

Diretrizes Para a Implementação do COAP no Paraná

Introdução

O Plano de Governo do Estado do Paraná estabelece que para enfrentar o desafio do acesso é preciso qualificar as ações e serviços de saúde, reduzindo as distâncias e o tempo de resposta do atendimento às necessidades da assistência à saúde do cidadão paranaense por meio das REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE organizadas em todas as regiões do estado do Paraná.

No Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015 estão contidas as diretrizes que contemplam os desenhos das redes de atenção à saúde, organizadas nas 22 Regiões de saúde e consolidadas nas macrorregiões.

Com base nas diretrizes do Plano Estadual de Saúde aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde e tendo em vista o Decreto 7508 de 2011 que estabelece o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde-COAP, cujo objeto é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários faz-se necessário estabelecer as diretrizes para a implementação do COAP no estado do Paraná.

Para que se implemente o COAP é preciso definir como premissas fundamentais a organização das redes de atenção à saúde, a definição dos territórios sanitários, o processo de planejamento regional integrado e os mecanismos de governança regional.

1. Organização das Redes de Atenção a Saúde

A Portaria GM Nº. 4279, de 30 de dezembro de 2010, dispõem sobre as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS e traz o seguinte conceito: *a Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que integradas por meio de*

sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O objetivo das redes é promover a integração de ações e serviços de saúde com atenção continuada integral e de qualidade bem como, melhorar o sistema de saúde no que diz respeito a acesso, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

São essenciais para o funcionamento da rede os seguintes atributos:

- **População e território definidos** com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
- Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
- Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
- Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
- Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
- Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
- **Sistema de governança único para toda a rede** com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
- Participação social ampla;
- Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;

- Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
- Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
- Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e
- Gestão baseada em resultado.

1.1 As Redes de Atenção à Saúde no Paraná

O Paraná vive uma nova realidade tanto do ponto de vista epidemiológico quanto do ponto de vista demográfico. Essa nova realidade se configura em uma nova situação de saúde, da tripla carga de doença (condições crônicas e condições agudas, e os eventos agudos causados pela violência interpessoal e os acidentes, principalmente de trânsito), com elevado predomínio das condições crônicas.

Com base nessa situação de saúde, com elevada morbi-mortalidade por causas externas e por doenças crônicas, definiu-se no Plano de Governo 2011 a 2014 a mudança de modelo assistencial, com a implantação de sistemas integrados - Redes de Atenção a Saúde, implantadas a partir das necessidades de saúde dos cidadãos, identificadas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde nos 399 municípios, que orientam a organização das ações e serviços secundários a serem organizados nas 22 regiões de saúde, e dos serviços de atenção terciária nas 4 macrorregiões do estado.

A Secretaria de Estado da Saúde estabeleceu prioritariamente a implantação das redes de atenção materno infantil - **Rede Mãe Paranaense, a Rede de Atenção as Urgências e Emergências, e a Rede de Atenção Psicossocial**. Essa escolha está respaldada pelos indicadores de saúde do Paraná e pela necessidade de se organizar o sistema de saúde para que em todas as regiões de saúde, a população tenha disponível um serviço de referência ambulatorial e hospitalar para atenção a gestante e criança de risco, para o atendimento de urgência e emergência, e para a atenção aos transtornos mentais e tratamento da dependência química (álcool e outras drogas); e nas macrorregiões, considerando a necessidade de garantir a integralidade do cuidado e atender os princípios de qualidade e escala adequada, a implantação dos serviços mais complexos para atenção as crianças e gestantes de risco que necessitam de atendimento na área de malformações, para o grande trauma, e na atenção psicossocial para os

usuários de drogas que necessitam de equipes mais complexas e que dêem suporte as equipes regionais com a implantação dos Cetrads.

Para a implantação das Redes de Atenção à Saúde tem papel preponderante a Atenção Primária organizada em todos os municípios do Paraná, com todas as unidades de saúde com definição clara de sua área de abrangência, conhecendo o seu território e os seus determinantes sociais da saúde, atuando com ações de promoção, prevenção e cuidado dos cidadãos em todo o seu ciclo de vida. Esta concepção de Atenção Primária é baseada na experiência nacional e internacional que tem fortes evidências, pois países que investiram na Atenção Primária têm melhores resultados sanitários que aqueles que optaram por um sistema focado na atenção ao evento agudo, um sistema hospitalocêntrico (Mendes, 2009).

