

A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA COMO ESTRATÉGIA PARA A AMPLIAÇÃO DO ACESSO E QUALIFICAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

THE AGREED AND INTEGRATED PROGRAMMING AS A STRATEGY FOR INCREASING ACCESS AND QUALIFICATION OF HEALTH CARE NETWORKS

Patricia Santos da Silva¹

Resumo

O presente estudo analisou a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como um instrumento de planejamento e um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de investigar sua efetividade na ordenação da rede de serviços, ampliação do acesso e fortalecimento das redes de atenção à saúde com equidade e transparência. Tomou-se como referência a região Centro-Sul Fluminense, e na referida região, utilizou-se como parâmetro os municípios de Três Rios e Vassouras, nos quais, foram realizadas entrevistas com os responsáveis pela gestão da PPI em seu âmbito. O início do trabalho remonta o Histórico das Políticas de Saúde no Brasil, com o intuito de salientar os fatores que impulsionaram a Reforma Sanitária Brasileira. Os resultados obtidos por meio dessa pesquisa nos permitiram inferir que a PPI necessita avançar no enfrentamento das questões que comprometem sua plena efetividade, a fim de que possa proporcionar ao usuário do sistema, a garantia do acesso equânime e transparente conforme apontam os seus objetivos, sendo constatado na prática, seus limites, e a discrepância de um planejamento regional, em face das especificidades municipais. A proposta desta pesquisa não foi desenvolver uma crítica, mas convidar a uma reflexão, analisando criticamente na condição de usuário do sistema, e dessa forma contribuir para o desenvolvimento da PPI, assim como do controle social, e a partir dessa discussão crítica, estimular a formulação de novas proposições, voltadas para a superação das limitações encontradas na atual versão, em prol do constante aprimoramento do sistema de saúde.

Palavras-Chave: Programação; Regionalização; Pactuação; Equidade.

Abstract

The present study has analyzed the Agreed and Integrated (PPI) as a planning tool and a process established under the Unified Health System (SUS), with the objective to investigate its effectiveness in the ordering of network services, increasing access and strengthening health care networks with fairness and transparency. Central South region was taken as a reference, and in this region was used as a parameter the municipalities of Three Rivers (Três Rios) and Broomsticks (Vassouras), in which interviews were conducted with those responsible for managing the PPI in its scope. The beginning of the work dates back to the Health Policy History in Brazil, in order to highlight the factors driving the Brazilian Health Reform. The results obtained through this research allowed us to infer that the PPI will need to move forward in facing the issues that compromise their full effectiveness, in order to provide the user of the system, the guarantee of equal and transparent access as shown by the objectives, being observed in practice, its limits, and the discrepancy of regional planning in the face of local specificities. The purpose of this research was not to develop a critical, but invite to reflection, analyzing critically the system user condition, and thus contribute to the development of PPI, as well as social control, and from this critical discussion, stimulate formulation of new proposals, directed to overcome the limitations found in the current version, in favor of the constant improvement of the health system.

¹ Bacharel em Administração Pública – Universidade Federal Fluminense (UFF). Email: patty_santossilva@hotmail.com

Keywords: programming; regionalization; pact; equity.

1. Introdução

Segundo a Constituição Federal de 1988, a rede de assistência do Sistema Único de Saúde - SUS - deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, garantindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 1990).

Esse processo de regionalização é estabelecido como uma estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, otimização dos recursos disponíveis, como também de busca de maior equidade, a fim de proporcionar a todos os cidadãos a garantia do acesso às ações e serviços necessários para a solução de seus problemas de saúde (BRASIL, 2002).

A regionalização deve basear-se também em um processo de pactuação intergestores e em um compromisso com a consolidação do SUS, bem como com o progresso da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2006).

Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são: O Plano Diretor de Regionalização (PDR); O Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI), que se constitui no objeto de estudo dessa pesquisa (BRASIL, 2006).

A PPI é um instrumento de planejamento que tem por finalidade definir a programação das ações de saúde em cada território, orientando a utilização dos recursos financeiros destinados à saúde, a partir dos critérios pactuados entre os gestores. A PPI deve ser revisada periodicamente ou sempre que se tornar necessário, deve também, ser realizada a cada gestão, guardando relação com o desenho da regionalização do Estado (BRASIL, 2006).

A PPI utiliza uma Rede de Centrais de Regulação das ações de saúde, unidades operacionais que têm por objetivo organizar, gerenciar, controlar e priorizar o acesso e os fluxos assistenciais no âmbito do SUS, através de sistemas informatizados e centrais interconectadas (BRASIL, 2006).

O presente estudo teve como referência a região Centro-Sul Fluminense, na qual foram tomados como parâmetro, à luz do referencial teórico, os municípios de Três Rios e Vassouras, cidades do interior do estado do Rio de Janeiro, ocorrendo coleta de dados a partir de entrevistas com informantes qualificados no assunto, a fim de obter contribuições relevantes para elucidar a questão da pesquisa.

A questão de pesquisa que se coloca é a seguinte: A Programação Pactuada e Integrada da Assistência tem sido capaz de ordenar a rede de serviços com transparência e equidade?

O objetivo principal desse estudo é analisar se a Programação Pactuada e Integrada da Assistência tem sido capaz de ordenar a rede de serviços, ampliando o acesso e fortalecendo as redes de atenção à saúde com equidade e transparência.

Como objetivos específicos, pretendeu-se: relacionar as normas constitucionais e demais determinações legais que definem e condicionam o tema do planejamento e programação das ações de saúde; discutir as diretrizes e objetivos da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde; analisar a região Centro-Sul Fluminense, tomando por base o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio de Janeiro, buscando identificar, se a Programação Pactuada e Integrada da Assistência tem sido capaz de ordenar, na prática, a rede de serviços com transparência e equidade, uma vez que esses são um de seus objetivos fundamentais.

Como o acesso aos serviços de saúde do SUS deve observar as orientações da Portaria MS/GM nº 1097 de 22 de maio de 2006, este trabalho justifica-se por pesquisar

se este instrumento de planejamento e programação das ações e serviços de saúde pode viabilizar o acesso dos usuários do SUS a serviços de média e alta complexidade inexistentes ou insuficientes, no município de origem, garantindo assim, a integralidade do cuidado (BRASIL, 2006).

