



ANEXO IX

MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO

Orientações para a priorização das necessidades de saúde da Macrorregião de Saúde

Este documento tem como objetivo auxiliar a priorização das necessidades de saúde na construção dos sete (7) Planos Macrorregionais de Saúde, a partir dos Diagnósticos Regionais de Saúde disponíveis no Painel Planejamento Regional Integrado (PRI) do Portal BI da SES/RS.

Na primeira parte do documento apresentam-se os passos realizados para a construção da matriz de priorização das necessidades da Macrorregião de Saúde, advindas dos Diagnósticos Regionais de Saúde, buscando propor uma padronização nas informações geradas para os sete (7) Planos Macrorregionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (RS).

A segunda parte apresenta o quadro-síntese para a priorização das necessidades de saúde da Macrorregião de Saúde, contendo a conceituação e a interpretação dos resultados.

Espera-se que o Anexo IX possa se constituir como instrumento de apoio para a priorização das necessidades de saúde da Macrorregião de Saúde, contribuindo na construção dos Planos Macrorregionais de Saúde. Maiores informações sobre a utilização do Painel PRI no Portal BI podem ser vislumbradas no documento *Anexo I – Portal BI Painel Planejamento Regional Integrado*.



PARTE I - Passos realizados para a construção da matriz de priorização das necessidades da Macrorregião de Saúde

A definição dos critérios de priorização do Planejamento Regional Integrado no Estado do Rio Grande do Sul foi fruto de reuniões técnicas realizadas entre o Núcleo Estadual do Ministério da Saúde do Rio Grande do Sul (NEMS/RS) e a Assessoria de Gestão e Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (AGEPLAN/SES/RS).

Em um **primeiro momento** (novembro de 2018), os técnicos do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde do Rio Grande do Sul apresentaram aos técnicos da AGEPLAN/SES/RS métodos de priorização de necessidades, destacando o conceito que embasava cada método, bem como suas críticas – conforme quadro abaixo.

Quadro 1. Métodos de priorização: conceito e crítica, 2018.

Métodos de Priorização		
Nome	Conceito	Crítica
Escala de medida linear	Técnica geral de ordenação que consiste numa escala linear contínua de 0 a 1, sendo este o valor correspondente à prioridade máxima (TAVARES, 1990). De acordo com este autor, cada membro do grupo de determinação de prioridades atribui um valor desta escala a cada problema, sendo a sua classificação a média dos valores obtidos entre todos os elementos, possibilitando a sua ordenação.	De acordo com Pineault e Daveluy (1987), uma vez que as instruções são breves e fáceis de compreender, esta técnica poderá ser utilizada quando não se podem reunir os 42 elementos do grupo decisor. Por outro lado, estes autores afirmam que este procedimento favorece as discriminações finas, sendo que, neste sentido, apresenta fiabilidade.



<p>Comparação por pares</p>	<p>Esta ferramenta para a tomada de decisão é bem conhecida na classificação ou priorização de opções (UNITED KINGDOM, 2008). Esta técnica permite a concentração sobre dois problemas de cada vez (TAVARES, 1990), sendo que cada problema é comparado sistematicamente a cada um dos outros, escolhendo-se o mais importante em cada comparação (IMPERATORI; GIRALDES, 1992). Obtém-se, assim, a ordenação final a partir do número de vezes que cada problema foi escolhido como sendo o mais importante (TAVARES, 1990). Este método pode ser realizado numa sessão coletiva com discussão ou utilizando resultados individuais de um conjunto de peritos (IMPERATORI; GIRALDES, 1992).</p>	<p>Técnica semiquantitativa de fácil aplicação, tratando-se de uma abordagem prática quando o número de problemas não é muito extenso (IMPERATORI; GIRALDES, 1992). Existem variantes deste método que envolvem fazer a escolha com base em critérios pré-acordados ou introduzindo ponderações (UNITED KINGDOM, 2008). O facto de os problemas serem comparados por pares constitui uma grande vantagem desta técnica (TAVARES, 1990), permitindo a concentração em apenas dois problemas de cada vez (PINEAULT; DAVELUY, 1987). Segundo estes autores, esta técnica é fácil de realizar e os seus resultados são precisos. Se usada corretamente, pode ser uma maneira eficiente de alcançar um consenso (UNITED KINGDOM, 2008). Um requisito essencial na técnica de comparação por pares é o facto de todos os participantes no exercício deverem estar muito familiarizados com o objeto em análise, uma vez que necessitam de realizar compensações ou <i>trade-offs</i> mentais de forma rápida (UNITED KINGDOM, 2008). A sua principal limitação é o número de escolhas que podem ser comparadas, uma vez que, idealmente, não deve ser superior a dez (UNITED KINGDOM, 2008).</p>
<p>Grelha de análise</p>	<p>A grelha de análise é uma técnica semiquantitativa de fácil aplicação (IMPERATORI; GIRALDES, 1992), que se destina, particularmente, à classificação de problemas de saúde, através da ordenação dos problemas pela aplicação sucessiva de critérios divididos em categorias dicotómicas (PINEAULT; DAVELUY, 1987). Segundo estes autores, cada um dos peritos poderá aplicar a grelha, de forma</p>	<p>Uma desvantagem desta técnica é o facto de o primeiro critério ser muito discriminativo, pelo que, no caso de se atribuir uma classificação diferente, nesse critério, a dois problemas, condiciona, logo à partida, a sua ordenação final, ainda que esta classificação seja a inversa em todos os outros critérios (TAVARES, 1990). Assim, sendo as categorias 44 dicotómicas, a aplicação</p>



