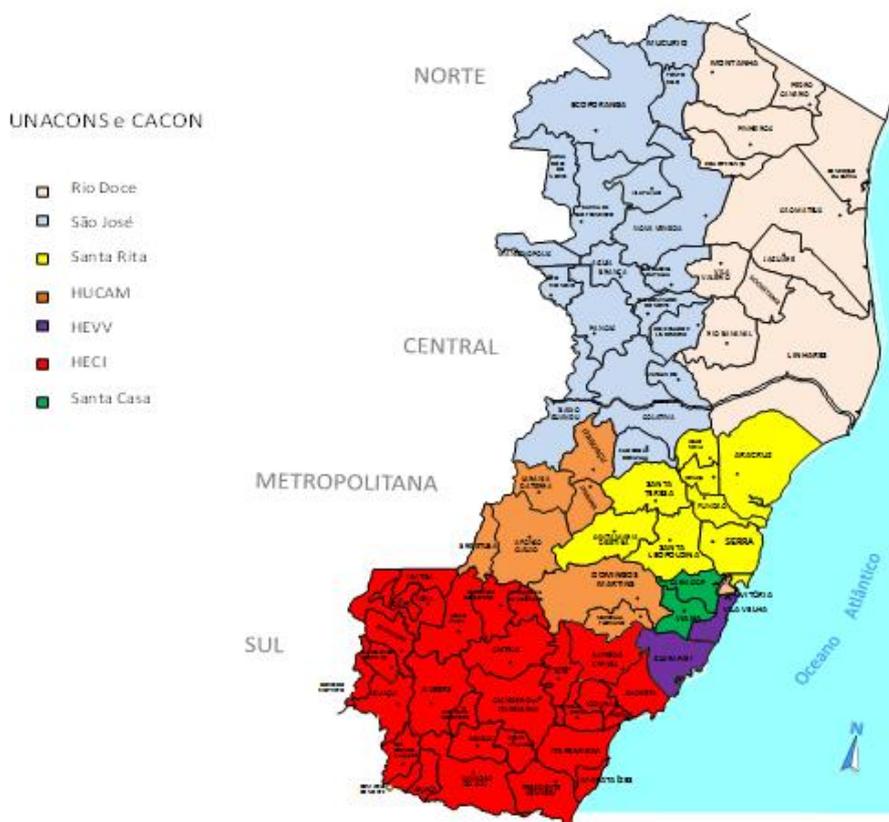


GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

governança têm o único objetivo de fortalecer em nós, e nas instâncias superiores de deliberação do SUS, a convicção de que estamos no caminho certo.

Neste contexto, e tendo por base o PDR/2011 e o processo de Planejamento e Programação Regional em curso, este documento tem por objetivo firmar uma posição conjunta - SESA, COSEMS-ES, as 04 CIR e CIB-ES . no sentido de que, neste momento, o desenho regional atual deverá permanecer inalterado, ainda que a escala populacional da região Norte esteja aquém dos parâmetros da Res. 37 - quaisquer (des)reconstruções do atual desenho teriam fortes repercussões na maturidade alcançada de identidade regional e nas medidas de gestão já implementadas ou em desenvolvimento para oportunizar melhor acesso e qualidade de serviços à população.

Entretanto, entendendo que a regionalização do SUS e suas delimitações geográficas são um processo em constante evolução, e em respeito à resolução 37 e de critérios de economicidade, escala e escopo na estruturação das redes, cabe destacar que a estruturação das redes temáticas apresentada acima, há alguns anos já considera a insuficiência de tecnologias de alta complexidade, e algumas mais escassas de média complexidade da Região Norte, e sua modelagem já integra a rede de serviços regional com outros da Região Central, na lógica das Macrorregiões definidas na resolução CIT nº 37/2018 (ampliando a escala de população e de escopo dos recursos tecnológicos mais custosos e/ou escassos para mais de 1,1 milhão de habitantes). Como exemplo, podemos ver abaixo o mapa de referência aos UNACON ϕ e Cacon da linha de cuidados de Oncologia.



Outro aspecto que deverá ser objeto de estudo à luz da mesma resolução é a possibilidade de ampliar a população-alvo da RAS inserindo na região Norte (e outras, quando couber) municípios limítrofes da região nordeste de MG e sul-sudoeste da Bahia que já acessam, sem pactuação interestadual, os serviços das Regiões Norte e Central do ES. A evolução desta possibilidade depende de interlocução articulada entre os 03 estados.

Entendemos que, ainda que as diretrizes e muitas metas do PES 2016-2019 do SUS-ES falem diretamente com os propósitos da resolução 37 (fls. 04 e 05), podemos complementar essas diretrizes para elaboração dos Planos Regionais Integrados, que deverão ser validadas nas 04 CIR antes de sua formalização à CIT.

Ainda neste contexto, há consenso entre os gestores do SUS e as instâncias intergestoras que os representam que a primeira iniciativa para dar concretude às Resoluções da CIT no cronograma, deva ser a qualificação de todas essas instâncias e de suas respectivas câmaras técnicas . CIB, CIR e COSEMS-ES . a partir de uma agenda definida

colegiadamente para superação de possíveis fragilidades na aplicação das diretrizes da regionalização no Estado. Há o entendimento geral de que o fortalecimento da governança regional requer o perfeito entendimento das responsabilidades de cada ente nesses espaços regionais.

Diante de todo o exposto, apresentamos nossa proposta de cronograma para atender às disposições da resolução CIT 37/2018.

Cronograma de Trabalho É Resolução CIT n. 37/2018.

Atividade	Data de Execução
1 - Participar de todas as reuniões CIR do mês de maio para apresentação da proposta de trabalho no atendimento da Resolução CIT n.37/2018 e início do processo de mobilização das CIR.	09/05 CIR Metropolitana; 15/05 CIR Central; 17/05 CIR Sul; 25/05 CIR Norte.
2 - Aprovação do cronograma em CIB e envio à Comissão Intergestores Tripartite . CIT e definição do Grupo Condutor tripartite para implementação da Resolução CIT 37/2018.	Junho de 2018
3 . Estruturar os Comitês Executivos de Governança da RAS nas 4 Regiões de Saúde	2º semestre 2018
4 - Mobilizações dos Laboratórios/Núcleos de Planejamento Regionais e Câmaras Técnicas das CIR, para dinamização destes espaços de planejamento e alinhamento conceitual sobre Rede de Atenção à Saúde e Planejamento Regional Integrado.	2º semestre de 2018
5 - Discussões Regionais e Pactuação das Diretrizes do Planejamento Regional Integrado nas CIR e homologação na CIB.	2º semestre de 2018.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

2º semestre de 2018 e

6 - Continuidade na elaboração e conclusão dos Planos Regionais Integrados (PRI), sob a coordenação do GT estadual (atividade 3) e das CIR, a partir do status atual dos processos descritos neste documento.
