 DOI: 10.51161/ii-conbrasp/12687

RELATO DE EXPERIÊNCIA: PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPIRITO SANTO (SESA/ES)

MICHELL VETORACI VIANA; MARIADO SOCORRO RODRIGUES LOPES FERNANDES; MARCIA PORTUGAL SIQUEIRA; DAYSI KOEHLER BEHNING; FABIANE LIMA SIMÕES; CLAUDIA RODRIGUES LOPES; DANYELA GOMES CABALINE VIANA

RESUMO

Introdução: A descentralização de ações e serviços de saúde, além da estruturação da atenção em saúde a partir da conformação de redes regionais, resolutivas e hierarquizadas, estimula Estado e Municípios a exercerem seus papéis, potencializando e criando sinergia entres suas ações. **Objetivo**: Sendo assim, esse manuscrito procura contextualizar a descrição e análise da metodologia e operacionalização do Projeto de fortalecimento dos processos de Governança Regional, Organização e Integração da Rede de Atenção a Saúde (RAS) e Operacionalização do Planejamento Regional Integrado (PRI) pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA/ES). **Metodologia:** Traz uma abordagem qualitativa, a partir do relato de experiência de alguns trabalhadores dos setores da Gerência de Política Organizacional das Redes de Atenção a Saúde (GEPORAS), incluindo apoiadores institucionais que atuam exclusivamente nesse processo e da e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do SUS/ES, bem como outros atores do Planejamento da referida secretaria. Na primeira seção, apresenta-se um breve cenário sobre o PRI no Brasil e no Estado do Espirito Santo. As demais seções descrevem como a trajetória recente do trabalho originou a metodologia, bem como as etapas previstas para operacionalização do PRI até o final de 2023. **Resultados:** A análise dos resultados evidenciou a preocupação da SESA/ES em aprofundar o processo iniciado na elaboração do Plano Estadual de Saúde 2021-2023, que busca efetivar um planejamento ascendente e coletivo. Como fatores limitantes do PRI, foram apontadas as fragilidades municipais e questões institucionais. Como potencialidades, destacou-se o caráter coletivo do mesmo, a potencia da corrresponsabilização dos atores envolvidos. Destacam-se também os aspectos de originalidade da metodologia criada, sendo uma construção autoral da equipe condutora. **Conclusão**: Esperamos que as experiências aqui narradas possam efetivamente guiar Estados e municípios na busca pelo fortalecimento do SUS, proporcionando melhoria do acesso à saúde em tempo oportuno, e qualidade da assistência e do cuidado ao usuário do sistema.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde; Regionalização; Saúde Pública; Política de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O processo de descentralização e gestão federativa é constitucional para o setor de Saúde, desde 1988, embora este princípio represente uma necessidade nacional apontada desde o início da década de 1960 (BRASIL, 2021). A Lei Orgânica da Saúde apresenta as competências das esferas de gestão do SUS também no que se refere ao planejamento, conforme a Lei nº 8080/1990 (BRASIL, 1990).

 DOI: 10.51161/ii-conbrasp/12687

A criação do SUS ocorre num país com heterogeneidades na extensão e diversidade dos territórios socioeconômicos, com desigualdades regionais, culturais e políticas, e diversidades nas necessidades epidemiológicas, na oferta de serviços e na disponibilidade de recursos humanos onde, conforme definido pela Constituição de 1988, cada ente federativo tem a responsabilidade de organizá-lo de forma compartilhada, assegurando assim a integralidade da atenção à saúde (VIANA et al., 2018).

A Norma Operacional de Assistência a saúde (NOAS/SUS 01/2001) que fixou diretrizes para a Programação Pactuada Integrada (PPI) e evidenciou a necessidade de novos investimentos através do Plano Diretor de Investimentos (PDI) nos diferentes territórios. Assim, ainda hoje as Macrorregiões de Saúde embasam as análises, o processo de trabalho e a tomada de decisão de diferentes setores/departamentos, não diferente da SESA/ES, especialmente quando se trata de questões relacionadas à média e alta complexidade.