O início do trabalho remonta a análise do Histórico das Políticas de Saúde no Brasil e sua relação com o tema estudado, a seguir adentra-se na análise dos aspectos gerais da teoria, seus objetivos, pressupostos e diretrizes, confrontando-a por meio da análise de dois municípios da Região Centro-Sul Fluminense. Por fim, é efetuada a exposição dos dados coletados por meio da pesquisa e apresentadas as conclusões e breves considerações críticas pertinentes.

2. Fundamentação teórica

A Constituição Federal estabeleceu a estrutura formal do Sistema Único de Saúde, no qual as ações e serviços públicos devem constituir-se em uma rede regionalizada e hierarquizada, e visou garantir as bases para esse processo de regionalização, através dos seguintes princípios e diretrizes do SUS: universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência, de integralidade, igualdade dessa assistência, da regionalização, hierarquização da rede de serviços, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, e uma descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990).

A cobertura das ações e serviços de saúde que foram implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal, nesse processo, receberam repasses do Fundo Nacional de Saúde (FNS), em atendimento ao art. 35 da Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990).

A divisão do território estadual nesse processo de regionalização foi desenvolvida baseando-se nas características locais, na situação de saúde da população e na oferta e acesso aos serviços (BRASIL, 2013).

Visando a promoção de um aprofundamento desse processo de descentralização, baseando-se em uma descentralização compartilhada, a PPI foi um dos instrumentos de planejamento utilizados pelo sistema (BRASIL, 2006).

Considerando que o planejamento se constitui em um instrumento estratégico para a gestão do SUS, o referido sistema é representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento nas três esferas de gestão buscando fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006).

2.1. Histórico das Políticas de Saúde no Brasil

O sistema de Saúde Pública brasileiro, tal qual o concebemos através do Sistema Único de Saúde (SUS), representou uma reformulação do sistema de proteção, atenção e saúde, ao sistema sanitário vigente (BAPTISTA *et al*, 2009).

Na história brasileira, constituiu-se em um marco político-institucional importante, tendo sido elaborado num contexto de transformações do Estado e da sociedade, num momento em que vigorava a esperança de construção de um novo desenvolvimentismo, designado como “popular” ou “democratizado”, no qual se buscava aliar esforços de crescimento econômico, fortalecimento dos valores democráticos e avanços sociais (BAPTISTA *et al*, 2009).

Até fins do século XIX, o Estado brasileiro não tinha uma forma de atuação sistemática na saúde de seus habitantes, apenas esporadicamente atuava de forma pontual em situações de epidemia (VARGAS, 2008).

O princípio desse século foi caracterizado por um quadro sanitário caótico, devido à presença de diversas doenças graves, epidemias que acometiam a população,

que causaram sérias consequências tanto para a saúde coletiva, quanto para o comércio exterior, haja vista que, os navios estrangeiros não queriam mais atracar no porto do Rio de Janeiro, devido à situação sanitária em que se encontrava a cidade (POLIGNANO, 2008).

A saúde pública, então, instrumentalizou-se para combater os entraves que certas enfermidades antepunham ao desenvolvimento da produção, utilizando um modelo de intervenção que ficou conhecido como Sanitarismo Campanhista, baseado em uma visão militar, priorizava a arbitrariedade do uso da força e da autoridade, como instrumentos essenciais de ação (SILVESTRE, 2006).

2.1.1. Nascimento da Previdência Social

O início do processo de industrialização no país, principalmente no eixo Rio – São Paulo, foi acompanhado por uma urbanização crescente, e utilização de mão-de-obra imigrante, haja vista que este setor já era muito desenvolvido na Europa (VARGAS, 2008).

Nessa época, os operários não tinham quaisquer garantias trabalhistas, logo, motivados pela história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas conquistados pelos trabalhadores europeus, a classe operária no Brasil iniciou um movimento pela conquista de seus direitos, que culminou com duas greves gerais no país em 1917 e 1919, e a partir de então, os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais (POLIGNANO, 2008).

O marco inicial da Previdência Social no Brasil foi a Lei Elói Chaves, aprovada pelo Congresso Nacional em 24 de janeiro de 1923. Através da mesma, foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, para os respectivos empregados, responsáveis por benefícios pecuniários e serviços de saúde para alguns empregados de empresas, em sua maioria, de importância estratégica (MENDES, 1993 *apud* RONCALLI, 2003).

A partir de 1930, uma nova forma de organização previdenciária surgiu através dos IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões), desta vez organizada por categoria profissional (MENDES, 1993; CUNHA & CUNHA, 1998 *apud* RONCALLI, 2003).

Em 1939, regulamentou-se a justiça do trabalho, e em 1943 foi homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), garantindo direitos sociais ao trabalhador (POLIGNANO, 2008).

À medida que o sistema previdenciário crescia tornava-se cada vez mais centralizado no Estado, ficando mais clara a dicotomia entre as ações de saúde pública e a assistência médica (VASCONCELLOS, 1995 *apud* VARGAS, 2008).

Segundo Costa, Chagas e Silvestre (2006), essa situação representou um quadro de exclusão, desigualdade e poucos recursos, pois apenas os trabalhadores do comércio, da agropecuária e da indústria contribuía e tinham direito e acesso à saúde. Fato que, em 1977, resultou no domínio de um modelo médico-assistencial, e no financiamento do setor privado nacional pelo Estado.

De 1941 a 1964, início do Regime Militar no Brasil, discutia-se a unificação dos IAP's como forma de tornar o sistema mais abrangente (VARGAS, 2008).

Em 1960 foi sancionada a Lei Orgânica da Previdência Social que unificou os IAP's em um regime único para todos os trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), unificação que só se efetivou em 1967, pelas mãos dos militares com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que excluía trabalhadores rurais, empregados domésticos e os servidores públicos por possuírem seus próprios regimes de previdência. No intuito de atender a necessidade de

ampliação do sistema, o governo militar decide direcionar seus recursos para a iniciativa privada, criando um complexo sistema médico-industrial, tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro, dentro da estrutura do INPS, o que ocasionou a criação de uma estrutura administrativa própria, em 1978, o INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (POLIGNANO, 2008).

