

ANEXO 6

Linhas-Guia e Manuais

As linhas-guia são conteúdos editoriais que têm por finalidade determinar, normalizar, padronizar ou regular ações ou procedimentos. Estes instrumentos utilizados para normalizar incluindo as linhas-guia, são base para a organização sistêmica dos serviços, como um meio para se alcançar a racionalização dos recursos, a otimização do trabalho, mantendo ou melhorando sua qualidade.

Os instrumentos de normalização dos processos de trabalho em saúde, têm como propósito orientar os profissionais de saúde quanto às intervenções clínicas, fundamentadas na medicina baseada em evidência, na avaliação tecnológica, visando à garantia da qualidade do atendimento (Eddy, 1990).

As funções dos instrumentos de normalização dos processos de trabalho em saúde são gerencial, educacional e comunicacional.

A função gerencial decorre da necessidade de se controlar a lei da variabilidade clínica nos serviços de saúde; controlar a lei da caneta do médico; lei de Hart; lei da concentração dos gastos em saúde, de instrumentalizar os profissionais na tomada de decisão e homogeneizar as condutas clínicas.

Para cumprir a função educacional, os instrumentos de normalização devem ser transformados em produtos de educação para profissionais e usuários do sistema de saúde.

A função de comunicação tem por objetivo mudar o comportamento dos profissionais de saúde e dos usuários em relação à doença ou condição, aumentando a adesão ao tratamento e a incorporação de práticas saudáveis de vida.

Os Instrumentos de normalização que são as linhas-guias, protocolos, prontuário e planilha de programação; a gestão de patologias; a gestão de

caso; o sistema de informação gerencial; a perfilização clínica e a lista expectante.

*“A base para o desenho das redes de atenção à saúde está na gestão da clínica que é um conjunto de tecnologias de microgestão sanitária, destinado a prover a atenção à saúde focalizada nos usuários, efetiva, segura, humanizada, eficiente, contínua e coordenada, a fim de assegurar que padrões clínicos ótimos sejam alcançados e que sejam constantemente aperfeiçoados para melhorar a qualidade das práticas clínicas. A gestão da clínica constitui-se de tecnologias de microgestão que partem das **tecnologias-mãe, as diretrizes clínicas**, para, a partir delas, desenhar as redes de atenção à saúde e ofertar outras tecnologias como a gestão de patologia, a gestão de caso, a auditoria clínica, as listas de espera etc”.* (Mendes, 2006)

As diretrizes clínicas são *recomendações preparadas, de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e dos pacientes a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas* (Institute of Medicine, 1990).

Para dar sustentação ao processo de desenho das redes de atenção à saúde a diretriz clínica fundamental é a linha-guia referente à área temática que se quer considerar pois, não há o desenho de uma rede única que dê conta de todos os problemas de saúde. Por isso, devem ser propostas redes temáticas: rede de atenção à mulher e à criança, rede de atenção às doenças cardiovasculares, redes de atenção às doenças oncológicas, rede de atenção às urgências e às emergências etc.

A linha-guia é uma recomendação sistematicamente desenvolvida com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição ou patologia, realizada de modo a normalizar todo o processo, **ao longo de sua história natural**, cobrindo, portanto, as ações de prevenção primária, secundária e terciária, e por todos os pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção à saúde, envolvendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

A linha-guia, portanto, é **mais ampla que o protocolo clínico** que se fixa numa parte do processo da condição ou doença e, em geral, num único ponto de atenção à saúde.