	<p>individual, a cada um dos problemas, sendo calculados, posteriormente, os resultados finais, fazendo-se o somatório das escolhas positivas e negativas. O percurso final do problema na grelha dependerá, assim, do número de positivos e negativos obtidos em cada critério, pelo que é conveniente que o número de peritos seja ímpar (IMPERATORI; GIRALDES, 1992).</p>	<p>do primeiro critério define em 50% a situação final, pelo que este aspecto merece cuidado na utilização do método (PINEAULT; DAVELUY, 1987). A grelha de análise apresenta como vantagem o seu carácter bastante objetivo (TAVARES, 1990), podendo ser aplicada a uma lista grande de problemas por um grupo extenso de peritos (IMPERATORI; GIRALDES, 1992).</p>
Método de Hanlon	<p>O método de Hanlon destina-se, particularmente, à classificação de problemas de saúde (PINEAULT; DAVELUY, 1987). Este método estabelece prioridades com base em quatro critérios: (A) a amplitude ou magnitude do problema, (B) a gravidade do problema, (C) a eficácia da solução ou a vulnerabilidade do problema e (D) a exequibilidade do projeto ou da intervenção (TAVARES, 1990), sendo estes os principais critérios que permitem a tomada de decisão em relação às prioridades em saúde (PINEAULT; DAVELUY, 1987). De acordo com Tavares (1990), no método de Hanlon, a classificação ordenada dos problemas obtém-se através do cálculo da seguinte fórmula, que se aplica a cada um dos problemas considerados, onde as letras correspondem aos critérios acima enunciados: Valor de Prioridade = (A+B) x C x D.</p>	<p>Este exercício contém uma dose de subjetividade, à semelhança de todos os outros métodos e técnicas, no entanto, pode-se exercer um certo controle científico através de uma definição precisa dos termos, da aplicação exata dos procedimentos de classificação ordenada e da utilização de informação estatística para guiar a classificação (PINEAULT; DAVELUY, 1987). O interesse por este método radica no fato de que os critérios que o integram serem os mais utilizados em matéria de determinação de prioridades (PINEAULT; DAVELUY, 1987). Por outro lado, estes autores referem que o método de Hanlon permite uma grande flexibilidade, podendo estimar-se cada um dos critérios com base em dados objetivos. Tavares (1990) salienta, ainda, que a escolha e a definição dos critérios incluídos na fórmula, assim como o peso que lhes é atribuído, estão já definidos, mas podem ser baseados num consenso de grupo. O método de Hanlon foi utilizado na definição das prioridades no planeamento da saúde das comunidades autónomas da Catalunha, da Região de Múrcia e da Comunidade Valenciana, sendo o método mais utilizado na determinação de prioridades em Espanha (SÁNCHEZ, ABELLÁN;</p>



