MC 2214



André Luiz Guimarães Amorim

DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

um estudo da Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais

Belo Horizonte 2007

MC 2214

11C 2214

André Luiz Guimarães Amorim

DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

um estudo da Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais

Monografia apresentada ao Curso Superior de Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Administração Pública

Orientadora: Prof^a. Doutora Telma Maria Gonçalves Menicucci André Luiz Guimarães Amorim

Descentralização e Regionalização: um estudo da Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais

Monografia

Requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Administração Pública

Curso Superior de Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de

Carvalho da Fundação João Pinheiro

Banca Examinadora

Mestre Fátima Beatriz Carneiro Teixeira P. Fortes, Fundação João Pinheiro

Prof^a. Doutora Telma Maria Gonçalves Menicucci, Fundação João Pinheiro, Orientadora

Mestre Maria Letícia Duarte Campos, Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais, Supervisora de estágio

Belo Horizonte, 22 de outubro de 2007



AGRADECIMENTOS

Muitos foram aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a conclusão deste curso. A todos, gostaria de expressar minha mais sincera gratidão.

Primeiramente, à professora Telma Maria Gonçalves Menicucci, pela orientação, pela compreensão, pela paciência e, sobretudo, pelo profissionalismo.

À Maria Letícia Duarte Campos, pela sugestão do tema, pelo apoio incondicional e pelo esforço de compartilhar o melhor de seus conhecimentos e da experiência profissional.

Aos colegas Alisson, Carmelita e Renata, cuja colaboração e disponibilidade foram essenciais para o êxito dessa empreitada.

Aos amigos do XIII CSAP: Átila, Bruno, Daniel, Fernando, Frederico, Humberto, Leander e Paulo, pelos preciosos anos de convívio e pelo incentivo nos momentos de dificuldade e desânimo.

A meus pais e familiares, motivadores de minhas ambições. À Luciana e nossa filha Sofia, que suportaram minha ansiedade e minha ausência durante este ano. Meu amor e gratidão.

RESUMO

Este trabalho possui como objeto a Programação Pactuada Integrada (PPI) de Minas Gerais. Trata-se de um instrumento de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e de pactuação entre municípios, através do qual eles definem e quantificam as ações de saúde a serem realizadas, buscando adequar a demanda à oferta de serviços de saúde. Tal instrumento está inserido no bojo da regionalização, diretriz preconizada na legislação básica do SUS para viabilizar a descentralização e garantir a integralidade da atenção das políticas de saúde. Os objetivos do trabalho foram verificar e analisar o grau de cumprimento das metas pactuadas na PPI em 2006, tendo em vista algumas variáveis que poderiam influenciá-lo, como a condição de gestão dos municípios, sua capacidade instalada, a existência e funcionamento de um mecanismo de regulação, e a origem da população atendida. Essas variáveis foram associadas ao grau de cumprimento da PPI a partir da construção de um banco de dados, para o qual foram utilizados, como fontes, o CD de Análise da PPI Assistencial fornecido pela Gerência de Programação Assistencial (unidade administrativa da Secretaria de Estado de Saúde responsável pela coordenação da PPI) e o DATASUS (a base de dados do Ministério da Saúde). O estudo permitiu concluir que a condição de gestão e a origem da população atendida exercem influência sobre o grau de cumprimento da PPI de Minas Gerais, enquanto que as outras variáveis utilizadas não apresentaram influência sobre esse grau de cumprimento.

Palavras-chave: Programação Pactuada Integrada. Condição de Gestão. Regionalização. Descentralização. Políticas de Saúde.

ABSTRACT

This work has as a subject the Programação Pactuada Integrada (PPI) of Minas Gerais. It is a Sistema Único de Saúde (SUS) tool for planning and agreements between municipalities, through which they define and quantify the shares of health to be held, seeking to match the demand with the provision of health services. This instrument is inserted into the regionalization, policy advocated by SUS basic laws to enable the decentralization and ensure the completeness of the health attention. The objectives of the study were checking and analyzing the degree of fulfillment of the targets agreed in the PPI in 2006, viewing some variables that could influence it, as the condition for the management of municipalities, their installed capacity, the existence and functioning of a regulation instance, and the origin of the population answered. These variables were associated with the degree of compliance with the PPI from the construction of a database, which were used as sources, the CD Analysis of the PPI Assistencial provided by the Gerência de Programação Assistencial (administrative unit of the Secretaria de Estado da Saúde responsible for coordinating the PPI on Minas Gerais) and DATASUS (a database of the Ministério da Saúde). The study indicated that the condition of management and origin of the population answered exert influence on the degree of fulfillment of the PPI of Minas Gerais, while the other variables used haven't been influenced the degree of compliance.

Keywords: Programação Pactuada Integrada. Condição de Gestão. Regionalização. Descentralização. Políticas de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	12
2.1 Origens do Sistema Único de Saúde	12
2.2 SUS: marcos legais, conceito e princípios	15
2.3 Competências de cada ente federado	17
3 A DIRETRIZ DA REGIONALIZAÇÃO: PROPOSTAS E INSTRUMENTOS	20
3.1 Regionalização	
3.2 Descentralização do SUS e o paradigma da municipalização autárquica	21
3.3 A proposta da regionalização cooperativa e o Plano Diretor de Regionalização	24
4 PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA	30
4.1 Financiamento da PPI	
5 A EXECUÇÃO DA PPI ASSISTENCIAL EM MINAS GERAIS	35
5.1 Objeto de Análise e Metodologia	
5.2 Cumprimento da PPI	
5.3 Cumprimento da PPI segundo as populações própria e referenciada	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
7 APÊNDICES	5∠
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

1 INTRODUÇÃO

A descentralização dos serviços e ações de saúde tem avançado desde a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Tal fato gerou consequências sobre o acesso da população a esses serviços, sobre a eficiência dos serviços prestados e sobre os mecanismos de relação entre os entes federativos.

Esses avanços podem ser notados pelas mudanças sofridas pelo arranjo institucional do SUS, após a promulgação da Constituição de 1988 e da sua Lei Orgânica (Lei 8080/90). Tais mudanças foram expressas através de atos normativos (portarias do Ministério da Saúde conhecidas como NOBs – Normas Operacionais Básicas e NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde) e da constituição de novas instâncias de pactuação e novos instrumentos de gestão entre União, Estados e Municípios.