No início da década de 80 esse sistema começou a mostrar sinais de esgotamento, e vão se estruturando movimentos em defesa de uma política de saúde mais abrangente e disponível para todos. Um desses ficou conhecido como Movimento Sanitário e teve uma atuação marcante no destino do sistema de saúde brasileiro (RONCALLI; SOUZA, 1998).

O Movimento pela Reforma Sanitária se ampliou com a incorporação de lideranças políticas sindicais e populares, além de parlamentares que possuíam interesse na causa. O I Simpósio Nacional de Política de Saúde, considerado um dos marcos deste movimento, ocorreu em 1979, conduzido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados (TEIXEIRA, 1989; WERNECK, 1998 *apud* RONCALLI, 2003).

A metade dos anos 1980 foi marcada por uma profunda crise de caráter político, social e econômico e em meio a estes acontecimentos, se expandiu o Movimento Sanitário brasileiro, cujo ponto alto de articulação, ocorreu com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília (RONCALLI, 2003).

Com o lema: “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado”, a 8ª Conferência Nacional de Saúde criou o alicerce para a proposta de reformulação do sistema de saúde brasileiro a ser defendida na Assembleia Nacional Constituinte, instalada no ano seguinte (BRASIL, 1986).

A Constituição Federal de 1988 definiu, então, a saúde como um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A regulamentação do SUS ocorreu em 19 de setembro de 1990 através da Lei nº8.080. Em 28 de setembro de 1990 a Lei nº8.142 veio complementar a Lei nº8.080/90. Ambas foram fundamentais para orientarem a operacionalização do sistema de saúde, a lei nº8.080/90 definiu os objetivos e atribuições do SUS e a Lei nº8.142/90 as regras gerais para participação popular e financiamento (BRASIL, 1990).

2.1.2. O Processo de Descentralização/Regionalização da Saúde

O processo de descentralização foi impulsionado e induzido pelo Ministério da Saúde por meio da edição de sucessivos instrumentos normativos, as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB), editados a partir de 1991 (SPEDO SM *et al*; 2009).

A rigidez normativa e o detalhamento excessivo desses instrumentos representaram limitações à operacionalização da descentralização mediante uma pactuação que considerasse a realidade loco-regional e a assimetria dos municípios brasileiros (SPEDO SM *et al*; 2009).

Nesse contexto, foram constituídos sistemas municipais de saúde desarticulados e com distintos potenciais resolutivos, independentemente da capacidade de governo dos municípios para assumirem esse papel. Agravando essa situação, os municípios contavam com precária cooperação e apoio técnico das esferas estadual e federal (SPEDO SM *et al*; 2009).

Considerando o desafio do SUS, a proposta de descentralização implica a transferência de poder e competências do nível central para os níveis locais, pressupõe a

definição de novas competências para os entes federados envolvidos, bem como a organização de novas estruturas administrativas. Para que esse novo arranjo seja efetivo, deve-se consolidar a capacidade de cada ente para executar novas funções e interagir com funções executadas pelas demais esferas de governo, mantendo um equilíbrio entre autonomia e interdependência de cada região (SPEDO SM *et al*; 2009).

Para consistência desse novo arcabouço institucional e de um efetivo sistema nacional de saúde, a descentralização das ações e serviços de saúde, para estados e municípios, requer a elaboração de um planejamento ascendente, através da Programação Pactuada e Integrada – PPI – entre os gestores, o que proporcionará a qualificação e implementação do processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores (BRASIL, 2002).

As Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB 01/93 e NOB 01/96) possibilitaram a implantação de um processo de intensa descentralização, transferindo para os estados e, sobretudo, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos voltados para a operacionalização do Sistema Único de Saúde (SPEDO SM *et al*; 2009).

Nesse contexto, a NOB 01/96 introduziu na gestão do SUS a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Adotando como pressupostos as diretrizes gerais da atenção, definidas a partir da identificação das necessidades e prioridades assistenciais da população, a PPI tornou-se um instrumento importante para a organização da assistência local e intermunicipal, para a alocação de recursos assistenciais e para a explicitação das competências assistenciais entre as três esferas de governo (SPEDO SM *et al*; 2009).

Em 2001 foi elaborado um novo instrumento normativo, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001, vindo a ser substituída pela NOAS 01/2002 (BRASIL, 2002).

A NOAS 01/2002 visava ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002).

2.2. O Plano Diretor de Regionalização da Saúde do SUS RJ

O PDR fundamenta-se na configuração de sistemas resolutivos e funcionais de assistência à saúde, através da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais, assim como na configuração de redes hierarquizadas de serviços, e estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra referência intermunicipal, a fim de garantir à população, a integralidade da assistência e o acesso aos serviços e ações de saúde segundo as suas necessidades (BRASIL, 2006).

O primeiro PDR do estado do Rio de Janeiro foi elaborado no ano de 2001, onde foram estabelecidas nove Regiões de Saúde (RS) sendo elas: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana (BRASIL, 2013).

No estabelecimento das Regiões de Saúde foram listados os seguintes requisitos: contiguidade intermunicipal; identidade social, econômica e cultural entre os municípios; existência de um sistema de transporte e de comunicação entre os municípios e as regiões; identificação dos fluxos assistenciais; avaliação da disponibilidade de recursos humanos, físicos, equipamentos e insumos em escala adequada à qualidade e ao acesso e grau de suficiência na regionalização (BRASIL, 2013).

A pactuação sobre os desenhos regionais ocorreu a partir da discussão dos critérios para o estabelecimento de Regiões de Saúde, de acordo com as seguintes orientações: os municípios deverão ser responsáveis pela Atenção Básica e Ações Básicas de Vigilância em Saúde; as Regiões de Saúde deverão possuir suficiência em Atenção Básica e Média Complexidade e também algumas ações de Alta Complexidade, considerando critérios de acessibilidade e possibilidade de oferta (BRASIL, 2013).

Em 2009, o estado do Rio de Janeiro optou por não trabalhar com o desenho de Macro e Microrregiões de Saúde, seguindo as orientações e diretrizes do Pacto pela Saúde, implementadas em 2006, efetuando uma análise de dados secundários da oferta de serviços, desde a Atenção Básica até a Atenção de Alta Complexidade, a fim de subsidiar a definição das regiões, tendo como seu principal ordenador a Atenção Primária. A oferta de serviços em Média e Alta Complexidade foram disponibilizados a partir da análise do fluxo migratório intermunicipal e inter-regional das internações (BRASIL, 2013).