Esta característica da linha-guia de ordenar, previamente, os fluxos das pessoas ao longo de todos os pontos de atenção da rede de atenção à saúde e de estabelecer as intervenções em cada qual, nos aspectos promocionais, preventivos, curativos, reabilitadores e paliativos, é que dá, a ela, a possibilidade de servir de instrumento básico do desenho das redes temáticas de atenção à saúde. **O desenho das redes de atenção à saúde inicia-se com a elaboração das linhas-guia.**

As linhas-guia foram elaboradas seguindo várias etapas de um processo. Estas etapas estão descritas abaixo (Shekelle et al., 1995; Felton, 1998; Cochrane, 2001):

- i. A escolha da condição ou patologia: a condição ou patologia deve ser escolhida por sua relevância para a população e para a rede de atenção à saúde e pode ser determinada pela magnitude, pelo custo, pela importância para os usuários ou por prioridades institucionais ou políticas.
- ii. A definição do grupo-tarefa: a equipe que irá elaborar a linha-guia deverá ser multidisciplinar, ter entre seis a doze membros e um coordenador com habilidade de facilitar um ambiente aberto e dialógico, de compreender os papéis de cada ponto de atenção à saúde e de manejar instrumentos de planejamento de trabalho de grupo.
- iii. A análise situacional da condição ou patologia: a equipe multidisciplinar deve iniciar seu trabalho fazendo uma análise das condições presentes, na rede de atenção à saúde, de enfrentamento da condição ou patologia, o que implica, operacionalmente, desenhar os fluxos dos usuários por todos os pontos de atenção à saúde, anotando o que é feito em cada um

deles e por quais profissionais e assinalando quais os problemas detectados.

- iv. A busca de evidências e de linhas-guia relevantes: este estágio é da busca da melhor evidência nas literaturas nacional e internacional. O instrumento é o da medicina baseada em evidência, especialmente as revisões sistemáticas da literatura ou meta-análises. As evidências recolhidas devem ser organizadas por categorias de evidências e classificadas segundo a força das evidências.
- v. A formalização das linhas-guia: uma vez que as evidências estejam recolhidas e os fluxos organizados, para o que se pode utilizar a técnica de seminários, deve-se escrever o documento da linha-guia. A forma é muito importante para que se possa melhor comunicar o conteúdo aos profissionais de saúde. Nesse sentido, ajuda muito que as recomendações estejam organizadas em algoritmos, suportados por gráficos amigáveis para os leitores.
- vi. A validação das linhas-guia: a linha-guia, para ser eficaz, deve passar por um processo de validação, envolvendo a validação interna e externa. O processo de validação é importante para garantir que o instrumento de normalização seja aceito e utilizado posteriormente. A validação interna é realizada por um consenso interno à organização, o que é facilitado pela inclusão de profissionais da instituição no grupo-tarefa de elaboração. A validação externa deve ser obtida, quando possível, através da manifestação explícita de sociedades corporativas temáticas.
- vii. A avaliação das linhas-guia: após serem validadas, as linhas-guia devem ser avaliadas. Um dos modelos mais utilizados para isto, é o Instrumento Agree, de uso comum nos países europeus (The Agree Collaboration, 2001). Este instrumento está proposto para avaliar novas diretrizes clínicas, diretrizes clínicas já existentes e atualizações de diretrizes clínicas. São definidos critérios para: escopo e propósito, envolvimento dos atores sociais, rigor do desenvolvimento, clareza e apresentação, independência editorial e avaliação geral.

- viii. A publicação das linhas-guia: depois de validadas, as linhas-guia devem ser publicadas. A publicação deve ter uma diagramação adequada, a fim de que se torne amigável aos seus usuários. **Além da publicação em papel, deve-se disponibilizar a publicação em meio eletrônico, no site da organização gestora das redes de atenção à saúde. Isso é fundamental porque a publicação eletrônica pode sofrer revisões em períodos de tempo menor que a publicação em papel.**
- ix. A revisão das linhas-guia: uma vez que as evidências surgem com muita frequência, é prudente que os instrumentos de normalização sejam revistos periodicamente, a cada um ou dois anos.

Tendo a linha-guia elaborada, dela saem, naturalmente, os pontos de atenção da rede de atenção à saúde. O desenho da rede temática de atenção à saúde articulará os níveis de atenção e os territórios sanitários (quando couber rede de base territorial), distribuindo, por eles, os pontos de atenção à saúde.

