

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

RENAN CARLOS FREITAS DA SILVA

**A IMPLANTAÇÃO DO DECRETO 7.508/11 NA SEGUNDA REGIÃO DE
SAÚDE DE PERNAMBUCO: ESTADO DA ARTE.**

**Recife-PE
2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**A IMPLANTAÇÃO DO DECRETO 7.508/11 NA SEGUNDA REGIÃO DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO: ESTADO DA ARTE.**

Artigo apresentado pelo acadêmico Renan Carlos Freitas da Silva à Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, como requisito para obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: M.s.c. Erlene Roberta R. dos Santos

**Recife-PE
2016**

Catálogo na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV
Bibliotecária Ana Ligia F. dos Santos - CRB-4/2005

S586i Silva, Renan Carlos Freitas da
A implantação do Decreto 7.508/11 na segunda região de saúde de Pernambuco: estado da arte / Renan Carlos Freitas da Silva. - Vitória de Santo Antão, 2016.

29 folhas: fig.

Orientadora: Erlene Roberta Ribeiro dos Santos.
TCC (Graduação)- Universidade Federal de Pernambuco. CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2016.
Inclui referências e apêndice.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Planejamento em Saúde. 3. Saúde Pública. I. Santos, Erlene Roberta Ribeiro dos (Orientadora). II. Título.

351.77 CDD (23.ed.) **BIBCAV/UFPE-024/2017**

RENAN CARLOS FREITAS DA SILVA

**A IMPLANTAÇÃO DO DECRETO 7.508/11 NA SEGUNDA REGIÃO DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO: ESTADO DA ARTE.**

Artigo apresentado pelo acadêmico Renan Carlos Freitas da Silva à Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, como requisito para obtenção do título de graduado em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 26/12/2016

BANCA EXAMINADORA

Profº. Msc. Erlene Roberta Ribeiro dos Santos (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Eliane Maria Medeiros Leal (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Fabianni Meneses Costa (Examinador Externo)
Secretaria Estadual de Saúde – PE

RESUMO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 teve papel fundamental no para o Brasil ter um sistema de saúde universal. O movimento pela Reforma Sanitária brasileira foi fundamental para a conquista, dois anos mais tarde, quando promulgada a Constituição Federal de 1988, que garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Dentre seus princípios e diretrizes, regem que o sistema seja descentralizado com direção única em cada esfera de governo. Enfatizando a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, bem como a regionalização e hierarquização desta rede de serviços. A organização do SUS dessa forma se inicia com as Normas Operacionais Básicas (NOB), a NOB 1991, NOB 93 e NOB 96. Posteriormente a Norma Operacional de Assistência à Saúde no ano de 2000, o Pacto pela Saúde em 2006 e mais recente e vigente o Decreto 7.508/11. O presente artigo tem o objetivo de analisar o processo de implantação do Decreto 7.508/11 na segunda Regional de Saúde de Pernambuco, com ênfase na construção do Mapa da Saúde, RENASES e RENAME. O percurso metodológico optou pela abordagem qualitativa, na tipologia de um estudo descritiva exploratória baseada no levantamento de evidências através da revisão de literatura e da análise documental sobre este processo. Para análise e processamento das informações foram utilizados matrizes de estadiamento permitindo a análise interpretativa e a do conteúdo por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens na inferência de conhecimentos relativos às condições de produção de acordo com Bardin. Como resultados preliminares foi possível observar que o Mapa da Saúde realizado no ano de 2013 foi instruído por um manual de orientações para sua construção, ofertada pela Secretaria Estadual de Saúde apresentando-se parcialmente conforme com este manual. Quanto ao processo de construção da RENASES e da RENAME estão paralisadas na Segunda Regional de Saúde. A construção do Mapa da Saúde parece ter sido o primeiro passo, mas que após não houve continuidade para consolidação dos produtos que este Decreto remete. Tendo o processo de implantação do Decreto 7.508/11 tímido na Segunda Regional de saúde do Estado de Pernambuco.

Palavras Chaves: Decreto 7.508/11. Regionalização em saúde. RENASES. RENAME.

ABSTRACT

The 8th National Conference of Health in 1986 had a fundamental role in Brazil for having a universal health system. The movement for the Brazilian Sanitary Reform was fundamental for the conquest, two years later, when the Federal Constitution of 1988 was enacted, which guaranteed health as the right of all and the duty of the State. Among its principles and guidelines, they govern that the system be decentralized with a single direction in each sphere of government. Emphasizing the decentralization of health services to municipalities, as well as the regionalization and hierarchization of this service network. The organization of the SUS in this way begins with the Basic Operational Norms (NOB), NOB 1991, NOB 93 and NOB 96. Subsequently the Operational Standard for Health Care in the year 2000, the Pact for Health in 2006 and more recent and In force the Decree 7.508 / 11. The present article has the objective of analyzing the implementation process of Decree 7.508 / 11 in the second Health Region of Pernambuco, with emphasis on the construction of the Health Map, RENASES and RENAME. The methodological approach opted for the qualitative approach, in the typology of an exploratory descriptive study based on the collection of evidence through literature review and documentary analysis on this process. Statistical matrices were used for analysis and processing of the information, allowing the interpretation and the content analysis through systematic procedures and objectives of message content description in the inference of knowledge regarding the conditions of production according to Bardin. As preliminary results, it was possible to observe that the Health Map carried out in the year 2013 was instructed by a manual of guidelines for its construction, offered by the State Health Department and partially complies with this manual. The construction of RENASES and RENAME are paralyzed in the Second Regional Health. The construction of the Health Map seems to have been the first step, but after that there was no continuity for the consolidation of the products that this Decree refers to. Having the process of implementation of Decree 7.508 / 11 timid in the Second Regional Health of the State of Pernambuco.

