

A PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL DE SAÚDE EM MINAS GERAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

HEALTH ASSISTANCE PROGRAM IN MINAS GERAIS: EXPERIENCE REPORT

Renata Paiva de Minas¹, Marisa Madureira², Ingrid Melo Gonçalves³

Resumo

Este artigo tem o objetivo de relatar a experiência do Estado de Minas Gerais na gestão de procedimentos e ações de saúde de média e alta complexidades do SUS, da Programação Pactuada Integrada (PPI), com base no pressuposto de que a PPI de Minas Gerais tem uma maneira diferenciada dos outros Estados de gerir esses recursos, sempre com vistas a facilitar a gestão pelos prestadores. A metodologia aplicada teve como referencial a análise de conteúdo. Foi realizada uma análise de documentos e apresentações utilizados para treinamento de gestores e técnicos de saúde na PPI/MG. A categorização foi feita de maneira a organizar os dados e expô-los de forma mais clara e objetiva. Como resultado, tem-se a compilação e a organização dos dados de conceitos e fluxos, facilitando o acesso a essas informações pertinentes à PPI/MG, bem como difundir o conhecimento para o público em geral. Permitindo, assim, através de tais informações, a administração dos recursos, pelos municípios, de maneira mais eficaz, refletindo numa aproximação, cada vez maior, dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de igualdade, equidade, integralidade e universalidade nos serviços de saúde prestados.

Palavras chave: Gestão da Informação em saúde, Gestão em Saúde, Programação.

Abstract

This article aims to report the experiences of the state of Minas Gerais in managing health procedures and actions of medium and high complexity in the Agreed and Integrated Programming (PPI) of SUS, based on the assumption that the PPI/MG has a different way to manage the resources than the other states, which always aims at facilitating the providers' management. The methodology applied content analysis. An analysis of documents and presentations used for managers and health professionals in PPI/MG trainings was conducted. Categorization was performed to organize the data so that they were exposed more clearly and objectively. The results were the compilation and organization of data, facilitating the access to the relevant PPI/MG information, and disseminating knowledge to the general public. Having this information, resource management by municipalities can be more effective and closer to the Unified Health System (SUS) principles of equality, fairness, completeness and universality in the health services provided.

Keywords: Health Information Management. Health Management. Programming.

¹ Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais-reminas@yahoo.com.br

² Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

³ Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

1 Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988, com o objetivo de acabar com o quadro de desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento gratuito e qualificado a todos os cidadãos brasileiros. Grandes transformações ocorreram nesses mais de 20 anos no sistema de saúde do Brasil, principalmente no que diz respeito à ampliação e à diversificação de serviços, ao acesso, à resolubilidade, à descentralização dos serviços e à organização dos sistemas regionais e das redes de atenção (BRASIL, 2007).

Ao longo desse período, o Ministério da Saúde elaborou e implantou portarias e normas para organizar o SUS. A Norma Operacional Básica 96 (NOB 96) introduziu na gestão do SUS a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que traduziu as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde de média e alta complexidades, através da oferta existente no próprio município ou pelo encaminhamento a outros municípios, ação pactuada entre gestores municipais com mediação do gestor estadual (BRASIL, 2006a).

Em 2001, Elias e colaboradores apontam que poucos Estados tinham experiência histórica na construção de uma política de saúde pactuada. Uma das dificuldades apontadas para a operacionalização da PPI está condicionada ao conhecimento de cada Estado da realidade loco-regional com vistas a dimensionar a população própria e referenciada. Explicita-se a importância da qualificação das microrregiões para subsidiar melhor acompanhamento da média complexidade pelos gestores municipais.

Em 2003, Minas Gerais modela, por meio da Superintendência de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), o Sistema Estadual de Regulação Assistencial. Tal sistema, projeto estruturador da SES/MG, estabelece um conjunto de estratégias e ações que buscam responder às demandas de saúde, estabelecendo e organizando uma rede regionalizada nos vários

níveis da assistência. A PPI/MG, a partir desse momento, é publicizada de modo a auxiliar os gestores na administração dos recursos do Teto MAC.

O modelo de atenção e da gestão à saúde, denominado PPI, corroborado pelo Pacto pela Saúde de 2006, define a alocação de recursos referentes ao bloco financeiro de média e alta complexidades (bloco MAC) da assistência (BRASIL, 2006a).

