


MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



Projeto Fortalecimento dos Processos

de Governança, Organização
e Integração da Rede de
Atenção à Saúde

DOCUMENTO NORTEADOR DO
PLANEJAMENTO MACRORREGIONAL

**MACRORREGIÃO
DO CARIRI - CEARÁ**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



Projeto Fortalecimento dos Processos

de Governança, Organização
e Integração da Rede de
Atenção à Saúde

DOCUMENTO NORTEADOR DO
PLANEJAMENTO MACRORREGIONAL

**MACRORREGIÃO
DO CARIRI - CEARÁ**



2021 Ministério da Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsm.sau.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2021 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 7º andar
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9031
Site: www.dab.sau.gov.br
E-mail: dab@sau.gov.br

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ (HAOC)

Rua João Julião, 331, Bela Vista
CEP: 01327-001 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3549-1000
Site: www.Haoc.com.br

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, sala 144
Zona Cívico-Administrativo
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3022-8900
Site: www.conasems.org.br

Organização:

Adriana Nunes – MS
Ana Paula Lopes – MS
Ana Paula Marques Pinho – Haoc
Andreza Tonasso Galli – Haoc
Grégory dos Passos Carvalho – CGAT/MS
Lissandra Andion de Oliveira – Haoc
Mauro Junqueira – Conasems
Paula Campos – Haoc
Paula Etlinger – Haoc
Rodrigo Lacerda – Conasems
Samara Kielmann – Haoc
Willames Freire – Conasems

Elaboração:

Cícero Alexandre da Silva
Cícera Janaina Saraiva dos Passos
Maria de Fátima Vasques Monteiro
Walter José Pereira dos Santos

Revisão técnica:

Anderson Torreão
Daniele Guerra
Rubens Griep

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Site: <http://editora.sau.gov.br>
E-mail: editora.ms@sau.gov.br

Normalização:

Luciana Cerqueira Brito

Revisão:

Tatiane Souza

Capa, projeto gráfico:

Marcos Melquiades

Diagramação:

Renato Carvalho

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Projeto fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde: documento norteador de planejamento macrorregional: macrorregião do Cariri – Ceará / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

113 p.: il.

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/documento_norteador_macrorregional_cariri_ceara.pdf
ISBN 978-65-5993-079-1

1. Serviços em saúde. 2. Planejamento em saúde. 3. Atenção Básica à saúde. I. Título. II. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. III. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

CDU 614.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0323

Título para indexação:

Strengthening the governance, organization and integration processes of the health care network: guideline document for planning of the macroregion Cariri – Ceará

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese das discussões do primeiro ciclo.....	28
Quadro 2 – Síntese da matriz do desenho da RAS na dimensão assistencial	82
Quadro 3 – Síntese da Matriz na Dimensão de Governança da RAS.....	89
Quadro 4 – Síntese dos aspectos observados e estratégias da RAS para o macroproblema priorizado	92

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Estimativa da população da Macrorregião de Saúde do Cariri, 2015 a 2019.....	38
Gráfico 2 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idades, Cariri, 2017	39
Gráfico 3 – Taxa de natalidade da Macrorregião de Saúde do Cariri, 2012	40
Gráfico 4 – Índice de envelhecimento da população residente na Macrorregião de Saúde do Cariri, 2012 a 2017	41
Gráfico 5 – Renda <i>per capita</i> média (em R\$) da população residente na Macrorregião de Saúde do Cariri, 1991 a 2010	42
Gráfico 6 – Incidência de aids em adultos, Ceará 1990 a 2018.....	49
Gráfico 7 – Número de casos e taxa de detecção de tuberculose, Ceará, 1990 a 2018.....	50
Gráfico 8 – Número de casos de arboviroses, Ceará, 1980 a 2019	55
Gráfico 9 – Número de casos notificados por síndrome respiratória aguda grave por <i>influenza</i> , Ceará, 2015 a 2019	58
Gráfico 10 – Número de nascidos vivos e proporção de tipo de parto na Região de Saúde Cariri, 2014 a 2018	59
Gráfico 11 – Taxa de internação pelas principais causas (CID 10) da Região de Saúde Cariri, 2018.....	60
Gráfico 12 – Número e taxa de internação por condições sensíveis à atenção básica da Região de Saúde Cariri, 2018	60
Gráfico 13 – Taxa de mortalidade proporcional pelas principais causas (CID 10), Região de Saúde Cariri – 2000-2018	62
Gráfico 14 – Taxa de mortalidade pelas principais causas do aparelho circulatório da região do Cariri – 2013-2018.....	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – 2ª Região de Saúde do Ceará – Cariri.....	36
Figura 2 – Índice de Desenvolvimento Humano na Macrorregião de Saúde do Cariri, 2019	48
Figura 3 – Desenho da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião de Saúde do Cariri/CE	70
Figura 4 – Itinerário Terapêutico	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil demográfico por Região de Saúde, Cariri, 2017.....	39
Tabela 2 – Série histórica da renda <i>per capita</i> da população por ADS, 1991, 2000 e 2010	42
Tabela 3 – Perfil socioeconômico da região do Cariri, 1991, 2000 e 2010.....	43
Tabela 4 – Taxa de desocupação por município da região do Cariri, 2010.....	44
Tabela 5 – Taxa de analfabetismo de pessoas de 15 anos ou mais por grupo de idade e municípios, 2010.....	46
Tabela 6 – Número de casos de aids por sexo na Região de Saúde do Cariri, 2010 a 2019	49
Tabela 7 – Número de óbitos de aids por causa básica na Região de Saúde do Cariri, 2010 a 2019	50
Tabela 8 – Número de casos de aids por faixa etária na Região de Saúde do Cariri, 2010 a 2019.....	50
Tabela 9 – Número de casos de tuberculose, Região de Saúde Cariri, 2016 a 2018.....	51
Tabela 10 – Número de casos confirmados de leishmaniose visceral, Região de Saúde Cariri, 2016 a 2018	52
Tabela 11 – Número de casos confirmados de leishmaniose tegumentar americana, Região de Saúde Cariri, 2016 a 2018.....	54
Tabela 12 – Número de casos de arboviroses por Região de Saúde, Cariri, 2019	56
Tabela 13 – Percentual de adolescentes grávidas na faixa etária de 10 a 19 anos por Região de Saúde, no período de 2017 a 2019	58
Tabela 14 – Número de equipes de Saúde da Família, Nasf e Caps na Região do Cariri, 2018.....	61
Tabela 15 – Mortalidade por gênero e faixa etária, Região de Saúde Cariri – 2019.....	61
Tabela 16 – Distribuição de profissionais de saúde por macrorregião de saúde, Ceará, 2018.....	63
Tabela 17 – Cenário da prática da Região de Saúde do Cariri, 2018	64
Tabela 18 – Pontos de atenção especializada da Região de Saúde Cariri por tipo, n. de leitos, taxa de ocupação, n. de internação, 2019.....	72
Tabela 19 – Número de internação hospitalar por município da Região de Saúde do Cariri, 2015 a 2019	74

LISTA DE SIGLAS

ADS	Área Descentralizada da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
Caps	Centros de Atenção Psicossocial
Cesau	Conselho Estadual da Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
Coap	Contrato Organizativo de Ações e Serviços Público
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Cosems	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
Haoc	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IIP	Índice de Infestação Predial
MAC	Média e Alta Complexidade
MRS	Macro Regional Saúde
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
Noas	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada Integrada
Proadi	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Região de Saúde
Seinsf	Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa
Sems/CE	Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Ceará
Sepos	Secretaria de Políticas de Saúde
Sesa	Secretaria Estadual da Saúde
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Termo de Referência

SUMÁRIO

PREFÁCIO	9
1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Contextualização sobre o processo de planejamento regional e sua importância para a governança, a organização e a integração da RAS no SUS.....	12
1.2 Contextualização sobre o projeto e sobre a seleção da macrorregião	16
2 PROCESSO METODOLÓGICO PARA CONSTRUÇÃO DO PROJETO NO TERRITÓRIO	21
2.1 Percursos metodológicos da Primeira Oficina Macrorregional – Análise Situacional	23
2.2 Produtos da Primeira Oficina Macrorregional – 1º Momento	26
2.3 Segundo momento da Primeira Oficina Macrorregional – Remodelagem de Rede	30
2.4 Produto da Primeira Oficina Macrorregional – 2º Momento.....	32
3 ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE DA REDE ASSISTENCIAL E DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA REGIONAL	35
3.1 Perfil das necessidades de saúde da população	36
3.1.1 Perfil demográfico	36
3.1.2 Perfil socioeconômico e cultural	41
3.2 Morbimortalidade	49
3.2.1 Indicadores de morbidade	49
3.2.2 Indicadores de morbimortalidade hospitalar	59
3.2.3 Força de trabalho no SUS, capacidade instalada em saúde, instituições de ensino superior e cenários de prática na Região de Saúde do Cariri	63

4	MACROPROBLEMAS DE SAÚDE ELECADOS PARA A MACRORREGIÃO.....	65
4.1	Análise da Rede de Atenção à Saúde para o macroproblema de saúde ...	66
4.2	Consórcios públicos em saúde no Ceará	67
4.3	Indicadores de equipamento hospitalar	71
4.4	Percurso metodológico da Segunda Oficina Macrorregional para Análise da RAS para o macroproblema priorizado	76
4.1.1	Oficinas na modalidade remota	76
4.5	Análise dos mecanismos de planejamento, gestão e governança	86
5	SISTEMATIZAÇÃO DE DIRETRIZES E AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA CADA LINHA GUIA DE ORGANIZAÇÃO DA RAS	91
6	RECOMENDAÇÕES	95
	REFERÊNCIAS.....	97
	APÊNDICES	103
	Apêndice A – Desenho da Rede Assistencial – Atenção Primária	104
	Apêndice B – Desenho da Rede Assistencial – Atenção Secundária	105
	Apêndice C – Desenho Assistencial da Rede – Apoio Diagnóstico e Vigilância	107
	Apêndice D – Desenho Assistencial da Rede - Apoio Logístico.....	108
	Apêndice E – Dimensão da Governança, Planejamento e Gestão da RAS.....	110
	ANEXO - MAPA ESTRATÉGICO DA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE	113



PREFÁCIO

A ausência de planejamento ascendente, apesar dos espaços colegiados de discussão instituídos, muitas vezes, impede a percepção das singularidades das Regiões de Saúde para a realização de ações otimizadas, fazendo com que os recursos disponíveis sejam subutilizados, tendo como fim resultados assistenciais que não condizem com as expectativas das políticas de saúde vigentes.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais, nos últimos anos, envidaram esforços para o desenvolvimento e a consolidação dos dispositivos de regionalização e estruturação da Rede Integrada de Serviços, com foco em ações estruturantes para o Planejamento Regional Integrado, conforme disposto na Resolução CIT n. 37, de 22 de março de 2018, considerados como fundamentais para a superação da fragmentação do sistema e a coordenação das políticas de saúde. Dessa forma, O PROJETO “FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS DE GOVERNANÇA, ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE” foi elaborado pelo Conasems, em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), a partir da necessidade de aperfeiçoar o protagonismo municipal nos processos de governança regional, organização e integração da Rede de Atenção à Saúde, de modo a instrumentalizar os profissionais de saúde que fazem parte desta rede, oferecendo a eles a possibilidade de reflexão sobre suas práticas, oportunizando o exercício do diálogo inclusivo nas instâncias e colegiados de gestão, em que se reconhecem os diferentes interesses.

O projeto traz como objetivo principal assessorar os municípios para a construção de um documento norteador do planejamento regional, na perspectiva de disponibilizar um referencial metodológico do processo de planejamento regional, para as regiões de saúde, por meio de etapas sequenciais que oportunizam a apropriação dos territórios, fundamental na elaboração de estratégias para efetivação de processos organizacionais nos diversos formatos de regionalização.

No Ceará, a Região de Saúde (RS) Cariri foi selecionada, considerando sua diversidade político-administrativa, para apresentar formato de governança em remodelação no Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado e desenho assistencial com boa resolutividade, apesar da oferta de seus serviços serem garantidos, majoritariamente, por serviços privados e filantrópicos conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS). Considerou, ainda, a instituição de consórcios regionais nesse território, como estratégia para atender os vazios assistenciais no acesso às necessidades de saúde da população.

O trabalho teve início no ano de 2019 e contou com a participação ativa dos entes federativos, representados pela Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa (Seinsf/CE) da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Ceará (Sems/CE), Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, por meio da Superintendência Regional de Saúde do Cariri e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Ceará, por intermédio de um coordenador e dois facilitadores previamente selecionados, estes últimos, responsáveis por toda a condução do projeto, até a elaboração deste documento final.

Acredita-se que o projeto foi executado com louvor, pelo empenho e esforço de todos os envolvidos, e destacamos a atuação dos trabalhadores de saúde, que representaram com excelência os seus espaços de trabalho e que deixaram suas contribuições no legado do SUS, no Ceará.



1

INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização sobre o processo de planejamento regional e sua importância para a governança, a organização e a integração da RAS no SUS

O SUS traz na sua normativa a descentralização político-administrativa e, desse modo, amplia a autonomia dos entes subnacionais favorecendo a municipalização da saúde, no entanto, surgem as limitações sociais, demográficas e econômicas, indicando a necessidade de delimitação de territórios com a organização em regiões de saúde (SANTOS; GIOVANOLA, 2016). Além disso, orienta o processo de descentralização, organização e integração de serviços em sistemas nacionais, visando à integralidade da assistência e à universalidade de acesso (GOYA *et al.*, 2016).

Durante o período de 2001 a 2014, as discussões sobre a regionalização de saúde no Brasil tornaram-se expressivas e houve a aprovação de algumas das bases normativas que tratam do tema. A Regionalização da Saúde no Brasil apresenta a contextualização discursiva e normativa durante o período de 2001 a 2014. Verifica-se que, nos anos de 2001 a 2002, esse processo era normativo e burocrático, sem instrumento formal de contratualização e de responsabilidades, vigente pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), instituindo a organização regional a partir do PDR, do Plano Diretor de Investimento (PDI) e da Programação Pactuada Integrada (PPI) (GOYA *et al.*, 2016).

A Noas/2001 propõe o PDR para o reordenamento do processo de regionalização (ALVES; MAGALHAES; COELHO, 2017), e em 2006 o Pacto pela Saúde regulamenta o processo de regionalização da assistência à saúde com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde de acordo com as necessidades e integrando o Plano Estadual da Saúde (BRASIL, 2006).

No período de 2006 a 2010, foi instituída a regionalização pactuada a partir do Pacto pela Saúde e da Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. O Pacto traz como ênfase a atuação do Colegiado de Gestão Regional (PDR, PDI e PPI) e a organização e funcionamento em Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse período culminou com a Regionalização Contratual Interfederativa a partir do Contrato Organizativo de Ações e Serviços Públicos (Coap), estabelecida no Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (GOYA *et al.*, 2016).

Em relação ao planejamento regional da saúde, as resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), n. 23, de 17 de agosto de 2017, e n. 37, de 22 de março de 2018, estabeleceram as diretrizes e os critérios para a regionalização e o Planejamento Regional Integrado (PRI) do Sistema Único de Saúde. O Ministério da Saúde normatiza, financia, acompanha e apoia o processo de construção. O estado é responsável por organizar o planejamento considerando as suas regiões de saúde, atuando de forma cooperativa nas ações a serem desenvolvidas nos municípios com foco na programação e planejamento no espaço regional. Os municípios devem realizar o planejamento integrado, como protagonistas, na execução das ações e serviços de saúde no território.

A partir de 2011, implantaram-se as Redes Temáticas: Cegonha; Urgência e Emergência; Psicossocial; Pessoas com Deficiência e Doenças Crônicas (GOYA *et al.*, 2016). Em 2012 efetivou-se o Coap nas Regiões de Saúde do Ceará, sendo estes aditivados em 2013/2014. Nessa perspectiva, com o objetivo de alcançar a integralidade da assistência e em respeito às diretrizes de regionalização e

de hierarquia, dispostas pela Constituição Federal, estabeleceu-se, por meio do Decreto Federal n. 7.508/2011, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), definidas como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” e traz como Região de Saúde 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” (BRASIL, 2011a, art. 2).

No Brasil, foram instituídas cinco redes temáticas, a saber: 1) Rede Cegonha: atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2011b); 2) Rede de Atenção Psicossocial: álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011d); 3) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012); 4) Rede de Urgência e Emergência (BRASIL, 2011c); e 5) Rede de Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014).

O SUS é tripartite, o que significa dizer que os três entes são corresponsáveis por sua organização e seu financiamento, contudo essa interação entre os entes se desenvolve de maneiras variadas nos diferentes territórios do País, em que pese existirem diretrizes para nortear tal interação.

No entanto, mesmo com a implantação das Redes, os investimentos no SUS com ampliação da oferta e o incremento de novas tecnologias não são suficientes para uma assistência integral, como também o Sistema de Saúde vigente apresenta uma rede de cuidado à saúde descontínua, com coordenação do cuidado fragmentado e com pouca resolutividade (BADUY *et al.*, 2011).

Assim, todos os esforços dos entes federativos são realizados a fim de não comprometer a qualidade e a continuidade da assistência de forma sistematizada, direcionando os serviços de saúde numa modelagem real e viva, viabilizando aos usuários o acesso aos serviços de saúde numa perspectiva qualificada.

Historicamente, o Ceará alavancou o processo de descentralização e regionalização do SUS (2011) e foi referência na concepção de Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2007). Esse aspecto pôde ser evidenciado com a aprovação da Resolução n. 5, de 15 de janeiro de 1998, pelo Conselho Estadual da Saúde (Cesau), e a instituição das “Diretrizes de Reorganização de Atenção e dos Serviços do SUS-CE” (publicada no Diário Oficial em 8 de janeiro de 1999). Na ocasião, a Assembleia Legislativa aprovou a resolução desenhando o território cearense em 21 instâncias estaduais microrregionais de saúde, as quais substituíram os catorze 14 antigos Departamentos Regionais de Saúde (Deres).

Com o Pacto de Gestão em Saúde em 2006, o Ceará reiniciou esse debate a partir da realização de seminários microrregionais para prefeitos e secretários de saúde, além de capacitação para gerentes e equipe técnica.

Em 2012, a modelagem institucional do território cearense foi formada por 3 Macrorregiões de Saúde (Fortaleza, Sobral e Cariri) e 21 Microrregionais de Saúde, definidas segundo critérios de contiguidade intermunicipal, escala adequada, potencial de equipamentos de maior densidade tecnológica, sistemas de apoio, cooperação política e identidade cultural (CEARÁ, 2012).

As macrorregiões foram formadas por um conjunto de microrregiões que convergiam para os polos de serviços terciários de Fortaleza, Cariri e Sobral, constituídos por serviços de saúde de maior complexidade e alto custo (urgência e emergência, gestação de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia e atenção a pacientes graves).

A representatividade da Secretaria Estadual da Saúde (Sesa) dava-se, à época, pelos gerentes microrregionais, com base na homologação das pactuações a partir da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) (CEARÁ, 2020).

Em 2014, ocorreu o redesenho do estado do Ceará em 22 Microrregiões de Saúde e 5 Macrorregiões a partir do perfil assistencial dos municípios. A Resolução n. 37/2018 dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) no Ceará, regulamenta a elaboração do PRI das 22 Microrregiões de Saúde para vigência 2018/2019.

Recentemente foi aprovada a Lei Estadual n. 17.006, de 30 de setembro de 2019, que dispôs sobre a integração no âmbito do SUS e sobre as ações e serviços de saúde em regiões no e stado do Ceará. No Capítulo I das Disposições Preliminares, em seu a rt. 2º traz:

Região de Saúde com desenho em RAS; Governança interfederativa regional organizada em Região de Saúde – RS e RAS; RAS com foco na integralidade da assistência; Planejamento Regional da Saúde – PRS levando em conta as diretrizes da Conferência Estadual de Saúde; Plano de Regional de Saúde; Controle e Avaliação de desempenho; Hierarquização assistencial ordenada pela APS e Central de regulação assistencial.

Então, o PDR no Ceará, desenhado em 2014, com 5 Regiões de Saúde (RS) e 22 Microrregiões de Saúde, sofreu alteração na sua estrutura organizacional a partir do Decreto Estadual n. 33.381, de 3 de dezembro de 2019, o qual dispôs sobre a distribuição e a denominação dos cargos de provimento em comissão da Sesa.

O documento modificou a terminologia de Microrregião de Saúde para Área Descentralizada da Saúde (ADS), a Macrorregião de Saúde como Região de Saúde (RS), cuja estrutura administrativa da Sesa tornou-se Superintendência Regional de Saúde (SRS). A Resolução n. 12, de 16 de março de 2020 – CIB/CE, aprovou o Regimento Interno das Comissões Intergestoras Regionais do Ceará vinculadas às Superintendências Regionais de Saúde no Ceará.

Desse modo, a Região de Saúde do Cariri, localizada no sul do estado do Ceará, é formada, em 2020, pelas ADS de Juazeiro do Norte, Crato, Brejo Santo, Icó e Iguatu, com 45 municípios, totalizando população estimada de 1.475.262 habitantes (IBGE, Resolução n. 4, de 28 de agosto de 2017).

▪ **Processo de elaboração do Coap no estado do Ceará**

Os estados do Ceará e do Mato Grosso do Sul, em 2012, iniciaram no cenário nacional o processo de adesão ao Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap). O Ceará com marco histórico de forte tradição na descentralização do SUS, rico no processo de planejamento, inicia o diálogo da regionalização da saúde em consonância com o Decreto n. 7.508/2011, tendo como

foco o Coap (LIMA; VIANNA, 2011). Iniciando-se seu processo de regionalização desde 1990, com definição de 22 Microrregiões de Saúde e 5 Macrorregiões de Saúde, faz adesão em 100% dessas microrregiões com aprovação pela Comissão Intergestora Regional (CIR) e homologação na CIB/CE, inicialmente em 2013 com 20 regiões e em 2014 com as outras duas microrregiões (Fortaleza e Iguatu).

O estado do Ceará vislumbrou o Coap como ferramenta técnico político para implementação e sustentabilidade das RAS, processo este já iniciado em 2012 com o Plano de Ação da Rede Cegonha e a Rede de Urgência e Emergência, em 2013 com a Rede de Pessoas com Deficiência e Psicossocial e em 2014 com o Plano de Ação da linha de sobrepeso e obesidade.

A garantia de acesso da população às ações e aos serviços de saúde, a consolidação dos mecanismos de articulação e pactuação entre os gestores do SUS no Estado e a possibilidade de inovações na gestão, na organização e no financiamento do SUS motivaram os gestores a fazerem adesão ao Coap. Em março de 2012 iniciou o processo político para o consenso a partir de acordos firmados entre o governo do estado/Secretaria da Saúde, a Associação dos Municípios do Estado do Ceará (Aprece/Cosems-CE) com a sensibilização dos prefeitos e secretários municipais de saúde e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS). Na ocasião, também foi realizada reunião com procuradores e assessores jurídicos na busca de parcerias (CEARÁ, ©2012).

O processo técnico de elaboração iniciou com a formação do Grupo de Condução Estadual. Em seguida, identificou-se os momentos de elaboração do Coap e da agenda de compromisso e preparação das equipes regionais formadas por coordenadores e assessores técnicos da Sesa. O primeiro passo foi a Análise Situacional para conhecimento do território, em seguida definiram-se as intervenções e o último momento foi à identificação dos recursos financeiros (CEARÁ, 2012).

De abril a junho de 2012, foram elaborados os instrumentos de planejamento para subsidiar a elaboração do Coap com discussão, elaboração e pactuação na CIR, e discussão e homologação das minutas do Coap na CIB/CE. Em julho de 2012, deu-se a recondução do processo a partir de Encontro de Avaliação das Minutas do Coap e seus anexos pela equipe técnica do MS, representantes do Conasems e Grupo de Condução Estadual de Elaboração do Coap (Sesa e Cosems/CE). A finalização do processo de elaboração do Coap, com pactuação na CIR e homologação na CIB/CE, deu-se em agosto de 2012. Em 17 de agosto de 2012 foi assinado pelos entes federativos, com publicação dos 20 Coap no período de outubro a dezembro de 2012 (CEARÁ, 2012).

O planejamento do processo de monitoramento e avaliação iniciou-se em fevereiro de 2013, e em maio o Encontro Estadual de Monitoramento e Avaliação dos Coap e Identificação dos Pontos Críticos e Ações para Enfrentamento com aprovação dos Relatórios dos Coap nas CIR. Em 2014 foi homologado o Coap da Microrregião de Fortaleza e Iguatu, com o processo de monitoramento e avaliação em outubro de 2014 e aprovação dos Relatórios dos Coap nas CIR em novembro de 2014 com Seminário de Avaliação para essas regiões em dezembro de 2014.

O 1º Termo Aditivo aconteceu em junho de 2013, e o 2º Termo Aditivo com período de vigência para 2014-2015, no qual foram revisadas as Responsabilidades Executivas nos Indicadores e Metas e Responsabilidades Orçamentárias-Financeira com assinatura dos Termos, em abril e maio de 2014.

Recentemente, a Lei Estadual n. 17.006, de 30 de setembro de 2019 (D.O. 30.09.19), dispõe sobre a integração, no âmbito do SUS, das ações e dos serviços de saúde em Regiões de Saúde no estado, retratando no Capítulo VI do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde, art. 12., que “os entes federativos que integram a Região de Saúde pactuarão as responsabilidades sanitárias regionais na CIR, em acordo às definições da ClB, as quais serão formalizadas em contrato, cabendo ao Poder Executivo definir, em decreto, as suas diretrizes gerais” (CEARÁ, 2019).

Em agosto de 2020, o Plano de Saúde Regional (PSR) do Cariri, denominação dada pela SES ou Plano Regional Integrado (PRI), foi aprovado pela 2ª CIR Ceará – Cariri, e em agosto/2020 foi apreciado pelo Cesau.

1.2 Contextualização sobre o projeto e sobre a seleção da macrorregião

O SUS, ao longo do tempo, vem se consolidando para garantia de acesso de todos os brasileiros aos bens e serviços de saúde, com foco no princípio da universalidade de acesso e integralidade da assistência à saúde e balizado na autonomia dos entes federados, visando à resolutividade e governança interfederativa.

Nessa perspectiva de fortalecimento do SUS, o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) objetiva o alcance da efetivação da Rede de Atenção Saúde a partir de um planejamento integrado entre municípios e estado, em um espaço regional, visando à integralidade da assistência e à universalidade de acesso. No território esse processo deve ser coordenado pelo ente estadual e desenvolvido com participação ativa do conjunto de municípios integrantes da Região de Saúde.

Nesse processo é essencial o aperfeiçoamento da atuação dos municípios da região nos espaços de governança da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com a construção de um processo cooperativo de fortalecimento e qualificação do planejamento regional, em parceria com o estado.

O Ceará, especificamente a Macrorregião do Cariri, foi selecionada para a participação no projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde (Regionalização), desenvolvido pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), em parceria com Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e com o Ministério da Saúde (MS). O objetivo principal do projeto foi o de assessorar os municípios da macrorregião a desenvolver o protagonismo na participação do processo de construção do planejamento regional, na lógica do planejamento ascendente, dando ênfase nos processos de planejamento, governança e operação da RAS.

Todo o delineamento do projeto, incluindo as regiões escolhidas, foi elaborado e supervisionado por um grupo executivo formado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (Haoc), na qualidade de executor do Projeto, pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

A Região de Saúde (RS) Cariri, composta com 45 municípios, localizada no Nordeste e no Centro-Sul do Ceará, foi selecionada junto a outras cinco regiões do País, por sua diversidade político-administrativa e pelo fato do seu formato de governança estar em remodelação no Plano

Diretor de Regionalização (PDR) do estado. Outro fator contribuinte para a seleção dessa região foi ter um desenho assistencial com boa resolutividade, entretanto, com oferta de seus serviços garantidos majoritariamente por serviços privados e filantrópicos conveniados com o SUS. Nesse espaço, também, foi instituído os consórcios regionais como estratégia para atender os vazios assistenciais para as necessidades de saúde da população.

▪ **Expectativas sobre a contribuição do projeto e desses produtos para o Processo de Planejamento Regional Integrado**

Desde o início das atividades dentro do Projeto na Região de Saúde do Cariri, os parceiros envolvidos mostraram-se solícitos em todos os momentos.

Em relação ao Cosems, cabe o destaque para o apoio à equipe local do Haoc nas viagens para garantia de participação em todas as reuniões ocorridas em Fortaleza e que se inter-relacionavam com o projeto. Esse apoio veio principalmente por meio da emissão de passagens para o deslocamento e as estadias, mesmo num momento em que o Conselho passava por contingência financeira.

Quanto ao andamento e à execução das atividades/oficinas, sempre que solicitado o apoio em relação à logística, à mobilização e à interlocução com os municípios, a condução feita pelos apoiadores regionais foi impecável. Ainda pode-se destacar o apoio na execução da relatoria e a sistematização dos diálogos nas oficinas. Porém, o maior destaque em relação ao apoio recebido pelo Cosems foi o respaldo político e a atuação deste com os municípios.

A Secretaria Estadual da Saúde (Sesa) destacou-se pela pertinência técnica na condução do Planejamento Regional em Saúde (PRS) do Cariri (atividade que ocorreu anterior e concomitantemente ao projeto). Sempre procurou acionar a equipe local do Haoc como interlocutora e apoiadora metodológica de suas ações na região. Fortaleceu, ainda, em todos os espaços de reconhecimento e decisões, o Projeto de Regionalização desenvolvido pelo Haoc, além de vincular o resultado das ações do mesmo às ações do PRS Cariri. Como sinalização desse apoio e reconhecimento do trabalho por parte da Sesa é que a Equipe local do Haoc, a convite, fará parte do Grupo de Trabalho para finalização/sistematização do documento do PRS Cariri da Sesa.

O Ministério da Saúde e o Conasems estiveram sempre presentes subsidiando tecnicamente discussões e, principalmente, trazendo o respaldo político como principais demandantes do Projeto de Regionalização.

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz (Haoc) propôs-se, com esse projeto, a “aumentar o protagonismo municipal nos processos de planejamento, governança e operação da Rede de Atenção à Saúde, por meio de uma lógica de planejamento ascendente na elaboração de planejamento regional, em seis macrorregiões do País”. Seus objetivos e, portanto, expectativas foram:

1. Assessorar os municípios (nas seis macrorregiões de saúde) para a construção de um documento orientador do planejamento regional.
2. Construir e disponibilizar um referencial metodológico do processo de planejamento regional, por meio da sistematização dos produtos elaborados em cada uma das seis macrorregiões.

Com esses objetivos esperados e considerando que a Construção do Plano de Regionalização de Saúde do Estado antecedeu ao Projeto de Regionalização/Haoc, verificou-se, nas primeiras reuniões com os parceiros e na primeira oficina no território, que eles apresentavam as expectativas de treinamento a partir de conteúdos estruturados sobre regionalização.

Diante disso, foi realizada, em Fortaleza, uma reunião com a participação da equipe local do Haoc condutora do projeto, a Secretaria Estadual de Saúde (Sesa/CE), Secretaria de Políticas de Saúde (Sepos/Sesa/CE), representada pelo os técnicos da Célula da Atenção Primária, Célula da Saúde Materno-Infantil, Célula da Vigilância em Saúde, entre outras, da Diretoria do Cosems/CE e representante do Escritório Regional do Ministério da Saúde, para alinhamento conceitual e de atividades do Projeto na Região de Saúde (RS) do Cariri, na qual a equipe local do Haoc apresentou o projeto e reforçou a importância da proximidade entre os parceiros para o bom resultado das atividades. Apresentamos nossa ideia de adequação à metodologia das oficinas e obtivemos sinalização positiva dos parceiros para a mudança, considerando a proposta de aproximação dos municípios e qualificação dos produtos apresentados pela Sesa.

A Seção de Apoio Institucional e Articulação Federativa (Seinsf/CE) da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Ceará (Sems/CE) pautando-se no fortalecimento da articulação federativa, entre Sems, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (Sesa) e Cosems, trouxe na sua fala que:

As expectativas vão ao encontro da institucionalização dos processos de gestão no âmbito do SUS. Desse modo, as ações desenvolvidas (oficinas presenciais e à distância, seminários, entre outros.) devem possibilitar, de forma compartilhada, problematizar os processos de planejamento regional da RAS, a partir de uma perspectiva de reflexão crítica contínua, visando primordialmente a tomada de decisão e sua incorporação na cultura organizacional. A Seinsf/CE tem a expectativa positiva diante da implementação do projeto entendendo que a análise de situação e o planejamento devem ser constantes no território, e que as diretrizes para regionalização sejam formuladas de maneira tripartite.

Maria da Paz Andrade Monteiro
Chefe da Seção Institucional e Articulação Federativa
Luiz Marques Campelo
Analista técnico Seção Institucional e Articulação Federativa

O Cosems e a Coordenação do Projeto Rede Colaborativa/Apoiadores (projeto este também desenvolvido pelo Haoc), reafirmaram a importância na condução das atividades de forma integrada (Haoc/MS/Cosems-CE) e a disponibilidade na realização de apoio:

Para o Cosems Ceará receber na RS do Cariri um projeto deste porte é de suma importância para o processo de Regionalização. Temos a certeza que a condução da proposta por todos os parceiros, dentro de uma Região de Saúde forte como é o Cariri, trará melhorias significantes para a governança da RAS e principalmente trará para a Regionalização uma base sólida, tendo realmente os municípios como protagonistas e beneficiando diretamente a população.

Saionara Moura de Oliveira Cidade
Presidente do Cosems/CE

A SES/CE, por sua vez, sentiu-se mais tranquila em relação às atividades que seriam desenvolvidas por achar, num primeiro momento, que as ações poderiam se sobrepor ou duplicarem-se em virtude do desenvolvimento do Planejamento Regional de Saúde (PRS) do Cariri, já em curso na região. A expectativa da SES/CE e especificamente da Superintendência da Região de Saúde do Cariri, era muito favorável e positiva segundo a superintendente:

A coincidência de prioridade do Projeto de Regionalização do Haoc e a construção do Planejamento de Saúde no Cariri por parte da Sesa foi muito positiva. Porém, o mais importante de tudo foi a “disposição do Haoc em alinhar o seu Projeto com o Planejamento em Saúde da Sesa”. Essa junção de prioridade foi muito positiva. Esperamos que realmente possamos deixar algo de concreto para a RS do Cariri em termos de Regionalização sair do planejamento, da escrita para ação e da ação para a prática diária.

Tereza Cristina Mota de Souza Alves
Superintendente da Região de Saúde do Cariri/CE

Já nas oficinas nos territórios, os secretários municipais e os representantes dos municípios, intitulados como interlocutores, compreenderam inicialmente e equivocadamente que a equipe Haoc Cariri ministraria oficinas sobre regionalização. No decorrer da oficina, após a contextualização do projeto, verbalizaram a compreensão dos objetivos e que estes não se sobreporiam à proposta do estado.