Os Colegiados de Gestão Regional (CGR) foram constituídos como espaços vivos de cogestão. No ano de 2011, os Colegiados de Gestão Regional (CGR) passaram a ser denominados Comissões Intergestores Regionais (CIR), com a instituição do Decreto nº 7.508/11 e da Resolução CIT nº 01 de 29/9/11 (BRASIL, 2013).

2.2.1. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde no SUS-RJ

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), publicada no D.O.U. de 6/11/1996 (NOB – SUS 1996) propôs como estratégia para a ampliação do acesso, a construção de redes regionais, orientadas por programações pactuadas e integradas (BRASIL, 2006).

No PDR (2013) do estado do Rio de Janeiro consta que os recursos federais destinados ao estado para os municípios e unidades estaduais foram programados tendo como referência parâmetros de cobertura e o histórico da produção informada, sendo transferidos para o ente executor dos procedimentos, seja para população própria, seja para a referenciada (BRASIL, 2013).

A primeira pactuação ocorreu no ano de 2001, voltada somente para os procedimentos ambulatoriais. Em outubro de 2011 foi pactuada a revisão global dos tetos financeiros dos 92 municípios do Estado, levando em consideração a programação ascendente na média complexidade, programação descendente na alta complexidade e a pactuação de procedimentos ambulatoriais e hospitalares (BRASIL, 2013).

A equipe da Secretaria Estadual de Saúde (SES), responsável pela PPI, é a Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA) que realiza revisões sistemáticas e pontuais de acordo com as solicitações dos gestores e das Comissões Intergestores Regionais (CIR) (BRASIL, 2013).

A PPI tem por objetivo planejar a assistência de recursos federais e estaduais para a execução dos serviços de saúde de média e alta complexidade, ordenar a alocação de recursos e definir os limites financeiros para todos os municípios do Estado, efetuar programações assistenciais, em que são definidos quantos e a qual serviços de saúde à população terá acesso em seu município, e quais os que serão referenciados às cidades vizinhas, tendo como base o PDR e as redes assistenciais (BRASIL, 2013).

A regulação é um instrumento essencial à gestão do SUS no Estado. O objetivo da Rede de Centrais de Regulação é organizar as redes e fluxos assistenciais, priorizando o acesso do cidadão aos serviços e ações qualificados de alta e média

complexidade em saúde, e de forma integral e equânime, fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

A Central Estadual de Regulação regula, para todo o Estado, os serviços de saúde de média e alta complexidade não disponíveis de forma suficiente para a demanda estadual. Sua função é político-estratégica para o sistema de regulação, gerenciando o sistema estadual, produzindo informações e definindo ações (BRASIL, 2013).

2.2.2. A Região Centro-Sul

A região Centro-Sul é composta por onze municípios, que são: Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras, totalizando 323.097 habitantes. (BRASIL, 2013).

Possui uma Rede de Urgência e Emergência (RUE) estruturada, de acordo com a Portaria nº 1600/2011: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; SAMU e Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde no SUS; UPA e Serviços de Urgência 24horas; Hospitalar (Leitos de Retaguarda; UTI, Serviço por Imagem e Laboratório, e Linhas de Cuidado de IAM, AVC e Trauma) e Atenção Domiciliar (SAD - Melhor em Casa), além de contar com uma UPA 24h no município de Três Rios, sob gestão municipal (BRASIL, 2013).

Com relação à atenção especializada, apenas Areal, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul e Vassouras possuem quantitativos de leitos SUS adequados a Portaria nº 1101/2002, ou seja, de 2,5 a 3,0 leitos por mil habitantes, sendo exceção os municípios de Comendador Levy Gasparian, Paty de Alferes e Sapucaia (BRASIL, 2013).

A região possui parâmetros adequados com relação a leitos de UTI, tendo Vassouras com quantitativo acima dos 10% de leitos de UTI recomendados segundo a portaria citada (BRASIL, 2013).

A região Centro-Sul possui as seguintes Redes pactuadas de Assistência à Saúde de Média e Alta Complexidade:

- Com referências na própria região para as seguintes redes: Cardiovascular (cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, cardiologia intervencionista e laboratório de eletrofisiologia), Oncologia (parte da quimioterapia e cirurgia), Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas I e II, Ortopedia, Serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS), Hemorrede, e Doenças Falciforme e Outras Hemoglobinopatias.

As demais redes possuem as seguintes referências inter-regionais:

- Sendo encaminhado para a região Metropolitana I nas redes: Cardiovascular (cirurgia cardíaca pediátrica), Oncologia (Cirurgia CCP, Hematologia e Pediatria), Reabilitação Física (parte da média e da alta complexidade) e Oftalmologia (média e alta complexidade exceto Sapucaia);

- Sendo encaminhado para a região Médio Paraíba nas redes: Cardiovascular (cirurgia endocardiovascular), Oncologia (parte da radioterapia) e Saúde Auditiva (média e alta complexidade);

- Sendo encaminhado para a região Metropolitana II nas redes: para Reabilitação Física (parte da média e da alta complexidade) e Oftalmologia (média e alta complexidade para Sapucaia e Reabilitação Física para todos);

- Sendo encaminhado para a região Serrana nas redes: para Oncologia (parte da quimioterapia e radioterapia).

Com relação às consultas por especialidades, o município de Paraíba do Sul foi o maior executor da região com 26,77% das consultas. O município de Três Rios atingiu 100% das consultas da região em Proctologia e o município de Vassouras executou

consultas em todas as especialidades, com exceção de Proctologia, atingindo 100% das consultas da região para Hematologia, Neurocirurgia e Oncologia (BRASIL, 2013).

Oito dos onze municípios da região são executores nas migrações de média complexidade. A região exporta para as demais regiões 7,41% das internações e absorve 92,59% das suas internações de média complexidade, sendo o município de Três Rios executor de 33,10% das internações da região (BRASIL, 2013).

Com relação às internações de alta complexidade, cinco dos onze municípios da região são executores, absorvendo 71,14% e exportando para as demais regiões 28,86%. O município de Vassouras foi o maior executor da região com 50,05% das internações e o município de Miguel Pereira o maior exportador da região, com 48,45% dos seus municípios com internações de alta complexidade nas demais regiões (BRASIL, 2013).