Article keywords: Decree 7.508 / 11, Regionalization in health, RENASES, RENAME.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 MÉTODO.....	14
2.1 Ambiente de Estudo	14
2.2 Técnicas para coleta de dados	15
2.3 Análise e Processamento das informações	15
2.4 Análise das informações.....	16
2.4.1 Análise de conteúdo	16
2.4.2 Análise interpretativa	16
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	17
3.1 Condições Sócio-Sanitárias.....	18
3.2 Estruturas do Sistema de Saúde	18
3.3 Redes de Atenção à Saúde	18
3.4 Fluxos de Acesso.....	19
3.5 Recursos Financeiros.....	19
3.6 Gestão do Trabalho	19
3.7 Ciência e Tecnologia.....	20
3.8 Gestão.....	20
3.9 RENASES e REMUME.....	22
4 CONCLUSÕES	24
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICES.....	28
APÊNDICE A - Matriz de Análise de Conformidade do Mapa da Saúde.....	28
APÊNDICE B -Matriz de Análise da situação da REMUME na REGIÃO	29
APÊNDICE C- Matriz de Análise do Estadiamento da construção da RENASES na REGIÃO.....	30

1 INTRODUÇÃO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 teve papel fundamental no para o Brasil ter um sistema de saúde universal. O movimento pela Reforma Sanitária brasileira foi fundamental para a conquista, dois anos mais tarde, quando promulgada a Constituição Federal de 1988, que garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 teve um caráter inovador, por permitir a autonomia e amplas responsabilidades na gestão de políticas públicas das três esferas do governo, objetivando um Estado descentralizado, fortalecendo o controle social e estimulando o compartilhamento de recursos entre os entes (BRASIL, 2011).

A garantia do Sistema Único de Saúde no fim da década de 80 na constituição federal brasileira proporcionou o acesso da sociedade aos serviços de saúde no Brasil, por meio de uma política de saúde universal, integral e equânime do ponto de vista cidadão. A Lei orgânica da saúde efetivou a promoção, proteção, recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços (BRASIL, 1990).

A saúde pública brasileira passa então a ser regida por um Sistema Único de saúde. A sua regulamentação ocorreu dois anos mais tarde quando sancionada a Lei Orgânica da Saúde que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Juntamente com a Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências complementando-a.

Dentre seus princípios e diretrizes, regem que o sistema seja descentralizado com direção única em cada esfera de governo. Enfatizando a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, bem como a regionalização e hierarquização desta rede de serviços (BRASIL, 1990).

Dessa forma, os municípios possuem autonomia nas ações e serviços de saúde, especialmente no que se refere aos cuidados primários e quando possíveis, os serviços de média e alta complexidade. Entre suas principais atribuições estão as vigilância sanitária e epidemiológica, da alimentação e nutrição, do saneamento básico e da saúde do trabalhador, planejar, controlar e organizar os serviços de saúde local dentre outros (BRASIL, 2011). Para Lobato, Martich e Pereira (2016) ressaltam que a tradicional autonomia do nível local contemplou um papel inédito e central dos municípios na condução das políticas sociais, particularmente as de saúde.

O caminho da descentralização e autonomia dos entes municipal, estadual e federal respectivamente, na execução das ações e serviços de saúde, coordenação e formulação de políticas, passa, portanto, a ser um desafio enfrentado. Nesse sentido, a municipalização começa a ganhar força como estratégia fundamental para responsabilização sanitária.

A organização do SUS assume o desenho de funcionamento a partir das Normas Operacionais Básicas (NOB), a NOB 1991, NOB 93 e NOB 96. Posteriormente a Norma Operacional de Assistência à Saúde no ano de 2000, o Pacto pela Saúde em 2006 e mais recente e vigente o Decreto 7.508/11.

A operacionalização do sistema de saúde começou a ser discutida, no sentido de promover descentralização dos serviços de saúde visando a maior cobertura e almejando igualdade do acesso a população. Ainda em 1991 foi percebida essa necessidade de estruturar a operacionalização do SUS, descentralizando o papel dos entes federativos nas ações e serviços de saúde. A Norma Operacional Básica – NOB/91 instituiu-se como uma das primeiras iniciativa do Ministério da Saúde no tocante a este assunto. Fornecendo instruções para implantação e operacionalização no tocante aos recursos repassados pelo ainda Instituto Nacional de Previdência Médica da Previdência Social (BRASIL, 1991).

Um ano mais tarde, a NOB 92 tornou-se mais um mecanismo para aprimorar o funcionamento do SUS, estabelecendo normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1992). Esta NOB apresentou alguns avanços por introduzir aspectos da constituição de 1988, por recuperar aspectos da Lei Orgânica como o planejamento e o processo de municipalização e descentralização. Porém praticamente mantendo o caráter de financiamento da NOB anterior, por meio de um modelo curativo, baseada no repasse por densidade populacional (SCATENNA; TANAKA, 2001).

Posteriormente, a NOB 93 estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1993). Segundo Scatenna e Tanaka (2001), foi a primeira a definir o gerenciamento de descentralização dos entes federativos, através das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite e dos conselhos municipais de saúde.