A Rede Mãe Paranaense propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal, parto e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida.

É um conjunto de ações que envolvem a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo 7 consultas, a realização de (17) exames no período do pré-natal, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, a garantia de ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

O público alvo desse programa são as mulheres em idade fértil e crianças menores de 1 ano de idade, o que, segundo dados do IBGE/2010, representa uma população de 177.557 mulheres e, de acordo com dados do SINASC (Sistema Nacional de Nascidos Vivos), 152.350 nascidos vivos no estado do Paraná no ano de 2011.

Componentes da Rede Mãe Paranaense

Uma rede de atenção se consolida a partir da implantação dos seus cinco componentes. Por isso a SESA está investindo na consolidação da Rede Mãe Paranaense com as seguintes ações:

Na atenção primária

organizada em todos os 399 municípios do Paraná é pressuposto para a implantação da Rede Mãe Paranaense, por meio do Programa APSUS, o Governo do Estado está alocando recursos financeiros para:

- Melhoria da estrutura dos serviços de Atenção Primária à Saúde – APS, investindo na construção, reforma, ampliação e equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- Os 391 municípios de acordo com critérios de vulnerabilidade epidemiológica e social receberão incentivo financeiro para custeio das equipes de saúde que atuam na APS.
- A implantação da segunda opinião e o telessaúde para apoiar os profissionais das equipes de APS.
- Ampliar as ações na área de saúde bucal, em especial à gestante e à criança.
- Apoiar os municípios para a realização do acompanhamento das crianças de risco até um ano de vida.

Na atenção secundária e terciária

- A implantação dos ambulatorios para atendimento da gestante e criança de risco nas 22 regiões de saúde do Estado, por meio do COMSUS.
- A garantia da referência hospitalar para a realização do parto de modo seguro e solidário, o mais natural possível, de acordo com o grau de risco da gestante, por meio de um sistema de vinculação da gestante, por meio do HOSPSUS.
- A alocação de recursos para a ampliação de leitos de UTI adulto, neonatal e pediátrica, bancos de leite humano, e a melhoria das condições das salas de parto, nos hospitais vinculados.
- Instituir o incentivo de qualidade do parto para os Hospitais que atendem os critérios para uma adequada atenção ao parto.

Nos sistemas de apoio diagnóstico

- A garantia dos exames de pré-natal e do acompanhamento da criança.
- Viabilizar os insumos necessários para o funcionamento da Rede de Atenção Materno Infantil.

Nos sistemas logísticos

- Padronizar e disponibilizar a carteira da gestante e da criança em todo o Estado.
- Implementar transporte sanitário eletivo e de urgência para gestantes e crianças de risco menores de um ano.

O sistema de governança da rede

Por meio das Comissões Intergestores Bipartites – CIB Regionais.

- Implantar o sistema de monitoramento da Rede Mãe Paranaense em todas as regiões de saúde do Estado. (Central de monitoramento das gestantes e das crianças de risco).
- Qualificar os profissionais que atuam nos pontos de atenção da rede por meio de programas de educação permanente.

Rede de Atenção as Urgências

O Paraná apresenta uma elevada morbi-mortalidade por causas externas e por agudizações de doenças crônicas, portanto faz-se necessário e fundamental para uma adequada resposta às demandas de urgência, a implantação da **Rede de Atenção às Urgências e Emergências**, para a melhor utilização dos recursos e para que se alcancem melhores resultados para a população.

Em razão dessa situação de saúde, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná está propondo a implementação de um modelo de regionalização da saúde baseado no desenvolvimento de processos de gestão clínica, focados em condições de saúde, e em uma Atenção Primária à Saúde diferenciada, para estruturar as redes de atenção à saúde.

A área de atenção à urgência e emergência constitui-se em importante componente da assistência à saúde da população e deve ser estruturado para oferecer uma resposta rápida e qualificada. Portanto, todas as portas de entradas dos serviços de saúde do SUS devem acolher o cidadão acometido de um agravo súbito a saúde oferecendo atenção qualificada e resolutiva dentro de um sistema regulado e hierarquizado. Nesse contexto, a organização da Rede de Atenção às Urgências é considerada uma das redes prioritárias do Governo do Paraná, assim como está em consonância com a atual Política Nacional de Urgência, registrada na publicação das últimas Portarias Ministeriais (Portarias GM/MS 1.600/2011, 2.026/2011, 2.648/2011,

2.395/2011, entre outras). Importante ressaltar que a proposta de intervenção visa não somente superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, mas também, desenvolver medidas relacionadas a prevenção, promoção e vigilância em saúde.

