

A PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA COMO INSTRUMENTO DE PLANEJAMENTO NO CONTEXTO DE REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

*Quésia Postigo Kamimura*¹, *Vera Lúcia Ignácio Molina*²

¹ Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional, Universidade de Taubaté. Rua Visconde do Rio Branco, 210, Centro, 12020-040 – Taubaté-SP. e-mail: qkamimura@uol.com.br

² Professora orientadora, Universidade de Taubaté. Rua Visconde do Rio Branco, 210, centro, 12020-040 – Taubaté-SP. e-mail: vlim@uol.com.br

Palavras-chave: regionalização, PPI, saúde

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

Resumo- Buscou-se compreender a Programação Pactuada Integrada – PPI, como instrumento de programação no processo de regionalização da saúde. Numa abordagem qualitativa, utilizou-se da fonte pesquisa documental (documentos oficiais) e, para análise das comunicações escritas, a metodologia análise de conteúdo. Como resultado destaca-se que a PPI, além de ser um importante instrumento de planejamento das ações de saúde e de análise da demanda e oferta dos serviços, traz à tona a necessidade de negociação na pactuação entre os municípios. Os ensaios de várias versões, a limitação nos recursos financeiros definidos para a saúde no teto financeiro global, e o baixo valor atribuído aos procedimentos de média complexidade acarretam dificuldades face às necessidades de assistência, não contemplando os custos efetivos das ações de saúde indispensáveis à população usuária dos serviços financiados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. São desafios a serem enfrentados e os resultados efetivos não serão alcançados só com intenções.

Introdução

O sistema de saúde brasileiro vive há duas décadas um processo de mudança iniciado com o movimento da reforma sanitária, na década de 80. Após conquistas inegáveis do ponto de vista jurídico legal e avanços no processo de democratização e descentralização, o sistema não propicia, ainda, o acesso à saúde em todos os níveis, a todos cidadãos.

Desde 1998, com a implantação da NOB96, discute-se a operacionalização da Programação Pactuada Integrada, que traz como princípio a reorganização das ações e serviços, no sentido de propiciar, aos cidadãos, a melhoria do acesso aos serviços de saúde de maior complexidade.

No contexto da regionalização da política de saúde brasileira, impulsionada pela publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde, a organização dos fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e a relação intermunicipal são importantes estratégias para a reorganização assistencial. Segundo Souza (2001), o processo de regionalização requer, entre os gestores municipais, articulação para a pactuação e negociação das referências intermunicipais, por meio de uma Programação Pactuada Integrada.

Nesse sentido, buscou-se compreender as facilidades e dificuldades de processos de implementação da Programação Pactuada

Integrada, através da análise dos documentos oficiais.

O objetivo deste trabalho foi compreender, segundo documentos oficiais, o processo de implementação da Programação Pactuada Integrada (PPI) no contexto de regionalização da assistência à saúde em duas regiões – Penedo/AL e Jundiá/SP.

Metodologia

Para conduzir o estudo, numa abordagem qualitativa, utilizou-se da coleta de dados e informações da fonte pesquisa documental, que contou com documentos oficiais.

Partiu-se do pressuposto de que o estudo de caso é uma forma de investigar o real, foi feita a análise e a construção dos fenômenos ocorridos em duas microrregiões – Jundiá/SP e Penedo/AL.

Segundo Yin (2001, p. 105), a necessidade de se utilizar a estratégia de estudo de caso deve nascer do desejo de entender um fenômeno social complexo, defendido neste estudo – a PPI como instrumento de programação e planejamento no contexto da regionalização da saúde brasileira. Para as evidências foram utilizados os documentos oficiais, que narram o processo de implementação da PPI nos dois casos.

Utilizou-se, para estudo dos documentos, a técnica de análise de conteúdo, considerada

como uma das formas que melhor se adequa à investigação qualitativa (Bardin, 1977). Foram construídas as grades de análise e através desse método os elementos dos textos foram classificados em categorias.