Como sentimento afirmaram que “perceberam-se atores importantes no projeto” e, juntamente com a Sesa/CE, tinham a expectativa de “fazer acontecer a regionalização na RS Cariri”.

A equipe local do Haoc Cariri almejava, com os produtos construídos e o desenvolvimento das ações desse projeto, materializar e alcançar os objetivos propostos e que os municípios pudessem se tornar verdadeiramente protagonistas de sua história na saúde da região, apropriando-se do aporte metodológico para o desenvolvimento da regionalização como ferramenta contributiva nos aspectos de planejamento e organização das RAS. Também subsidiar, a partir das oficinas nas ADS, a discussão sobre situação de saúde atual, suas fortalezas e fragilidades da RAS, tanto na dimensão assistencial quanto na governança, tendo como foco o território regional.

Vislumbra-se, ainda, subsidiar os parceiros na construção de um documento de referencial metodológico balizado nas evidências sobre a construção do processo de regionalização a partir dos movimentos realizados nos territórios, bem como contribuir com a Sesa na construção do Plano de Saúde Regional da RS do Cariri.



2

**PROCESSO
METODOLÓGICO
PARA CONSTRUÇÃO
DO PROJETO NO
TERRITÓRIO**

É dentro do contexto territorial que a equipe local do Haoc se debruçou para buscar a melhor estratégia metodológica para as oficinas locais. A metodologia utilizada nas oficinas do projeto na RS do Cariri deu-se por um caminho diferente do traçado na proposta inicialmente esboçada pela Coordenação Nacional do Projeto. As atividades foram iniciadas a partir de uma análise bem criteriosa do Termo de Referência e do Roteiro para Análise Situacional em saúde, sendo estes internalizados, permitindo que fosse traçado um novo Plano de Trabalho devidamente adaptado ao território.

Com a anuência do Cosems/CE, a equipe local do Haoc passou a utilizar o Escritório do Núcleo no Cariri (com ótima infraestrutura) tendo a diretoria permitido o amplo uso das suas dependências. O planejamento de trabalho foi iniciado, principalmente, por meio da discussão e da análise da proposta metodológica para as oficinas no território constantes no TR do projeto.

Ainda em outubro/2019, foi realizada a primeira atividade no território: a Oficina para Pactuação e assinatura dos Termos de Compromisso sobre o projeto com prefeitos e secretários municipais de saúde. Um evento de grande porte e de importante significado político para o bom desenvolvimento do projeto. Cabe destacar, também, a importante articulação do Projeto de Regionalização do Haoc com o Plano de Saúde Regional realizado pela SES-CE, juntamente com o Projeto de Apoio à Gestão e ao Planejamento desenvolvido pelo Haoc no estado do Ceará. Esse momento potencializou muito com essas três ações no mesmo território.

Para Milton Santos (1994, p. 96-97), “território não é apenas superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem”. O território é o chão e mais a população, isso é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. “O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi”.

Ainda de acordo com Maffesoli (2006) e Accioly (2011), as relações que se estabelecem no espaço, a integração de homens e mulheres em suas múltiplas relações, a partilha do território pela experiência cotidiana em suas relações com a vida social permitem a dissolução de fronteiras, revelando dimensões materiais e imateriais, conferindo a “sensação de pertencimento gerado pela apropriação simbólica do espaço, através do princípio de identificação – o que torna o território um construtor de identidade”.

O processo metodológico proposto pelo projeto no território trouxe memórias e aprendizados significativos, contribuindo para a metodologia do processo e como fonte de pesquisa para futuras mudanças e contribuições pedagógicas por parte dos parceiros e executores.

A partir do Termo de Referência desenvolvido pela coordenação nacional do projeto para a operacionalização das oficinas, descreveremos, neste item, elementos subjetivos, vivenciados, observados e registrados pelo conjunto de profissionais envolvidos no desenvolvimento do projeto, destacando características peculiares da Macrorregião do Cariri, métodos utilizados e desenvolvidos nas atividades presenciais e à distância, discorrendo inclusive sobre as justificativas das escolhas metodológicas, quando for o caso.

Ao longo das atividades desenvolvidas foram descritos os movimentos dentro do território, desde as atividades/oficinas até as atividades de dispersão propostas pelo projeto.

2.1 Percursos metodológicos da Primeira Oficina Macrorregional – Análise Situacional

Considerando que os membros que compõem a equipe local do Haoc possuem significativas experiências anteriores no território, buscou-se trilhar caminhos mitigadores para insucessos históricos na região, dialogando para evitar a utilização de estratégias metodológicas que não surtiram efeitos ou não alcançaram seus objetivos. A equipe optou, portanto, pela utilização de novas estratégias de aprendizagem com maior potencial transformador.

Há uma prática recorrente na região: “conversar, assuntar como diz o cearense”. O sentimento de “construir coletivamente por meio do diálogo” nos levou a repensar a metodologia sugerida pelo projeto. As “Oficinas Macrorregionais centralizadas nas cidades polos da ADS” pensadas inicialmente no Termo de Referência (TR) do Projeto foram redimensionadas e passaram a ser “Oficinas Microrregionais Descentralizadas em pequenos municípios das ADS”, pactuado na primeira reunião de trabalho com os parceiros (SES, Cosems e MS).

Era forte o sentimento na equipe local de que o “diálogo entre eles”, de forma micro, deixá-los-ia mais à vontade e, dessa forma, seria fortalecida a sensação de pertencimento ao projeto. Posteriormente, então, os produtos dessas oficinas micro seriam discutidos e validados em oficina macro. Com expertise em desenvolver atividades por intermédio do uso de Metodologias Ativas (MA) de ensino-aprendizagem, a equipe local fez destas a base para desenvolver e construir o diálogo com os participantes, buscando sempre uma aprendizagem significativa. A região possui, também, vasta experiência com o uso dessas ferramentas de ensino-aprendizagem em virtude dos inúmeros cursos ofertados para os trabalhadores da saúde por meio da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) e também de outras instituições por intermédio do Proadi-SUS, portanto, a maioria dos participantes/interlocutores estariam familiarizados com a estratégia metodológica.

É sabido que na aprendizagem significativa:

O docente tende a acionar os subsunçores presentes no estudante, acordando-o para impregná-lo com diferentes noções, mudando e afinando aquelas já existentes. O aprendizado acontece quando faz sentido na estrutura cognitiva com base no saber, na experiência e na capacidade intelectual, para que o novo conhecimento seja processado e o estudante consiga expressá-lo. Para que a aprendizagem significativa ocorra, é fundamental que se considerem alguns pontos-chave: o conhecimento prévio do estudante; a instrução da atividade, que deve ser significativa; e o que o estudante, deve escolher apreender significativamente (AUSUBEL, 1976, p. 153-154).

Ao planejar as oficinas utilizando estratégias de MA, destacou-se a inserção do participante/interlocutor/gestor como agente principal no processo de aprendizagem, fortalecendo o papel de protagonista daquilo que estava sendo construído, acreditando que, ao incentivá-lo, o seu sentimento de pertencimento se fortalecia e, indiretamente, fortalecia o protagonismo do município no processo de regionalização, objetivo do projeto. Nesse sentido, Paulo Freire (1996) afirma que “uma concepção cuja base tem a liberdade, o diálogo, a reflexão conscientizadora e crítica, transforma a realidade”.

As oficinas foram então construídas/planejadas para que o conhecimento que cada participante trouxesse consigo sobre o seu território fosse amplamente valorizado. Esse conhecimento sobre o território trazido pelos municípios, somado aos dados e indicadores de saúde, foram fundamentais para ampliar o diálogo e orientar o processo de trabalho.

Pela experiência anterior com articulações e mobilizações da “força de trabalho em saúde” na região, a equipe local decidiu:

1. Realizar encontros “microrregionais” como forma de gerar aproximação junto aos municípios e, assim, diminuir a distância entre eles e o projeto.
2. Na primeira rodada de oficina do projeto, sair do eixo das cidades sede/polos como forma de valorizar e reconhecer outros espaços (pequenos municípios).
3. Utilizar Metodologias Ativas como ferramenta estratégica no percurso metodológico de ensino-aprendizagem.
4. Na segunda rodada de oficina realizar encontros por Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS) nas cidades polos das cinco ADS, a saber: Icó, Iguatu, Crato, Brejo Santo e Juazeiro do Norte.
5. Pactuar que o apoio logístico e o fornecimento de refeições para os participantes fossem garantidos pelos municípios que sediariam as oficinas.

Nas duas rodadas de oficinas micro foram traçados como Objetivos Gerais: 1) realizar o alinhamento conceitual acerca do Programa de Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração das RAS (regionalização) nas ADS; e 2) analisar e redesenhar a RAS no Cariri, conforme a metodologia proposta, mas já adaptada, tendo como base os produtos das oficinas de regionalização realizadas pela Sesa.

Quanto aos Objetivos Específicos foram definidos: 1) e laborar a análise da situação da saúde da região do Cariri; 2) identificar, analisar e remodelar os elementos que compõem a RAS no Cariri.

A mobilização dos participantes e representantes dos municípios (gestores(as) e interlocutores(as)) e parceiros (Cosems CE, MS, Sesa/CE) deu-se da seguinte forma nas duas séries de oficinas:

1. Apresentação do projeto nas reuniões da Comissão Intergestores Regionais (CIR) da RS Cariri e alinhamento de agenda das oficinas.
2. Convite oficial via e-mail.
3. Convite oficial via WhatsApp.
4. Uma semana antes do evento, os apoiadores regionais do Cosems ligavam para todos os convidados reforçando a importância da participação destes na oficina.

A primeira oficina teve como objetivo geral “Qualificar a Análise Situacional da Região de Saúde do Cariri” e como objetivos específicos “Revisar a Análise Situacional por Área Descentralizada de Saúde”. O Percurso metodológico pensado estava sendo posto em teste pela primeira vez. A média de presença dos municípios neste ciclo de oficinas foi de 80%, e em duas ADS houve 100%

de presença. Destes participantes, dez gestores(as) estiveram presentes. Conforme o Apêndice A, as atividades da oficina foram assim desenvolvidas:

1. Os dados/indicadores da Análise Situacional de Saúde da Região, construída pela Sesa, foram utilizados como forma de consigna/disparadores para questões de reflexões e diálogo em plenária.
2. A condução metodológica foi realizada pela coordenação e pelos facilitadores da equipe local do Haoc, que se revezaram e buscaram aprofundar/abrir os dados apresentados permitindo mergulhos cognitivos dos participantes, trazendo aspectos intrínsecos das atividades cotidianas deles no território.
3. Toda informação foi valorizada, assim como os saberes dos participantes sobre as condições da saúde da ADS/território.
4. Condições de saúde do território não incluídas ou fragilizadas nos indicadores eram reescritas, incluídas ou excluídas pelos participantes.
5. Todas as informações foram sistematizadas/registradas em planilhas pela relatoria da equipe e do grupo.
6. Avaliação metodológica realizada pelos participantes ao final da oficina.

▪ 1º Ciclo da oficina na ADS de Icó

O primeiro ciclo foi realizado no dia 13/11/2019, na cidade de Cedro, um município de menos de 20 mil habitantes. São pertencentes a esta ADS sete municípios, a saber: Cedro, Lavras da Mangabeira, Orós, Baixio, Icó, Ipaumirim e Umari. Esta ADS, em termos populacionais, é uma das menores do estado do Ceará.

A oficina, embora com a participação de apenas quatro municípios, foi rica em discussões e executada conforme a programação proposta. Vale destacar que, na ocasião, a equipe local foi convidada para falar do projeto na rádio local.

▪ 2º Ciclo da oficina na ADS de Iguatu

A oficina ocorreu no município de Quixelô no dia 13/11/2020. A microrregião é formada pelos municípios de Iguatu, Acopiara, Cariús, Mombaça, Catarina, Deputado Irapuã Pinheiro, Quixelô, Jucás, Piquet Carneiro e Saboeiro, sendo 12 ao todo, com 100% de participação dos municípios. Contou também com a presença de três gestores de saúde no evento.

Destaca-se que a mobilização dos participantes foi a mesma por parte da equipe envolvida, demonstrando que a diferença de participação entre os dois momentos (Icó e Iguatu) sucedeu-se mediante “particularidades” entre essas agendas e de outras atividades caracterizadas como urgentes para os municípios.

A avaliação foi marcada pelo entusiasmo e a vontade de acontecer, considerando algumas falas dos participantes. Registrou-se importante discurso sobre a “sensação de não serem partícipes na MRS Cariri”, visto que a maioria da programação de média e alta complexidade (MAC) ainda está alocada na MRS de Fortaleza.

- **3º Ciclo da oficina na ADS de Brejo Santo**

A oficina aconteceu no município de Milagres. A participação também foi expressiva, com 100% dos municípios envolvidos. A ADS é composta por Milagres, Brejo Santo, Porteiras, Abaiara, Barro, Jati, Penaforte, Aurora e Mauriti, sendo nove municípios ao todo.

Como importantes destaques, registrou-se a presença de seis gestores na oficina, demonstrando a importância e o interesse no projeto. A avaliação foi estimulante e gratificante para a equipe, sendo marcada pela fala da gestora anfitriã: “nossa reunião foi um marco para a SMS de Milagres”.

- **4º Ciclo da oficina na ADS de Juazeiro do Norte**

A oficina aconteceu na cidade de Barbalha, composta pelos municípios de Barbalha, Juazeiro do Norte, Jardim, Grangeiro, Caririáçu e Missão Velha, sendo seis ao todo e com a participação de 67% dos municípios.

Ressalta-se que o município de Juazeiro do Norte é um dos maiores do estado, tendo importante participação na Rede de Saúde no Cariri, por ser o maior polo de oferta de serviços de maior complexidade.

Foi marcante a participação dos técnicos, sugerindo a inclusão de novos indicadores endêmicos para região, contribuindo efetivamente na Análise Situacional da MRS. A avaliação foi reflexiva, bem pontual para o contexto atual e satisfatória.

- **5º Ciclo da oficina na ADS de Crato**

Finalizou-se essa etapa na ADS do Crato, composta por 13 municípios, entre estes: Antonina do Norte, Altaneira, Assaré, Araripe, Campos Sales, Farias Brito, Nova Olinda, Potengi, Santana do Cariri, Crato, Várzea Alegre, Tarrafas e Salitre.

Estiveram presentes nove municípios (70%), sendo que, entre estes, foi identificada a presença de três gestores de municípios. Evidenciou-se confiança e otimismo destes na validação dos elementos que materializam o projeto.

Destacou-se ainda, a demanda dos interlocutores em solicitar a inclusão de mais técnicos(as) das SMS que possuem expertise sobre os temas para as próximas oficinas.

2.2 Produtos da Primeira Oficina Macrorregional – 1º Momento

Nesse primeiro movimento de construção metodológica e de qualificação da Análise Situacional de Saúde da Região, a equipe local contou com o apoio de dois técnicos da SMS de Juazeiro do Norte com expertise para buscar e atualizar informações de saúde. Esse foi um aspecto muito importante e potente por permitir a chegada no território com informações atualizadas.

Nas primeiras atividades no território, foram estabelecidos objetivos os quais foram alcançados em quase sua totalidade, além de aprofundar e qualificar a análise de situação de saúde da região. Essa construção aconteceu de forma bem aproximada aos municípios.

Conseguiu-se evitar uma duplicidade de atividades diante os produtos já produzidos pelas oficinas da Sesa que ocorriam concomitantemente e que preocupava alguns parceiros, mas principalmente foram fortalecidos e consolidados os elementos/caminhos metodológicos escolhidos pela equipe, mostrando que eles são condizentes e dialogam com a realidade dos municípios.

As estratégias metodológicas utilizadas permitiram valorizar e reconhecer outros espaços ocultados pelos determinantes políticos, sociais e econômicos, potencializando-os e conseguindo promover o alcance do principal objetivo do projeto que se refere a “estimular o protagonismo municipal no processo de regionalização”.

Ao finalizar as oficinas, percebeu-se muitos aspectos da “aprendizagem significativa” permeando as falas dos(as) participantes e mostrando claramente o empoderamento de cada um(a) no processo. Apresenta-se, no Quadro 1, uma síntese das discussões das oficinas na Análise Situacional e sua contextualização no cenário macrorregional.

Verificaram-se alguns incidentes críticos mais passíveis de acertos e reordenamentos, entre estes a ausência de alguns municípios sem justificativa, tendo sido encaminhado um memorando para o Cosems/CE relatando o fato e firmando o propósito do projeto que é de fortalecer os municípios no processo de governança, e destacando a importância e a parceria neste processo.

Outro fator que limitou a participação de alguns municípios foi o surgimento de “agenda extra”, enviada pela Sesa, interferindo no processo, mas não no resultado que alcançou apontamentos promissores.

As considerações sobre as oficinas foram positivas por parte dos participantes. Podem ser destacadas, como resumo desta primeira etapa de oficinas, algumas frases dos participantes:

1. Agora entendemos a diferença entre o programa do Haoc e o momento da Sesa na região.
2. Uma interlocutora resumiu com uma palavra o sentimento dela: “DESAFIADA”.
3. Outra afirmou: “Pude realmente contribuir com as situações do meu dia a dia”.
4. “Nunca participei de um momento tão positivo sobre a saúde da nossa região”.
5. “A valorização e o respeito ao meu conhecimento despertaram em mim o sentimento de competência e comprometimento”.
6. “É prazeroso ter nosso saber reconhecido”.

Quadro 1 – Síntese das discussões do primeiro ciclo

MACRORREGIÃO CARIRI – CEARÁ	
ASPECTOS DISCUTIDOS	ENCAMINHAMENTOS PROPOSTOS
Rever indicadores do município do Crato	Descrever os dados demográficos conforme novo financiamento da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) com faixa etária de zero a 5 anos, de 10 a 19 e maior de 60 anos.
Contextualizado o alto índice de adolescentes em situação de vulnerabilidade (prostituição) do município de Penaforte (divisa com CE e PE); destacado a importância de registrar os municípios com índices maiores do que o pactuado; alto índice de gravidez de alto risco no município de Ipaumirim.	Corrigir o indicador do percentual de mulheres de 10 a 17 anos que tiveram filhos do município do Crato para 2,13% onde tem 13,58%. Atualizar dados com projeção para 2019.
Verificado que em nenhum município desta ADS encontra-se com alto IDH.	Alterar o IDH de Mombaça
Rever indicador socioeconômico.	Sugerido a busca de outros indicadores socioeconômicos como a evasão escolar % para substituir o indicador de pessoas em domicílios em que ninguém tem fundamental completo
Questionado se há necessidade do indicador de % de crianças de zero a 5 anos fora da escola.	Rever definição desse indicador e reconstruir o % de taxa de analfabetismo e evasão escolar.
Discutido o que se refere o indicador % da população em domicílio com água encanada. Refere-se à água tratada? Água potável?	Rever definição do indicador.
Verificado que em todas as ADS não existem aterro sanitário e foi questionado quanto ao indicador % da população em domicílio com coleta de lixo.	Retomar discussão dos aterros sanitários e incluir na contextualização o perfil sanitário da região.
Validado o indicador % da população em domicílio com energia elétrica pelo Marco do Projeto São José no Ceará.	Incluir na contextualização do perfil sanitário da região.
Verificado que o indicador de taxa de internação pelas principais causas (CID 10) está associado à vulnerabilidade social, questão alimentar, obesidade, causas externas, violência e desemprego; outro fator contextualizado foi o Samu atender os pacientes cardiovasculares com acesso ao trombolítico.	Incluir a situação dos hospitais terciários nos indicadores de morbidade.
Contextualizado as fragilidades da APS com pouca resolutividade por falta de equipamentos e de pessoal e deficiência no processo de trabalho desencadeando ao elevado número e taxa de internação por condições sensíveis à Atenção Primária.	Possibilitar outros momentos a ser tratado com maior detalhamento a APS e se viável em outra oficina.
Observado que o indicador mortalidade proporcional pelas principais causas (CID 10) era similar em todas as ADS; apresentado a fragilidade quanto à ausência de acesso ao SVO nas ADS com exceção de Juazeiro do Norte; e a limitação de leitos para internação em oncologia e consulta clínica.	Proporcionar discussão da situação atual do SVO com os gestores e superintendência.

continua

continuação

MACRORREGIÃO CARIRI – CEARÁ	
ASPECTOS DISCUTIDOS	ENCAMINHAMENTOS PROPOSTOS
Validado o indicador da taxa de mortalidade pelas principais causas do aparelho circulatório com foco nas doenças isquêmicas, debatido pela fragilidade da APS e dificuldade no acesso oportuno a serviço terciário cardiológico.	Possibilita outro momento para ser debatido o processo de trabalho com a APS com foco na estratificação de risco e escalonamento dos pacientes graves.
Validado o indicador da taxa de mortalidade por neoplasia maligna, segundo as principais localizações anatômicas no sexo masculino, pela limitação de oferta aos serviços oncológico, fragilidade da prevenção oportuna e pouca adesão da população masculina.	Sem encaminhamentos
Validado o indicador taxa de mortalidade por neoplasia maligna, segundo as principais localizações anatômicas no sexo feminino, pela limitação de oferta em consultas oncológica e fragilidade no acesso precocemente.	Sem encaminhamentos
Contextualizado que a taxa de mortalidade infantil e componente neonatal e pós-neonatal apresenta indicadores que na sua grande maioria são evitáveis; destacado o aumento no número de parto prematuro, o aumento da mortalidade infantil nos municípios de Quixelô e Irapuã Pinheiro e a diminuição no município de Acopiara; considerado a possibilidade de elevado número de atendimento ao pré-natal com indução ao parto cesárea. Acesso não oportuno a UTI NEO para a ADS de Iguatu; contextualizado que o aumento da mortalidade da região não é só decorrente pela limitação de leitos de UTI neonatal, podendo estar associado a dificuldade de acesso aos exames e SADT e na qualidade do pré-natal.	Construir o indicador em números absolutos da RS Cariri. A apresentação está com dados consolidados do Ceará.
Verificado que o indicador proporção de óbitos infantis pelas principais causas estão associados à má-formação congênita, e pela fragilidade do pré-natal e estrangulamento na oferta dos Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (Sadts).	Construir indicador em número absoluto da RS Cariri. A apresentação está com dados consolidados do Ceará.
Verificado que o indicador número de óbitos e razão de mortalidade materna com elevada prevalência em todas as ADS e contextualizado como indicador prioritário para a região.	Construir indicador em número absoluto da RS Cariri. A apresentação está com dados consolidados do Ceará.
Verificado que a proporção de óbitos maternos por causas direta e indireta tem maior prevalência por causas indiretas.	Construir indicador com número absoluto da RS Cariri. A apresentação está com dados consolidados do Ceará.
O indicador de número de nascidos vivos e proporção de tipo de parto apresentam elevado número de parto cesariano e com curva ascendente.	Sem encaminhamentos.
Verificado aumento na incidência de aids em adulto e sem registro específicos para adolescentes e população carcerária; todos os municípios com casos de HIV; problema de coleta (demora) e diferença nos resultados (logística?).	Construir indicador com número absoluto da RS Cariri e por faixa etária com foco no adolescente. A apresentação está com dados consolidados do Ceará.

continua

conclusão

MACRORREGIÃO CARIRI – CEARÁ	
ASPECTOS DISCUTIDOS	ENCAMINHAMENTOS PROPOSTOS
Analisado a alta incidência na taxa de detecção de tuberculose na região; subnotificação e demora no resultado dos exames.	Construir indicador com número absoluto da RS, considerando que a apresentação está com dados consolidados do Ceará.
Verificado que o indicador de arbovirose apresenta incidência com controle do índice de infestação em vários municípios da região, com registros de casos independentemente do período chuvoso.	Construir indicadores da RS do Cariri, considerando que a apresentação está com dados consolidados do Ceará.
Observado que o indicador de Síndrome Respiratória Aguda Grave por influenza apresenta controle do H1N1 com um caso no Município do Crato.	Dados do Ceará em números absolutos. Construir indicadores da RS do Cariri.
Verificado que os indicadores da APS encontram-se desatualizados, foi feita uma discussão com relação á tipologia do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) e Centros de Atenção Psicossocial (Caps); discutido os grande número de pacientes sem perfil para o Caps; alto índice de suicídio entre jovens e adolescentes/mutilações; debatido sobre o atendimento dos pacientes psiquiátricos sem condições / usuários de drogas / álcool / atendimento desumano e hospital psiquiátrico de Messejana não existe regulação.	Descrever a situação atual da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e atualizar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) para consolidação dos dados. Identificar os leitos psiquiátricos.
Analisado que a série histórica apresentada com os dados da atenção especializada do Cnes desatualizada.	Rever dados do Cnes e atualizar planilhas.
Verificada inconsistência no número de leitos da região e a necessidade de oferta.	Refazer a série histórica da região.
Discutido outros indicadores de relevância para a região que não foram contemplados na apresentação.	Incluir na Análise Situacional da região: leishmaniose, tuberculose; DCN sífilis neonatal; e equipamentos de saúde: SVO, Saúde do trabalhador, Centro de Infectologia.

Fonte: Equipe local Haoc.

2.3 Segundo momento da Primeira Oficina Macrorregional – Remodelagem de Rede

Com o objetivo geral de “Desenhar as Redes de Assistência à Saúde” e com objetivos específicos de “identificar as fortalezas e fragilidades da RAS e seus macroprocessos e qualificar os produtos da Oficina Estadual da Sesa, refletindo sobre quais as responsabilidades são de âmbito municipal e quais são de âmbito regional foi, iniciado novamente o percurso da equipe local no território.

A mobilização dos(as) gestores(as), interlocutores(as) e parceiros (Cosems/CE, MS, Sesa/CE) deu-se da mesma forma da oficina anterior:

1. Apresentação do projeto nas reuniões da CIR da RS Cariri e ajustamento de agenda das oficinas.

2. Convite oficial via e-mail.
3. Convite oficial via WhatsApp.
4. Uma semana antes do evento, os apoiadores regionais do Cosems ligaram para todos os convidados reforçando a importância da presença.

A estratégia para esse momento foi diferentemente construída em relação ao primeiro. Enquanto naquele foram realizadas oficinas em cada uma das ADS, dessa vez, intencionalmente, buscou-se reunir algumas ADS levando em consideração os aspectos históricos, culturais, sociais, políticos e geográficos, também em virtude da necessidade de cumprir os objetivos da oficina, a qual necessitava de dois dias de duração (Apêndice B).

Há uma íntima relação entre os municípios, e essa proximidade, inter-relação e algumas vezes até a existência de estratégias de cogestão intermunicipal em políticas de saúde têm papel importante na compreensão dos movimentos de regionalização. Este e outros foram aspectos fortes que levaram a equipe à mudança de estratégia, buscando fortalecer o protagonismo dos participantes a partir dos seus “microterritórios”.

Cabe ressaltar que a oficina da ADS de Brejo Santo foi a única realizada de forma isolada nesse momento, por estar geograficamente distante das demais. Porém, esse aspecto não interferiu nos resultados das pactuações e definições na oficina, pelo contrário, ele tornou e torna a ADS autossuficiente em muitas questões relativas à economia e à saúde.

As oficinas foram assim programadas em três ciclos:

1º Ciclo – ADS de Iguatu e Icó – Oficina realizada em Iguatu por possuir melhor estrutura para receber muitos municípios – Auditório da sede da ADS.

2º Ciclo – ADS de Juazeiro do Norte e Crato – Oficina realizada em Juazeiro do Norte – Auditório da Faculdade de Juazeiro do Norte – FJN.

3º Ciclo – ADS de Brejo Santo – Oficina realizada no Auditório do Projeto ABC – Brejo Santo.

O apoio logístico e de refeições para os participantes foram fornecidos pelos municípios que sediaram as oficinas. O desenho da rede foi construído em dois momentos:

1. A partir de cinco banners com a imagem da RS do Cariri, em que cada banner representava uma rede temática (oncologia, urgência e emergência, materno-infantil, pessoas com deficiência, doenças crônicas), os interlocutores e gestores presentes, de posse de legendas adesivas que indicavam pontos de atenção à saúde, foram identificando e adesivando nos mapas quais existiam no seu município e na sua ADS.
2. Ao final da oficina, a partir da visualização dos mapas, os participantes puderam observar de forma ampla a realidade de cada rede no seu município e na sua ADS.

A estratégia foi potente e alertou para as potencialidades e fragilidades de pontos de atenção à saúde, despertando todos para as reais necessidades do território. Em seguida, a partir das necessidades de saúde resultantes da Oficina de Planejamento Regional de Saúde da SES-CE, utilizaram-se as seguintes estratégias:

1. Apresentação das planilhas com o resultado das discussões e priorizações das Redes Prioritárias da RS na Oficina de Planejamento Regional de Saúde da SES.
2. Após a partilha inicial, os participantes foram divididos por ADS e receberam a consigna para a atividade: “Por meio de discussões e do conhecimento prévio de cada um/uma dos participantes redesenhar a Rede de Atenção à Saúde da ADS observando a dimensão territorial, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, analisar as especificidades populacionais e geográficas, a capacidade instalada, cobertura, resolutividade e qualidade nos municípios, na microrregião e macrorregião e análise dos fluxos assistenciais”.
3. Em seguida, foram iniciados debates a partir da Planilha da Dimensão Assistencial. No primeiro dia da oficina, foram trabalhadas a Dimensão Assistencial da APS (processos de trabalho, recursos humanos e macroprocessos), da atenção ambulatorial especializada (processos de integração com a APS), da atenção hospitalar (caráter de urgência e emergência) e dos sistemas de apoio diagnóstico, terapêutico e assistência farmacêutica.
4. No segundo dia da oficina, foram trabalhadas a vigilância em saúde, a promoção e prevenção das condições crônicas de saúde, os sistemas logísticos (regulação, transporte sanitário, informação, saúde complementar – cobertura, qualidade, relação com o SUS) e ações intersetoriais.
5. Toda discussão nos grupos foi registrada pela equipe e registrada na planilha pela relatoria e coordenadoria escolhidas entre os participantes. Importante destacar que se obteve um bom aporte de Tecnologia de Informação (TI) para a sistematização das discussões em todas as ADS.

2.4 Produto da Primeira Oficina Macrorregional – 2º Momento

O 1º Ciclo ocorreu com as ADS de Icó e Iguatu, nos dias 11 e 12 de fevereiro de 2020, com a participação de 62,5% dos municípios. O local da realização foi o auditório da Coordenadoria de Saúde em Iguatu.

A oficina foi marcada pelo compromisso dos participantes e ficou com destaque prioritária a rede materno-infantil como factível e oportuna, sendo apresentada como problema prioritário pelas oficinas realizadas pela SES e verificado que o coeficiente de mortalidade materna perpassa por todas as áreas.

A avaliação do encontro foi manifestada por meio das palavras como: reconhecimento, reflexivo, esperançoso, fortalecido, aprendido, enriquecedor, oportuno, integração, produtivo e compartilhamento de saberes.

O 2º Ciclo foi realizado com as ADS de Crato e Juazeiro do Norte, ocorreu nos dias 17 e 18 de fevereiro de 2020, nas dependências da Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN), com participação de 78,9% dos municípios.

Verificou-se nas falas a necessidade de ampliar a oferta dos serviços de oncologia e reorganizar sua rede, bem como efetivar rapidamente o sistema de regulação em transição (Fast Medic). Com relação à linha guia, a partir das discussões para o fortalecimento da APS, identificou-se como prioritário “tumor de ovário”.

No tocante à avaliação da oficina, os integrantes manifestaram os seguintes sentimentos: aprendizado, troca de conhecimento, objetiva, dinâmica e produtiva, mencionando, também, que foi problematizadora, enriquecedora, proveitosa, promoveu engrandecimento, interação e integração. Ressalta-se que a oficina desencadeou diversos aspectos favoráveis nos envolvidos no que tange ao conhecimento do conteúdo em questão.

O 3º Ciclo foi realizado no município de Brejo Santo, aconteceu nos dias 27 e 28 de fevereiro 2020, no auditório do Projeto Social ABC, com a participação de 77,7% dos municípios.

Verificou-se muita integração e a coparticipação dos municípios dessa ADS. Observou-se nas discussões a fragilidade quanto aos pontos da Rede de Urgência e Emergência (Samu) e da dificuldade de acesso aos serviços para pessoas portadoras de neoplasias. Ficou notória, também, a necessidade de fortalecer a “assistência às pessoas portadoras de doenças cardiovasculares”.

Ao concluir essa segunda rodada de oficinas, foi verificada a potência nas escolhas metodológicas, trilhando-se um caminho positivo e com bom potencial de replicação.

Os três ciclos nas ADS foram de grande imersão por parte dos interlocutores e gestores participantes. Sempre de forma ativa e protagonizando as discussões em todos os momentos, os participantes discorreram seus conhecimentos sobre as questões trazidas para reflexão.

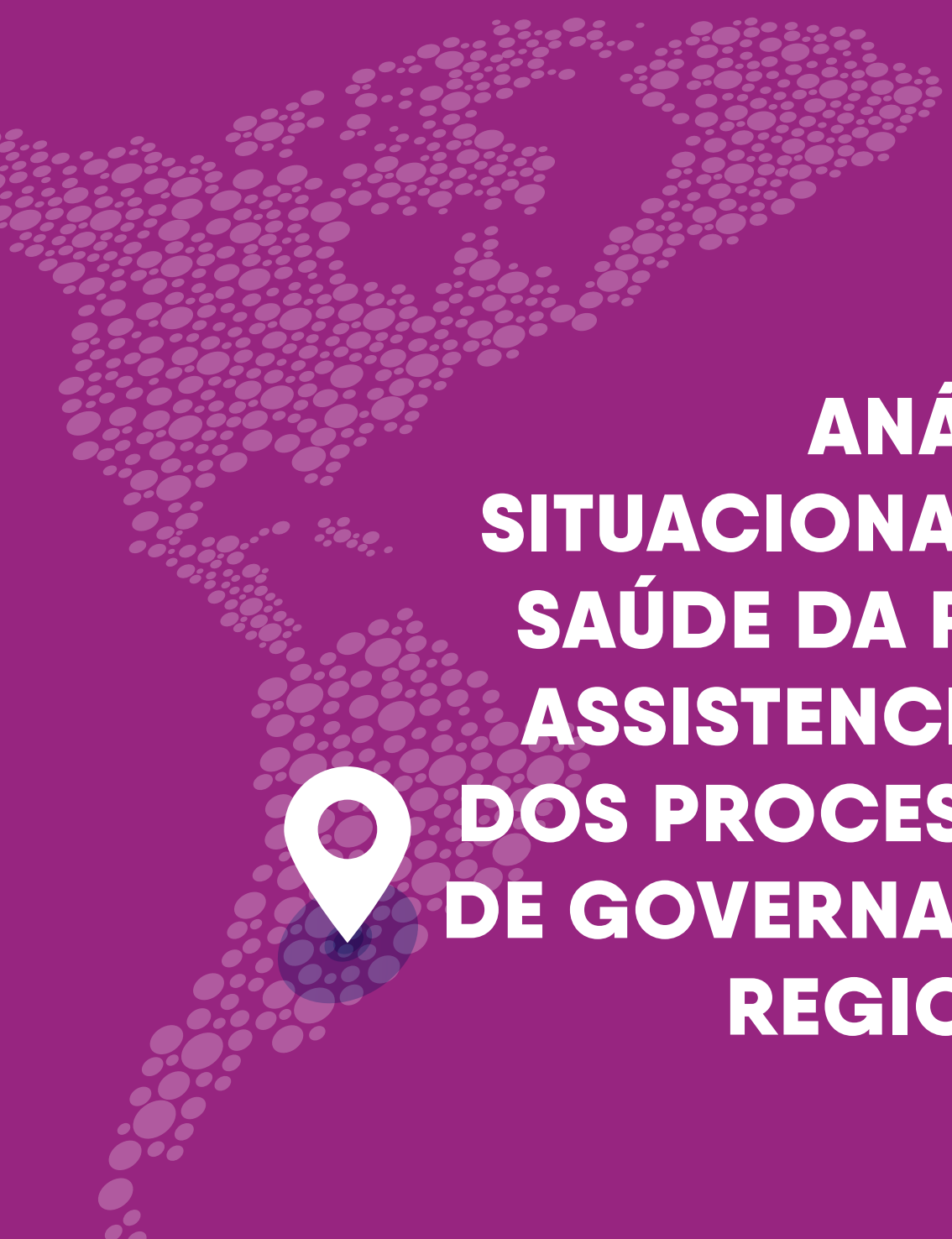
A imersão protagonizada nos dois dias oportunizou às ADS ampliar o olhar sobre as fragilidades e fortalezas no território, permitindo outros olhares sobre a RAS, especialmente sobre temas não discutidos de forma aprofundada nas oficinas realizadas anteriormente pela Sesa no Planejamento Regional de Saúde na RS, principalmente no tocante às ações de Vigilância e Promoção da Saúde.

