

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Tainã Eslabão Bartel

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: PLANEJAMENTO E OFERTA DE SERVIÇOS DE
SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA 7ª REGIÃO DE SAÚDE - RS**

**Porto Alegre
2019**

Tainã Eslabão Bartel

**PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: PLANEJAMENTO E OFERTA DE SERVIÇOS DE
SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA 7ª REGIÃO DE SAÚDE - RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Kruter Flores
Tutor: Me. Bruno Silva Kauss

Porto Alegre
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

CIP - Catalogação na Publicação

Bartel, Tainã Eslabão
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: PLANEJAMENTO E OFERTA DE
SERVIÇOS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA 7ª REGIÃO DE SAÚDE
- RS / Tainã Eslabão Bartel. -- 2019.
39 f.
Orientador: Rafael Kruter Flores.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de
Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Administração Pública. 2. Administração
Municipal. 3. Gestão em Saúde. I. Flores, Rafael
Kruter, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: eadadm@ufrgs.br

Tainã Eslabão Bartel

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE: PLANEJAMENTO E OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA 7ª REGIÃO DE SAÚDE - RS

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador(a): Nome e Sobrenome

RESUMO

O trabalho objetivou identificar quais as ações de planejamento para a oferta de serviços de saúde identificadas no Plano Municipal da Saúde nos municípios de: Araricá, Lindolfo Collor e Santa Maria do Herval, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O objeto de estudo foram os Planos Municipais de Saúde dos três municípios. Trata-se de uma pesquisa de análise documental, do tipo descritiva exploratória. Os municípios são considerados como de pequeno porte e têm a indústria entre as principais fontes de renda. Constatou-se uma maior escolha pelo modelo de ESF do que UBS tradicional. O atendimento à saúde bucal se mostrou presente nos municípios, porém, apresentou fragilidades que foram identificadas pelos gestores. Verificou-se que os municípios oferecem algumas especialidades e quando não possíveis utilizam a regionalização, a qual contribui no processo de gestão principalmente na disponibilidade de serviços. Por fim, identificou-se que o município de Araricá mostrou uma maior oferta de serviços de saúde e um plano de gestão baseado nas necessidades apresentadas a partir do Plano Municipal de Saúde.

Palavras-chave: Administração Pública; Administração Municipal; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The study aimed to identify the actions of planning for the provision of health services identified in the Municipal Health Plan in the municipalities of: Araricá, Lindolfo Collor and Santa Maria of Herval, in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The object of study were the Municipal Health Plans of three municipalities. It is a documentary analysis, descriptive exploratory study. The municipalities are considered as small businesses and have the industry among the main sources of income. There was a greater choice by FHS model than traditional UBS. The oral health care was present in the municipalities, but showed the weaknesses that have been identified by managers. It was found that the municipalities offer some specialities and when unable use the regionalization, which contributed to the process of managing mainly on availability of services. Finally, it was identified that the municipality of Araricá showed a greater supply of health services and a management plan based on the needs presented from the Municipal Health Plan.

Keywords: Public Administration; Municipal Management; Health Management.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Municípios da 7ª região de saúde e número de habitantes.....	18
Quadro 2 – Dados demográficos dos municípios.....	20
Quadro 3 – Metas da gestão para a atenção básica.....	22
Quadro 4 – Metas de gestão para o NASF.....	23
Quadro 5 – Metas de gestão para saúde bucal.....	24
Quadro 6 – Especialidades oferecidas pelos municípios.....	25
Quadro 7 – Metas de gestão para a oferta de especialidades.....	26
Quadro 8 – Metas de gestão para a regionalização em saúde.....	27
Quadro 9 – Urgência e emergência.....	28
Quadro 10 – Metas de gestão para urgência e emergência.....	29
Quadro 11 – Metas de gestão para saúde mental.....	29
Quadro 12 – Metas de gestão para oferta de exames diagnósticos.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Atenção Básica.....	21
Tabela 2 – Saúde Bucal.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESBSF – Equipe de Saúde Bucal Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GERCON – Gerenciamento de Consultas Especializadas de Porto Alegre

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

SAMU – Serviço Móvel de Urgência e Emergência

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 REVISÃO TEÓRICA.....	12
2.1 O Sistema Único de Saúde e o processo de regionalização em saúde.....	12
2.2 Gestão na saúde e os instrumentos de gestão municipal.....	15
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	18
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	20
4.1 Breve descrição demográfica dos municípios.....	20
4.2 Oferta de serviços de saúde e plano de ação.....	21
5 CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

A Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, define como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a descentralização político-administrativa com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de saúde (BRASIL, 1990).

As regiões de saúde são definidas como espaços geográficos entre municípios limítrofes que têm como objetivo organizar, planejar e executar as ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). A partir da descentralização da gestão, os municípios passaram a assumir maior responsabilidade e, ao mesmo tempo, maior autonomia no planejamento em saúde, no entanto, devido à capacidade instalada, ou seja, os serviços que são ofertados nos municípios, é necessária a organização das regiões de saúde conforme determina o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde.

Na regionalização no SUS, muitas vezes, a realização de consórcios intermunicipais na região de saúde torna-se necessária devido à ineficiência dos municípios, principalmente os de pequeno porte, em oferecer os serviços de necessidade da população (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012). Dessa forma, os municípios que antes ofereciam apenas uma assistência básica, com a retaguarda da rede de saúde, conseguem estabelecer um serviço de referência e contrarreferência mais adequado.

No entanto, os consórcios intermunicipais, em algumas situações, não se mostram eficazes, obrigando o gestor a procurar alternativas que possibilitem a oferta de serviços, como é o caso da média complexidade, por exemplo. Além disso, evidencia-se o distanciamento dos governos federal e estadual quanto ao financiamento do SUS, repercutindo na sobrecarga municipal, que, por sua vez, apresenta dificuldade na oferta dos atendimentos (SILVA et al., 2017).

Por conseguinte, frente às necessidades enfrentadas pelos municípios, cabe ao gestor o planejamento da saúde municipal e através do Plano Municipal de Saúde, identificar os problemas e definir as prioridades de intervenção, estabelecendo os processos a serem seguidos nas soluções dos problemas (CONASEMS, 2009). Ainda, destaca-se que quantidade não significa qualidade, ou

seja, não é necessário planejar serviços aumentando a capacidade instalada pensando em melhorar a oferta, mas sim, qualificar os serviços existentes e apropriar-se de mecanismos que facilitem a disponibilidade de assistência, por exemplo, a regionalização.

Silva e Queiroz (2018) avaliaram a eficiência na gestão da saúde pública em um estado do norte do país e constataram que o melhor resultado da gestão não está relacionado à maior oferta de serviços e à existência de recursos físicos e humanos e, além disso, comprovam que os municípios que mais receberam recursos, demonstraram-se menos eficientes quando comparados aos que receberam um menor investimento. Dessa forma, percebe-se que a gestão da saúde pública vai além de investimentos físicos e financeiros e reforça a ideia de que o gestor precisa demonstrar sensibilidade acerca das necessidades que o município apresenta.