A lógica dessa programação está em consonância com a organização da rede de serviços em âmbito estadual, para que sejam respeitadas as diretrizes expressas pelos princípios basilares do SUS: descentralização e hierarquização dos serviços, além da universalidade e equidade do acesso e integralidade da atenção (BRASIL, 2006a).

O remanejamento da PPI, importante ferramenta na busca da universalidade e da equidade do acesso, permite a reorganização do fluxo assistencial da média e alta complexidades, através da redefinição da programação do atendimento aos usuários do SUS. Até o ano de 2007, em Minas Gerais os remanejamentos eram trimestrais, e todo o processo era realizado via planilhas de papel que tramitavam em diversas instâncias, entre elas estão as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), Comissão Intergestores Regional (CIR), Comissão Intergestores Regional Ampliada (CIRA), Unidades Regionais de Saúde (URS) e Gerência de Programação Assistencial (GPA), além dos municípios envolvidos como pacto atual e proposto.

Em 2008, a implantação da PPI eletrônica tornou os remanejamentos mais ágeis, aumentando a transparência, a legitimidade e a publicidade das ações e dos serviços de saúde oferecidos na média e alta complexidades no SUS (MINAS, 2008a). A PPI/MG é um processo legitimado no âmbito do Estado e reconhecido pelo Ministério da Saúde, uma vez que mensalmente é publicada na Imprensa Oficial de Minas Gerais uma deliberação CIB-SUS, que explicita os processos de pactuação estabelecidos entre os municípios. Essa deliberação é encaminhada

ao Ministério da Saúde para publicação dos tetos municipais e recebimento dos recursos federais que compõem o Teto de Média e Alta Complexidades (MAC). A legitimidade do processo de pactuação é garantida por intermédio do processo eletrônico de remanejamento que contém os registros dos remanejamentos, desde as solicitações até a conclusão das pactuações. No sítio eletrônico da PPI/MG, mensalmente são publicados todos os tetos e as pactuações da PPI, garantindo a transparência das informações.

Cita-se, como boa prática, a publicidade dada à PPI de Minas Gerais na internet. Além disso, a PPI eletrônica disponibilizada pelo sistema adotado no estado (SUSfácilMG) permite a solicitação e aprovação de remanejamentos via sistema, bem como a gestão física e financeira dos recursos disponíveis. O remanejamento no Sistema consiste no processo de registro eletrônico e formalização dos novos pactos entre gestores, firmados nas Comissões Intergestores Bipartite de âmbito Micro e Macrorregional (BRASIL, 2011).

Há poucas publicações que contemplam a gestão da PPI nos Estados; entre elas, há uma auditoria feita em 2009 pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), em que um dos objetivos da investigação foi verificar se a PPI estava implantada como instrumento norteador da regulação. Foram analisados oito Estados: Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo. Os auditores apontam que há necessidade de uma gestão intergovernamental e uma articulação entre os atores participantes, para que haja a construção dos arranjos institucionais imprescindíveis para garantir o direito à saúde aos cidadãos (BRASIL, 2011).

Para avaliar se a PPI estava consolidada como instrumento norteador, os auditores identificaram a forma de atualização da PPI, os mecanismos de monitoramento e

se os Estados estão utilizando-a para direcionar a regulação (BRASIL, 2011).

Ao verificar se a PPI foi elaborada nas gestões anteriores, observou-se que as pactuações do Mato Grosso e de Minas Gerais continham informações mais atualizadas. Em Minas Gerais, foi apontada a publicização da PPI estadual, a partir de 2003, com atualizações trimestrais (BRASIL, 2011).

Um dos fatores que ensejam a alteração da PPI é a mudança de fluxo no atendimento assistencial. Nesse caso, é preciso demonstrar as alterações que ocorrem nos pactos municipais, de metas físicas e financeiras, tanto de quem envia os pacientes como de quem recebe. Entretanto, na auditoria, apenas Minas Gerais e Paraná atualizavam a PPI sempre que ocorria mudança do fluxo assistencial (BRASIL, 2011).

Em relação à atualização feita na PPI, graças à incorporação de recursos de teto livre, somente três Estados a realizavam: Minas Gerais, Mato Grosso e Paraná (BRASIL, 2011). E apenas o Estado de Minas Gerais fazia atualização dos dados físicos e financeiros de acordo com a Portaria GM/MS1097/2006 (BRASIL, 2011).