Com uma avaliação reflexiva de muita responsabilidade e compromisso, firmaram acordo para construção de uma modelagem de rede real e oportuna, proporcionada pela organização dos pontos de atenção em um desenho ordenado no território regional, viabilizando atender os vazios assistenciais e a escassez de ofertas em algumas linhas guias.

A ausência de alguns municípios, compreensível e justificado por demandas paralelas às oficinas, não afetaram o resultado positivo das discussões. Mais uma vez, muitos aspectos de “aprendizagem significativa” permearam as falas dos participantes mostrando claramente o empoderamento de cada um(a) no processo.



3



**ANÁLISE
SITUACIONAL DE
SAÚDE DA REDE
ASSISTENCIAL E
DOS PROCESSOS
DE GOVERNANÇA
REGIONAL**

e pecuária (bovino, suíno e avícola), além de diversas olarias, sua base econômica mais antiga. Encontram-se, ainda, algumas indústrias tendo destaques as de ramo calçadista, moveleiro, alimentícia e de transformação de produtos à base de alumínio.

São municípios pertencentes à ADS do Brejo Santo: Penaforte, Jati, Barro, Milagres, Mauriti, Porteiras, Abaiara e Aurora. A região localiza-se no sul do centro-sul do Ceará, com população de 215.343 habitantes (IBGE, 2019) e limita-se com o estado de Pernambuco e Paraíba. Tem na agropecuária uma das principais fontes econômicas, além da agricultura e serviços.

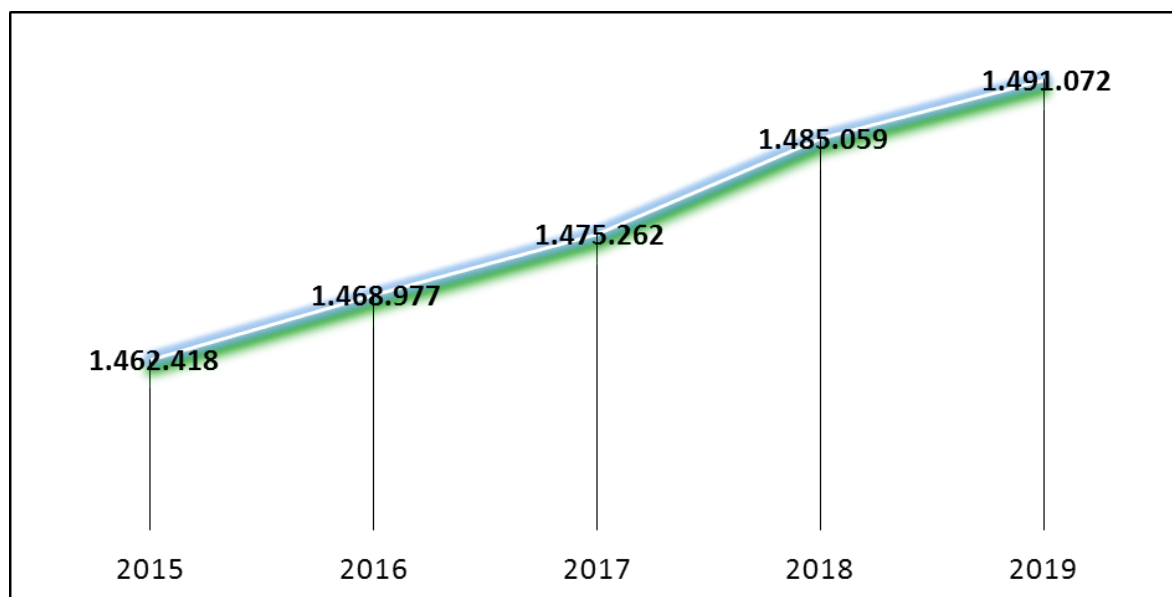
A Região de Saúde de Crato é composta pelos municípios de Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Campos Sales, Crato, Farias Brito, Nova Olinda, Potengi, Salitre, Santana do Cariri, Tarrafas e Várzea Alegre. Formada por população de 306.968 habitantes (IBGE, 2019), Crato é o município de maior destaque, dado à sua influência regional nos aspectos socioeconômicos, com 130.604 habitantes. Crato e os demais municípios situam-se no Cariri cearense, conhecido por muitos como o "Oásis do Sertão" pelas características climáticas mais úmidas e favoráveis à agropecuária. Faz divisa com o estado de Pernambuco e constitui-se em uma cidade com expressiva importância regional. Destaca-se na tradicional função de comercialização de produtos rurais, provenientes do desenvolvimento da agricultura no sopé dos vales irrigados da região do Cariri.

A ADS de Juazeiro do Norte é formada por população de 426.592 habitantes (IBGE, 2019), e fazem parte desta região os municípios de Barbalha, Missão Velha, Grangeiro e Caririaçu e Jardim. Juazeiro do Norte é cidade-polo de uma das regiões mais importantes do Ceará, com influência sobre população estimada em 3 milhões de habitantes. Situado num raio geográfico de enorme privilégio pela sua boa posição no Nordeste, Juazeiro do Norte se consolidou como centro das atenções religiosas e econômicas. A pujança da economia está demonstrada no crescente Produto Interno Bruto (PIB) (IBGE, 2019), que é de 2 bilhões de reais. Este município é considerado um dos maiores centros de religiosidade popular da América Latina, atraindo 1,5 milhão de fiéis por ano, os quais vêm reverenciar Nossa Senhora das Dores e Padre Cícero, que introduziu uma política de fé, amor e trabalho, tornando-se um mito para o povo nordestino.

O município de Juazeiro do Norte localiza-se na região sul do estado do Ceará, com forte influência sobre todo sul do Ceará e áreas dos estados de Pernambuco, Piauí, Paraíba e Rio Grande do Norte, sendo importante centro de compras e serviços regionais. Todo esse desenvolvimento resultou em grande integração com os municípios de Crato e Barbalha que, juntas, formam a chamada conturbação intitulada "Triângulo Crajubar". É considerado o polo da Região Metropolitana do Cariri (RMC) conforme Lei Complementar n. 78, de 26 de junho de 2009.

Formam a RMC os municípios de Santana do Cariri, Farias Brito e Nova Olinda (AD de Saúde de Crato) e os municípios de Juazeiro do Norte, Barbalha, Missão Velha, Caririaçu e Jardim (AD de Juazeiro do Norte)..

Gráfico 1 – Estimativa da população da Macrorregião de Saúde do Cariri, 2015 a 2019



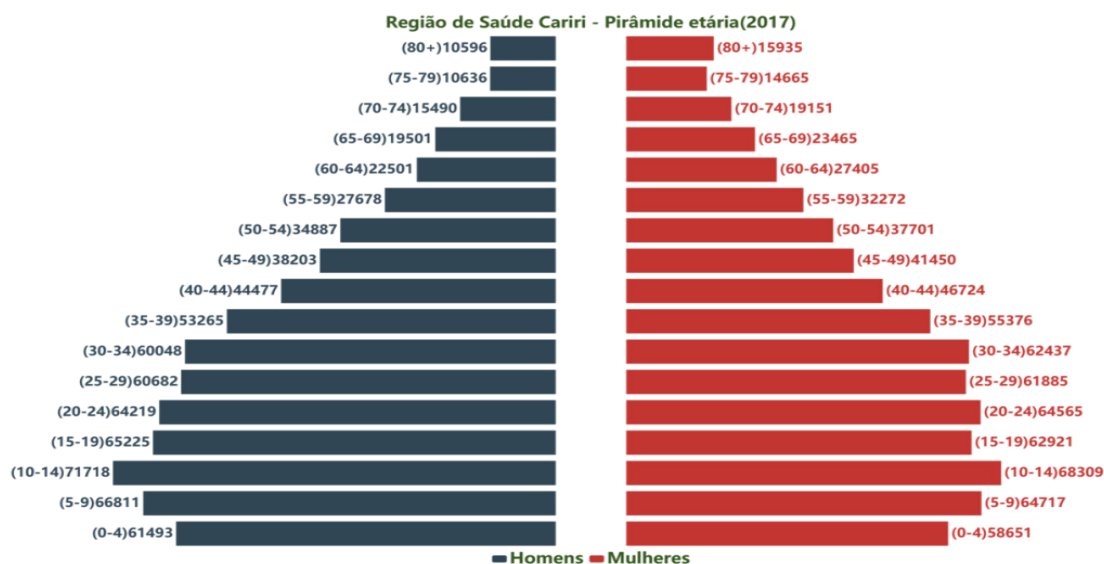
Fonte: IBGE.

O perfil demográfico da região do Cariri apresenta estimativa crescente em 2019, com 1.491.072 habitantes. Verifica-se que 47% dos municípios dessa região apresentam população menor que 20 mil habitantes e o mesmo percentual (47%) com população de 20.000 a 70.000 habitantes. Apenas três municípios (Crato, Iguatu e Juazeiro do Norte) têm população acima de 70 mil habitantes, com destaque para o município de Juazeiro do Norte com 274.207 habitantes, que o torna o terceiro município mais populoso do Ceará.

O perfil demográfico da MRS Cariri apresenta maior percentual de pessoas do sexo feminino (52%) tanto quanto aqueles que residem na área urbana (69,8%), com destaque contrário para a ADS de Icó com 54% de pessoas residindo na área rural.

Observando-se a distribuição da população por sexo, segundo os grupos etários (Gráfico 2), verifica-se uma pirâmide com população de idosos com 13% do total, e os menores de 10 anos com percentual de 16%. Ao analisarmos a situação dos serviços de saúde para essa população, seja criança ou idoso, observam-se fragilidades na assistência pela insuficiência de profissionais, pediatras ou geriatras, bem como deficiência de equipamentos de saúde para esse grupo. Por outro lado, 97% da população é SUS dependente, sendo a melhor cobertura de serviço suplementar na ADS de Juazeiro do Norte, onde 87% de pessoas possuem plano de saúde (Tabela 1).

Gráfico 2 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idades, Cariri, 2017



Fonte: IBGE.

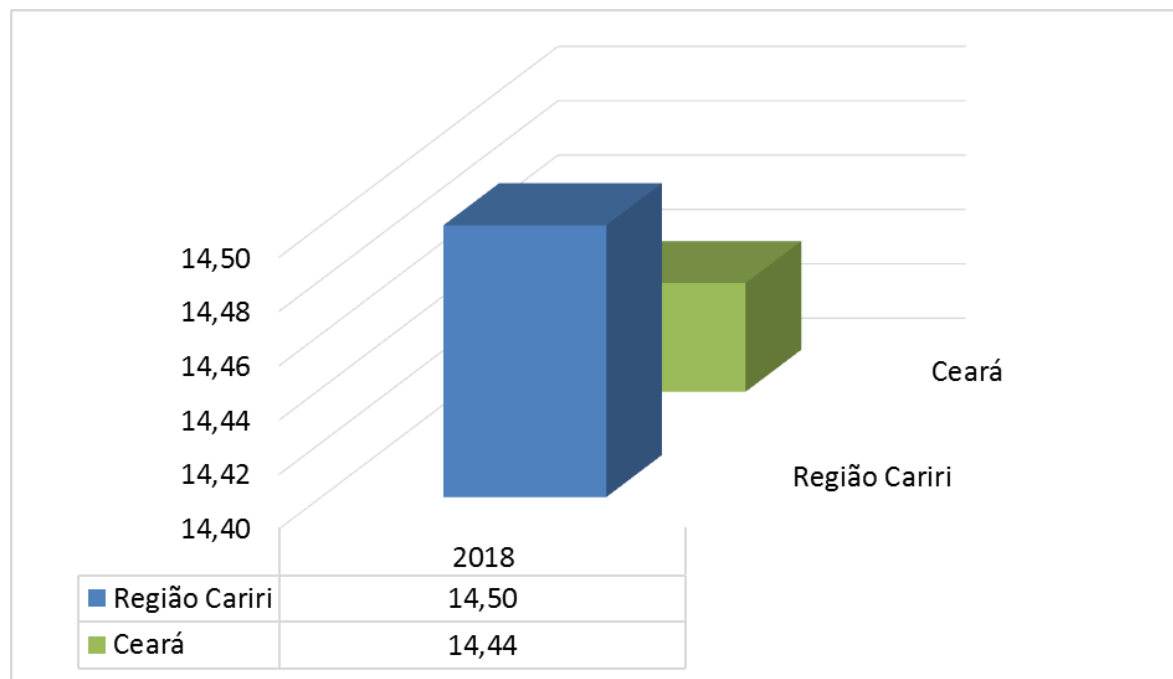
Tabela 1 – Perfil demográfico por Região de Saúde, Cariri, 2017

REGIÃO DE SAÚDE	BREJO SANTO	CRATO	ICÓ	IGUATU	JUAZEIRO DO NORTE
População < 20.000 mil habitantes.	Abaiana, Jati, Penaforte, e Porteiros.	Altaneira, Antonina do Norte, Farias Brito, Nova Olinda, Potengi, Salitre, Santana do Cariri e Tarrafas	Umari, Baixo e Ipaumirim.	Cariús, Dep. I. Pinheiro, P Carneiro, Quixelô, Saboeiro.	Granjeiro
População > 20.000 mil < 70.000 habitantes.	Aurora, Barro, Brejo Santo, Mauriti e Milagres.	Araripe, Assaré, Campos Sales e Várzea Alegre	Cedro, Icó, Orós e Lavras da Mangabeira.	Acopiara, Catarina, Jucás, Mombaça.	Barbalha, Caririáçu, Jardim, Missão Velha
População > 100.000 habitantes.	-	Crato	-	Iguatu	Juazeiro do Norte
% de população urbana	63,40%	83%	45,70%	77%	80%
% de população rural	45,20%	17%	54,30%	23%	20%
% Homens	49,30%	48,60%	48,80%	49,00%	45,60%
% Mulheres	50,60%	51,60%	51,10%	50,90%	54,40%
% da população menor de 10 anos.	14,50%	16,90%	16,20%	15,40%	15,40%
% da população maior de 60 anos.	12,30%	12,50%	13,90%	13,70%	13,10%
% da população com plano de saúde.	2,30%	1,70%	1,30%	2,20%	8,70%
% da população SUS dependente.	97,70%	98,20%	98,70%	97,80%	91,30%

Fonte: IBGE.

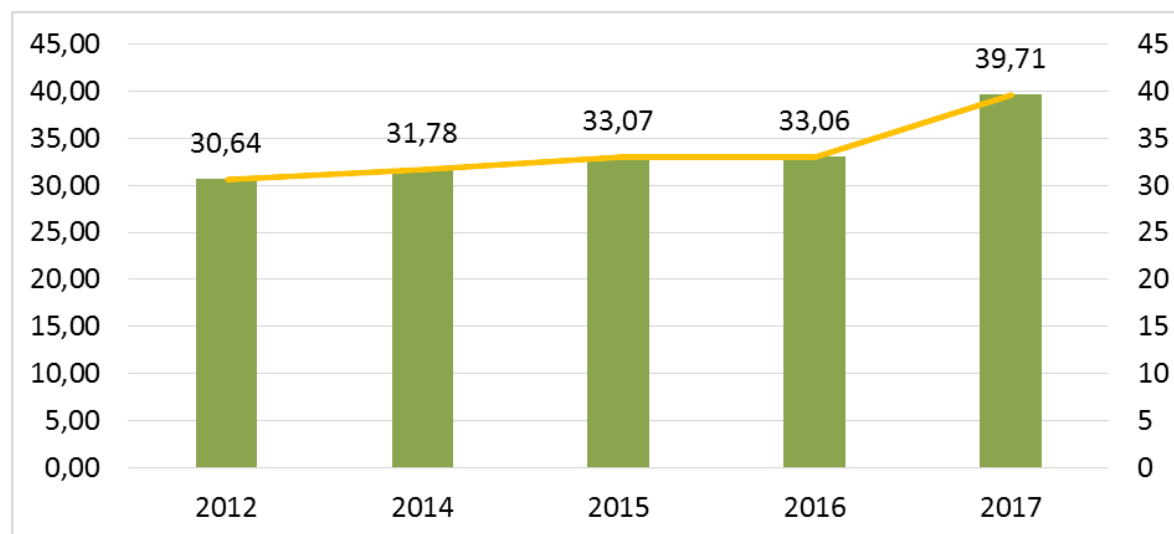
A MRS apresenta taxa de natalidade de 14,50 NV por mil habitantes, superior à taxa do Ceará (14,40); enquanto se verifica que o ritmo de envelhecimento da população encontra-se ascendente, com uma variação de 8% no período de 2012 a 2017, refletindo uma melhor esperança de vida da população (Gráfico 3 e 4).

Gráfico 3 – Taxa de natalidade da Macrorregião de Saúde do Cariri, 2012



Fonte: IBGE.

Gráfico 4 – Índice de envelhecimento da população residente na Macrorregião de Saúde do Cariri, 2012 a 2017



Fonte: IBGE.

3.1.2 Perfil socioeconômico e cultural

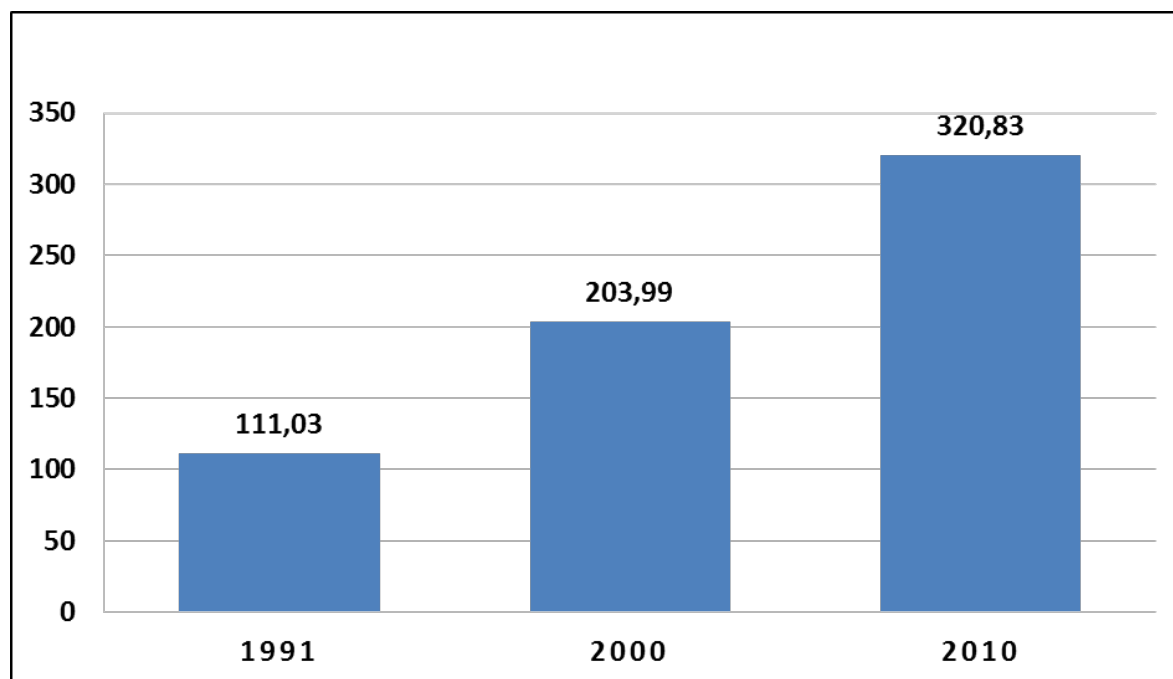
O perfil socioeconômico da MRS do Cariri é diversificado, com maior concentração de renda nos municípios-polo. Conforme pode ser visto no Gráfico 5, verifica-se crescimento na renda *per capita* média da população do Cariri para o período de 1991 a 2010, em todas as microrregiões de saúde, com maior acréscimo para a ADS de Juazeiro do Norte (Tabela 2). Nesse mesmo período, verifica-se na Tabela 3 redução no percentual da população de extrema pobreza em todos os municípios da MRC e, conseqüentemente, diminuição da desigualdade de renda. Observam-se melhores indicadores nos municípios de Barbalha, Brejo Santo, Crato, Iguatu e Juazeiro do Norte, justificado por serem os maiores polos comerciais da macrorregião com maiores equipamentos de saúde e com instituição de ensino superior (IES).

Ao analisar a taxa de desocupação (Tabela 4), verifica-se que, quando comparada com a do Ceará (11,3%), a da MRS encontra-se superior a do Estado variando de 3,3% a 16,3% em maiores de 18 anos. Predominam na grande maioria dos municípios atividades informais, entre estas as “indústrias de fundo quintal”, os pequenos agricultores, os pequenos e médios comerciantes, enquanto os empregos formais são, na grande maioria, vinculados às prefeituras.

No entanto, o município de Barbalha destaca-se por possuir grande polo de importação de medicamentos para o País, com a indústria farmacêutica (Farmace), e maior aporte de especialistas na área da saúde, enquanto Juazeiro do Norte se destaca por ser um ponto turístico religioso e pelo grande número de estabelecimentos comerciais de médio e grande porte, além de indústrias de calçados e folheados.

O município do Crato destaca-se por ser um polo educacional, tendo sido precursor do ensino superior na região, e com um grande acervo de fósseis no município de Santana do Cariri. A cultura da região é bastante diversificada. Verifica-se, no Gráfico 5, o aumento na renda *per capita* da região pelo aumento da industrialização da região, aumento do Polo Educacional em IES e, conseqüentemente, expansão técnico industrial. Observa-se nos quadros 3 e 4 as desigualdades regionais, com melhor renda *per capita* a ADS de Juazeiro do Norte e Crato e, por conseguinte, estes dois municípios também com melhor perfil econômico.

Gráfico 5 – Renda *per capita* média (em R\$) da população residente na Macrorregião de Saúde do Cariri, 1991 a 2010



Fonte: IBGE.

Tabela 2 – Série histórica da renda *per capita* da população por ADS, 1991, 2000 e 2010

Série Histórica por Região de Saúde do Cariri	1991	2000	2010
Região Icó	90,92	160,75	282,62
Região Iguatu	107,52	189,28	298,97
Região Brejo Santo	91,54	173,06	260,24
Região Crato	108,77	214,37	323,92
Região Juazeiro do Norte	139,14	244,6	382,79

Fonte: IBGE, 2010.

Tabela 3 – Perfil socioeconômico da região do Cariri, 1991, 2000 e 2010

Municípios da RS do Cariri	Renda per capita			% de extremamente pobres			% de pobres			Índice de Gini*		
	1991	2000	2010	1991	2000	2010	1991	2000	2010	1991	2000	2010
Abaiara 11.089 hab	83,34	143,8	229,74	58,48	48,1	20,96	85,15	67,7	44,6	0,44	0,6	0,48
Acopiara 52.661 hab	104,25	177,7	266,65	60,23	46,89	29,5	82,46	68,1	45,2	0,58	0,71	0,57
Altaneira 7.196 hab	85,88	169,2	240,97	67,82	52,05	28,68	85,93	70,9	49,6	0,62	0,71	0,55
Antonina do Norte 7.172 hab	102,26	158,9	244,83	56,73	41,11	21,79	80,73	65,9	43,9	0,55	0,59	0,51
Araipera 21.170 hab	79,23	129,4	197,14	66,66	55,52	36,68	88,55	72,9	56	0,49	0,68	0,56
Assaré 22.988 hab	95,29	127,7	282,6	58,05	54,32	27,95	84,94	72,9	45,1	0,53	0,61	0,59
Aurora 24.716 hab	117,26	136,3	255,78	63,16	41,54	24,46	85,72	66,3	45,7	0,65	0,52	0,53
Baixio 6.165 hab	69,21	131,5	265,94	78,07	43,7	17,63	88,6	71,2	35,9	0,57	0,53	0,46
Barbalha 57.818 hab	154,69	233,9	362,9	48,33	32,3	10	74,44	58,1	28,4	0,6	0,62	0,51
Barro 22.104 hab	91,52	167	254,44	59,91	33,58	24,08	81,55	62,7	41,5	0,5	0,53	0,5
Brejo Santo 47.218 hab	177,12	226,9	325,64	50,74	31,72	13,83	75,18	58,4	32,3	0,66	0,61	0,52
Campos Sales 27.030 hab	128,57	245,5	303,68	52,06	34,12	23,58	76,19	59,7	46,6	0,58	0,67	0,58
Cariraçu 26.821 hab	77,46	122,4	243,1	66,41	51,96	21,83	85,98	71,5	45,2	0,53	0,59	0,51
Cariús 18.815 hab	101,3	130,2	239,39	62,84	46,15	28,7	84,56	67,6	44,9	0,65	0,62	0,52
Catarina 19.676 hab	122,72	106,3	246,38	41,12	53,22	21,25	76,02	75,9	42,2	0,46	0,59	0,51
Cedro 24.958 hab	170,15	189	317,69	56,94	34,58	23,13	78,33	60,2	39,1	0,71	0,58	0,56
Crato 126.591 hab	221,16	333,4	470,46	38,42	23,12	8,61	65,85	48,1	24,5	0,64	0,64	0,57
Farias Brito 19.015 hab	102,52	142,4	231,88	60,79	44,11	30,83	82,05	67,3	48,8	0,61	0,57	0,54
Granjeiro 4.569 hab	68,08	95,12	221,14	72,14	60,63	27,99	92,12	78,5	46,4	0,61	0,68	0,51
Icó 66.885 hab	117,02	172,3	274,01	53,62	39,08	24,65	80,34	64	42,1	0,55	0,62	0,55
Iguatu 100.053 hab	222,15	295,5	434,67	32,43	20,82	10,86	63,23	44	24,3	0,62	0,58	0,54
Ipaumirim 12.256 hab	95,93	163,7	380,61	65,63	41,77	18,95	85,5	67	36,4	0,59	0,61	0,63
Irapuan Pinheiro 9.360 hab	102,57	170,3	233,15	58,79	39,77	29,11	85,01	63,6	45,4	0,6	0,59	0,5
Jardim 27.067 hab	96,23	134,1	241,09	56,95	50,03	25,63	84,25	71,1	45,8	0,53	0,62	0,53
Jati 7.764 hab	91,76	173,1	264,55	63,71	38,22	18,98	84	63,3	41,9	0,55	0,58	0,5
Juazeiro do Norte 261.289 hab	220,89	291,7	439,53	28,54	19,92	6,73	60,66	46,9	23,4	0,59	0,6	0,54
Jucás 24.351 hab	84,58	130	232,22	67,27	46,2	22,49	88,17	70,5	44,1	0,63	0,59	0,49
Lavras da Mangabeira 31.435 hab	108,68	139,8	288,15	59,4	44,43	25,73	82,82	65,2	46,3	0,59	0,59	0,6
Mauriti 45.640 hab	86,68	173,7	236,11	65,3	40,49	29,78	86,22	65,7	48,8	0,56	0,62	0,56
Milagres 28.487 hab	110,95	150,9	261,96	56,77	43,12	17,6	78,19	68,7	36,4	0,56	0,61	0,47

continua

conclusão

Municípios da RS do Cariri	Renda per capita			% de extremamente pobres			% de pobres			Índice de Gini*		
	1991	2000	2010	1991	2000	2010	1991	2000	2010	1991	2000	2010
Missão Velha 35.056 hab	109,37	190,3	293,16	54,59	40,36	20,65	80,95	65,8	44,8	0,53	0,63	0,57
Mombaça 43.493 hab	101,57	148,5	243,85	68,81	51,05	27,66	85,62	70,8	45,5	0,67	0,69	0,54
Nova Olinda 14.908 hab	95,93	198,9	272,1	61,74	40,9	23,04	84,07	61,3	46,5	0,52	0,65	0,57
Orós 21.503 hab	117,28	154,3	298,84	49,51	37,3	15,74	78,27	64,6	33	0,51	0,55	0,49
Penaforte 8.666 hab	102,88	189,1	271,18	57,86	30,02	16,07	76,35	60,1	34,3	0,55	0,54	0,45
Piquet Carneiro 16.169 hab	95,53	142	217,02	58,83	45	29,58	84,43	67,5	48,2	0,53	0,64	0,52
Porteiras 15.108 hab	106,62	167,9	218,44	59,98	37,43	24,96	82,41	64,3	47,6	0,56	0,55	0,49
Potengi 10.651 hab	94,92	153,9	215,12	70,64	41,06	33,2	86,15	63,5	53,5	0,6	0,55	0,58
Quixeló 15.046 hab	124,91	130,9	242,27	45,86	46,77	27,44	76,85	69,6	45	0,52	0,61	0,51
Saboeiro 15.835 hab	72,1	107,3	220,94	76,16	60,95	31,8	91,58	78,9	50,8	0,59	0,69	0,54
Salitre 15.976 hab	61,77	110,6	176,75	72	50,42	30,94	93,66	74,7	53,5	0,45	0,53	0,49
Santana do Cariri 17.445 hab	100,25	116	212,7	60,16	51,12	33,68	82,48	74,4	56,1	0,54	0,64	0,56
Tarrafas 8.949 hab	44,65	89	214,72	82,72	59,36	36,36	95,96	77,1	49,7	0,52	0,64	0,54
Umari 7.660 hab	62,65	126,7	223,62	76,48	56,31	30,53	90,89	73,6	50,9	0,57	0,69	0,55
Várzea Alegre 39.651 hab	85,75	162,4	276,17	66,54	39,82	25,16	85,38	63,4	42,9	0,59	0,6	0,54

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/>.

* Índice de Gini: É um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

Tabela 4 – Taxa de desocupação por município da região do Cariri, 2010

Espacialidades	10 anos ou mais	10 a 14 anos	15 a 17 anos	18 anos ou mais	18 a 24 anos	25 a 29 anos
Abaiara	10,28	14,03	12,86	10,01	15,93	14,65
Acopiara	6,21	6,3	8,06	6,13	12,54	10,14
Altaneira	6,81	-	8,78	6,8	15,35	4,88
Antonina do Norte	7,18	14,68	9,35	6,86	15,85	6,81
Araripe	5,17	3,14	10,09	4,98	6,46	8,78
Assaré	4,67	8,41	10,48	4,19	8,58	3,51
Aurora	6,56	4,86	8,57	6,52	15,49	4,46
Baixio	6,43	6,84	2,81	6,57	15,76	14,47
Barbalha	9,94	2,86	19,69	9,78	21,93	11,59
Barro	6,11	28,56	25,25	5,39	6,45	10,18

continua

**Fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde:
documento norteador de planejamento macrorregional: macrorregião do Cariri - Ceará**

conclusão

Espacialidades	10 anos ou mais	10 a 14 anos	15 a 17 anos	18 anos ou mais	18 a 24 anos	25 a 29 anos
Brejo Santo	8,97	15,98	16,2	8,68	16,85	8,75
Campos Sales	5,64	2,39	8,84	5,59	14,86	7,81
Caririaçu	6,91	8,32	11,01	6,49	15,92	8,04
Cariús	4,72	11,52	12,21	4,13	7,13	5,37
Catarina	17,95	50,71	31,27	16,33	34,09	19,16
Cedro	5,75	6,16	7,79	5,67	12,36	8,78
Crato	9,01	6,72	27,03	8,4	18,79	9,05
Deputado Irapuan Pinheiro	3,62	-	12,24	3,4	2,76	8,86
Farias Brito	7,48	7,08	15,22	7,06	16,99	10,14
Granjeiro	5,43	6,77	5,34	5,38	11,61	5,02
Icó	6,02	4,17	15,86	5,53	10,32	8,24
Iguatu	7,2	8,1	15,65	6,89	13,18	8,14
Ipaumirim	8,72	27,56	22,22	7,53	15,83	9,56
Jardim	5,32	3,44	16,76	4,87	11,37	2,47
Jati	6,31	-	12,3	6,3	14	7,42
Juazeiro do Norte	10,3	20,14	28,54	9,4	17,93	9,79
Jucás	9,39	16,62	21	8,39	20,07	12,64
Lavras da Mangabeira	7,91	6,83	13,43	7,7	19,75	11,03
Mauriti	8,5	7	12,6	8,31	12,26	9,68
Milagres	8,59	14,28	19,1	7,82	15,09	10,28
Missão Velha	4,6	2,42	14,12	4,17	7,06	4,86
Mombaça	4,94	5,48	3,84	4,97	9,76	7,34
Nova Olinda	5,28	2,37	3,38	5,48	12,38	6,06
Orós	5,2	13	11,11	4,72	11,66	10,56
Penaforte	11,36	20,1	25,93	10,03	25,1	15,55
Piquet Carneiro	6,6	15,65	16,98	5,83	12,46	6,26
Porteiras	10,33	15,07	19,61	9,76	17,5	10,88
Potengi	16,13	23,86	28,87	14,76	26,14	21,26
Quixelô	3,6	2,41	8,48	3,37	11,53	4,45
Saboeiro	6,38	5,46	17,58	5,68	13,2	4,23
Salitre	1,67	-	1,17	1,81	4,51	0,51
Santana do Cariri	5,75	4,06	12,47	5,43	12,26	8,09
Tarrafas	8,35	6,12	15,68	8,05	20,48	11,81
Umari	6,24	-	15,15	6,07	16,74	9,31
Várzea Alegre	5,66	13,98	13,11	5,1	10,38	6,09

Fonte: IBGE.