O presente trabalho objetiva identificar quais as ações de planejamento para a oferta de serviços de saúde identificadas no Plano Municipal da Saúde nos municípios de: Araricá, Lindolfo Collor e Santa Maria do Herval, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório que se utiliza das técnicas de análise documental.

Com a identificação da oferta de serviços de saúde e das prioridades de intervenções dos gestores pretende-se constatar se o plano de ação previsto está de acordo com as necessidades dos serviços de saúde e da organização da rede de saúde. Além disso, sabe-se que na maioria das vezes os municípios precisam recorrer à região de saúde de forma complementar para garantir uma assistência integral, cumprindo o princípio da regionalização. Dessa forma, pretende-se identificar alternativas para suprir a demanda de saúde local, ou seja, como os municípios estão inseridos nas regiões de saúde.

Destaca-se, que este tema de pesquisa é relevante para área de gestão pública em saúde, visto que não existem critérios para as escolhas dos gestores municipais e que estes são os principais atores na elaboração do planejamento em saúde por quatro anos. Com isso, este estudo busca identificar se as ações propostas pelos gestores estão de acordo com a necessidade de serviços de saúde apresentada pelos municípios.

Dessa forma, o estudo poderá servir de base para discussões entre os gestores, contribuindo para a problematização sobre a atual situação de saúde, as

necessidades apresentadas pelos municípios e as prioridades elaboradas pelos gestores. Somando-se a isso, os resultados poderão ser discutidos juntamente com os gestores, a fim de contribuir na sensibilização destes no processo de construção da saúde municipal e regional.

Partindo dessa premissa, na qual a oferta de serviços pelos municípios está diretamente relacionada com o processo de regionalização na saúde e repercute significativamente no planejamento e atuação dos gestores municipais apresenta-se a presente pesquisa.

O trabalho está dividido em cinco capítulos, sendo o primeiro uma breve introdução e seu objetivo, o segundo trata sobre a revisão teórica abordando o Sistema Único de Saúde, regionalização em saúde e o processo de gestão municipal. Ainda, o terceiro capítulo aborda os procedimentos metodológicos descrevendo as características da pesquisa, enquanto o quarto capítulo apresenta os resultados encontrados comparando-os com a literatura e, por fim, o último capítulo faz uma conclusão acerca dos achados da pesquisa e problematização junto aos objetivos.

2 REVISÃO TEÓRICA

Este capítulo traz uma descrição acerca do Sistema Único de Saúde e a regionalização na saúde. Além disso, será abordado o processo de gestão municipal, enfatizando-se o Plano Municipal de Saúde.

2.1 O Sistema Único de Saúde e o processo de regionalização em saúde

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 amparado na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, visando assegurar a promoção, proteção e recuperação da saúde como também a organização dos serviços de saúde dentro do território nacional brasileiro. A partir deste momento, a saúde, passa a ser um direito de todos e um dever do estado (BRASIL, 1990).

Contudo, o SUS passou a ser regido pelos princípios da universalidade, assistindo a toda população sem qualquer restrição; integralidade oferecendo todo recurso necessário à promoção da saúde; e equidade devendo oferecer maior atenção aos que mais necessitam. Além disso, é preconizada a participação social, sendo garantida a inserção ativa da população na gestão pública e, por fim, deve ser descentralizado, ou seja, direcionado a responsabilidade aos municípios, os quais devem atender às necessidades específicas de cada população, porém, não se isenta o estado e a União deste compromisso (BRASIL, 2009).

Com o processo de descentralização, encontra-se a União como principal financiador da saúde pública no Brasil, ficando encarregada de formular as políticas nacionais, enquanto o governo estadual implementa políticas estaduais além de organizar a saúde no seu território. No entanto, os municípios são os responsáveis pelas realizações das ações oferecidas na sua área de abrangência (BRASIL, 2006).

Segundo Souza e Santos (2018), a regionalização contribuiu para um modelo de saúde mais amplo e direcionado de acordo com a singularidade de cada localidade, possibilitando o controle social e adequação das ações à realidade vivenciada. Além disso, é considerada uma estratégia que abrange as políticas de redemocratização favorecendo novos arranjos institucionais com descentralização federativa e autonomia dos entes federados.

Carvalho, Jesus e Senra (2017) destacam a necessidade de construir políticas de enfoque regional que abordem os aspectos histórico-culturais contribuindo na consolidação do desenvolvimento equânime do SUS. Além disso, é de extrema relevância a intensificação da relação entre a União, estados e municípios referentes aos compromissos e responsabilidades frente ao processo de regionalização.

No que diz respeito à autonomia dos municípios no território cabe destacar a importância da atenção básica em saúde no âmbito municipal, pois, de acordo com o Ministério da Saúde, todo e qualquer serviço de saúde tem a sua devida importância, todavia, a atenção básica quando bem estruturada e com um bom funcionamento tem a capacidade de resolver com qualidade grande parte dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2009). Além disso, Mendes (2010) descreve que quando resolutiva e capacitada, a atenção básica tem a competência de atender a mais de 85% das necessidades da população evidenciando a resolutividade destes serviços.

A atenção básica à saúde é definida como um conjunto de ações de saúde de âmbito individual e coletivo, atuando na promoção e na proteção da saúde, assim como a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e também a manutenção da saúde, tendo como objetivo o atendimento integral da população (BRASIL, 2012). Somando-se a isso, Starfield (2002) descreve que este serviço é a porta de entrada para a assistência individual, sendo que apresenta melhores características para interpretar as necessidades apresentadas pelo usuário e refletidas no contexto histórico e meio social em que está inserido.

Além da atenção básica em saúde, muitos municípios aderiram à proposta da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que surgiu com o objetivo de reorganizar esse nível de atenção à saúde no país, demonstrando-se uma ação de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, impactando nas situações de saúde individuais e coletivas e mostrando-se com maior custo-efetividade. Nessa perspectiva, as equipes multiprofissionais atuam em um território definido e são responsáveis pela saúde da população adstrita (BRASIL, 2012).

No entanto, apenas a atenção básica não é suficiente para proporcionar uma assistência integral e de qualidade, sendo necessária a organização de uma rede de atenção à saúde. Mendes (2010) descreve que as redes de atenção à saúde são

organizações poliárquicas integrando os serviços e com o objetivo de oferecer uma atenção contínua e integral coordenada pela atenção básica e atribuindo responsabilidades sanitárias e econômicas para esta população.

