



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E ECONOMIA
CURSO DE BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO**

NOANDRA MARIA BALBINO DE FARIAS

**ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE A
PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA ENTRE AREIAL E CAMPINA
GRANDE**

CAMPINA GRANDE - PB

2019

NOANDRA MARIA BALBINO DE FARIAS

**ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE A
PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA ENTRE AREIAL E CAMPINA
GRANDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Bacharelado em Administração da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Administração.

Área de concentração: Administração Política

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Medeiros Junior

CAMPINA GRANDE - PB

2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F224a Farias, Noandra Maria Balbino de.
Administração política da saúde [manuscrito] : uma análise sobre a programação pactuada e integrada entre Areial e Campina Grande / Noandra Maria Balbino de Farias. - 2019.
19 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Geraldo Medeiros Junior, Coordenação do Curso de Administração - CCSA."
1. Programação Pactuada e Integrada. 2. Administração Política da Saúde. 3. Sistema Único de Saúde - SUS. 4. Município de Areial-PB. I. Título

21. ed. CDD 353.6

NOANDRA MARIA BALBINO DE FARIAS


ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE A
PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA ENTRE AREIAL E CAMPINA
GRANDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Administração da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito à obtenção do título de
Bacharel em Administração.

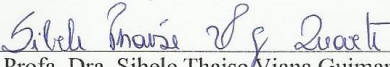
Área de concentração: Administração Política

Aprovada em: 04/12/2019.

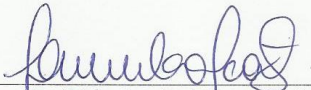
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Geraldo Medeiros Junior (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Sibeles Thaise Viana Guimarães
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Lucinei Cavalcanti
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	05
2 REVISÃO TEÓRICA	05
2.1 Caracterização do SUS	06
<i>2.1.1 Documentos de Gestão</i>	06
<i>2.1.2 Financiamento</i>	08
2.1.2.1 SIOPS	08
2.2 Administração Política da Saúde: Modelo de Administração do SUS	10
2.3 Programação Pactuada e Integrada - PPI	11
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	11
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	12
4.1 Etapa 1: Análise dos Dados Disponíveis em Sites do Ministério da Saúde	12
<i>4.1.1 SIS PPI</i>	12
4.2 Etapa 2: Entrevistas	15
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS	17

ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA ENTRE AREIAL E CAMPINA GRANDE

Noandra Maria Balbino de Farias

RESUMO

Para garantir a prerrogativa de universalidade e equidade, determinações constitucionais do Sistema Único de Saúde, foi desenvolvida a Programação Pactuada e Integrada, cuja finalidade é realizar a programação de atendimento em saúde da população de cidades que não são habilitadas para procedimentos de média e alta complexidade em outras que possuem tal habilitação. Este estudo tem como objetivo analisar a Pactuação Programada e Integrada (PPI) entre o município encaminhador de Areial e o município executor de Campina Grande. A pesquisa se caracteriza como qualitativa e exploratória, com coleta de dados a partir do Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SISPPPI) da saúde, além de entrevistas com os gestores municipais de saúde do município de Areial – PB. Constatou-se que existe um alto grau de dependência da cidade de Areial com Campina Grande e devido o limite financeiro da PPI ter como base a Tabela SUS e esta apresenta valores defasados os recursos não tem sido suficientes para atender a demanda da referida Pactuação.

Palavras-Chave: Programação Pactuada e Integrada. Sistema Único de Saúde. Administração Política da Saúde. Areial

ABSTRACT

To guarantee the prerogative of universality and equity, constitutional determinations of the Unified Health System, the Agreed and Integrated Programming was developed, whose purpose is to carry out the health care programming of the population of cities that are not qualified for medium and high complexity procedures. in others who have such qualification. This study aims to analyze the Programmed and Integrated Agreed (PPI) between the forwarding municipality of Areial and the executing municipality of Campina Grande. The research is characterized as qualitative and exploratory, with data collection from the Agreed and Integrated Programming Health System (SISPPPI), as well as interviews with the municipal health managers of the municipality of Areial - PB. It was found that there is a high degree of dependence of the city of Areial with Campina Grande and because the financial limit of PPI is based on the SUS Table and it presents lagged values the resources have not been sufficient to meet the demand of said Agreed.

Keywords: Agreed and Integrated Programming. Health Unic System. Health Policy Administration. Areial

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecidamente um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. “Sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer” (BRASIL, 2002, p. 16). Estes tratamentos citados possuem um custo tão elevado a ponto de não existir disponibilidade de oferta nos serviços privados, caracterizando um grande diferencial do sistema de saúde brasileiro.

De acordo com dados do Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde de 2018, “mais de 70% da população nacional é usuária do SUS, o que equivale a aproximadamente 160 milhões de pessoas exclusivamente dependentes do Sistema (BRASIL, 2018, p.3)”, ou seja, a grande maioria dos brasileiros necessita do SUS para realização de seus procedimentos médicos, clínicos e cirúrgicos. “Em 2018, o SUS realizou quase 4 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 11,6 milhões de internações, 1,4 bilhão de consultas e atendimentos e 900 milhões de exames. (BRASIL, 2018, p.3)”. Diante destes dados consideráveis e para fins de atender as determinações constitucionais de universalidade e equidade da saúde é imprescindível adotar práticas de pactuações, delegando os atendimentos de média e alta complexidade dos municípios de pequeno porte para outros com maiores condições, direcionando os recursos para isso.

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde onde, em conformidade com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Regulamentado pela Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006, a PPI tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

O objetivo deste estudo é analisar a Pactuação Programada e Integrada (PPI) entre o município encaminhador Areial – PB e o município executor Campina Grande - PB. Para direcionar esta pesquisa foram examinados documentos de gestão da saúde do município de Areial, analisados dados disponíveis em sites do Ministério da Saúde e realizado entrevistas com os gestores municipais da saúde, com a finalidade de responder a indagação que foi levantada como norteadora dessa investigação: Como está a Pactuação Programada e Integrada entre Areial – PB e Campina Grande - PB?

A realização desta análise pode lançar subsídios para novos estudos neste sentido, norteando mudanças que aperfeiçoem a PPI existente e apresente novos modelos de cooperação.

Para fornecer subsídios a essa discussão, além dessa parte introdutória serão apresentadas suportes teóricos sobre: a caracterização do SUS, administração política da saúde, Programação Pactuada e Integrada - PPI. Em seguida, serão apresentados os procedimentos metodológicos da pesquisa e a análise e discussão dos resultados, encerrando assim com as considerações finais.