Conforme demonstra a Tabela 5, a taxa de analfabetismo na população acima de 15 anos é variável nos municípios, com menor percentual de 15% e maior de 39,9%, bem superior à média do estado que é de 8,7% (IBGE, 2012) e também ao preconizado pela OMS que é de 6,7%. Quando analisado na faixa acima de 60 anos, a grande maioria dos municípios mantém média de 50% de pessoas analfabetas, variando entre 41,5% a 68,7%.

Tabela 5 – Taxa de analfabetismo de pessoas de 15 anos ou mais por grupo de idade e municípios, 2010

Municípios da RS do Cariri	Pessoas de 15 anos ou mais de idade que não sabem ler e escrever, total e respectivas taxas de analfabetismo, por grupos de idade (%)									
	15 anos ou mais		15 a 24 anos		25 a 39 anos		40 a 59 anos		60 anos ou mais	
	Total	Taxa (%)	Total	Taxa (%)	Total	Taxa (%)	Total	Taxa (%)	Total	Taxa (%)
Abaiara	2.228	29,7	97	4,8	493	21,1	747	41,5	891	66,0
Acopiara	12.680	33,0	773	8,6	2.522	22,7	4.757	44,3	4.628	61,3
Altaneira	1.577	31,8	53	4,4	287	20,2	510	40,6	727	67,4
Antonina do Norte	1.630	32,6	79	6,3	293	21,6	562	42,5	696	65,2
Araripe	4.767	33,5	318	7,6	1.183	28,2	1.697	48,1	1.569	68,5
Assaré	5.118	31,7	270	6,3	1.051	24,4	1.874	42,8	1.923	60,2
Aurora	5.064	27,6	283	6,2	1.096	20,9	1.865	36,8	1.820	53,2
Baixio	1.084	23,8	70	6,2	213	16,0	374	29,7	427	50,9
Barbalha	7.548	18,7	364	3,3	1.455	11,0	2.612	25,7	3.117	52,1
Barro	3.835	23,6	204	5,0	719	15,3	1.312	30,7	1.600	50,7
Brejo Santo	7.641	22,7	488	5,1	1.628	15,5	2.754	32,3	2.771	54,8
Campos Sales	5.573	29,2	341	6,7	1.115	21,1	1.960	38,1	2.157	60,5
Caririaçu	5.853	31,7	321	6,6	1.339	25,0	2.043	42,4	2.150	63,5
Cariús	4.462	31,8	179	5,1	895	24,2	1.636	40,9	1.752	61,6
Catarina	4.251	29,4	244	6,5	874	19,1	1.799	43,4	1.334	68,7
Cedro	5.092	27,8	286	6,5	861	17,2	1.804	35,0	2.141	56,7
Crato	13.511	15,0	721	3,0	2.416	8,4	4.825	20,1	5.549	41,5
Farias Brito	3.865	27,6	165	4,4	688	17,5	1.350	37,1	1.662	62,0
Granjeiro	1.004	30,6	43	4,8	257	25,5	349	42,5	355	64,1
Icó	15.837	32,8	1.497	11,8	3.567	25,3	5.869	43,6	4.904	61,1
Iguatu	17.071	23,2	833	4,6	3.185	14,2	6.626	31,9	6.427	52,2
Ipaumirim	2.441	27,3	175	8,0	487	18,6	853	35,6	926	53,6
Jardim	4.993	26,3	220	4,2	1.062	18,1	1.745	38,0	1.966	60,4

continua

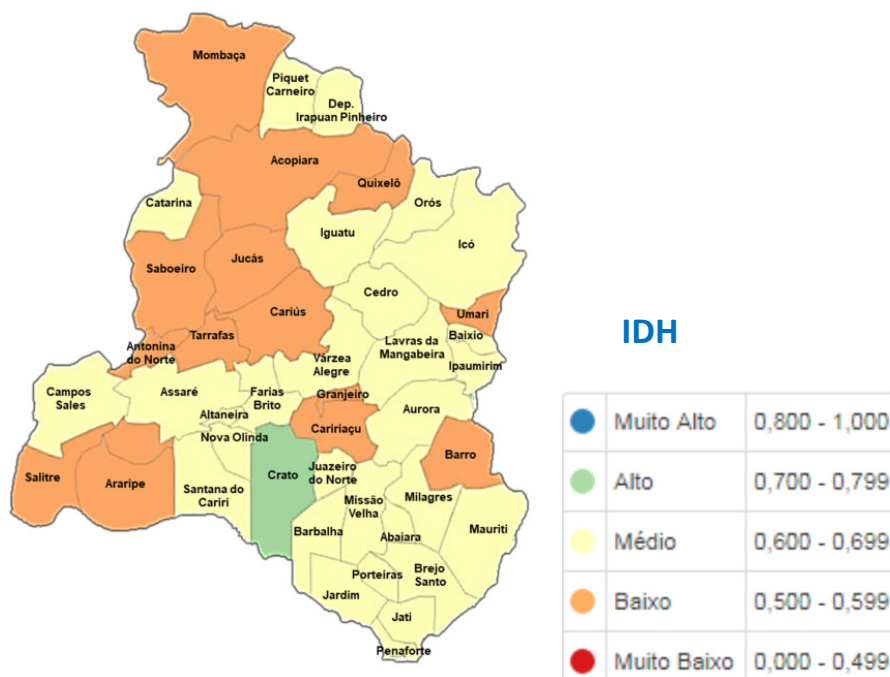
conclusão

Municípios da RS do Cariri	Pessoas de 15 anos ou mais de idade que não sabem ler e escrever, total e respectivas taxas de analfabetismo, por grupos de idade (%)									
	15 anos ou mais		15 a 24 anos		25 a 39 anos		40 a 59 anos		60 anos ou mais	
	Total	Taxa (%)	Total	Taxa (%)	Total	Taxa (%)	Total	Taxa (%)	Total	Taxa (%)
Jati	1.498	26,2	72	4,8	282	17,3	542	35,3	602	56,9
Juazeiro do Norte	29.677	16,2	1.733	3,5	5.662	9,3	10.001	21,7	12.281	46,5
Jucás	5.391	31,2	229	5,2	930	20,1	2.098	43,0	2.134	62,8
Lavras da Mangabeira	6.700	28,9	330	5,7	1.236	19,4	2.512	39,0	2.622	57,5
Mauriti	9.328	29,5	585	6,5	2.209	22,9	3.451	42,7	3.083	62,9
Milagres	6.037	28,9	348	6,4	1.252	19,8	2.126	38,8	2.311	63,8
Missão Velha	6.808	27,9	422	6,2	1.553	20,9	2.417	40,1	2.416	58,5
Mombaça	10.480	33,8	805	10,0	2.355	28,3	3.749	43,5	3.571	58,9
Nova Olinda	2.386	23,3	149	4,9	454	14,8	829	33,5	954	57,4
Orós	4.848	29,7	259	7,3	782	17,0	1.848	37,5	1.959	60,3
Penaforte	1.291	22,0	87	5,2	247	13,6	488	31,9	469	54,9
Piquet Carneiro	3.121	26,1	153	5,5	618	17,9	1.189	34,9	1.161	50,3
Porteiras	3.237	29,4	184	6,0	619	19,0	1.168	42,2	1.266	65,2
Potengi	2.483	34,5	163	8,5	555	26,8	903	47,9	862	65,6
Quixelô	4.181	36,8	171	6,8	776	23,6	1.745	51,1	1.489	68,6
Saboeiro	3.769	33,5	152	5,2	644	22,2	1.569	47,3	1.404	66,3
Salitre	4.128	39,9	397	12,8	1.116	35,6	1.410	55,8	1.205	76,0
Santana do Cariri	3.515	29,9	200	5,9	707	21,0	1.281	44,3	1.327	63,7
Tarrafas	2.321	35,5	118	6,7	449	25,5	891	48,3	863	73,5
Umari	1.813	32,5	123	9,7	374	23,6	630	40,4	686	58,5
Várzea Alegre	8.274	28,6	409	5,7	1.439	18,1	2.923	36,5	3.503	60,5

Fonte: IBGE.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da MRS, em 67% dos municípios, varia na faixa que corresponde ao índice médio (0,600-0,699) e apenas o município do Crato apresenta índice classificado como alto (0,800-1,000). Esses dados retratam a realidade da grande maioria dos municípios da Região do Nordeste que se encontra em fase de desenvolvimento social, apresentando curva ascendente no grau de escolaridade e de redução da extrema pobreza (Figura 2).

Figura 2 – Índice de Desenvolvimento Humano na Macrorregião de Saúde do Cariri, 2019



Fonte: Ipece.

Com relação à história, à cultura e à tradição, a região do Cariri assume verdadeiramente as feições de território com a tradição dos Reisados, Caretas, Bandas de Pifanos e Cabaçais do Ceará, Pernambuco ou Paraíba, que se misturam em perfeita profusão de alegorias, musicalidades, dançantes e brincantes.

A região preserva e multiplica tradições, potencialidades e vocações. O território é concebido pelas profundas raízes de resistência cultural que se materializam ou imaterializam-se por meio de interações e relações interpessoais e de processos históricos, sociais, simbólicos e coletivos.

Essa cultura partilhada é historicamente marcada por uma expressão de resistência dos nordestinos que enfrentam as adversidades naturais para a sobrevivência do dia a dia e a resistência coletiva, presente desde a colonização da região. Movimentos de resistência como o Caldeirão da Santa Cruz do Deserto “do Beato Zé Lourenço” ou a própria independência de Juazeiro do Norte “do Padre Cícero” são exemplos de como “o coletivo aqui tem força” (GIANNELLA; CALLOU, 2011).

Cabe destacar ainda a expressão “o povo Kariri”; termo que vem dos índios kariris, nações de tribos indígenas que habitavam parte do interior nordestino no século XVII (BRASIL, 2010), cujos registros históricos indicam larga resistência ao processo de colonização portuguesa, considerados pelos colonizadores como “valentes e de terrível resistência, talvez os de mais persistência que os portugueses encontraram” (GIANNELLA; CALLOU, 2011).

3.2 Morbimortalidade

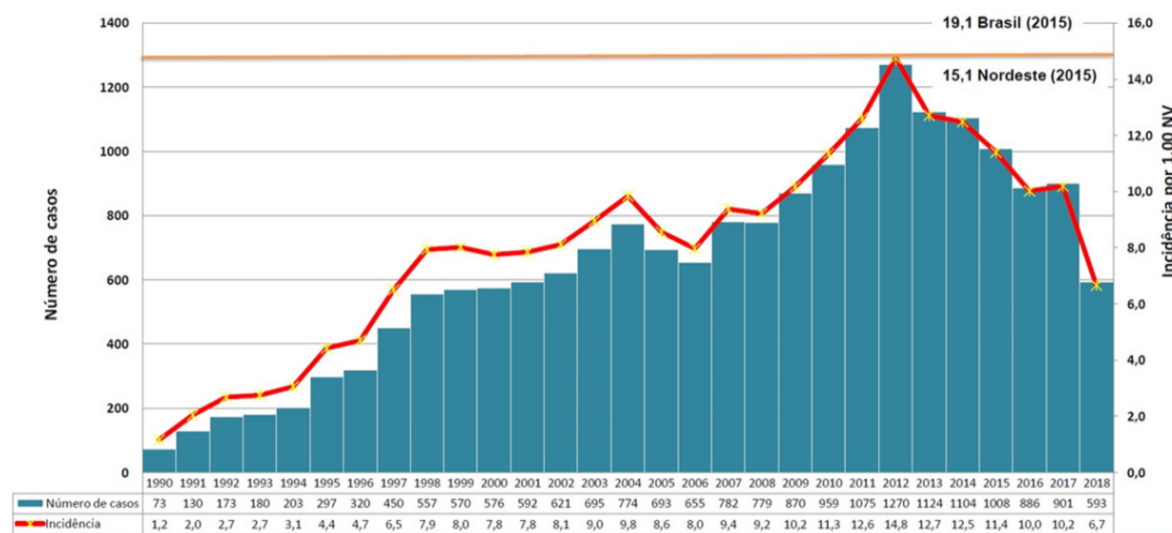
3.2.1 Indicadores de morbidade

A morbidade da população residente no Cariri é bastante homogênea, apresentando variações discretas em alguns municípios conforme análise a seguir.

A incidência de aids em adultos no Ceará apresenta redução dos casos a partir de 2012, semelhante a MRS Cariri (Gráfico 6). Observa-se, ainda, maior número de casos em pessoas do sexo masculino (64%), apresentando percentual médio de óbitos de 31%. Destaca-se, nesses dados, o elevado número de óbitos em 2019 (Tabela 6).

Quanto à taxa de detecção de tuberculose (Gráfico 7), observa-se redução da curva tanto no Ceará quanto no Cariri. No entanto, no ano de 2017, a incidência do Ceará (38,3 x 100 mil hab.) é superior ao Cariri (33,3 x 100 mil hab.). A ADS do Juazeiro do Norte apresenta maior número de casos (Tabela 8).

Gráfico 6 – Incidência de aids em adultos, Ceará 1990 a 2018*



Fonte: Covig.

Tabela 6 – Número de casos de aids por sexo na Região de Saúde do Cariri, 2010 a 2019

CASOS DE AIDS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Homens	44	47	61	63	63	68	90	70	69	36	985	64
Mulheres	26	35	32	32	36	37	30	26	32	15	557	36
TOTAL	70	82	93	95	99	105	120	96	101	51	1.542	100

Fonte: <http://indicadores.aids.gov.br/>.

Tabela 7 – Número de óbitos de aids por causa básica na Região de Saúde do Cariri, 2010 a 2019

CASOS DE AIDS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Óbitos por causa básica AIDS	22	23	30	36	29	34	35	27	38	136	480	31

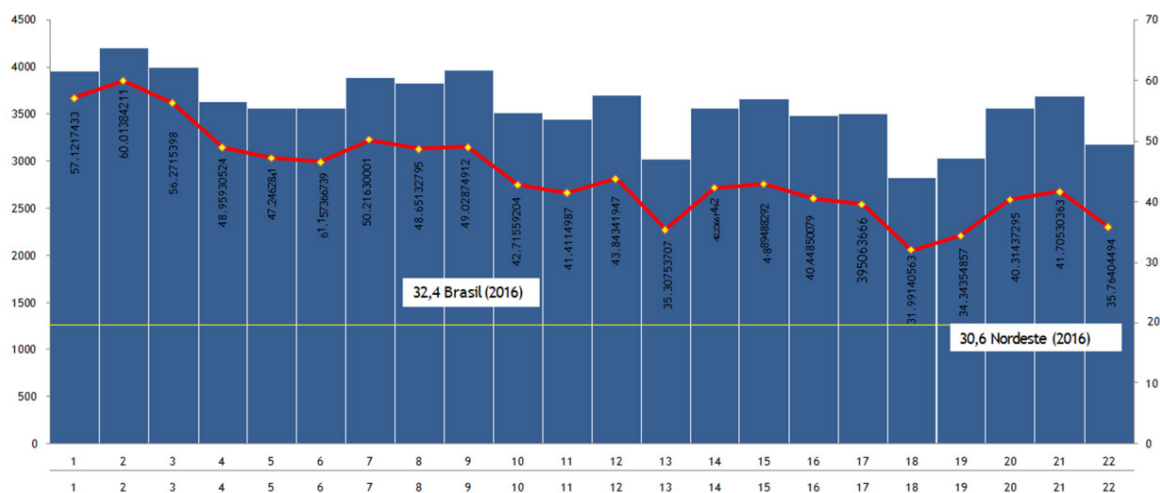
Fonte: <http://indicadores.aids.gov.br/>.

Tabela 8 – Número de casos de aids por faixa etária na Região de Saúde do Cariri, 2010 a 2019

CASOS DE AIDS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL	%
Menores de 5 anos	1	2	3	1	4	1	2	0	2	0	36	2
Entre 15 e 24 anos	7	9	10	10	13	18	14	6	12	8	176	12
Outras faixas	62	71	80	84	82	86	104	90	87	43	1.330	86
TOTAL	70	82	93	95	99	105	120	96	101	51	1.542	100

Fonte: <http://indicadores.aids.gov.br/>.

Gráfico 7 – Número de casos e taxa de detecção de tuberculose, Ceará, 1990 a 2018



Fonte: Covig.

Tabela 9 – Número de casos de tuberculose, Região de Saúde Cariri, 2016 a 2018

Número de casos por município de notificação	2016	2017	2018	Total
REGIÃO DE SAÚDE CARIRI	313	338	346	997
REGIÃO ICÓ	23	26	25	74
BAIXIO	-	-	-	-
CEDRO	5	2	4	11
ICO	10	14	12	36
IPAUMIRIM	-	2	2	4
LAVRAS DA MANGABEIRA	4	4	3	11
OROS	3	3	4	10
UMARI	1	1	-	2
REGIÃO IGUATU	53	54	55	162
ACOPIARA	12	13	11	36
CARIUS	2	3	2	7
CATARINA	-	4	1	5
IGUATU	19	16	21	56
DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO	2	1	4	7
JUCAS	1	4	4	9
MOMBACA	10	8	5	23
PIQUET CARNEIRO	4	2	1	7
QUIXELO	2	-	3	5
SABOEIRO	1	3	3	7
REGIÃO BREJO SANTO	36	36	48	120
ABAIARA	2	1	1	4
AURORA	3	4	1	8
BARRO	4	3	6	13
BREJO SANTO	9	5	13	27
JATI	1	1	1	3
MAURITI	7	10	7	24
MILAGRES	8	9	12	29
PENAFORTE	2	2	2	6
PORTEIRAS	-	1	5	6
REGIÃO JUAZEIRO DO NORTE	138	167	160	465
BARBALHA	21	29	17	67
CARIRIACU	5	3	3	11
GRANJEIRO	4	-	2	6

continua

conclusão

Número de casos por município de notificação	2016	2017	2018	Total
JARDIM	3	5	4	12
JUAZEIRO DO NORTE	93	118	122	333
MISSAO VELHA	12	12	12	36
REGIÃO CRATO	63	55	58	176
ALTANEIRA	5	8	1	14
ANTONINA DO NORTE	5	-	2	7
ARARIPE	1	-	2	3
ASSARE	1	1	1	3
CAMPOS SALES	6	1	1	8
CRATO	32	32	39	103
FARIAS BRITO	2	-	1	3
NOVA OLINDA	3	2	4	9
POTENGI	-	-	-	-
SALITRE	3	2	1	6
SANTANA DO CARIRI	3	4	1	8
TARRAFAS	1	-	-	1
VARZEA ALEGRE	1	5	5	11

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

Observa-se, nas tabelas 9 e 10, que a MRS no período de 2016 a 2017 apresentou aumento considerável de leishmaniose visceral (LV) e de leishmaniose tegumentar americana (LTA) em toda a região. Os municípios de Barbalha e Crato, para esses dois agravos, apresentam os maiores percentuais da região, com 43% de casos de LV e 49% de casos para LTA. Essa situação pode ser explicada pelo desmatamento programado da Chapada do Araripe, onde esses municípios estão inseridos.

Tabela 10 – Número de casos confirmados de leishmaniose visceral, Região de Saúde Cariri, 2016 a 2018

CASOS CONFIRMADOS POR MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO / REGIÃO DE SAÚDE	2016			2017			2018		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
REGIÃO DE SAÚDE CARIRI	42	26	68	86	38	124	55	35	90
REGIÃO ICÓ	1	-	1	3	-	3	3	-	3
Icó	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Ipaumirim	-	-	-	1	-	1	2	-	2
Lavras da Mangabeira	1	-	1	1	-	1	1	-	1

continua

Fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde:
documento norteador de planejamento macrorregional: macrorregião do Cariri - Ceará

conclusão

CASOS CONFIRMADOS POR MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO / REGIÃO DE SAÚDE	2016			2017			2018		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
REGIÃO IGUATÚ	4	2	6	11	4	15	4	5	9
Acopiara	2	1	3	-	-	-	-	1	1
Iguatu	1	1	2	8	4	12	3	3	6
Jucás	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Mombaça	1	-	1	2	-	2	1	1	2
REGIÃO BREJO SANTO	7	5	12	18	7	25	10	5	15
Barro	-	-	-	2	-	2	-	-	-
Brejo Santo	5	4	9	7	5	12	4	3	7
Jati	1	-	1	1	-	1	-	-	-
Mauriti	1	-	1	4	1	5	4	-	4
Milagres	-	1	1	3	-	3	-	-	-
Porteiras	-	-	-	1	1	2	2	2	4
REGIÃO CRATO	9	6	15	18	5	23	14	12	26
Araripe	-	-	-	2	-	2	1	-	1
Assaré	-	-	-	2	-	2	3	1	4
Campos Sales	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Crato	7	3	10	10	1	11	8	8	16
Farias Brito	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Nova Olinda	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Potengi	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Santana do Cariri	1	-	1	1	1	2	-	-	-
Várzea Alegre	-	1	1	3	3	6	1	3	4
REGIÃO JUAZEIRO DO NORTE	21	13	34	36	22	58	24	13	37
Barbalha	12	12	24	18	17	35	14	9	23
Caririáçu	-	-	-	-	-	-	1	1	2
Jardim	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Juazeiro do Norte	7	1	8	18	5	23	9	3	12
Missão Velha	1	-	1	-	-	-	-	-	-

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

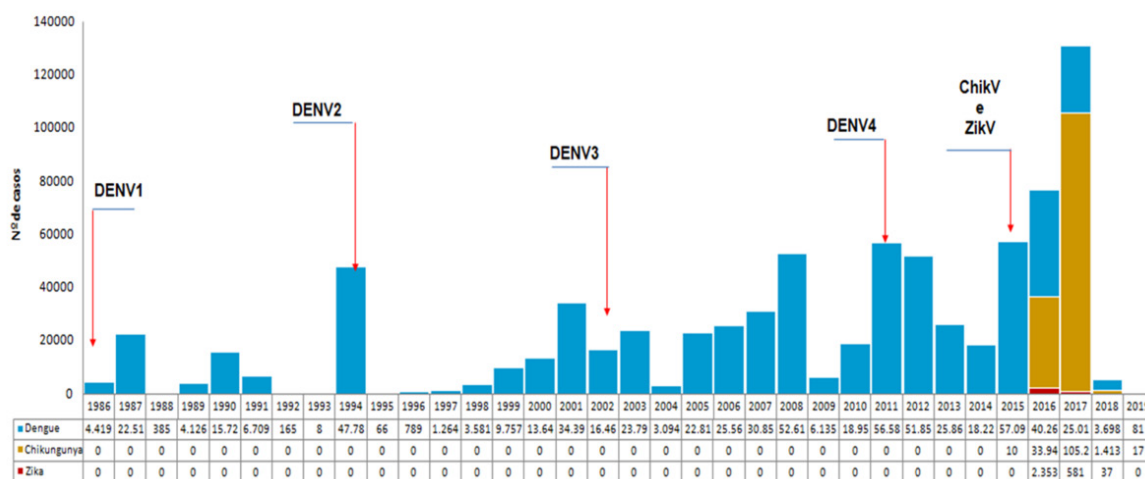
Tabela 11 – Número de casos confirmados de leishmaniose tegumentar americana, Região de Saúde Cariri, 2016 a 2018

CASOS CONFIRMADOS POR MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO / REGIÃO DE SAÚDE	2016			2017			2018		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
REGIÃO DE SAÚDE CARIRI	47	58	105	29	39	68	38	44	82
REGIÃO ICÓ	1	-	1	-	1	1	1	-	1
Cedro	-	-	-	-	1	1	-	-	-
Icó	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Umari	-	-	-	-	-	-	1	-	1
REGIÃO IGUATU	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Quixelô	-	-	-	-	-	-	1	-	1
BREJO SANTO	6	5	11	2	2	4	6	12	18
Abaiara	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Brejo Santo	2	-	2	1	1	2	-	2	2
Mauriti	-	-	-	-	1	1	6	4	10
Milagres	-	1	1	-	-	-	-	1	1
Penaforte	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Porteiras	4	4	8	-	-	-	-	4	4
REGIÃO CRATO	20	34	54	13	20	33	10	14	24
Altaneira	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Araripe	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Campos Sales	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Crato	19	29	48	10	18	28	9	14	23
Farias Brito	-	-	-	1	2	3	-	-	-
Nova Olinda	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Potengi	-	1	1	-	-	-	-	-	-
Santana do Cariri	-	1	1	-	-	-	1	-	1
Várzea Alegre	-	2	2	-	-	-	-	-	-
REGIÃO JUAZEIRO DO NORTE	20	19	39	14	16	30	20	18	38
Barbalha	4	4	8	5	3	8	9	12	21
Caririaçu	-	-	-	1	2	3	-	-	-
Granjeiro	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Jardim	1	2	3	-	1	1	1	1	2
Juazeiro do Norte	6	12	18	4	7	11	9	5	14
Missão Velha	9	1	10	3	3	6	1	-	1

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

Verifica-se, no Gráfico 8, a introdução do vírus zika e da chikungunya em 2016 no Ceará, com maior pico para chikungunya em 2017. O sistema de epidemiologia monitora os casos de síndrome congênita do vírus zika (SCZ) desde 2015. Na planilha da vigilância epidemiológica por ADS, verifica-se que as ADS de Icó e Iguatu apresentam, cada uma, três crianças portadoras de zika e Brejo Santo com uma criança, Crato com quatro crianças e Juazeiro do Norte com nove, totalizando 20 crianças, todas estas em acompanhamento nas cinco policlínicas, instituídas como unidades de referência.

Gráfico 8 – Número de casos de arboviroses, Ceará, 1980 a 2019



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net.

Quando se analisa por ADS (Tabela 11), observa-se número de casos positivos em todas as regiões, apresentando maior número de casos na ADS de Brejo Santo. Com relação ao vírus zika em gestantes, no ano de 2019, apenas o município do Crato apresentou um caso positivo. Nestes quadros verifica-se, também, que 67% dos municípios realizaram mais de 50% das visitas domiciliares dos agentes de combate às endemias programadas para o ano de 2019, no entanto esse percentual se reduz nos municípios polos com exceção do município de Brejo Santo. Quanto ao Índice de Infestação Predial (IIP), três municípios (Acopiara, Santana do Cariri e Granjeiro) apresentam situação de alerta (índice variando de 1% a 3,9%), enquanto os demais se enquadram em situação satisfatória (índice abaixo de 1%).

Tabela 12 – Número de casos de arboviroses por Região de Saúde, Cariri, 2019

Município da Região de Saúde Cariri	Dengue			Sorotipo	Chikungunya			Zika			Incidência Arboviroses* Visitas Realizadas	Controle Vetorial	
	Casos Notificados	Casos Confirmados	Óbitos Confirmados		Casos Notificados	Casos Confirmados	Óbitos Confirmados	Casos Notificados	Casos Notificados em Gestantes	Casos Confirmados em Gestantes		Visitas	IIP**
REGIÃO ICO	391	89	0	0	22	1	0	0	0	0	21,9		
Baixio	40	23			1	0		0	0	0	659,8	62.64%	0.86%
Cedro	4	3			0	0		0	0	0	16,0	65.19%	0.12%
Icó	204	45			7	0		0	0	0	313,3	63.66%	0.56%
Ipaumirim	25	9			0	0		0	0	0	202,8	45.33%	0.99%
Lavras da Mangabeira	7	2			0	0		0	0	0	22,3	73.18%	0.69%
Orós	106	6			12	1		0	0	0	552,9	62.58%	0.24%
Umari	5	1			2	0		0	0	0	91,3	81.87%	0.27%
REGIÃO IGUATU	2.387	2.077	2	0	577	29	0	44	13	0	941,9		
Acopiara	521	472			486	27		23	12	0	1930,4	69.53%	1.48%
Cariús	9	3			4	0		0	0	0	69,1	94.01%	0.00%
Catarina	67	43			16	0		20	1	0	508,2	46.46%	0.00%
Dep. Irapuan Pinheiro	2	2			0	0		0	0	0	21,1	58.83%	0.00%
Iguatu***	1.351	1.259	2	DEN V1 e 2	14	0		0	0	0	1338,1	53.13%	0.06%
Jucás	17	8			2	1		0	0	0	77,4	74.33%	0.02%
Mombaça	163	118			3	0		0	0	0	380,1	66.46%	0.63%
Piquet Carneiro	134	56			48	1		0	0	0	1096,5	51.79%	0.00%
Quixelô	89	86			1	0		1	0	0	610,6	69.19%	0.00%
Saboeiro	34	30			3	0		0	0	0	235,4	46.01%	0.19%
REGIÃO BREJO SANTO	1.516	1.037	0	0	279	141	0	15	10	0	849,2		
Abaiara	13	1			0	0		0	0	0	113,2	80.17%	0.00%
Aurora	3	1			1	0		0	0	0	16,3	66.37%	0.00%
Barro	27	7			0	0		2	0	0	129,7	81.65%	0.00%
Brejo Santo	624	343			134	68		6	4	0	1576,9	65.61%	0.81%
Jati	124	110		DENV 2	18	3		4	4	0	1865,3	56.21%	0.00%

continua

Fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde:
documento norteador de planejamento macrorregional: macrorregião do Cariri - Ceará

conclusão

Município da Região de Saúde Cariri	Dengue			Sorotipo	Chikungunya			Zika			Incidência Arboviroses* Visitas Realizadas	Controle Vetorial	
	Casos Notificados	Casos Confirmados	Óbitos Confirmados		Casos Notificados	Casos Confirmados	Óbitos Confirmados	Casos Notificados	Casos Notificados em Gestantes	Casos Confirmados em Gestantes		Visitas	IIP**
Mauriti	236	223			63	63		1	1	0	647,5	98.29%	0.37%
Milagres	235	186			63	7		2	1	0	1060,4	64.12%	0.00%
Penaforte	93	77			0	0		0	0	0	1046,4	100.64%	0.04%
Porteiras	161	89			0	0		0	0	0	1075,8	95.29%	0.05%
REGIÃO CRATO	909	301	0	0	105	11	0	12	2	1	338,0		
Altaneira	10	10			0	0		0	0	0	134,9	100.92%	0.92%
Antonina do Norte	0	0			0	0		0	0	0	0,0	88.50%	0.03%
Araripe	12	5			5	0		0	0	0	79,6	48.85%	3.19%
Assaré	32	19			0	0		0	0	0	138,0	73.86%	0.66%
Campos Sales	42	6			20	2		0	0	0	228,2	69.39%	0.07%
Crato	394	128			31	7		3	1	0	330,1	40.98%	0.44%
Farias Brito	45	7			3	1		2	0	0	266,1	92.68%	0.12%
Nova Olinda	17	0			1	0		1	0	0	124,1	71.46%	0.00%
Potengi	27	0			17	0		0	0	0	405,3	38.89%	0.50%
Salitre	30	14			6	0		5	1	1	252,3	80.24%	0.54%
Santana do Cariri	109	32			4	0		1	0	0	652,2	83.19%	1.11%
Tarrafas	2	1			0	0		0	0	0	22,5	82.69%	0.00%
Várzea Alegre	189	79			18	1		0	0	0	514,2	89.85%	0.18%
REGIÃO JUAZEIRO	1081	184	0	0	52	1	0	12	3	0	271,8		
Barbalha	70	25			31	1		8	3	0	183,7	23.02%	0.06%
Caririaçu	14	9			0	0		0	0	0	52,1	60.96%	0.00%
Granjeiro	10	3			1	0		1	0	0	269,1	52.55%	0.60%
Jardim	314	90			0	0		0	0	0	1159,8	82.72%	1.66%
Juazeiro do Norte	587	37			18	0		2	0	0	226,3	20.46%	0.10%
Missão Velha	86	20			2	0		1	0	0	251,9	43.67%	0.00%

Fonte: Sinan. Dados exportados em 9/12/2019, sujeitos a alterações.

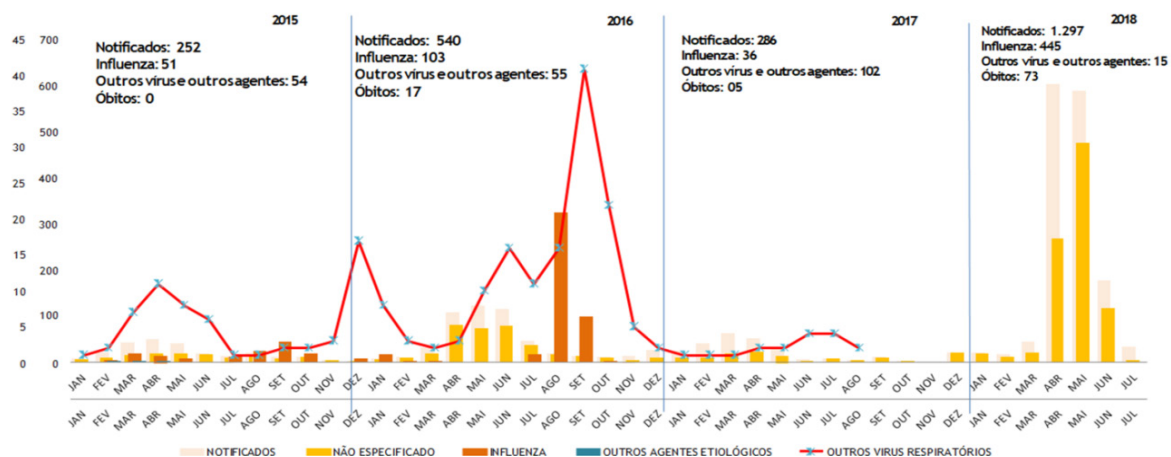
*Incidência arboviroses: cálculo da soma dos casos notificados de dengue, chikungunya e zika, dividido pela população do município e expresso por 100.000 habitantes.

** IIP: Índice de Infestação Predial.

*** Município com óbito.

Com relação ao número de casos notificados por síndrome respiratória aguda no Ceará, observa-se no Gráfico 9 um pico no mês de agosto de 2016, sem registro de casos em 2018. Com relação a esse agravo, o Ceará realizou medidas de controle por intermédio das unidades de referência e disponibilização de Tamiflu para estas unidades sentinelas.

Gráfico 9 – Número de casos notificados por síndrome respiratória aguda grave por influenza, Ceará, 2015 a 2019



Fonte: Covig.