A NOB 96, redefiniu o modelo de gestão do SUS, contituindo por conseguinte, como instrumento indispensável para viabilizar a atenção integral à saúde da população e no tocante ao disciplinamento das três esferas do governo (BRASIL, 1996). Esta NOB em especial institui o reordenamento do modelo de atenção à saúde, a criação do cartão nacional de saúde, fortalece os sistemas municipais e institui a Programação Pactuada e Integrada como

instrumento na alocação de recursos do pacto estabelecido nas três esferas do governo. A PPI é um instrumento elaborado e conduzido pelos municípios definidos em CIB e incorporando as ações do estado neste processo. A união compatibiliza as PPI's estaduais, englobando suas responsabilidades e alocando recursos disponíveis e negociados em CIT (SCATENNA; TANAKA, 2001).

Cinco anos mais tarde, o processo de descentralização do SUS ainda não havia sido totalmente concretizado, apenas 30% dos estados no final do ano de 2000 estavam em conformidade a NOB 96 (MORAZ, 2011). Neste contexto, por meio da resolução nº 307/2000 do Conselho Nacional de Saúde ficou aprovado a regulamentação da Norma Operacional de Assistência à Saúde, para ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definindo os processos de regionalização da assistência e criando mecanismos no fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procedendo a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Em 2006, o através da portaria nº 399, institui o Pacto pela Saúde para consolidar o SUS e aprovar as diretrizes operacionais deste pacto. Ele representou o compromisso entre os gestores do SUS na implantação em três dimensões: o pacto pela vida, pacto pelo SUS e o pacto de gestão. No sentido de promover inovações nos processos de gestão visando aumentar a eficiência, eficácia e efetividade, bem como garantir agilidade na resolubilidade para com as necessidades de saúde da população, prezando pela equidade e controle social (BRASIL, 2006).

. Para Machado, Costa, *et al.*, (2009) os atores reconhecem a importância de recursos técnicos, políticos, internacionais e na busca ativa de negociações em comum interesse. O Pacto difere de outros instrumentos anteriormente citados, por propor a formalização de acordos entre os entes por meio de um Termo de Compromisso de Gestão, que deveriam ser aprovados em CIB e CIT, em substituição dos antigos procedimentos (LIMA *et al.*, 2012).

Porém, apenas em 2011, vinte um anos após a criação da Lei Orgânica da Saúde, o Decreto nº 7.508/11, foi sancionado sobre a égide de dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o seu planejamento, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa. Teve o intuito de regulamentar a Lei orgânica de modo a corrigir as dificuldades enfrentadas, dispondo da organização do Sistema, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa, ratificando a regionalização e hierarquização na organização das ações públicas e serviços de saúde no SUS (BRASIL, 2011).

Como componentes fundamentais para a implantação do Decreto, destacam-se: a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME); a Relação Nacional de Serviços de Saúde (RENASES); e o Mapa da Saúde. Estes estão configurados como importantes instrumentos para a efetivação do processo da regionalização e do planejamento da saúde.

O Decreto determina que o planejamento da saúde seja ascendente e integrado com a compatibilização das necessidades de saúde com disponibilidade de recursos financeiros, sendo obrigatório para os entes públicos. O Mapa da Saúde como instrumento de apoio ao planejamento: auxilia na análise da situação de saúde e identificação das necessidades de saúde. O planejamento integrado no âmbito regional e COAP na integração dos Planos de Saúde dos entes federativos com vistas à organização da rede de atenção à saúde. E compromissos assumidos no COAP em seção específica do Relatório de Gestão (BRASIL, 2011)

Um dos aspectos mais importantes que o Decreto aborda, é a formalização na instituição das regiões de saúde, apenas direcionando o que já vinha explicitado na Lei orgânica quando afirmava do sistema regionalizado e hierarquizado.

Viana e Lima (2011), afirma que a regionalização permite uma mudança na autonomia das ações através da redistribuição de poder na política de saúde. Que consequentemente envolve novos atores, objetos, normas e processos. Uma relação direta entre governados e liderados a partir da percepção de ideologias e diferentes orientações na tomada de decisão.

Como instrumento de planejamento, a instituição do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde trouxe a oficialização da pactuação entre os entes em caráter jurídico legal, visto que a pactuação anteriormente realizada pelo o termo de compromisso de gestão não configurava na legalidade jurídica. Para subsidiar o COAP, o instrumento da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde para definição das metas, quantitativos físicos e financeiros das ações de saúde na região. Este instrumento substituirá a PPI e abrangerá ações da assistência à saúde, vigilância em saúde e a assistência farmacêutica.

Para Lenir Santos (2012), em uma análise jurídica da gestão interfederativa do SUS, inicialmente remete as pautas de interdependência federativa, pois a garantia da direito a saúde e a integralidade não se esgota em um único ente, sendo fundamental a colaboração e da participação ativa.

O Decreto proporcionou que a região de saúde e as comissões intergestores, enriquecessem a arquitetura do SUS, dispondo justamente no COAP como instrumento jurídico-institucional, integrando seus serviços e recursos financeiros numa administração

negociável e pactuada, com responsabilidades sanitárias adequadas a estruturas demográficas, socioeconômicas e geográficas.

Este marco legal cria também o Colegiado Intergestores Regional como instância pactuadora da região de saúde (CIR), somada ao colegiado CIB e CIT. De forma que a região de saúde possua autonomia para planejar e tomar decisões compatíveis com as reais necessidades de saúde da população local.