Dentre esses novos instrumentos constituídos, situa-se a Programação Pactuada Integrada (PPI Assistencial) de Minas Gerais, que se constitui no objeto desse estudo. Inserida no bojo da Regionalização – diretriz da legislação básica do SUS que objetiva viabilizar a descentralização dos serviços e ações de saúde – a PPI trata-se de um instrumento de planejamento do SUS, através do qual os municípios definem e quantificam as ações de saúde a serem realizadas, buscando adequar a demanda à oferta de serviços de saúde.

A lógica dessa programação está em consonância com a organização da rede de serviços de saúde em âmbito estadual (prevista na regionalização através do Plano Diretor de Regionalização, um outro instrumento de planejamento do SUS) para que sejam respeitadas as diretrizes expressas pelos princípios basilares do SUS: a descentralização, bem como a hierarquização dos serviços públicos de saúde, além da universalidade, eqüidade e integralidade do acesso a esses serviços.

Em Minas Gerais, aos moldes de como funciona atualmente, a PPI Assistencial foi implementada no ano de 2003, no âmbito da Superintendência de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG).

Enquanto instrumento de gestão, a Programação Pactuada Integrada prevê metas quantitativas e financeiras de prestação de serviços públicos de saúde. Essas metas são acordadas entre os municípios e sua execução é coordenada pela Gerência de Programação Assistencial, unidade administrativa da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. As metas podem ser pactuadas pelos gestores municipais para o próprio município de origem do paciente, ou então para outros municípios. Nesse último caso, há uma população referenciada que será atendida fora do seu município de origem.

Além disso, a PPI envolve a alocação de recursos financeiros dos orçamentos destinados à saúde dos três entes federativos envolvidos. O mecanismo de financiamento das ações e serviços públicos de saúde prescrito na regulamentação do SUS prevê diferenças de acordo com a capacidade de gestão (descrita na NOAS 01/2002) à qual se habilita determinado município ou estado da Federação.

A NOAS 01/2002 diferencia duas condições de gestão para os municípios: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Cada qual possui seus requisitos específicos para habilitação e formas diversas no que tange ao financiamento da saúde.

No caso do financiamento federal para custeio das ações definidas na PPI, há duas formas de repasse de recursos entre os entes, dependendo da condição de gestão a que se habilita o município. Quando este é habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, o recurso é transferido do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde. Já nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, tal recurso é transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde, para então ser repassado aos municípios na forma de pagamento por produção, comprovada mediante faturas de serviços de saúde.

Há uma certa percepção difusa no âmbito na Superintendência de Regulação da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais de que nem todos os municípios têm cumprido as metas pactuadas para a população referenciada. Há uma hipótese de que isso ocorreria de forma mais acentuada nos municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal, que têm maior autonomia para utilização de seus recursos (por receberem recursos para custeio da PPI via "fundo a fundo" diretamente do orçamento da União) e poderiam estar privilegiando seus munícipes em detrimento da população referenciada.

Essa hipótese, aliada à relevância da PPI enquanto instrumento de gestão que subsidia o processo de regulação no estado, e considerando o princípio de equidade de acesso aos serviços de saúde, instigaram a formulação do problema de pesquisa, consubstanciado nas perguntas seguintes: Qual seria o grau de cumprimento da PPI Assistencial entre os municípios mineiros? E em que medida ele está relacionado com a condição de gestão, bem como com outras características dos municípios, de tal forma que possa ser identificado algum padrão neste cumprimento? Há diferença no grau de cumprimento para a população própria e para a população referenciada?

A partir dessas indagações, o objetivo geral da pesquisa foi verificar o grau de cumprimento da PPI Assistencial nos municípios-pólo (aqueles que devem atender população referenciada em qualquer nível de complexidade) de Minas Gerais, considerando dois grupos distintos de municípios: os de Gestão Plena da Atenção Ampliada (GPAB-A) e os municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), identificado ainda outras características que possam estar associadas ao grau de cumprimento da programação, de forma que possa ser identificado algum padrão associado ao comportamento dos municípios. Para tanto, foram comparados o grau de cumprimento das metas físicas e financeiras definidas na Programação Pactuada Integrada entre esses dois grupos de municípios, considerando também as variáveis: capacidade instalada de serviços de saúde e a existência e funcionamento de mecanismo de regulação.

Essas duas variáveis foram consideradas uma vez que é plausível supor que a capacidade instalada pode propiciar melhores ou piores condições de atendimento (em termos quantitativos), o que poderia influenciar sobremaneira o grau de cumprimento da PPI. Da mesma forma, a existência e funcionamento de um mecanismo de regulação pode favorecer o controle das ações de saúde pactuadas e a revisão das metas pactuadas na PPI, o que também pode influenciar o seu grau de cumprimento.

Dado aquele objetivo geral, decorrem daí os seguintes objetivos específicos:

- a) Comparar o grau de cumprimento das metas (físicas e financeiras) pactuadas, para a população referenciada e a população própria, no ano de 2006, nos municípios-pólo de microrregiões do estado de Minas Gerais;
- b) Relacionar o cumprimento da Programação Pactuada Integrada com variáveis que possam influenciá-lo de forma a identificar um padrão de comportamento, tais como a capacidade instalada e a existência e funcionamento de um mecanismo de regulação;
- c) Comparar o comportamento de dois grupos de municípios: os de Gestão Plena da Atenção Ampliada e os de Gestão Plena do Sistema Municipal, no que se refere ao cumprimento da PPI Assistencial.

Para se alcançarem os objetivos, foi construído um banco de dados, a partir do CD de Análise da PPI fornecido pela GPA e pelo DATASUS (a base de dados do Ministério da Saúde), com dados relativos à média mensal do grau de cumprimento da PPI referente a 2006. Os resultados encontrados foram apresentados em tabelas e gráficos.