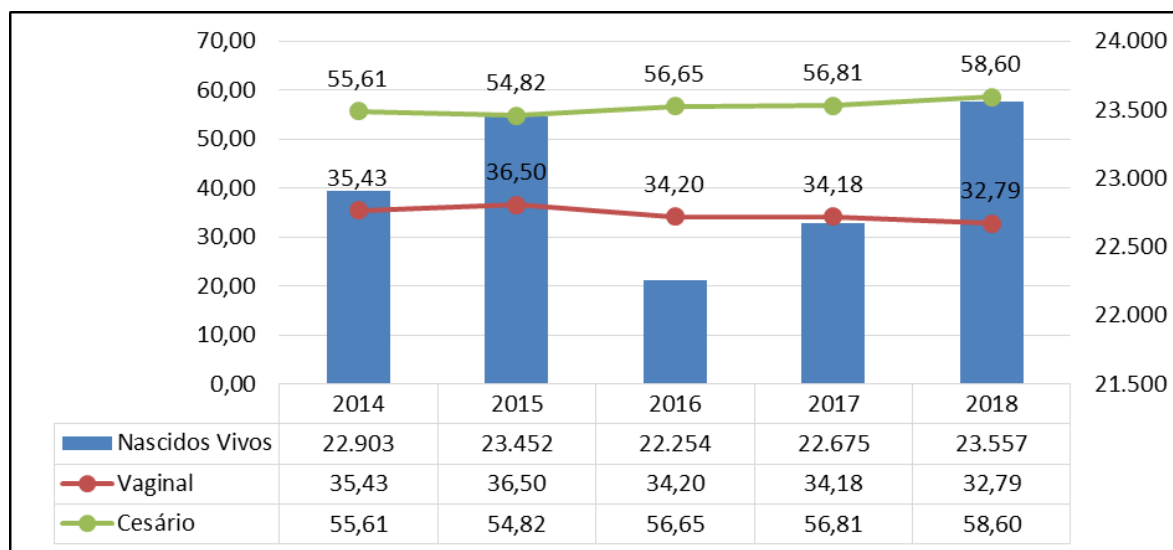
Verifica-se, na Tabela 12, que a MRS apresenta elevado percentual de adolescentes grávidas na faixa etária de 10 a 19 anos, no entanto com decréscimos nos últimos três anos, apresentando maior percentual na ADS de Crato. Com relação ao número de nascidos vivos, verifica-se curva ascendente, com elevado número de adolescentes grávidas na faixa etária de 10 a 19 anos (Gráfico 10). Quando se analisa o tipo de parto, observa-se o maior número para parto cesariano (58,6%), com série histórica crescente. Esse dado é semelhante ao Ceará e ao Brasil.

Tabela 13 – Percentual de adolescentes grávidas na faixa etária de 10 a 19 anos por Região de Saúde, no período de 2017 a 2019

Regional de Saúde Residente	2017	2018	2019
Região Icó	21,34	17,87	17,45
Região Iguatu	19,77	17,84	16,85
Região Brejo Santo	18,95	17,56	16,94
Região Crato	20,33	18,78	18,27
Região Juazeiro Norte	17,05	16,09	14,96
REGIÃO DE SAÚDE CARIRI	19,05	17,47	16,66

Fonte: Sesa/Covig/Nuias/Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc.

Gráfico 10 – Número de nascidos vivos e proporção de tipo de parto na Região de Saúde Cariri, 2014 a 2018

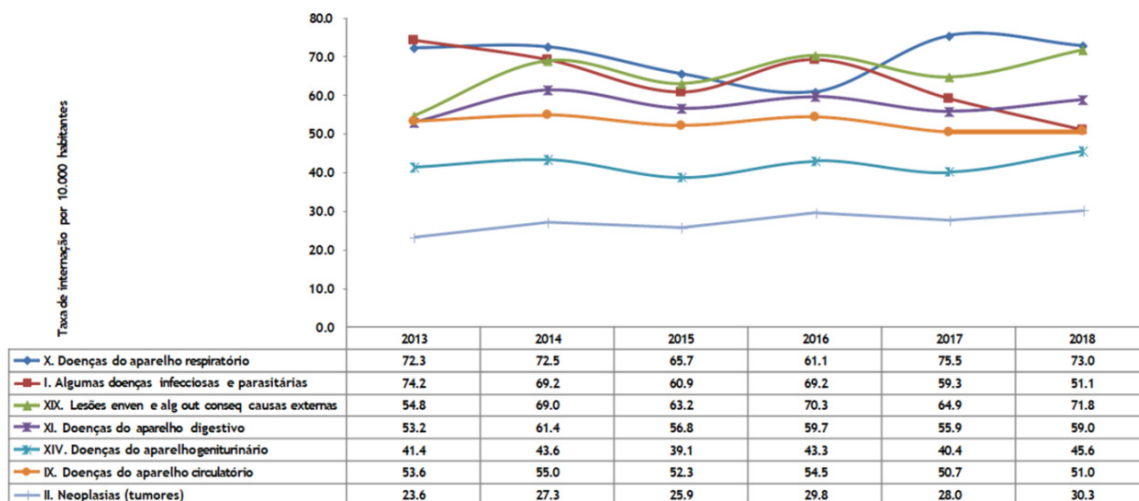


Fonte: Sesa/Covig/Nuias/Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc.

3.2.2 Indicadores de morbimortalidade hospitalar

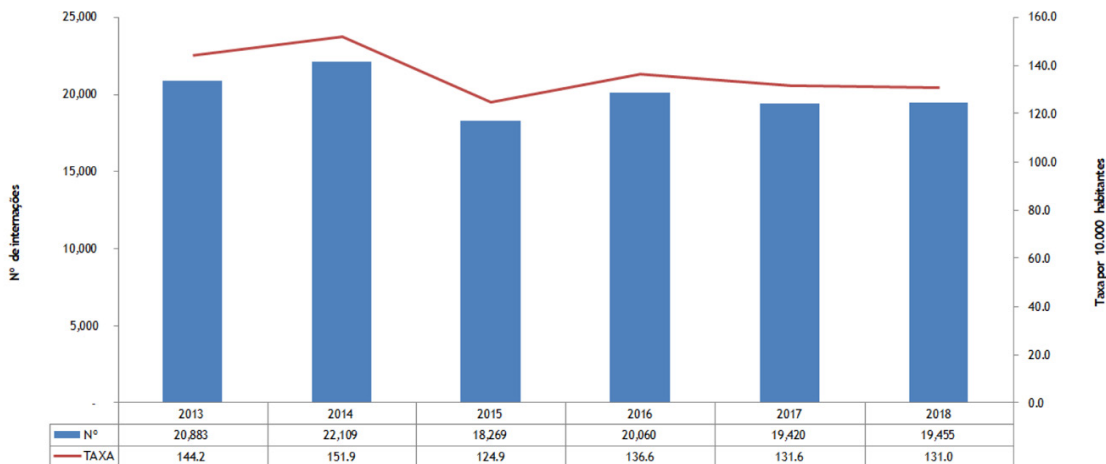
Observa-se, no Gráfico 11, que a taxa de internação no período de 2013 a 2018 prevalece com maior número por doenças do aparelho respiratório com ascensão em 2017, seguida pelas causas externas e, como terceira causa, as doenças do aparelho digestivo, porém com redução em 2018; os indicadores de neoplasias continuam com curva ascendente. Essas principais causas de internação são corroboradas no Gráfico 12, no qual é possível observar como principais causas as internações por condições sensíveis à atenção básica, entre elas as gastroenterites infecciosas, as internações das vias áreas superiores e as pneumonias, além de hipertensão e diabetes. Esses dados chamam a atenção especialmente ao analisarmos o percentual de cobertura da APS na macrorregião, em que se verifica uma cobertura de 110% de ESF, Nasf e Caps, em um total 511 ESF, 67 Nasf e 37 Caps (Tabela 13).

Gráfico 11 – Taxa de internação pelas principais causas (CID 10) da Região de Saúde Cariri, 2018



Fonte: Datasus/Sesa/Covig/Nuias/Corac Sistema de Informações Hospitalares – SIH.
 Nota: Dados 2018 e 2019 sujeitos à revisão, informações de 2019 referentes de janeiro a abril.

Gráfico 12 – Número e taxa de internação por condições sensíveis à atenção básica da Região de Saúde Cariri, 2018



Fonte: Datasus/Sesa/Covig/Nuias/Corac Sistema de Informações Hospitalares – SIH.
 Nota: Dados 2018 e 2019 sujeitos à revisão, informações de 2019 referentes de janeiro a abril.

Tabela 14 – Número de equipes de Saúde da Família, Nasf e Caps na Região do Cariri, 2018

Região de Saúde	População	ESF	ESFSB_M1	ESFSB_M2	Total	CAPS	NASF	Cobertura populacional %
Fortaleza	4.744.953	297	616	57	970	60	113	65%
Sobral	1.653.018	152	371	20	543	41	75	105%
Cariri	1.517.075	115	372	24	511	37	67	110%
Sertão Central	647.242	40	130	24	194	15	27	96%
Litoral Leste/Jaguaribe	545.377	51	119	22	192	11	28	113%
Total	9.075.649	655	1.608	147	2.410	164	310	85%

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – Cnes.

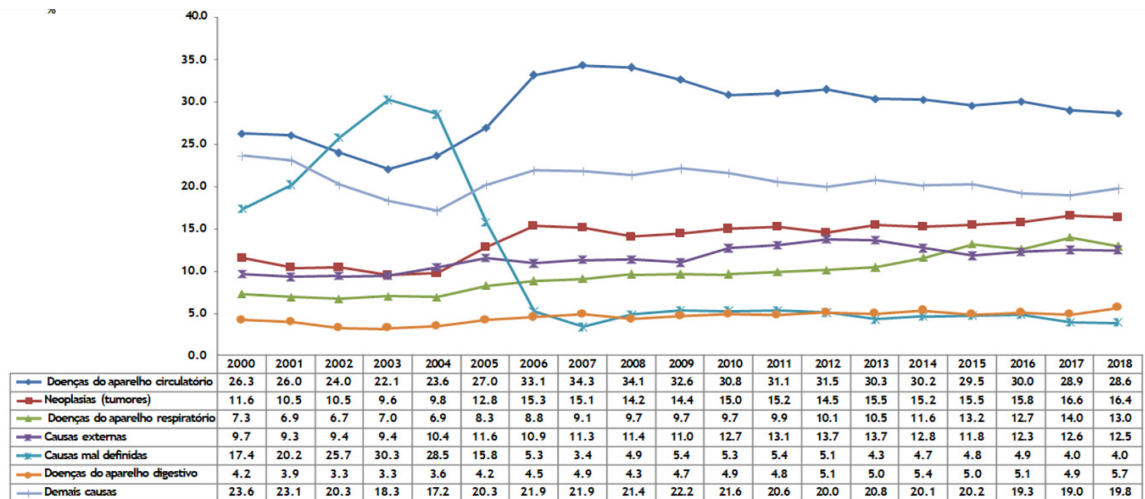
Observa-se que as cinco ADS apresentam maior percentual de óbitos acima de 65 anos e com prevalência para o sexo masculino (Tabela 14). A taxa de mortalidade proporcional pela principal causa dessa região retrata como primeira causa as doenças do aparelho circulatório tendo como principais agravos as doenças isquêmicas com curva ascendente, e as cerebrovasculares apresentando redução dos números de casos (Gráficos 13 e 14). Como segunda causa, aparece a mortalidade por causa mal definida seguida pela neoplasia. Observa-se, nessa terceira causa, uma curva ascendente de mortes nos últimos dez anos. Quando observada por localização anatômica, para o sexo masculino, apresenta a próstata como principal órgão acometido, seguido pelo estômago e pulmão. Observa-se, ainda, redução da taxa em 2017. No sexo feminino, aparece como principal órgão comprometido e como terceira causa de mortalidade, o CA de mama, apresentando aumento gradativo a cada ano.

Tabela 15 – Mortalidade por gênero e faixa etária, Região de Saúde Cariri – 2019

Faixa Etária	Região Icó		Região Iguatu		Região Brejo Santo		Região Crato		Região Juazeiro Norte	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
< 1 Ano	15	5	19	19	20	23	40	37	47	47
1-4 Anos	3	1	2	2	1	0	7	4	5	3
5-14 Anos	4	5	7	1	3	4	14	9	15	12
15-24 Anos	18	5	41	10	27	8	52	4	54	23
25-34 Anos	31	10	71	21	47	11	87	28	87	27
35-44 Anos	34	20	86	33	60	14	78	45	123	37
45-54 Anos	57	21	123	44	74	32	131	68	175	84
55-64 Anos	93	56	176	101	89	56	154	84	203	135
> 65 Anos	411	404	801	784	398	478	711	791	837	967
Ign	15	13	24	19	17	18	28	27	44	31
TOTAL	681	540	1.350	1.034	736	644	1.302	1.097	1.590	1.366

Fonte: www.saude.ce.gov.br/tabnet-ceara/sim/.

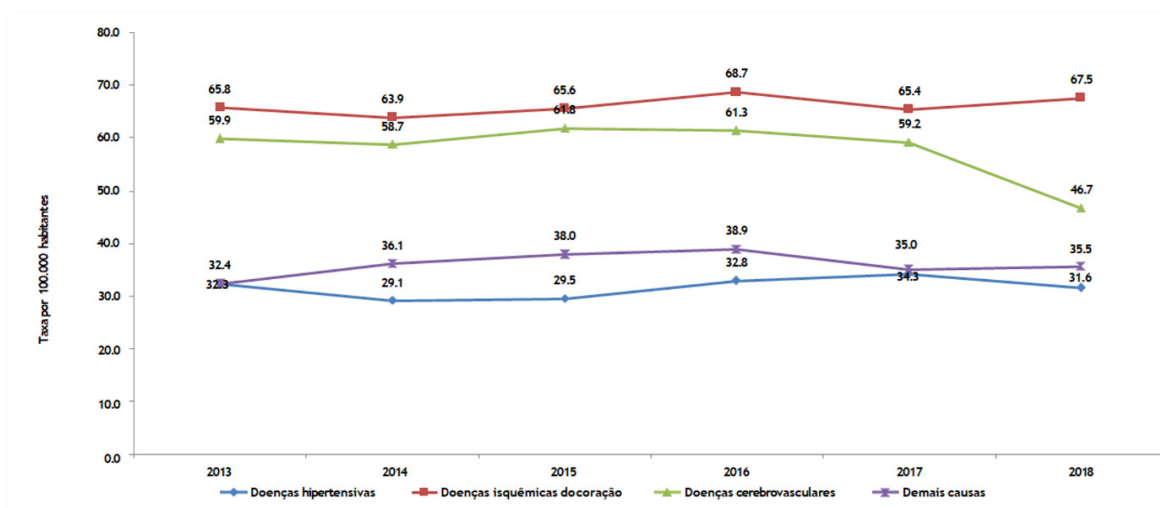
Gráfico 13 – Taxa de mortalidade proporcional pelas principais causas (CID 10), Região de Saúde Cariri – 2000-2018



Fonte: DataSUS/Sesa/Covig/Nuias/ Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Nota: Dados 2018 Sesa sujeitos à revisão, base dados gerada em 3/6/2019 – Sesa.

Gráfico 14 – Taxa de mortalidade pelas principais causas do aparelho circulatório da região do Cariri – 2013-2018



Fonte: DataSUS/Sesa/Covig/Nuias/Corac Sistema de Informações Hospitalares – SIH.

Nota: Dados 2018 e 2019 sujeitos à revisão, informações de 2019 referentes de janeiro a abril.

3.2.3 Força de trabalho no SUS, capacidade instalada em saúde, instituições de ensino superior e cenários de prática na Região de Saúde do Cariri

A necessidade de formação e o desenvolvimento da Educação Permanente para o estado do Ceará se voltam para apoiar a gestão do trabalho em saúde e a construção de uma prática que aproxime a formação dos profissionais às necessidades do sistema, promovendo seu desenvolvimento sempre com o olhar para as necessidades da população.

Torna-se, portanto, fundamental conhecermos a força de trabalho para o fortalecimento do SUS-CE, como ela se apresenta (vínculos e sua inserção no sistema), seu dimensionamento, suas perspectivas, o que o sistema demanda e absorve nos espaços institucionais, como também a possibilidade de formação para os trabalhadores do SUS/CE.

A Tabela 16 apresenta que 16,72% dos profissionais de saúde estão localizados na RS do Cariri, e que 1.091 unidades de saúde se configuram como cenários da prática exercendo atividades de ensino-serviço (Tabela 17).

Tabela 16 – Distribuição de profissionais de saúde por macrorregião de saúde, Ceará, 2018

MACRO PROFISSÕES	FORTALEZA		SOBRAL		CARIRI		SERTÃO CENTRAL		LITORAL LESTE/ JAGUARIBE	
	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Biologia	15	0,07	1	0,02	12	0,17	1	0,04	0	0,00
Biomedicina	31	0,14	16	0,25	45	0,65	12	0,46	8	0,36
E. Física	80	0,35	107	1,64	83	1,21	29	1,11	33	1,50
Enfermagem	4.958	21,64	1.773	27,19	1.454	21,16	766	29,40	647	29,38
Farmácia	843	3,68	291	4,46	299	4,35	110	4,22	95	4,31
Fisioterapia	1.128	4,92	463	7,10	425	6,18	227	8,71	134	6,09
Fonoaudiologia	285	1,24	121	1,86	79	1,15	32	1,23	26	1,18
Medicina	11.778	51,40	2.299	35,26	3.131	45,56	824	31,63	747	33,92
M. Veterinária	70	0,31	43	0,66	37	0,54	14	0,54	16	0,73
Nutrição	437	1,91	185	2,84	120	1,75	60	2,30	61	2,77
Odontologia	1.566	6,83	754	11,56	763	11,10	318	12,21	260	11,81
Psicologia	573	2,50	190	2,91	205	2,98	82	3,15	74	3,36
Serviço Social	791	3,45	204	3,13	176	2,56	110	4,22	77	3,50
T. Ocupacional	359	1,57	74	1,13	44	0,64	20	0,77	24	1,09
TOTAL	22.914	100,00	6.521	100,00	6.873	100,00	2.605	100,00	2.202	100,00
%	55,73		15,86		16,72		6,34		5,36	

Fonte: Cnes.

Tabela 17 – Cenário da prática da Região de Saúde do Cariri, 2018

UNIDADE DE SAÚDE	ADS ICÓ	ADS DE IGUATU	ADS DE BREJO SANTO	ADS DE CRATO	ADS DE JUAZEIRO DO NORTE	TOTAL
Posto de Saúde	14	19	19	47	28	127
C. de Saúde/UBS	63	94	91	104	95	447
Policlínica	1	1	6	4	3	15
Hospital Geral	5	10	10	11	8	44
Hospital Especializado	0	0	1	0	2	3
Unidade Mista	2	2	1	4	0	9
Pronto-Socorro Geral	0	1	0	0	0	1
Consultório Isolado	0	0	1	0	4	5
Clínica e Ambul. Especializado	12	13	19	24	52	120
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	2	15	2	9	59	87
Unidade Móvel Terrestre	1	0	0	1	1	3
Unid. Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência e Emergência	2	6	4	8	6	26
Farmácia	2	5	5	3	4	19
Unidade de Vigilância em Saúde	2	10	5	1	5	23
Centro de Parto Normal Isolado	0	1	0	0	0	1
Laboratório Central de Saúde Pública – Lacen	0	0	0	1	1	2
Secretaria de Saúde	7	10	10	14	7	48
Centro de Atenção Hemotéapica e/ou Hematológica	0	1	0	1	0	2
Centro de Atenção Psicossocial	6	9	8	5	9	37
Centro de Apoio à Saúde da Família	3	7	11	3	6	30
Pronto Atendimento	0	1	0	0	1	2
Polo Academia da Saúde	3	6	2	10	3	24
Central de Regulação Médica das Urgências	0	0	0	0	1	1
Oficina Ortopédica	0	0	0	0	1	1
Laboratório de Saúde Pública	1	0	0	0	0	1
Central de Regulação de Acesso	0	4	2	1	5	12
Central de Notificação, Captação e Distrib de Órgãos Estadual	0	0	0	0	1	1
TOTAL	126	215	197	251	302	1.091

Fonte: Cnes.



4

MACROPROBLEMAS DE SAÚDE ELENCADOS PARA A MACRORREGIÃO



Durante todo o percurso metodológico identificou-se problemas de saúde que foram elencados como prioritários, de relevância para a organização da rede e o fortalecimento das ações de saúde. Na 1ª Oficina Macrorregional, construiu-se no primeiro ciclo a Análise Situacional e, no segundo ciclo, foi abordada a Dimensão Assistencial com foco no espaço regional e a remodelagem das redes. Nesse sentido, podem-se elencar três macroproblemas para a MRS Cariri, sendo que é importante ressaltar que estes foram validados como objetivos prioritários para Macrorregional Cariri a partir do PES da SES Ceará incluídos no Mapa Estratégico (Anexo):

- a. Elevado número de óbitos maternos por causa obstétrica.
- b. Aumento da taxa na mortalidade proporcional por doenças isquêmicas do coração.
- c. Aumento da taxa de neoplasia por tumor de mama.

A validação dos macroproblemas deu-se em reunião remota no dia 29/7/2020 pelo os seguintes parceiros:

- SES: superintendente da RS Cariri, quatro coordenadores das ADS, um representante da Célula de Vigilância a Saúde e uma assessora técnica.
- Cosems: um representante do Cosems e três apoiadores.
- Superintendência Regional do MS: um representante do Escritório Regional.
- Equipe Haoc: dois representantes da equipe central, dois assessores e três facilitadores da equipe local.

Cada ator institucional apresentou seus argumentos para priorização do macroproblema e, após debate, foi consensuado para construção do Desenho da Rede Assistencial no âmbito do projeto o macroproblema “**Aumento da taxa de mortalidade proporcional por doenças isquêmicas do coração**”.

4.1 Análise da Rede de Atenção à Saúde para o macroproblema de saúde

Verifica-se que a região do Cariri, desde a regulamentação das RAS no Brasil, apresenta distintos avanços. A Rede de Urgência e Emergência se fortaleceu com a implantação do Samu, o uso de trombolítico e a ampliação da assistência para o acidente vascular cerebral (AVC). No entanto, a proposta de qualificação de sala de estabilização não foi concretizada, conforme portaria ministerial.

Com relação à Rede Materno-Infantil, estudo aponta que a Política de Saúde Materno Infantil, em especial a Rede Cegonha, não assegura o acesso e a integralidade da assistência às mulheres no pré-natal, parto e nascimento na Região de Saúde do Cariri (MONTEIRO *et al.*, 2019). Quanto à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência evidencia-se uma rede incipiente (GURGEL, 2019).

Já a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) contribuiu com a ampliação do número de Centro de Atenção Psicossocial (Caps) na região em todas as suas tipologias, entretanto, prevalece a ampliação da assistência secundária em detrimento da APS. A Rede de Pessoas com Doenças Crônicas encontra-se em processo de fortalecimento com os pontos da APS.

4.2 Consórcios públicos em saúde no Ceará

O estado do Ceará, vislumbrando ao fortalecimento da regionalização da saúde, traz em 2009 a estratégia de consórcio, previsto na Constituição Federal de 1988, apresenta o município como ente federativo acompanhado por intensa descentralização de políticas públicas, de atribuições e de responsabilidades (BORGES, 2005). Considerou-se as fragilidades enfrentadas pelos municípios, em especial os de pequeno e médio porte, a garantia da integralidade da assistência e de acesso às ações de saúde à população no espaço regional a partir dos vazios em especialidades médicas e de apoio diagnóstico.

No Ceará, a formação de consórcios foi uma das alternativas de cooperação federativa de apoio e de fortalecimento da gestão em saúde, para o desenvolvimento de ações conjuntas e de objetivos de interesse comum, para melhoria da eficiência da prestação dos serviços públicos (CEARÁ, 2009). A forma de associação adotada foi a “vertical”, constituída por entes de esferas estadual e municipais.

A estrutura organizacional do consórcio no estado e a operacionalização são constituídas por:

- I. Assembleia Geral – com representação de todos os entes consorciados.
- II. Presidência – representante legal do consórcio.
- III. Diretoria-Executiva – constituída por um diretor-geral e um diretor-administrativo financeiro escolhidos pela Assembleia Geral.
- IV. Recursos Humanos – técnicos e pessoal administrativo.
- V. Conselho Consultivo – constituído pelos gestores municipais de saúde e coordenadores das ADS.

A estrutura dos consórcios contempla ainda outras etapas necessárias para o funcionamento, tais como: estatuto/regimento; contrato de programa; contrato de rateio; retirada e a extinção do consórcio; gestão financeira; controle e fiscalização; responsabilidade dos entes consorciados; responsabilidades dos municípios; responsabilidades do estado e responsabilidades dos consórcios.

A Macrorregião de Saúde do Cariri, hoje denominada Superintendência Regional de Saúde (SRSUL), possui cinco consórcios, que fazem a gestão dos cinco Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e seis policlínicas três tipo 1 e tipo 2.

A oferta de serviços nos equipamentos/consórcio na MRS Cariri contempla uma relação/oferta e é definida pelos consórcios para os seguintes procedimentos:

- Angiologia.
- Cardiologia.
- Cirurgia geral.
- Dermatologia.
- Endocrinologia e clínica geral.
- Gastroenterologia.
- Ginecologia e obstetrícia.
- Mastologia.

- Oftalmologia.
 - Otorrinolaringologia.
 - Radiologia.
 - Reumatologia.
 - Traumatologia-ortopedia.
- I. OUTRAS CONSULTAS:
- Enfermagem.
 - Fisioterapia.
 - Fonoaudiologia.
 - Psicologia.
 - Terapia ocupacional.
- II. EXAMES DE DIAGNÓSTICO:
- Audiometria tonal.
 - Audiometria vocal.
 - Biomicroscopia.
 - Cardiotopografia.
 - Ceratometria.
 - Colposcopia.
 - Ecocardiograma.
 - Eletrocardiograma.
 - Emissões otoacústicas (teste da orelhinha).
 - Endoscopia digestiva alta (EDA).
 - Fundoscopia.
 - Mamografia digital.
 - Monitorização ambulatorial de pressão arterial (Mapa).
 - Mapeamento de retina.
 - Raio-X digital.
 - Refratometria.
 - Teste do olhinho.
 - Teste ergométrico.
 - Tonometria.
 - Ultrassonografia convencional de alta resolução.
 - Videonasolaringoscopia.
- III. PROCEDIMENTOS:
- Ambulatório do pé do diabético.
 - Biópsia de colo uterino.
 - Biópsia de próstata guiada por ultrassom.
 - Cirurgia dermatológica (ambulatorial).
 - Cirurgia de mama (ambulatorial).

- Cirurgia geral (ambulatorial).
- Coriobiópsia.
- Punção de mama (PAAF) guiada por ultrassom.
- Punção de tireoide (PAAF) guiada por ultrassom.

Com relação ao macroproblema priorizado, as policlínicas de saúde contribuíram de forma considerável na ampliação de acesso para a consulta especializada e no apoio diagnóstico no acompanhamento do portador de hipertensão e diabetes. No entanto, o desafio para realizar um atendimento qualificado e oportuno na macrorregião é constante.

O processo de regionalização tem fortalecido as ações, porém, a demanda por novos serviços é ascendente, um desafio sempre presente, e é também inegável que os Consórcios Públicos de Saúde ampliaram e melhoraram o atendimento do usuário.

Para o macroproblema priorizado tem-se ainda como pontos a Rede de Urgência e Emergência (RUE) que foi instituída no Ceará, conforme Portaria de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017. Na Região do Cariri, a RUE é composta por diferentes pontos (Figura 3):

- **Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24 horas:** previstas sete para região, no entanto, apenas duas estão em funcionamento, a dos municípios de Iguatu e Juazeiro do Norte. Icó está em processo de conclusão aguardando a entrega por parte do município. Os municípios de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha solicitaram readequação da estrutura física.
- **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu 192 CE:** a região tem 100% de cobertura, com 71% de municípios tendo base descentralizada nas suas sedes. Dispõe de uma Central de Regulação das Urgências localizada no município de Juazeiro do Norte com as seguintes bases: 5 Unidades Avançadas nos municípios-polos (Icó, Iguatu, Brejo Santo, Crato e Juazeiro do Norte) e 35 Unidades Básicas. A região dispõe de cobertura pelo Centro Integrado de Operações Aéreas (Ciopaer) com uma USA aeromédico.
- **Sala de Estabilização:** com previsão de dez salas, no entanto encontra-se em funcionamento cinco salas em quatro Hospitais de Pequeno Porte (HPP); quatro em Unidades Mistas e uma prevista no Hospital Estratégico em Lavras da Mangabeira, ainda não implantada.
- **Atenção Domiciliar:** a Região de Saúde do Cariri tem seis Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) tipo I, uma Emad tipo II no município de Aurora e três Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap).
- **Portas de Entrada:** a região dispõe de sete unidades hospitalares, uma nos municípios de Iguatu, Brejo Santo e Juazeiro do Norte e duas nos municípios de Crato e Barbalha.
- **Leitos de Retaguarda:** com oferta na ADS de Icó em cinco unidades, ADS de Iguatu com três unidades, ADS de Brejo Santo com quatro unidades, ADS do Crato com seis unidades e ADS de Juazeiro do Norte com oito unidades.

A Linha de Cuidado Prioritário para o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o protocolo de síndromes coronarianas agudas (Portaria MS/GM n. 2.994, de 23 de dezembro de 2011), traz para a região um serviço de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) que dispõe de dez leitos no Hospital do Coração do Cariri (HCC), localizado no município de Barbalha.

Ainda para a RUE a região dispõe de duas UTI adulto tipo II, com dez leitos cada, localizadas no município de Crato (Hospital São Francisco e Hospital São Raimundo).

4.3 Indicadores de equipamento hospitalar

Ao observar os pontos de atenção hospitalar verifica-se que a RS do Cariri é a segunda rede assistencial do estado contando com 48 equipamentos de saúde. Com relação à tipologia, 10 são classificados como Hospitais de Pequeno Porte (HPP), 11 como Hospitais Polo, 6 como Hospitais Estratégico e 1 Estadual (Quadro 14). Uma peculiaridade da região é que a grande maioria dos hospitais de médio e grande porte são privados ou filantrópicos, conveniados com o SUS. A região se destaca por oferecer assistência terciária na linha de cuidado oncológico, neurológico, politraumatismo, trauma ortopedia e materno-infantil. Dispõe de leitos de UTI adulto em 7 hospitais, perfazendo total de 95 leitos, e mais 1 unidade com leitos de UTI coronariana (10 leitos) e 3 unidades com leitos neonatais, com 28 leitos ofertados. No momento, aguarda-se a habilitação para outras três unidades.

Observa-se que 56% das unidades hospitalares são de pequeno porte (menos de 50 leitos), 40% de médio porte (51 a 150 leitos) e apenas 2 hospitais com porte acima de 151 leitos, sendo um no município de Barbalha e outro da Rede estadual localizado no município de Juazeiro do Norte, os quais se constituem como referências para a MRS.

Ao analisarmos o número de leitos, segundo o Cnes, a região dispõe de 2.597 leitos com uma taxa de 1,7 leito por habitante, considerado inferior ao Ceará que é de 1,8 leito (IPECE, 2013) e bem abaixo do que preconiza a OMS (2014) que é de 3 a 5 leitos por habitante. Na rede de saúde complementar, apenas 3,7% da população tem acesso aos planos de saúde e dispõe de uma rede em porta dupla, com os serviços que são ofertados no SUS, dispondo apenas duas unidades de saúde suplementar para este grupo de pessoas. Verifica-se também que a Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH) é baixa, apresentando média nos municípios de 31,4%, sendo que em apenas quatro unidades apresenta-se taxa acima de 50%, e o melhor desempenho é da unidade hospitalar estadual (90%). Já o Tempo Médio de Permanência das unidades é de 4,1 dias, também apresentando melhor resultado nos hospitais polos.

Tabela 18 – Pontos de atenção especializada da Região de Saúde Cariri por tipo, n. de leitos, taxa de ocupação, n. de internação, 2019

MUNICÍPIO	UNIDADE	TIPO	PACIEN DIA	LEITOS	TOH	QTD INTERN	TMP
ACOPIARA	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACOPIARA		3.097	98	14,8	1.100	2,8
ALTANEIRA	HOSP MUNIC DE ALTANEIRA		582	19	14,4	122	4,8
ARARIPE	HOSP MATERN LIA LOIOLA DE ALENCAR		941	42	10,5	248	3,8
ASSARE	HOSP MUNIC NOSSA SENHORA DAS DORES		1.182	46	12,1	229	5,2
AURORA	HOSP GERAL IGNEZ ANDREAZZA	ESTRATÉGICO	3.083	89	16,3	1.202	2,6
BAIXIO	UNID MISTA DE BAIXIO		39	19	1,0	11	3,5
BARBALHA	HOSP MATERN SAO VICENTE DE PAULO	POLO	17.366	151	54,0	3.203	5,4
	HOSP MATERN SANTO ANTONIO-BARBALHA	POLO	9.790	100	46,0	2.586	3,8
	HOSP DO CORACAO DO CARIRI	POLO	5.191	54	45,1	547	9,5
BARRO	HOSP MUNIC SANTO ANTONIO	HPP	434	30	6,8	90	4,8
BREJO SANTO	HOSP GERAL DE BREJO SANTO	POLO	7.999	98	38,3	2.878	2,8
	CASA DE SAUDE NOSSA SRA DE FATIMA		1.897	51	17,5	593	3,2
	HOSP INFANTIL MENINO JESUS	POLO	3.035	54	26,4	857	3,5
CAMPOS SALES	HOSP MUNIC DE CAMPOS SALES	ESTRATÉGICO	451	86	2,5	124	3,6
CARIRIACU	HOSP MATERN GERALDO L BOTELHO	HPP	1.382	33	19,7	258	5,4
CARIUS	HOSP DR THADEU DE PAULO BRITO		1.214	26	21,9	240	5,1
CATARINA	UNID MISTA DE CATARINA	HPP	680	18	17,7	209	3,3
CEDRO	HOSP MATERN REG ZULMIRA S AGUIAR	ESTRATÉGICO	1.976	62	15,0	853	2,3
CRATO	HOSP SAO FRANCISCO MATERN DE CRATO	POLO	14.194	101	66,0	3.579	4,0
	FUNDACAO LEANDRO BEZERRA DE MENESES	POLO	6.505	98	31,2	1.939	3,4
DEP. IRAPUAN PINHEIRO	HOSP MUNIC DE SAO BERNARDO	HPP	215	12	8,4	51	4,2
FARIAS BRITO	UNID MISTA DE FARIAS BRITO		1.685	43	18,4	445	3,8
GRANJEIRO	HOSP MUNIC DR JOSE SOARES DE MACEDO	HPP	202	25	3,8	55	3,7
ICO	HOSP REGIONAL ICO DEP ORIEL G NUNES	POLO	3.374	54	29,3	1.321	2,6

continua

**Fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde:
documento norteador de planejamento macrorregional: macrorregião do Cariri - Ceará**

conclusão

MUNICÍPIO	UNIDADE	TIPO	PACIENTE DIA	LEITOS	TOH	QTD INTERN	TMP
IGUATU	HOSP MATERN AGENOR ARAUJO		1.638	67	11,5	599	2,7
	HOSP REGIONAL DE IGUATU	POLO	13.576	111	57,4	3.412	4,0
JARDIM	CASA DE SAUDE MATERN STO ANTONIO		729	64	5,3	117	6,2
JUAZEIRO DO NORTE	HOSP INF MUN MARIA AMELIA BEZERRA		3.282	50	30,8	555	5,9
	HOSP MUNICIPAL SAO LUCAS	POLO	8.753	102	40,3	2.748	3,2
	HOSP REGIONAL DO CARIRI -ESTADUAL		35.260	184	90,0	4.332	8,1
JUCAS	HOSP MUNIC JOSE FACUNDO FILHO		659	25	12,4	138	4,8
LAVRAS DA MANGABEIRA	HOSP SAO VICENTE FERRER	ESTRATÉGICO	4.377	43	47,8	993	4,4
MAURITI	HOSP MATERN SAO JOSE-MAURITI		1.772	70	11,9	602	2,9
MILAGRES	HOSP MATERN MADRE ROSA GATTORNO		220	34	3,0	186	1,2
	HOSP MUNIC MARIA BELA DE LACERDA		439	33	6,2	84	5,2
MISSÃO VELHA	HOSP GERAL DA SOPRAFA	ESTRATÉGICO	2.735	72	17,8	991	2,8
MOMBACA	HOSP MATERN ANT ADERALDO CASTELO		2.891	51	26,6	1.047	2,8
NOVA OLINDA	UNID MISTA ANA ALENCAR ALVES	HPP	418	20	9,8	78	5,4
OROS	HOSP MATERN LUZIA T DA COSTA	ESTRATÉGICO	1.547	37	19,6	521	3,0
PIQUET CARNEIRO	UNID MISTA DE PIQUET CARNEIRO	HPP	726	18	18,9	264	2,8
PORTEIRAS	UNID MISTA DE PORTEIRA	HPP	975	22	20,8	278	3,5
QUIXELO	HOSP MUNIC DE QUIXELO		1.176	24	23,0	269	4,4
SABOIRO	UNID MISTA DE SABOIRO		201	37	2,6	64	3,1
SALITRE	UNIDADE MISTA SAO FRANCISCO-SALITRE	HPP	951	14	31,9	220	4,3
SANTANA DO CARIRI	HOSP MATERN SENHORA SANTANA		392	21	8,8	83	4,7
TARRAFAS	UNID MISTA NOSSA SRA DAS ANGUSTIAS		224	16	6,6	39	5,7
UMARI	UNID MISTA DE UMARI	HPP	276	20	6,5	99	2,8
VARZEA ALEGRE	HOSP SAO RAIMUNDO	POLO	3.620	53	32,1	1.391	2,6
	Total 48 estabelecimentos		173.351	2.597	31,4	41.850	4,1

Fonte: DataSUS/Sistema de Informações Hospitalares – SIH/Cnes.