Resultados

No Estado de São Paulo, a partir de 1998, com a implementação da NOB 01/96, discute-se formas de operacionalização da Programação Pactuada Integrada – PPI, que, segundo a norma, visa assegurar a explicitação do pacto entre os gestores nas relações intermunicipais e as responsabilidades de cada município na garantia ao acesso dos cidadãos aos serviços de saúde.

Por uma série de questões, a PPI não se estabeleceu como processo consistente e estruturante na vigência da NOB96, sendo retomada na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002, que regula, atualmente, o processo de descentralização da saúde brasileira.

Representantes da Secretaria Estadual de Saúde – SES, e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/SP, traçaram as principais diretrizes para a execução da PPI do Estado, que têm como princípio norteador a regionalização, no sentido de propiciar, à população, melhoria do acesso e maior equidade. Para Cordeiro (1991, p. 100), a equidade na saúde consiste em assegurar ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada caso requeira, independente do município de residência do cidadão.

Conforme orienta a metodologia da análise de conteúdo, após a leitura sistemática dos documentos oficiais – Plano Diretor de Regionalização do Estado de São Paulo de 2002, Plano Municipal de Saúde de Jundiaí de 2002, Agenda Municipal de Jundiaí 2003, e Plano Diretor de Regionalização do Estado de Alagoas - emergiram duas categorias em relação à PPI: **identificar o potencial de oferta de procedimentos de acordo com o nível de referência e a definição dos grupos ou procedimentos em cada município.**

No caso de Jundiaí, segundo o documento municipal analisado, foi reconstituída, no processo de discussão da Programação Pactuada Integrada – PPI, uma nova pactuação das referências entre os gestores, contemplando a assistência à saúde em todos os níveis. De acordo com o documento “espera-se como resultado a reorganização do sistema de referências entre os municípios e os serviços regionais ou terciários sob gestão estadual, com um compromisso maior de todos”.

Em Alagoas, a retomada do processo de descentralização e regionalização foi precedida da elaboração da PPI e estudos sobre a NOAS. Em junho de 2001, a Comissão Intergestora Bipartite – CIB, apreciou e aprovou a PPI e foram definidos novos tetos financeiros do Estado e dos municípios (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DE ALAGOAS, 2002, p. 9).

A PPI/AL do ano 2000, conforme o documento do Estado de Alagoas em análise: “serviu de subsídio para o levantamento das referências ambulatoriais e hospitalares que orientaram a conformação dos módulos assistenciais, município-sede de região, municípios-pólo de macrorregião e municípios caracterizados como pólos concentradores na PPI (Maceió e Arapiraca)” (PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DE ALAGOAS, 2002, p. 21).

Quanto à categoria **identificar o potencial de oferta de procedimentos de acordo com o nível de referência**, no caso de Jundiaí o documento estadual aponta como princípios ordenadores o planejamento, a programação e a pactuação, buscando a necessidade dos cidadãos e não a lógica de prestação de serviços.

Dessa forma, foram utilizados parâmetros físicos de acordo com a necessidade da população e parâmetros financeiros com base em série histórica, dando a dimensão da capacidade de oferta, assim como do limite financeiro existente.

A regional de Campinas foi escolhida como projeto piloto para a implementação da NOAS no Estado de São Paulo, na área da PPI. A partir do projeto piloto teve início o trabalho junto às demais regionais do Estado e o cadastramento de estabelecimentos de saúde, sob a coordenação da Vigilância Sanitária.

Na microrregião de Jundiaí já constava, no Plano Municipal de 2000, os serviços que os demais municípios da microrregião realizavam e em quais serviços Jundiaí era referência. Nota-se que embora não pactuado formalmente, na prática existia, entre os municípios dessa região, uma organização e fluxo de atendimento segundo critérios de oferta e demanda.