Componentes da Rede de Urgência

1. Promoção, Prevenção e Vigilância
2. Atenção Primária em Saúde
3. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência / SAMU / SIATE
4. Atendimento Aero médico
5. Sala de Estabilização
6. UPA / Unidades 24 horas
7. Hospitais / Portas de Urgência Hospitalares
8. Atenção Domiciliar
9. Complexo Regulador
10. Tele medicina / Linhas de Cuidado Cardiovascular, Cerebrovascular e Trauma

A Rede de Atenção às Urgências foi planejada a partir da atenção primária, contemplando todos os pontos de atenção dessa rede. Desta forma, se estabeleceu como meta para a obtenção de tempo-resposta adequado para o manejo dos quadros de urgência, idealmente cada Regional de Saúde deve ter toda sua rede de Unidades Básicas de Saúde integradas à rede regional de UPAs e de Pronto-atendimentos, com sua população referenciada conforme a pactuação local. E ainda, deverá possuir ao menos 01 (uma) Unidade Hospitalar de Referência Regional, ao menos de Tipo C (Conforme a Tipologia dos Hospitais da Rede de Urgência e Emergência). No âmbito Macrorregional, serão implantados os Hospitais Tipo A ou B, além das Unidades de Referência de Tele medicina. A Regulação Médica de Urgência tem caráter regional, responsável pela gestão das urgências em todo território de abrangência pactuado, utilizando a frota do SAMU para viabilizar atendimento emergencial fora dos pontos de atenção além do transporte dos pacientes de risco na sua área, ao passo que a regulação de leitos hospitalares tem caráter macrorregional, conforme mapeamento descrito abaixo.

NÍVEL DE ATENÇÃO/ ABRANGÊNCIA	LOCAL	REGIONAL	MACRORREGIONAL
COMPONENTE	UBS USF ATENÇÃO DOMICILIAR	SE PA/UPA HOSPITAL C OU D	HOSPITAL A OU B TELEMEDICINA UNIDADE DE REFERÊNCIA CV / AVC
SAMU			

REGULAÇÃO MÉDICA DE URGÊNCIA

REGULAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES

REGULAÇÃO INTER-MACROREGIONAL: SESA

Tempo de Resposta na Rede de Urgência

TEMPO – RESPOSTA NO ATENDIMENTO		
LINHA de Cuidado	ATENDIMENTO INICIAL	ATENDIMENTO DEFINITIVO
CARDIOVASCULAR	ZERO	1 HORA E 30 MIN (90 MIN)
NEUROVASCULAR	1 HORA	4 HORAS E 30 MIN
TRAUMA	30 MIN	1 HORA

Diretrizes Gerais da Rede de Urgência / Emergência no Paraná:

1. Organização da Atenção Primária em Saúde em todos os municípios, de forma a ter equipe de Atenção Primária de referência para 100% da população;
2. Implantação da Classificação de Risco em todos os Níveis de Atenção, com adoção da metodologia Manchester no Estado;
3. Estabelecimento de parâmetros de atendimento, com definição de tempo-resposta, segundo critérios técnico-assistenciais contemporâneos;
4. Estabelecimento das competências de cada Ponto de Atenção, que devem ser garantidas pelos gestores;
5. Definição do Modelo de Atenção por Linhas de Cuidado, com prioridade para as Cardiovasculares, Cerebrovasculares e Traumatismos;
6. Definição dos pontos de atenção secundários e terciários, regionalizados e articulados, com implantação de transferência sob regulação;
7. Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
8. Implementação de pactuações interestaduais, quando aplicável para o sistema de emergência;
9. Adoção de Planos de Manejo de Desastres e Catástrofes;
10. Definição e implantação de Programa de Educação Permanente para as equipes de Saúde na Atenção às Urgências.

Tipologia Hospitalar da Rede de Urgência

Hospital Tipo A ou B: Macrorregião

Possuir Centro Cirúrgico e Terapia Intensiva, Unidade de Cuidados Progressivos - UCP obrigatória

- Serviço de emergência, porta aberta, emergencista, especialistas presenciais
- Classificar risco / Primeiro atendimento para todos os graus de urgência

Assistência resolutiva para o vermelho, laranja e amarelo.

Hospital Tipo C: Regional

- Possuir Centro Cirúrgico e Terapia Intensiva, UCP desejável
- Serviço de emergência, porta aberta, emergencista, especialistas à distância
- Classificar risco / Primeiro atendimento para todos os graus de urgência
- Assistência resolutiva para o vermelho, laranja e amarelo mediante protocolo
- Acionar 192

Hospital Tipo D: Município / microrregião / regional

- Serviço de emergência, porta aberta, médico generalista
- Especialidades básicas na internação
- Classificar risco / Primeiro atendimento para todos os graus de urgência
- Assistência resolutiva para o amarelo mediante protocolo
- Assistência resolutiva para verdes e azuis fora do horário de funcionamento das unidades
- Acionar 192
- Possuir Centro Cirúrgico e Terapia Intensiva, UCP desejável.

Assim, a estruturação da rede de urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os pontos de atenção de forma regionalizada para proporcionar acesso qualificado e humanizado dos paranaenses aos serviços de saúde, incluindo as ações de promoção e prevenção de agravos súbitos à saúde.

Rede de Atenção a Saúde Mental

A Política Estadual de Saúde Mental segue os princípios e diretrizes do SUS: universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, participação e controle social, descentralização da gestão, hierarquização dos serviços; respeita as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira de Inclusão social e de habilitação da sociedade para conviver com a diferença e as Leis Federais: Lei nº 10216 - De 06 de abril de 2001, Lei nº 10.708- De 31 de julho de 2003 e Lei Estadual nº. 11.189 - De 9 de novembro de 1995, que garantem os direitos das pessoas com transtornos mentais e priorizam a construção de uma rede de atenção integral em saúde mental.

Os serviços assistenciais são de responsabilidade municipal, cabendo ao Estado, em seu papel regulador, a incumbência de estimular a criação de políticas municipais em consonância com a Reforma Psiquiátrica, articular as negociações regionalizadas, fiscalizar (controle, avaliação e acompanhamento) e oferecer suporte técnico às equipes.

As ações de saúde mental deverão ser estruturadas a partir da realidade local e regional, em todas as unidades de saúde vinculando os usuários e referenciando aos NASF e CAPS I, II e III e CAPS AD, em todas as regiões de saúde, e um CETRAD em cada macrorregião de saúde. Além desses pontos de atenção da rede os consultórios de rua, unidades de acolhimento adulto e infante juvenil, e residências terapêuticas para atenção aos usuários de drogas. A ampliação de leitos psiquiátricos em hospital geral, e a regulação dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Principais Desafios

- Promover o cuidado integral em saúde mental em todos os ciclos de vida, iniciando pela atenção primária em saúde até os serviços mais complexos, com todos os pontos de atenção trabalhando em rede (intra e intersectorial) e oferecendo atendimento qualificado (mudança no processo de trabalho).
- Assistência em saúde mental precária ou inexistente na maioria dos municípios que não obedecem aos critérios das portarias do Ministério da Saúde (Paraná – 78% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes)
- Avaliação e monitoramento dos serviços de saúde mental, em especial CAPS e Hospitais Psiquiátricos.

- Desinstitucionalização dos pacientes asilares e egressos do Hospital de Custódia de Tratamento psiquiátrico;
- Implantação de novos serviços de acordo com o potencial, em especial dos leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e outros serviços de atenção às crises;
- Saúde mental de populações específicas: povos indígenas e sistema penitenciário.

A SESA definiu como ações a serem implantadas para a organização dos processos na Rede de Atenção à Saúde Mental:

- Melhorar o acesso nos diversos pontos de atenção, em especial na APS e situações de urgência e emergência;
- Melhorar a qualidade e resolubilidade em saúde mental nos diversos pontos de atenção da rede;
- Fomentar ações de promoção à saúde, prevenção de agravos em saúde mental e reabilitação psicossocial, por meio de ações intersetoriais e sociedade civil;
- Viabilizar sistema de apoio (assistência farmacêutica, diagnóstico e informações) e logístico (transporte e regulação).

Na Gestão

- Promover a articulação com outras áreas governamentais e sociedade civil;
- Desenhar/organizar a Rede de Atenção à Saúde Mental, com definição das competências de cada ponto de atenção, incluindo sistemas logísticos e de apoio;
- Implantar o plano de qualificação dos pontos de atenção na Rede de Atenção à Saúde Mental, por meio de Política Estadual de Educação Permanente em Saúde;
- Implantar e implementar novas tecnologias de abordagem e cuidado na Rede de Atenção à Saúde Mental;
- Implantar plano de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde Mental.

No Financiamento

- Garantir recurso financeiro estadual para os serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental, segundo critérios de qualidade pré-estabelecidos.

2. Regionalização

Um dos atributos fundamentais para a construção e funcionamento das redes é população e território bem definidos. Conforme o Decreto nº 7508/2011 e a Resolução nº 01, de 29/09/2012, da Comissão Intergestores Tripartite, **as regiões de saúde serão instituídas pelos Estados em articulação com os municípios**, observando-se os seguintes elementos: os limites geográficos; a população usuária das ações e serviços; a relação de ações de serviços que serão ofertados; e, as respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos serviços.

Uma região de saúde deve conter no mínimo as seguintes ações e serviços:

- Atenção Primária,
- Urgência e Emergência
- Atenção Psicossocial
- Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar
- Vigilância em Saúde.

No Estado do Paraná estão identificadas 22 regiões de saúde que coincidem com as regiões administrativas, sendo que nos municípios sede dessas regiões se localizam a maioria dos equipamentos e serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.



Considerando o entendimento de que a integralidade na rede de atenção à saúde só é possível no âmbito da Macrorregião de Saúde, é necessário a organização dos serviços também macrorregionalmente, e para tanto foi identificado no Estado a existência de 4 Macrorregiões de Saúde conforme descrito abaixo, que dispõem de serviços de referência para as regiões de saúde ou que devem ser objeto de investimentos para suprir essa necessidade.



MACRORREGIONAL	REGIONAIS QUE COMPÕE A MACRORREGIÃO	Nº MUNICÍPIOS
MACRORREGIÃO LESTE	1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 21ª RS	93
MACRORREGIÃO OESTE	7ª, 8ª, 9ª, 10ª e 20ª RS	94
MACRORREGIÃO NORTE	16ª, 17ª, 18ª, 19ª e 22ª RS	97
MACRORREGIÃO NOROESTE	11ª, 12ª, 13ª, 14ª e 15ª RS	115
TOTAL		399

A definição das áreas de abrangência das macrorregiões levou em conta o critério de tempo-resposta, acesso e fluxo assistencial. Em cada Macrorregião serão identificados municípios que possuam oferta de serviços de referência, bem como devem ser previstos investimentos para ampliar essa oferta. O objetivo é que se tenha mais de um município

na Macrorregião com condições de ofertar serviços que completem a integralidade da assistência nas Redes de Atenção à Saúde.

2. Planejamento Regional Integrado

Definidos os territórios sanitários é preciso organizar o planejamento com foco na organização das redes de atenção à saúde. O processo de formulação ascendente e integrado do planejamento da saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Para o cumprimento dessa orientação, verifica-se a dificuldade de se indicar um modelo único aplicável a todas as instâncias, especialmente considerando as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, região e estado do País.

Considerando o previsto no Decreto 7508/2011 temos:

- O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.
- No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.
- O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.
- O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.
- Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

Para o planejamento regional integrado deverão ser observadas as diretrizes definidas no Plano Nacional de Saúde 2012/2015 e no Plano Estadual de Saúde 2012/2015.

Na construção das Redes de Atenção à Saúde o planejamento ascendente inicia na Unidade Básica de Saúde que identifica as necessidades de saúde da sua população adscrita e a somatória, de todas as necessidades identificadas, no município, constitui-se no planejamento municipal. O Planejamento regional se constitui a partir das necessidades do conjunto dos municípios de uma região. O planejamento regional é aprovado na Comissão Intergestores Bipartite Regional. A partir do planejamento regional a CIB Estadual elabora o planejamento macrorregional. Ao final desse processo será consolidado o **PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO E INVESTIMENTO (PDRI)**.