O trabalho estrutura-se em seis capítulos, incluindo essa Introdução. O segundo capítulo trata da implementação e regulamentação do SUS, descrevendo sucintamente a evolução de sua trajetória, com enfoque na descentralização . O terceiro capítulo aborda mais detalhadamente o princípio da descentralização, de modo a confrontar

suas vantagens e desvantagens e evidenciar como o arranjo institucional do SUS respondeu às dificuldades geradas no processo. No quarto, são apresentadas a definição e a caracterização da Programação Pactuada Integrada, bem como uma explanação de seus mecanismos de financiamento. A metodologia da elaboração da pesquisa e a análise empírica do cumprimento da PPI em Minas Gerais tomam lugar no quinto capítulo, enquanto as considerações finais do trabalho são apresentadas no sexto e último capítulo.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Esse capítulo procura esclarecer, de forma sucinta, como funciona o Sistema Único de Saúde, abrangendo seus marcos legais, princípios e arranjo institucional.

Seu objetivo é dar subsídios para que se possa aprofundar a discussão relativa à descentralização das instituições e funções de saúde pública no Brasil, a ser tratada no Capítulo 3.

O presente capítulo estrutura-se em três seções. A primeira traça um breve histórico da evolução das instituições responsáveis por promover a saúde pública no Brasil, desde o período da ditadura militar que antecede o processo constituinte. A segunda expõe e analisa as leis e os princípios que regem o funcionamento do SUS. Por fim, na terceira, são explicitadas as competências de cada ente federativo na gestão do SUS, as formas de distribuição de seus recursos, e outros aspectos do arranjo institucional relevantes para os objetivos da pesquisa.

2.1 Origens do Sistema Único de Saúde

Com o advento da redemocratização do Brasil, expressa pela promulgação da Constituição de 1988, houve profundas mudanças nos arranjos institucionais adotados pelo chamado Sistema de Proteção Social Brasileiro. Ao mesmo tempo, iniciava-se um novo momento do federalismo no País, no qual lideranças de discurso municipalista se aproveitaram do enfraquecimento do governo federal para fortalecer os governos subnacionais, associando o tema da descentralização à democracia (ABRUCIO, 2006, p 96).

Nesse contexto, destacam-se as alterações intensas por que passaram as políticas públicas da área de seguridade social, particularmente a descentralização da política de saúde. Almeida (1996, p.20) identifica uma descentralização deliberada e radical na política de saúde brasileira. O sistema de saúde nacional passou de centralizado e seletivo, durante o regime militar, para descentralizado e universal. No entanto, tal processo passou por um período de transição, iniciado antes mesmo da promulgação da Constituição de 1988, representado pelas experiências das Ações Integradas em Saúde (AIS) e o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), que serão comentadas adiante.

Segundo Arretche (2000, p. 200), durante o período militar, o modelo de assistência à saúde vigente caracterizava-se por dualidade, seletividade e centralização. As funções na área da saúde eram divididas entre o Ministério da Saúde, o qual era responsável pelas ações de saúde pública – serviços de natureza preventiva dirigidos à população em geral – e o Ministério da Previdência (inicialmente por meio do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, e posteriormente, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS), responsável pela assistência médica aos que dispunham de contrato formal de trabalho. Tal associação de prestação de serviços com o vínculo trabalhista explicita a seletividade do modelo, que centralizava no Governo Federal o financiamento e operacionalização do sistema, enquanto sobrava um papel secundário na gestão aos estados e municípios.

O movimento para a descentralização se deu no contexto de uma reforma mais abrangente, cujas propostas partiram de acadêmicos que deram origem ao chamado Movimento Sanitário, na década de 70. Tal movimento passou a ter o apoio de vários segmentos da sociedade, inclusive representantes da burocracia estatal que questionavam o modelo assistencial até então vigente. As proposições desse movimento eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde que considerasse a descentralização, a universalização e a unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.



Posteriormente, na década de 80, tal movimento contou com a participação de secretários e técnicos municipais de saúde, que passaram a representar o Movimento Municipalista em Saúde, com papel proeminete a partir de então. Segundo Menicucci (2003), esses novos atores, que formavam o Movimento Sanitário, com força política para influenciar o processo decisório, em um contexto de crise política e financeira da saúde (que contribuiu para ressaltar o esgotamento da capacidade de financiamento do modelo de assistência que prevalecia de alto custo e baixa efetividade), souberam tirar proveito da conjuntura política favorável e inscrever sua proposta na agenda de reformas como uma alternativa para a saída da crise (MENICUCCI, 2003).

O início da descentralização da gestão da saúde se deu com a instituição das Ações Integradas em Saúde (AIS), em 1984. Seus objetivos eram implementar a integração das ações e expandir a rede de serviços, através do repasse de recursos do INAMPS e do Ministério da Saúde para as Secretarias Estaduais de Saúde. Apesar de os estados terem experimentado a gestão de um sistema descentralizado de saúde, as AIS preservaram o predomínio do INAMPS na gestão dos recursos financeiros e mantiveram o pagamento por convênios, demonstrando, assim, sua limitação.

O SUDS agilizou o processo de descentralização, desde 1987, ao aumentar a participação dos estados na gestão da política de saúde, na medida em que transferia a gestão dos serviços e a contratação de serviços de terceiros para esse nível de governo, mediante convênios com secretarias estaduais.

Nesse sentido, Ugá e Marques (2005, p.202) salientam que as estratégias das AIS e do SUDS propiciaram uma progressiva viabilidade da descentralização e da universalização do acesso aos serviços de saúde, na medida em que favoreceram o ingresso de novos atores políticos (governadores e prefeitos) na arena da Reforma Sanitária.

2.2 SUS: marcos legais, conceito e princípios

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8142/90, constitui-se no modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país. Sua formulação e implantação, resultante dos desdobramentos do movimento de reforma sanitária, teve na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) um de seus *locus* privilegiados para o estabelecimento das grandes diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil, pois tal evento consagrou os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária (GERSCHMAN; VIANA, 2005).

Na Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, a saúde teve um expressivo reconhecimento e inserção, destacando-se sua inclusão como um componente da seguridade social, a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública e seu referencial político básico expresso no artigo 196, no qual é assumido que:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário** às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 83 - grifos nossos).

Quanto às diretrizes, o artigo 198 preconiza que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

(BRASIL, 1988, P. 83 – grifos nossos).