As três Macrorregiões de Saúde foram validadas na SESA/ES através do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que consistiu em um planejamento regional somente em 2002, com (NOAS 01/02), passando a ser de fato implementada, onde define a regionalização como estratégia de organização da oferta das redes e fluxos intermunicipais para a garantia da integralidade e equidade, propondo a definição dos territórios em Microrregiões, Regiões e Módulos de saúde, a elaboração do Plano Diretor Regional (PDR), a PPI e o PDI como ferramentas para o processo de regionalização (VIANA et al., 2008).

Com a adesão da SESA/ES ao Projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde – Regionalização. PROADI-SUS/2021/2023/HAOC e a pactuação em Assembleia do Colegiado de Secretários de Estado da Saúde – CONASS, no Colegiado Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, para que o recurso financeiro da Portaria MS/GM nº1812, de 22 de julho de 2020, seja aplicado para execução do Projeto, fez-se necessário a adequação de Estruturação e Consolidação da Regionalização do estado do Espírito Santo, com ênfase no fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de vigilância e atenção à saúde (SESA/Setembro/2020), aprovado pela Portaria GM/MS nº Portaria MS/GM nº 3.065, de 11 de novembro de 2020, que homologa o resultado, para viabilizar as despesas necessárias para sua implantação.

A partir da Portaria nº 102-R, de 20 de maio de 2021, que norteia a organização do funcionamento da Atenção e da Vigilância em Saúde no âmbito estadual do Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo, buscou implantar um modelo de saúde que tem como premissa a configuração da Rede de Atenção em Saúde (RAS) e de Vigilância à Saúde (RAVS) de forma ascendente, por meio de comando único, articulação sistêmica e tendo na Atenção Primária em Saúde (APS) a sua porta de acesso preferencial, organizada através da Autorregulação Formativa Territorial (ARF), como forma de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre Atenção Primária e a Atenção Especializada, em uma rede de petição e compromisso matricial e territorial com técnicos de referência e serviços de referência designados, que organizam e definem uma cadeia do cuidado, implicando no âmbito da Atenção Primária, cuidados especializados e hospitalares.

O Projeto Fortalecimento dos Processos de Governança, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde – Regionalização (PROADI-SUS/2021/2023/HAOC) retrata a mobilização da Secretaria de Estado da Saúde no sentido de construir uma Política Estadual de Regionalização que garanta o respeito às especificidades regionais, supere as desigualdades, e, ao mesmo tempo, possa dar respostas que contribuam para distribuição dos serviços de saúde de forma coerente com os diagnósticos de saúde regionais. Reconhecendo os espaços regionais que contemplem identidades, perfil epidemiológico, vocação e

 DOI: 10.51161/ii-conbrasp/12687

possibilidades de concretização dos planos municipais, regionais e estadual de forma sinérgica.

Sendo assim, fortalecer a gestão estratégica municipal e estadual do SUS para a coordenação do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e no aprimoramento da governança macrorregional do SUS torna-se o objetivo do Planejamento.

Este trabalho tem o intuito de descrever a experiência de construção da proposta de metodologia de operacionalização do Planejamento Regional Integrado (PRI) que o estado do Espirito Santo construiu a partir das últimas normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e da expertise dos trabalhadores da Secretaria Estadual de Saúde do ES (SESA/ES). Tal metodologia envolve articulações tanto internas dos diversos departamentos e divisões regionais da SESA/ES, quanto com gestores dos municípios e representações do Conselho Estadual de Saúde (CES), Ministério da Saúde e Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

O entendimento conceitual sobre o PRI utilizado neste trabalho é que este corresponde a uma das estratégias para concretizar o planejamento ascendente e para aprimorar a regionalização no âmbito do SUS. Considera-se que uma das principais contribuições é o registro histórico e o relato da experiência de uma secretaria estadual de saúde na construção de estratégias para operacionalizar o PRI no SUS, uma vez que há poucas produções, no cenário brasileiro, abordando a temática. Salienta-se que o trabalho possui abordagem qualitativa e descreve o relato da experiência dos trabalhadores dos setores da Gerência de Política Organizacional das Redes de Atenção a Saúde (GEPORAS) da SESA/ES, incluindo apoiadores institucionais que atuam exclusivamente nesse processo e da CIB do SUS/ES. Dessa forma, não há a pretensão de esgotar a temática do PRI na saúde ou analisar as estratégias utilizadas por outros estados da federação, uma vez que encontramos poucos registros sobre o tema na literatura durante a elaboração deste documento.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