Ainda, as redes de saúde podem ser divididas em redes temáticas ou definidas como linhas de cuidado, por exemplo, rede cegonha, atenção às urgências, atenção psicossocial, atenção à pessoa com deficiência, entre outras. Dessa forma, facilita a organização de uma assistência de qualidade e coordenação pela atenção básica em saúde (BRASIL, 2014).

A capacidade instalada é definida como a distribuição de ações e serviços pelo SUS, os quais podem ser complementados pela iniciativa privada (PERNANBUCCO, 2014). Todavia, em alguns casos, os municípios não dispõem da oferta de serviços necessários para atender à demanda da população, devendo pensar em alternativas que supram essa necessidade.

Contudo, principalmente os municípios de médio e pequeno porte não conseguem sozinhos oferecer uma atenção básica de qualidade e implantar as redes de atenção em saúde, sendo necessária a efetuação de consórcios intermunicipais (SAUTER; GIRARDON-PERLINI; KOPF, 2012). Neste tipo de pactuação, os municípios com áreas geográficas próximas unem-se para oferecer serviços especializados e de apoio diagnóstico de maior densidade tecnológica à população (TEIXEIRA; DOWELL; BUGARIN, 2003).

Ainda, como alternativa para oferecer os serviços necessários à população, tendo como exemplo a assistência de média e alta complexidade, os municípios realizam parcerias público-privadas respaldados pela legislação do SUS. No entanto, conforme demonstrado em um estudo realizado por Romano e Scatena (2014) na cidade de Cuiabá no estado de Mato Grosso, os serviços filantrópicos que deveriam prestar uma assistência complementar ao SUS mostram-se como principais provedores da assistência ambulatorial de média e alta complexidade, evidenciando a fragilidade dos municípios na prestação dos serviços conforme determinado.

Nesse sentido, precisa-se discutir como acontece o processo de gestão municipal e quais as alternativas existentes para subsidiar os gestores na execução da gestão municipal em saúde.

2.2 Gestão na saúde e os instrumentos de gestão municipal

Na perspectiva de incapacidade dos municípios em oferecer os serviços necessários e pensando no processo da descentralização da gestão, no ano de 2011 surge o Decreto nº 7.508 com o intuito de organizar o SUS, o planejamento e assistência na saúde e articulação interfederativa. Além disso, regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, definida como Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2011).

Este decreto estabelece a criação das regiões de saúde instituídas pelo Estado em articulação com os municípios e são definidas como espaço geográfico contínuo a partir de municípios limítrofes visando integrar a organização, planejamento e execução de ações e serviços de saúde. Dessa forma, para que seja instituída uma região de saúde deve, no mínimo, conter ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

Partindo disso, o Estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2012, publicou a Resolução nº 555/12 a qual distribui os municípios em 30 regiões de saúde reorganizando a assistência à saúde em nível regional (RIO GRANDE DO SUL, 2012). Desta forma, cumpre-se o estabelecido pelo Decreto 7.508 e estas regiões serão referência na transferência de recursos.

Somando-se a isso, Viana et al. (2015) descrevem que a determinação das regiões de saúde no território brasileiro, expõe a heterogeneidade do país mostrando-se um instrumento complexo. Mas, possibilita a investigação e conhecimento do cenário subsidiando a construção de políticas públicas voltadas ao desenvolvimento locorregional, reduzindo as desigualdades existentes.

Ainda, o Decreto 7.508 orienta que o planejamento da saúde deve ser ascendente e integrado, partindo do nível local até o federal por meio das criações dos planos de saúde que deverão conter as metas que compõem o planejamento em saúde (BRASIL, 2011). O planejamento no SUS deve-se à articulação e responsabilidades das três esferas de governo (União, estados, Distrito Federal e Municípios), as quais devem desenvolver atividades integradas e de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

Contudo, com base nas prioridades estaduais e nacionais e pensando nas necessidades locais, a partir das diretrizes estabelecidas pelos conselhos municipais de saúde, os municípios devem elaborar, implementar e avaliar o ciclo do planejamento municipal (BRASIL, 2016). Com isso, segundo Campos, Faria e Santos (2010), é possível evitar ações improvisadas, pois, quando se cria um planejamento concreto consegue-se pensar as ações antes de praticá-las.

No entanto, reforça-se a necessidade de existir um planejamento dos gestores, visto que apenas o repasse de recursos por parte dos governos federal e estadual não é o suficiente. Esta afirmação é reforçada no estudo de Silva e Queiroz (2018) realizado no norte do país, que demonstrou que os municípios que receberam menos recursos mostraram-se mais eficientes do que os que receberam um investimento maior, evidenciando que a necessidade dos municípios não está apenas na estrutura física e recursos humanos, mas sim no processo de gestão.

Nessa perspectiva de planejamento municipal, os gestores contam com instrumentos de gestão como o Plano Municipal de Saúde que é o planejamento da saúde municipal para os quatro anos de governo; Programação Anual de Saúde que é a operacionalização das ações previstas no plano de saúde com o planejamento anual, e o Relatório de Gestão que é a prestação de contas do que foi executado pelo gestor (BRASIL, 2016, CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010). Dessa forma, é possível uma atuação contínua e articulada viabilizando o alcance dos objetivos.

O Plano Municipal de Saúde como instrumento macro do planejamento em saúde deve abordar a análise situacional e a formulação dos objetivos, diretrizes e metas estipuladas pelos gestores. Dessa forma, a análise situacional deve conter as condições de saúde da população contemplando também a capacidade instalada e a rede de atenção à saúde, além disso, discutir os determinantes e condicionantes em saúde e aspectos relacionados à gestão. Ainda, os itens referentes aos objetivos devem expressar a estratégia para superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados, enquanto as diretrizes indicam a linha de ação a ser seguida e, as metas, a expressão quantitativa dos objetivos (BRASIL, 2009).

Portanto, com a elaboração do Plano Municipal de Saúde é possível identificar qual a necessidade de saúde da população e quais os serviços estão disponíveis para corresponder estas necessidades. No entanto, quando a

capacidade instalada é menor do que a esperada, o processo de regionalização contribui para a oferta dos serviços.

Além disso, é esperado que as metas e prioridades estipuladas pelos gestores através do Plano Municipal de Saúde vão ao encontro do levantamento de análise situacional e capacidade instalada em saúde. Dessa forma, configura-se um processo de gestão eficiente, de qualidade e correspondente às necessidades do município.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se, este trabalho, de uma pesquisa de análise documental, do tipo descritiva exploratória.

De acordo com Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), caracteriza-se pesquisa documental quando o material de estudo parte de conteúdos que ainda não passaram por tratamento científico, como é o caso de relatórios. Ainda, o método misto de pesquisa, segundo Tréz (2012), possibilita uma multiplicidade de desenhos específicos que são capazes de atender à questão de pesquisa. Por fim, os estudos de natureza descritiva têm como intuito descrever características de uma população ou evento específico, e os estudos exploratórios proporcionam uma visão geral e aproximada dos fatos através da soma de experiência em torno do problema (GIL, 2007; TRIVIÑOS, 2008).