O Mapa da Saúde também instituído pelo Decreto define a geografia na distribuição dos agravos presentes, das ações e serviços de saúde tanto na rede SUS como na rede complementar e dos recursos humanos, servindo como importante instrumento para o planejamento local. Tendo como requisito mínimo para constituição de uma região de saúde as linhas de cuidado pré-definidas, sendo a atenção primária, atenção ambulatorial e hospitalar, urgência e emergência, atenção psicossocial e a vigilância em saúde.

Na assistência à saúde, cria a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Esta primeira compreende todas as ações e serviços que o SUS oferta ao usuário, tendo atualização a cada dois anos, estando estruturada de forma que sejam expressos a organização dos serviços e o atendimento da integralidade do cuidado (BRASIL, 2012).

Já a RENAME compreende a seleção e padronização dos medicamentos ofertados pelo SUS, também atualizado a cada dois anos (BRASIL, 2011). O usuário do SUS tem direito garantido à assistência farmacêutica, de acordo com a RENAME que compreende a seleção e padronização dos medicamentos indicados para as doenças e agravos. Sendo o Ministério da Saúde o órgão competente na sua coordenação, dos protocolos clínicos e das diretrizes terapêuticas. O estado, o Distrito Federal e o município poderão adotar relações específicas e complementares dos medicamentos. A publicação do Decreto trouxe nova roupagem a RENAME, compreendendo a seleção e a padronização de medicamentos indicados no atendimento das doenças ou agravos no âmbito do SUS, devendo ser garantido o acesso aos usuários do SUS (CONASS, 2015).

Além do Decreto como um grande avanço, a Lei Complementar nº 141 sancionada em 2012, dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Esta Lei só foi sancionada após 12 anos da Emenda Constitucional nº 29 do ano 2000. Estabelece o que se trata por ações e serviços públicos de saúde, garantindo clareza para a

alocação dos recursos dos entes federados. Além de determinar o percentual mínimo que estes entes devem aplicar, no caso, os municípios o percentual de 15% de arrecadação própria, os estados o percentual de 12% de suas próprias arrecadações e a União o montante empenhando no exercício financeiro, acrescido de no mínimo o percentual correspondente a variação nominal Produto Interno Bruto (BRASIL, 2012).

Bem como instituir a transparência e visibilidade da gestão na saúde, com a comprovação do cumprimento do disposto da Lei, o relatório de Gestão do SUS a avaliação do conselho de saúde sobre determinada gestão. Além de torná-las acessíveis ao controle social mediante audiências públicas durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde (BRASIL, 2012).

Em Pernambuco o processo de regionalização foi instituído através do desenho do Plano Diretor de Regionalização, ocorrido também em 2011, apesar deste movimento já ter sido iniciado ainda 2009. Instituído 12 Regionais de Saúde como um espaço geográfico agrupado por municípios limítrofes, como similaridades nos aspectos epidemiológicos, culturais e sociais. Formado também por 11 microrregiões de saúde sendo base territorial para o planejamento da atenção primária com capacidade da oferta dos serviços de saúde de ambulatório e média complexidade e quatro macrorregiões de saúde (PERNAMBUCO, 2011).

Ainda em 2016 a implantação do Decreto parece ser um desafio para os estados e municípios, neste ano apenas dois estados brasileiros realizaram a assinatura do Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde, que se define na instrumentalização da colaboração nas responsabilidades sanitárias, sendo um dos produtos principais que este Decreto regulamenta, interferindo no desenho da rede dos serviços de saúde e no processo de regionalização da saúde. Além disso, o Mapa da Saúde, RENASES e RENAME se configuram como instrumentos fundamentais para o planejamento regional, permitindo aos gestores tomadas de decisões coerentes com a realidade. Desta forma, justificando assim, a necessidade de estudos que identifiquem a implantação deste Decreto visando a conformação das redes regionalizadas de saúde.

O presente estudo tem o objetivo de analisar o processo de implantação do Decreto 7.508/11 na segunda Regional de Saúde de Pernambuco, com ênfase na construção do Mapa da Saúde, RENASES e RENAME.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório na tipologia de pesquisa qualitativa, que baseou-se no levantamento de evidências. Para Minayo (1995) a pesquisa qualitativa pode ser a resposta de questões particulares. Preocupando-se nas ciências sociais com um nível da realidade não sendo possível quantificá-lo. Ela atua no universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Correspondendo a um espaço mais profundo na relação dos processos e fenômenos.

De acordo com Gil (2008) as pesquisas descritivas possuem o objetivo descrever a característica seja de uma determinada população, fenômeno ou experiência. Este estudo utiliza a revisão de literatura e análise documental como instrumentos para construção dos resultados.

Figura 1 – Percurso metodológico



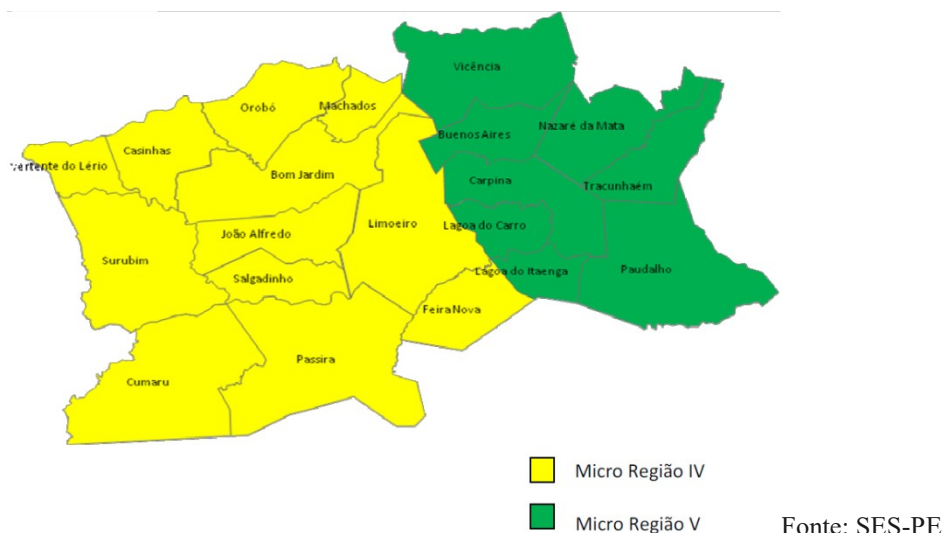
Fonte: SILVA, R. C. F., 2016.