O Estado de Minas Gerais, através da Secretaria Estadual de Saúde, informatizou a gestão das pactuações do Teto de Média e Alta Complexidades (Teto MAC), sob a responsabilidade da Diretoria de Programação Pactuada Integrada; esses conceitos e fluxos são explicitados no decorrer deste relato. Esse processo de informatização e organização foi realizado com o intuito de facilitar a gestão, pelos municípios, dos procedimentos do Teto MAC, diminuindo a tramitação de papel, fornecendo informações e ferramentas para subsidiar a administração dos seus recursos e, com isso, conferindo ao processo de pactuação maior transparência e legitimidade.

2 Metodologia

A metodologia utilizada foi a descritiva e teve com referencial a análise de conteúdo. Foi analisado o material da Diretoria de Programação Pactuada Integrada utilizado em treinamentos de gestores e técnicos

de saúde, bem como feita uma revisão dos assuntos abordados.

Foram usados dados de treinamentos feitos aos gestores, cursos realizados, seminários, tutoriais, cartilha, deliberações, portarias e artigos científicos pertinentes ao assunto.

Um dos diversos materiais que serviu de base para a construção deste documento foi um curso realizado pela Secretaria Estadual de Saúde/MG e pelo Conselho de Secretários de Municípios/MG, em março de 2013, para apoiadores em saúde. Uma das sugestões dadas pelos apoiadores foi a de divulgar parte do material do curso, uma vez que esse facilitou o entendimento e a compreensão da PPI/MG, já que muitos dos termos utilizados na PPI/MG não são descritos em publicação oficial. Nesse curso, os apoiadores tinham encontros com os gestores e os técnicos municipais e retornavam com dúvidas e sugestões. Foi levantada a necessidade de explicitação dos conceitos, de forma clara, dos seguintes assuntos: 1- conceitos envolvendo a PPI/MG; 2- fluxos das pactuações e remanejamento.

Através do referencial da análise de conteúdo, foram divididos e categorizados textos, deliberações, portarias, seminários, cursos e apresentações, gerando três grupos de discussão: Conceitos, Processos e Fluxos e Remanejamento. Essa categorização teve como base a metodologia preconizada por Bardin (1979), realizada de maneira a organizar os dados, para que fossem expostos com mais concisão e objetividade (de forma mais concisa e objetiva). Tal técnica é considerada como o tratamento do conteúdo, para apresentá-lo de maneira diferente da original, facilitando sua consulta e utilização, ou seja, representar de outro modo essa informação.

3 Conceitos e suas aplicações na PPI/MG

3.1 Programação Pactuada Integrada (PPI)

A Programação Pactuada Integrada é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território,

baseando-se em critérios e parâmetros pactuados entre os gestores (BRASIL, 2006).

Na PPI/MG, as pactuações de média complexidade são estabelecidas entre os municípios, e as de alta complexidade, entre região de origem e município de atendimento. Dessa forma, o planejamento da execução dos procedimentos mais comuns de média complexidade é de responsabilidade dos municípios de origem, ao passo que as ações de alta complexidade pertencem a uma região que vai planejar o(s) seu(s) ponto(s) de atendimento. Com esse arranjo, a PPI/MG atende aos princípios da regionalização.

3.2 Municípios de origem e de atendimento

De acordo com o Pacto pela Saúde, a PPI deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada (BRASIL, 2006). Após o lançamento do (a publicação) do Pacto pela Saúde, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.097/2006, que aponta que deverão ser definidos os limites financeiros da assistência da população própria e referenciada, assim como devem ser definidas e quantificadas as ações de saúde da população residente em um território e efetuados pactos intergestores que garantam o acesso da população aos municípios referenciados (BRASIL, 2006b).

Na criação do sítio eletrônico da PPI, em 2003, o Estado de Minas Gerais adotou os termos “Município de Origem” e “Município de Atendimento” para explicitar as pactuações. As metas físicas e os recursos financeiros referentes aos procedimentos/formas de organização pertencem ao município ou à região de origem, que é o local de residência do cidadão. O município de atendimento é onde o cidadão receberá o atendimento dos procedimentos e as formas de organização pactuadas. O município de atendimento pode ser ou não o município de origem.