Linhas Guia que se encontram já prontas e no prelo e serão entregues no dia dois de abril:

Atenção à Saúde do Adulto - Hanseníase

Atenção à Saúde do Adulto - Hipertensão e Diabetes

Atenção à Saúde do Adulto - HIV / AIDS

Atenção à Saúde do Adulto - Tuberculose

Atenção em Saúde Bucal

Atenção à Saúde do Idoso

Atenção em Saúde Mental

Atenção à Saúde da Criança

A linha guia de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério já se encontra pronta desde 2004:

Manuais da saúde da Família e o prontuário da família, também no prelo para serem entregues dia 02 de abril.

Outros manuais e linhas guia a serem elaborados até 2010 estão em estudo, dentre eles:

- Linha-guia de Atenção à Saúde do Adolescente;
- Protocolo de Assistência Hospitalar ao Neonatal;
- Protocolo Assistencial aos Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 1 e Gestacional
- Protocolo da fibrose cística;
- Protocolo de Asma;
- Protocolo da nutrição enteral, entre outros;

PRÁTICAS INTEGRADAS DA ATENÇÃO À SAÚDE – Implantando as redes de atenção á saúde

Os fundamentos da construção das redes de atenção à saúde caracterizam-se por foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração do cuidado através de um sistema integrado de serviços de saúde; sistema de informação que ligam consumidores, prestadores e pagadores de serviços na continuidade do cuidado; informação sobre custos, qualidade e satisfação dos usuários; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores e profissionais de saúde no alcance de seus objetivos e a contínua melhoria dos serviços prestados. (Shortell et al 1966).

Baseado nestes elementos, os sistemas de serviços de saúde são definidos **como redes de organizações** que prestam serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos à população a que servem.

O comando integrado de cuidados contínuos permite prestar uma atenção certa no lugar certo para os usuários, alocar os recursos mais racionalmente, produzindo serviços mais adequados às necessidades da população-alvo.

A participação protagônica da Atenção Primária à Saúde é essencial para que o sistema possa assumir riscos dentro de limites financeiros pré-definidos e aceitar os desafios da qualidade.

A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2000), através do relatório anual sobre a saúde do mundo, propõe critérios para o

desenho das redes de atenção à saúde, ainda que não mencione especificamente a palavra rede, mas, integração do sistema. Quando as unidades de saúde de um sistema tornam-se mais autônomas, há a fragmentação. A fragmentação apresenta conseqüências negativas para a eficiência e a equidade dos sistemas de saúde.

Os principais problemas dos sistemas de saúde atualmente têm a ver com a demora na prestação dos serviços, a falta de apoio dos profissionais de saúde aos usuários para cuidar de sua saúde, a fragmentação da atenção, a falta de serviços adequadamente desenhados e coordenados para resolver os problemas das patologias mais prevalentes e o problema da sustentabilidade financeira. A resposta a estes desafios, segundo alguns autores, implica um redesenho completo do sistema de saúde.

Esse alinhamento sistêmico tem sido buscado, por vários países, na forma de sistemas integrados de saúde, racionalizando e ampliando a oferta de serviços coordenados e adaptados aos usuários com grande ganhos de escala; formado por equipes multidisciplinares com autonomia de organização das tarefas; organização do trabalho em pontos de atenção com orientação para resultados e participação na governança; financiamento global da rede de serviços baseado nas necessidades da população adscrita; incentivos e riscos compartilhados em toda rede; diálogo contínuo com a comunidade para a organização e desenho dos serviços.

A SESA-ES tem como proposta a abordagem sistêmica para resolver os problemas complexos da saúde.

Estruturar redes é oferecer soluções complexas e sistêmicas considerando o sistema como um conjunto de atividades pró-ativas, cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de das populações. O sistema de saúde organizado portanto, para responder às necessidades, demandas e representações da sociedade, fruto da busca do bem estar social.

Na modelagem das redes de atenção à saúde, a Atenção Primária se impõe como o eixo estruturador, centro de comunicação da rede, exercitando a promoção da saúde, prevenção do adoecimento, assistência, coordenação e integralidade num *continuun* para uma população definida.