Nesse processo, o país obteve, assim, uma política de saúde definida constitucionalmente, orientada pelos princípios de descentralização, hierarquização e

regionalização do sistema, universalidade e gratuidade do acesso, mais o controle social, no intuito de fornecer atenção integral à saúde.

Universalidade e gratuidade significam a possibilidade de atendimento a qualquer cidadão brasileiro, pelo sistema de saúde, em caso de necessidade, independentemente de contribuição prévia.

A hierarquização da atenção se configura por uma rede de serviços diversificada e distribuída em diferentes níveis de densidade tecnológica, geralmente dispersa territorialmente, atuando em escalas variadas, em função do grau de complexidade, no intuito de promover a eficiência da rede assistencial instalada e da aplicação dos recursos investidos. Essa diretriz será tratada mais a fundo em capítulo posterior.

Ugá e Marques (2005, p. 202) salientam que a constituição do SUS representa uma ruptura definitiva como modelo anterior, considerando que: a instituição do direito universal e integral elimina a segmentação de clientelas do sistema de saúde; houve uma profunda reorganização político-administrativa, pois a Carta Magna apregoa que "as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único", organizado de acordo com as diretrizes da "descentralização, atenção integral e a participação da comunidade"; e, ainda, rompeu-se o modelo de financiamento anteriormente vigente, baseado fundamentalmente em contribuições individuais.

Todavia, a natureza, complexidade e abrangência dessas mudanças e suas implicações dificultaram a implementação dessa nova política de saúde. Além disso, tais mudanças encontraram resistência no âmbito governamental. Tanto que a sua regulamentação só foi estabelecida no final de 1990, com as Leis 8080 e 8142.

O SUS está definido na Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990'- Lei Orgânica da Saúde, como

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde (BRASIL, 1990, p.1).

A Lei nº. 8080/90 consolidou o aparato legal de municipalização do sistema público de serviços de saúde. Ela preconiza, em seu artigo 7º, a descentralização político-administrativa, com direção única para cada esfera de governo, e ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.

Mendes e Pestana (2004) ressaltam que a Constituição de 1988 instituiu um federalismo singular ao definir os municípios como entes federativos com competências tributárias e autonomia política e administrativa. E deu as bases para a municipalização do SUS. Mas, como demonstra Arretche (2005, p. 286), o modelo de descentralização do SUS derivou da interação estratégica dos atores relevantes nessa política pública. Assim, ele não estava consolidado quando da aprovação na Assembléia Constituinte, em 1998, mas foi construído ao longo da década de 1990 (op. cit. 2005).

2.3 Competências de cada ente federado

O SUS pressupõe a distribuição de responsabilidades, encargos e atribuições, pois trata-se de um sistema descentralizado e hierarquizado de ações e serviços de saúde. Nos artigos da Lei 8080/90, sobre as competências de cada esfera de poder, fica clara a ênfase dada à descentralização do poder e à cooperação e à articulação entre os entes federados.

Nesse sentido, é estabelecida como competência da Direção Nacional do SUS a promoção da descentralização, para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal.

Também se define que cabe a essa instância de poder, entre outras atribuições, acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitando-se as competências estaduais e municipais; elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação técnica com os estados, municípios e Distrito Federal; estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território nacional, em cooperação técnica com os estados, municípios e o Distrito Federal (BRASIL, 1990, p. 7-8).

O Governo Federal, ainda que responsável pelas decisões mais importantes na política de saúde, conta com espaços de negociação e pactuação entre ele e os demais níveis de governo: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), para garantir a participação de todos os entes federados na construção e descentralização das políticas de saúde.

A CIT é composta por representantes dos três níveis de governo. A ela cabe, dentre outras atribuições, homologar os processos de qualificação de microrregiões, delimitações geográficas definidas pelo Plano Diretor de Regionalização para o planejamento das ações de saúde descentralizadas.

Aos municípios compete:

Formular, organizar, controlar, executar e avaliar as ações e serviços de saúde, por meio do gerenciamento e execução dos serviços públicos ambulatoriais e hospitalares de assistência à saúde pública e dos hemocentros, da gestão da rede contratada de produtores privados, da execução de serviços de vigilância epidemiológica e da vigilância sanitária, de acordo com a condição de gestão. (Arretche, 2000, p. 283)

Aos estados compete:

Formular a política estadual de saúde; acompanhar, controlar e avaliar a regionalização e a hierarquização do SUS no Estado; coordenar e planejar a rede e o processo de Programação Pactuada e Integrada; estabelecer padrões de atenção à saúde no âmbito estadual; supervisionar e apoiar técnica e financeiramente os municípios; coordenar as negociações entre os gestores; coordenar e executar ações em saúde, em caráter supletivo aos municípios; gerenciar as unidades públicas de maior complexidade, os sistemas de referência regional e a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros. (Arretche, 2000, p. 283)

Para o cumprimento de suas funções, o nível estadual conta, além da Secretaria Estadual de Saúde, com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e com o Conselho Estadual de Saúde (CES).

A Comissão Intergestores Bipartite, analogamente à CIT, é o espaço de negociação e pactuação composto de representantes dos níveis estadual e municipal de governo. Dentre suas atribuições destacamos: orientar o processo de descentralização nos estados; aprovar o Plano Diretor de Regionalização estadual; avaliar, e, se for o caso, aprovar o pedido de habilitação dos municípios na condição de gestão por este solicitada; estabelecer critérios e parâmetros para a Programação Pactuada Integrada.

O Conselho Estadual de Saúde é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cuja existência condiciona a habilitação dos governos estaduais nas modalidades de gestão prescritas nas Normas Operacionais. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.

Outras atribuições são definidas como comuns à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, como definir as instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde; administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; organizar e coordenar o sistema de informação em saúde; elaborar normas técnicas e padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde; participar de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente; elaborar e atualizar periodicamente o plano de saúde; elaborar normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública, entre outras atribuições previstas.

3 A DIRETRIZ DA REGIONALIZAÇÃO: PROPOSTAS E INSTRUMENTOS

Nesse capítulo é introduzido o conceito de Regionalização, enquanto diretriz estabelecida na legislação básica do SUS e reforçada na Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS - SUS 01/2002. Além disso, é relacionado ao princípio da descentralização e às suas vantagens e desvantagens, bem como a um de seus instrumentos básicos: o Plano Diretor de Regionalização.