O objeto deste estudo são os Planos Municipais de Saúde dos três municípios com o número mais aproximado de habitantes entre si e que compõem a 7ª região de saúde do estado do Rio Grande do Sul. As regiões de saúde foram criadas através da Resolução nº 555/12 da Comissão Intergestores Bipartite/RS, e descreve-se no Quadro 1 os municípios pertencentes a 7ª região de saúde, assim como os objetos de estudo.

Quadro 1 – Municípios da 7ª região de saúde e número de habitantes. Porto Alegre, 2018.

Municípios	Número de habitantes
Araricá	5.622
Campo Bom	66.156
Dois Irmãos	32.205
Estância Velha	49.345
Ivoti	23.880
Lindolfo Collor	5.980
Morro Reuter	6.344
Nova Hartz	21.317
Novo Hamburgo	246.452
Portão	33.510
Presidente Lucena	2.863
Santa Maria do Herval	6.315
São Leopoldo	234.947

Sapiranga	81.198
São José do Hortêncio	4.739

Fonte: IBGE (2018).

Destaca-se que os dados populacionais estão de acordo com a estimativa para 2018 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), e que a escolha pelos municípios com número aproximado de população facilitará a comparação com o modelo de gestão empregado nos municípios. Além disso, optou-se pela escolha de apenas três municípios, devido ao tempo hábil para a realização da pesquisa nos prazos determinados.

Para a permissão de acesso ao Plano Municipal de Saúde pelos gestores municipais, foi realizado o contato por e-mail com as Secretarias Municipais de Saúde, explicando os objetivos do estudo e solicitando o Plano Municipal de Saúde. Foram contatados quatro municípios e não houve recusas, ou seja, todos forneceram os Planos Municipais de Saúde solicitados.

Destaca-se que na primeira escolha fariam parte da pesquisa os municípios de Lindolfo Collor, Santa Maria do Herval e Morro Reuter, no entanto, após solicitar os Planos Municipais de Saúde aos gestores, constatou-se que o município de Morro Reuter não contemplava os requisitos do estudo, pois não estava descrito no Plano Municipal de Saúde quais os serviços de saúde oferecidos. Dessa forma, substituiu-se o município de Morro Reuter por Araricá

Realizou-se um levantamento da capacidade instalada em saúde dos municípios em estudo, ou seja, quais serviços oferecem à população. Em um segundo momento, foram utilizados os dados referentes ao plano de ação dos gestores de acordo com os dados descritos no Plano Municipal de Saúde.

Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel[®] para facilitar uma visão geral dos municípios, assim como o plano de ação estipulado para cada seguimento.

Por fim, os resultados foram comparados, a fim de responder os objetivos e a questão de pesquisa. Ainda, os resultados do estudo serão encaminhados aos municípios participantes para que tenham conhecimento em forma de contrapartida ao voluntariado neste estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção serão analisados os dados referentes aos municípios de Araricá, Lindolfo Collor e Santa Maria do Herval, no que diz respeito à oferta de serviços de saúde e à articulação com a região de saúde e também serão apresentados o plano de ação dos gestores frente ao exposto.

4.1 Breve descrição demográfica dos municípios

A partir do Plano Municipal de Saúde buscou-se entender as características relacionadas ao tempo de emancipação, número de habitantes e a economia dos municípios apresentados a seguir:

Quadro 2 – Dados demográficos dos municípios.

Característica Município	Araricá	Lindolfo Collor	Santa Maria do Herval
Tempo de Emancipação	23 anos	27 anos	30 anos
População/Habitantes	4.990	5.719	6.368
Fonte de Renda	Indústria	Indústria e Comércio	Agricultura e Indústria

Fonte: elaborado pelo autor (2019).

Conforme o quadro acima, todos os municípios apresentam menos de 7 mil habitantes, sendo classificados de acordo com o IBGE como municípios de pequeno porte, todos os municípios que apresentam menos de 10 mil habitantes recebem esta classificação (IBGE, 2011). Com relação à economia, todos apresentam a indústria como uma das principais atividades do município. Esse dado está de acordo com a realidade do estado do Rio Grande do Sul onde o setor de serviços corresponde a 65,6%, seguido da indústria com 24,3% (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

4.2 Oferta de serviços de saúde e plano de ação

A seguir apresentam-se os resultados referentes à oferta de serviços pelos municípios, assim como o processo de regionalização e o plano de ação dos gestores para cada seguimento.

Com relação à atenção básica em saúde identificou-se uma preferência pela Estratégia Saúde da Família do que Unidades Básicas de Saúde (UBS) no modelo tradicional, enfatizando os municípios de Araricá e Santa Maria do Herval, os quais implantaram 100% de cobertura de ESF, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Atenção Básica

Município / Serviço	UBS	ESF	NASF
Araricá	0	2	1
Lindolfo Collor	1	1	0
Santa Maria do Herval	0	2	1

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

De acordo com Castro et al (2012), a ESF apresenta maior orientação à atenção básica quando comparada com a UBS, principalmente pelo modelo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família, como, por exemplo, a atuação em uma área adstrita em territórios menores, profissionais generalistas e a presença dos agentes comunitários de saúde.

Um estudo realizado por Malta et al. (2016), que avaliaram a cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, identificou um crescimento da ESF nos últimos cinco anos. Além disso, o estudo complementa que a estratégia de implantação em áreas de risco oportunizou uma importante redução de iniquidades.

De acordo com o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, a ESF alcançou mais de 6 milhões de usuários, atingindo 60,35% de cobertura populacional no estado (RIO GRANDE DO SUL, 2018). Por outro lado, na 7ª região de saúde a cobertura de ESF em 2018 foi de 44,60%, ocorrendo uma queda quando comparada ao ano de 2017 o qual apresentou 47,37% de cobertura no mesmo seguimento (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

O Ministério da Saúde reforça que a saúde da família é a estratégia prioritária de atenção e fundamenta-se pela reorganização da atenção básica no país e favorece uma reorientação do processo de trabalho, melhora a resolutividade e tem maior impacto na saúde das pessoas, tornando-se um melhor custo-efetividade (BRASIL, 2017). Dessa forma, percebe-se que os municípios estão de acordo com o que é preconizado.

No que diz respeito ao plano de ação e metas dos gestores, o Quadro 3 abaixo mostra as metas relacionadas à atenção básica em saúde.

Quadro 3 - Metas da gestão para a atenção básica.