Observa-se, na Tabela 18, que a série histórica de internação é decrescente nos últimos cinco anos, e que o número de internamentos é proporcional à extensão populacional das ADS, justificado também por ser a ADS de Juazeiro do Norte o maior polo assistencial terciário da MRS. Nesse mesmo quadro, verifica-se o fechamento de duas unidades de saúde, uma no município de Juazeiro do Norte e a outra no município do Crato, sendo esta última uma unidade de internação psiquiátrica.

Tabela 19 – Número de internação hospitalar por município da Região de Saúde do Cariri, 2015 a 2019

HOSPITAL DE INTERNAÇÃO	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
REGIÃO JUAZEIRO DO NORTE	31.837	35.122	32.877	32.245	31.041	165.917
2425343 HOSP MATERN GERALDO L BOTELHO	347	315	374	302	420	1.759
2425432 HOSPITAL GERAL DA SOPRAFA	2.171	2.090	1.587	1.501	1.771	9.181
2425599 HOSPITAL MUNICIPAL DE JARDIM	1.112	975	272	245	545	3.156
2426072 HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL MARIA AMELIA BEZERRA	1.050	1.001	1.199	803	882	5.007
2562499 HOSPITAL MATERNIDADE SAO LUCAS	5.089	5.244	5.186	4.861	4.942	25.430
2564211 HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO	6.812	7.362	7.749	7.499	7.392	37.259
2564238 HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTONIO HMSA	5.403	6.282	5.577	5.637	4.873	28.658
3384993 HOSPITAL MUNICIPAL DE GRANJEIRO	0	0	0	61	123	184
4010868 HOSPITAL DO CORACAO DO CARIRI	1.743	1.862	1.503	1.614	1.393	8.217
4011457 HOSPITAL TASSO RIBEIRO JEREISSATI	114	0	0	0	0	121
6779522 HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI	7.996	9.991	9.430	9.722	8.700	46.945
REGIÃO CRATO	19.189	17.973	16.902	19.070	17.563	92.003
2372460 HOSPITAL DE PEQUENO PORTE SAO FRANCISCO SALITRE	170	179	230	250	385	1.223
2372479 HOSPITAL GERAL DE FARIAS BRITO HGFB	477	513	527	698	724	2.940
2372487 HOSP MATERN LIA LOIOLA DE ALENCAR	473	441	469	353	409	2.147
2372495 UNID MISTA DE POTENGI	65	41	129	75	16	326
2372509 HOSP MUNIC DE ALTANEIRA	65	96	228	260	194	848
2372517 HOSPITAL MUNICIPAL DE CAMPOS SALES	548	788	1.005	1.009	735	4.179
2415453 CASA DE SAUDE SANTA TEREZA	2.365	31	-	-	-	2.747
2415488 HOSPITAL E MATERNIDADE SAO FRANCISCO DE ASSIS	6.229	6.438	6.418	7.747	7.470	34.887
2415496 HOSPITAL SAO RAIMUNDO	5.149	5.573	3.988	4.597	4.076	23.440
2562871 HOSPITAL SAO RAIMUNDO	2.712	2.935	2.878	3.162	2.794	14.661
2563347 HOSPITAL ANTONIO ROSENO DE MATOS	-	54	68	36	-	158
2563355 HOSP MATERN SENHORA SANTANA	266	180	203	156	139	946
2563363 HOSPITAL DE PEQUENO PORTE ANA ALENCAR ALVES	225	183	222	221	140	995
2564580 UNID MISTA NOSSA SRA DAS ANGUSTIAS	110	107	127	80	77	501

continua

**Fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde:
documento norteador de planejamento macrorregional: macrorregião do Cariri - Ceará**

conclusão

HOSPITAL DE INTERNAÇÃO	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
4010825 HOSP MUNIC NOSSA SENHORA DAS DORES	335	414	410	426	404	2.005
REGIÃO BREJO SANTO	12.528	13.274	13.327	14.008	13.771	67.983
2426730 HOSP MUNICIPAL DE JATI	11	15	61	64	76	227
2426749 HOSPITAL MUNICIPAL MANUEL TAVARES ROSENDO	-	74	267	252	482	1.075
2480646 IMTAVI	5.775	6.623	6.567	7.082	6.243	33.044
2480654 CASA DE SAUDE NOSSA SENHORA DE FATIMA	1.369	1.254	1.211	1.174	1.081	6.124
2514729 HOSPITAL GERAL IGNEZ ANDREAZZA	1.736	1.790	1.714	1.898	2.196	9.377
2527065 HOSPITAL MUNICIPAL JOAO MUNIZ	31	85	65	5	4	190
2527391 HOSP MATERN MADRE ROSA GATTORNO	-	-	135	282	337	754
2560828 HOSP MATERN SAO JOSE MAURITI	1.389	1.024	1.119	1.300	1.489	6.331
2611635 INCRI	1.413	1.745	1.527	1.589	1.525	8.019
2724359 HOSP MUNIC SANTO ANTONIO	491	369	362	212	166	1.607
3759148 HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DOS MILAGRES	313	295	299	150	172	1.235
REGIÃO IGUATU	11.472	10.861	11.857	12.973	12.441	59.793
2328429 HOSP MUNIC DE QUIXELO	206	289	298	323	448	1.573
2328437 HOSPITAL MUNICIPAL SAO BERNARDO	106	146	101	133	118	604
2333864 HOSPITAL MUNICIPAL DR GENTIL DOMINGUES	0	266	69	266	353	954
2333880 HOSP MATERN ANT ADERALDO CASTELO	908	909	1.136	1.651	1.751	6.361
2561018 UNID MISTA DE SABOIRO	60	18	33	60	106	281
2561409 HPP HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE PIQUET CARNEIRO	189	169	289	309	451	1.407
2561468 HOSP DR THADEU DE PAULO BRITO	252	202	304	282	396	1.439
2611236 HOSPITAL E MATERNIDADE JULIA BARRETO	1.567	1.556	1.143	89	0	4.361
2675536 HOSPITAL MATERNIDADE AGENOR ARAUJO	2.705	2.470	1.307	1.090	961	8.569
2675560 HOSPITAL REGIONAL DE IGUATU	5.009	4.545	6.915	7.159	5.436	29.116
5077680 HOSPITAL MUNICIPAL JOSE FACUNDO FILHO	470	291	262	515	575	2.186
9275134 HOSPITAL MUNICIPAL DE ACOPIARA	0	0	0	1.096	1.846	2.942
REGIÃO ICO	7.583	7.292	8.450	7.977	7.482	39.108
2499029 HOSPITAL E MATERNIDADE ZULMIRA SEDRIN AGUIAR	1.474	1.454	1.650	1.669	1.761	8.219
2499037 HOSP MATERN LUZIA T DA COSTA	770	831	764	806	793	3.975
2499045 HOSPITAL DE PEQUENO PORTE DE UMARI ECILDA BARBOSA RIBEIRO	103	140	264	127	157	809
2552345 UNID MISTA DE BAIXIO	53	0	10	70	48	181
2554518 HOSPITAL SAO VICENTE FERRER	1.946	2.186	2.058	2.135	1.787	10.140
2554771 HOSPITAL MATERNIDADE MARIA JOSE DOS SANTOS	125	0	64	160	71	433
2611309 HOSPITAL REGIONAL DE ICO PREFEITO WALFRIDO MONTEIRO SOBRINHO	3.112	2.681	3.640	3.010	2.865	1.5351

Fonte: DataSUS/Sistema de Informações Hospitalares – SIH.

Nota: Data da consulta março/2020.

4.4 Percurso metodológico da Segunda Oficina Macrorregional para Análise da RAS para o macroproblema priorizado

4.1.1 Oficinas na modalidade remota

A pandemia do Sars-CoV-19 – coronavírus que se instalou em todo mundo, e que ainda fustiga a saúde da população de nosso país, trouxe-nos desafios diários, além daqueles já conhecidos. Mas a vida não pode parar e as ações do Projeto de Regionalização também não, sendo necessário retomar as atividades e as oficinas nos territórios, adaptando o seu formato metodológico para as condições de distanciamento social impostas pela pandemia.

As oficinas, antes presenciais, foram desenvolvidas a partir de tecnologias inovadoras com ferramentas educativas virtuais. Novos elementos foram incluídos na rotina diária dos participantes do projeto; Google Meet, Zoom, Padlet, Mentimeter, entre outros, os quais passaram a povoar e recheiar as ações e atividades desenvolvidas.

Diante do “novo” as inseguranças surgem e a readaptação é um desafio individual e coletivo constante, porém, nada supera a força de vontade e o trabalho em equipe. A partir de encontros com a coordenação central do projeto, as fragilidades da equipe foram trabalhadas em encontros semanais intitulados como “reflexão da prática”. As reuniões remotas com técnicas e “metodologias ativas” (ex.: congela e descongela) permitiram que a equipe local pudesse exercitar a condução de oficinas remotas. Ressalta-se, também, o apoio importante de um técnico de informática, interagindo no decorrer das oficinas com a equipe local e os demais participantes, o que proporcionou segurança e apoio em virtude de seu domínio das ferramentas virtuais.

Desenhou-se situações simuladas da prática para que a equipe local pudesse fazer e exercitar suas futuras atividades com os participantes da oficina. Essas situações simuladas permitiram, inclusive, a avaliação das capacidades de condução de atividades por parte da equipe local, o que empoderou o grupo possibilitando tranquilidade na condução das oficinas virtuais com a presença dos atores dos 45 municípios da região pertencentes ao projeto. A estratégia sugerida pela coordenação central do projeto fortaleceu efetivamente a prática nas reuniões remotas.

A partir das “Oficinas de Simulação da Prática”, foram definidas as estratégias metodológicas observando-se as sugestões no TR do projeto, sendo propostos quatro encontros para Construção do Desenho da Rede de Atenção à Saúde (RAS) da MRS Cariri para o macroproblema priorizado. Devido ao contexto da pandemia, dialogou-se com a coordenação central do projeto tendo sido sugeridas e acatadas as seguintes estratégias:

- Dividir os 45 municípios participantes e pertencentes à MRS Cariri em três grupos com 15 participantes.
- Esses grupos teriam a representação de três municípios de cada ADS. Como a MRS Cariri possui 5 ADS, teríamos 15 municípios por grupo e com todas as ADS representadas.
- O critério para escolha desses três municípios foi o de um município de grande porte, um de médio porte e um de pequeno porte; 3 municípios por ADS x 5 ADS= 15 municípios participantes.

- Cada grupo participaria de três ciclos de oficinas virtuais, para a Construção do Desenho da Rede Assistencial da Macrorregião de Saúde, e no último encontro participariam os 45 representantes dos municípios.
- Contribuiriam, também, nesses quatro ciclos de oficinas, os três apoiadores do Cosems/CE, os coordenadores das ADS da Sesa/CE e um representante do Escritório Regional do MS.

O processo de mobilização dos atores participantes realizou-se pelas ferramentas digitais, em que foi encaminhado e-mail contemplando convite e programação. Na ocasião, foi enviado o produto construído da Análise Situacional na Primeira Oficina Macrorregional para validação dos participantes. Vale ressaltar a antecedência com que os informes foram enviados para os atores programarem na sua agenda a participação nos ciclos de oficinas remotas.

Utilizou-se, também, o aplicativo WhatsApp para corroborar o acesso aos informes emitidos e dialogar sobre alguns questionamentos e hesitações demandadas pelos participantes. O compartilhamento do link de acesso à oficina deu-se por meio de e-mail no convite e no WhatsApp para os participantes, colaboradores e convidados.

Vale ressaltar que a criação do grupo de WhatsApp é estratégia para ampliar o engajamento dos interlocutores no processo, aumentando a participação dos municípios, visto que alguns técnicos estavam envolvidos em diversas atividades, priorizando o contexto da pandemia da Covid-19, inclusive com esgotamento físico, emocional e psicológico.

1º Ciclo de validação da Análise Situacional e construção do Itinerário Terapêutico

O primeiro ciclo de oficina remota aconteceu nos três momentos definidos, nos dias 24/8, 26/8 e 28/8/2020, turno da tarde, horário das 14 às 17 horas, com 15 interlocutores dos municípios, conforme critérios pactuados, e mais 1 apoiador do Cosems/CE, 3 representantes da equipe de gestão do Haoc, 2 assessores, 3 participantes da equipe Haoc local, 1 técnico em TI e 1 representante do Ministério da Saúde.

Uma grande expectativa tomava conta da Equipe Haoc local. A oficina iniciou-se com a fala institucional da coordenadora do projeto e prosseguiu com a coordenadora do projeto na MRS Cariri apresentando todos os participantes, interlocutores e convidados parceiros.

O planejamento da oficina foi pensado de forma sistemática para que, após o longo período de paralisação em função da pandemia, os participantes pudessem resgatar a memória das oficinas anteriores e dos conteúdos e produtos construídos até então. A estratégia de trazer “o desenho da arte até o presente estágio do projeto” foi potente por permitir o mergulho nos passos dados até aquele momento, afinal já haviam se passado quase oito meses da última oficina presencial.

Após as devidas contextualizações, foi apresentada a metodologia proposta. Em seguida, iniciou-se o desenvolvimento das atividades com um estudo de caso (EC) contemplando o macroproblema priorizado. Os participantes, após a leitura do EC, foram convidados a destacar, por meio de uma “chuva de ideias”, os principais pontos de atenção que possuíam relação com o

macroproblema, tendo como consigna duas questões disparadoras: 1) Quais os pontos de atenção e serviços de apoio retratado no estudo de caso apresentado? 2) Qual a capacidade de resposta da RAS ao estudo de caso apresentado?

Os participantes, por meio do chat na plataforma ou em viva voz, teciam seus comentários e considerações e a equipe registrava as contribuições em planilha on-line. Essa estratégia mostrou-se potente, pois ao mesmo tempo em que o participante trazia sua opinião/sugestão/destaque era feito o registro, permitindo que os participantes observassem sua contribuição sendo registrada/considerada pela equipe.

Outro ponto forte de nossa metodologia foi a integração da equipe Haoc local com os participantes. Estrategicamente pensado, dividiram-se os papéis e a sincronicidade foi excelente. A coordenadora e um facilitador(a) instigavam os participantes para o debate, enquanto outros dois ficavam atentos para que as contribuições fossem por meio do chat ou viva voz e faziam o registro dos destaques/contribuições em planilha específica.

A partir das importantes contribuições vindas da chuva de ideias, a equipe Haoc local construiu a proposta para o Itinerário Terapêutico (IT) relativo ao macroproblema priorizado. O desenho construído a partir de cada rodada do primeiro ciclo de oficinas remotas foi apresentado aos participantes que sugeriram a inclusão de outros pontos que consideravam importantes, assim o IT foi tomando forma final, com a contribuição de todos os participantes das três oficinas virtuais definidas para aquele objetivo.

O somatório de todas as sugestões dos representantes dos 45 municípios delineou o “Desenho do Itinerário Terapêutico Idealizado” para o macroproblema “Aumento da taxa de mortalidade proporcional por doenças isquêmicas do coração” na MRS Cariri. Esse primeiro ciclo de oficinas virtuais encerrou-se de forma positiva com os objetivos contemplados e com os produtos concluídos.

A avaliação por parte dos participantes foi positiva. A utilização da ferramenta “Mentimeter” foi utilizada para este fim. Alguns participantes tiveram dificuldades, porém, não deixaram de avaliar positivamente via chat.

2º Ciclo – Desenho da matriz de fortalezas e fragilidades da RAS na dimensão assistencial e apoio logístico

O segundo ciclo de oficinas virtuais aconteceu também em três momentos definidos, nos dias 31/8, 2/9 e 9/9/2020, turno da tarde, horário das 14 às 17 horas, com 15 interlocutores dos municípios, conforme critérios pactuados, e mais 1 apoiador do Cosems/CE, 3 representantes da equipe de gestão do Haoc, 2 assessores, 3 participantes da equipe Haoc local, 1 técnico em TI e 1 representante do Ministério da Saúde.

O objetivo desse ciclo foi construir a “Matriz de Fragilidades e Fortalezas da RAS”, considerando o desenho do Itinerário Terapêutico idealizado construído no primeiro ciclo de três oficinas virtuais. O segundo ciclo de oficinas iniciou-se com a fala institucional da coordenadora do projeto, e prosseguiram com a coordenadora do projeto na MRS Cariri apresentando todos os participantes,

interlocutores e parceiros. Contextualizou-se a construção do Itinerário Terapêutico elaborado pelos participantes nas oficinas anteriores. Foi um momento importantíssimo por permitir que todos visualizassem “o produto elaborado por eles”.

A partir desse momento, foi apresentada a metodologia a ser utilizada e o modelo da matriz a ser trabalhada para alcance do objetivo, a saber: identificação de fragilidades e fortalezas da RAS a partir do desenho do IT para o macroproblema priorizado.

Utilizaram-se as mesmas estratégias das oficinas anteriores. A partir da interação dos facilitadores, os participantes foram sugerindo, destacando, debatendo as fortalezas e as fragilidades do IT que havia sido elaborado por eles. Via chat ou em viva voz, os participantes foram delineando a matriz a partir dos Pontos de Atenção identificados no IT.

Esse momento foi muito rico de debates entre os participantes, pois havia realidades diferentes entre os municípios e, por diversos momentos, a intermediação dos facilitadores foi positiva, estimulando a busca de consenso que permeasse o alcance do objetivo. Houve novamente boa sincronicidade entre os participantes e equipe de condução.

A oficina marcada para o dia 4/9/2020 teve que ser reagendada em função de problemas técnicos com o acesso dos participantes. Por consenso, a coordenação do projeto e a equipe Haoc local decidiram adiar para o dia 9/9/2020.

O produto-objetivo desse momento, a saber a “Matriz de Fragilidades e Fortalezas a partir do Desenho do Itinerário Terapêutico” foi construído com bons debates e uma participação ativa. A matriz ficou bem completa nos apontando grandes desafios para o terceiro ciclo de oficinas remotas.

3º Ciclo – Desenho da matriz do desenho assistencial da RAS a partir de estratégias para enfrentamento dos problemas na dimensão assistencial e apoio logístico

O terceiro ciclo de oficinas virtuais aconteceu em dois momentos em função da mudança na agenda da oficina anterior, a saber nos dias 11/9 e 14/9/2020, turno da tarde, horário das 14 às 17 horas, com 23 interlocutores dos municípios, conforme critérios pactuados, e mais 1 apoiador do Cosems/CE, 3 representantes da equipe de gestão do Haoc, 2 assessores, 3 participantes da equipe Haoc local, 1 técnico em TI e 1 representante do Ministério da Saúde.

O objetivo desse ciclo foi construir a “Matriz do Desenho Assistencial da RAS a partir de estratégias para enfrentamento dos problemas”. Esse momento teve encaminhamentos diferentes. A mobilização teve que ter outra dinâmica em função do rearranjo metodológico necessário para que fosse cumprido o prazo definido pela coordenação central do projeto. O número de participantes também teve que ser redimensionado, porém, esses ajustes não trouxeram prejuízos para a consecução do objetivo e elaboração da matriz definida para esse momento.

Em virtude do número maior de participantes, houve muitas e importantes discussões, tornando a elaboração bastante participativa e reforçando a importância de possibilitar o

protagonismo aos municípios. Por diversos momentos, nas avaliações dos participantes, foi destacado que “a regionalização realmente estava acontecendo com a participação dos municípios”.

Todos os pontos frágeis levantados foram trabalhados nas duas oficinas e a Matriz de Estratégias ficou robusta, com ações bem estruturadas e com reais possibilidades para mitigar as fragmentações existentes na RAS da MRS Cariri.

4º Ciclo – Validação da RAS na dimensão assistencial

O quarto e último ciclo de oficinas virtuais da Oficina Macrorregional 2, ocorreu por meio da Oficina de Validação, que aconteceu no dia 16/9/2020, no turno da tarde, das 14h às 17h, com duração de 3 horas, quando foram convidados 70 participantes, sendo assim distribuídas as participações:

- 45 interlocutores municipais.
- 1 representante do Cesau .
- 1 representante do MS.
- 1 representante do Conass.
- 2 representantes do Cosems.
- 3 apoiadores locais do Cosems.
- 1 representante da Sesa/SRS Cariri.
- 4 coordenadores das ADS/Sesa.
- 10 representantes do Haoc.
- 1 apoio de TI.

Esse momento, chamado de “Oficina de Validação do Desenho da RAS da MRS Cariri”, concluiu a Segunda Oficina Macrorregional – Desenho da Rede Assistencial, conforme previsto no projeto. A metodologia definida para esse dia foi a de apresentação dos produtos construídos para validação por parte da plenária, constituída por representantes de todos os parceiros. Foi o ápice dos trabalhos e das discussões durante as oficinas anteriores, quando todos os produtos foram validados.

Paralelamente ao processo de mobilização, a equipe Haoc local disponibilizou para os interlocutores e demais parceiros todos os produtos elaborados para que pudessem, antes da Oficina de Validação, fazer ajustes ou sugerir alterações. Durante mais de duas horas os participantes puderam visualizar e debater sobre o Itinerário Terapêutico, as Fortalezas e Fragilidades e as Estratégias de qualificação, sendo que, após as considerações dos participantes, o grande grupo validou os produtos apresentados.

As falas dos parceiros participantes foram bastante propositivas. Consideraram o formato da construção positivo e representativo. As expectativas foram atendidas e as avaliações foram positivas em todos os momentos. Buscou-se, ainda, destacar indicativos importantes sobre o processo pensado para a Terceira Oficina Macrorregional.

A construção dos produtos e o alcance dos objetivos tiveram a participação de forma ascendente dos municípios. Nesse sentido, é possível concluir que:

- O perfil dos participantes do território foi muito importante para a consecução dos objetivos e alteração da metodologia proposta inicialmente no TR do projeto.
- A flexibilidade e o respeito ao conhecimento da equipe local sobre o território por parte da coordenação central do projeto, permitindo a mudança da metodologia pensada no TR, foi importante.
- A construção dialógica com uma metodologia que possibilitou o protagonismo dos participantes não é o único caminho, mas é um dos caminhos mais potentes para a construção do processo de regionalização.
- Respeitar o saber dos participantes, permitindo-lhes expressar-se sobre o seu território, ainda é o melhor caminho para despertar o protagonismo dos municípios.

O processo de validação na análise de situação realizado por um formulário do Google Forms, a partir de questões norteadoras (respondido por 93% dos municípios) apontou que os dados apresentados representavam a realidade da Região de Saúde, e que apenas 9% dos municípios respondentes sugeriram a inclusão de outros dados, que foram alinhados conforme o objeto da análise.

A partir da Matriz do Desenho da Rede na Dimensão Assistencial (Tabela 3) identificou-se dos Pontos da Rede para o macroproblema “Aumento da taxa na mortalidade proporcional por doenças isquêmicas do coração” (Figura 4).

Quadro 2 – Síntese da matriz do desenho da RAS na dimensão assistencial

MACRORREGIÃO CARIRI – CEARÁ				
1 - Desenho Assistencial da RAS a partir do macroproblema priorizado - Macroproblema – Aumento da taxa de mortalidade por isquemia cardíaca				
Componentes da RAS	Descrição dos problemas		Estratégias para enfrentamento dos problemas	
	Fortalezas	Fragilidades	Municipais	Cooperação Regional
Domicílio	Cuidado Individualizado; Apoio Familiar; Formação de Cuidadores; Conhecimento no Contexto Sociofamiliar do Indivíduo; Conforto e Privacidade.	1- Estrutura do domicílio não comporta equipamentos hospitalar; 2- Limitações culturais e Tecnológicas; Baixo Poder Aquisitivo; 3- Ausência de Equipamentos, Medicamentos e Assistências.	1- Articulação com o serviço social do município (Cras/Creas); 2- Viabilização de benefícios sociais para redução de consumo de energia; Formação de cuidadores (de familiares que cuidam); 3- Locação de equipamentos hospitalares; Assistência à equipe do Emad no domicílio.	1- Articulações com os consórcios.
Atenção Primária	Assistência Descentralizada; Conhecimento/cadastramento da população do território com risco cardiovascular; Cuidado de enfermagem, médicos e odontológicos específicos para a realidade familiar do paciente; Acesso; Atenção multidisciplinar; Estratificação da população de risco cardiovascular em especial DIA e HAS.	1- Baixa cobertura da Estratificação da população de risco cardiovascular em especial DIA e HAS; 2- Dificuldade no acesso aos demais ponto de atenção; 3- Atenção fragmentada; 4- Limitação da informação nos registros de referência e contrarreferência do paciente; 5- Falta de médicos na APS; 6- Falta de medicamentos para dispensação nas UBS; 7- Falta de Equipamentos/insumos; 8- Insuficiência de apoio matricial com a atenção especializada; 9- Insuficiência da avaliação periódica dos usuários no tocante aos exames de rotina.	1- Fortalecer os processos de trabalho com os profissionais da APS sobre classificação de risco <i>in loco</i> . 2- Disponibilizar exames de apoio diagnóstico. 3 e 4- Implantação do sistema de informação e-SUS PEC em todas as UBS como também e-SUS Território para os ACS; Implantar o e-SUS Ambulatorial integrando com o PEC e integrado com a rede hospitalar para garantir a referência e contrarreferência; Articulação com a rede ambulatorial e hospitalar; 5- Criação do Plano de Cargos e Carreiras (PCCS) para os profissionais que trabalham na APS; 6- Cumprimento da PPI da Assistência Farmacêutica; 7- Realização de um planejamento adequado para aquisição dos insumos (inc. recursos financeiro emenda parlamentar); 8- Interlocução entre APS e At. Secundária na construção da ferramenta da gestão de casos para suporte ao apoio matricial; 9- Estabelecer na APS o cumprimento dos protocolos de assistência aos pacientes HAS e DM, priorizando a avaliação periódica e os exames de rotina.	2- Disponibilizar exames de apoio diagnóstico; 3 e 4- Implantação do sistema de informação e-SUS PEC em todas as UBS como também e-SUS Território para os ACS; Implantar o e-SUS Ambulatorial integrando com o PEC e integrado com a rede hospitalar para garantir a referência e contrarreferência; Articulação com a rede ambulatorial e hospitalar; 5- Adesão ao programa do Mais Médico Ceará; 6- Cumprimento da PPI da Assistência Farmacêutica; 7- Garantir política de financiamento do estado; 8- Monitoramento dos resultados dos exames pelo sistema de regulação.
SAD-Emad	Apoio multidisciplinar especializado.	Apoio multidisciplinar especializado. 1- Baixa cobertura no território; 2- Dificuldades estruturais; 3- Limitação de informações entre a APS x SAD-EMAD; 4- Dificuldades financeiras para manutenção dos serviços SAD.	3- Articulação entre APS e SAD para priorização dos casos;	1, 2 e 4- Garantir política de financiamento do estado/MS
Saúde Mental	Apoio matricial.	1- Limitação de profissionais habilitados para promoção de suporte ao paciente e as famílias dos pacientes; 2- Baixa cobertura da assistência em saúde mental.	1 e 2- Adesão ao processo de qualificação dos profissionais da APS e Saúde Mental.	1 e 2- Qualificação dos profissionais da APS e Saúde Mental; Oferta de cursos pela ESP/CE.
Atenção Ambulatório Especializado (Municipal)	Promoção de atendimento especializado.	1- Cobertura ambulatorial limitada; 2- Vazio assistencial na consulta especializada cardiológica pediátrica.	1- Atualização de cadastros com estratificação de risco; Reprogramação da PPI (Local e Referência); Ampliação de oferta.	1- Reprogramação da PPC.

continua

continuação

MACRORREGIÃO CARIRI – CEARÁ				
1 - Desenho Assistencial da RAS a partir do macroproblema priorizado - Macroproblema – Aumento da taxa de mortalidade por isquemia cardíaca				
Componentes da RAS	Descrição dos problemas		Estratégias para enfrentamento dos problemas	
	Fortalezas	Fragilidades	Municipais	Cooperação Regional
Policlínica (Regional)	Atenção especializada em cardiologia; Promoção da assistência cardiológica compartilhada entre os municípios.	1- Limitação de consultas em cardiologia; 2- Falta de um sistema de referência e contrarreferência da policlínica com os serviços da APS; 3- Dificuldades de acesso aos serviços da policlínica (Campos Sales); 4- Financiamento insuficiente para a manutenção e ampliação dos serviços da Policlínica.	-	1 e 3- Reprogramação da PPC; 2- Implantação do sistema de informação e-SUS PEC em todas as UBS como também e-SUS Território para os ACS; Implantar o e-SUS Ambulatorial integrando com o PEC e integrado com a rede hospitalar para garantir a referência e contrarreferência; Articulação com a rede ambulatorial e hospitalar; 4- Recontratualização
Apoio Diagnóstico Municipal	Promoção de serviços em saúde dentro do ambiente territorial do paciente.	1- Limitação na cobertura de exames especializados em cardiologia; 2- Mapa.	1 e 2- Reprogramação de PPI.	1- Fortalecimento do investimento em consórcios intermunicipais.
UPA	Promoção às urgências e emergências especializadas.	1- Baixa cobertura de UPA nos municípios; 2- Financiamento insuficiente para manutenção e ampliação dos serviços de urgência e emergência; 3- Solução de continuidade no Fluxo de referência e contrarreferência.	1- 2- 3- Implantar o prontuário eletrônico em todos os pontos da Rede.	3- Implantar o prontuário eletrônico em todos os pontos da Rede;
HCC (Hospital Polo)	Ser referência e estar inserido na nossa região; Boa estrutura física; Capacidade instalada.	1- Vazio assistencial em cardiologia pediátrica; 2- Oferta reduzida de Cate; 3- Insuficiência de leitos; 4- Falta de profissional; 5- Recurso financeiro limitado; 6- Demora na regulação dos leitos; 7- Dificuldades de acesso às cirurgias; 8- Demora na realização das cirurgias de angioplastia.	-	1- Repactuação da PPC; 1, 2, 3, 4, 5 e 7- Provocar discussão no Cosems/CE/CIR/CIB; Monitorar a Ação Civil Pública; 6 e 8- Provocar discussão na CIR e Pactuação.
HPP	Ponto mais próximo do cidadão, até chegar ao nível mais complexo; Primeiro acesso; Possibilidade de estabilizar e regular; suporte para os casos menos complexos.	1- Fragilidade na articulação com a APS (referência e contrarreferência); 2- Pouco aparato tecnológico; 3- Recursos financeiros insuficientes; 4- Insuficiência de profissionais; 5- Apoio diagnóstico deficiente (falta de manutenção dos equipamentos e insuficiência de equipamentos); 6- Estrutura física em alguns é insatisfatória; 7- Estrutura física inadequada; 8- Não tem laboratório 24h; 9- Pouca adesão à oferta de educação permanente; 10- Falta de Educação Permanente.	1- Implantar o e-SUS ambulatorial integrando com o PEC e integrado com a rede hospitalar para garantir a referência e contrarreferência.	2, 3, 5, 6, 7 e 8- Provocar discussão no Cosems/CE/CIR/CIB/CIT para redefinir o papel assistencial desses hospitais; 10- Realizar capacitação para os profissionais.