No Estado de Alagoas, em relação a essa categoria, a situação dos municípios foi sistematizada em planilhas por microrregião de saúde e apontada, por município, a oferta de procedimentos da atenção básica, da média e da alta complexidade, segundo os procedimentos considerados na NOAS como elenco de Procedimentos Básicos Ampliados e do Elenco de Procedimentos da Média Complexidade. A PPI relativa a 2000 serviu de subsídio para o levantamento das referências ambulatoriais e hospitalares e para a identificação dos

municípios-sede de região e municípios-pólo de macrorregião.

O documento aponta como tarefa do Estado a reformulação da PPI após a conclusão do Plano Diretor de Regionalização - PDR, para readequar a pactuação anterior e garantir as referências dentro dos módulos assistenciais, o que evidencia o forte papel do Estado no processo de microrregionalização.

Na apresentação do PDR e do Projeto Piloto de Penedo, em seminários de sensibilização, os técnicos observaram um problema-chave levantado pelos participantes - a não garantia da referência acordada entre os gestores na PPI - o que gerou descontentamento entre os gestores municipais e ao secretário de saúde do município de Penedo (sede da microrregião), por não haver os procedimentos da média complexidade nível 1 nessa cidade.

Observa-se que é através da Secretaria de Estado da Saúde que estão organizadas as referências. Um aspecto relevante é que alguns atendimentos contam com referência interestadual de serviços e procedimentos especializados, como: cirurgia do coração, em São Paulo; infectologia (HIV reaplicação de carga viral PCR), em São Paulo; nefrologia em Recife; reabilitação especializada, em Brasília ou Salvador; pneumologia (transplante de pulmão) em Porto Alegre; entre outros. Nota-se a necessidade de se percorrer longas distâncias para tratamentos mais especializados.

Quanto à categoria **definição dos grupos ou procedimentos em cada município**, no Estado de São Paulo, segundo documento em análise, partiu-se das recomendações da NOAS e utilizou-se a estratégia de levantamento da produção dos serviços de saúde por procedimento, com o objetivo de identificar condições para habilitar municípios-sede à realização de procedimentos mínimos de média complexidade e internações nas clínicas básicas.

No Estado de Alagoas foi realizado levantamento e análise de dados dos relatórios do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/DATASUS), entre outros relatórios. A análise ressalta a baixa realização de procedimentos de atenção básica e de média complexidade simples, (elenco de procedimento denominados pela NOAS como atenção básica ampliada e de média complexidade 1), o que dificultou a identificação imediata de municípios sede de módulo e o processo de microrregionalização.

Discussão

Embora a PPI seja um instrumento de planejamento e negociação entre os municípios, uma saída para os gestores pactuarem e

trocarem serviços no sentido da garantia integral do atendimento à saúde, a implementação é comprometida pela insuficiência de recursos para o financiamento.

A PPI sofreu várias alterações no processo de elaboração devido às diversas mudanças de versão disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, e, apesar das várias programações, ainda não houve formalização.

Conclusão

Com base nos documentos analisados, a PPI é um importante instrumento na regionalização e a maior dificuldade de sua implementação está no aspecto financeiro.

Para o levantamento da necessidade da população foram utilizados parâmetros físicos; para dimensionar a oferta existente, o cadastro dos estabelecimentos de saúde e como parâmetro financeiro a base foi a série histórica.

Há de se considerar, no processo da PPI, o histórico de referência dos atendimentos e as limitações financeiras frente às demandas por serviços de saúde de média e alta complexidades, em prol da Integralidade à Acessibilidade e Equidade.

Os princípios constitucionais em relação à saúde não serão alcançados só com intenções.

Referências

- [1] BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977..
- [2] CORDEIRO, H. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.
- [3] NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE 01/2002, Ministério da Saúde, 2002.
- [4] PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO ESTADO DE ALAGOAS, 2002.
- [5] PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, São Paulo, 2002.
- [6] PLANO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ/SP, 2000.
- [7] UNIVAP, Internet site adress: <http://www.univap.br> acessado em 13/07/2004.
- [8] YIN, R. K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Tradução: Daniel Grassi, 2ª Edição, Porto Alegre: Bookman, 2001.