Araricá	Lindolfo Collor	Santa Maria do Herval
“Manter as equipes de Saúde da Família com os profissionais mínimos para o funcionamento conforme determinação do MS; Ordenar a APS como Porta de Entrada aos serviços de saúde”.	“Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de AB (100%)”.	“Manter a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica; Atender integralmente às necessidades municipais dos ACS, revendo sua territorialização”

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Dessa forma, percebe-se a preocupação dos gestores em fortalecer a atenção básica como porta de entrada, aumentar os índices de cobertura e repensar o território de atuação contribuindo para o melhor desempenho desses serviços.

Outro ponto apresentado pelos Planos Municipais de Saúde foi a atuação dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF) e, conforme demonstrado, estão presentes nos municípios de Araricá e Santa Maria do Herval. Este tipo de serviço é composto por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que atua de maneira integrada para dar suporte às equipes de saúde (BRASIL, 2017).

De acordo com Melo et al (2018), a atuação do NASF possibilita apoiar as equipes de saúde da família no processo de trabalho, auxiliando na articulação com a rede de saúde, contribuindo para aumento das possibilidades de coordenação do cuidado. Com isso, torna-se assertiva a implantação do NASF pelos municípios em estudo.

Quanto às metas estipuladas pelos gestores com relação à atuação do NASF nota-se:

Quadro 4 - Metas de gestão para o NASF

Araricá	Santa Maria do Herval
“Dar autonomia à equipe NASF III para apoio às Equipes de Saúde da Família”.	“Manter o apoio dos profissionais (psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e psiquiatra) no NASF”.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Frente ao exposto, percebe-se que os dois municípios que possuem o NASF demonstram interesse em manter ativos estes serviços, sobretudo, fortalecendo a atuação frente às equipes de saúde da família. No entanto, o município de Lindolfo Collor não apresenta em seu plano a intenção de aderir à política do NASF que, de acordo com Parente, Mesquita e Sarmiento (2017), seria uma ferramenta importante no que diz respeito à oferta de retaguarda especializada para as equipes de atenção básica tanto na forma de matriciamento quanto de atendimento.

A saúde bucal também foi um dos serviços a serem avaliados e constatou-se que os três municípios fornecem uma assistência à saúde bucal, porém, apenas o município de Araricá possui a atuação da equipe de saúde bucal de saúde da família (ESBSF), conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 2 - Saúde Bucal

Município	ESBSF	ESB
Equipes		
Araricá	1	2
Lindolfo Collor	0	1
Santa Maria do Herval	0	1

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

De acordo com o Ministério da Saúde, as equipes de saúde bucal (ESB) quando vinculadas às equipes de saúde da família devem compartilhar a gestão e o processo de trabalho, assumindo a responsabilidade sanitária pela população da área adstrita. Além disso, quando implantado esse modelo de atenção, o município passa a receber um incentivo específico, assim como equipamentos odontológicos, tornando-se uma boa alternativa para os municípios (BRASIL, 2017).

A falta de atuação das equipes de saúde bucal no ESF evidenciada no estudo demonstra também a realidade vivenciada na 7ª região de saúde, onde se observa 32,37% de cobertura de ESB e 15,12% de ESBSF. Da mesma forma, no Rio Grande do Sul a taxa de cobertura de ESB é de 43,73% e 30,14% de ESBSF, indo ao

encontro dos parâmetros nacionais que demonstram 52,71% de cobertura de ESB e 42,14% de ESBSF (BRASIL, 2019).

Nessa perspectiva, quando avaliadas as metas de gestão para o seguimento da saúde bucal nos municípios, encontra-se o descrito no Quadro 5:

Quadro 5 – Metas de gestão para saúde bucal.

Araricá	Lindolfo Collor	Santa Maria do Herval
“Implantar atendimento odontológico para pessoas com deficiência”.	“Aumentar a cobertura populacional de saúde bucal na AB”.	“Ampliar a cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica”.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Percebe-se, que o município de Araricá por já possuir equipes de saúde bucal mais consolidadas, apresenta proposta de organizar os fluxos e estipular protocolos de atendimentos como é o caso das pessoas com deficiência. Por outro lado, os outros dois municípios demonstram a intenção de ampliar a cobertura de saúde bucal, porém, não citam a implantação de equipes de saúde bucal de saúde da família.

Mattos et al. (2014) referem que a incorporação da saúde bucal na ESF está em um momento de grande expansão no país, principalmente no que diz respeito aos incentivos financeiros atribuídos a esta união. Além disso, há um estímulo da política de saúde bucal em promover essa reorganização através da saúde da família, o que reforça ainda mais a alternativa dos gestores em pensar a saúde bucal dos municípios.

Quanto às especialidades, percebe-se que os municípios se organizam para oferecer algumas especialidades tanto médicas como nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, entre outros, conforme descreve o Quadro 6. Observa-se que o município de Araricá, mesmo sendo o menor em número de habitantes, é o que proporciona um maior número de especialidades como é o caso da traumatologia e dermatologia que na grande maioria dos municípios de pequeno porte são encaminhados para os municípios de maior porte.

Quadro 6 – Especialidades oferecidas pelos municípios

Especialidade Município	Araricá	Lindolfo Collor	Santa Maria do Herval
Cardiologia	Sim	Não	Não
Cirurgia Ambulatorial	Sim	Sim	Não
Dermatologia	Sim	Não	Não
Educação Física	Não	Não	Sim
Fisioterapia	Sim	Sim	Sim
Fonoaudiologia	Sim	Sim	Não
Ginecologia	Sim	Sim	Sim
Nutrição	Sim	Sim	Sim
Pediatria	Sim	Sim	Sim
Psicologia	Sim	Sim	Sim
Psiquiatria	Sim	Sim	Sim
Traumatologia	Sim	Não	Não

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

A oferta de especialidades por pequenos municípios é uma realidade também vivenciadas em outros estados, conforme demonstra um estudo realizado por Vieira, Lima e Grazzineli (2015) em um município de pequeno porte de Minas Gerais. A pesquisa mostra que a oferta de consultas de especialidades médicas em municípios com essas características apresenta uma espera prolongada e acesso fragilizado afetando a integralidade do cuidado.

Silva et al. (2017) relatam a dificuldade dos municípios, principalmente os de pequeno porte em oferecer as especialidades médicas e que atualmente esse é o gargalo do Sistema Único de Saúde. Ainda, atribuem essa dificuldade ao financiamento em saúde, à disponibilidade de profissionais e ao distanciamento das esferas estadual e federal quanto ao financiamento e à regionalização em saúde. Com isso, percebe-se que mesmo diante da dificuldade enfrentada pelos municípios, ainda são oferecidos atendimentos com especialistas, principalmente os de maior procura e necessidade.

Somando-se a isso, reforça-se a necessidade de um trabalho multiprofissional nos municípios com a ampliação de atendimentos por outros profissionais como nutricionistas, psicólogos, educadores físicos, fisioterapeutas, entre outros. De acordo com Salvador et al. (2011), o trabalho multiprofissional contribui para a

organização dos estabelecimentos de saúde através do atendimento integral prestado por profissionais de diversas áreas de atuação, possibilitando captar a complexidade que envolve o processo do cuidado da saúde dos usuários.