Considerando este eixo, o Estado tem buscado através do Plano de Expansão e Fortalecimento da Atenção Primária, estabelecer os critérios de qualidade investindo na adequação física das unidades de saúde e na educação permanente de seus profissionais. Os planos diretores da atenção secundária e atenção terciária e hospitalar igualmente propostos compõem as macrodiretrizes estruturantes para integralidade da atenção no Estado.

As redes de atenção à saúde conformam-se socialmente e a sua operacionalização depende da interação de três elementos constitutivos fundamentais que são a *população definida*; *uma estrutura operacional* composta por pontos de atenção, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e de governança e *um sistema lógico* de funcionamento expresso *pelo modelo de atenção singular*(Mendes).

O fortalecimento micro e macro-regional na definição dos serviços essenciais às necessidades da população, são a base da dinâmica de fluxos e contra-fluxos (referenciamento e contra-referenciamento) entre os pontos de atenção e suas respectivas áreas de abrangência e populações adscritas.

A apropriação desta rede possibilita a comunicação e a continuidade do cuidado dentro do sistema de saúde..

A proposta de construção de redes envolve instrumentos que definem a operacionalização das mesmas. A classificação de risco torna-se essencial neste processo, distribuindo de forma racional a população através dos diversos pontos de atenção conforme suas competências. Uma assistência integrada e humanizada entre estes serviços contribui para um impacto na diminuição da morbimortalidade orientando o sistema para modelo de cuidados inovadores das condições crônicas e agudas, proposto pela Organização Mundial de Saúde, 2003. Esse modelo é mais amplo porque envolve os pacientes e suas famílias, as organizações de saúde e as comunidades.

A classificação de risco, os protocolos clínicos integrados a uma estrutura reguladora, propiciam um direcionamento eficiente, no fluxo sanitário capaz de apoiar a organização do sistema.

Na rede estadual integrada, cada ponto de atenção modelado de acordo com as necessidades, deve ser distribuído de maneira que a atenção secundária permaneça em nível micro-regional, enquanto as ações e procedimentos da atenção terciária devam ser direcionados para o nível macro-regional, conforme a lógica do acesso aliada aos princípios de economia de escala e da qualidade.

Se faz necessário igualmente um complexo regulador integrando as regiões de saúde otimizando e racionalizando os recursos disponíveis, orientado pela classificação de risco, por protocolos clínicos e protocolos de regulação,

As prioridades na implantação das redes de atenção à saúde propostas pelo Estado no Pacto de Gestão constantes no Termo de Compromisso são: a rede da mulher e da criança; a rede da Urgência e Emergência e a rede da Hipertensão e Diabetes.

A IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - METODOLOGIA

Para a implantação das redes de atenção à saúde, são aplicadas diretrizes operacionais, adaptadas às diferentes realidades do Estado.

A operacionalização está construída considerando a integração de três pontos fundamentais:

1. A população estabelecida em territórios sanitários;
2. A estrutura operacional que se compõe de:
 - Pontos de atenção,
 - O centro de comunicação das redes que é exercido pela APS,
 - Sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e o sistema de assistência farmacêutica,
 - sistema logísticos como identificação do usuário, prontuários únicos, os sistema de regulação da atenção (regulação da

urgência e emergência, internações hospitalares eletivas, procedimentos ambulatoriais eletivos) e os sistema de transportes sanitários;

- Sistemas de governança das redes de atenção à saúde

3. Modelo de atenção à saúde, modelo lógico de funcionamento da rede.

As diretrizes metodológicas da implantação das redes de atenção à saúde estão organizadas por uma cadeia de acontecimentos que ocorrem como um processo contínuo podendo ser concomitantes, não tendo início ou fim definido.

- Diagnóstico;
- Definição do modelo assistencial;
- Escolha da rede temática;
- Modelagem da Atenção Primária à saúde;
- Modelagem da atenção secundária;
- Modelagem da atenção terciária;
- Modelagem dos sistemas logísticos;
- Modelagem dos sistemas de apoio;
- Modelagem dos sistemas de governança.