		MARTÍNEZ, 2008).
Método SIMPLEX	Este método estabelece as prioridades através da utilização de critérios enunciados sob a forma de questões (PINEAULT; DAVELUY, 1987), que são estruturadas face às alternativas em análise (TAVARES, 1990). Cada questão, que corresponde a um critério, apresenta um conjunto de respostas de escolha múltipla e cada membro do grupo decisor responde, através do preenchimento de um questionário, preenchendo tantos questionários quantas as alternativas sobre as quais se tem de pronunciar (TAVARES, 1990). No final, adicionam-se os resultados de todas as respostas dadas por cada um dos respondentes, para cada alternativa, e calcula-se a média, sendo que a prioridade máxima é a alternativa que apresentar o valor mais elevado (TAVARES, 1990).	Este método permite atribuir uma ponderação diferente a cada critério, podendo o seu peso relativo ser atribuído numa escala de 0 a 10, em que 10 corresponde ao valor de maior importância, sendo que esta ponderação deverá ser feita antes da aplicação do método (PINEAULT; DAVELUY, 1987).
Método <i>Decision Alternative Rational Evaluation</i> (DARE)	O método DARE é um método de estabelecimento de prioridades que coloca ênfase no peso relativo dos critérios selecionados para avaliar as alternativas (TAVARES, 1990), 47 baseando-se no facto de os fatores raramente terem igual importância (PINEAULT; DAVELUY, 1987).	
Método de ponderação de critérios	O método de ponderação de critérios ou <i>criteria weighting method</i> é um método de estabelecimento de prioridades semelhante ao método DARE, mas onde as alternativas são classificadas numa escala de -10 a +10 e onde é calculado o nível de significância para cada alternativa através da fórmula $NS_1 = \frac{PaS_1a + PbS_1b + \dots + PnS_1n}{n}$	
Método CENDES/OPS	A prática do planeamento em saúde surge, na América Latina, através do método CENDES/OPS, desenvolvido pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela	Apesar de algumas limitações que lhe são apontadas, o método CENDES/OPS e alguns dos seus pressupostos continuam válidos, principalmente no contexto do



	<p>(CENDES) e publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), em abril de 1965 (CHORNY, KUSCHNIR E TAVEIRA, 2008). Segundo estes autores, o método CENDES/OPS, marcado pelos princípios do planejamento econômico, propunha uma metodologia de gestão da escassez de recursos de modo a desenvolver ações com maior efetividade. O método CENDES/OPS utiliza três critérios: a magnitude (i), a transcendência (l) e a vulnerabilidade (v), sendo que o ordenamento final dos problemas é obtido pela fórmula: Prioridade = $i \times l \times v$ (TAVARES, 1990).</p>	<p>desenvolvimento de programação de ações e serviços, cujo objetivo central seja a racionalização de recursos escassos (TEIXEIRA et al., 2010).</p>
Análise da carga da doença	<p>Segundo Kaporiri e Norheim (2004), a utilização da análise da carga da doença tem sido recomendada para os países em desenvolvimento. Para estes autores, a análise da carga da doença é um método robusto que mede as preferências sociais para a saúde futura e a vida saudável vivida em diferentes idades, bem como as percepções sociais da gravidade da incapacidade, incorpora-as em dados epidemiológicos.</p>	<p>Este método identifica as principais áreas problemáticas e, conseqüentemente, as prioridades para ação preventiva e/ou curativa (TRAGAKES; VIENONEN, 1998).</p>
Análise Multicritério da Tomada de Decisão ou Multi-criteria Decision Analysis (MCDA)	<p>É uma disciplina que estuda os métodos e processos para suportar de forma racional a tomada de decisão num contexto onde múltiplos critérios intervêm (CANITRU, 2007), tendo sido reconhecida como uma metodologia útil para a determinação de prioridades em saúde por vários autores (ASUA; TABOADA, 2005; BALTUSSEN; NIESSEN, 2006; BALTUSSEN et al., 2007; BALTUSSEN et al., 2006; PEACOCK et al., 2009; SÁNCHEZ; ABELLÁN; MARTÍNEZ, 2008).</p>	

Adaptado de: PEREIRA, Raquel Eusébio. **Metodologia da Determinação de Prioridades no Planejamento Regional de Saúde: uma proposta**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2011. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/9583>



Após a discussão exaustiva do grupo de técnicos do NEMS/RS e da AGEPLAN/SES/RS foi definido que para o Planejamento Regional Integrado no Estado do Rio Grande do Sul o método a ser adotado será: Análise Multicritério da Tomada de Decisão ou *Multi-criteria Decision Analysis* (MCDA) - definido como “*um conjunto de métodos de apoio à tomada de decisão em que dois ou mais critérios são considerados simultaneamente e de forma explícita.*” (CAMPOLINA et al, 2017)¹.