A região possui uma Central Regional de Regulação, de gestão estadual, responsável pelos seguintes procedimentos: Internações Psiquiátricas, Procedimentos Cardiovasculares de Alta Complexidade, Cirurgias Ortopédicas do HTO Dona Lindu, Cirurgias Eletivas, Exames de Urgência do HTO Dona Lindu e Embolização. Ficando a Central Estadual de Regulação responsável por Cardiologia, Neurocirurgia, Ortopedia e TRS (BRASIL, 2013).

3. Metodologia

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa com base em uma entrevista estruturada e uma revisão de literatura acerca da efetividade da PPI, à luz da legislação pertinente e da programação pactuada a partir do Plano de Regionalização do estado do Rio de Janeiro, e uma breve análise sobre a região Centro-Sul Fluminense, onde foram coletados os dados das entrevistas.

A partir da análise desses documentos acima mencionados, buscou-se, então, analisar seus pressupostos, abrangência, objetivos, e a metodologia da sua proposta, tendo como pontos orientadores a região Centro-Sul, e em seu âmbito, os municípios de Três Rios e Vassouras, dois municípios polos da região, e principais executores de recursos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. São também, os municípios que possuem UTI na região, e os hospitais considerados estratégicos dentro da Rede de Atenção à Saúde, assim como, pela própria migração populacional e pelos recursos tecnológicos instalados.

Na oportunidade, foram realizadas pessoalmente as entrevistas no município de Três Rios, sendo 2 o número de entrevistados: o Secretário de Saúde; a Coordenadora de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – Subsecretaria de Regulação de Três Rios. No município de Vassouras, a entrevista foi coletada por e-mail, sendo entrevistada a Subsecretária de Saúde e responsável pela PPI no referido município.

No intuito de atender aos objetivos definidos e respeitado prévio agendamento, bem como disponibilidade dos entrevistados, iniciou-se o trabalho de coleta de dados em agosto de 2014, com o intuito de conhecer a opinião dos informantes-chaves na direção do planejamento e gestão do sistema de saúde dos municípios citados, a fim de que pudessem manifestar o verdadeiro significado da sua opinião, não foram limitadas as respostas dos inquiridos. Em setembro de 2014, iniciou-se a análise e interpretação dos dados coletados; e em outubro, a redação e tratamento dos dados da pesquisa.

Concluída a análise das informações coletadas por meio das entrevistas, os resultados foram confrontados com o referencial teórico pertinente ao tema, e realizada uma exposição das opiniões coletadas, a fim de efetuar uma análise descritiva da realidade encontrada na região Centro-Sul, baseada nos padrões estabelecidos pela Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde no Estado.

4. Análise dos Resultados

Foi possível identificar nas entrevistas que a própria estrutura normativa da PPI, no momento de sua instituição pela Secretaria Estadual de Saúde, em atendimento à Portaria MS/GM nº 1.097 de 22 de maio de 2006, em conjunto com os municípios, de forma burocrática, restringia a flexibilidade dos municípios, estabelecendo unilateralmente e transferindo para os mesmos, através de instrumentos normativos, tão somente as regras as quais cabiam aos municípios e aos estados adaptarem-se.

Tal fato pode ser constatado no depoimento a seguir:

A Programação Pactuada e Integrada da Secretaria Estadual de Saúde em conjunto com os municípios ela se deu no ano de 2010/2011, foi um processo muito difícil, que requereu muitos esforços de todos que estavam envolvidos principalmente, a Secretaria Estadual de Saúde. Foi um processo novo que o Estado do Rio de Janeiro não tinha ainda sequer implantado as diretrizes da Portaria 1097 que era a Programação Pactuada e Integrada. Então, a partir desse momento começou a desenhar um processo de construção juntamente com os municípios. Muitos municípios com realidades diferentes, necessidades diferentes e os parâmetros usados foram de acordo com essa Portaria 1097. Então, o início desse processo foi um processo muito difícil, nós estamos em andamento ainda com ele, aprendendo a trabalhar e a fazer esse processo de regulação dentro do estado do Rio de Janeiro (L.A.).

A condução do processo de implantação e revisão da PPI por parte da SES/RJ foi um tema bastante complexo, pois, o relato do entrevistado, ressaltava a morosidade do processo de revisão, uma vez que a lei estabeleceu que a PPI deva ser revisada anualmente ou sempre que necessário, segundo consta no art. 7º da Portaria MS/GM nº 1097/2006, pois as alterações nos fluxos e demais fatores, que promovem alteração na realidade sanitária de determinada região de saúde, e devem ser considerados no momento da pactuação, podem comprometer a efetividade do acesso e a integralidade da atenção, preconizados no art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006).

A Revisão da PPI ocorreu no ano de 2010, ficando, desde 2002, sem nenhuma revisão, o que fez com que os municípios perdessem a referência de como era constituído o teto financeiro e que procedimentos deveriam ofertar. Tais fatos podem ser observados no relato a seguir:

[...] quando eu entrei para a gestão pública a qual eu faço parte, Setor de Controle e Avaliação, a última PPI que existia era a PPI de 2002 e ela só foi ser revista agora no ano de 2010. Ou seja, ficou de 2002 a 2010 sem fazer nenhuma revisão da PPI. Os municípios perderam a referência de como era constituído o teto financeiro, pra que é que recebia, fazer que procedimentos e pra quem deveriam ofertar esses procedimentos. A gente tinha muito pouco histórico sobre o que existiu antes de 2010. [...] Nem sempre houve oferta para o procedimento que foi pactuado, muitos gestores não foram consultados acerca disso.[...] A revisão tem sido feita a partir do grupo de planejamento que se instituiu no ano de 2012 e verificou-se que a alta rotatividade dos profissionais que atuam nessa área, fazia com que se perdesse dentro do município o histórico de pactuação. Então, foi criada

dentro do grupo de planejamento a revisão periódica, já que a PPI é dinâmica por parte dos municípios. Então, a gente faz essa revisão, tem um GT, que se chama GT de Regulação, onde a gente faz periodicamente a revisão dessa PPI (A.F.).