3.1 Regionalização

A regionalização é a diretriz que deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. É um dos princípios estabelecidos para o SUS na Constituição e reforçado pela Lei 8080/90:

Art.7º - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados e contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

[...]

- IX descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde [...] (BRASIL, 1990, p.3-4, grifos nossos).

E ainda, a Lei 8080 determina que as ações e serviços de saúde executados pelo SUS sejam organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente: estabelece-se que a direção do SUS é única, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990, p. 4).

Tem como um de seus objetivos justamente corrigir as distorções do chamado "municipalismo autárquico", criando mecanismos que desestimulem a concorrência predatória entre os municípios, e que possibilitem e incentivem a solidariedade e a cooperação entre os entes federados em prol do bem público.

Os demais objetivos da Regionalização são definidos como: garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal; reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional; garantir a integralidade na atenção a saúde; potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região; racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

Como os principais instrumentos de planejamento da Regionalização estão o Plano Diretor de Regionalização – PDR e a Programação Pactuada e Integrada – PPI. Tais instrumentos serão abordados mais detalhadamente nas seções e capítulos posteriores.

3.2 Descentralização do SUS e o paradigma da municipalização autárquica

Esta seção visa esclarecer as características de um dos princípios proeminentes do SUS – a descentralização –, desde a Lei Orgânica da Saúde (8080/90) até a Norma Operacional Básica NOB SUS 01/96, buscando relacionar suas vantagens e desvantagens, à luz dos argumentos da literatura.

Ao longo da década de 1990 ocorreram atos normativos e administrativos que têm relações e implicações para a implantação e operacionalização da política de

saúde. Em 1990, o Ministério da Saúde, incumbiu o INAMPS, por meio da Portaria GM 1 481, de 31/12/90, de "implantar a nova política de financiamento do SUS para 1991[...]", surgindo, assim, a Norma Operacional Básica/SUS N° 1, NOB SUS 01/91, aprovada e instituída pela Resolução INAMPS n°. 258, de 07/01/91.

O sistema de alocação de recursos estabelecido pela NOB 91 instituiu uma distribuição de recursos determinada meramente pela capacidade instalada, retirando dos gestores estaduais e municipais do SUS qualquer poder na definição do processo alocativo. Essa NOB estabeleceu o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos e distorceu um dos princípios fundamentais do SUS, interrompendo os avanços obtidos com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Ugá (1991) salienta que

[...] a NOB 91 foi um instrumento de centralização do sistema de saúde, tendo em vista que: a) não implementou o caráter automático das transferências intergovernamentais, uma vez que o financiamento da atenção médico-hospitalar se efetuava mediante pagamento direto do Ministério da Saúde aos prestadores; b) reduziu a atenção à saúde à mera prestação de ações médico-assistenciais, desconsiderando a importância das ações de alcance coletivo; c) passou a tratar as esferas infranacionais de governo como meros prestadores de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais como se atuassem por 'delegação' ministerial e não em consonância com a diretriz constitucional da descentralização (UGÁ apud UGÁ; MARQUES, 2005, p 224.).

Mendes e Pestana (2004, p. 8-9) justificam o apoio dos municípios àquela NOB, apesar do recuo no processo de descentralização que vinha sendo desenvolvido até então, pela oportunidade de receberem recursos diretamente da União, sem a intermediação dos Estados.

A Norma Operacional Básica NOB SUS/93 – editada após a realização da IX Conferência Nacional de Saúde, que teve como lema "A municipalização é o caminho" – retomou o processo de descentralização do SUS e impulsionou a municipalização dos serviços de saúde. A partir desta NOB, as secretarias estaduais e municipais de saúde, cumprindo alguns pré-requisitos, passariam a receber um volume global de recursos para cobertura assistencial e a dispor sobre a sua aplicação.

A NOB 93 ainda possibilitou as transferências diretas de recursos financeiros via "fundo a fundo", através do estabelecimento de tetos financeiros para cobertura hospitalar, com maior transparência na distribuição de recursos. No que tange aos recursos destinados à cobertura dos serviços ambulatoriais, a modalidade de alocação incorporada a partir de 1991 não foi alterada (UGÁ; MARQUES, 2005, p.225)

Além disso, criou fóruns de negociação permanentes entre as instâncias federativas: as Comissões Intergestores Tripartites e Bipartites, já mencionadas. Destaca-se aqui o papel dessas instâncias concebidas como espaços de concertação das políticas setoriais entre as três esferas de governo, constituindo-se, também, em mecanismo de democratização do processo decisório.

Três anos mais tarde, a Norma Operacional Básica NOB SUS 01/96 redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados, garantindo o efetivo exercício do poder municipal na função de gestor da atenção à saúde.

São diversos os argumentos favoráveis à descentralização. Abrucio destaca a proximidade entre os formuladores das políticas e os seus implementadores, que resultaria num melhor desempenho governamental. A proximidade entre formuladores, implementadores e cidadãos favoreceria a *accountability* do sistema político, na medida em que são maiores as possibilidades de disseminação das informações, da criação de canais de debates e da instituição de mecanismos mais efetivos de fiscalização governamental. (ABRUCIO, 2006, p. 85)

No campo específico da descentralização dos sistemas de serviços de saúde, Mendes e Pestana (2004) ressaltam, dentre suas qualidades, a maior eficiência alocativa pela influência dos usuários locais.

Abrucio enfatiza, porém, os aspectos negativos que o municipalismo pode assumir, tais como: o incentivo do isolamento entre entes municipais, acarretando uma miopia em relação aos problemas comuns micro e macrorregionais (ABRUCIO, 2006,

p. 86). Mais do que isto, a fragmentação excessiva e a desigualdade entre as regiões acirram o conflito entre os níveis de governo. Mendes e Pestana (2004) pontuam, além disso, a dificuldade de coordenação e o clientelismo local, bem caracterizados por Abrucio:

Na relação dos municípios com os estados predominava a lógica de cooptação das elites locais [...]. Além disso, com a Constituição de 1988, as unidades estaduais ficaram num quadro de indefinição quanto às suas competências e à maneira de se relacionarem com os outros níveis de governo (ABRUCIO, 2006, p. 99)

Assim, a NOB SUS 01/96, como demonstram Mendes e Pestana (2004, p. 9), consolidou o paradigma da municipalização autárquica, no qual a gestão dos serviços de saúde, no âmbito local, ainda que com algumas competências concorrentes com a União e os Estados, é de responsabilidade maior dos municípios.