Machado (2009) utiliza outra nomenclatura para “município de atendimento”, isto é, seria o município “exportador”, e o “município de origem” seria o município

“importador” de serviços. Aponta que referenciamento dos usuários dos últimos para os primeiros seria acompanhado dos respectivos recursos, eliminando-se, em tese, a motivação para as restrições de acesso, o que corrobora com o princípio da universalidade.

3.3 Procedimentos/formas de organização

A organização da Atenção à Saúde adotada pelos Estados e pelos municípios privilegia a organização dos serviços, tendo a centralidade da Atenção Primária como condição para estruturar posteriormente as ações consideradas de média e alta complexidades, que integram a programação da PPI/MG (BRASIL, 2006a).

A PPI/MG apresenta os grupos, os subgrupos, as formas de organização (agrupamentos das ações para tratamento em saúde) e os procedimentos (ações para tratamento em saúde), estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (BRASIL, 2007b). Na PPI/MG, identifica-se, além desses grupos da tabela, o grupo 9 (nove), criado para agregar algumas particularidades do Estado de Minas Gerais. No grupo citado, encontram-se a programação das clínicas do Sistema de Informações Hospitalar (SIH) de média complexidade, os incentivos e outros. Os grupos

são divididos de um a nove, de acordo com as características dos procedimentos.

É importante observar que a Tabela de Procedimentos do SUS possui grupos que não apresentam procedimentos do bloco de financiamento MAC (Teto MAC), como o grupo 5 (cinco), que se refere a procedimentos de transplantes de órgãos, tecidos e células, os quais pertencem ao Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), e o grupo 6 (seis), que se refere ao bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica. Procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação podem estar presentes dentro de outros grupos, junto com procedimentos financiados pelo Teto MAC; entretanto, não são programados na PPI.

3.4 Parâmetro

O parâmetro é um índice que, multiplicado pela população de cada município, gera uma meta física anual (BRASIL, 2006a).

Na PPI/MG, os procedimentos e as formas de organização são parametrizados com base em séries históricas e parâmetros técnicos. As séries históricas apontam sobre a realidade local, e os parâmetros técnicos apresentam os índices preconizados para dada população.

Na Figura 1, apresentamos uma fórmula ilustrada de parametrização de procedimento:

Figura 1: Parametrização de procedimento



Fonte: DPPI/SES/MG

3.5 Custo médio

Custo médio em saúde é o valor gerado da divisão do total gasto, em determinado período, para produzir serviços de saúde (procedimentos, formas de organização e agrupamentos de serviços), pelo número de unidades desses serviços produzidos. Na PPI/MG, ele representa o valor médio programado para atendimento de certo procedimento ou forma de organização. O custo médio refere-se sempre ao município conquanto atendimento, havendo um valor para a população própria e outro para a população de referência. Essa diferença vem historicamente ligada à desassistência da população referenciada. Portanto, em alguns casos, há maior valoração para a população referenciada, de forma a tentar

garantir o acesso aos serviços. Mesmo com a violação intencional da igualdade de acesso aos serviços prestados à população própria e à referenciada, os municípios referenciados dispõem de poucos recursos para corrigi-la, uma vez que existem limitações técnicas e políticas (MACHADO, 2009). Em Minas Gerais, além da diferenciação do custo médio, os gestores podem contar com os remanejamentos para corrigir a falta de assistência por determinado município. Como exemplo, podemos calcular o custo médio para o município de atendimento Araxá na competência de fevereiro de 2014.

Na consulta ao site da PPI/MG, observam-se os dados na TAB. 1.

Tabela 1: Programação do município de atendimento Araxá do grupo 09, subgrupo 1-SIH (Sistema de Informação Hospitalar) de média complexidade.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE		
PPI – FEVEREIRO/2014		06 – FEB – 2014 14:28
MUNICÍPIO ATENDIMENTO: 310400 – ARAXÁ		
GRUPO: 9 – OUTRAS PROGRAMAÇÕES		
Subgrupo: 1 – SIH Média Complexidade		
RECURSOS SOB GESTÃO ESTADUAL		
Forma de organização	Quantidade	Valor
198 CLÍNICA CIRÚRGICA	1.677	R\$ 1.809.359,88
198 CLÍNICA OBSTÉTRICA	1.437	R\$ 738.315,59
198 CLÍNICA MÉDICA	2.424	R\$ 1.184.591,00
198 CLÍNICA PEDIÁTRICA	796	R\$ 239.531,71
SOMA:	5.884	R\$ 3.971.798,19

Fonte: PPI/MG

No cálculo do custo médio, temos o valor total da clínica obstétrica dividido pela quantidade total de procedimentos ($R\$ 738.315,59/1437 = R\$ 513,79$). Assim, o resultado representa o valor médio pactuado

para as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) na clínica obstétrica de Araxá.