continua

continuação

MACRORREGIÃO CARIRI – CEARÁ				
1 - Desenho Assistencial da RAS a partir do macroproblema priorizado - Macroproblema – Aumento da taxa de mortalidade por isquemia cardíaca				
Componentes da RAS	Descrição dos problemas		Estratégias para enfrentamento dos problemas	
	Fortalezas	Fragilidades	Municipais	Cooperação Regional
Sala de Estabilização (SE)	Equipamentos adequados para as necessidades de urgências; Ponto mais próximo do cidadão, até chegar ao nível mais complexo.	1- Recursos financeiros insuficientes e financiamento federal inexistente; 2- Falta de manutenção nos equipamentos; 3- Falta de contrapartida federal; 4- Sobrecarga do profissional médico; 5- Médico assumindo mais de um setor ao mesmo tempo; 6- Fragilidade técnica de alguns profissionais no manuseio de equipamentos; 7- Pouca adesão à oferta de educação permanente.	4 e 5-Viabilizar/ acionar o controle, avaliação e auditoria municipal;	1, 2 e 3-Provocar discussão no Cosems/CE/ CIR/CIB; 6 e 7-Realizar capacitação para os profissionais;
Assistência Farmacêutica	Compra centralizada pela Sesa; Boa distribuição de medicamentos para hipertensos e diabéticos; Fortalecimento das CAF tanto nos municípios como no estado; Estrutura física e presença do farmacêutico; Sistema de Informação Hórus;	1- Falta de medicamentos; 2- Demora na entrega de alguns medicamentos; 3- Descontinuidade na entrega de medicamentos (Atrasos na entrega de medicamentos da compra centralizada); 4- Limitação de transporte na distribuição dos medicamentos; 5- Estrutura física inadequada das farmácias; 6- Aumento da Judicialização; 7- Insuficiência de profissional farmacêutico na RAS; 8- Insuficiência de Unidades informatizadas nas UBS; 9- Falta de Educação Permanente para os profissionais farmacêuticos;	1, 2 e 3- Uso racional de medicamentos/ Hórus 6- Criação do núcleo de apoio jurídico municipal;	1, 2 e 3- Provocar discussão na CIR-CT/CIB; 9- Realizar capacitação para os profissionais;
Vigilância em Saúde	Profissionais habilitados; Laboratório de Saúde Pública de Referência (Lacen); Monitoramento e acompanhamento da Covid-19; Elaboração de boletins epidemiológicos diários e semanais; Acompanhamento dos risco e agravos à saúde; Monitoramento dos indicadores de saúde; Alimentação dos bancos de dados SIM/Sinasc/Sinan; Estímulo ao controle do tabagismo (com atuação na rede Raps), realização de atividades físicas e adesão a alimentação saudável através da atuação do Nasf na APS; Existência dos comitês de mortalidade; Controle das arboviroses; Unidade sentinela.	1- Pouca integração entre Vig. à Saúde, APS e Secundária; 2- Estrutura e equipamentos inadequados; 3- Falta de transporte para equipe; 4- Fragilidade no monitoramento e análises de indicadores; 5- Rotatividade dos profissionais (insuficiência de profissionais) nas equipes de vigilância; 6- Deficiência de Educação Permanente; 7- Internet incompatível com os programas da vigilância; 8- Recursos financeiros limitados; 9- Preenchimentos insatisfatórios e incorretos das DOs.	1- Planejamento integrado; Organização do processo de trabalho; 2, 3 e 8- Priorizar os recursos do bloco para as ações da vigilância; 4 e 9- Treinamentos / capacitações; sala de situação; ativar os comitês de mortalidade.	6- Realizar capacitação para os profissionais.
SVO	Existência do SVO numa cidade da Região do Cariri.	1- DO inconclusivas; 2- Insuficiência de SVO na região do Cariri; 3- Baixa cobertura do SVO na Macrorregião.	1- Treinamentos / Capacitações.	2 e 3- Provocar discussão na CIR-CT/CIB.

continua

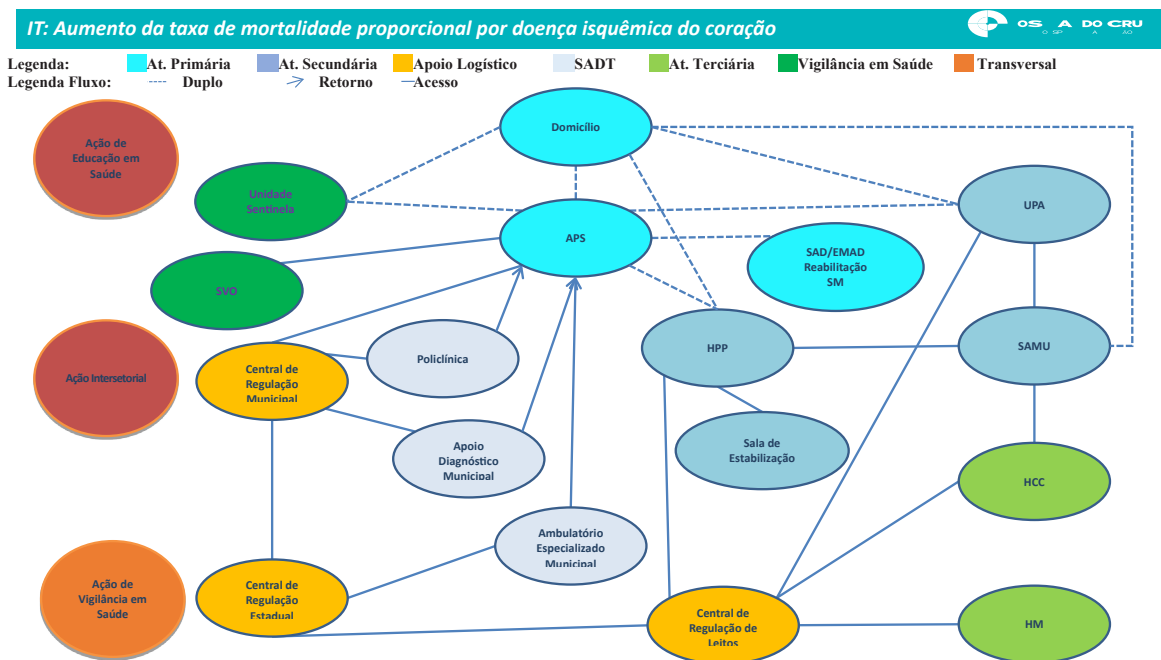
conclusão

MACRORREGIÃO CARIRI – CEARÁ				
1 - Desenho Assistencial da RAS a partir do macroproblema priorizado - Macroproblema – Aumento da taxa de mortalidade por isquemia cardíaca				
Componentes da RAS	Descrição dos problemas		Estratégias para enfrentamento dos problemas	
	Fortalezas	Fragilidades	Municipais	Cooperação Regional
Unidade Sentinela	Serviço de apoio à vigilância em saúde; Ampliação de serviços para acesso à população; Fortalecer a UBS para demais doenças e agravos; Resolutividade para a demanda do cenário atual (Pandemia); Acesso ao RT-PCR; Insumos adequados.	1- Testes rápidos insuficientes; 2- Recursos humanos deficientes; 3- Fragilidade na Educação Permanente; 4-Dificuldade de acesso de TI e a plataforma do e-SUS VE; 5- Falta de informatização com demora da alimentação da notificação/exames e demora no retorno; 6- EPI insuficientes; 7- Falta de Priorização do serviço nos municípios abaixo de 200 mil habitantes; 8- Normatização e financiamento não priorizaram municípios de médio e pequeno porte; 9- Divergência do sistema de informação IntegraSUS, entre os dados do município e estado.	4, 5 e 9- Priorizar equipe de TI, com disponibilidade de recurso para infraestrutura e rede de internet; Monitorar diariamente os sistemas locais com acompanhamento dos casos em planilhas, eSUS-VE e SivepGripe; Adesão ao Programa ConectaSUS para o Cariri.	-
Regulação Municipal	Sistema Integrado do Estado (FastMedic).	1- Sistema Integrado do Estado (FastMedic) pouco resolutivo (fila de espera); 2- Diferença entre o Pactuado e Ofertado; 3- PPI não respeitada na sua pactuação; 4- Dificuldade de regulação para pediatria.	2 e 3-Reprogramação da PPI.	2 e 3-Provocar discussão na Cosems/CE/CT/CIR.
Regulação Ambulatorial Estadual	Resolutividade nas transferências pelo FastMedic.	1- Não inserção de alguns Hospitais Polos no FastMedic (Regulação não integrada); 2- Dificuldade de regulação de IAM sem supra.	-	2-Provocar discussão na CT/CIR.
Regulação de Leitos	Regulação Covid-19; Regulação de UTI em tempo hábil e leitos clínicos.	1- Pouca oferta de leitos (poderia expandir para demais áreas); 2- Baixa oferta de leitos de cardiologia mesmo com o FastMedic.	-	1 e 2-Provocar discussão na CIR e Pactuação.
Ações Intersetoriais	Ações de combate ao tabagismo como prevenção do infarto; Ações da equipe do Nasf; Telessaúde consulta em eletrocardiograma (Tabagistas e Idosos).	1- Falta de suporte cardiológico após a triagem.		

Fonte: Equipe local Haoc.

Nota: Não foi apresentada estratégia nos itens sem redação

Figura 4 – Itinerário Terapêutico



Fonte: Equipe local Haoc.

4.5 Análise dos mecanismos de planejamento, gestão e governança

A Terceira Oficina Macrorregional no formato remoto traz como objetivo geral: desenhar a RAS na dimensão da governança, no planejamento e na gestão a partir do problema priorizado; e como objetivo específico: validar a Matriz do Desenho Assistencial da RAS a partir das Fragilidades, das Fortalezas e das Ações Estratégicas para o enfrentamento do problema.

Segundo o TCU (2014), o conceito de governança no setor público perpassa pelo processo de avaliação, direcionamento e monitoramento de atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços e interesse da sociedade, enquanto a gestão no setor público compreende o manejo dos recursos colocados à disposição da organização e busca do alcance dos objetivos estabelecidos pela governança.

A partir desses conceitos construiu-se a Terceira Oficina Macrorregional do Cariri.

- **Terceira Oficina Macrorregional do Desenho da RAS na dimensão do planejamento, da gestão e da governança**

Com o objetivo de “Desenhar a RAS na dimensão da governança”, considerando ainda a necessidade de isolamento social advindo da pandemia pelo Sars-CoV-19, esses ciclos de oficina também ocorreram de forma virtual.

A oficina ocorreu em três ciclos com o objetivo geral de construir o Desenho da RAS a partir da Dimensão de Governança, Planejamento e Gestão sob a ótica do macroproblema priorizado e com o objetivo específico de “Desenhar a RAS com foco nas Fragilidades e Fortalezas, Estratégias de Enfrentamento dos problemas e validação dos produtos”.

1º Ciclo – Matriz de fortalezas e fragilidades da RAS na dimensão da governança

O Primeiro Ciclo dessa rodada aconteceu no dia 21/10/2020. O planejamento previamente discutido e construído metodologicamente pela equipe central e equipe local Haoc buscou resgatar, para todos e todas, as etapas anteriores fazendo breve contextualização dos produtos já elaborados durante a Segunda Oficina Macrorregional.

Diferentemente da etapa anterior, considerando o pequeno espaço de tempo para conclusão do projeto, construiu-se esse ciclo com os 45 interlocutores municipais e os parceiros. Com média de 35 participantes esse ciclo de oficinas, contextualizou a dinâmica metodológica trabalhada inicialmente, a partir de conceitos e diferenças entre governança e gestão em saúde. Logo após, os participantes foram convidados a construir uma chuva de ideias a partir da seguinte questão disparadora como base: “A partir do macroproblema aumento da taxa de mortalidade por isquemia cardíaca, como você vê o processo de governança da RAS na sua Região de Saúde”? Esse momento foi potente dentro da dinâmica da oficina por permitir aos interlocutores a apropriação dos conceitos, suas diferenças, estratégias e fluxos, e serviu como base introdutória para o passo seguinte: “A Construção da Matriz de Fortalezas e Fragilidades sobre a Governança Regional”.

A partir dessa questão os participantes foram tecendo suas contribuições com propriedade sobre a temática, possibilitando participação potente, inclusive partindo dos representantes do escritório regional do Ministério da Saúde, Cosems/CE e Sesa. Verificou-se que, desde o primeiro momento de oficina virtual, o domínio da equipe condutora, relativo às técnicas de fomentar diálogos e interação com os participantes à distância, foi se aprimorando.

O bom número de participantes nesse ciclo de oficina foi um dos legados positivos das reuniões remotas ocorridas no projeto. A insegurança inicial deu lugar ao domínio das ferramentas e técnicas, permitindo ao grupo condutor uma condução segura. A planilha da Dimensão de Governança aos poucos foi ficando completa e com robustas contribuições. A metodologia definida antecipadamente atingiu seus objetivos de forma segura, especialmente quanto à construção e participação ascendente dos representantes dos municípios. Contou-se sempre com a presença dos principais parceiros do projeto o Cosems/CE, Sesa e Ministério da Saúde, tendo sempre como foco o protagonismo municipal. Esse momento foi encerrado com ótima avaliação e com a matriz completa.

2º Ciclo – Matriz de estratégias para enfrentamento dos problemas priorizados e validação dos produtos

Previamente agendado pela equipe local para o dia 23/10/2020, esse momento teve que ser cancelado em função de outras reuniões e eventos que inviabilizou os interlocutores municipais de participarem desse ciclo de oficina. A agenda paralela deu-se por troca de datas de um evento do Cosems/CE e da CIB/CE e isso provocou um esvaziamento de participantes para esse ciclo, levando a equipe local e central do Haoc a adiá-lo em virtude de termos poucos participantes presentes. Buscou-se, como estratégia, consolidar a programação desse dia com o momento de validação no dia 27/10/2020.

Buscando otimizar o tempo em função do cancelamento do momento anterior, iniciou-se o segundo ciclo, consolidando-se os dois objetivos (desenhar a RAS a partir das estratégias de enfrentamento dos problemas e validar os produtos). Contou-se com bom número de participantes, inclusive com os principais parceiros MS, Cosems, Cesau, Sesa.

A abertura deu-se por meio das falas dos parceiros presentes nessa ordem: coordenação do projeto, Sesa, Cosems/CE, Ministério da Saúde e Cesau. Após a entrada de todos os interlocutores na sala virtual a equipe iniciou com a metodologia a ser usada, contextualizando os momentos anteriores, considerando a presença de outros parceiros que não estiveram nas oficinas anteriores, uma vez que nesse momento também estava se validando essa dimensão proposta.

A partir da questão norteadora: “Como o novo modelo de governança regional poderá contribuir com a resolutividade dos serviços de saúde para o macroproblema aumento da taxa de mortalidade por isquemia cardíaca?” iniciou-se a construção da matriz de estratégias de enfrentamento dos problemas/fragilidades identificados no primeiro ciclo desta oficina.

A oficina transcorreu normalmente e, por tratar-se de um momento em que a Macrorregião de Saúde do Cariri discutia talvez pela primeira vez o novo modelo de governança para a região, teve-se momentos positivos e, às vezes, lacunas quanto à cooperação regional.

Em virtude da junção de conteúdo do segundo e do terceiro ciclo, ao tempo que registrava as contribuições e validavam-se os produtos, e como não houve tempo suficiente para a conclusão da Matriz, pactuou-se a conclusão do preenchimento da planilha por dispersão, com prazo de envio pelos participantes de sete dias. A oficina transcorreu normalmente e, após as falas finais dos participantes, conclui-se o último ciclo com o resgate fotográfico dos momentos anteriores como “momento da saudade”.

A construção dialógica e todo o processo metodológico possibilitaram o protagonismo dos municípios, seja nas oficinas presenciais como virtuais, expressado pelos participantes que por diversas oportunidades revelaram em suas avaliações “sentindo-se verdadeiramente protagonistas da elaboração da Regionalização da Saúde no Cariri”.

Os produtos dessa oficina, com o objetivo de “Enfrentamento dos problemas/fragilidades a partir da dimensão de governança da RAS”, foram construídos de forma virtual e remota. Primeiramente construiu-se de forma conjunta para o Sistema de Apoio à Governança regional: Mecanismo de Integração da Rede; Mecanismos para Gestão Regional/Consórcios; Funcionamento da CIR e dos Colegiados Macrorregionais; Programação e pactuação de referência regional; e Contratualização macrorregional. De forma remota foi trabalhado o Apoio à Governança para: Situação dos Planos Regionais; Participação Social; Instrumentos de

Planejamento do SUS; Integração entre os órgãos de controle do SUS/Judicialização e Recursos financeiros das três esferas/Emenda Parlamentares.

A partir dos Sistemas de Apoio à Governança Regional para o macroproblema “Aumento da taxa na mortalidade proporcional por doenças isquêmicas do coração” consolidou-se o seguinte quadro de síntese da Terceira Oficina Macrorregional.

Quadro 3 – Síntese da Matriz na Dimensão de Governança da RAS

Macrorregião Cariri - Ceará				
2-Dimensão da Governança, Planejamento e Gestão				
Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para Enfrentamento	
			Municipais	Cooperação Regional
Mecanismos para integração da Rede/ Telessaúde/EPS/ Apoio Matricial	1- e-SUS AB PEC; EPS;	1- Inexistência Telessaúde; 2- Não há fluxos definidos para integração das redes; 3- Dificuldades de conectividade; 4- Descontinuidade das ações da EPS/QualificaAPSUS; 5- Inexistência de Apoio Matricial.	4- Implantação dos núcleos municipais de educação permanente em saúde.	1 e 5- Efetivar o FastMedic no Telessaúde/Apoio Matricial da região do Cariri; 2- Acompanhar os fluxos assistenciais implantados pela Corac; 4- Implementação das ações do plano estadual de educação permanente em saúde – Pceps; Implantação dos núcleos regionais de educação permanente em saúde.
Funcionamento da CIR / CT	1- Poder decisório do colegiado; 2- Assentos a todos os municípios; 3- Apoio técnico da CT e decisão política para CIR.	1- Dissociação do sistema de regulação estadual com a base nacional (e-SUS/Sisab) sem normatização da CIR.	-	1- Discussão na CT do controle, da avaliação e da regulação do sistema atual (FastMedic posterior fazer o cruzamento com e-SUS/Sisab).
Apoio para Gestão Regional / Consórcios	1- Assembleia e Conselho Consultivo; 2- Definir o modelo assistencial intermunicipal dos serviços de saúde.	1- Ausência de planejamento e monitoramento para ações e serviços de saúde; 2- Modelo de contratualização atual.	-	1- Estabelecer uma sistemática de monitoramento e avaliação dos indicadores; Monitorar o Plano Regional de Saúde; 3- Apresentação de prestação de contas periódica nos espaços colegiados CIR/CIB.
PPI de Referência	1- PPI de Referência defini o acesso.	1- Descumprimento da garantia do acesso; 2- Falta de monitoramento e “C.A.R.A.”.		
Contratualização Municipal e Regional	1- Contratualização do HC;	1- Falta do monitoramento e fiscalização;	1- Implementar assessoria jurídica nas SMS nos municípios que ainda não possuem; 2- Realizar a comunicação transversal sistemática entre toda a rede municipal para o conhecimento dos serviços disponíveis evitando ações desnecessárias.	1- Estimular o debate nos espaços colegiados CIR/CIB a importância de capacitar as equipes municipais de gestão e do CMS para o conhecimento dos instrumentos de gestão e a importância da aplicabilidade de cada um.
Plano de Saúde Regional da RAS	1- Participação do Projeto de Regionalização (Proadi-SUS); 2- Sesa apoiar e discutir a Política de Regionalização.	1- Pouca inserção do Cesau para elaboração do PSR.		1- Convocar o Cesau em momentos para elaboração dos PSR.
Participação Social	1- Promoção da integração dos usuários do sistema de gestão do SUS; 2- Fórum de CMS; Representatividade do Cesau na Região.	1- Insuficiente participação social no planejamento municipal e regional.	1- Convocar o CMS a participar das reuniões sistemáticas de equipes gestoras municipais, equipes de trabalhadores locais; reuniões integrativas e reuniões em espaços populares para manter o método da tríplice inclusão presente na PNH (2003).	

continua

conclusão


Macrorregião Cariri - Ceará				
2-Dimensão da Governança, Planejamento e Gestão				
Apoio à Governança Regional	Fortalezas	Fragilidades	Estratégias para Enfrentamento	
			Municipais	Cooperação Regional
Instrumentos de Planejamento do SUS-PMS / PAS / RDOA (Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior)	1- Existente dos instrumentos de planejamento; 2- Instrumento de Controle Interno e Externo; 3- Apoio do projeto Rede Colaborativa (Cosems/CE) Apoio da Superintendência MS/CE e monitoramento do DigiSUS pela Sesa); 4- Visibilidade da situação de saúde do município; Portaria n. 1.812/2020.	1- Baixa inserção dos instrumentos de gestão no DigiSUS; Pouca participação social na construção e no momento dos instrumentos; 2- Falta de transparência dos instrumentos; 3- Dificuldades nos municípios de elaborar a PAS em consonância com a LOA; 4- Desconhecimento do CMS dos instrumentos de gestão, especialmente referente a recursos financeiro e orçamentário; 5- Limitação e Rotatividade da equipe de planejamento	5- Ampliar equipe de planejamento municipal e torná-la efetiva por meio da realização de concursos municipais; 1, 2, 3 e 4- Capacitar a equipe de planejamento local e CMS para trabalhar com os instrumentos específicos.	1- Estimular o debate nos espaços colegiados CIR/CIB a importância de capacitar as equipes municipais de gestão e do CMS para o conhecimento dos instrumentos de gestão e a importância da aplicabilidade de cada um.
Controle externo / Judicialização	1- Ministério Público do Ceará e Federal; 2- Justiça Federal.	1- Ausência e fragilidade na Assessoria Jurídica na SMS; 2- Elevado o número de ações judiciais.	1- Implementar assessoria jurídica nas SMS nos municípios que ainda não possuem; 2- Realizar a comunicação transversal sistemática entre toda a rede municipal para o conhecimento dos serviços disponíveis evitando ações desnecessárias.	1- Estimular o debate nos espaços colegiados CIR/CIB sobre a importância de capacitar as equipes municipais de gestão e do CMS para o conhecimento dos instrumentos de gestão e a importância da aplicabilidade de cada um.
Recursos financeiros das três esferas	1- Incentivos financeiros estaduais ao MAC; 2- Incentivo para a Covid-19.	1- Parâmetros de distribuição desigual (tabela defasada); 2- Recursos financeiros insuficientes.	1- Atualização da tabela municipal; 2- Solicitar às demais esferas cooperativas para que haja melhoria nos repasses de recursos financeiros.	1- Solicitar nos espaços colegiados CIR/CIB a necessidade de uma tabela atualizada das ações e serviços de saúde para a melhoria do acesso aos usuários; 2- Estimular a elevação de repasses mais robustos por parte das três esferas de governo.

Fonte: Equipe local Haoc.

Nota: Não foi apresentada estratégia nos itens sem redação



5



**SISTEMATIZAÇÃO DE
DIRETRIZES E AÇÕES
ESTRATÉGICAS**

PARA CADA

**LINHA GUIA DE
ORGANIZAÇÃO
DA RAS**



Durante todo o percurso no território, verificou-se avanços na organização das ações e dos serviços de saúde e ampliação das estruturas do processo de governança. A Covid-19 foi o marco da efetivação do processo de regionalização na região do Cariri, possibilitando articulação, negociação e responsabilização entre os três entes federativos, com diálogo permanente entre o estado a partir da Superintendência Regional e municípios com a condução do Cosems/CE. Essa articulação contribuiu para a ampliação na oferta de leitos complementares e clínicos, fortalecimento da APS e vigilância à saúde.

As fragilidades apontadas durante as oficinas, sejam a partir da Análise Situacional ou na construção do Desenho da Rede de Atenção à Saúde, foram sintetizadas no quadro a seguir.

Quadro 4 – Síntese dos aspectos observados e estratégias da RAS para o macroproblema priorizado

Macroproblema – Aumento da taxa de mortalidade por isquemia cardíaca			
Dimensão da organização das ações e dos serviços de saúde na macrorregião		Dimensão da estruturação dos processos de governança, organização e integração da RAS	
Aspecto observado	Estratégia	Aspecto observado	Estratégia
Processo de trabalho fragmentado e focado nas situações agudas, gerando aumento da mortalidade por doenças coronarianas.	Pactuar a estratificação de risco aos portadores de HA e DIA na ESF.	Fragilidades nas tomadas de decisão e gestão financeira.	Fortalecer os consórcios.
fragilidade na efetivação da linha de cuidado para HA e DIA.	Pactuar a linha de cuidados com APS para o hipertenso e diabético.	Demora de acesso a pacientes com IAM.	Instituir fluxos e protocolos para a linha de cuidado do IAM na Central de Regulação Estadual.
Fragilidades nos pontos de atenção para a garantia de exames na linha de cuidados do IAM.	Ampliar o acesso em consultas especializadas nas policlínicas.	Fragmentação da RAS na RS.	Efetivar a regionalização da RAS.
Fragilidade no acesso aos portadores de doenças coronarianas.	Fortalecer o acesso às portas de entrada da RUE.	Fragilidade na tomada de decisão no território regional.	Instituir o comitê de governança.
Rotatividade de profissionais na RAS.	Qualificar a equipe da Atenção Básica, especializada e Hospitalar da RUE.	Fragilidade, fragmentação e problema de resolutividade e eficiência da gestão.	Monitorar os instrumentos de gestão.
Condição e condução do transporte sanitário em desacordo com os protocolos.	Qualificar os condutores de transporte sanitário.	Fragilidade das ações do controle de avaliação e regulação.	Aprimorar as atividades de controle, avaliação e regulação de acesso.

continua

conclusão

Macroproblema – Aumento da taxa de mortalidade por isquemia cardíaca			
Dimensão da organização das ações e dos serviços de saúde na macrorregião		Dimensão da estruturação dos processos de governança, organização e integração da RAS	
Aspecto observado	Estratégia	Aspecto observado	Estratégia
Vazio assistencial para cirurgias cardíacas pediátricas e apoio diagnóstico.	Ampliar os pontos de atenção da rede	Rotatividade de gestores e fragilidades nos processos de gestão	Apoiar no aperfeiçoamento dos gestores do SUS
Descumprimento de PPI	Articular com gestores padrões de contratualização com pontos estratégicos das redes prioritárias	Elevado número de óbitos com causas mal definidas.	Ampliar o acesso do serviço SVO na RS Cariri
Baixa resolutividade dos serviços e da taxa de ocupação de leitos	Reestruturar a rede hospitalar	Inexistência do Comitê de Governança Interfederativa Regional	Constituir e formalizar o Comitê de Governança Interfederativa Regional
		Descumprimento de metas e indefinição de responsabilidades	Implementar a política de contratualização por desempenho institucional
		Instabilidade do sistema de informação e parâmetros superestimados	Redefinir os parâmetros das linhas de cuidados prioritárias, de acordo com o PRI.

Fonte: Equipe local Haoc.



6

RECOMENDAÇÕES

O processo de regionalização na Macrorregião de Saúde Cariri foi desenhado em parceria com o Conasems, a partir do Projeto Planejamento Estratégico em Saúde (PES) e do Projeto de Regionalização. A condução e a construção do Plano de Saúde Regional do Cariri foram realizadas pelas equipes de Planejamento do Estado e da Superintendência Regional de Saúde do Cariri, tendo como protagonista do processo os 45 municípios que compõem essa região. Contou-se, também, com a parceria do escritório regional do MS e do Cesau.

Durante o período de execução do Projeto de Regionalização, o estado do Ceará já havia construído os 22 PRI e, em setembro/2019, instituiu Lei n. 17.006 efetivando-se o novo modelo de governança em saúde.

Diante deste cenário pode-se considerar que:

- O Projeto de Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde – Regionalização foi desenvolvido concomitantemente com o processo de regionalização da SES na RS do Cariri.
- O Projeto de Regionalização analisou a situação de saúde da MRS Cariri e validou junto aos 45 municípios pertencentes à mesma região.
- O Projeto de Regionalização construiu e analisou a Matriz de Fragilidades e Fortalezas da RAS da MRS Cariri.
- O Projeto de Regionalização construiu e validou o Desenho da RAS da MRS Cariri a partir do macroproblema priorizado pelos municípios participantes definindo um Itinerário Terapêutico.
- O Projeto de Regionalização analisou a RAS da MRS Cariri a partir da dimensão de governança, planejamento e gestão e construiu a Matriz de Estratégias e Ações para mitigação das fragilidades, definindo responsabilidades dos entes participantes (União, estado e município).

A partir de todas as atividades realizadas pelo Projeto de Regionalização e como forma de fortalecer o protagonismo dos municípios, dar continuidade e efetividade às sugestões discutidas e levando em consideração que a região já construiu o seu PRI da RS Cariri, intitulado como Plano de Saúde Regional, recomenda-se que seja construído um Painel de Indicadores, que possa monitorar as estratégias estabelecidas no processo de planejamento, e que seja instituído uma equipe de monitoramento, que apoie e acompanhe esse movimento nas regiões.



REFERÊNCIAS

ACCIOLY, C. B. C. Territorialidades e saberes locais: muros e fronteiras na construção do saber acadêmico. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. 63, set./dez. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792011000300014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 fev. 2021.

ALVES, M. O.; MAGALHÃES, S. C. M.; COELHO, B. A. A Regionalização da Saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 141-154, 2017.

AUSUBEL, D. P. **Psicología educativa**: um punto de vista cognoscitivo. México: Editorial Trillas, 1976. Traducción al español de Roberto Helier D., de la primera edición de Educational psychology: a cognitive view.

BADUY, R. S. *et al.* Regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.

BORGES, A. M. G. Os consórcios públicos na sua legislação reguladora. **Revista Eletrônica de Direito do Estado**, Porto Alegre, v. 6, n. 32, p. 227-248, jul./ago. 2005. Disponível em: <http://dSPACE/xmlui/bitstream/item/7824/PDlexibepdf.pdf?sequence=1>. Acesso em: 22 out. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Consórcio e a gestão municipal em saúde**. Oficina de Trabalho realizada em julho de 1997. Brasília, DF: MS, out. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde SUS**. Gestão, Ceará é o primeiro estado a aderir ao COAP. [2020]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/6682/162/ceara-e-o-primeiro-estado-%3Cbr%3Ea-aderir-ao-coap.html>. Acesso em: 28 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006, Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido pacto. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 19 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 19 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. Brasília, DF: MS, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 24 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2011c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2011d. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 488, de 1 de abril de 2014.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cuidado a Pessoa com Doença Crônica. Brasília, DF: MS, 2014. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2010a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 8 dez. 2020.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública.** Versão 2. Brasília, DF: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/FA/B6/EA/85/1CD4671023455957E18818A8/Referencial_basico_governanca_2_edicao.PDF. Acesso em: 19 fev. 2021.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará. **Resolução nº 18, de 03 de fevereiro de 2012.** Dispõe sobre o Plano Estadual Rede Cegonha no Ceará. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 2012. Disponível em: <http://www.cosemsce.org.br/v2/wp>. Acesso em: 8 dez. 2020.

CEARÁ. Governo do Estado. **Resolução nº10/2020 - CIB/CE.** Aprova a revisão da Portaria Estadual nº 2.108 de 25 de novembro de 2019. Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/download/resolucoes-cib-2020/>. Acesso em: 19 fev. 2021.

CEARÁ. Lei Complementar n. 78, de 26 de junho de 2009. Dispõe sobre a criação da região metropolitana do Cariri, cria o Conselho de Desenvolvimento e Integração e o Fundo de Desenvolvimento e Integração da região metropolitana do Cariri – FDMC, altera a composição de microrregiões do estado do Ceará e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado:** seção 1/2, Fortaleza, n. 121, p. 1-2, 3 jul. 2009. Disponível em: <http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2017/06/LC-78-2009-Regi%C3%A3o-Metropolitana-do-Cariri.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2021.

CEARÁ. Governo do Estado. **Lei nº 17.006, de 30 setembro de 2019**. Dispõe sobre a integração no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, das ações e dos serviços de saúde em regiões de saúde no estado do Ceará. Fortaleza, Ceará: Governo do Estado, 2019.

CEARÁ. Governo do Estado. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório de Monitoramento e Avaliação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde- COAP- 2012**. Fortaleza: SESA, dez. 2012.

CEARÁ. Governo do Estado. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Mesa Estadual de Negociação Permanente do SUS-CE**. ©2012. Disponível em: <http://menpsusce.blogspot.com.br/p/expediente.html>. Acesso em: 8 dez. 2020.

CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde. **Manual dos Consórcios no Ceará**. Ceará: SESA, 2009.

CUNHA, M. S.; SILVA, M. G. B. O impulso à análise espacial a partir do trabalho de Fred Schaefer “Excepcionalismo em Geografia: um estudo metodológico” (1953): questões contextuais e teórico-metodológicas. **Revista de Geografia**, Recife, v. 24, p. 60-76, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIANNELLA, C.; CALLOU, A. E. P. A emergência do paradigma de desenvolvimento centrado no território na observação de duas políticas no Cariri Cearense. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 803-827, set. 2011.

GOYA, A. *et al.* Regionalização da Saúde, (in)visibilidade e (i)maturidade da universalidade e integralidade em saúde no transito de institucionalidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 902-919, 2016.

GURGEL, V. M. **Avaliação da Rede de Cuidados à pessoa com deficiência por gestores e equipes de atenção primária à saúde**. Tese (Mestrado) - Crato, Ceará, 2019.

IBGE. **Site**. 2019. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 19 fev. 2021.

IBGE. **Site**. 2012. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 19 fev. 2021.

IBGE. Resolução nº 4, de 28 de agosto de 2017. Divulgar, as estimativas da População para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2017, constantes da relação anexa, para os fins previstos no inciso VI do Art. 1º da Lei nº 8.443, de 16 de julho de 1992. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 167, p. 58, 30 ago. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19267369/do1-2017-08-30-resolucao-n-4-de-28-de-agosto-de-2017-19266830. Acesso em: 19 fev. 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGICA ECONÔMICA DO CEARÁ. **Ceará em mapas**. 2013. Disponível em: www.ipece.ce.gov.br. Acesso em: 19 fev. 2021.

LIMA, L. D.; VIANAA, L. D. **Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema único de Saúde**. Rio de Janeiro, 2011.

MAFFESOLI, M. Comunidade de Destino. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 12, n. 25, jan./jul. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ha/v12n25/a14v1225.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2021.

MENDES, E. V. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 3.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MONTEIRO, M. F. V. *et. al.* Accessing Public Health Services and Completeness of Care for Women During Pregnancy and the Puerperal Period in Ceará, Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 19, n. 1, p. 851, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Publicação da OMS**. 2014. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>. Acesso em: 19 fev. 2021.