Nota: Elaborado pelo autor de acordo com a metodologia.

2.1 Ambiente de Estudo

A Segunda Regional de Saúde possui uma população de 586.944 habitantes, sua sede situa-se em Limoeiro e inclui a microrregião IV com sede em Surubim/Limoeiro e a microrregião V com sede em Carpina/Paudalho. Os municípios integrantes desta Regional de Saúde são: Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa do Itaenga, Lagoa do Carro, Limoeiro, Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Paudalho, Passira, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vertente do Lério e Vicência.

Figura 2 – Mapa da segunda região de saúde.



Fonte: SILVA, R. C. F., 2016.

Nota: Elaborado pelo autor de acordo com a metodologia.

2.2 Técnicas para coleta de dados

a) Levantamento Bibliográfico

Levantamento bibliográfico sobre o tema da regionalização em saúde, as mudanças normativas recentes e suas perspectivas, através do sistema de busca SCIELO, utilizando os descritores “Regionalização”, “Mapa da Saúde”, “RENASES”, “RENAME”, com publicação nos últimos 05 anos.

b) Análise Documental

De acordo com Gil (2002, p.62-3), a pesquisa documental possui algumas vantagens por dispor de uma “fonte rica e estável de dados”. Além de não implicar em altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. Foram analisados o Plano de Saúde do Estadual e do Plano de Diretor de Regionalização buscando identificar a existência de documentos de posicionamento de entes federados e/ou suas entidades representativas.

2.3 Análise e Processamento das informações

- a) Matriz de Análise de Conformidade do Mapa da Saúde (APÊNDICE A) elaborada pelo próprio autor. O instrumento sintetiza a análise documental do Mapa da

Saúde da Segunda Regional de Saúde e do Checklist baseado no manual instrutivo.

- b) Matriz de Análise da Situação da REMUME(APÊNDICE B) elaborada pelo próprio autor. Esta matriz tem o objetivo de sintetizar a situação da REMUME na Segunda Regional de Saúde.
- c) Matriz de Análise do Estadiamento da RENASES (APÊNDICE C) elaborada pelo próprio autor. Este instrumento tem o objetivo de verificar o cenário atual da construção da RENASES na Segunda Regional de Saúde.

2.4 Análise das informações

2.4.1 Análise de conteúdo

O estudo utilizou a técnica de análise de conteúdo, que para Bardin (1977, p.38-42) pode ser entendida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. *“Visa obter indicadores. (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”*.

2.4.2 Análise interpretativa

Para Minayo (2011) a interpretação é um ato contínuo que ultrapassa à compreensão e também está presente nela, para a autora toda compreensão deve guardar dentro de si uma possibilidade de interpretação, ou seja, uma apropriação do que se compreende.

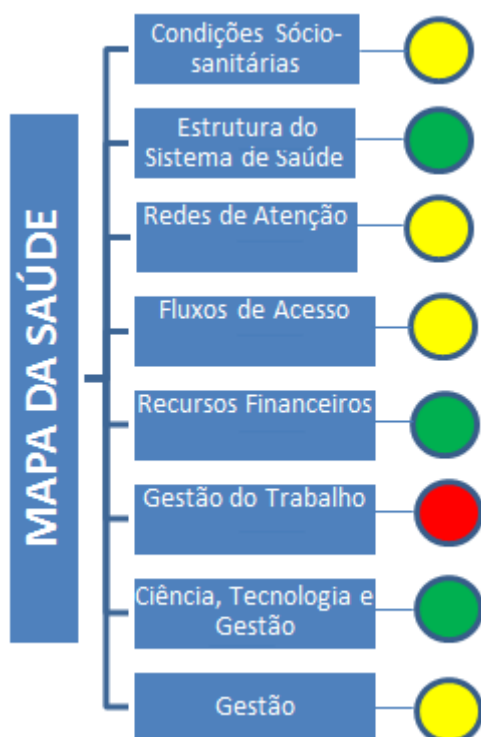
O processamento de dados foi realizado pelo software de criação de planilhas Excel® da Microsoft na versão 2010, Microsoft Word® na versão 2010 para elaboração da dissertação do estudo. Além do uso do software de geoprocessamento Mapi-Info para delineamento dos produtos do Decreto 7.508/11 na Regional de Saúde e da ferramenta Tabnet/PE para coleta de dados sanitários da região de saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

De maneira geral, o mapa da saúde da II Regional de Saúde faz um levantamento da situação sanitária da região, contemplando vários dados que corroboram para realização de uma gestão condizente com a realidade e necessidades locais. Porém, precisando ser atualizado, pois foi confeccionado no ano de 2013. Este presente instrumento poderia esmiuçar os dados e transformá-los em informação, no qual favoreceria o leitor e aos gestores um entendimento direto sobre a situação sanitária da região.