Na TAB. 2, é mostrada a programação do município de atendimento Araxá do grupo 9, subgrupo 1 de média complexidade:

Tabela 2: Programação do município de atendimento Araxá no grupo 09, subgrupo 1 de média complexidade, da clínica médica com discriminação da população própria referenciada.

MUNICÍPIO ATENDIMENTO: 310400 – ARAXÁ			
GRUPO: 9 – OUTRAS PROGRAMAÇÕES			
Subgrupo: 1 – SIH Média Complexidade			
FORMA ORGANIZAÇÃO: 195 – CLÍNICA MÉDICA			
RECURSOS SOB GESTÃO ESTADUAL			
Município de Origem	Quantidade		Valor
310400 Araxá	2.208	R\$	1.068.385,40
311150 Campos Altos	31	R\$	16.677,66
312950 Ibiá	23	R\$	12.373,74
314130 Medeiros	1	R\$	537,99
314920 Pedrinópolis	40	R\$	21.519,56
314980 Perdizes	9	R\$	4.841,90
315300 Pratinha	30	R\$	16.139,67
315770 Santa Juliana	12	R\$	6.455,87
315970 Santa Rosa da Serra	4	R\$	2.191,96
316810 Tapira	66	R\$	35.507,27
SOMA:	2.424	R\$	1.184.591,00
População própria	2.208	R\$	1.068.385,40
População referenciada	216	R\$	116.205,60

Fonte: PPI/MG

No cálculo do custo médio das populações própria e referenciada, temos o valor total da clínica médica da população própria dividido pela quantidade total de procedimentos, (R\$ 1.068.385,40/ 2208 = R\$ 483,87) e da população referenciada, dividido pela quantidade total de procedimentos (R\$116.205,60/ 216= R\$ 537,99).

3.6 Pacto atual e proposto

O remanejamento envolve vários atores, entre eles os municípios de pactos atual e proposto. O município de pacto atual é aquele que está gerenciando as metas físicas ou prestando o serviço ao município de origem. O município de pacto proposto é aquele para o qual se deseja remanejar as metas físicas, as quais serão retiradas do pacto atual.

3.7 Realocação das metas físicas programadas

Além dos remanejamentos, as metas físicas também podem ser programadas ou realocadas por meio de deliberações CIB-SUS MG.

Os motivos pelos quais são realocadas as metas físicas podem ser:

- Município de origem não possui capacidade instalada;
- Município de atendimento não possui capacidade instalada;
- Município de atendimento tem capacidade instalada, mas não realiza as metas da PPI;
- Abertura e credenciamento de novo serviço mais próximo do município de origem;
- Fechamento de serviço;

- Decisão de CIB-SUS/MG modificando a programação das metas físicas e financeiras na PPI; por exemplo, o desenho de uma rede assistencial.

4 Processos e fluxos

O Estado, representado pela Diretoria da PPI (DPPI), coordena a programação das metas físicas, conseqüentemente, dos recursos financeiros e a disponibilização desses recursos para os municípios. Os recursos financeiros contidos na PPI são de origem federal, já que a PPI é um instrumento para alocação de recursos federais utilizados para o custeio da atenção da média e da alta complexidades ambulatorial e hospitalar do SUS, constituindo o Teto MAC dos municípios (BRASIL, 2011). As portarias de habilitação não incrementam recursos na PPI, de maneira que as portarias federais de relevância para a PPI são as que estabelecem recursos financeiros.

Por meio das deliberações homologadas na CIB-SUS/MG, os recursos são programados na PPI/MG em procedimentos e/ou formas de organização. Existem portarias que alocam recursos diretamente nos municípios, destinando-os a determinadas ações as quais não ensejam deliberações. Na PPI/MG, tais portarias se encontram no grupo 9 (nove) – Outras programações. Essas portarias destinam recursos para determinado tipo de serviço; como exemplo, temos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).