A questão da não assinatura do Termo de Compromisso por parte dos municípios/secretarias de saúde quando da formalização da PPI, reflete a fragilidade e a insegurança dos municípios e estados diante da imposição normativa em questão, uma vez que, as normas para elaboração da PPI que defendiam a necessidade de negociações e definições pactuadas entre municípios, mediadas pelo estado, na prática, segundo relatos colhidos, não demonstraram a existência de tais requisitos, e sim, uma incerteza instalada acerca da efetividade do compromisso pactuado, uma vez que, em seus relatos, os entrevistados ressaltaram o fato de o setor estadual de saúde exigir metas sem considerar a capacidade de resposta do município, ou seja, as suas insuficientes condições para cumpri-las, prevalecendo o caráter impositivo, como pode ser observado a seguir:

Em relação à questão 3, que é Termo de Compromisso, a não assinatura dele, isso reflete exatamente a forma como a PPI foi constituída, [...] Então, o Estado pegou aquilo que existia de cadastro de produção e repartiu para todo o Estado, muitas das vezes sem conversar com o gestor municipal e sem saber qual era a realidade daquele território de saúde. A coisa foi meio impositiva, e os gestores muito assustados na época porque tiveram os seus tetos financeiros decompostos e estavam em processo de recomposição, muitos não se manifestaram, eu acredito que seja isso, muitos estavam vendo a caixa preta sendo aberta, então só enxergaram nessa locação feita pelo Estado uma forma de recomposição, sabendo muita das vezes que não teriam condições de atender aquela população[...] (A.F.).

Essa pergunta, o Termo de Compromisso, ela vem muito nessa realidade dos entes federativos demonstrarem as suas responsabilidades. Então, hoje você está esbarrando na dificuldade de você colocar na mesa de discussão, o Ministério da Saúde, colocar na mesa de discussão a Secretaria Estadual de Saúde e os municípios. Os municípios não podem assinar os COABS, não podem assinar esse Termo de Compromisso sem saber a real realidade de se fazer uma política tripartite. Hoje nós estamos vivendo aí, os municípios em uma situação precária, os municípios estão na linha de frente e na responsabilidade de assumir todas as políticas de saúde e a gente sabe que os municípios não são responsáveis pela ordenação dessas políticas de alta, de média complexidade e aí depende de quando se fala em COAB, Termo de Compromisso, chamar os entes federativos responsáveis pra essa discussão e para assumirem. Quando você diz aqui por que as secretarias, os municípios ainda não formalizaram esse pleito, eu acho que se deve a esse desenho. Nós temos que ter segurança de assinar um termo, mas no qual, a gente vai ter também lá na frente, a certeza de que vai estar junto conosco o estado e o Ministério da Saúde, a gente não vê isso. A gente está vivendo essa realidade, os municípios hoje praticamente estão falidos, não é só município pequeno não, município grande também. Então o fundo de participação dos municípios diminuiu, a receita dos municípios diminuiu, então acho que se não chamarem os responsáveis a responsabilidade tripartite e dividir essa responsabilidade[...] (L.A.).

A descentralização das ações e serviços de saúde, que constitui um dos princípios doutrinários do SUS, necessita dessa integração entre as três esferas de governo, e envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões (BRASIL, 1993).

A Portaria MS/GM nº 1097/2006 estabeleceu que, quando necessário, seja realizada a programação interestadual, com a participação dos estados e dos municípios envolvidos, com mediação do gestor federal e aprovação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, mantendo consonância com o processo de construção da regionalização (Brasil, 2006).

A questão sobre a não pactuação da Regionalização/PPI interestadual, segundo relatos dos entrevistados, esbarra em uma questão burocrática que, mais uma vez, reforça quão oportuna é a revisão periódica da PPI, e se constitui em um sonho de consumo, que em ações pontuais, vem sendo introduzida à realidade sanitária da região, carecendo, tão somente, que o setor estadual efetive essa necessária pactuação.

Essa pergunta 4 é um sonho de consumo. A PPI interestadual é uma realidade que a gente vivencia. Principalmente em meu entorno aqui. Eu busco ajuda dos serviços de saúde de Juiz de Fora, estou dando um exemplo aqui, que é Minas Gerais, em contrapartida eu tenho municípios pequenos que buscam ajuda no município de Três Rios: Simão Pereira, Santana do Deserto e Chiador. Essa PPI ela é uma realidade já, que a gente vem discutindo há 12, 13, 14 anos, O Estado do Rio de Janeiro precisa se posicionar e levar essa discussão a diante, pra que a gente possa realmente efetivar essa PPI interestadual.[...] Hoje o estado do Rio de Janeiro já fez a primeira pactuação, Programação Pactuada e Integrada com o Estado de Minas Gerais que foi a Oncologia, hoje a radioterapia, a oncologia que está sendo pactuada com Minas Gerais, com Juiz de Fora, eu acho que deva ser o primeiro passo para o avanço de outras políticas de saúde [...] (L.A.).

A PPI é um instrumento de planejamento onde são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente e referenciada em cada território, estabelecendo para tal, limites financeiros dos recursos assistenciais para média e alta complexidade dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (BRASIL,2006).

Acerca desse tema, observa-se um consenso entre os entrevistados sobre a insuficiência das metas físicas e financeiras definidas, destinadas a garantir o acesso, fato que pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

[...] pergunta sobre a suficiência das metas físicas e financeiras da PPI: eu acho que não são suficientes, todos sabem disso, porque a PPI levou em conta parâmetros assistenciais que estavam na Portaria 1101 que é de 2002, e de lá pra cá houve muita mudança: criação de novas tecnologias, mudança do perfil epidemiológico, a realidade de saúde é muito diferente do que era em 2002 e acho que o próprio sistema sofreu alteração naquela época. Quando você não tem aquela tecnologia, você não tem demanda para aquela tecnologia. Não era comum ressonância magnética, por exemplo, então o parâmetro para ressonância magnética era muito pequeno, mas agora que você tem, na medida em que se incorpora a tecnologia, a demanda também cresce e o perfil da população. O Brasil é um país que teve uma mudança no perfil epidemiológico com uma redução da natalidade, com uma população que está envelhecendo, isso tudo provoca mudança nos parâmetros assistenciais. E a portaria precisa ser revista, a gente sabe [...] Algumas ações devem ser extintas porque já não condizem mais com a realidade e muitas outras devem ser ampliadas e aumentadas.[...] Então, eu acho que não atende hoje a PPI que está aí publicada, é muito pouco, é muito insuficiente (A.F.).

As metas físicas e financeiras são totalmente fora da nossa realidade. Hoje o município ele tem uma realidade muito maior do que a programação aponta, por isso que a revisão da PPI, eu já mencionei nos tópicos passados, já está sendo feita, nós vamos apresentar isso ao Estado, pra dizer que a realidade é

totalmente diferente, [...] Então eu acho que essa revisão que começou na região Centro Sul, eu acho que ela vai apontar essa perspectiva de melhora nesses indicadores de demanda reprimida e de demanda espontânea, desses exames e desses procedimentos de média e alta complexidade por município e por região (L.A.).

A Portaria MS/GM nº 1097/2006 estabeleceu que no início da gestão municipal fosse efetuada uma revisão da PPI estadual para face dos novos Planos Municipais de Saúde, nos quais, devem ser consideradas as necessidades sanitárias dos municípios, a partir das quais, serão definidos parâmetros e metas físicas e financeiras da programação, assim como, atribuições e responsabilidades de cada um dos entes federados (BRASIL, 2006).

Observa-se que os municípios não contam com a flexibilidade de efetuar mudanças operacionais/gerenciais, em relação aos limites financeiros, ainda que os mesmos se mostrem insuficientes para o atendimento das necessidades de saúde de sua população. Segundo a Portaria MS/GM nº 1097/2006, são de inteira responsabilidade do gestor do SUS que adotar mudanças operacionais/gerenciais, em relação aos limites financeiros, por Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde ou ainda por Comissões Intergestores Bipartite, antes da vigência da publicação de portaria da SAS/MS (BRASIL, 2006).

Além dos recursos federais que financiam a PPI, a Portaria MS/GM nº 1097/2006 estabeleceu que estados e municípios devem alocar recursos para a PPI.

A NOB/96 também estabeleceu que o financiamento do SUS fosse responsabilidade das três esferas de governo, logo, os municípios, assim como os demais entes federativos, devem assegurar e regular o aporte de recursos fiscais aos seus respectivos Fundos de Saúde (BRASIL, 2006).

Esse exercício não destitui a imprescindível cooperação técnica e financeira do poder público estadual e federal, a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, as demandas sanitárias das pessoas pela assistência. Esse poder municipal pode ser responsabilizado, entretanto, não isoladamente, uma vez que os poderes públicos estaduais e federais serão sempre corresponsáveis na respectiva competência ou na ausência da função municipal (BRASIL, 1996).

Sobre esse tema, segue o relato do entrevistado:

Os recursos da PPI pelo município. O município quando enxerga essa realidade, de que a demanda é maior que a oferta, o município, ele tem possibilidade com seus recursos próprios, em fazer a contratação desses serviços. Muitos municípios já estão com seus tetos financeiros totalmente comprometidos, com folha de pagamento, com material de consumo, enfim, todas essas ações, muita das vezes o município se vê obrigado a ter que financiar procedimentos que não estão sendo garantidos por essa PPI. Vou te dar um exemplo, aqui eu tenho uma realidade de 36 ressonâncias magnéticas ano e uma população de quase 80.000. Você imagina, hoje a gente faz em torno de 80/mês. Eu tenho uma realidade de um hospital de alta complexidade que fica aqui na cidade vizinha, que demanda um número maior de solicitações de ressonâncias magnéticas, se eu for seguir esse parâmetro, eu vou ficar com paciente aqui 3, 4, 5, 6 anos aguardando um exame de ressonância. Então, e esse é um exemplo, mas a gente pode dar vários outros exemplos, que os parâmetros hoje usados, muito, muito, muito aquém da necessidade, que a gente necessita nos municípios. Aí a gente contrata, aqui a gente faz uma chamada pública no primeiro momento, chama os prestadores para que a gente possa comprar esse serviço primeiramente pela tabela SUS, caso nós não consigamos, nós organizamos uma ata de registro de preço que vai ser pleiteada, considerando aquele prestador que apresentar o menor preço também. Porque muitos desses

procedimentos também devido à tabela SUS estar totalmente defasada, muitos prestadores não querem mais trabalhar por esse valor, outros prestadores sim, até trabalham, mas os procedimentos maiores de alta complexidade, geralmente a gente não consegue. Então nós temos que fazer uma chamada pública, uma ata de registro de preço e praticar o menor preço e adquirir esses procedimentos (L.A.).

Apreeende-se, a partir do depoimento apresentado, que embora estados e municípios busquem alocar recursos para a PPI, há casos em que a real condição de seus fundos impossibilita a promoção de ações e serviços que excedam a demanda pactuada, comprometendo dessa forma a integralidade da assistência, por estarem condicionados aos seus próprios recursos escassos.

A última questão da entrevista remete aos Complexos Reguladores de consultas, exames e internações, que devem disciplinar o acesso utilizando como instrumento balizador a PPI. Observa-se como os complexos reguladores cooperam para a eficiência do planejamento e gestão do acesso às ações e serviços de saúde, otimizando recursos diversos, cooperando para a efetividade e integralidade do acesso, somado a PPI, que é a base de toda regulação.

Tal fato pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

Na verdade, eu imagino que a PPI é a base de toda regulação, como que você vai distribuir uma coisa que você não consegue quantificar, quanto e para quem, então eu acho que sem PPI na verdade não tem regulação. Aqui, a gente implantou através do Sistema oficial do Ministério, o Sisreg, a regulação da PPI, é lógico que a gente ainda está caminhando nesse sentido, ainda não conseguimos disponibilizar todos os procedimentos, mas aquilo que a gente tem condição de ofertar já, a gente já colocou no sistema a cota de cada município com correspondência na sua PPI, o pessoal faz o agendamento no sistema e consegue garantir a sua cota para a população do município em questão, gerou economicidade de telefone, de papel[...] Então eu acho que o futuro é sim priorizar as redes, os complexos reguladores vão trabalhar com as redes de atenção à saúde priorizando os procedimentos de cada rede de atenção visando o acesso oportuno do paciente a rede que ele necessita (A.F.).