No estado de Pernambuco, foi verificado que menos de 50% das regionais de saúde realizaram seus devidos mapas. Portanto, a II GERES já contempla o mérito da realização. Quanto às orientações propostas, o mapa foi subdividido em blocos (condições sócio-sanitárias, estrutura do sistema de saúde, redes de atenção, fluxos de acesso, recursos financeiros, gestão do trabalho, ciência e tecnologia e gestão) dos quais apresentaram-se conforme, parcialmente conforme não conforme de acordo com a figura abaixo.

Figura 3 – Mapa de conformidade



Fonte: SES-PE. Elaborado pelo autor

A divisão por blocos pode facilitar o entendimento do gestor quanto a realidade de saúde regional e, por conseguinte pode favorecer melhorias nas tomadas de decisão provenientes das informações deste instrumento.

3.1 Condições Sócio-Sanitárias

O bloco das condições sócio sanitárias é o mais longo abordando 49 indicadores relacionados a morbimortalidade, internação, cobertura vacinal, incidência de alguns agravos e atenção básica. Dos 49 indicadores apresentados, apenas dois não estavam conforme o manual de orientações da SES, por não terem sido apresentados, sendo a cobertura vacinal por Influenza e a cobertura vacinal por Influenza em pessoas idosas.

3.2 Estruturas do Sistema de Saúde

O bloco da estrutura do sistema de saúde abordou os indicadores da capacidade instalada como leitos, equipamentos e distribuição clínica e indicadores da oferta e cobertura das ações e serviços públicos de saúde na regional. Os indicadores apresentaram-se conforme as orientações propostas.

3.3 Redes de Atenção à Saúde

No Bloco das redes de atenção à saúde, utilizou-se as redes temáticas do SUS com a exceção da rede de atenção às doenças e condições crônicas, da qual não fez parte do manual de orientação. Dentre os eixos verificados, a incompletude das redes de atenção à saúde é preocupante, tendo a ausência da rede de atenção psicossocial e das doenças crônicas como fator alarmante, do qual não se conceituou os equipamentos constantes desta rede nem como os usuários percorrem-na, não sendo possível identificar os fluxos de acesso na referência e contra referência, bem como o quantitativo de possíveis leitos psiquiátricos existentes na região.

As informações sobre a rede de saúde mental não conceituam os equipamentos e sua função na rede, não apresentam o quantitativo de leitos psiquiátricos nem como os usuários percorrem pela rede, sugerindo haver problemas para sua concretude.

Esta ausência podem gerar inúmeros impactos sobre os usuários que dependem da saúde mental na região. A RAPS deve ser integrada, articulada e efetiva nos seus diferentes pontos de atenção, com objetivo de atender as pessoas em sofrimento ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais ou do consumo de álcool, crack e outras drogas considerando as especificidades regionais e na base comunitária (BRASIL, 2011). Sobre tudo na desinstitucionalização dos leitos psiquiátricos, implicando novos contextos de vida para as

peessoas com transtorno mental e seus familiares, produzindo diversas ações na saúde mental que substituam a internação (OLIVEIRA; MARTINHAGO; MORAES, 2009).

A ausência da rede crônica é outro fator preocupante, apesar do mapa demonstrar alguns dados de morbimortalidade. O fato é que as doenças crônicas representam hoje a maior causa de mortalidade no Brasil de acordo com o sistema de informação sobre mortalidade. No ano da construção do mapa as mortes por DANTS foram responsáveis por 72,6% dos óbitos no país, na Segunda Regional de Saúde houve 24.473 mortes (PERNAMBUCO, 2016).

É necessário que o mapa da saúde demonstre as linhas de cuidados e protocolos clínicos para as doenças crônicas não transmissíveis. Conforme Mendes (2010), a situação de saúde não pode ser respondida adequadamente, por um sistema de atenção a saúde fragmentado, reativo e episódico, voltado prioritariamente para as ações às condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Reitera que este formato não deu certo em outros países e não vem dando certo no SUS.

3.4 Fluxos de Acesso

Denota fragilidade a insipiência da rede assistencial de média e alta complexidade. Apesar de cumprir o manual, apenas é demonstrado dado sem construção de informações, não ficando claras as internações de alta complexidade que são as mais onerosas no SUS. Neste ano de realização do mapa, segundo dados do SIA-SUS a segunda regional de saúde de Pernambuco tiveram o total de 6.063 Autorizações de Internação Hospitalares pagas, representando um montante de mais de nove milhões de reais gastos com internações.

3.5 Recursos Financeiros

Os blocos dos recursos financeiros atenderam o manual de orientações, foram citados os indicadores de despesa total em saúde por habitante, percentual de despesas em investimento em relação à despesa total, percentual mínimo de recursos aplicado pelos municípios e a despesa total em saúde. O mapa utilizou o SIOPS como fonte de dados para a construção.

3.6 Gestão do Trabalho

O manual de orientação sobre o eixo da gestão do trabalho e educação em saúde aborda os indicadores da gestão de pessoas, quantidade e categoria dos profissionais, a natureza do vínculo, o núcleo de educação permanente e o plano de cargo e carreira profissional. As informações contidas no mapa não foram suficientes para realizar esta análise, pois afirma que estes dados são de responsabilidade dos municípios.

No sentido de Recursos Humanos o Mapa não aborda um levantamento sobre a quantidade de profissionais envolvidos nos processos relativos à saúde nos municípios que fazem parte da região, nem de seu próprio ambiente.