O desenvolvimento metodológico do projeto tem sido coordenado pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz que mantem a coordenação geral do projeto e dividiu a execução com o Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo. Ainda prevê a organização em seis fases, onde na fase um, já concluída, o Planejamento das ações estruturantes para o desenvolvimento do Projeto como a composição do Grupo Executivo (GE) nacional, que abrangerá as seguintes partes interessadas: Ministério da Saúde (MS), Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Já a fase dois, também concluída, constituiu-se do Diagnóstico e análise situacional da regionalização e do PRI nas Macrorregiões de saúde (MRS), sendo que a partir desse momento, o produto das oficinas gerarão um Guia Operacional Básico (GOB) como produto da oficina de encerramento para cada fase. Nessa fase ainda, ocorreu a contratação de Apoiadores (um para cada MRS) e um Apoiador Central, que cumprirão o papel de Apoio Institucional e interlocução entre a SESA, Superintendências Regionais de Saúde – SRS, as Secretarias Municipais de Saúde e na produção de material técnico. O encerramento de cada fase é marcado por encontros presenciais em forma de Oficinas, onde os produtos da fase são apresentados e para cada nova fase realizam-se oficinas presenciais que tem por finalidade promover o alinhamento conceitual metodológico, planejamento, apresentação e discussão do GOB respectivo para cada fase, que direcionará ações e entregas/produtos futuros.

Na terceira fase em andamento, trata da elaboração da Análise de Situação de Saúde (ASIS) no território regional, da identificação de necessidades de saúde e pactuacao de

 DOI: 10.51161/ii-conbrasp/12687

prioridades sanitárias na MRS. Posteriormente serão desenvolvidas a quarta fase, que contemplará a Análise e organização dos pontos de atenção da RAS para a programação de ações de serviços macrorregional, a quinta fase que decidirá a Elaboração do Plano de Macrorregião de saúde (PMRS) e ao aprimoramento da governança macrorregional e ainda, a última fase, o Monitoramento do PMRS e avaliação do PRI.

Na fase um, os articuladores estaduais iniciarão as atividades de articulação e mobilização dos atores loco-regionais para a composição dos Grupos Condutores Estaduais (GCE) e dos Grupos de Trabalho das Macrorregionais (GTM), que serão as instâncias de planejamento, organização e operação do PMRS e das atividades do projeto.

Entende-se como GCE, o grupo condutor do projeto, que se reunirá mensalmente e o articulador estadual do HAOC/BP, quem coordenará todas as reuniões, posicionando o GCE sobre a situação em cada macrorregião, apoiando o GTM, cooptando o suporte necessário para suas atividades, sempre que possível e demandado. Todas as reuniões são registradas em ata e a estrutura para sua realização será contrapartida da SESA/ES. A composição dos GCE será paritária, tripartite entre membros da SESA/ES, do COSEMS e das superintendências regionais do Ministério da Saúde, na qualidade e perfil que estas instituições pactuarem como necessários.

O GOB é elaborado pelo Grupo Executivo do Projeto e não somente pelo HAOC. Ele faz parte desse grupo. Já os 03 (três) GTM, formaram-se um coletivo operacional, responsável efetivamente pela elaboração tecinica de produtos. Atuam em conformidade com um planejamento mensal construído com o apoio do articulador estadual, a partir dos GOBs, elaborados pelo Grupo Executivo (GE) do projeto, com o apoio dos assessores técnicos do HAOC e posteriormente discutidos e validados com o GCE (DECRETO n.º 7.508/2011; RESOLUÇÃO CIT n.º 37/2018).