2 REVISÃO TEÓRICA

Para embasamento teórico, caracterizou-se o SUS a partir de uma exposição cronológica dos principais acontecimentos para criação do Sistema, posterior foram citados e explanados sobre os principais documentos da gestão municipal do SUS e como estão os relacionados ao município de Areial. Em seguida abordou-se acerca do financiamento da

saúde seguido de dados advindos do Sistema de Informação do Orçamento Público de Saúde (SIOPS) sobre financiamento na cidade de Areial. Por seguinte foi comentado no tocante a administração política e da sua importância para os gestores públicos, por fim interpelou-se sobre a Pactuação Programa e Integrada – PPI.

2.1 Caracterização do SUS

O Sistema Único de Saúde refere-se às ações e serviços de saúde que são prestados por instituições públicas, sejam federais, estaduais ou municipais, cada uma hierarquizada a uma esfera do governo. De forma complementar, a iniciativa privada e organizações do terceiro setor integram o sistema por meio de convênios e contratos.

Para melhor compreensão da imensidão e importância do SUS será feita uma linha do tempo com os acontecimentos marcantes antes e depois da criação e implantação do Sistema de Saúde no Brasil.

Antes da criação do SUS, os atendimentos aos serviços de saúde estavam condicionados em grande parte ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. Eles tinham a responsabilidade e dever de prestar assistência à saúde aos associados. Portanto apenas quem possui um trabalho formal e seus dependentes eram beneficiados.

O SUS foi criado formalmente em 1988 pela Constituição Federal, que em seu artigo 196 determina que a “saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, p. 118). As Leis n.º 8.080 e n.º 8.142 foram criadas em 1990 para fins de regulamentar os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS. Por fim no ano de 2005 ocorreu a primeira publicação do Plano Nacional de Saúde.

De acordo com a Lei 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, a rede de atenção à saúde deve ter como princípios a universalidade, equidade e integridade e como suas diretrizes norteadoras: I - Regionalização e Hierarquização; II - Territorialização e População adscrita; III - População Adscrita; IV - Cuidado centrado na pessoa; V - Resolutividade; VI - Longitudinalidade do cuidado; VII - Coordenação do cuidado; VIII - Ordenação da rede; IX - Participação da comunidade.

A lei 8142, de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, legitima a criação da Conferência de saúde e do Conselho de saúde em cada esfera do governo.

Carnut, Pires e Mendes (2019) destacam que o SUS, embora seja uma grande conquista para a sociedade no processo de pós-redemocratização surgiu em um momento bastante sensível da história política e economia. Estas situações pouco favoráveis do país foram devido à hiperinflação e a crise da dívida externa da época.

Ainda sobre as regulamentações o decreto 7508/2011 institui que para fins de atender os princípios expressos na lei de criação do SUS sejam adotadas medidas regionalizadas e hierarquizadas, visto que os serviços tem início na atenção básica, mas tem sua completude fragmentada em outros componentes da rede.

2.1.1 Documentos de Gestão

Expressamente na lei 8.142/90 está que, para receberem os recursos referidos, os municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com I- Fundo de Saúde, II- Conselho de Saúde, III- Plano de Saúde, IV – Relatórios de Gestão, V- Contrapartida de

recursos para a saúde no respectivo orçamento, VI- Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS). Dito isso, constatou-se que existem diversos documentos de gestão e avaliação da saúde, porém, pelo foco deste estudo ser o âmbito municipal serão descritos estrategicamente o relatório de Gestão e o Plano de Saúde, por serem considerados os principais nessa esfera da administração direta.

É importante ressaltar a importância da Conferência Nacional de Saúde para a construção, manutenção e conquistas do SUS. A conferência é um espaço democrático que conta com a participação dos representantes de governo e toda sociedade civil para avaliar, planejar e fixar ações e diretrizes que melhorem a qualidade dos serviços de saúde pública, proporcionando melhor qualidade de vida para toda a população. A primeira edição aconteceu em 1941 e a décima sexta em 2019, dentre os assuntos que já foram abordados, estão a proposta inicial de descentralização da saúde, elaboração de uma política nacional de saúde, financiamento da saúde, entre outros.

Existem alguns instrumentos que norteiam o planejamento e elaboração de orçamentos do SUS a citar o Plano de Saúde, documento central para definição e implementação das iniciativas no âmbito da saúde a partir de análise situacional que identificará as necessidades de saúde da população em cada nível de governo, atendendo as particularidades de cada esfera, para o período de quatro anos. O Plano considera as diretrizes definidas pelos Conselhos e pelas Conferências de Saúde, dependendo de aprovação do Conselho de Saúde referente e disponibilizado o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão. Os Planos Estaduais de Saúde deverão conter a alocação dos recursos estaduais e a previsão anual dos recursos municipais, as pactuais intergestores submetendo apreciação e aprovação do Conselho Estadual de Saúde.

O Plano de Saúde do município de Areial (2018-2021) expõe que o município é habilitado na condição de gestão plena da atenção básica. Para este fim, existem 3 Unidades de Saúde da Família na zona urbana e 3 âncoras na zona rural, com 3 Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade I. Ainda de acordo com o Plano de Saúde municipal a atenção básica atende a totalidade da população “A cobertura do número de equipes para a população é de 100% (AREIAL, 2017, p.7)”.

Na média complexidade são ofertados serviços de Análises Clínicas no Laboratório Municipal bem como confecção de próteses dentárias no Laboratório Regional de Próteses Dentárias. Além destes, o município possui também o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tipo 2 e o Centro de Especialidades Odontológicas tipo I (CEO). No tocante às necessidades de consultas e procedimentos especializados de média complexidade referenciará os usuários para os municípios de Esperança, Campina Grande e João Pessoa.

O Relatório de Gestão é um instrumento com elaboração anual que permite ao gestor expor os resultados que foram alcançados com a execução da Programação Anual da Saúde – PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. O relatório deve conter as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde, metas anuais previstas e executadas, análise da execução orçamentária, e também recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde (BRASIL, 2015).

Nos Relatórios de Gestão do município de Areial disponíveis no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) dos anos de 2016 e 2017 consta que os valores destinados para Atenção da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar foram de R\$ 105.548,78 e R\$ 109.459,09 respectivamente. Observa-se um aumento de 3,65% de 2016 para 2017. Ainda segundo as informações explícitas nos Relatórios Anuais pode-se observar que ocorreram 297 internações no ano de 2017 as principais causas de internação hospitalar são as relacionadas à gravidez, parto e puerpério; Doenças relacionadas ao Aparelho Respiratório e as Doenças do Aparelho Circulatório, entre outras.

2.1.2 Financiamento

A Emenda Constitucional 29, de 2000, determinou que o financiamento da saúde fosse de competência das três esferas: federal, estadual e municipal. A EC-29 definiu percentuais mínimos de recursos a serem aplicados nas ações e serviços da saúde, que serão financiados com recursos do orçamento da seguridade social, além de outras fontes, devendo a União aplicar no mínimo 15% da sua receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, (Art. 198 CF/88). Por outro lado, o Art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias previa que até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, 30% do orçamento da seguridade social deveria ser destinado ao setor da saúde, excluído o seguro-desemprego. A EC-29 em seu parágrafo 3º reforça a obrigatoriedade dos recursos serem aplicados por meio do Fundo de Saúde, que serão acompanhados e fiscalizados pelo Conselho de Saúde correspondente. O detalhamento da alocação de recursos deverá estar explícito nos Planos Nacional, Estadual e Municipal de saúde.

O limite máximo de recursos federais que poderá ser gasto com os serviços existentes é denominado limite financeiro, composto por duas parcelas separadas: destinados ao atendimento da população própria e destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na Programação Pactuada Integrada. Desta forma, o limite financeiro de cada município é calculado como a programação para atendimento da própria população subtraído os encaminhamentos para outros municípios acrescido da programação para atendimentos referenciais recebidos de outros municípios.

Ainda no tocante ao direcionamento de recursos para pactuações é importante destacar o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), regulamentado pela portaria de consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017, cuja finalidade é financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à tabela SUS. Os recursos financeiros são transferidos de acordo com a apuração de demanda feita pelos respectivos gestores e a capacidade que os estabelecimentos de saúde possuem de atender. Estes dados são registrados nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar.

Carnut, Pires e Mendes (2019) ressaltam o aumento do poder do capital financeiro e que o SUS foi afetado por este processo. Na medida que o Estado Brasileiro concede incentivos para a iniciativa privada, acaba por favorecer o surgimento de adeptos aos planos de saúde privados e põe em risco a garantia de universalidade da saúde devido ao consequente subfinanciamento do sistema.

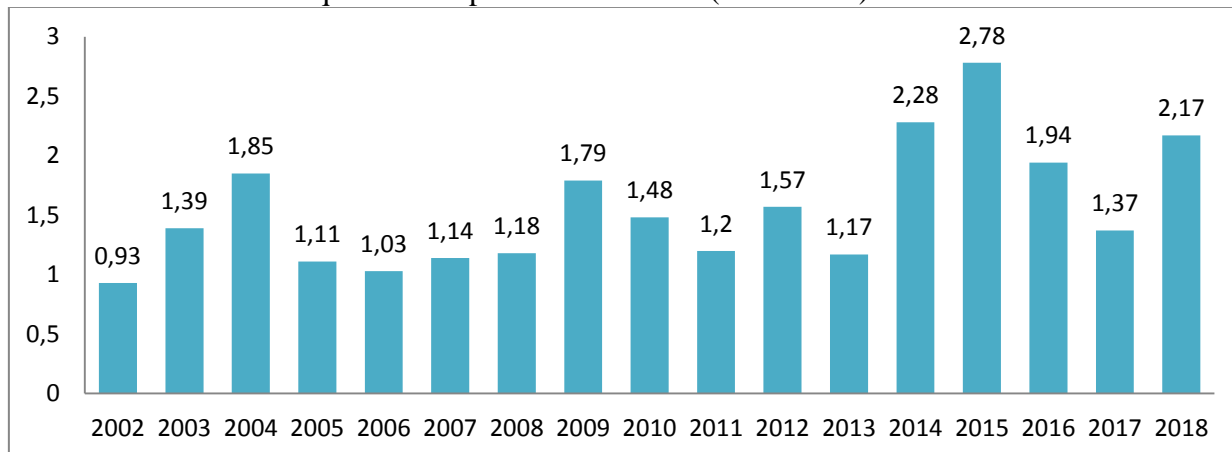
No Brasil pode-se considerar que existem dois subsistemas de saúde, o SUS financiado por impostos e contribuições pagos por toda a sociedade que possui acesso universal e público; e o sistema de saúde privado, ou suplementar, restrito a parcela da população que arca com planos de saúde individuais ou advindos de financiamentos pagos pelas empresas para os seus funcionários. É relevante salientar que o subsistema privado é financiado pela esfera pública quando são feitos atendimentos nas unidades do SUS que não são cobertas por planos de saúde, aquisição para o funcionalismo público de planos privados, isenções fiscais para entidades que comercializam planos privados, entre outras formas diretas e indiretas (SILVA; VIANA, 2015).

2.1.2.1 SIOPS

O Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS é uma ferramenta oficial de registro e monitoramento da aplicação de recursos em saúde que tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde. O preenchimento de dados tem natureza declaratória e busca manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos Estados e Municípios. Desta forma

propiciam insumos para a melhoria da gestão, diagnósticos do setor e formulação de políticas públicas; além de auxiliar a sociedade civil e os conselhos de saúde para o exercício do controle sobre a gestão pública, ao disponibilizar os dados à população.

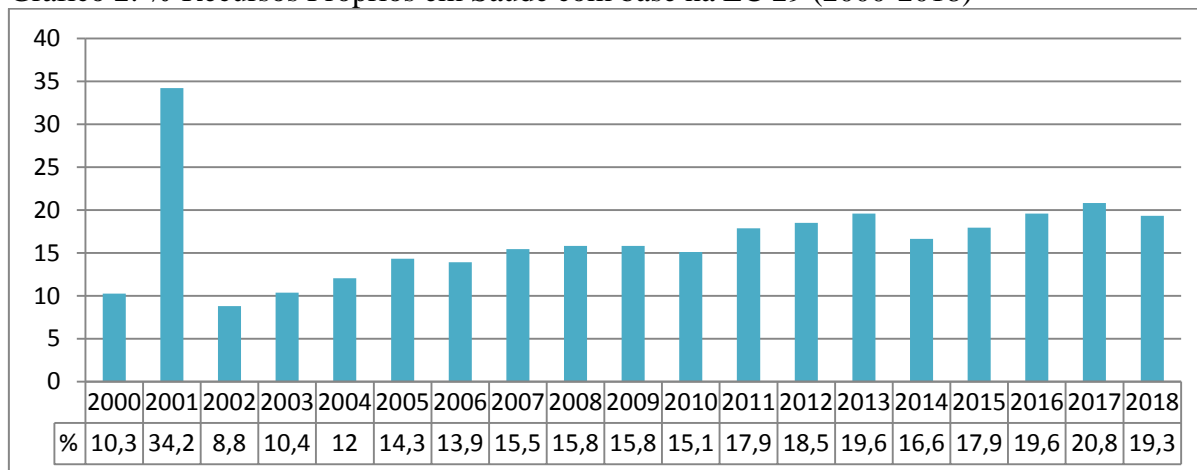
Gráfico 1: % Receita Líquida Total por ano em Areial (2002-2018)



Fonte: SIOPS, 2019.

Como se observa no Gráfico 1 os melhores anos de arrecadação da Receita Corrente Líquida foram 2014 e 2015 após esse período ocorreram algumas quedas e aparentemente inicia-se a recuperação do crescimento no ano de 2018, a economia do município de Areial segue o padrão nacional, quando o país está em momentos de baixa ou de aumento da expectativa econômica é perceptível que este padrão é seguido na cidade. É notória a dependência da cidade das transferências advindas do Estado e da União, diante que com uma arrecadação que no seu melhor momento corresponde apenas a 2,5% o município não consegue sustentar-se sozinho.

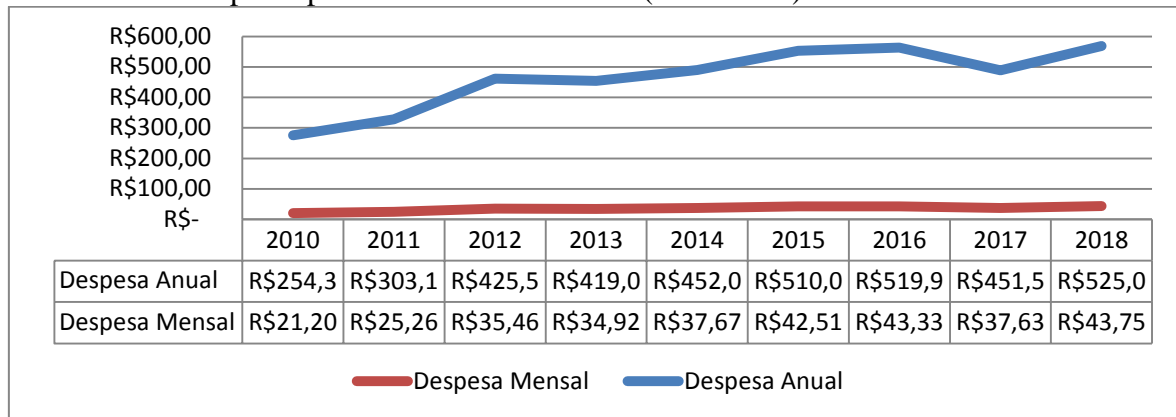
Gráfico 2: % Recursos Próprios em Saúde com base na EC 29 (2000-2018)



Fonte: SIOPS, 2019.

Após a aprovação da Emenda Constitucional 29 os gestores passaram a ter a obrigatoriedade de utilizar no mínimo 15% dos recursos com saúde, como é perceptível no Gráfico 3 isto representou uma importante ferramenta de monitoramento do setor público, referente ao município de Areial. Antes desta medida no ano de 2002 foram destinados apenas 8%, porém no ano anterior mais de 34% haviam sido destinados para este fim, a partir de 2006 ocorre uma constância nos gastos.

Gráfico 3: Gasto per capita com saúde em Areal (2010-2018)



Fonte: SIOPS, 2019.

Como se percebe no gráfico 3 a partir de 2012 o gasto por habitante no município de Areal aumentou significativamente. Embora tenha ocorrido uma leve queda nos anos de 2013 e 2017, manteve-se constante.

No que se refere à despesa mensal, no ano de 2018 foi de R\$43,75. Comparando-se aos R\$ 21,19 reais do ano de 2010 nota-se que o valor mais que dobrou nesses oito anos. Pode-se atribuir parte deste crescimento a EC - 29 que ao determinar um piso mínimo de alocação dos recursos para a saúde, faz com que os gestores cada vez mais aumentem esse número ao decorrer dos anos.

2.2 Administração Política da Saúde: Modelo de Administração do SUS

Segundo Santos (2003) Existe um paradigma contemporâneo que a administração funciona exclusivamente como forma de dominação entre classes e exclusivamente como instrumento micro de estruturação organizacional, é neste cenário que surge a Administração política com a missão de tentar romper com este conceito. Desta forma, temos que este modelo de gestão objetiva orientar as atividades humanas para garantir, também, certo nível de bem-estar para a sociedade. A essência da Administração Política é a gestão das relações, envolvendo não só o processo decisório do que será produzido, mas como irá ser feito, viabilizando os meios necessários para a organização e implantando-os.

De acordo com Chagas, Ribeiro e Souza (2009, p.42) “A Administração Política, então, tem como ocupação principal a organização e gestão do trabalho humano em sua relação com a natureza e consigo mesmo, com o intuito de libertá-lo num maior grau relativo possível” É função, portanto da Administração Política criar a partir dos conhecimentos especializados as melhores formas de gestão, sendo estas as menos onerosas possíveis das pretensões de bem-estar que a humanidade necessita. Medeiros Junior (2017) salienta a necessidade de um modelo de gestão em que o Estado seja o principal planejador do projeto de nação, ficando esta responsabilidade a cargo da administração política.

Pelo fato de ser o Estado o principal agente na condução do projeto de nação, é inevitável repensar a gestão do SUS com parâmetros da administração política. Embora existam problemas como corrupção, ineficiência em atendimentos, recursos insuficientes, ele representa um modelo de gestão que foi desenvolvido com vistas ao longo prazo, podendo considera-lo uma política pública de Estado e não meramente de governo.

Medeiros Junior (2017) destaca que o SUS teria capacidade para ser um sistema com maior grau de sucesso, porém os avanços importantes que poderiam ser construídos a partir dos instrumentos de gestão e das possibilidades abertas em cada um dos documentos, ocorrem

de maneira muito lenta e esta lentidão na implantação é corroborada de várias maneiras pelas limitações decorrentes do subfinanciamento do setor.

2.3 Programação Pactuada e Integrada – PPI

A Programação Pactuada e Integrada de Assistência a Saúde é o instrumento essencial de reorganização dos modelos de atenção à saúde e de gestão do Sistema Único de Saúde, de alocação dos recursos entre municípios e de explicitação da distribuição de competências entre a união, estados e municípios, bem como permite o acompanhamento dos limites financeiros executados pelos municípios e consequentemente do Estado (BRASIL, 2003).

A PPI tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (BRASIL, 2006).

Com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde são delimitadas as Regiões de Saúde, conforme o Decreto n. 7.508/2011, como espaços geográficos contínuos constituídos a partir de agrupamentos de municípios limítrofes. As Regiões de Saúde servirão de referência para as transferências de recursos entre os Entes Federativos, portanto devem ser respeitadas as diretrizes gerais pactuadas e elencado as responsabilidades de cada ente.

Após o processo de Programação é fundamental que sejam adotados mecanismos para o seu monitoramento buscando o permanente direcionamento para uma alocação consistente de recursos, que mantenha a coerência com os demais processos de gestão (CONASS, 2015). De acordo com as diretrizes elaboradas pelo Ministério da Saúde (2006) entende-se monitoramento da Programação Pactuada e Integrada como “um conjunto de atividades que buscam acompanhar rotineiramente a execução física e financeira das ações e dos fluxos pactuados” (BRASIL, 2006, p.46) este acompanhamento é feito através dos relatórios anuais de gestão e apresentados nos Conselhos de Saúde da respectiva esfera.

As programações apresentadas e aprovadas foram alocadas de acordo com a capacidade de cada município em receber as demandas advindas da região referente previamente definindo a forma de financiamento, tipo de leito, o procedimento que será programado em forma de agregação, especialidade, quais municípios são executores para cada encaminhador, a quantidade de intervenções que poderá ser realizada, quando custará em média cada procedimento e o valor total.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa exploratória, visto que seu objetivo está alinhado com o que propôs Gil (2008) ao proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

O lócus dessa pesquisa são as cidades de Areial e Campina Grande. De acordo com o IBGE a população do município de Areial em 2019 é estimada em 6.998 habitantes, sua renda per capita no ano de 2010 estava em torno de R\$ 270,54, a porcentagem de extremamente pobres representava um percentual de 20,09, enquanto a população vulnerável a pobreza correspondia a 89,35%. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 era de 0,608. Já em Campina Grande estima-se que em 2019 a população esteja em 409.731, a renda per capita em 2010 era de R\$ 630,03 e o IDM de 0,720. A distância entre as cidades é

de aproximadamente 35 km, pela localização e por ser um importante apoio para a população de Areal foi escolhido o elo entre estes municípios para investigação deste estudo.

A coleta dos dados se deu em dois momentos: primeiro, através de pesquisa documental que, segundo Fachin (2005), corresponde a toda a informação coletada, seja de forma oral, escrita ou visualizada. Esta modalidade consiste na coleta, classificação, seleção difusa e utilização de toda a espécie de informações. Foram analisados os dados disponíveis no Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SISPPPI), site do Ministério da Saúde, onde estão contabilizados os dados da Programação Pactuada e Integrada entre os municípios da Paraíba para averiguar os atendimentos encaminhados de Areal que são feitos em cidades referenciadas.

Posteriormente, como outra metodologia de coleta de dados realizou-se entrevista, que é a obtenção de informações através da observação direta dos sujeitos da pesquisa. Dessa forma, a investigação tende a ter um significativo nível de exatidão (GIL, 1991). Foi adotado o tipo semiestruturada com o propósito de obter maiores esclarecimentos e sanar dúvidas. Foram entrevistados dois agentes estratégicos: a secretária municipal de saúde e o Prefeito do município de Areal. As entrevistas ocorreram no dia 14 de novembro com duração aproximada de 30 minutos. Foi indagado sobre como estava ocorrendo a Programação Pactuada e Integrada entre Areal e Campina Grande na prática, se os recursos são suficientes, as maiores dificuldades e possíveis soluções para o quadro atual.

Para análise dos primeiro momento de coleta de dados utilizou-se a análise documental definida por Zanella (2013) como a investigação em documentos internos, no caso da organização, ou externos, referente a governamentais, de organizações não governamentais ou de instituições de pesquisa, dentre outros. A partir disso foi averiguado os procedimentos estavam programados para o município encaminhador Areal e quais eram os valores definidos.

Já para as entrevistas aplicou-se a análise de conteúdo, que segundo Richardson (2007), busca compreender melhor um discurso, aprofundar suas características gramaticais, fonológicas, cognitivas e ideológicas e extrair os momentos mais importantes. Desta forma será utilizada para confrontar as respostas dos gestores municipais com o que foi coletado na bibliografia.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta seção está dividida em duas etapas, na primeira foi estudado o Sistema da Programação Pactuada e Integrada (SISPPPI) do Ministério da Saúde para as consultas referentes a Pactuação entre o município encaminhador Areal e o município executor campina Grande, na segunda etapa estão os dados coletados por meio de entrevista com os gestores municipais da saúde do município de Areal: Secretária de Saúde e Prefeito de Areal.

4.1 Etapa 1: Análise dos Dados Disponíveis em Site do Ministério da Saúde

4.1.1 SISPPPI

Os municípios da Paraíba realizaram a Programação Pactuada e Integrada em outubro de 2009, esta Programação foi apresentada e aprovada em Comissão Intergestores Bipartite e passou a ser cumprida a partir de agosto de 2010. Consultando os relatórios da programação pactuada e integrada do ano de 2019 foram encontrados alguns procedimentos que os municípios que não dispõem de unidades com capacidade para realiza-los encaminham para outros com melhores condições.

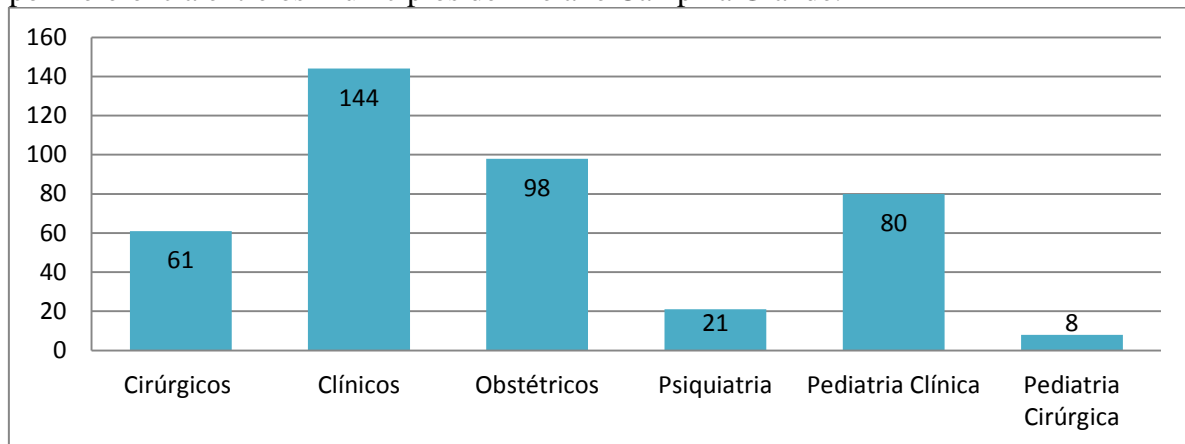
As programações podem ser de dois tipos: Referência que são procedimentos que os municípios programaram por critério de regionalização e quantidade, segundo a sua necessidade; e Abrangência que são procedimentos programados de acordo com a disponibilidade de oferta, neste caso não foram definidas as quantidades para os municípios encaminhadores, somente para os executores, devendo ser regulada através do Estado e dos Municípios executores de acordo com a demanda.

As consultas foram realizadas no Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SISPPi) que é um instrumento informatizado desenvolvido pelo Ministério da Saúde para registro dos dados da Programação realizada entre estados e municípios.

O município de Areial é dependente de outras cidades para atender as suas demandas no atendimento da saúde. Na PPI para os atendimentos de Média Complexidade Areial está referenciada com os municípios de Campina Grande e João Pessoa, destacando-se o primeiro com 412 procedimentos programados demandando R\$ 211.475,76 de recursos para atender a demanda anual. Este total representa mais de 95% do financiamento disponível para a cidade, já para a capital do estado foram programados 11 procedimentos, totalizando R\$ 8.843,32. A partir destes dados, é notória a importância de Campina Grande para atendimento das intervenções clínicas e cirúrgicas da população areialense.

Na Programação Pactuada e Integrada foram programadas as quantidades de procedimentos de acordo com a necessidade dividindo entre leitos, para melhor visualização as especialidades do mesmo tipo de leito foram somadas:

Gráfico 4: Quantidade de procedimentos programados de Média Complexidade Hospitalar por Referência entre os Municípios de Areial e Campina Grande.

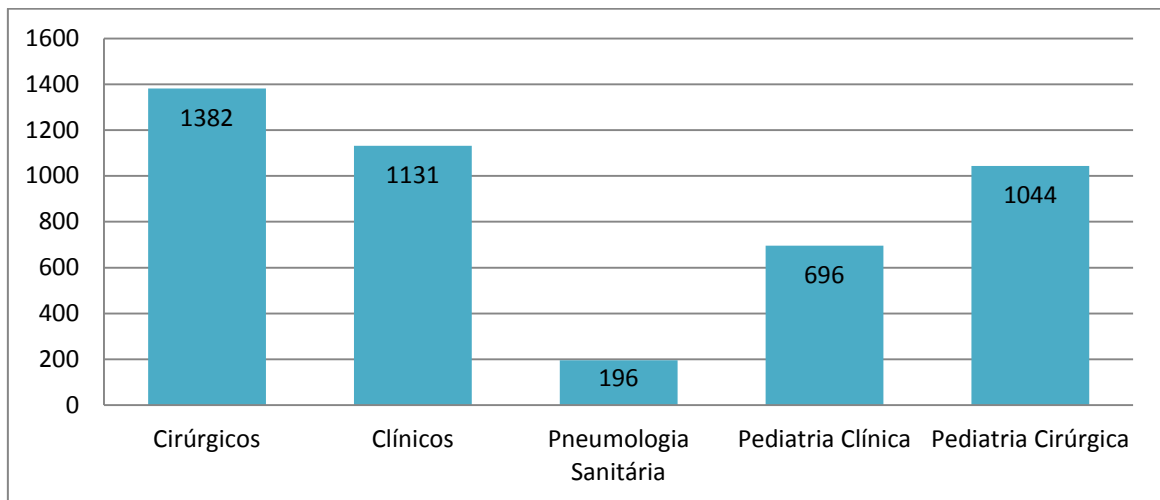


Fonte: SISPPi [PB, 2019](#).

Cabe destaque as especialidades de Nefrologia/Urologia no leito da Pediatria Clínica e de Cirurgia Geral no leito da Pediatria Cirúrgica que possuem apenas 2 procedimentos programados cada. Apesar da população areialense ser menor que 7 mil habitantes, este número de procedimentos torna-se pequeno, visto que é uma quantidade anual. Por isso, esgotando este número programado os municípios passam a depender da disponibilidade de oferta da modalidade abrangência.

Na modalidade Média Complexidade por Abrangência o município de Campina Grande concede 4.253 para 206 cidades encaminhadoras. Areial também possui programação para as cidades de Esperança, com 16 procedimentos para 4 municípios, e João Pessoa com 5235 para os 223 municípios da Paraíba.

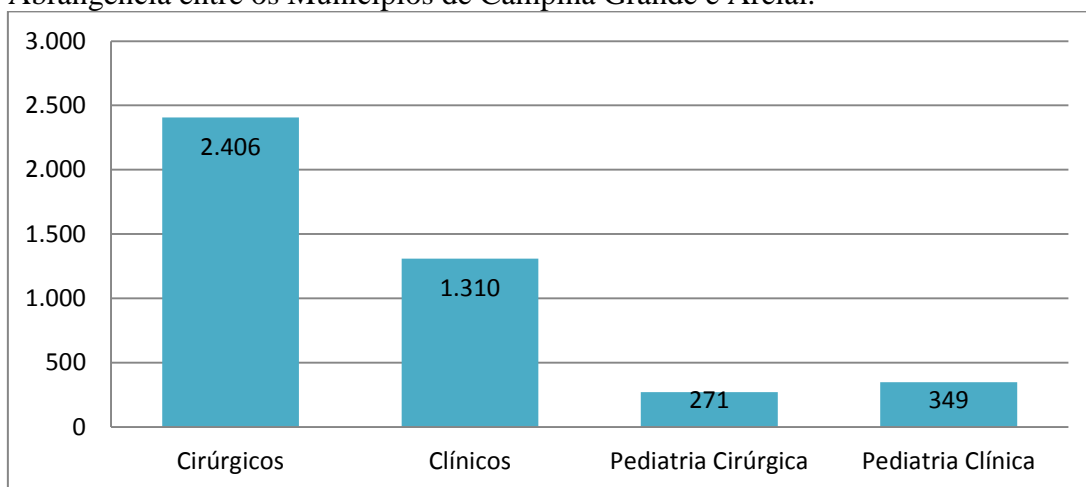
Gráfico 5: Quantidade de procedimentos programados de Média Complexidade Hospitalar por Abrangência entre os Municípios de Areial e Campina Grande.



Fonte: SISPPI [PB, 2019](#).

Esta oferta no número de procedimentos é programada de acordo com a disponibilidade e é o mesmo para todos os municípios que tem Campina Grande como executor, o que pode demorar muito no atendimento, diante que os pacientes entram em uma fila de espera dentre todas as cidades encaminhadoras.

Gráfico 6: Quantidade de procedimentos programados de Alta Complexidade Hospitalar por Abrangência entre os Municípios de Campina Grande e Areial.



Fonte: SISPPI [PB, 2019](#).

Para os procedimentos de Alta Complexidade não existe programação de Referência apenas de Abrangência. São ofertados em pequenas quantidades, porém possui um impacto financeiro extremamente alto, no leito cirúrgico a Neurocirurgia para tratamento Neuro-Endovascular custa em média, segundo a PPI, R\$ 18.750 por procedimento, sendo disponibilizados apenas 10 anualmente.

É importante destacar que a PPI entrou em vigor no ano de 2010, as demandas que existiam naquela época não são mais suficientes, além dos valores expostos por procedimentos estarem defasados, existindo cirurgias pediátricas com valor médio do procedimento de 97 reais.

4.2 Etapa 2: Entrevistas

Atualmente o município faz uso do SISREG III (Sistema de Centrais de Regulação) que permite o controle e regulação dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados no nível Municipal, Estadual ou Regional, onde toda a marcação de consultas e cirurgias é feita baseada na PPI. A secretária explicou que a quando a Programação Pactuada e Integrada foi criada as programações eram feitas por quadro quantitativo a partir da tabela SUS. Porém como os valores desta nunca foram modificados, o valor financeiro é muito pequeno por cada procedimento, o que não supria o custo daquele atendimento. Diante disso atualmente, não se usa mais as quantidades que estão previamente definidas no documento, mas com o financeiro. O município dispõe da quantidade de recursos que foi inicialmente pactuado e de acordo com a necessidade faz a alocação para atender a demanda e tem o valor descontado do seu total.

A secretária de saúde salientou as grandes dificuldades que vem sendo enfrentadas pela gestão principalmente nos últimos meses do ano, que a cota disponível para o município já foi usada para atender as solicitações da população. O Prefeito adiciona “–a cota nossa do ano foi fechada aproximadamente em julho, vocês já usaram tudo que tinha direito (Prefeito de Areal)”. Na atual situação tem-se enviado ofício para a secretaria de saúde de Campina Grande para atendimentos de urgências, como cirurgias oncológicas.

Para o município conseguir atender as suas necessidades sobre saúde o Prefeito ressalta que tem dependido de alguns recursos de custeio que foram conseguidos através de emendas parlamentares e devido a isto a situação não está pior: “–Porque o dinheiro que vem para a saúde do FUS, dos 15% que nós somos obrigados a gastar o mínimo, a gente está em média com quase 19% do recurso, então o dinheiro está comprometido, tem esses casos que a gente não consegue marcar, as pessoas que não tem condições financeiras mesmo de pagar particular porque a gente sabe da realidade do município, mas infelizmente a gente não consegue pagar, o sistema está fechado, quem está salvando repito, são as emendas parlamentares (Prefeito de Areal)”.

Os recursos atuais são insuficientes e o município precisa complementar com o que não estava previsto pela PPI, “–como a tabela SUS está muito defasada a gente ainda entra com um complemento, pra juntar com o que elas recebem na tabela SUS e fazer o procedimento, se o paciente precisar de sedação o município ainda tem que cobrir” (Secretária de Saúde).

Segundo a entrevistada a maior dificuldade do município no momento é urgência e emergência “–o pior são os casos de urgência, quem está fazendo tratamento de oncologia, faz três tomografias para acompanhamento (Secretária de Saúde)” procedimento em que o tempo significa melhores chances de cura, porém sem recursos suficientes não é possível executar rápido.

É importante destacar que a pactuação é programada para a cidade e não visando determinado hospital, sendo assim outro agravante é a superlotação dos hospitais. O gestor municipal complementa alegando que às vezes é encaminhado um paciente para um hospital e este não atende porque está lotado, mandando para outro que também não possui vagas, gerando transtornos para o paciente e aumentando os custos do município com o combustível do transporte da prefeitura que está sendo utilizado. Sobre este assunto a responsável pela gestão da saúde do município complementa: “–Eu digo o que eu necessito, mas ninguém é obrigado a me receber porque cada um atende o que pode receber do outro município, se Campina hoje olhar pra gente e dizer ‘não tenho condição de atender isso aqui’ eu não posso obrigar, tenho que procurar outro município que possa me atender (Secretária de Saúde)”.

Também foi enfatizado que cobram muitas demandas dos municípios, mas não enviam os recursos para isso: “–Sem falar que a gente tem os percentuais, os indicadores que a gente

tem que alcançar que o ministério estimula que a gente tem que fazer tipo em outubro à gente tem que fazer mamografia, a gente tem que encaminhar as mulheres para o médico, em novembro a gente tem que fazer encaminhamentos pra urologista (Secretária de Saúde)”.

Como possíveis soluções de acordo com a secretária é necessário uma reformulação na tabela SUS: “–a única coisa que a gente vê que poderia resolver era uma modificação da tabela SUS (Secretária de Saúde)”. Um exemplo citado foram as consultas, que estão com valores tabelados de R\$ 10,00: “–O que tem que acontecer realmente é a atualização dos valores da tabela SUS, porque como se paga 10 reais por uma consulta? Qual município que contrata qualquer profissional médico pra fazer uma consulta por 10 reais? (Secretária de Saúde)”.

Segundo ela, havendo um reajuste na tabela, as quantias aumentariam, por conseguinte os recursos destinados para Média e Alta Complexidade que o município pode utilizar. A secretária também salienta que uma medida que vem sendo adotada pela gestão é a contratação de profissionais que não são de atenção básica, como cardiologista, nutricionista, fisioterapeuta, para tentar diminuir a demanda de envios uma vez que fazer a prevenção da doença custa menos que o tratamento.

Desta forma, verificou-se que por ter sido elaborada em 2010 a PPI atual não está de acordo com a necessidade atual da população, e devido a isto mesmo estando programadas quantidades determinadas de procedimentos não existe garantia de acesso aos serviços pelo limite financeiro está abaixo do preciso. Os munícipes de cidades que não dispõem de habilitação e condições para atendê-los em casos que requerem especialidades, enfrentam grandes dificuldades para conseguir tratamentos para sua saúde.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudou buscou investigar a Programação Pactuada e Integrada de Assistência à Saúde entre os municípios de Areial e Campina Grande. Desta forma a partir do levantamento bibliográfico, análise dos relatórios, sites do Ministério da Saúde e entrevistas com agentes estratégicos podemos observar que a PPI desenvolvida há quase uma década não está compatível com a necessidade atual.

Constatou-se que pelo baixo valor da Receita Líquida Total que o município arrecada a sua manutenção depende quase exclusivamente dos repasses advindos do estado e da união, a promulgação da Emenda Constitucional 29 representou um avanço significativo à medida que obriga o gestor a destinar um percentual mínimo de recursos com a saúde, em virtude disto que o gasto per capita mensal em Areial está 23,24% maior que a média do país, no entanto é necessário que este valor continue a aumentar, pois ainda é insuficiente se comparado com a despesa de uma cirurgia que o munícipe venha a realizar.

No entanto, com a eminência de possível propositura para desvinculação dos gastos públicos poderá ocorrer um grande retrocesso, pois como foi constatado pelas informações apresentadas através do SIOPS antes da EC-29 existia uma oscilação por vezes desfavorável pela não obrigatoriedade de um percentual mínimo para alocação dos recursos em saúde.

O município de Areial encontra-se em situação de extrema dependência de Campina Grande e devido à destinação de recursos para Média e Alta Complexidade estarem muito abaixo do necessário para atendimento da necessidade da população tem requerido atitudes de benevolência da secretaria de saúde campinense.

Outro ponto que cabe destaque é a falta de políticas públicas que poderiam substituir as emendas parlamentares que o gestor municipal necessita suplicar de deputados e senadores para completude de sua demanda com atendimentos, que por consequência aumenta a submissão do município.

Como atitude mitigadora a gestão municipal tem feito à contratação de médicos especialistas em áreas que existem grandes solicitações de internações, exemplo de cardiologistas, porém de toda forma é impraticável que consiga dispor de todas as especialidades necessárias caracterizando como uma forma louvável, mas que pouco representa na solução do problema.

Enquanto a tabela SUS ou a PPI não forem reformulada o município não conseguirá sair da grave situação em que se encontra, devido a demanda aumentar a cada ano e os procedimentos encarecerem com o passar do tempo, sem o reajuste dos recursos é inviável e injusto com a população que necessita.

Novas pesquisas tornam-se necessárias para avaliações da Programação Pactuada e Integrada pelo ponto de vista de Campina Grande referente aos municípios que a mesma atende. Outra vertente que poderia ser analisada mais profundamente são os atendimentos de cidadãos areialenses em outras cidades que não foram estudadas, bem como os progressos e reformulações da Tabela SUS e elaboração de uma nova PPI.

REFERÊNCIAS

AREIAL. **Plano Municipal de Saúde (2018-2021)**. Areial: Secretária Municipal de Saúde, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 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. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 2011.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão**. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde no Brasil**, 2002.

- CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas; PIRES, Jonas Sona de Miranda. Economia da Saúde ou Economia Política da Saúde? Em defesa de uma abordagem crítica marxista. In: Encontro Nacional de Economia Política, 24., 2019, Espírito Santo. **Anais...** Rio de Janeiro: SEP, 2019. P.1-20. Acesso em: 17 de Out. 2019.
- CHAGAS, Thiago; RIBEIRO, Elizabeth Matos; SANTOS, Reginaldo Souza. **Bases teórico-metodológicas da administração política**. Revista Brasileira de Administração Política. V.2, n.1. p.19-43, 2009.
- FACHIN, Odília. **Fundamentos de Metodologia**. 5. ed. São Paulo, Saraiva: 2005.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa**. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.
- GIL, Antonio Carlos. **Técnicas de pesquisa em economia**. São Paulo: Atlas, 1991.
- IBGE, Censo Demográfico, 2010.
- JÚNIOR, Geraldo Medeiros. **Economia e Administração Políticas da Saúde no Brasil: uma análise das dinâmicas do capital e do estado na gestão do SUS em Campina Grande**. 2017. 140f. Tese (Doutorado em Planejamento Urbano e Regional) – Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, 2017.
- RICHARDSON, Roberto Jarry. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 2007.
- SANTOS, Reginaldo Souza. **As contribuições dos economistas ao estudo da Administração Política: o institucionalismo, o gerencialismo e o regulacionismo**. Organizações & Sociedade. V.10, n. 28, p. 99-116, set/dez, 2003.
- SARGSUS. Disponível em < <https://sargsus.saude.gov.br> > Acesso em 10 de Nov 2019.
- SILVA, Hudson Pacifico da Silva; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Economia e Saúde. In: ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon (Org.). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2015. Cap.2, p.54-74.
- SIOPS. Disponível em < <http://datasus.saude.gov.br> >. Acesso em 10 de Out 2019.
- SISPPI. Disponível em < infosaudepb.saude.pb.gov.br >. Acesso em 28 de Out 2019.
- Zanella, Liane Carly Hermes. **Metodologia de pesquisa**. 2. ed. reimp. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/ UFSC, 2013.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me proporcionado vencer todas as atribuições e concluir esta etapa da minha vida, Ele que sempre é meu sustento e me dá forças para prosseguir.

Ao meu pai e a minha mãe por sempre acreditarem em mim, me apoiarem, buscarem me ajudar no que fosse possível e se alegrarem com as minhas conquistas.

Ao meu irmão, avós, tias, primos, e todos os familiares que de alguma forma contribuíram para que eu conseguisse concretizar este sonho.

Aos meus amigos, inclusive aos meus amigos virtuais, que sempre me incentivaram, minha eterna gratidão por ter pessoas na minha vida que sempre posso confiar e que estão ao meu lado em todos os momentos.

Aos colegas que fiz no curso, aos que passaram e a quem permaneceu até o final, cada um ao seu tempo e sua maneira, suavizaram esta jornada lembrar-me-ei de cada mão que me foi estendida durante estes quatro anos.

A todos os professores que durante esta trajetória acadêmica transmitiram seus conhecimentos e contribuíram para minha formação, a cada um que agregou nesta jornada minha gratidão.

A todos os membros da Universidade Estadual da Paraíba, esta instituição que será para sempre tão significativa para mim.

Ao meu orientador Geraldo Medeiros Junior por todo o apoio e orientações na execução deste trabalho