Esse modelo organizacional [...] é um sistema que, no limite, transforma cada município num sistema fechado, o que leva a deseconomias de escala, fragmentação dos serviços e perda de qualidade (*op. cit.* p. 6)

Portanto, a despeito de suas vantagens, a opção pelo municipalismo radical também trouxe ao SUS desvantagens. Até o momento em que a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS 01/2001 propôs o planejamento regional.

3.3 A proposta da regionalização cooperativa e o Plano Diretor de Regionalização

Esta seção analisa a (tentativa de) transição do paradigma da municipalização autárquica, consubstanciado na NOB SUS 01/96, para um novo paradigma, o da regionalização cooperativa.

Estabelecida como princípio na Constituição de 1988 e reafirmada na Lei 8080/90, a regionalização da rede de serviços objetiva garantir o acesso integral ao SUS,

além de otimizar os investimentos, em face das especificidades regionais, para obter economias de escala na prestação dos serviços.

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de produção de longo prazo diminuem, à medida em que o volume das atividades aumenta e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades. São mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde.

Para se alcançar uma descentralização que otimize os benefícios, MILLS *et. al.* (1990) propõem a instituição de uma instância mesorregional entre os níveis estaduais e locais dos sistemas de serviços de saúde (MILLS *et. al. apud* MENDES; PESTANA, 2004, p. 5). E é exatamente no reconhecimento desse espaço privilegiado que consiste a proposta da regionalização cooperativa:

Os problemas da municipalização autárquica, especialmente a fragmentação e a baixa qualidade dos serviços e da gestão dos sistemas, apontaram, na NOAS 01/2001, revista em 2002, para a necessidade de se organizar os espaços territoriais de forma a contemplar, além dos municípios, os módulos, as microrregiões, as macrorregiões e as regiões de saúde, onde se articulariam as redes assistenciais (MENDES; PESTANA, 2004, p. 9).

Na aprovação da Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001, através da Portaria Ministerial Nº 95, de 26 de janeiro de 2001, ampliaram-se as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência, e criaram-se mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde, atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios.

A habilitação de um município em uma das condições de gestão definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 – Plena da Atenção Básica Ampliada e Plena do Sistema Municipal, significa declarar compromissos assumidos, na pessoa do gestor municipal, perante os outros gestores do SUS – União, Estado e demais Municípios e perante a população sob sua responsabilidade.

Ou seja, para que o município ou estado receba os recursos do Governo Federal destinados à saúde, é preciso que ele se habilite em uma das modalidades de gestão descritas na NOAS 01/2002. As diferenças entre as formas de repasse dos recursos serão esclarecidas em capítulo posterior, quando a PPI for tratada especificamente.

Além disso, a NOAS 01/2002 propõe a organização de uma rede regionalizada. com base em territórios auto-suficientes em atenção básica à saúde, em atenção mínima de média complexidade (M1), em atenção de média complexidade (MC) e em atenção de alta complexidade (MENDES; PESTANA, 2004)

De acordo com essa lógica, os serviços primários – atenção básica à saúde e atenção mínima de média complexidade – estarão mais perto do paciente, que terá que se deslocar a locais mais distantes (os chamados pólos assistenciais) para ter acesso a serviços mais complexos, considerando que tais serviços – atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade – necessitam de escala de atendimento para serem eficientes.

Segundo a NOAS 01/2002, a característica distinta de município-pólo é a habilitação para atender a população de outros municípios, independentemente do nível de complexidade:

[...] município-pólo (GPSM ou GPAB-A) — município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p. 4, grifos nossos)

O usuário do sistema deve encontrar serviços de atenção primária em seu município, de atenção secundária dentro da microrregião a que pertence, tendo que recorrer aos pólos macrorregionais apenas para procedimentos de alta complexidade. Quanto aos conceitos de macro e microrregiões, a NOAS 01/2002 esclarece que região de saúde é a

[...] base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas,

socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p. 3)

Essa conformação está preconizada, também, pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento instituído pela NOAS 01/2001, para coordenar o fluxo dos usuários do SUS, orientar o planejamento e direcionar os investimentos da política de saúde, obedecendo aos princípios da hierarquização e da regionalização. Segundo a NOAS 01/2002,

O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões /microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrareferência intermunicipais [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p. 2)

Assim, o PDR visa, promover a atenção integral à saúde, de modo que os usuários tenham acesso à atenção em todos os níveis de complexidade. Para tanto, utiliza-se da hierarquização da rede de serviços ao ordenar o fluxo de usuários, numa proposta de conjugar a integralidade do acesso com a escala dos níveis de atendimento.

Nesse sentido, segundo o artigo 6.1.1 da NOAS 01/2002, o PDR deve observar a diretriz de possibilitar o acesso do cidadão a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, o mais próximo possível de sua residência (Ministério da Saúde, 2002a). Portanto,

O PDR deve contemplar a perspectiva de redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual, prevendo os investimentos necessários para a conformação dessas novas regiões/microrregiões e módulos assistenciais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a, p.5)

Sua elaboração compete às Secretarias Estaduais de Saúde, e o mesmo deve contemplar uma lógica de funcionamento que envolva os municípios na definição de espaços regionais/microrregionais de assistência à saúde, dos fluxos de referência, bem

como dos investimentos para a conformação dos sistemas de saúde resolutivos e funcionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Mesmo sob a responsabilidade do nível estadual de governo, a elaboração do PDR, conforme preconiza a NOAS 01/2002, não é realizada unilateralmente. Faria Marques (2004) ressalta que ela depende da participação dos municípios e da consulta a outros entes para sua aprovação: a Comissão Intergestores Bipartite, o Conselho Regional de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite.

O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais de 2003-2006 subdiviviu o estado em 13 macrorregiões e 75 microrregiões, e estabeleceu 99 municípiospólo de microrregiões, organizados em nível crescente de complexidade de procedimentos, conforme explicado anteriormente.