Molesini e colaboradores (2010) mostram que, na Bahia, na opinião dos Conselhos Municipais de Saúde, a PPI é um instrumento de planejamento quase fictício, no qual as deliberações têm o peso de “intenções”, em que o poder estadual exerce poder desigual na pactuação de metas com os municípios, ignorando as realidades locais e, por vezes, desconsiderando o resultado de negociações. Há, portanto, uma fragilidade na relação de confiança e corresponsabilidade entre as esferas de governo

no que tange às competências previstas nas políticas públicas.

Em linhas gerais, as deliberações para ajustes na programação remetem a:

- Ajustes na distribuição de metas físicas e recursos financeiros para uma população;
- Necessidade de alteração dos parâmetros existentes ou de criação de outros parâmetros ou de uma alocação financeira sem parâmetro.

As metas físicas que resultaram da parametrização são programadas dentro de uma lógica ascendente, partindo do nível municipal até atingir o nível estadual na oferta de serviços, sendo consonante com a regionalização. Isso significa dizer que os municípios programam as ações para sua população, realizando, na média complexidade, os encaminhamentos para outros municípios para as ações que não possuem oferta do serviço. Contudo, por causa de questões de capacidade instalada, acesso e processos históricos, podem ocorrer pactuações entre municípios de regiões diferentes.

Na média complexidade, é importante destacar na PPI/MG a programação das clínicas cirúrgica, médica, obstétrica, pediátrica e psiquiátrica (subgrupo 0901 – SIH média complexidade). Essa programação é realizada por forma de organização para abranger a realidade do processamento hospitalar, que apresenta, na AIH, valores que ultrapassam os valores estabelecidos na Tabela SUS para o procedimento principal, em razão da realização de outros procedimentos. Dessa forma, observa-se agregação de valor financeiro e flexibilidade concorrente à demanda da assistência hospitalar.

A alta complexidade é programada por formas de organização, que são agrupamentos de procedimento, com pactuação por região de origem. Esse tipo de programação permite uma agregação de metas físicas para a programação de procedimentos menos frequentes e de maior custo. Com essa programação, a região de origem possui a gestão sobre a utilização das metas físicas.

Molesini e colaboradores (2010) mostram que, em uma pesquisa feita na Bahia, as pactuações de média e alta complexidade não estão claramente delimitadas nos instrumentos de planejamento, o que compromete a gestão pelos municípios.

Em relação ao custo médio, esse apresenta variações em relação ao município de origem, porque, após a efetivação de um remanejamento, o custo médio adotado na PPI/MG é do município de atendimento.

As Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) são aquelas localizadas em pontos estratégicos do Estado, para atendimento de toda a população. A sua programação em Minas está estabelecida por municípios de atendimento, sendo na PPI/MG origem Estado Minas Gerais, o que implica que o atendimento deve ser realizado para qualquer usuário, independentemente de sua origem.

A revisão constante da PPI é importante porque, sem atualização, a PPI perde sua função de nortear as ações de saúde no Estado e torna-se apenas um instrumento de distribuição de recursos financeiros (BRASIL, 2011).

5 Remanejamentos

A programação do Teto MAC deve ser realizada em cada gestão, revisada periodicamente, sempre que necessário, em decorrência de alterações no fluxo do atendimento ao usuário, na oferta de serviços, na tabela de procedimentos e no teto financeiro, entre outras (BRASIL, 2006).

O remanejamento da PPI é a repactuação das referências de atendimento nos pactos assistenciais. Os remanejamentos envolvem os municípios ou as regiões de origem e os municípios de atendimento para alteração das metas físicas (MINAS GERAIS, 2010).

Sua importância revela-se no fato de as ações em saúde possuírem uma dinâmica decorrente das alterações epidemiológicas, situacionais, histórico-econômicas advindas dos movimentos populacionais, da abertura e do fechamento de serviços, e

também de ações políticas, como estabelecimento de convênios, contratos, parcerias, entre outros fatores. Os remanejamentos permitem ao gestor a adequação da oferta à demanda (ENCONTRO ESTADUAL DE SAÚDE, 2011).

Em Minas Gerais, os remanejamentos eletrônicos são realizados através do módulo PPI Eletrônica do software SUSfácilMG.