No que se refere ao plano de ação dos gestores para essa área, apenas o município de Araricá estipulou metas, as quais estão descritas no Quadro 7:

Quadro 7 – Metas de gestão para a oferta de especialidades Araricá
“Contratação de Especialidades específicas: psiquiatria, ginecologia e pediatria; Aumento do número de consultas e cirurgias traumatológicas; Criação de espaço específico para atendimento das especialidades”.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Conforme visto, o município demonstra interesse em manter as especialidades e, além disso, aumentar o número de consultas, assim como, aprimorar a estrutura física. Contudo, os demais municípios não apresentaram metas deste seguimento em seus planos municipais de saúde.

Sabendo-se da dificuldade dos municípios em arcar sozinhos com a média e alta complexidade, estes, utilizam-se da regionalização em saúde e consórcios intermunicipais. No caso dos municípios em estudo, nem todos apresentam estrutura para internação hospitalar e com isso, por exemplo, Araricá tem os municípios de Sapiranga e Parobé como referência para internação, enquanto Santa Maria do Herval encaminha para a cidade de Dois irmãos os casos da área hospitalar.

Da mesma forma, o município de Novo Hamburgo serve de referência para as áreas de cardiologia e internação pediátrica para os três municípios. Ainda, os atendimentos de neurologia são direcionados para o município de São Leopoldo configurando o processo de regionalização e consórcios intermunicipais na 7ª região de saúde do Rio Grande do Sul.

A regionalização em saúde é uma estratégia que inclui as políticas de redemocratização e favorece a criação de arranjos institucionais com descentralização federativa e autonomia dos municípios (SOUZA; SANTOS, 2018). De acordo com Garnelo, Sousa e Silva (2017), a política da regionalização institui uma interação poliárquica e cooperativa entre sujeitos institucionais na qual se deve trabalhar de forma complementar.

Nesse sentido da regionalização, apenas o município de Araricá apresentou em seu plano municipal de saúde metas nessa perspectiva, as quais apresentam-se no Quadro 8.

Quadro 8 – Metas de gestão para a regionalização em saúde.

Araricá
“Criação de parcerias, convênios e consórcios intermunicipais; Ampliação do acesso ao Centro Especializado em Reabilitação; Redução da fila para o serviço de neurologia”.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

De acordo com Thesing et al. (2018), os consórcios intermunicipais em saúde contribuem para o desenvolvimento das dimensões econômicas através da potencialização de investimentos nas estruturas, campo social e ampliam a prestação de serviços e qualificação profissional. Com isso, reflete nos municípios a busca por melhores condições de vida da população, potencialização dos empreendimentos locais e manutenção de profissionais na região.

Somando-se a isso, Moraes e Chaves (2016) descrevem que este tipo de consórcio contribui para melhor gerência dos serviços especializados e de maior densidade tecnológica. Além disso, uma ação conjunta entre os municípios pode garantir ganhos ambientais e econômicos. Dessa forma, a regionalização e a adesão aos consórcios intermunicipais em saúde facilita a oferta dos serviços especializados pelos municípios.

Destaca-se também que as demais consultas especializadas que não contemplam o acordo de regionalização e dos consórcios em saúde, são regulados via Sistema de Gerenciamento de Consultas Especializadas de Porto Alegre (GERCON). Esta forma de regulação é regulamentada por lei através da Resolução nº 228/16 e visa otimizar a ocupação da esfera de consultas/exames, reduzindo o *deficit* de oferta contratado (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Com relação aos serviços de urgência e emergência, os três municípios possuem unidades de pronto atendimento 24 horas, nas quais realizam os atendimentos nos horários que os serviços de atenção básica estão fechados. Além disso, dão suporte ao primeiro atendimento de urgência e emergência. Ainda, os municípios não estão cobertos pelo Serviço Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) e os municípios de Lindolfo Collor e Santa Maria do Herval informaram nos

planos municipais de saúde que possuem um serviço de remoção e transporte próprio, conforme apresenta o Quadro 9:

Quadro 9 – Urgência e emergência

Município / Serviço	Pronto Atendimento 24 Horas	Remoção e Transporte
Araricá	SIM	Sem Informação
Lindolfo Collor	SIM	Próprio
Santa Maria do Herval	SIM	Próprio

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a rede de urgência e emergência não é composta apenas de serviços especializados como o SAMU e Prontos-Socorros, mas também dos componentes pré-hospitalares fixos como unidades básicas de saúde, equipes de agentes comunitários, ambulatórios, entre outros. Dessa forma, por estarem entre os municípios de pequeno porte, espera-se que um pronto atendimento consiga atender às demandas locais.

Já referente ao atendimento pelo SAMU nos municípios, a Política Nacional de Atenção às Urgências determina que os municípios devem ter gestão plena, ser municípios com maior porte populacional, o que neste último critério exclui os municípios em estudo. Por outro lado, podem ser criadas centrais regionais para atendimento desses serviços, possibilitando a otimização do investimento e possibilidade de financiamento tripartite (BRASIL, 2006)

A atenção às urgências e emergências nos municípios de acordo com as metas estipuladas pelos gestores mostrou uma preocupação do município de Santa Maria do Herval em manter a equipe necessária para os atendimentos nestas situações, enquanto o município de Araricá pensou na organização dos fluxos de atendimento, equipe e estrutura física. No entanto, o município de Lindolfo Collor não descreve em seu plano municipal de saúde as metas para o seguimento de urgência e emergência, conforme descrito no Quadro 10:

Quadro 10 – Metas de gestão para urgência e emergência

Araricá	Santa Maria do Herval
“Implantar fluxo de atendimento à urgência; Criar espaço específico para atendimento de urgência e emergência; Manter equipe médica e de enfermagem completa”.	“Garantir equipe técnica necessária para o atendimento integral das demandas municipais, conforme previsto em legislação vigente (COREN)”.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Uma equipe completa é primordial para o bom funcionamento dos serviços de saúde, pois, dessa forma, é possível prestar uma assistência de qualidade, evitando o estresse da equipe devido ao acúmulo das atividades. Além disso, a organização dos fluxos citada pelo município de Araricá possibilita um melhor entendimento da rede de saúde contribuindo para o melhor desempenho dos serviços.

A atenção psicossocial nos três municípios é realizada pelos profissionais da atenção básica, assim como pelos psicólogos e psiquiatras disponíveis na rede. Os municípios não possuem um serviço especializado em saúde mental, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ressalta-se que, conforme orientações do Ministério da Saúde, a implantação do CAPS é recomendada para municípios com população acima de 15 mil habitantes, não sendo, portanto, possível a implantação desse serviço nos municípios (BRASIL, 2011).