A garantia da Educação Permanente parece ser para os trabalhadores da saúde um desafio a ser superado. No sentido de promover a ampliação da capacidade crítica e o envolvimento de todos no processo de trabalho, visando à transformação das próprias práticas, possibilitando assim o compromisso com a melhoria da qualidade dos serviços. No Mapa é afirmado que houve somente na GERES cerca de 80 cursos num período de cinco anos, não sendo possível traçar um perfil das realizações destes cursos nem as demandas mais requisitadas pelos profissionais.

Chiavennato (1999) ressalta que para Nadler e Lawler estudiosos da administração científica, a Qualidade de Vida no Trabalho está alicerçada em quatro aspectos: na participação dos funcionários nas decisões, na reestruturação do trabalho através do enriquecimento das tarefas e de grupos autônomos de trabalho, na inovação no sistema de recompensas para influenciar o clima organizacional e por fim na melhoria no ambiente de trabalho quanto às condições físicas e psicológicas. Já para Levering (1986) um bom lugar para se trabalhar possibilita, sobretudo, que os colaboradores tenham, além do trabalho, outros compromissos em suas vidas, como família, os amigos entre outras atividades.

Sendo desta forma, importante traçar o perfil dos profissionais da GERES e dos municípios, onde os gestores possam enxergar as demandas de profissionais para suprir as necessidades na região, bem como proporcionar a realização da educação permanente de acordo com as peculiaridades destes profissionais.

3.7 Ciência e Tecnologia

O bloco da ciência e tecnologia, produção tecnológica, produção e inovação em saúde realiza a distribuição de instituições e suas capacidades e especificidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde. Os temas abordados contemplam o manual de orientações para construção do mapa.

3.8 Gestão

Por fim, o bloco da gestão contempla 17 indicadores relacionados à gestão como o desenvolvimento da gestão local, da alimentação dos sistemas de saúde, do conselho de saúde, das relações interfederativas e outros. Dos indicadores relacionados, quatro não atendem ou estão parcialmente conforme com as orientações. Chama a atenção a ausência do

indicador mesa de negociação nos espaços de articulação interfederativa, da ausência do quadro de planos de saúde dos municípios e da programação municipal das necessidades.

Chama atenção a ausência no Mapa da Saúde acerca dos espaços de pactuação do Colegiado Intergestor Regional. Este espaço é fundamental para o processo de regionalização e está ancorado sobre o Decreto 7.508/11.

A CIR pode ser entendida como um espaço político e deliberativo que tem como objetivo conduzir um canal de negociação e decisão dos gestores municipais da região e do estado para o desenvolvimento da rede regionalizada de saúde. A CIR substitui o antigo Colegiado de Gestores Regionais, estabelecido pelo Pacto da Saúde no ano de 2006.

Viana, Lima e Ferreira (2011), afirmam que a CIR é uma grande inovação da saúde pública brasileira, constituindo-se enquanto instâncias de cogestão no espaço regional, pois criam um elo permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o estado, preenchendo um “vazio” na governança regional.

A Lei 12.466 de 24 de agosto de 2011 legitima as s Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

A ausência no Mapa pode demonstrar fragilidade do processo de regionalização e de pactuação em entre os gestores situados nesta regional de saúde. Além disto, implica no processo de construção e manutenção de uma rede de saúde regionalizada e sobretudo, solidária, capaz de ofertar os serviços de saúde aos usuários da região.

Outro aspecto importante que também não foi citado no mapa foi a ausência do quadro de planos de saúde dos municípios nem das conferências municipais de saúde. Os planos de saúde são à base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária, sendo fiscalizado pelo conselho de saúde (BRASIL, 1990).

Além disto, o plano municipal de saúde é o principal instrumento de planejamento da saúde municipal, é através dele que se definem as prioridades para execução de ações nos próximos quatros anos de governo por meio de diretrizes, objetivos e metas. Norteia a construção da Programação Anual das Ações e Serviços de Saúde e subsidia a construção dos instrumentos de prestação de contas como o Relatório Anual e Quadrimestral de Gestão.

As ausências dos planos municipais de saúde e das conferências municipais de saúde no mapa enfraquecem o processo do controle social no SUS e demonstram fragilidade quanto ao processo de condução da política de saúde, do processo de planejamento e gestão do SUS na região de saúde.

3.9 RENASES e REMUME

A ausência da RENASES mostrou-se fator alarmante diante a condução do processo de regionalização e da implantação do Decreto 7.508/11 em Pernambuco. A RENASES compreende todas as ações e serviços de saúde que o SUS oferece ao usuário para o atendimento a integralidade da assistência à saúde.

Para sua elaboração, as ações e serviços de saúde constantes da RENASES serão oferecidos de acordo com os regramentos do SUS no tocante ao acesso, baseados em critérios de referenciamento na Rede de Atenção à Saúde, e se fundamentam em normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS (BRASIL, 2012).

No bojo do Decreto 7.508/11, ressalta que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES. E que poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Segundo a Portaria 841, de 02 de maio de 2012 a RENASES deve está organizada nos componentes da atenção básica, das ações e serviços da urgência e emergência, da psicossocial, da atenção ambulatorial, especializada e hospitalar e da vigilância em saúde. Ou seja, ela contempla as redes de atenção à saúde e devem orientar o processo de planejamento da região, sendo também importante para a construção da PGASS e consequentemente do COAP (BRASIL, 2012).

A sua ausência implica na realização de um planejamento focado no território juntamente com a rede assistencial da região de saúde e dificulta possíveis ações ou intervenções a serem desenvolvidas pela GERES na região de saúde.