O PRI expressa as prioridades e responsabilidades sanitárias comuns estabelecidas entre gestores de saúde de uma determinada Região de Saúde, visando à integração da organização sistêmica do SUS para a garantia do acesso e da integralidade da atenção (BRRASIL, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016).

Considerando este cenário, no estado do ES, a publicação do Decreto n° 7.508/2011 gerou novas divisões na estrutura regional do SUS. Entre 2011 e 2012, após a publicação do decreto, a SESA/ES coordenou os trabalhos para a instituição das 4 Regiões de Saúde.

Considerando a Resolução Comissão Intergestora Tripartite (CIT) nº 01, de 29 de setembro de 2011, que estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização das macrorregiões de saúde, os estudos realizados na Secretaria Estadual da Saúde a partir da necessidade de revisão do Plano Diretor de Regionalização - PDR/2011 constitui-se 4 (quatro) Macrorregiões de Saúde. A Resolução nº 011/2020 – CIR NORTE, 20 de outubro de 2020, que aprova a proposta do novo Plano Diretor Regional – PDR 2020 que, integra os 14 (quatorze) municípios da Região de Saúde Norte aos municípios que compõe a Região de Saúde Central, constituindo assim uma única região de saúde. Homologada pela Resolução Comissão Intergestores Bipartite (CIB)/SUS-ES nº 130/2020.

Considerando a Resolução CIB/SUS-ES nº 027/2020 – Comissão Intergestores Regional (CIR)/ CENTRAL, 10 de novembro de 2020, que aprova a proposta do novo Plano Diretor Regional – PDR 2020 que, integra os 15(quinze) municípios da Região de Saúde Central de Saúde aos municípios que compõe a Região Norte de Saúde, constituindo assim uma única região de saúde. Homologada pela Resolução CIB/SUS-ES nº 149/2020. Considerando a Resolução nº 018/2020 – CIR METROPOLITANA, 15 de dezembro de 2020, que aprova a proposta do novo Plano Diretor Regional – PDR 2020 que incorpora

 DOI: 10.51161/ii-conbrasp/12687

03(três) municípios: Aracruz, João Neiva e Ibiraçu, na Região Metropolitana de Saúde. Homologada pela Resolução CIB/SUS-ES nº150/2020.

Considerando que na revisão do PDR-ES proposta pela SESA, a Região Sul de Saúde não teve nenhuma alteração, está mantida sua composição com 26 municípios de acordo com o mapa do PDR-ES/2011. Sendo assim, os limites regionais instituindo no Território do Estado do Espírito Santo - ES formam 03(três) Regiões de Saúde: Região Central/Norte (29 municípios), Região Metropolitana (23 municípios) e Região Sul (26 municípios). Conforme mapa no **figura 1**.

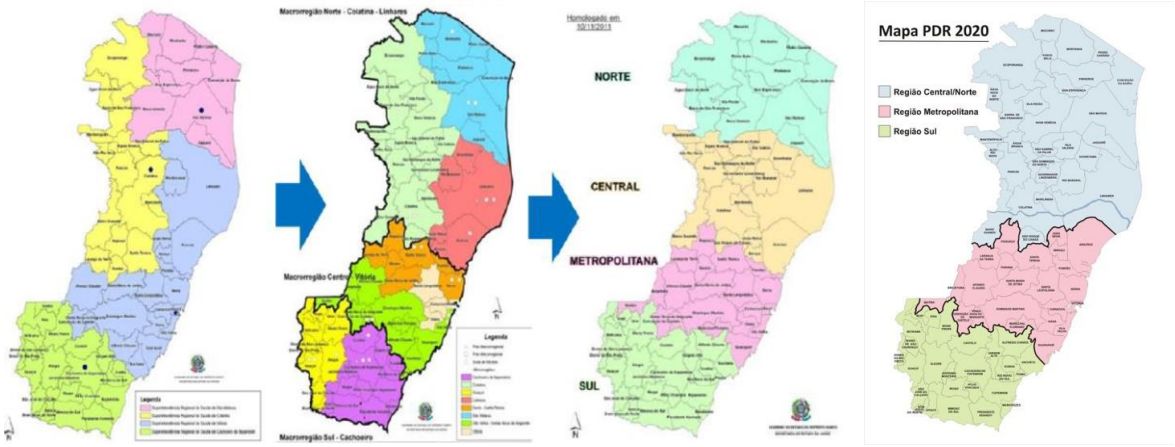

Figura 1: Mapas do Estado do Espirito Santo que apresentam a cronologia e a evolução da regionalização da saúde representada pelo PDR de 1990 a 2011 e 2020.