A respeito dessa divisão geográfica, Marques (2004) esclarece que o PDR traz embutida a tipologia assistencial como base para os critérios de divisão. Nesse sentido, o município pólo só receberá tal denominação se tiver instalado um conjunto diferenciado de serviços de saúde, até um determinado nível de complexidade, para ofertar aos seus munícipes e a uma população adstrita a ele. Ou seja, é necessário que se garanta a escala de usuários necessária para atendimento a determinado procedimento (op. cit.; 2004, p. 54).

Assim, observa-se a importância do PDR para orientar as negociações da Programação Pactuada e Integrada no nível estadual de governo, já que o acesso aos serviços de saúde pode ser no próprio município do demandante, ou mediante referências intermunicipais estabelecidas por meio dos compromissos de atendimento firmados entre os gestores de saúde na PPI.

Quanto às referências intermunicipais, é de ressaltar a importância de uma rede de estruturas informatizada, regionalizada e hierarquizada, ainda em fase recente de

¹ A lista dos municípios-pólo de microrregiões conforme o PDR de Minas Gerais encontra-se no Apêndice A.

implantação, constituída pelas Centrais de Regulação, que visam garantir o acesso de determinada população a serviços públicos de saúde demandados.

Trata-se de uma estrutura operacional instituída no âmbito da Gerência de Regulação Assistencial (GRA) da Superintendência de Regulação da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), que conta com uma Central de Regulação Assistencial em cada uma das 13 macrorregiões delineadas pelo PDR (MINAS GERAIS, 2006a).

As Centrais são responsáveis por organizar, de forma equânime, o acesso da população aos serviços de saúde, através da instrumentalização dos fluxos assistenciais, utilizados como base na elaboração do PDR (MINAS GERAIS, 2006a). Dessa maneira, solicitações de utilização de leitos, por exemplo, são intermediadas e processadas pelas Centrais, no sentido de obter a oferta mais adequada e acessível para determinada demanda.

Assim, as Centrais de Regulação constituem-se numa estrutura operacional relevante para a viabilização da regionalização em Minas Gerais, e a sua relação com a PPI será descrita mais adiante.

O capítulo seguinte traz uma descrição mais detalhada sobre o funcionamento da PPI e das suas diferentes formas de funcionamento, que dependem tanto da habilitação nas condições de gestão estipuladas na NOAS 01/2002, bem como da classificação em municípios-pólo, estabelecida no PDR.

4 PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA

A PPI foi implantada em Minas Gerais, pela primeira vez, no ano de 1997. No entanto, a primeira experiência de programação semelhante ao modelo da PPI em Minas Gerais data de 1986, quando foi implantada pelo estado uma programação integrada na Região Metropolitana de Belo Horizonte (MARQUES, 2004, p. 49).

Mas foi a NOB/96 que definiu, pela primeira vez, a PPI como o instrumento de programação do SUS. Na lógica da NOB/96, a PPI é um importante instrumento na obtenção da universalidade e da equidade na medida em que permitem a construção de redes regionais que ampliam o acesso (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 1999).

A Portaria GM 1097 de 2006 regulamenta a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde (PPI). Segundo ela, a PPI é definida como

[...] um dos instrumentos de planejamento instituídos no âmbito do Sistema Único de Saúde, através do qual são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.1)

Este instrumento, utilizado pelo nível municipal de governo e coordenado pelo nível estadual, é o responsável pelo planejamento da alocação de recursos federais, estaduais e municipais, com vistas à execução dos serviços de saúde e à garantia da equidade do acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. Pode ser entendido, ainda, como o acordo realizado entre os gestores municipais para a prestação de serviços de saúde.

As metas de procedimentos assistenciais quantificados e orçados de que tratam a PPI, são estabelecidas a partir de critérios e parâmetros técnicos, que devem guardar relação com os princípios de universalidade, integralidade e equidade ao acesso, a

regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.1).

Os parâmetros assistenciais são:

[...] as recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b, p.1)

Em última instância, a PPI é o resultado da conjugação entre oferta, demanda, recursos financeiros disponíveis e as condições de acesso da população aos serviços, negociado nas instâncias legítimas pelos gestores envolvidos, sob a coordenação dos estados, e resulta na definição da alocação dos recursos financeiros para a saúde.

Um dos seus pressupostos é de que seja coordenado pelo gestor estadual com seus métodos, processos e resultados aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite. (CIB), em cada unidade federada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Além disso,

Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 1).

No caso de Minas Gerais, a PPI é coordenada pela Gerência de Programação Assistencial, unidade administrativa da Superintendência de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde, desde 2003. Nessa mesma Superintendência se encontra a Gerência de Regulação Assistencial, responsável pela implementação e coordenação das Centrais de Regulação, estruturas definidas no capítulo anterior e que guardam relação com a PPI.

A Programação Pactuada Integrada envolve as condições de acesso da população aos serviços de saúde. Para que suas metas pactuadas sejam cumpridas supõe-se que essas condições sejam viáveis e favoráveis. Daí advém a relevância das Centrais de Regulação para o cumprimento da PPI, na medida em que buscam viabilizar esse acesso.

Nesse sentido, uma demanda pactuada na PPI, que esteja momentaneamente impedida de ser atendida por más condições nas estradas ou por falta de leitos disponíveis na unidade hospitalar mais próxima (no município onde o atendimento foi programado), por exemplo, poderá ser atendida através da intermediação da Central de Regulação, que buscará uma rota alternativa ou outra unidade hospitalar.

Assim, o cumprimento das metas da PPI tende a ser otimizado pela existência das Centrais de Regulação, por se constituírem em facilitadores do acesso da população ao serviço de saúde pactuado.

4.1 Financiamento da PPI²

A Constituição de 1988 criou um orçamento específico para o financiamento da Seguridade Social, incluindo-se aí as ações e serviços públicos de saúde: "O sistema único de saúde será financiado [...] com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes".(BRASIL, 1988, P. 83)

Os recursos podem ser transferidos através de três maneiras: convênios, remuneração por serviços produzidos e transferência fundo a fundo. Na PPI de Minas Gerais são utilizadas a segunda e a terceira modalidades.