No entanto, dada a impossibilidade dos municípios em oferecer um serviço especializado em saúde mental, Araricá prevê em seu plano de ação a implantação de oficinas terapêuticas conforme mostra o Quadro 11:

Quadro 11 – Metas de gestão para saúde mental.

Araricá
“Implantação de 2 Oficinas Terapêuticas do tipo II”.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Esse tipo de oficina que o município de Araricá busca implantar é preconizada para os municípios que não possuem CAPS e com população até 20 mil habitantes. Além disso, deve estar articulada com a atenção básica e como parte integrante de Projetos Terapêuticos Singulares e com apoio matricial de equipes especializadas como o NASF, por exemplo (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Uma experiência exitosa com as oficinas terapêuticas na área de saúde mental, a qual foi utilizada a expressão rítmica como atividade, mostrou que foi possível promover a comunicação e integração dos participantes. Ainda, possibilitou a maior interação entre os participantes e contribuiu para a formação de grupos com capacidade de desenvolver outras atividades fora do ambiente de aprendizagem (LUZIO; ROZENDO; ABE, 2009).

Destaca-se a necessidade de ações voltadas à saúde mental no território dos municípios, conforme preconiza a Política de Saúde Mental, que institui a substituição dos manicômios anteriormente muito utilizados, por serviços como os CAPS, residenciais terapêuticos, centros de convivências, internação em hospital geral, entre outros. Além disso, inclui também a atenção básica em saúde no atendimento a estes pacientes possibilitando o cuidado integral e longitudinal (BRASIL, 2013).

Por fim, com relação aos exames diagnósticos disponíveis nos municípios percebe-se que pouco é oferecido no próprio município e que este tipo de serviço é pactuado na região de saúde. Araricá possui pactuações com os municípios de Sapiranga, Parobé e Igrejinha, enquanto Lindolfo Collor realiza os exames laboratoriais no município e os demais são encaminhados para Ivoti. Já Santa Maria do Herval encaminha seus pacientes para Dois Irmãos e Sapiranga, porém, os exames laboratoriais são realizados na própria cidade.

Entende-se a dificuldade dos municípios de pequeno porte em oferecer uma rede estruturada para exames e diagnósticos devido aos recursos e financiamento pelas esferas estaduais e federais. No entanto, essa pactuação é respaldada pelo Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, o qual normatiza as regiões de saúde e possibilita a articulação dos gestores visando à melhor oferta de serviços (BRASIL, 2011).

Diante do Plano Municipal de Saúde percebe-se a intenção dos gestores em oferecer os serviços de exames diagnósticos à população conforme mostra o Quadro 12:

Quadro 12 – Metas de gestão para oferta de exames diagnósticos

Araricá	Lindolfo Collor	Santa Maria do Herval
<p>“Aumentar cotas de exames laboratoriais e complementares; Ampliar número de cotas de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade; Reduzir a fila para ressonância”.</p>	<p>“Utilizar aparelho de ecografia fornecido pelo Ministério da Saúde, para realizar ecografias gratuitas para os pacientes da UBS de Lindolfo Collor; Aumentar o quantitativo de exames laboratoriais a serem fornecido gratuitamente aos pacientes do SUS”.</p>	<p>“Disponibilizar exames com finalidade diagnóstica através de contratos com laboratórios e clínicas especializadas”.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

Frente ao exposto, constata-se a intenção dos gestores locais, nos municípios estudados, em ampliar os serviços à população, sejam eles por meio de convênios público-privado ou com recursos próprios. Além disso, constatou-se que os gestores planejam alternativas como é o caso do fornecimento do aparelho de ecografia, citado pelo município de Lindolfo Collor.

As regiões de saúde possibilitam uma articulação entre os municípios contribuindo para a gestão compartilhada com o objetivo de garantir o acesso resolutivo e de qualidade aos serviços de saúde, considerando o processo de regionalização instituído. Além disso, a articulação entre os entes federados abre a possibilidade de diminuição das desigualdades locais (BRASIL, 2014). Com isso, mostra-se eficaz a regionalização em saúde no processo de planejamento, pois pode contribuir na ampliação de oferta de serviços de saúde à população.

5 CONCLUSÃO

Diante dos resultados alcançados pela pesquisa argumenta-se o quanto é difícil a oferta de serviços de saúde em municípios de pequeno porte na atualidade, devido às dificuldades de financiamento e habilidades de gestão. Da mesma forma, a regionalização em saúde proporciona subsídios na oferta de serviços de saúde à população.

A atenção básica em saúde se mostrou predominante na assistência à saúde nos municípios estudados, alcançando a cobertura de 100% da estratégia saúde da família em dois municípios, indo ao encontro do preconizado pelo Ministério da Saúde. No entanto, ainda persistem opções pelo modelo tradicional de unidade básica de saúde, a qual se baseia em uma assistência mais curativa e menos preventiva.

A escolha pelo NASF se fez presente na maioria dos municípios contribuindo significativamente na assistência à saúde da população. Com isso pode-se perceber que as equipes atuam tanto na assistência direta como também na forma de matriciamento para as equipes de atenção básica.

O atendimento à saúde bucal evidenciou-se como uma fragilidade na maior parte dos municípios, os quais dispunham de apenas uma equipe para atender a toda a população. Todavia, os gestores mostraram-se sensíveis a esta problemática e incluíram nos planos de ações metas para ampliação da cobertura populacional.

Constatou-se, também, a inexistência de serviços especializados em saúde mental, assim como atividades para integração deste grupo. No entanto, foi evidenciado um papel importante da atenção básica no atendimento à saúde mental concordando com o preconizado pelas políticas públicas de atenção básica e de saúde mental.

A regionalização mostrou-se uma ferramenta importante na oferta de serviços de saúde nos municípios estudados e para o processo de gestão, principalmente na disponibilidade de serviços especializados. Destaca-se que cabe ao gestor municipal pactuar as ações junto à região de saúde refletindo diretamente no resultado da rede de saúde municipal.

Os municípios pesquisados, embora muito parecidos em número de população e economia, mostraram-se diferentes no processo da gestão pública em

saúde. Além disso, constatou-se que as prioridades são percebidas de forma diferente pelos gestores, isso podendo estar relacionado a questões pessoais ou políticas.

O município de Araricá, mesmo sendo o menor em número de população, mostrou maior oferta de serviços de saúde e um plano de gestão baseado nas necessidades apresentadas a partir do Plano Municipal de Saúde. Com isso, evidencia-se um processo de gestão coerente e um planejamento baseado nas fragilidades encontradas no sistema.

É reconhecida a importância da gestão em saúde no cenário municipal, pois é esta saúde que está mais próxima da população e que será capaz de resolver grande parte das necessidades apresentadas por esse público. Sobretudo quando o papel do gestor é o diferencial no planejamento em saúde, pois é através deste que as ideias são executadas e refletidas na assistência direta à população.