Dessa forma, mesmo que o processo de desenho das 3 macrorregiões de saúde tenha sido um processo pactuado e discutido entre gestão estadual e gestões municipais, e que tenha levado em conta critérios técnicos, políticos, geográficos, de fluxos assistenciais, dentre outros, em sua constituição, o desenho representou alterações à territorialização já instituída na saúde no ES.

Deste modo, foi delineada uma proposta de metodologia de trabalho que busca transformar o próximo ciclo de planejamento no ES. A primeira ação tomada, na segunda quinzena de 2022, foi elaborar um cronograma de trabalho definindo grandes passos para um período de um ano.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O atual momento do projeto no Estado, a fase três, produziu como resultado o Guia Operacional Básico (GOB), discutido e pactuado pelos GCE de acordo com as especificidades de cada MRS, contendo as bases técnicas e metodológicas das atividades a serem desenvolvidas no território, de acordo com o referencial teórico-metodológico estabelecido, com participação do GE do projeto, MS, CONASS e CONASEMS.

O documento-síntese sobre o desenvolvimento das fases do projeto, apresentando o diagnóstico da situação da regionalização e do PRI nas MRS com seus estágios de desenvolvimento; análise da situação de saúde e identificação das prioridades sanitárias nas MRS envolvidas no projeto; organização dos pontos de atenção e programação macrorregional, com a inserção dos objetivos e metas nos instrumentos de planejamento dos entes federados componentes da MRS; PRMS elaborados; painel de indicadores para acompanhamento e avaliação do PRMS ainda não foram concluídas.

Os indicadores podem ser coletados de fontes primárias, a partir de entrevistas com

informantes chaves, e/ou secundárias que constam no Roteiro Instrumental, e, sempre que possível, os que constam nos Planos Municipais de Saúde 2022 - 2025, Planos Estaduais de Saúde 2020 – 2023 que contenham informações atualizadas, os dados levantados pelas equipes da APS para o Programa Previne Brasil no último quadrimestre, Projeto Planificação da Atenção à Saúde, PLANIFICA SUS, e fontes seguras oriundas dos sistemas de informações próprios, relatórios, documentos locais, entre outros.

A Regulação Formativa Territorial, Controle e Avaliação, Auditoria, Judicialização da Saúde, Modalidade de Gestão, Participação Popular e Controle Social, Gestão do Trabalho, Educação na Saúde, Necessidades e Vazios Assistenciais, Financiamento, Consórcio % de municípios que mantém contratualização com os Consórcios Intermunicipais de Saúde na Macrorregião e processos de governança, contemplam os temas a serem abordados nas Matrizes de apoio, contidas no GOB 3. O Roteiro Instrumental apresenta um rol de indicadores e de algumas fontes para consulta. A proposição é que o GTM selecione os indicadores que sejam pertinentes à realidade local, úteis para análise diagnóstica, tenham fontes confiáveis, seguras e atuais. O levantamento dos indicadores deve ser construído preferencialmente de forma ascendente, iniciando pelos municípios, agrupados por Região de Saúde (RS) e, por fim, na MRS. Os indicadores podem ser coletados de fontes primárias, a partir de entrevistas com informantes chaves, e/ou secundárias que constam no Roteiro Instrumental, e, sempre que possível, os que constam nos Planos Municipais de Saúde 2022 - 2025, Planos Estaduais de Saúde 2020 - 2023 que contenham informações atualizadas, os dados levantados pelas equipes da APS para o Programa Previne Brasil no último quadrimestre, Projeto Planificação da Atenção à Saúde, DIGISUS, e fontes seguras oriundas dos sistemas de informações próprios, relatórios, documentos locais, entre outros.