Os estudos e as negociações prévias aos pedidos de remanejamento são importantes, uma vez que os envolvidos, município de origem, pacto atual e pacto proposto, necessitam acessar e autorizar o pedido no sistema, e, por sua vez, as Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e as Gerências Regionais de Saúde (GRS) avaliam e aprovam a capacidade instalada do município que atenderá os usuários.

Além disso, é importante lembrar que os gestores possuem *logins* e senhas de acesso ao SUSfácilMG, e pode ser necessário, com a mudança de gestão, que o município tenha de solicitar nova senha.

Os remanejamentos de média complexidade devem ser pactuados nas CIR, visto que, para as alterações, podem ser necessárias discussões que afetem outros municípios da região. Os remanejamentos de alta complexidade devem ser pactuados nas CIRA, uma vez que os pontos de atendimento de alta complexidade atendem a mais de uma região, e as discussões são necessárias para toda a região ampliada de saúde.

5.1 Remanejamento ordinário

O remanejamento ordinário é efetivado semestralmente, nos meses de janeiro e julho. Durante o período de remanejamento ordinário, acontecem as reuniões das CIR e CIRA, nas quais podem ser acordadas e estabelecidas novas pactuações. Entende-se que os gestores podem e muitas vezes devem apresentar suas necessidades assistenciais não somente na reunião de CIR ou CIRA, que coincidem com os períodos de abertura do SUSfácilMG para remanejamento, porque existem decisões que podem necessitar de uma discussão mais

apurada, baseada em levantamentos de bancos de dados, ou discussões que passam a instância de uma CIR ou CIRA e afetam outras comissões. As SRS/GRS devem ser consultadas para orientar os processos de pactuação.

O prazo do remanejamento ordinário de seis meses permite aos gestores verificar a execução dos serviços e avaliar se o atendimento está ocorrendo conforme pactuado ou se seriam necessárias novas alterações de pactuação. Esse intervalo de tempo também é razoável do ponto de vista de estruturação dos serviços e da gestão de contratos assistenciais.

5.2 Remanejamento de urgência

O remanejamento em caráter de urgência pode ser solicitado mensalmente, sendo definido pelos critérios dispostos na Deliberação CIB-SUS/MG nº 563, de 2009 (MINAS GERAIS, 2010).

Para os remanejamentos em caráter de urgência, não existe a obrigatoriedade de a discussão na CIR acontecer antes da sua efetivação no SUSfácilMG. A discussão pode ser realizada posteriormente, tendo em vista o prazo reduzido para a efetivação desse remanejamento.

5.3 Recurso de remanejamento “sobrestado”

O remanejamento eletrônico possui um fluxo claro que pode ser interrompido pelos diversos atores envolvidos, cada um com sua justificativa. Somente quando o pacto atual nega o remanejamento, o município solicitante pode pedir recurso para o remanejamento negado.

Tal recurso é encaminhado para análise e parecer da CIR, e, caso os municípios envolvidos entrem em acordo, o remanejamento será encaminhado para autorização da DPPI. Se o impasse permanecer, o recurso é encaminhado para análise e parecer da Comissão SES/COSEMS – Secretaria Estadual de Saúde/Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (MINAS GERAIS, 2007). Essa comissão, composta

de representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, tem poder deliberativo na resolução de tal impasse.

6 Desafios

Um dos grandes desafios encontrados nos treinamentos e nos cursos ministrados é a falta de conhecimento de conceitos, processos e fluxos da PPI/MG. Um dos motivos apontados, além da falta de uma publicação oficial com essas informações, é a grande rotatividade dos técnicos e dos gestores de saúde em Minas Gerais. Por ser uma área que demanda conhecimento específico, a rotatividade desses profissionais gera dificuldade na gestão dos recursos do Teto MAC. A Secretaria Estadual de Saúde (SES/MG) participa de cursos, seminários e treinamentos pontuais de gestores e técnicos, com o intuito de fornecer o conhecimento específico e ajudar os profissionais a administrar seus recursos.

Em relação aos remanejamentos, os gestores têm muita dificuldade em diferenciar o remanejamento ordinário do de urgência e como proceder no encaminhamento dos remanejamentos em sobrestado; as dúvidas são expostas nos encontros presenciais, como cursos e treinamentos, e por vezes através de e-mail. Apesar de serem informados e de existir uma publicação oficial, ou seja, a Cartilha para Operacionalização do remanejamento eletrônico da PPI no SUSfácilMG (MINAS GERAIS, 2010), que contempla os três tipos de remanejamento, ainda ocorrem dúvidas e dificuldades.