A metodologia proposta para a implantação das redes está assentada na construção coletiva, por microrregião ou macrorregião através de oficinas estruturadas de maneira a possibilitar o empoderamento da situação em que se encontra a organização do sistema de saúde no momento da análise e a construção da situação desejada para qual se deseja caminhar. Inicia com a definição e desenho preliminar das redes a serem construídas, a construção em oficinas micro ou macrorregionais, sendo o público-alvo as CIB micro ou macrorregionais e prestadores, a coordenação da regional de saúde com o apoio do nível central

AS OFICINAS

1. Fase preparatória de elaboração do Guia de Estudos para cada microrregião ou macrorregião abordada.
2. Escolha das representações das microrregiões que devem ser profissionais bem definidos da Superintendência de Saúde e dos municípios participantes, deliberados e pactuados pelos Secretários Municipais no colegiado microrregional bem como o conjunto de prestadores, diretores dos hospitais da região e representantes do controle social.
3. Os conteúdos das oficinas que podem ser ministrados em quantas forem necessárias:
 - Alinhamento Conceitual,
 - Diagnóstico,
 - Problemas
 - Plano que contem a estrutura e processos necessários para a conformação das redes, PDI microrregional, plano para o custeio e os mecanismos de gestão.
4. Planejamento e construção para os períodos de dispersão.
5. Monitoramento

ESTRATÉGIAS PARA A CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Redes de Atenção à Saúde	Expansão e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde	Plano Diretor da Atenção Primária; Educação Permanente.
	Estruturação da Atenção Secundária Ambulatorial	Definição da carteira da Atenção Secundária; Estruturação dos serviços.
	Melhoria da qualidade dos hospitais	Contrato de metas e monitoramento Desenvolvimento gerencial; Investimento e custeio; Certificação dos hospitais.
	Organização dos sistemas de apoio	Assistência Farmacêutica; Exames laboratoriais.

	Organização do sistema logístico	Transporte sanitário; Samu; Central de regulação.
	Modelagem do sistema de governança da rede	Fortalecimento das CIBs micro e macrorregionais; Câmara técnica das CIBs

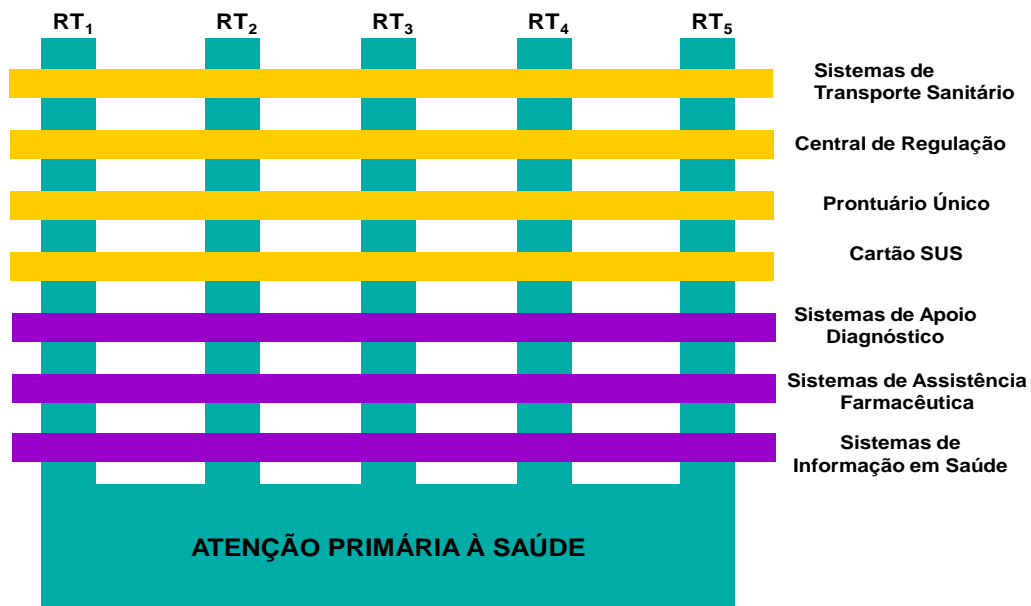
Fonte: Oficina de planejamento da GRA 2008.