O objetivo principal da última oficina foi através do GOB3, prestar suporte técnico e metodológico para a instrumentalização do Grupo Condutor Estadual (GCE) e Grupo de Trabalho Macrorregional (GTM) com vistas à realização da análise de situação de saúde, definição de prioridades sanitárias e das diretrizes que nortearão o desenvolvimento do Plano Regional (PR) na macrorregiões de saúde (MRS) vinculadas ao Projeto. Nesse momento também realizamos o alinhamento conceitual teórico-metodológicos com o GCE e GTM para subsidiar a realização da análise de situação de saúde e identificação de prioridades sanitária no território, Prestou-se suporte técnico e metodológico ao GCE e GTM para a realização da análise de situação de saúde, identificação das prioridades sanitárias e definição de diretrizes para o PR na MRS, além de subsidiar o GCE e GTM para pactuarão das prioridades sanitárias e diretrizes para o desenvolvimento do Plano Regional (PR) na MRS, junto à CIB.

4 CONCLUSÃO

Notamos nesse processo de Planejamento Regional Integrado, que as escolhas metodológicas do projeto priorizaram estabelecer frequente diálogo entre as práticas de gestão na SESA/ES e o processo de regionalização, inclusive em seu âmbito teórico. Nossa análise aqui apresentado, mais do que se consubstanciar num produto, pretendeu sistematizar um legado do projeto que nos fala sobre a importância inequívoca do protagonismo dos atores locais, especialmente gestores e técnicos dos municípios, na efetivação de qualquer concepção metodológica que se proponha a construir avanços na regionalização.

Ademais, reafirma, como será possível perceber a partir da narrativa dos autores, a valorização do planejamento ascendente na legitimação do processo e de seus resultados. Os aprendizados foram muitos, e sem sombra de dúvida poderão auxiliar gestores estaduais e municipais na construção e consolidação de novos (e antigos) processos de regionalização no

Espirito Santo e no Brasil.

Esperamos que as experiências aqui narradas possam efetivamente guiar Estados e municípios na busca pelo fortalecimento do SUS, proporcionando melhoria do acesso à saúde em tempo oportuno, e qualidade da assistência e do cuidado ao usuário do sistema.

Apesar das ferramentas de gestão disponíveis para o planejamento em saúde, a organização dos serviços muitas vezes não pressupõe o trabalho em rede, resultando em sobrecarga do sistema, tanto no que tange à infraestrutura dos serviços quanto ao desempenho dos profissionais de saúde. A ausência de planejamento e de espaços de discussão que considerem as singularidades das Regiões de Saúde para a realização de ações otimizadas faz com que os recursos disponíveis sejam subutilizados, tendo como fim resultados assistenciais que não condizem com as expectativas das Políticas de Saúde vigentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização se faz regionalizando : fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – Brasília : **Ministério da Saúde, 2021**. 208 p. : il.

BRASIL. Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº Portaria MS/GM nº 3.065, de 11 de novembro de 2020** Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3065_12_11_2020.html BRASIL. **Decreto n.º 7.508, de 26 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_ 03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 28 fev. 2021.

BRASIL. **Resolução Comissão Intergestora Tripartite (CIT) Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018**. que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização das macrorregiões de saúde, os estudos realizados na Secretaria Estadual da Saúde a partir da necessidade de revisão do Plano Diretor de Regionalização - PDR/2011 constitui-se 4 (quatro) Macrorregiões de Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html

BRASIL. **Ministério da Saúde**; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Manual de planejamento no SUS. 1. ed. rev. Brasília, DF: MS, 2016. (Série Articulação Interfederativa, v. 4).