Portanto, o presente trabalho evidenciou a importância do planejamento da saúde nos municípios e a relevância da regionalização em saúde na oferta de uma assistência de qualidade e de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Contudo, conclui-se que o objetivo de pesquisa foi alcançado, expondo a oferta de serviços de saúde e o plano de ação dos gestores nos municípios estudados.

Por fim, o estudo serviu para a compreensão da relação da oferta de serviços e o planejamento em saúde em municípios da 7ª região de saúde do estado do Rio Grande do Sul. Logo, recomendam-se futuros estudos que consigam aprofundar o tema incluindo outros municípios e regiões de saúde contribuindo para uma discussão mais ampla acerca do tema.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.080, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 09 mar. 2019.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 10 mai 2018.

_____. Ministério da Saúde. **A Regionalização da Saúde**. O Decreto nº 7.508/11 e os desafios da gestão do SUS. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/regionalizacao_saude_decreto_7508.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica. Saúde Mental**. Brasília. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 10 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS**. 1º ed. 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município garantindo saúde para todos**. Brasília. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017.**

Brasília, 2017. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.

Acesso em: 23 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):** uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. 2ª ed. Brasília.

2019. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>. Acesso em:

08 set. 2018.

_____. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. (PACS). Brasília. 2006. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em:

15 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **E-gestor Atenção Básica.** Informação e Gestão da Atenção Básica. Brasília, 2019. Disponível em:

<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>>. Acesso em: 25 jun. 2019.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de, SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON, 2ª ed. Belo Horizonte. 2010. Disponível em:

<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/100>>. Acesso em: 24 ago. 2018.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.4, pg. 1155-1164. 2017. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1155.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de; et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços.

Caderno de Saúde Pública, v.28, n.9, p.1772-1784, 2012. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015>.

Acesso em: 21 mar. 2019.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde.** 2009.

GARNELO, Luiza; SOUSA, Amandia Braga Lima; SILVA, Clayton de Oliveira da. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p.1225-1234, 2017. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401225&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 mar. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2007. 206p.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 04 fev. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociais e Municipais**. Uma análise dos Resultados do Universo do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro. 2011.

LUZIO, Critina Amélia; ROZENDO, Adriano da Silva; ABE, Denise Sayuri. O ritmo da loucura: Oficina de expressão rítmica com usuários da saúde mental. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.8, n.1, p.133-140. 2009. Disponível em: <<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/959>>. Acesso em: 09 mar. 2019.

MALTA, Deborah Carvalho; et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p.327-338, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000200327&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 mar. 2019.

MATTOS, Grazielle Christiane Maciel; et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p.373-382, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200373&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 mar. 2019.

MELO, Eduardo Alves; et al. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.1, p.328-340, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0328.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, pg.2297-2305. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 ago. 2018.
MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção a Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, ed.2. Brasília, 2011. 549p.

MORAES, Vânia Soares de; CHAVES, André Preissler Loureiro. Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada à saúde ambiental: consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. **Saúde e Sociedade**, v.25, n.2, p.349-360. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000200349&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 mar. 2019.

PARENTE, Alaine Santos; MESQUITA, Fabiola Olinda de Souza; SARMENTO, Sued Sheila. Análise da distribuição e cobertura do NASF na IV Macrorregião de Saúde do Estado de Pernambuco. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.11, n.36, p. 435-453, 2017. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/771>>. Acesso em: 24 mar. 2019.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. **COAP na perspectiva da regulação assistencial e auditoria do SUS**. Recife. 2014. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/coap_-_denasus_-_adelina_feijao.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. **Distribuição dos setores da economia gaúcha por municípios**. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<http://carta.fee.tche.br/article/distribuicao-dos-setores-da-economia-gaucha-por-municipios/>> Acesso em: 21 mar. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. **Resolução nº 228/16 – CIB/RS**. Porto Alegre, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. **Resolução nº 404/11 – CIB/RS**. Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170220/23102059-1340039298-cibr404-11.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. **Resolução nº 555/12 – CIB/RS**. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais-CIR. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28155806-resolucao-cib-555-12.pdf>>. Acesso em: 03 maio. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. **Atenção Básica RS**. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/estrategia-saude-da-familia-atinge-60-35-de-cobertura-no-rio-grande-do-sul>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. **Portal Bi Saúde**. 2019. Disponível em: <<http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

ROMANO, Cátia Maria Costa; SCATENA, João Henrique Gurtler. A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.48, n.2, pg.439-358. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122014000200008&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 12 set. 2018.

SALVADOR, A.S; et al. Construindo a multiprofissionalidade: Um olhar sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v.15, n.3, p.329-338, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10834/6820>> Acesso em: 11 abr 2019.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Critóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. V.1, n.1, pa.1-15. 2009.

SAUTER, Angela Maria Weizenmann; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; KOPF, Águida Wichrowski. Política de regionalização da Saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.16, n.2, pg.265-274. 2012.

SILVA, Camila Ribeiro; et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p.1109-1120, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401109&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 25 mar. 2019.

SILVA, Jorge Luiz Mariano da; QUEIROZ, Maria de Fátima Medeiros. Eficiência na gestão da saúde pública: Uma análise dos municípios do estado do Rio Grande do Norte (2004 e 2008). **Planejamento e Políticas Públicas**, n.50, pg.149-170. 2018. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/765>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

SOUZA, Julio Cesar Donisete Santos; SANTOS, Alethele de Oliveira. Os desafios da regionalização do SUS no contexto federativo brasileiro. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v.7, n.2, pg. 29-47. 2018. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/478>> Acesso em: 16 ago. 2018.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília, 2002. 726p.

TEIXEIRA, Luciana; DOWELL, Maria Cristina Mac; BUGARIN, Maurício. Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma análise à luz da teoria dos jogos. **Revista Brasileira de Economia**, v.57, n.1, pg.253-281. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402003000100011>. Acesso em: 17 ago. 2018.

THESING, Nelson José; et al. Organização Intermunicipal: estudo de caso do Consórcio Público de Saúde na região fronteira noroeste do Rio Grande do Sul. **Redes**, Santa Cruz do Sul, v.23, n.3, p. 188-205, 2018. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6548018>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

TRÉZ, Thales de A. Caracterizando o método misto de pesquisa na educação: Um continuum entre a abordagem qualitativa e quantitativa. **Atos de Pesquisa em Educação**, v.7, n.4, pg.1132-1157. 2012.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008. 175p.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila Viana; et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, n.2, pg.413-422. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000200413&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 12 set. 2018.

VIEIRA, Ed Wilson Rodrigues; LIMA, Thais Moreira Nascimento; Gazzinelli, Andréa. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.19, n.1, p.65-71, 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/986>>. Acesso em: 24 mar. 2019.