No **segundo momento** foi realizado o levantamento dos critérios que poderiam ser utilizados dentro deste modelo de priorização, considerando o contexto do Planejamento Regional Integrado (PRI). Para isto foram identificados critérios, através de revisão bibliográfica, comumente utilizados neste método pelos técnicos da AGEPLAN/SES/RS e NEMS/RS

No **terceiro momento**, foi realizada uma oficina técnica, em 12/12/2018, com a presença dos técnicos da Assessoria de Gestão e Planejamento/SES/RS, técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde/SES/RS, NEMS/RS e apoiadores do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS) para a validação dos critérios que iriam compor o método de Análise Multicritério da Tomada de Decisão para a priorização das necessidades de saúde da Macrorregião de Saúde no PRI do Estado do Rio Grande do Sul. **Nessa oficina os critérios definidos para serem empregados no PRI foram: 1) Magnitude; 2) Gravidade; 3) Tendência; 4) Aceitabilidade; 5) Exequibilidade/Governança das Redes de Atenção à Saúde; 6) Impacto regional.**

No **quarto momento** foi atribuído o peso de cada critério, considerando a sua relevância para o Planejamento Regional Integrado. Os pesos definidos variam de 0 a 2 para cada critério. **Para essa atribuição de pesos das necessidades de saúde deve ser utilizada a coluna de “Ações e serviços de saúde” da matriz de identificação das necessidades regionais constantes nos Diagnósticos Regionais de Saúde – Anexo VIII.**

¹ CAMPOLINA, Alessandro Gonçalves; SOAREZ, Patrícia Coelho de; AMARAL, Fábio Vieira do; ABE, Jair Minoro. Análise de decisão multicritério para alocação de recursos e avaliação de tecnologias em saúde: tão longe e tão perto? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, e00045517, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00045517>



Parte II - Quadro-síntese para a priorização das necessidades de saúde da Macrorregião de Saúde

Quadro 2. Quadro-síntese para a priorização das necessidades de saúde da Macrorregião de Saúde.

	Magnitude (Peso até 1)	Gravidade (Peso até 1)	Tendência (Peso até 1)	Aceitabilidade (Peso até 1)	Exequibilidade/Governança das Redes de Atenção à Saúde (Peso até 2)	Impacto regional (Peso até 2)	Total
Necessidade de Saúde 1							
Necessidade de Saúde 2							

Quadro 3. Definição dos conceitos.

Conceito	Definição
Magnitude	Caracteriza o problema pela sua dimensão. Número de pessoas afetadas pelo problema, em relação à população total (PINEAULT; DAVELUY, 1989) ² .
Gravidade	Análise do problema em termos de criação de incapacidades. Mortalidade, morbidade, criação de incapacidades e custos associados ao problema (PINEAULT; DAVELUY, 1987) ² .
Tendência	Possibilidade de um problema se agravar, estacionar ou resolver espontaneamente (IMPERATORI; GIRALDES, 1992) ³ .
Aceitabilidade	Aceitabilidade da população (TAVARES, 1990) ⁴ e necessidades sentidas pela comunidade (HAM, 1997) ⁵ .
Exequibilidade /Governança das Redes de	Exequibilidade: Viabilidade de execução tecnológica, econômica, deontológica (TAVARES, 1990) ⁴ , legal, organizacional, sociocultural,

² PINEAULT, Raynald; DAVELUY, Carole. **La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias**. 2ª edição. Barcelona: Masson, S.A. y Salud y Gestión, 1989. 382 p.

³ IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário. **Metodologia do Planejamento da Saúde**: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª edição. Lisboa: Edições de Saúde, 1992. 200 p.

⁴ TAVARES, António. **Métodos e Técnicas de Planejamento em Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1990. 223 p.

⁵ HAM, Chris. Priority setting in health care: learning from international experience. **Health Policy**, v. 42, n. 1, p. 49-66, 1997. DOI: 10.1016/s0168-8510(97)00054-7



Atenção à Saúde	ética (PINEAULT; DAVELUY, 1987) ⁵ e política (PINEAULT; DAVELUY, 1987 ⁵ ; ROBINSON, 1999 ⁶) da(s) intervenção(ões). Governança das Redes de Atenção à Saúde: “[...] é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita” (MENDES, 2011) ⁷ .
Impacto Regional	Refere-se ao impacto que tal necessidade de saúde apresenta ao nível da macrorregião de saúde.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A pontuação final de cada necessidade é a soma simples do peso de cada critério.

Para a construção dos Planos Macrorregionais, **orienta-se que se sejam priorizadas as 20 necessidades mais pontuadas.** As demais serão trabalhadas pelas regiões de saúde ou de acordo com a capacidade das macrorregiões de saúde.

⁶ ROBINSON, Ray. Limits to rationality: economics, economists and priority setting. **Health Policy**, v. 49, n. 1-2, p. 13-26, 1999.

⁷ MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf