



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

**PÂMALA GARCIA DA SILVA**

**ANÁLISE DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA DO MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE-PB**

**CAMPINA GRANDE  
2019**

PÂMALA GARCIA DA SILVA

**ANÁLISE DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA DO MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Administração, da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito para a obtenção do  
título de Bacharel em Administração.

**Orientador:** Prof. Dr. Geraldo Medeiros Júnior

CAMPINA GRANDE  
2019

S586a Silva, Pâmala Garcia da.

Análise da programação pactuada integrada do município de Campina Grande - PB [manuscrito] / Pâmala Garcia da Silva. - 2020.

29 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2020.

"Orientação : Prof. Dr. Geraldo Medeiros Junior ,  
Coordenação do Curso de Administração - CCSA."

1. Programação pactuada integrada . 2. Planejamento. 3.  
Gestão. 4. Sistema Único de Saúde - SUS. I. Título

21. ed. CDD 658

PÂMALA GARCIA DA SILVA

**ANÁLISE DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA DO MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Administração, da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito para a obtenção do  
título de Bacharel em Administração.

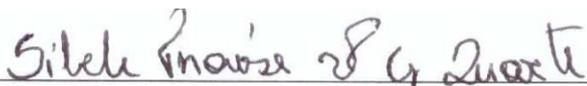
**Orientador:** Prof. Dr. Geraldo Medeiros Júnior

Aprovada em: 09 / 03 /2020.

**BANCA EXAMINADORA**



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



Prof.ª. Dr.ª. Sibeles Thaise Viana  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.ª. M.ª. Maria do Socorro Pontes de Souza  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Primeiramente gratidão ao ser do qual originam minhas forças e razão para minha existência. Ao meu professor e orientador Geraldo Medeiros Júnior, que sempre estendeu a mão e mostrou disponibilidade, acima de tudo o ouvir de um amigo. Aos meus orientadores de vida, familiares e amigos, que a todo o momento me incentivaram e apoiaram na busca pelas minhas conquistas, a estes, todo meu amor.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAP	Caixa de Aposentadoria e pensão
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MRS	Macrorregião de Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
RS	Regiões de Saúde
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMSCG	Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	10
<b>2.1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> .....	10
<b>2.1.1 HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL</b> .....	10
<b>2.1.2 A CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES</b> .....	13
<b>2.2. FINANCIAMENTO E GESTÃO COMPARTILHADA</b> .....	13
<b>2.2.1. FUNDAMENTOS LEGAIS</b> .....	13
<b>2.2.1.1. PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA</b> .....	15
<b>2.3. ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE</b> .....	16
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	17
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	17
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	19
<b>REFERENCIAS</b> .....	20
<b>APÊNDICE</b> .....	22

# ANÁLISE DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB

## ANALYSIS OF THE INTEGRATED PACT PROGRAMMING OF CAMPINA GRANDE-PB

Pâmala Garcia da Silva<sup>1</sup>

### RESUMO

A Programação Pactuada e Integrada (PPI), é um instrumento de planejamento que define e quantifica as ações de saúde de acordo com as demandas de cada município, orientando a utilização de recursos financeiros, a partir dos critérios pactuados entre gestores. O presente estudo tem objetivo de analisar a efetividade Programação Pactuada Integrada (PPI) do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Campina Grande-PB, através da percepção de três gestores envolvidos diretamente na sua elaboração e execução, sendo estes a Auditora em Saúde do Estado da Paraíba, vinculada também ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, o Diretor de Planejamento e Regulação dos Serviços de Saúde e o Diretor de Vigilância em Saúde, ambos da Secretaria Municipal de Saúde. Para tal finalidade foi utilizada uma abordagem qualitativa exploratória, com dados coletados por meio de questionário aberto e análise documental. Para elaboração da análise foi utilizada a abordagem sobre a construção da PPI e quais as dificuldades da pactuação vigente. Os dados obtidos permitiram concluir que a PPI como um dos instrumentos de planejamento ainda não foi capaz de garantir uma cobertura universal dos serviços de saúde e autonomia aos gestores municipais.

**Palavras-chave:** Programação Pactuada Integrada. Planejamento. Gestão.

### ABSTRACT

The Pactuated and Integrated Programming (PPI), is a planning instrument that defines and quantifies health actions according to the demands of each municipality, guiding the use of financial resources, based on the criteria agreed upon by managers. The study aims to analyze the Integrated Pact Programming (PPI) of the Unified Health System (SUS) in the city of Campina Grande-PB in the view of managers involved in its preparation and implementation, in order to conclude that it is an inefficient planning instrument. For this purpose, a qualitative exploratory approach was used, with data collected open questionnaire interviews and document analysis. For the elaboration of the analysis it was used the approach on the planning of the PPI and what are the difficulties of the current agreement. The data obtained allowed us to conclude that PPI as one of the planning instruments has not yet been able to guarantee autonomy to municipal managers, making the process of decentralization and regionalization difficult.

**Keywords:** Integrated Pactual Programming. Planning. Management.

---

<sup>1</sup>Graduanda de Administração. E-mail: pamala.dantas@gmail.com

## 1 INTRODUÇÃO

Antes da criação e implementação do Sistema Único de Saúde- SUS, em 1988, uma série de medidas contribuíram para a universalização da saúde. No início do Séc. XX, a ausência da prestação de serviços por parte do Estado acarretou várias mobilizações, ganhando mais visibilidade pelas greves operárias, o que levou, no ano de 1923, a partir do Decreto Nº4.682, à criação da Lei Eloy Chaves. A lei foi responsável pelo surgimento das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que eram financiadas pelas contribuições dos funcionários e das empresas. Esse modelo de assistência, apesar de atender a uma parcela da população, ainda não se aproximava de uma cobertura universal, pois excluía os cidadãos que não tinham trabalho formal.

Posteriormente, no governo provisório de Getúlio Vargas, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), através do Decreto nº 22.872, de 29 de Junho de 1933. Se tratavam de autarquias que se classificavam por categorias profissionais, nas quais o Estado tinha poder centralizado. Os IAPs continuariam seguindo a lógica de financiamento da CAPs, no entanto, o vínculo passou a ser com os sindicatos, possibilitando a participação dos trabalhadores, além de colocar o Estado não só como fiscalizador, mas também como gestor de um sistema previdenciário público.

Durante a Ditadura Militar foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), através do Decreto- Lei Nº 72, de 21 de novembro de 1966, que unificava todo o sistema previdenciário, concentrando os IAPs em um só órgão. Posteriormente, a criação do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS) foi responsável pela divisão do INPS, onde a saúde agora seria responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

No contexto de crise firmou-se convênios com governos estaduais e entre as medidas que aproximavam a saúde de uma cobertura universal estava a Resolução INAMPS nº 98, de outubro de 1985, que colocou fim à exigência da Carteira do Trabalho e Previdência Social e da Carteira de Beneficiário para o acesso à assistência hospitalar ou ambulatorial em suas unidades próprias. Outra medida importante foi a Resolução INAMPS nº 138, de dezembro de 1986, que extinguiu a exigência da Carteira de Beneficiário para atendimento também nas demais entidades que integravam as AIS (unidades públicas).

Souza (2002) coloca que a crise do financiamento e as mobilizações sociais, que ocorrem no contexto dos anos 1980, contribuíram significativamente para as mudanças no sistema vigente, nesse contexto, o Movimento da Reforma Sanitária<sup>2</sup> se fortalece e em 1986 participa das discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, que apresentou como principais temas: a saúde como direito, a reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor.

O resultado das lutas pelo direito à saúde o coloca como direito de cidadania, expresso na Constituição Federal de 1988. Os preceitos constitucionais passaram então a conduzir o que viria a ser um sistema universal de saúde, onde as medidas legais que viriam a normatizar os sistemas posteriores, tinham como base os princípios da descentralização, hierarquização, regionalização e universalidade.

Entretanto, a efetiva implementação do SUS só se deu através da aprovação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, em setembro de 1990, regulamentada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que trata sobre a organização do sistema, planejamento, assistência

---

<sup>2</sup> O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população.

da saúde e articulação Inter federativa. A articulação Interfederativa é o ponto a ser analisado no presente trabalho, levando à análise sobre o financiamento do sistema através de suas respectivas pactuações.

A Lei nº 8.412, de dezembro de 1990, além de dispor sobre a participação da comunidade na gestão, através das Conferências de Saúde e do Conselho de Saúde, engloba o financiamento na área da saúde, normatizando as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. No âmbito do financiamento discorre sobre a obrigatoriedade da contrapartida em relação às demais esferas de governo, colocando-as como condição para o recebimento de recursos federais.

Por conseguinte, foram criadas Normas Operacionais Básicas que deveriam nortear e estabelecer critérios para o sistema, onde uma das medidas para a descentralização e regionalização do SUS foi a criação da Programação Pactuada Integrada, que se trata de um instrumento de gestão referente as quantificações das demandas de saúde e respectivas pactuações intergestoras. O presente trabalho teve como objetivo analisar se esse instrumento de gestão é eficiente para o município de Campina Grande-PB e seus demais pactuantes. A coleta de dados se deu a partir da análise documental e aplicação de um questionário aberto e análise documental, direcionado a Auditora em Saúde do Estado da Paraíba, vinculada também ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, o Diretor de Planejamento e Regulação dos Serviços de Saúde e o Diretor de Vigilância em Saúde, ambos da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande- PB.

A finalidade do Estado como gestor é garantir o bem-estar social, onde suas ações devem ser norteadas pela busca da garantia das demandas da sociedade e do direito à cidadania. É de suma importância considerar que há retrocesso de políticas públicas e impasses para sua efetiva consolidação, assim a relevância dos estudos dessas políticas é um dos passos para desenvolver e aprimorar essas políticas.

Os dados obtidos permitiram concluir que a PPI como um dos instrumentos e mecanismos adotados pelo SUS para promover a descentralização e regionalização da saúde, ainda não é capaz de garantir uma cobertura universal dos serviços de saúde e autonomia aos gestores municipais, corroborando para a ineficiência de tal instrumento.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

#### **2.1.1 HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Para compreender como se configura o SUS é preciso entender inicialmente o processo que desencadeou sua criação e implementação, a começar pelo papel do Estado na prestação de serviços de caráter universal. No início do século XX, o acesso aos serviços de saúde para classe mais pobre eram prestados pelas Santas Casas de Misericórdia, hospitais de caridade da igreja, que tinham caráter filantrópico.

A ausência do Estado na prestação desses serviços contribuiu para o aumento dos índices de epidemias, que se propagavam em maior número entre a parcela menos assistida da população. Consequentemente, a baixa na imigração para o Brasil refletia na economia do café e sua expansão, bem como no setor ferroviário e demais áreas que necessitavam de mão-de-obra. Assim, medidas como as campanhas de vacinação foram promovidas pelos governos a fim de conter a propagação dessas doenças.

As ações do Ministério da Saúde, com apoio de estados e municípios, se restringiam basicamente a promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de

vacinação e controle de endemias (BRASIL, 2002). É importante frisar que o interesse do Estado em promover essas ações não era somente dar assistência à população, mas conter a propagação de doenças que impactavam diretamente a economia agroexportadora.

No entanto, a falta de assistência médica, associada a baixa qualidade de vida no trabalho, acarretou mobilizações sociais crescentes, causando maior impacto quando eclodiram as greves operárias. O movimento foi responsável pela conquista da Lei de Acidentes em 1919, o que levou os operários de volta às fábricas.

Apesar do acordo promovido, o contexto que o país estava inserido ainda causava insatisfação na população. Em 1923, a fim de conter as tensões sociais, o Deputado Eloy de Chaves apresentou a lei que ficaria conhecida pelo seu nome, sendo regulamentada pelo Decreto Nº4.682, que obrigava as empresas ferroviárias a fazer Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs).

Segundo SILVA (2015, p.12), “às CAPs nesse período, em sua gênese no Brasil não têm a intenção de ser uma política pública, apenas era uma caixa de pensão para atender as reivindicações dos sindicatos da época”.

De acordo com o Art.3º do Decreto 4.682, os empregados contribuem com 3% mensalmente, descontado dos vencimentos, e a empresa com 1% de sua renda bruta. Ou seja, para usufruir dos benefícios e ter acesso a serviços de saúde era necessário participar de alguma caixa de aposentadoria, deixando desassistida a parcela da população sem emprego formal.

Essa lógica de seguro social se modificou a partir da Era Vargas quando o Decreto nº 22.872, de 29 de Junho de 1933, suspendeu as CAP's por seis meses e criou os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs). Nesse contexto, Silva (2005) pontua que o fim da República Velha e a Revolução de 30, que deu início ao Governo Provisório, “possibilitou, através de um Projeto de Nação, a transformação de um Brasil rural, de economia agroexportadora, em um país urbano-industrial, o que permitiu à burguesia emergente partilhar a gerência do Estado”.

Diante dessa colocação é possível compreender que tal medida não propunha apenas a centralização e uniformização das estruturas de saúde, os IAPs estavam inseridos na assistência previdenciária a partir de um modelo excludente, o qual também visava alimentar os privilégios da classe ascendente através dos recursos arrecadados que financiariam o setor industrial.

Os IAPs eram autarquias classificadas por categorias profissionais, nas quais o Estado tinha poder centralizado. O financiamento continuaria contando com a contribuição do trabalhador, no entanto, a diferença para as CAPs é que não haveria mais vínculo com as empresas, o que possibilitou a participação dos trabalhadores através da representação sindical, além de colocar o Estado não só como fiscalizador, mas também como gestor de um sistema previdenciário público.

Durante a Ditadura Militar foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social- INPS, através do Decreto- Lei Nº 72, de 21 de novembro de 1966, que unificava todo o sistema previdenciário, concentrando os IAPs em um só órgão. Tal medida dava prosseguimento à lógica de financiamento da indústria, pois os recursos arrecadados se destinavam a investimentos e linhas de financiamento para atender aos beneficiários da previdência.

A polêmica acerca do INPS era a junção de Institutos de Aposentadoria e Pensão de diversas categorias, as quais ocorriam de forma desigual, já que alguns tinham estrutura administrativa e financeira mais elaboradas que outros, além da flexibilização da legislação trabalhista, falta de fiscalização dos recursos arrecadados e desvinculação dos sindicatos que os coordenavam. Diante as pressões sociais, mobilizações dos sanitaristas e demais classes trabalhadoras, o INPS abrange a assistência para outras categorias, como

trabalhadores rurais e empregadas domésticas, dando espaço para a assistência social no Brasil.

Posteriormente, o INPS teve sua estrutura modificada pela Lei 6.349, de setembro de 1977, instituindo o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social-SINPAS, constituído agora por órgãos com funções delimitadas:

A Lei 6.349, de 1977, que instituiu o Sinpas – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, veio configurar um modelo que separou a prestação de benefícios em dinheiro e serviços sociais (INPS – Instituto Nacional de Previdência Social), dos serviços de assistência médica e odontológicos (Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), da assistência farmacêutica (Ceme – Central de Medicamentos), da assistência aos carentes (LBA \_ Legião Brasileira de Assistência), e da assistência aos menores (Funabem – Fundação Nacional do Bem-Estar ao Menor). O processamento de dados que ficou com a empresa Dataprev e a administração financeira nas mãos do IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência Social. (BRAGA, *et. al.* 2008, p.68)

A assistência à saúde tornou-se responsabilidade do INAMPS, que se estruturava em Superintendências Regionais localizadas em cada estado nas quais eram aplicados os investimentos para a assistência à saúde, proporcional aos recursos arrecadados e a quantidade de beneficiários em cada região. Seus serviços se destinavam aos cidadãos de carteira assinada e aos que possuíam a carteira de beneficiário, ou seja, que poderiam pagar diretamente pelos serviços. Essa lógica de sistema privatista ainda se mantinha semelhante a CAPs, que utilizava as contribuições e revertia como forma de benefício através dos serviços em saúde.

O arranjo estrutural e financeiro da saúde começa a ser alterado por conta do cenário no qual o país estava imerso. A crise econômica de 80, que iniciou-se em meados do século anterior, se caracterizava pela alta inflação, recessão e crise fiscal, impactando diretamente o financiamento da Previdência Social pela redução da arrecadação do Estado. Campelli (2005) coloca que:

Com a necessidade de conter o déficit público, o governo impôs a redução das dotações orçamentárias, dificultando, a sua capacidade de financiamento público. O quadro agravou-se com o constante empobrecimento da população, gerando um aumento da demanda por serviços sociais. As mudanças econômicas e políticas que aconteceram no país naquela década passaram a exigir a substituição do modelo médico-assistencial privatista por um outro modelo de atenção à saúde. (CAMPELLI, 2005, p.17)

Souza (2002) destaca que esse cenário traz a necessidade do INAMPS racionalizar suas despesas, dando espaço para o Estado inserir-se nesse modelo, inicialmente através de convênios, o que posteriormente levou à adoção de uma série de medidas que o aproximava mais da universalização da saúde, motivadas principalmente pela crise do financiamento e pela pressão dos movimentos sociais em prol da redemocratização do país.

Dentre essas medidas, a Resolução INAMPS nº 98, de outubro de 1985, colocou fim na exigência da Carteira do Trabalho e Previdência Social e da Carteira de Beneficiário para acesso da assistência hospitalar ou ambulatorial em suas unidades próprias. Assim como a Resolução INAMPS nº 138, de dezembro de 1986, que extinguiu a exigência da Carteira de Beneficiário para atendimento também nas demais entidades que integravam as AIS (unidades públicas).

Nesse contexto, o debate sobre a democratização da saúde é crescente, o Movimento da Reforma Sanitária passa a ganhar mais visibilidade política, e tem seu auge

em março de 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, que apresentou como principais temas: a saúde como direito, a reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor. A conferência se tornou um marco na conquista da redemocratização e descentralização da saúde e reivindicou também a autonomia de gestores municipais para a formulação de políticas locais, estimulando a criação dos Conselhos Estaduais de Secretários, Departamentos e Serviços Municipais de Saúde, que foram efetivamente formados no mesmo ano.

A conquista mais expressiva do movimento foi contribuir para que a saúde se tornasse direito de cidadania e dever do Estado, sendo garantido na Constituição Federal de 1988. No entanto, antes da criação do SUS a saúde já se aproxima de uma cobertura universal.

### **2.1.2 A CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES**

Em 1987 o Decreto presidencial nº 94.657 cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O Art. 1º trata que o objetivo do SUDS é contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das ações integradas de saúde.

A criação do SUDS surgiu a partir de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais, mas apesar da articulação e contratos firmados, nessa fase inicial não havia uma normatização detalhada. Assim, o SUDS só adquiriu uniformidade jurídico-legal em 1988 através do convênio-padrão SUDS 01/88.

O SUDS surgiu no intuito de descentralizar a saúde pública e universalizar seus serviços. Por isso, tais medidas foram a unificação dos sistemas, que através do Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde.

Em junho de 1988 o INAMPS publicou a Norma Operacional Básica do SUDS-NOB/SUDS, que estabelece instruções para os seus servidores responsáveis pela análise dos Planos de Aplicação de Recursos de Convênio e das prestações de contas correspondentes. Nos estados onde o SUDS havia sido implantado houve a transferência de atividades das Superintendências Regionais para as Secretarias Estaduais de Saúde, através da Portaria nº 4.169. Em maio do mesmo ano a Portaria nº 4.235 contribuiu para a efetivação do SUDS por meio da extinção das Superintendências Regionais.

Os preceitos constitucionais descritos do artigo 196 ao 200, nortearam medidas legais que contribuíram cada vez mais para a consolidação do sistema, que gradativamente mudaram a forma de gestão da saúde pública e seu financiamento. Entretanto, a efetiva implementação do SUS se deu através da aprovação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 em setembro de 1990, regulamentada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que trata sobre a organização do sistema, planejamento, assistência da saúde e articulação Inter federativa. A articulação Interfederativa é o objeto a ser analisado no presente trabalho, levando à análise sobre o financiamento do sistema através de suas respectivas pactuações.

De acordo com a lei, o Ministério da Saúde é gestor no âmbito da união e tem comando único em cada esfera de governo, coloca também como um dos princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, formalizando um sistema público de saúde, único e universal.

## **2.2 FINANCIAMENTO E GESTÃO COMPARTILHADA**

### **2.2.1 FUNDAMENTOS LEGAIS**

O parágrafo único do artigo 198 coloca que “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

Souza (2002) afirma que no debate do financiamento do SUS a ênfase é dada à União como se fosse a única instância responsável, justificando que um dos fatores determinantes deste entendimento é, provavelmente, o papel do INAMPS no início do SUS.

Até 1988 o INAMPS era responsável pela maior parte do financiamento do sistema de saúde. Com a crise e as mudanças que ocorreram até a consolidação do SUS foi necessário reformular a forma de financiamento para que fosse cumprido o preceito constitucional da descentralização. O autor ainda propõe que o SUS, na verdade, se trata de uma reestruturação do INAMPS, no qual seu modelo de financiamento, mesmo desigual, ainda se manteve como base para o SUS.

Em sua análise as desigualdades regionais foram alimentadas pela forma de distribuição de recursos, que era proporcional à arrecadação em determinada região, mesmo com um número maior de habitantes, estados como norte e nordeste tinham menos investimentos em estrutura. Portanto, a aplicação de investimentos, contratação de serviços privados e estruturas mais especializadas se concentrava em regiões com maior desenvolvimento econômico, que embora atendesse aos objetivos legais no INAMPS, contribuiu para as desigualdades regionais.

Assim, conclui-se que um dos grandes desafios passa então a ser a distribuição de recursos de forma que se tenha uma maior cobertura dos serviços para toda a população, levando em consideração as diferenças financeiras e sazonalidades de cada região. A divisão de responsabilidades entre união, estados e municípios seria necessária para a descentralização do sistema no intuito de atender aos princípios constitucionais e levar a cobertura universal dos serviços de saúde para toda população.

A Lei nº 8.412, de dezembro de 1990, além de dispor sobre a participação da comunidade na gestão, através das Conferências de Saúde e do Conselho de Saúde, engloba o financiamento na área da saúde, normatizando as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. No âmbito do financiamento discorre sobre a obrigatoriedade da contrapartida em relação às demais esferas de governo, colocando-as como condição para recebimento de recursos federais.

A necessidade de normatização e padronização do sistema refletiu na criação das Normas Operacionais Básicas que definem critérios para que estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais é condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde. (SOUZA, 2002, p. 39).

Assim, a partir de 1991, o Ministério da Saúde instituiu uma sequência de Normas Operacionais no intuito de regulamentar o processo de descentralização dos recursos e de responsabilidades entre as esferas de governo. Em cada NOB, novas formas de relação entre os gestores foram sendo introduzidas, bem como novas formas de alocação de recursos no setor. A descentralização da política da saúde aconteceu gradativamente, assim como a descentralização do seu financiamento. (CAMPELLI, 2005, p.200).

A Norma Operacional Básica (NOB) 01/91 tratou especialmente das transferências de recursos financeiros entre as três instâncias de governo. A NOB 01/93 definiu estágios de gestão para municípios e estados, fixando diferentes formas de repasse para cada um deles e estruturou espaços de negociação entre as esferas de governo, as Comissões Intergestores, Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

É importante compreender que o compartilhamento de responsabilidades surgiu justamente no intuito de descentralizar a saúde pública. Para isso essas instâncias foram criadas, para debater, planejar e executar as negociações que atendem à necessidade de cada região. A nível nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde- CONASS e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde- CONASEMS, e em cada estado, uma Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com representação da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS.

No ano de 1996 foi instituída a NOB 01/96, com a finalidade de “[...] promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípes”.(MOLESINI *et al.*, 2010).

### **2.2.1.2 PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA**

A Programação Pactuada Integrada (PPI) foi instituída pela NOB 01/96 a fim de atender aos preceitos constitucionais de regionalização e hierarquização do SUS, através da gestão compartilhada entre as instâncias de governo. Assim, os gestores têm autonomia de programar as ações de saúde de acordo com as demandas em sua área de abrangência, bem como pactuar serviços com demais municípios. De acordo com a NOB 01/96:

“O processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores e Integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor: o município elabora sua própria programação, aprovando-a no CMS; o estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociação na CIB, cujo resultado é deliberado pelo CES”. (NOB 01/96)

A PPI é, portanto, um instrumento de gestão que deve seguir um processo ascendente, a começar pela base municipal. Após a aprovação da Programação, pelo Conselho Municipal de Saúde, a demanda é levada para a CIB, que trata da negociação entre estado e município, por conseguinte sendo deliberado pelo Conselho Estadual de Saúde. Para a liberação do repasse federal a Programação passa pela CIT para assim ser deliberada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Dessa forma, a elaboração da programação deve observar critérios e parâmetros definidos pelas comissões de intergestores e aprovados pelos respectivos conselhos e a sua finalização deve expressar a distribuição de recursos, inclusive aqueles repassados pelo Ministério da Saúde a estados e municípios. (MOLESINI *et al.*, 2010).

As Normas Operacionais de Assistência à saúde surgiram no intuito de fortalecer a regionalização, a começar pela NOAS 01/2001, através da Portaria MS/GM n.º 95, no intuito de ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Em 2002 foi substituída pelo NOAS 01/2002, por meio da Portaria N° 272, de 27 de fevereiro de 2002, que propõe a delimitação de espaços territoriais – macrorregiões, microrregiões e módulos assistenciais – e neles a distribuição dos serviços de saúde de acordo com os respectivos graus de complexidade tecnológica.

De acordo com a NOAS 01/02, às Secretarias Municipais de Saúde integrantes de cada módulo assistencial devem realizar sua programação anual, para assim negociar a base PPI microrregional, onde o gestor estadual deve coordenar este processo. Dessa forma, os municípios que compõem as diversas microrregiões de saúde constituem-se em um grupo

de negociação, que busca viabilizar a formulação de propostas referente aos investimentos em serviços de saúde e recursos para as microrregiões.

MOLESINI et al.(2010) coloca que “ embora os municípios brasileiros façam parte do pacto federativo, tenham Constituições próprias, o que lhes confere uma relativa autonomia político-jurídica, nem todos possuem condições econômicas para proverem, minimamente, as condições de sobrevivência de suas populações, necessitando de ajuda externa, financeira e técnica, o que limita esta autonomia política.”

Dessa forma, cada região apresenta particularidades que influenciam nos resultados alcançados, seja ela financeira, política ou estrutural, o que torna um desafio à cobertura universal da saúde, bem como sua descentralização e regionalização.

A elaboração da PPI deve, portanto, representar as necessidades e prioridades da população, onde essas demandas devem ser programadas e executadas com a participação de todas as instâncias de governo, sendo um dos principais instrumentos de compartilhamento da gestão do SUS.

### **2.3 ADMINISTRAÇÃO POLÍTICA DA SAÚDE**

Todo processo que levou a consolidação do SUS representou conquistas para a sociedade, colocando a saúde pública como uma área indispensável ao direito de cidadania. Compreender as mudanças históricas e suas influências, quando se refere a um sistema que passou por tantas modificações, é também tratar de Administração.

Até então, as organizações eram o objeto de estudo dessa ciência, entretanto, a Administração Política transpõe essa ótica, buscando compreender a forma como o Estado está inserido nessa dinâmica, bem como seu papel. O conceito de Administração Política vai estar, portanto, intimamente vinculado e/ou condicionado aos ditames das novas exigências nas relações entre o governo e a economia e entre a economia e a sociedade (RIBEIRO, 2008, p 12).

Dessa forma, tratar apenas da questão operacional das organizações é desconsiderar diversos fatores que agem direta e indiretamente a nível macro, colocar o Estado fora da dinâmica capitalista como uma instituição externa ao sistema limita o entendimento de sua função em um processo tão complexo. Sobre o cenário que baseou a tese da Administração Política Ribeiro (2008) pontua:

“Como já ressaltamos, o que nos tocou analisar em nossa tese, e que será a referência central desta reflexão, foi o momento mais profícuo das relações entre o Estado e a economia, que se inicia nos anos 30 e que perdura até os anos 70. Sobre esse momento particular das relações entre o Estado e a economia/sociedade, podemos concluir que as relações sociais de produção passam a exigir do setor público uma atuação mais direta e mais dinâmica no que respeita à concepção de um projeto de alcance nacional.”(RIBEIRO, 2008, p. 12).

Assim, é possível compreender que os movimentos sociais pela busca da universalização da saúde foram de suma importância e confirma o fato de que o Estado participa da dinâmica entre sociedade e economia. A autora ressalta três transformações importantes que o Governo precisou assumir e adaptar-se e que foram consequências de transformações históricas: a ampliação das funções governamentais, a reestruturação da estrutura organizacional do setor público e à divisão institucional do trabalho dentro do setor público, tratando também do Estado não só como regulador, mas também como um “Estado Empresário”.

O Estado passa então de regulador para também gestor, e dentro dessa gestão uma série de mudanças foram estabelecidas, como a divisão de competências e obrigações dos

demais órgãos, bem como controle de gastos e a quais setores deveriam ser destinados, fazendo jus a um “Estado Empresário”, o qual segue uma ordem lógica em relação a um planejamento eficiente de distribuição de responsabilidades, podendo citar também a municipalização como uma ação referente a essa lógica.

Segundo Medeiros e Silva (2019):

“Ser bem-sucedido na proposta de administração política significa ter a capacidade de pensar estrategicamente o sistema como parte integrante de um projeto de país. Apesar de representar um projeto consistente, o SUS sofreu resistências, recuos, sendo os avanços obtidos apenas às custas de grande mobilização da sociedade organizada. Assim, não se tornou uma política de Estado, ou mesmo parte de um projeto de nação, mesmo considerando a continuidade das políticas adotadas em algumas gestões.” (MEDEIROS E SILVA, 2019, P. 4).

Diante dessas colocações é possível relacionar ao contexto da saúde no Brasil, primeiro a ampliação das funções governamentais no que diz respeito ao intermédio financeiro, o que pode-se relacionar a inserção do Estado na saúde através da pressão social e também pela crise financeira da década de 1980, o que fez o sistema de saúde ficar fragilizado necessitando do suporte público.

Desta forma, estudar a gestão da saúde é em sua primazia olhar para o Estado de uma ótica administrativa e reconhecer seu papel nessa dinâmica, onde a finalidade deve ser o bem-estar social, que passa por muitos desafios e retrocessos. O estudo aqui presente busca analisar um instrumento de gestão e sua efetividade em relação a universalização dos serviços.

### **3 METODOLOGIA**

Para construção dos resultados foi utilizada uma abordagem metodológica qualitativa do tipo descritiva/ explicativa, por meio de uma pesquisa documental e bibliográfica. Sendo feito a princípio um levantamento histórico da saúde pública até a consolidação efetiva de um sistema descentralizado e universal de saúde, por conseguinte feito um levantamento de dados a partir de documentos oficiais que normatizam o Sistema Único de Saúde e a PPI vigente no Estado da Paraíba.

A coleta de dados se deu através de questionário aberto, elaborado com base em documentos oficiais, pesquisas de autores que trabalhavam na mesma perspectiva e pesquisas desenvolvidas ao longo do curso, sendo aplicado a três gestores envolvidos diretamente no planejamento e execução da pactuação, sendo estes a Auditora em Saúde do Estado da Paraíba, vinculada também ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, o Diretor de Planejamento e Regulação dos Serviços de Saúde e o Diretor de Vigilância em Saúde, ambos da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande-PB.

A pesquisa consiste na análise da PPI, através da identificação das lacunas existentes nas pactuações executadas pelo município em estudo, bem como no processo de construção e elaboração das metas, no intuito de mostrar a ineficiência da PPI com instrumento de gestão, o que implica diretamente na regionalização e descentralização do SUS.

### **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

A Programação Pactuada e Integrada (PPI), é um instrumento de planejamento que define e quantifica as ações de saúde de acordo com as demandas de cada município,

orientando a utilização de recursos financeiros, a partir dos critérios pactuados entre gestores, para a garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

A Programação Pactuada Integrada da Paraíba foi aprovada em CIB no dia 12 de setembro de 2010, e passou a ser cumprida a partir de agosto do mesmo ano. De acordo com o Plano Estadual de Saúde (2016-2019) a atual configuração da regionalização da saúde na Paraíba, em consonância com a Resolução CIB nº 203/2011, atualizada pela Resolução CIB nº 13/2015, organizou o estado em 16 regiões de saúde distribuídas em 04 Macrorregiões, contemplando os seus 223 municípios.

A primeira Macrorregião de Saúde, com sede em João Pessoa, é composta por 04 (quatro) Regiões de Saúde; a segunda com sede em Campina Grande é composta por 05 (cinco) Regiões de Saúde; a terceira com sede em Patos é composta por 03 (três) Regiões de Saúde; e a quarta, com sede em Sousa, é composta por 04 (quatro) Regiões de Saúde (Mapa 01). O Plano de Saúde também levanta dados a partir do IBGE, colocando Campina Grande entre as 4 cidades que possuem população superior a 100.000 habitantes.

De acordo com a Resolução CIB nº 13/2015, Campina Grande- PB participa da 16ª Região de Saúde, que juntamente a 3ª, 4ª, 5ª e 15ª RS, compõe a II Macrorregião de Saúde, totalizando 70 municípios. A resolução, utilizando de dados coletados pelo IBGE no ano de 2006, estimou uma população total de 1.121.153 habitantes.

A pactuação pode ocorrer por referência, sendo procedimentos que os municípios programaram por critérios de regionalização e quantidade, segundo a sua necessidade, ou por abrangência, se tratando de 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.

De acordo com dados do Sistema de Programação Pactuada Integrada -SISPPI- é possível identificar que municípios fora da II Macrorregião de Saúde também são encaminhadores de demandas de saúde de Média e Alta Complexidade, sejam elas por referência ou abrangência. Como por exemplo, municípios da IV Macrorregião, sendo esta a que detém de RS mais distantes de Campina Grande-PB.

Diante a PPI vigente, um dos pontos de análise abordou o debate sobre a autonomia e flexibilidade dos municípios em relação ao uso de recursos para executar as ações de saúde necessárias à população. Sobre essa questão, a Auditora em Saúde de Campina Grande-PB, afirma que os municípios têm tal autonomia e flexibilidade:

“Sim. A programação é na verdade um planejamento de curto a longo prazo. E como todo planejamento deve a medida que for executado sofrer ajustes e redimensionamento de forma atender as necessidades atuais. Os Gestores podem e devem a qualquer momento mudar os quantitativos físicos e financeiros da sua programação própria e de referência. A demanda da população e a capacidade instalada de serviços devem ser observadas rotineiramente.”(Auditora em Saúde-SMS/CG).

No entanto, outro questionamento colocado é se a PPI reflete a realidade das necessidades de saúde e organização da assistência em cada município e região, onde a mesma afirma que sim e ressalta que a programação foi efetivada em 2010, o que abre margem para interpretar que tais demandas se resumem ao contexto no qual foram colocadas. Essa perspectiva pode corroborar com a fala do Diretor de planejamento e Regulação dos serviços de Saúde da SMS-CG:

“A estrutura da Programação Pactuada Integrada da assistência – PPI de 2010 está montada nos parâmetros nacionais estabelecidas pela Portaria 1.101/2002 e deu aos municípios a discricionariedade para pactuar os seus serviços de acordo

com a vontade do município respeitando o DPR da época dentro da sua limitação orçamentária.”(Diretor de planejamento e Regulação dos serviços de Saúde da SMS-CG)

Mesmo dentro dos preceitos legais dos quais foram aprovados, o gestor ainda pontua que a PPI está totalmente defasada, conseqüentemente não atende às reais necessidades dos municípios, colocando também que muitos desses municípios executam serviços que na época foram referenciados para outros. Ou seja, a flexibilidade e autonomia na gestão dos recursos ocorre a partir de negociações entre procedimentos para se adequar às demandas, para isso é necessário transformar o teto físico em teto financeiro.

Esse entendimento também é apresentado pelo Diretor em Vigilância Sanitária da SMS/CG, reforçando que a defasagem populacional não é colocada como critério de crescimento demográfico ou dados epidemiológicos, ainda levanta que:

“Para um instrumento construído em 2010, o crescimento populacional é determinante para a caracterização da péssima qualidade do serviço no que diz respeito à capacidade operacional do município executante, ao tempo em que o pactuado já possui mais de dois terços de demandas reprimidas em razão do surgimento de novos casos.”(Diretor de Vigilância em Saúde/ Secretaria Municipal de Campina Grande- PB)

Assim, a flexibilização desses procedimentos é necessária para que os municípios possam se aproximar de uma cobertura universal, levando em consideração que o crescimento populacional é um fator que exige esse reajuste, aplicar um instrumento elaborado a praticamente uma década não atende as necessidades da população.

Em relação às demandas de saúde outro ponto importante é a elaboração das metas que compõe a PPI, portanto, a discussão sobre a participação democrática dos entes envolvidos é indispensável. Neste aspecto dois dos gestores afirmaram que há uma participação democrática que atende a todos os parâmetros legais e um deles abordou uma questão intrínseca que limita essa participação, tornando-a impositiva por parte dos municípios executantes ao declararem a capacidade física de realizar determinados serviços, o que limita os serviços oferecidos aos municípios menores.

Durante essas negociações são encontradas essas e outras dificuldades, os gestores frisam que a ineficiência da PPI parte de fatores como capacidade instalada e recursos humanos insuficientes para atendimento, colocando a assistência de média e alta complexidade como lacunas, que têm relação direta com o subfinanciamento do sistema, sendo essa questão colocada como a mais pertinente.

Outros desafios também são apresentados, como a falta de monitoramento e avaliação contínua, rede de atendimento centralizada em polos de atendimento (João Pessoa-PB e Campina Grande-PB) que encarece as despesas para deslocamento de municípios menores, quantidade de procedimentos pactuados que não considera a alteração da demanda e crescimento populacional, e tabela de valores dos procedimentos desatualizadas, onde, na medida em que surgem novas demandas de saúde a capacidade operacional se torne menor, fazendo com que os municípios tenham a necessidade de negociar procedimentos os municípios executores tenham que arcar com o subsídio para cobrir tal déficit, onerando seu financiamento.

## **5 CONCLUSÃO**

O presente estudo tratou da análise da PPI vigente, entre Campina Grande-PB e demais municípios, através da percepção de atores diretamente envolvidos na execução das pactuações, representando suas dificuldades e levando a reforçar a ineficiência de tal

instrumento de gestão. Ainda mais por se tratar de um município que está em constante crescimento e encontrar-se entre os que mais executam serviços provenientes de pactuações.

Compreender o processo que levou a efetiva consolidação do SUS abre espaço para entender como funciona o sistema de financiamento do setor e o porquê das dificuldades encontradas pelos gestores. Desde seu processo embrionário as políticas de saúde foram voltadas para atender à demandas políticas e econômicas, o que se reproduz praticamente em todo percurso da saúde pública.

Dessa forma, pode-se observar que lacunas de caráter vertical influenciam na gestão regional, consequência da reprodução de uma lógica de financiamento que não era eficaz e que trouxe desigualdades em seu método de distribuição de investimentos, as quais repercutem até então.

Apesar da PPI surgir no intuito de fortalecer a regionalização, sua construção na base municipal não é eficiente, o que consequentemente repercute na execução dos serviços. Considerar as demandas sociais como um processo dinâmico faz com que se necessite de um modelo de assistência à saúde que possibilite flexibilidade nas pactuações, sem desconsiderar a importância da fiscalização e avaliação dos processos.

A necessidade de atender as demandas de saúde sem ter suporte para um volume tão alto de indivíduos afeta a qualidade das ações de saúde e o financiamento, que além de ser insuficiente, conta com gastos muitas vezes não previstos. A partir desse levantamento pode-se frisar a importância de descentralizar a saúde através de ferramentas que respeitem à autonomia dos municípios, democratizando o planejamento das ações de saúde através da participação direta dos municípios envolvidos.

Portanto, pode-se concluir que a fragilidade no processo de construção do SUS e os fatores que motivaram a inserção no Estado nesse sistema influenciaram sua relação com a dinâmica entre sociedade e economia. É importante reconhecer seu papel no processo de construção da saúde pública, independente da questão política, no entanto, é uma área ainda tem uma série de desafio a serem superados.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto n. 4.682, de 24 de jan. de 1923.** Dispõe sobre Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Rio de Janeiro. 1923. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm) Acesso em: 01 de nov. 2019.

BRASIL. **Decreto n. 7.508, de 28 de jun. de 2011.** Dispõe sobre princípios e diretrizes do SUS referente a uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde.

**Ministério da saúde:** Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. Brasília, v. 1, p. 1-50, dez. 2011. Comitê Gestor do Decreto.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95. 2001.** Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html) Acesso em: 05 de nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso**. Brasília: Editora MS, 2001. 121p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha de Orientação 2018**. Brasília: SIOPS, 2018. 49p.

CAMPELLI, M. **O Financiamento do Sistema Único de Saúde e o cumprimento da emenda constitucional nº 29**. 2005. 142f. Dissertação de Mestrado– Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

DIAS, P. V. **Análise da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde: O Estabelecimento de Pactos e a Alocação de recursos em uma Região de Minas Gerais**. 2018. 71f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Departamento de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Financiamento Público da Saúde: Uma história à procura de rumo**. Rio de Janeiro: 2013.

MEDEIROS, G.J.;SILVA, A.M.V. **Saúde e Seguridade em Tempos de EC-95: Uma Análise Sobre o Comportamento dos Gastos com Saúde à Luz da Administração Política**. 2019.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Novas Formas de Gestão na Saúde: Descentralização e Intersetorialidade**. 1997. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf>. Acesso em: 05 de nov. 2019.

LINS, N.; FERNANDES, P.; LINS, A. **Análise da Programação Pactuada e Integrada (PPI) de um Município de Pequeno Porte da Paraíba**. 2013. Disponível em: [http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO\\_EV108\\_MD1\\_SA7\\_ID1841\\_21052018233831.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV108_MD1_SA7_ID1841_21052018233831.pdf). Acesso em: 10 de nov. 2019.

MENDES, P. F. **Análise das Contribuições de uma Regional de Saúde do Estado de Goiás na Governança Interfederativa da Região**. 2018. 112f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Departamento de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Sistema Público de saúde Brasileiro**. Distrito Federal: 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf). Acesso em: 11 de nov. 2019.

MOLESINI, J. *et al.* Programação Pactuada Integrada e Gestão compartilhada do SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n.3, p.623-638 jul./set. 2010.

MOREIRA, L. C. O. **Planejamento em Saúde: A Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde no Estado de Mato Grosso do Sul**. 2017. 199f. Dissertação (Doutorado em Saúde)– Departamento de Saúde e Desenvolvimento, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2017.

MOREIRA, L; TAMAKI, E. A Programação Pactuada e Integrada como Instrumento de Garantia da Integralidade da Atenção à Saúde no SUS. **Revista Interações**, Campo Grande, v. 18, n. 4, p. 99-108, out./dez. 2017.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil (Uma pequena revisão)**. 2005. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-uma-pequena-revisao-marcus-vinicius-polignano-\[16-200511-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-uma-pequena-revisao-marcus-vinicius-polignano-[16-200511-SES-MT].pdf). Acesso em: 11 de nov. 2019.

RIBEIRO, Elizabeth Matos. **Revisitando o Conceito de Administração Política**. Revista Brasileira de Administração Política. v. 1, n. 1 (2008).

SANTOS, A; DELDUQUE, M; ALVES, S. **Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015**. 2016. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2016000100301&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2016000100301&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 12 de nov. 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA. **Programação Pactuada Integrada. 2009/2010**. Disponível em: <http://portal.saude.pb.gov.br/infosaudef/ppi.php>. Acesso em: 12 de nov. 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA. **Plano Estadual de Saúde. 2019-2019**. Disponível em: [https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PB\\_Plano%20Estadual%20de%20Saude%202016\\_2019.pdf](https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PB_Plano%20Estadual%20de%20Saude%202016_2019.pdf). Acesso em: 12 de nov. 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA. **Resolução nº 74/15**. Disponível em: <http://static.paraiba.pb.gov.br/2015/05/Resol-74-Plano-Macrorregional-de-educa%C3%A7%C3%A3o-permanente.pdf>. Acesso em: 13 de nov. 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA. **Resolução nº 203/11**. Disponível em: <http://static.paraiba.pb.gov.br/2011/09/Resolucao-203.pdf>. Acesso em: 13 de nov. 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA. **Resolução nº 28/17**. Disponível em: <http://static.paraiba.pb.gov.br/2017/02/Resolucao-28-Retifica%C3%A7%C3%A3o-da-Resolucao-13-2015.pdf>. Acesso em: 14 de nov. 2019.

SILVA, G. **A trajetória da Previdência Social no Brasil e a importância do Serviço Social nesta política social**. 2015. 50f. Trabalho de conclusão de curso– Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

SOUZA, Renilson Rehem. **Construindo o SUS: a Lógica de financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (Supl. 1):1565-1577, 2009.

## APÊNDICE

**Apêndice 1:** Questionário aplicado ao gestores da saúde.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA (CAMPUS I)  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO**

**Pesquisa:** Análise da Programação Pactuada Integrada do Município de Campina Grande-PB

**Orientadora:** Prof. Dr. Geraldo Medeiros Júnior

**Pesquisador(a):** Pâmala Garcia da Silva

### QUESTIONÁRIO

- 1) A estrutura da PPI dá autonomia e flexibilidade aos municípios no uso de recursos para executar as ações necessárias à saúde da sua população?
- 2) O planejamento da PPI reflete a realidade das necessidades de saúde e organização da assistência em cada município e região?
- 3) O Município participa de forma democrática nas elaboração de metas propostas pela CIB?
- 4) As metas condizem com a capacidade do município atender as pactuações?
- 5) A PPI tem efetiva descentralização do planejamento?
- 6) Quais as questões mais difíceis de serem negociadas com os municípios no momento da elaboração da PPI?
- 7) Quais as maiores dificuldades encontradas para que a PPI seja eficaz?