Para a formulação do planejamento municipal, regional e macrorregional serão realizadas Oficinas de Planejamento nas 22 Regionais de Saúde visando subsidiar a formulação dos mesmos.

4. A Governança nas Redes de Atenção a Saúde

Tão importante quanto à clara definição dos territórios sanitários e o seu planejamento integrado é estabelecer sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar.

A governança das redes de atenção a saúde é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, é a gestão das relações entre a Atenção Primária em Saúde, os pontos de atenção secundário e terciários, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos.

No Paraná, os espaços de governança são a Comissão Intergestores Bipartite – CIB/PR e Comissão Intergestores Bipartite Regional- CIB Regional. A CIB Regional tem como papel fortalecer os mecanismos regionais de cooperação interfederativa, bem como o sistema de governança regional das Redes de Atenção, tendo como base um planejamento regional, que venha a superar os déficits da atenção a saúde. No Paraná, são 22 CIB's Regionais com a participação de representantes regionais das Secretaria Estadual de Saúde e de todos os municípios da região.

Como a integralidade da assistência à saúde nas Redes de Atenção extrapola a Região de Saúde, pois nem todas as regiões do Estado possuem suficiência de serviços, principalmente os de alta complexidade, como também, poderá acontecer que uma macrorregião tenha que buscar em outra macrorregião essa suficiência, é necessário ter um espaço de governança que, baseado no planejamento macrorregional, acompanhe, avalie o planejamento macrorregional e formule proposições para a melhoria da organização das Redes de Atenção.

O espaço de Governança Macrorregional será a CIB Estadual que irá elaborar o planejamento macrorregional e fazer o acompanhamento de sua execução.

A CIB irá criar para realizar o acompanhamento do funcionamento das redes nos territórios macrorregionais um Comitê Executivo Macrorregional, cujas atribuições serão previstas no regimento da CIB, constituído pelos Diretores das Regionais de Saúde e pelos presidentes dos Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde-CRESEMS, de cada região de saúde, que compõem a macrorregião. Esse Comitê contará também com a participação dos prestadores, públicos e privados, que são referência macrorregional, incluindo os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

5. Cronograma para Implementação do COAP no Estado do Paraná

Tendo em vista as questões acima expostas apresenta-se a seguir proposta de cronograma para a implementação do COAP no estado do Paraná.

O processo de construção do COAP no Estado do Paraná seguirá o disposto na Resolução Tripartite No. 3 de 30 de janeiro de 2012, que trata das normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

As ações previstas na proposta de cronograma envolvem realização de oficinas regionais e macrorregionais, seminário estadual e elaboração e assinatura do COAP.

Cronograma	Ações previstas
10/09/2012 a 14/09/2012	Realização de Oficina com Grupo Condutor do COAP, apoiadores das Regionais de Saúde e do COSEMS.
17/08/2012 a 10/09/2012	Elaboração de documento guia para o processo de planejamento regional ascendente e preparação das oficinas regionais.
10/09/2012 a 26/11/2012	Realização de Reunião nas CIBs regionais para orientação do planejamento municipal e das Oficinas nas Regionais de Saúde com a participação dos municípios de abrangência para o planejamento regional.
26/11/2012 a 22/02/2013 Final de Fevereiro de 2013	Realização das Oficinas macrorregionais (planejamento macrorregional) Aprovação do Planejamento Macrorregional na CIB
Março de 2013	Realização de Seminário Estadual com a participação dos 399 municípios com a apresentação do planejamento regional integrado, do desenho das redes de atenção à saúde e da proposta do COAP.
Até junho de 2013	Assinatura do COAP em todas as regiões do Estado do Paraná (399 municípios, 22 regiões de saúde e 4 macrorregiões).

Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. Decreto no. 7508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei no. 8080/1990. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Portaria GM/MS No. 4279 de 30 de dezembro de 2010.

BRASIL, Resolução Tripartite No. 3 de 30 de janeiro de 2012.

MENDES, Eugenio V. As Redes de atenção à Saúde: OPS, 2011. Ed. Paraná

PARANÁ. Plano de Governo do Governador Beto Richa, 2011 – 2014.

Plano Estadual de Saúde – 2012 – 2015. SESA Pr.