BRASIL. **Portaria MS/GM nº1812, de 22 de julho de 2020**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3065_12_11_2020.html

BRASIL. **Resolução Comissão Intergestora Tripartite (CIT) nº 01, de 29 de setembro de 2011**. gerou novas divisões na estrutura regional do SUS. Entre 2011 e 2012, após a publicação do decreto, a SESA/ES coordenou os trabalhos para a instituição das 4 Regiões de Saúde. https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT1-2011.pdf

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Portaria nº 102-R, de 20 de maio de 2021**. Diário Oficial dos Poderes do Estado. [Dispõe sobre a organização e funcionamento da Atenção e da Vigilância em Saúde no âmbito estadual do Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo e dá outras providências]. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/OSS/HEUE/Portaria%20nº%20102-R,%20de%2020%20de%20maio%20de%202021.pdf

ESPIRITO SANTO. Secretaria da Saúde. **Resolução nº 011/2020 – CIR NORTE, 20 de outubro de 2020**. Aprova a proposta do novo Plano Diretor Regional – PDR 2020 que, integra os 14 (quatorze) municípios da Região de Saúde Norte aos municípios que compõe a Região de Saúde Central, constituindo assim uma única região de saúde.. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIR%20Norte/RESOLUÇÃO%20011%202020%20PDR%20-.pdf . Acesso em: 21/10/2022.

ESPIRITO SANTO. Secretaria da Saúde. **Comissão Intergestores Bipartite** CIB/SUS-ES nº 130/2020. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/Resolução%20CIB%20130%20%20Homologar%20Res%20CIR%20Norte%20011.pdf. Acesso em: 21/10/2022.

ESPIRITO SANTO. Secretaria de Saude. **Resolução CIB/SUS-ES nº 027/2020** – Comissão Intergestores Regional (CIR)/ CENTRAL, 10 de novembro de 2020, que aprova a proposta do novo Plano Diretor Regional – PDR 2020 que, integra os 15(quinze) municípios da Região de Saúde Central de Saúde aos municípios que compõe a Região Norte de Saúde, constituindo assim uma única região de saúde. Disponivel em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/Resolução%20CIB%20027-2020%20-%20ICEPi%20INDICAÇÕES.pdf. Acesso em: 22/10/2022.

ESPIRITO SANTO. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB/SUS-ES nº 0149/2020 –** Homologa a Resolução nº027/2020 – CIR CENTRAL, aprova a proposta do novo Plano Diretor Regional do Espirito Santo **–** PDR/ES 2020 que, integra 15 (quinze) munícipios da Regial Central de Saúde aos municípios que compõem a Região Norte de Saúde, constituindo assim uma única região de saúde, com 29 munícipios. Disponivel em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/Resolução%20CIB%20149-2020%20-%20homologar%20Res.%20nº027%20-%20CIR%20Central%20-%20proposta%20PDR%202020.pdf. Acesso em: 20/10/2022. ESPIRITO SANTO. Secretaria da Saúde. **Resolução nº 018/2020 – CIR**

METROPOLITANA, 15 dezembro 2020. Aprova a proposta do novo Plano Diretor Regional – PDR 2020 que, incorpora 03 (três) municipios: Aracruz, Joao Neiva e Ibiracu, na Regiao Metropolitana de Saude, homologando a Resolucao CIB/SUS-ES nº 150/2020. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIR%20Metropolitana/Resolução%20005%20-%202022%20-%20CIR-METRO%20-%20Representante%20Municipal%20na%20CT.pdf . Acesso em: 21/10/2022.

ESPIRITO SANTO. Secretaria da Saúde. **Resolução CIB/SUS-ES nº150/2020**. aprova a proposta do novo Plano Diretor Regional – PDR 2020 que, integra os 14 (quatorze) municípios da Região de Saúde Norte aos municípios que compõe a Região de Saúde Central, constituindo assim uma única região de saúde. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/CIB/Resolução%20CIB%20150-2020%20%20homologar%20Res.%20nº018%20CIR%20Metro%20-

%20proposta%20PDR%202020.pdf. Acesso em: 21/10/2022.

VIANA, A. L. D'A. et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, Disponível em: 2018.https://www.scielo.br/j/csc/a/hy8xWrRVWXQkbZdY8BVt6tf/abstract/?lang=pt. Acesso: 25 de outubro 2021.

VIANA, A. L. D. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.