Produto	Projetos	Estratégias
Estruturação da atenção secundária ambulatorial	Definição da carteira da atenção secundária	Elaboração do rol de procedimentos que comporão a carteira
	Estruturação de serviços	Estruturação do serviço a partir da carteira de serviços.
Melhoria da qualidade dos hospitais	Contratos e metas; Monitoramento Desenvolvimento gerencial; Investimento e custeio; Certificação	Estruturar projeto, definir fonte de recurso
Organização dos sistemas de apoio	Assistência Farmacêutica Exames laboratoriais	Definir relação de medicamentos para cada rede temática Descentralizar a dispensação de medicamentos e a coleta de

		exames
Organização dos sistemas de apoio	Transporte sanitário Samu Central de regulação	Estruturar o projeto para o transporte sanitário. Redefinir o Samu Redefinir a central de regulação
Sistema de governança da rede	Fortalecimento da CIB micro e macrorregional Fortalecimento das câmaras técnicas da CIB	Definir o papel das CIBs na gestão das redes de atenção à saúde. Desenvolver as câmaras técnicas. Definir os contratos. Definir tipo, forma e entes financiadores. Desenhar o sistema de monitoramento. Desenhar o sistema de certificação

Fonte; Oficina de planejamento da GRA 2008

A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



Fonte: Mendes.

O RT1 E sequência, significam as redes temáticas.

Os projetos estruturantes estão em fase de elaboração dos projetos, sendo que o de melhoria de qualidade dos hospitais está pronto faltando definir a gerência do projeto e equipe. São organizados encontros todas as quartas-feiras pela manhã.

PLANO DE AÇÃO 2008/2011

GERÊNCIA: GRA

NÚCLEO: Normalização

PROJETO/ATIVIDADE	ESTRATÉGIAS (como fazer)	META/2008 (quantificação)				RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	CUSTO* (R\$)	FONTE DOS RECURSOS	INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO
		1º	2º	3º	4º				
<p>1. Implantação das redes temáticas. Prioritariamente a rede da saúde da mulher e da criança, e da hipertensão e diabetes nas 08 microregiões do Estado.</p> <p>Iniciar com a Rede do Materno-Infantil na macro-norte.</p>	<p>6. Fase preparatória de elaboração do Guia de Estudos para cada microrregião abordada. Manual do participante</p> <p>1.1. Impressão do Guia de estudos e manual do participante</p>					<p>1. Equipe da normalização e equipe para gerenciar o projeto formada por: gerente, empreendedor e técnicos da área temática.</p>	<p>1. sem custos adicionais</p> <p>1.1. R\$500,00</p>	1.1. SESA	<p>1. 100% do guia de estudo e do manual do participante elaborado e revisado até final de janeiro.</p> <p>Já elaborado(em anexo)</p>

	<p>8. Planejamento e construção das oficinas nas microrregiões. Os conteúdos das oficinas que podem ser ministrados em quantas forem necessárias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alinhamento Conceitual, • Diagnóstico, • Problemas • Planejamento e construção para os períodos de dispersão <p>Plano que contem a estrutura e processos necessários para a conformação das redes, PDI microrregional, plano para o custeio e os mecanismos de gestão. Plano para o monitoramento</p> <p>4. Fase preparatória com apresentação e aprovação na CIB micro e Estadual, Conselho e COSEMES.</p> <p>Escolha das representações das microrregiões que devem ser profissionais bem definidos da Superintendência de Saúde e dos municípios participantes, deliberados e pactuados pelos Secretários Municipais no colegiado microrregional bem como o conjunto de prestadores, diretores dos hospitais da região e representantes do controle social.</p>				<p>3. equipe do projeto</p>	<p>3. Impressão gráfica custo ainda não calculado.</p>	<p>9. SESA</p>	<p>3.Oficina planejada e material impresso.</p> <p>Já elaborado e encaminhado em processo para a impressão</p>
--	---	--	--	--	-----------------------------	--	----------------	---