Essa integração do acesso e equidade aos serviços de saúde e o complexo regulador, em todos os níveis de complexidade, devem estar articulados. Porém, no município de Vassouras, hoje, não é uma realidade. Mas o gestor e os técnicos estão construindo um plano de ação para implantação e funcionamento destes setores integrados (E.F.).

A Portaria nº 399 GM/2006 definiu a Regulação Assistencial como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes, sendo uma das estratégias de articulação e integração. Observa-se que, embora a amplitude dessa integração, conforme proposto pela norma, não seja ainda uma realidade para os municípios em questão, entretanto, segundo as palavras dos entrevistados: “*caminha-se nesse sentido*” (Brasil, 2006).

5. Conclusões

A proposta desse estudo foi analisar a Programação Pactuada e Integrada da Assistência, como um processo político estratégico de planejamento das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, buscando identificar se o referido instrumento tem ordenado, na prática, a rede de serviços, ampliando o acesso e fortalecendo as redes de

atenção à saúde, com equidade e transparência, uma vez que esses fatores são um dos objetivos fundamentais desse processo de programação.

Os objetivos específicos dessa pesquisa foram alcançados por meio da análise documental dos instrumentos normativos que disciplinam o tema, onde foram discutidos seus objetivos, diretrizes gerais, sua metodologia e sua necessária adequação às características regionais no âmbito dos estados e, sobretudo, no âmbito dos municípios. Foi efetuada a análise do contexto em que a região Centro-Sul Fluminense se encontra dentro do Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio de Janeiro a partir do seu respectivo PDR, onde se observou a divisão do território estadual nesse processo de regionalização.

Complementarmente a essa análise, buscou-se compreender a efetividade da PPI, na promoção da equidade e transparência a partir dessa região estadual, tomando por base, dois polos estratégicos dentro da região, os municípios de Três Rios e Vassouras, nos quais foram realizadas entrevistas, abordando-se tópicos relevantes sobre o tema, que enriqueceram a reflexão proposta.

O respeito às diversidades loco - regionais brasileiras, tanto sob seus aspectos econômicos e sociais quanto sob os aspectos relacionados às diferentes capacidades e vontades de assunção das novas responsabilidades gerenciais e políticas pelas respectivas esferas de governo, é princípio preconizado pela NOB/93, sendo o ponto de partida para qualquer planejamento regional, uma vez que, somente dessa forma, é possível aos municípios adequarem as necessidades à liberdade de uso de recursos, e dessa forma, executar as ações necessárias à saúde da sua população, ou seja, suas necessidades locais e regionais.

Observa-se a partir desse estudo, que a estrutura normativa da PPI, não possibilita às demais esferas estabelecerem as suas necessidades, mas, adequarem, uma vez que a PPI apesar de ter como objetivo orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde, pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população, é ela também quem define os limites financeiros federais para a assistência de todos os municípios, tanto para os municípios, quanto para os atendimentos das referências recebidas de outros municípios.

A partir dos padrões estabelecidos na Tabela do SUS cujos valores carecem de atualização, uma vez que se apresentam defasados para o atendimento da atual realidade sanitária brasileira, em nada atraentes aos prestadores e que colocam os municípios, independentemente da atual condição de seus fundos, na frente de batalha para garantir a equidade da assistência.

Essa fragilidade pode ser constatada pela não assinatura do Termo de Compromisso por parte dos municípios/secretarias de saúde quando da formalização da PPI. O Termo de Compromisso é um documento que possibilita a transparência dos pactos intergestores, materializa o que foi pactuado na PPI e expressa os compromissos acordados de pactuação e assistência entre municípios, mediadas pelo Estado, uma assistência na qual deve ser considerado o seu caráter tripartite no financiamento.

Apreende-se que, embora a Portaria MS/GM nº 1097/2006 estabeleça que estados e municípios devam alocar recursos para a PPI, que devem somar-se aos recursos federais no financiamento da assistência, há casos em que a real condição dos fundos municipais impossibilita a promoção de ações e serviços que excedam a demanda pactuada, comprometendo dessa forma a integralidade da assistência, por estarem condicionados aos seus próprios recursos escassos.

A proposta desta pesquisa não foi desenvolver uma crítica, mas convidar a uma reflexão, analisando criticamente na condição de usuário do sistema, e dessa forma contribuir para o desenvolvimento da PPI, assim como do controle social, uma vez que

a própria Deliberação CIB-RJ n° 839, de 28 de janeiro de 2010, que aprovou as diretrizes da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde, afirmou que deve ser levado em consideração que as desigualdades hoje existentes não serão corrigidas de uma só vez.

Logo, o que se pretendeu a partir dessa discussão crítica, foi estimular a formulação de novas proposições, voltadas para a construção de um sistema de saúde universal e equânime e superação das limitações encontradas na atual versão, em prol do constante aprimoramento do sistema de saúde.

6. Bibliografia

BAPTISTA TWF. **Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes**. Rev. Ciênc. Saúde Coletiva. vol.14(3):.829-839,2009.

BRASIL. GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento. **Plano Diretor de Regionalização**, 2013.

BRASIL. Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. **Dispõe sobre as condições sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>[Acesso em: 11.03.2014].

BRASIL. Artigo 196, da Constituição Federal de 1988. **Estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde – SUS**. Disponível em:< <http://www.senado.gov.br>>[Acesso em: 11.03.2014].

BRASIL. Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 –Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Portaria n° 1101, de 12 de junho de 2002. **Define os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Portaria MS/GM n° 1097, de 22 de maio de 2006. **Define que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/96**. Diário Oficial da União, Brasília, 6 de novembro de 1996.

COSTA, José Felipe Riani. CHAGAS, Luciana de Deus. SILVESTRE, Rosa Maria(orgs.). **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67 p.: il. color. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 11) ISBN: 1. Políticas de Saúde.

MENDES, E.V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In:_____. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993. p.19-91.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em <<http://internatorural.medicina.ufmg.br>> Acesso em: 20.03.2014.

RONCALLI, Angelo Giuseppe; SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes. **A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial**. In: Odontologia Social: textos selecionados. Natal:UFRN, 1998.

SPEDO SM. **O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):1781-1790, ago, 2009.

VARGAS, Jeferson Dutra de. **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil:revisão da literatura**. – Jeferson Dutra de Vargas. - Rio de Janeiro, 2008.