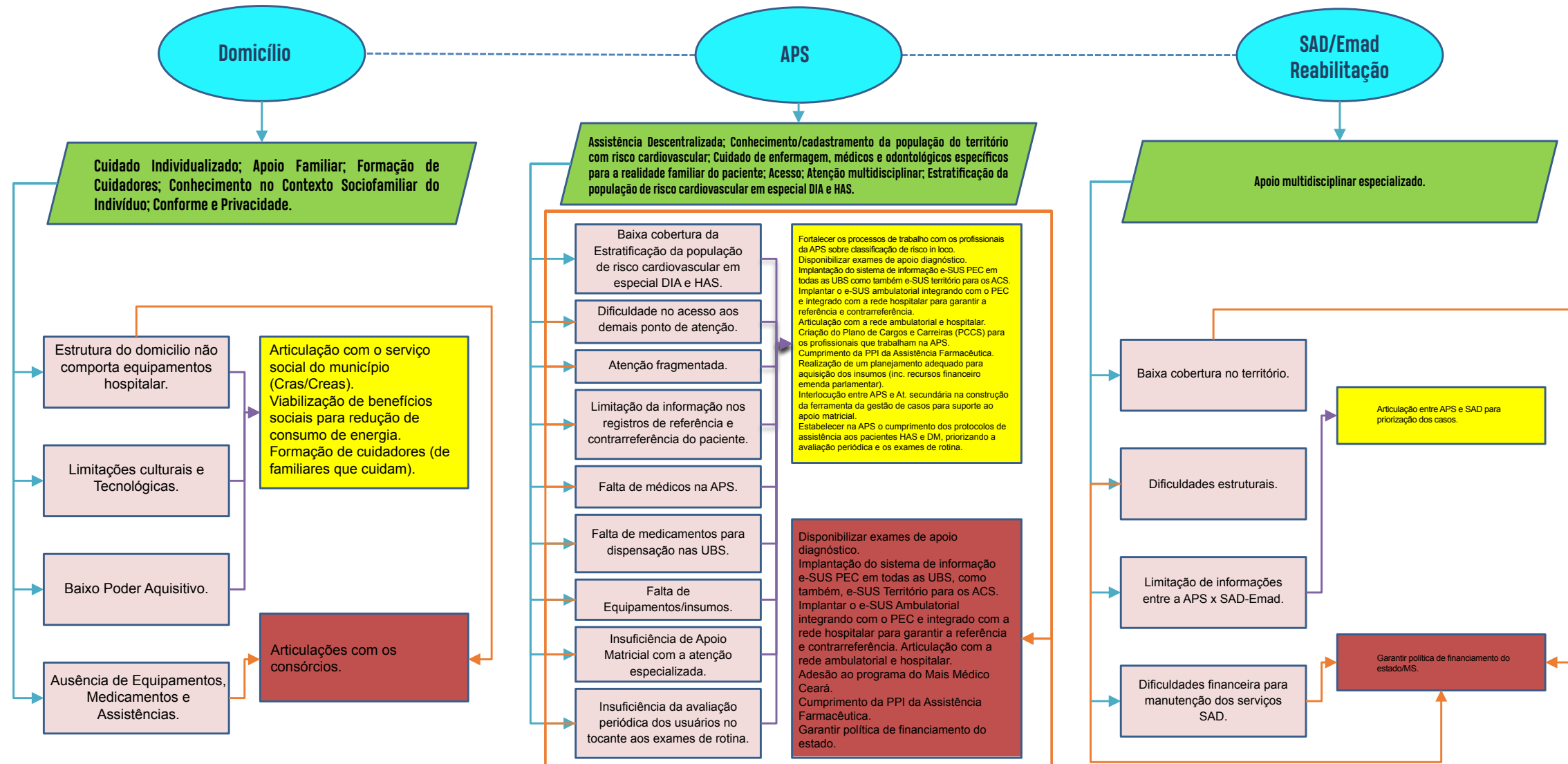
SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Gestão de cuidados integral: estudo de casos em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, 2016.

SANTOS, M. **Território globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1994.

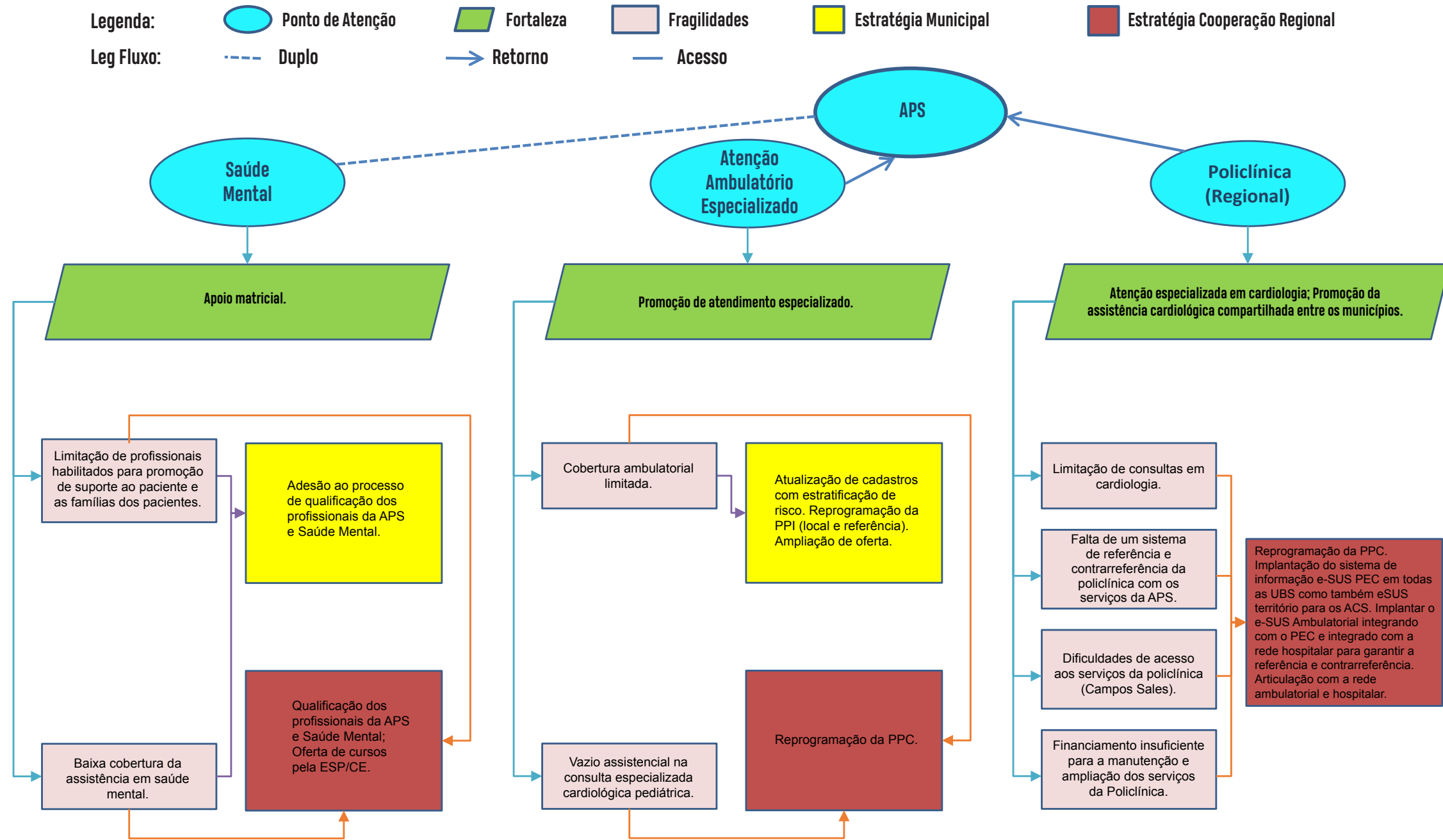


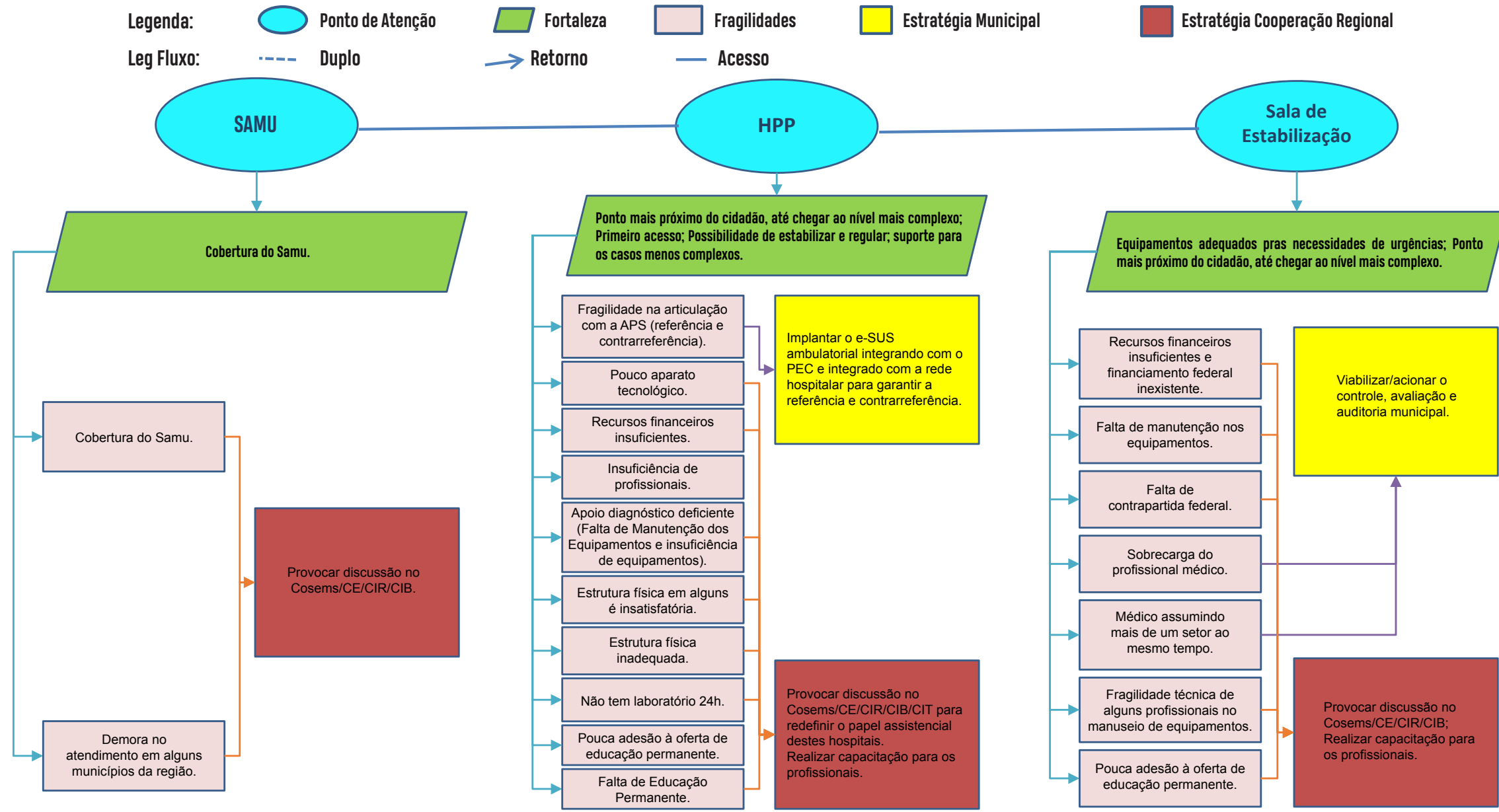
APÊNDICES

Apêndice A – Desenho da Rede Assistencial – Atenção Primária

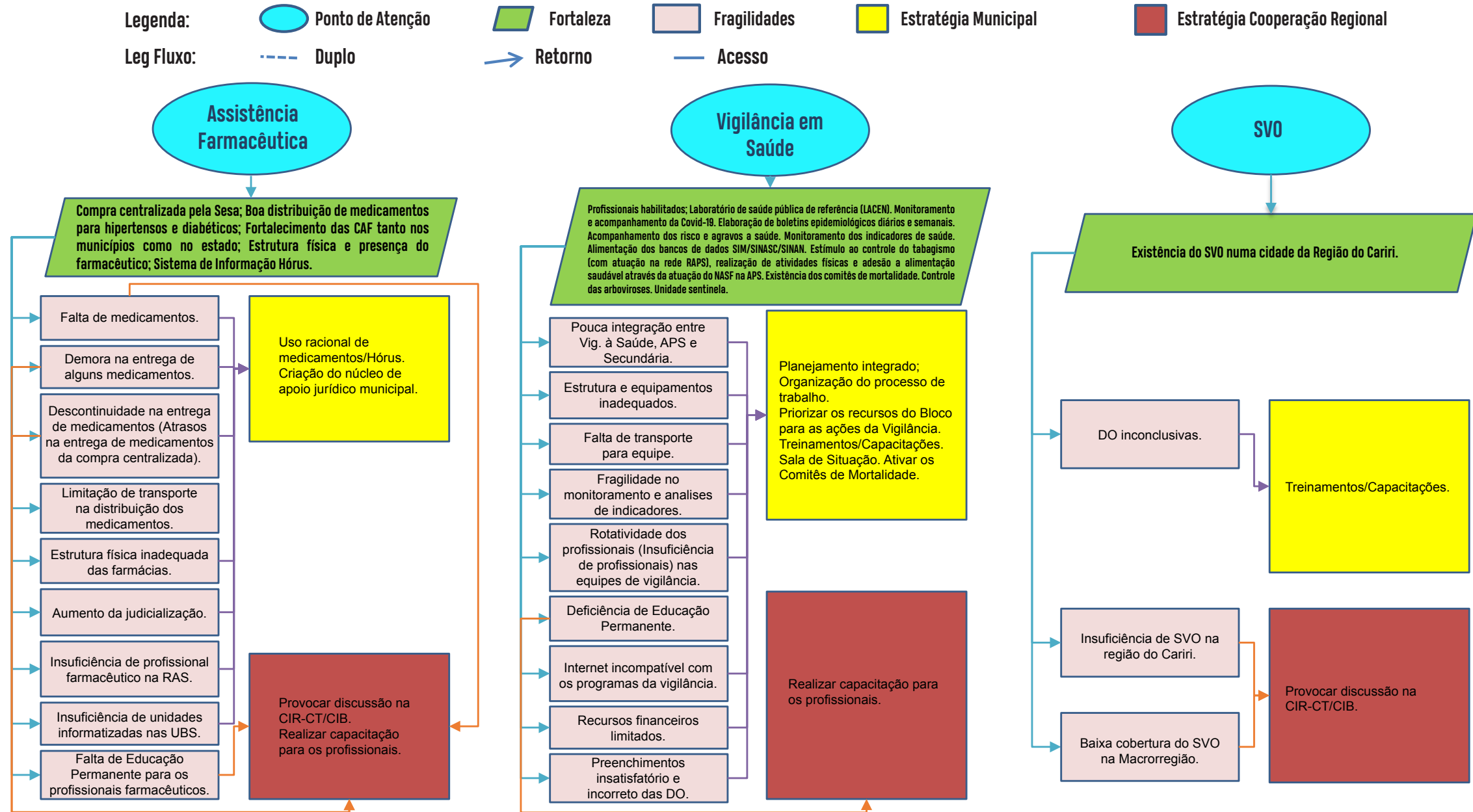


Apêndice B – Desenho da Rede Assistencial – Atenção Secundária

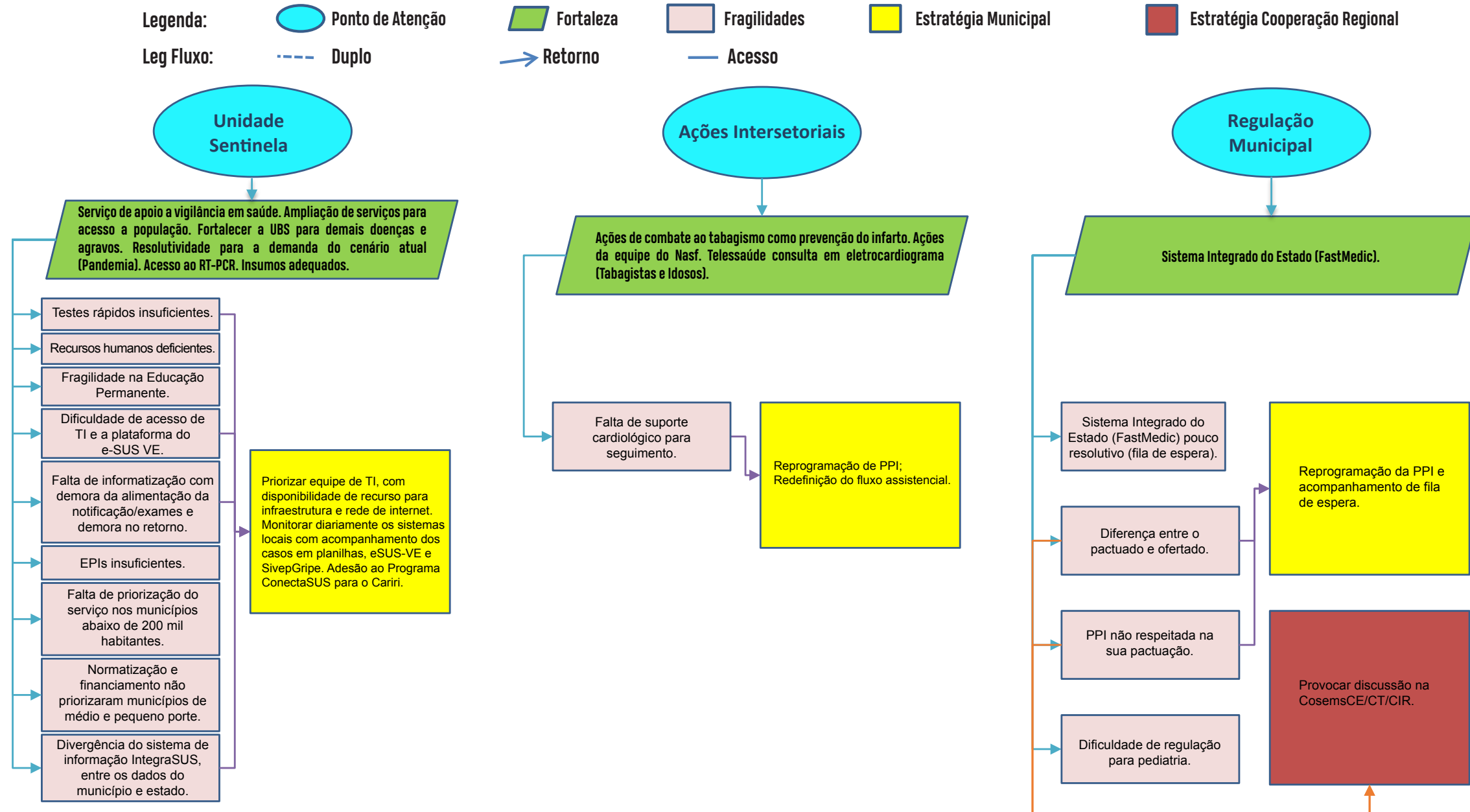


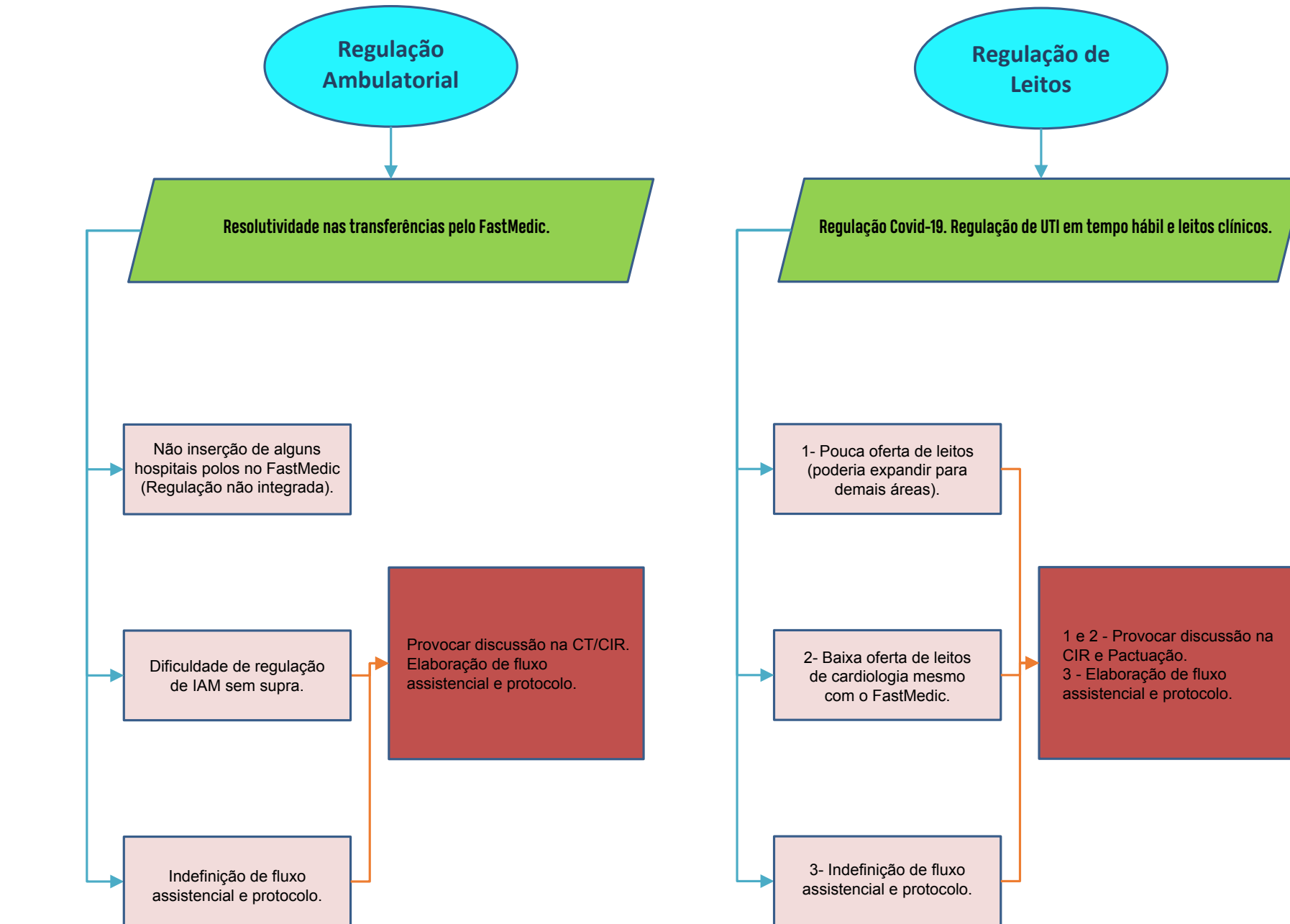


Apêndice C – Desenho Assistencial da Rede – Apoio Diagnóstico e Vigilância

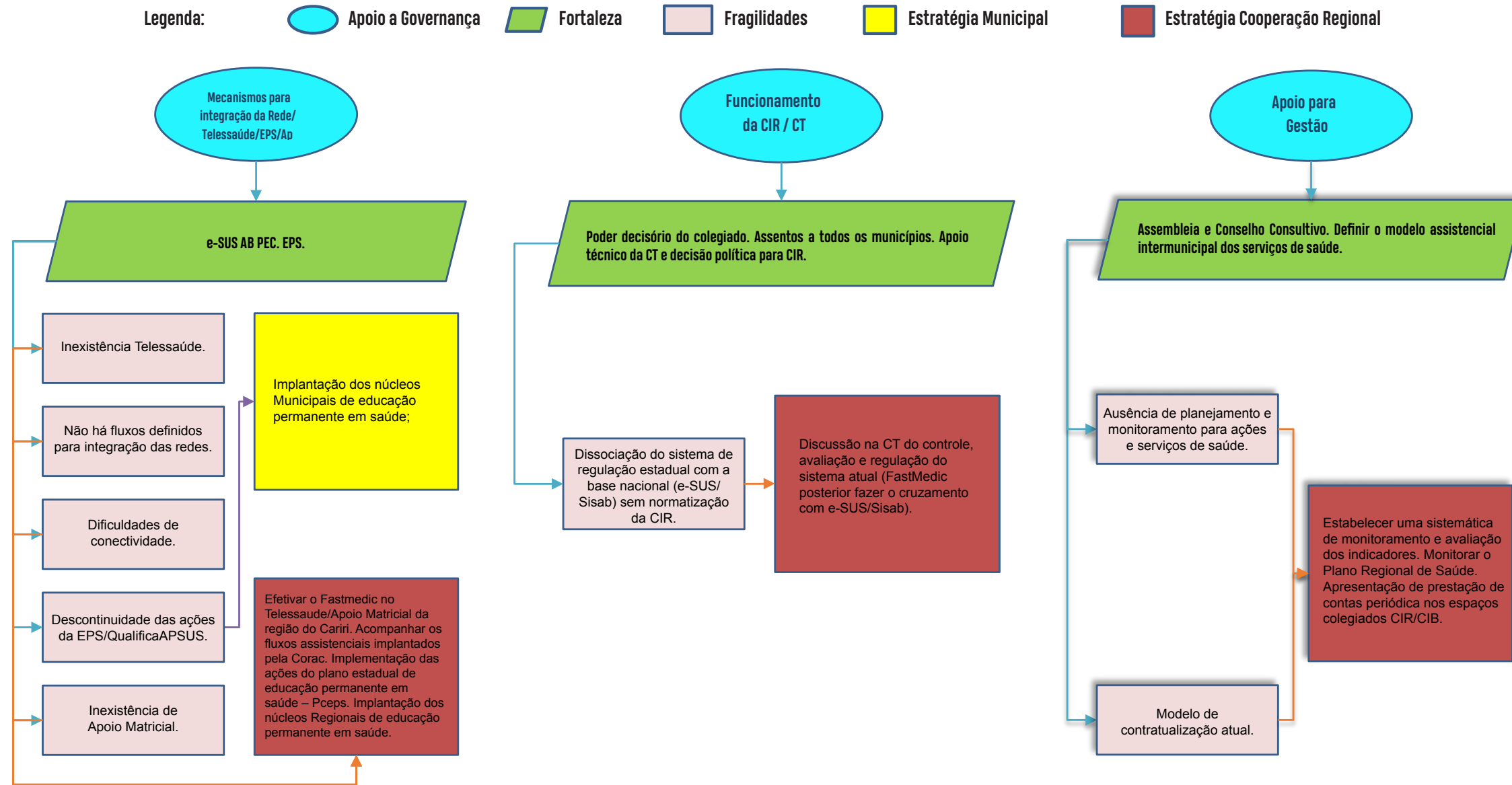


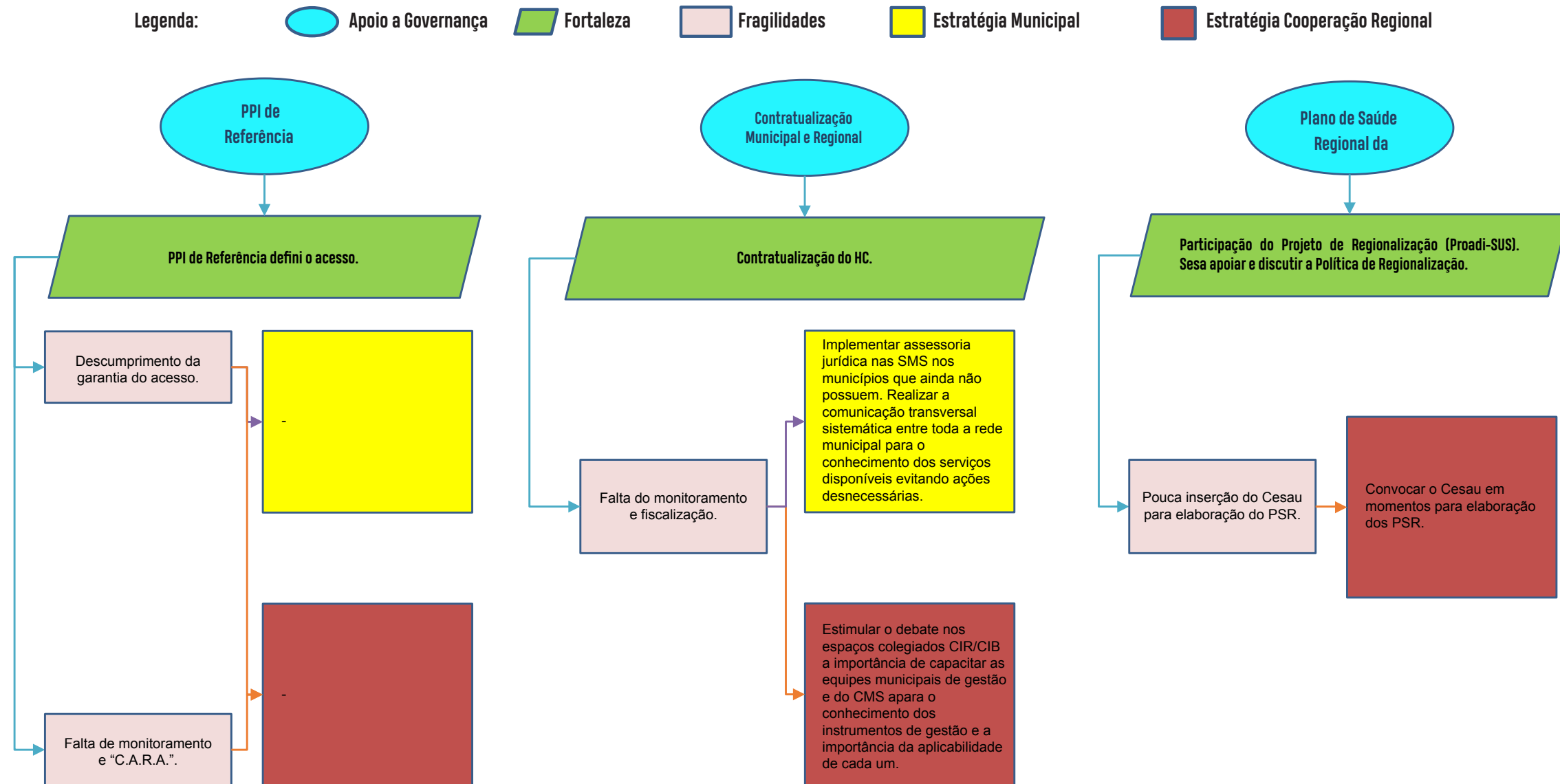
Apêndice D – Desenho Assistencial da Rede - Apoio Logístico





Apêndice E – Dimensão da Governança, Planejamento e Gestão da RAS





Nota: Não foi apresentada estratégia nos itens sem redação

Legenda:

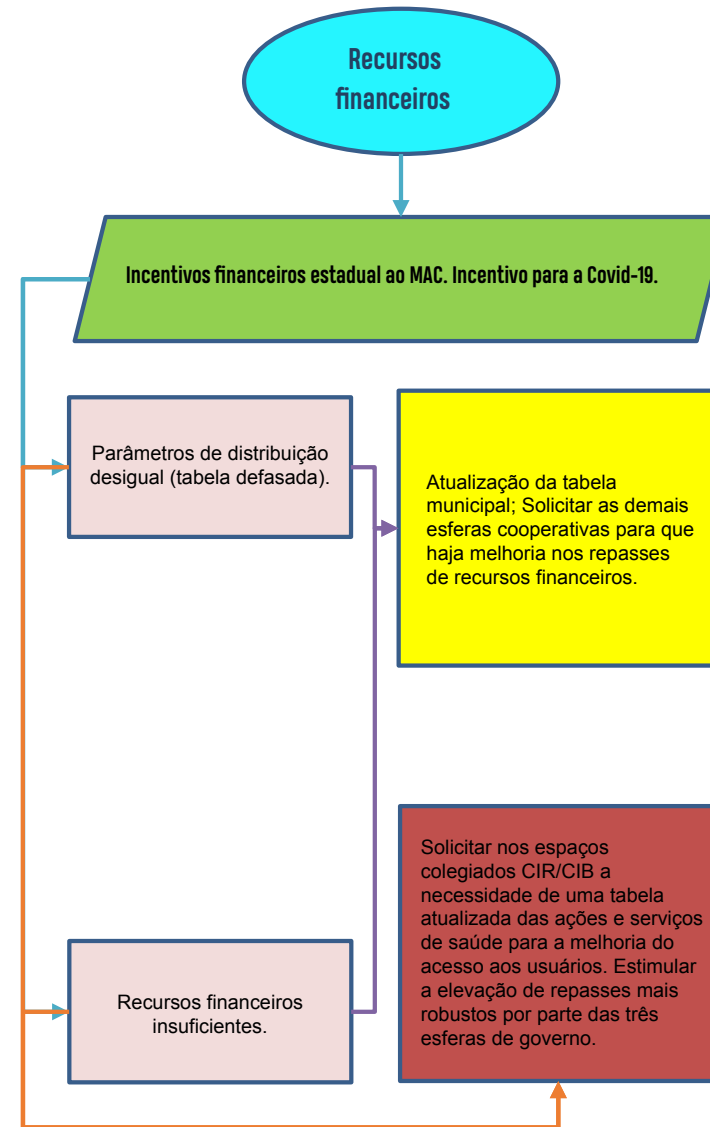
 Apoio a Governança

 Fortaleza

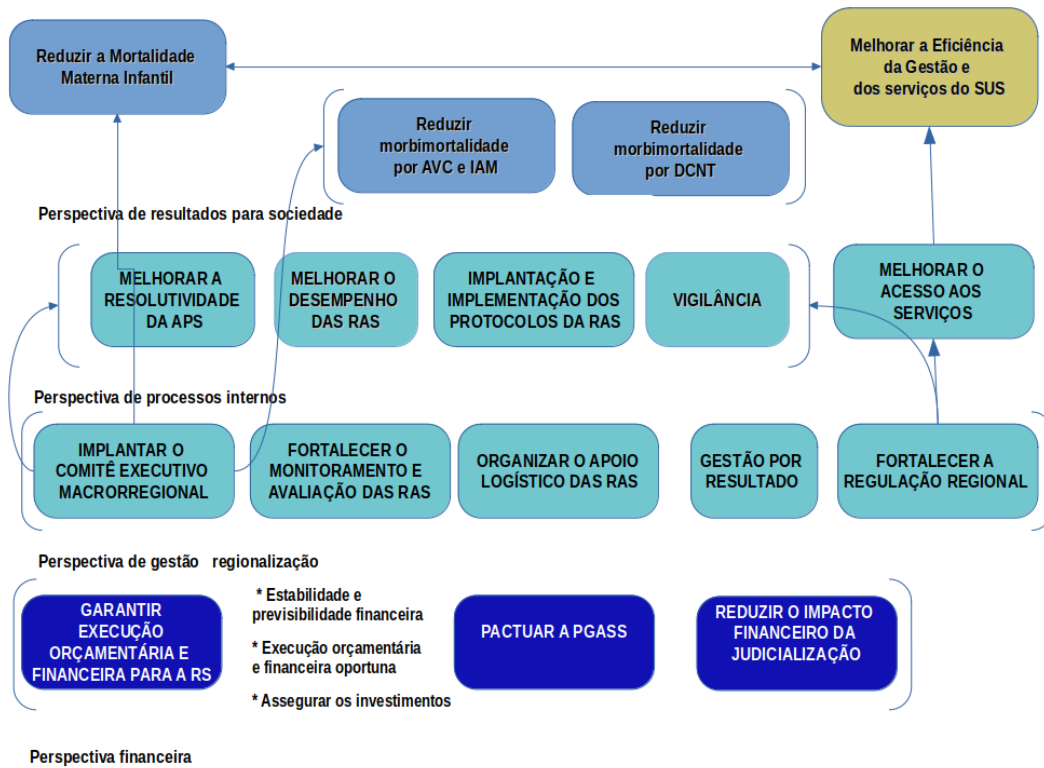
 Fragilidades

 Estratégia Municipal

 Estratégia Cooperação Regional



ANEXO - MAPA ESTRATÉGICO DA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE



Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
Clique aqui e responda a pesquisa.



DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**Governo
Federal**