	<p>2. Execução das oficinas na microrregião com 80 participantes.</p>					<p>2. Equipe do Projeto e superintendências regionais de São Mateus e Colatina e participantes por município incluindo técnicos, gestores, prestadores e controle social.</p>	<p>3. Hospedagem para os participantes durante dois dias cada mês de implantação. Local para execução da oficina. Transporte para a equipe da SESA e diárias Valor estimado: R\$ 25.000,00</p>	<p>3. SESA</p>	<p>3. Oficina executada cujo produto é: O Plano que contém a estrutura e processos necessários para a conformação da rede em questão,</p> <ul style="list-style-type: none"> • PDI microrregional, plano para o custeio; • mecanismos de gestão • e o plano para o monitoramento
--	---	--	--	--	--	---	---	----------------	--

* O custo é referente à necessidade dos recursos para cada estratégia.

Plano de Ação 2008/2011

GERÊNCIA: GRA

NÚCLEO: Normalização **como participante**

PROJETO/ATIVIDADE	ESTRATÉGIAS (como fazer)	META 2008 (quantificação)				RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	CUSTO* (R\$)	FONTE DOS RECURSOS	INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO
		1º	2º	3º	4º				
		2. Implantação da rede da Urgência e Emergência nas macroregiões iniciando pela macro-centro. Implantação e reorganização do SAMU e organização do Transporte sanitário.	2. Fase preparatória de elaboração do Guia de Estudos para cada microrregião abordada. Manual do participante 2.1. Impressão do Guia de estudos e manual do participante						

								de março
	3. Oficina de alinhamento conceitual para COSEMS e técnicos das superintendências e SESA. 120 participantes.				3. Parceria com o CONASS e Prof. Eugênio Vilaça	3. Hospedagem e espaço físico para 120 participantes da oficina de alinhamento conceitual e sensibilização. Os custos ainda não foram definidos.	3. SESA	3. Oficina realizada nos dia 5, 6 e 7 de março. Adiada pelo CONASS para 25, 26 e 27 de março
	4. Planejamento e construção das oficinas nas microrregiões. Os conteúdos das oficinas que serão ministrados em quatro oficinas com o seguinte conteúdo: <ul style="list-style-type: none"> • Alinhamento Conceitual, • Diagnóstico, • Problemas • Planejamento e construção para os períodos de dispersão <p>Plano que contem a estrutura e processos necessários para a conformação das redes, PDI microrregional, plano para o custeio e os mecanismos de gestão. Plano para o</p>				Equipe da normalização e equipe para gerenciar o projeto formada por: gerente, empreendedor, 04 técnicos da urgência e emergência da macrorregião em questão .	Sem custos adicionais		100% planejado

	<p>monitoramento</p> <p>6. Fase preparatória com apresentação e aprovação na CIB micro e Estadual, Conselho e COSEMES</p> <p>Escolha das representações das microrregiões que devem ser profissionais bem definidos da Superintendência de Saúde e dos municípios participantes, deliberados e pactuados pelos Secretários Municipais no colegiado microrregional bem como o conjunto de prestadores, diretores dos hospitais da região e representantes do controle social.</p>							
	<p>5. Execução das oficinas na microrregião com 80participantes.</p>				<p>Equipe do Projeto e superintendência regional de São Mateus e participantes por município incluindo técnicos, diretores de hospitais SUS e filantrópicos, PA e pronto socorros gestores,</p>	<p>Hospedagem para os participante durante dois dias cada mês de implantação.Local para execução da oficina. Transporte para a equipe da SESA e diárias</p> <p>Valor estimado:</p>	<p>SESA</p>	<p>Oficina executada cujo produto deverá ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Plano que contem a estrutura e processos necessários para a conformação da rede da urgência e emergência na macrorregião, PDI macrorregional, para o

					prestadores e controle social.	R\$ 30.000,00		<p>investimento e o custeio;</p> <ul style="list-style-type: none"> • os mecanismos de gestão • e o plano para o monitoramento
--	--	--	--	--	--------------------------------	---------------	--	--