7 Considerações finais

Como muito bem pondera Onoko (2010), o SUS deve produzir saúde para a população, que se concretiza com intervenções no nível da organização do processo de trabalho, de modo que seja feito um planejamento, mas de maneira diferente, já que saúde não se resolve somente com contas (recursos), impacto nos indicadores e avaliação.

A gestão dos recursos do SUS é um grande desafio tanto político como organizacional, e empreender na solução dos problemas é uma grande responsabilidade. O Estado de Minas Gerais vem trabalhando em um sistema, com recursos do Teto MAC, que forneça ferramentas, de forma a ajudar o gestor a administrar seus recursos de maneira mais eficaz e consciente. Investindo sempre no sentido de buscar os princípios do SUS – igualdade, equidade, integralidade e universalidade nos serviços de saúde prestados. ■

Referências

- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 225 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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, 23 fev. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 25 mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde**. Série Pactos pela Saúde, v. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 148 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.097, de 22 de maio de 2006. **Define a Programação Pactuada e Integrada da assistência à saúde como um processo a ser instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006b.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ciência e Tecnologia em Saúde. **Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS**, v. 4. Brasília: CONASS, 2007, 166 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro4.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 321, de 8 de fevereiro de 2007. **Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde – SUS**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2007b.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Auditoria Operacional**. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, Brasília: Tribunal de Contas da União, 2011. 111 p.
- ELIAS, P. E.; MARQUES, R. M.; MENDES, A. O financiamento e a política de saúde. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p.16-27, set./nov. 2001.
- MINAS GERAIS. (ENCONTRO ESTADUAL DE SAÚDE. 2, 2011, Belo Horizonte) In: ENCONTRO ESTADUAL DE SAÚDE. 2., 2011, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2011. 179 p. (??)
- MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: Até onde esperar uma regionalização solidária e cooperativa? **RBCS**, v. 24, n. 71, out. 2009.
- MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 422, de 21 de fevereiro de 2008**. Dispõe sobre a implantação da Programação Pactuada Integrada Assistencial Eletrônica no Estado de Minas Gerais e os ajustes no Banco de Dados da PPI Assistencial/MG para incorporação da Portaria GM nº 321/2007. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2008/Del%20422%20Remanejamentos.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2014.
- MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 436, de 17 de abril de 2008**. Aprova a metodologia para o ajuste da Programação Pactuada Integrada/PPI-MG da Assistência/MG à Tabela Unificada. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%20436%20Tabela%20Unificada%20PPI.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2014.
- MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 563, de 19 de agosto de 2009**. Aprova os critérios para autorização de solicitação de remanejamento de urgência e institui Grupo de Trabalho para Revisão dos Fluxos, Prazos e Cronograma do Processo de remanejamento Eletrônico na Programação Pactuada Integrada/PPI-MG. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2009/Del%20536%20PT%203106.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2014.
- MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 397, de 19 de agosto de 2009**. Minas Gerais 2009. Institui e delega competência à Comissão Paritária SES/COSEMS para análise e parecer referentes às solicitações de ressarcimento de extrapolações das metas físicas/financeiras pactuadas na PPI Assistencial e aos remanejamentos sobrestados pela não anuência de gestores envolvidos. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%20397%20Comissao%20Final%20SR.pdf> Acesso em: ??22 de novembro de 2007

MINAS GERAIS. **Cartilha para Operacionalização do Remanejamento Eletrônico da Programação Pactuada Integrada (PPI) no SUSfácilMG**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2010, 18 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/susfacil/cartilha%20remanejamento.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2014.

MOLESINI, J. A.; FORMIGLI, V. L. A.; GUIMARAES, M. C. L.; MELO, C. M. M. Programação Pactuada Integrada e Gestão Compartilhada do

SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p.623-638, jul./set., 2010.

OLIVEIRA NETO, F. S.; ITANI, A. Pactos da saúde e a gestão do SUS: Experiência e avaliação na macrorregião do Espírito Santo. **InterfaceHS**, São Paulo, v. 3, n. 3, ago./dez., 2008.

ONOKO, R. C. Planejamento em saúde: A armadilha da dicotomia público-privado. In: SANTOS, Nelson Rodrigues; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Orgs.). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.197-207.