Quanto a ausência da Relação Municipal de Medicamentos também indica fragilidade na implantação do Decreto na região de saúde. Não foi possível verificar se os municípios

possuem algum tipo de relação de medicamentos que dispensam para seus usuários. A GERES também não possui nenhuma relação de medicamentos que os municípios dispensam.

A REMUME é orientada pela RENAME que deve contemplar os medicamentos e insumos ofertados no SUS por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, além de determinados medicamentos de uso hospitalar. Ser atualizada a cada dois anos desde que respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores e estarem em consonância com os medicamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

É importante para condução da política de saúde os entes terem relações de medicamentos dispensados a população, de maneira que possa planejar o processo de aquisição, controle e dispensação, garantindo a integralidade do cuidado.

4 CONCLUSÕES

O processo de implantação do Decreto 7.508/11 ainda se mostra tímido na Segunda Regional de saúde do Estado de Pernambuco. A construção do Mapa da Saúde foi o primeiro passo, mas que após não houve continuidade para consolidação dos produtos que este Decreto remete.

As ausências destes produtos fragilizam e atrasam o processo de regionalização no estado, sobretudo na pactuação de serviços por meio das redes assistenciais existentes e de novos serviços que possam ser incorporados. Além disso, dificultam a realização de um planejamento que contemple um cenário realístico acerca da estrutura dos serviços de saúde, dos recursos financeiros, dos equipamentos de saúde, dos recursos humanos dentre outros para a oferta das ações e serviços de saúde dentro do território regional.

Entretanto, ressalta-se o esforço da Gerencia Regional de Saúde no fortalecimento do processo de regionalização com importantes iniciativas para mobilizar os gestores municipais para a necessidade do avanço na implantação deste Decreto presidencial.

A escassez do tema na literatura também denota preocupação, mais de cinco anos após sua publicação o tema pouco é abordado nas produções literárias. O que também sugere que o tema não tem tido grandes avanços no restante do país.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: [s.n.], 1988. p. art.196. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 05 maio 2016.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília: [s. n.], 1990.
- BRASIL. **Resolução nº 258 de 07 janeiro de 1991**. Brasília, 1991. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 05 maio 2016.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria 234 de 07 de fevereiro de 1992**. Brasília: [s.n.], 1992.
- BRASIL. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Brasília: [s.n.], 1993. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 05 maio 2016.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Brasília: [s.n.] 1996.
- BRASIL. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Brasília: [s.n.], 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 05 maio 2016.
- BRASIL. **Diretrizes operacionais: Pactos pela Vida, Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: [s.n.], 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2016.
- BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília: [s.n.], 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 05 maio 2016.
- BRASIL. **Portaria 12.466 de 24 de agosto de 2011**. Brasília: [s.n.], 2011.
- BRASIL. **Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: [s.n.], 2011. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogadicao/dr_legislacao_drogadicao/Federal_Drogadicao/Portaria%20n%C2%BA%203088-2011%20-%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 10 set 2016.
- BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Brasília: [s.n.], 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 05 maio 2016.
- BRASIL. **Portaria 841 de 02 de maio de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012**. Brasília: [s.n.], 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011**. Brasília, DF: [s.n.], 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A regionalização da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CHIAVENNATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 14. ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 1999.

CONSELHO NACIONAL SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015.

LEVERING, R. **Um excelente lugar para se entregar: o que torna alguns empregadores tão bons (e outros tão ruins)**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1986.

LIMA, L. D. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 1903-1914, Jul 2012. Disponível em: <>. Acesso em: 05 maio 2016.

MACHADO, R. R. et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p.181-187, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a23.pdf>. Acesso em: 06 maio 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 10 jun 2016.

MORAZ, G. **O sistema único de saúde no Brasil: uma avaliação do seu funcionamento**. Porto Alegre: [s.n.], 2011. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/36105/000817670.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 05 maio 2016.

OLIVEIRA, W. F.; MARTINHAGO, F.; MORAES, R. S. M. Entendendo o processo da reforma psiquiátrica: a construção da rede de saúde mental. **Cadernos de Saúde Mental**, Florianópolis: Abrasme; UFSC, 2009.

SCATENNA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (nob) no processo de descentralização da saúde. *Saude e Sociedade*, São Paulo, v.10, n.2, p. 47-74, Aug./Dec. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902001000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde em Pernambuco. **Relatório**. Recife: Diretoria Geral de Planejamento, 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Recife: Diretoria Geral de Planejamento, 2012.

SANTOS, L. **SUS: desafios politico-administrativos da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a Descentralizar**. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2012.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Política Estadual de Regulação Assistencial**. Recife: SES, 2012.

MENDES, Eugenio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. [S. l.]: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (orgs). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

SANTOS, L. **SUS: desafios politico-administrativos da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a Descentralizar**. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1995.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo : Atlas, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 15 maio 2016.

APÊNDICES**APÊNDICE A - Matriz de Análise de Conformidade do Mapa da Saúde**

Item Avaliado	Tema abordado	Conforme	Não Conforme	Parcialmente Conforme	Observações

APÊDICE B -Matriz de Análise da situação da REMUME na REGIÃO

Município	Possui REMUME	Não Possui REMUME	Validade (2 anos)	Observações
B	s		2006	

**APÊNDICE C- Matriz de Análise do Estadiamento da construção da RENASES na
REGIÃO**

Município	Concluído	Em andamento	Paralisado (desde quando?)	Observações

Categorias (serviços básicos, serviços de média complexidade, alta complexidade).