A transferência fundo a fundo é realizada, regular e automaticamente, da União para os estados e municípios, para o custeio da assistência ambulatorial e hospitalar, e é limitado a um valor financeiro máximo conhecido como Teto Financeiro da Assistência.

Esses limites financeiros são definidos com base na PPI, negociados nas comissões intergestores, aprovados pelos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde e formalizados pelos gestores estadual e municipal, conforme for o caso. Uma vez definidos

² As explanações desenvolvidas nessa seção foram retirados do Manual Básico de Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde elaborado e publicado pelo Ministério da Saúde em 2002

o teto de custeio assistencial para os estados, as Comissões Intergestores Bipartite Estaduais definem, com a aprovação dos Conselhos Estaduais de Saúde, os tetos financeiros municipais.

A remuneração por serviços produzidos é realizada pelos estados diretamente aos prestadores de serviços de saúde cadastrados no SUS. O pagamento é feito mediante apresentação de fatura dos atendimentos de média e alta complexidade executados, na área ambulatorial e hospitalar, com base na Tabela de Serviços do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), observados os tetos financeiros dos respectivos estados e municípios.

A PPI envolve recursos orçamentários federais, municipais e estaduais. Quanto à diferença no mecanismo de repasse de recursos federais para os municípios, para custeio das ações de média complexidade da PPI, está evidenciada no artigo 14 da NOAS 01/2002 que o montante de recursos será transferido de duas formas:

- a) "fundo a fundo" ao município-sede de módulo assistencial (município-pólo, no caso de Minas Gerais) quando esse for habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM);
- b) "fundo a fundo" ao estado habilitado quando o município sede de módulo (município-pólo, no caso de Minas Gerais) for habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002b, p. 14).

Dessa forma, os municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal recebem o recurso federal destinado ao custeio dos procedimentos de média complexidade para a própria população via transferência "fundo a fundo", diretamente do Fundo Nacional de Saúde. Quanto à população referenciada, tal recurso é repassado na forma de pagamento por produção, pela União.

Já os municípios de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada recebem o recurso destinado ao custeio dos procedimentos de média complexidade, mediante remuneração por serviços produzidos, pelo estado, após a transferência dessa parcela do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde. Significa dizer que tal recurso, após transferido para o Fundo Estadual de Saúde, só é repassado aos municípios GPAB-A após comprovação, via fatura dos atendimentos, da quantidade de serviços de saúde produzidos durante determinado período.

Esta diferenciação pode ter algumas implicações relevantes para o grau de cumprimento da PPI, na medida em que os municípios GPSM dispõem de uma maior autonomia financeira para executar as ações pactuadas. Nesse sentido, desenvolve-se a análise empírica no próximo capítulo, que busca verificar se existem diferenças no grau de cumprimento da PPI entre os municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal e os municípios de Gestão Plena da Atenção Básica, bem como entre conjuntos constituídos de municípios que tenham outras variáveis em comum.

5 A EXECUÇÃO DA PPI ASSISTENCIAL EM MINAS GERAIS

5.1 Objeto de Análise e Metodologia

Conforme mencionado, o objetivo geral do presente trabalho consiste em verificar se existe um padrão no grau de cumprimento da Programação Pactuada Integrada pelos municípios-pólo de microrregiões de saúde de Minas Gerais. Para tanto, foi construído um banco de dados utilizando-se do software SPSS, a partir de dados retirados do CD de análise da PPI Assistencial (fornecido pela Gerência de Programação Assistencial da Secretaria de Saúde de Minas Gerais), da base de dados do DATASUS do Ministério da Saúde (disponível na Internet) e de documentos da Gerência de Regulação Assistencial e da Comissão Intergestores Bipartite, ambas da Secretaria de Saúde de Minas Gerias.

O universo de análise são todos os 99 municípios-pólo de microrregiões de Minas Gerais, de acordo com seu atual Plano Diretor de Regionalização. Optou-se por analisar a totalidade do universo de municípios-pólo, em vez de se realizar um procedimento de amostragem, para captar as diferenças entre as regiões, que podem influenciar o grau de cumprimento da PPI, e pela facilidade de obtenção das informações. Para se elencar todos os municípios-pólo de Minas Gerais, e diferenciá-los pela condição de gestão, foram utilizados dados do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, bem como documentos da CIB estadual³.

O ponto de partida foi separar os municípios-pólo de microrregiões em dois grupos, de acordo com a condição de gestão prescrita na NOAS 01/2002 (GPSM: Gestão Plena do Sistema Municipal; e GPAB-A: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada), e avaliar o grau de cumprimento das metas físicas e financeiras pactuadas na PPI. Posteriormente, foram identificadas outras variáveis que hipoteticamente poderiam influenciar no grau de cumprimento da PPI, relacionadas às características dos municípios, como: capacidade instalada, existência e funcionamento de central de regulação.

.

³ A lista dos municípios que compõem o universo de análise estão no Apêndice A

Com relação ao grau de cumprimento da PPI, utilizou-se o relatório nº 1 (um) contido no CD de análise supra-citado. Tal relatório permite a visualização, para as clínicas que compõem os procedimentos do SIHSUS Média Complexidade, das metas físicas e financeiras, bem como os dados de produção de cada município mineiro responsável pelo atendimento, separados pelo município de origem dos pacientes. Os dados são uma média mensal de todo o ano de 2006.

Foram analisados apenas os procedimentos pactuados e realizados de Média Complexidade Hospitalar (SIHSUS). Isto se justifica dado que um dos objetivos da pesquisa foi a verificação do comportamento dos municípios-pólo quanto ao cumprimento das metas para a população referenciada. Os dados sobre os procedimentos do Sistema Hospitalar do SUS (SIHSUS) permitem a diferenciação entre as parcelas que compõem a população própria do município e a população referenciada. Já os dados dos procedimentos do Sistema Ambulatorial do SUS (SIASUS) não têm essa mesma característica. Logo, foi necessário delimitar a análise ao Sistema Hospitalar, considerando o escopo da pesquisa. Além disso, os procedimentos do Sistema Hospitalar de Alta Complexidade (SIASUS-AC) são pactuados por microrregião, e não por municípios, de tal forma que também não fizeram parte da análise, uma vez que o universo de análise são os municípios-pólo de microrregiões.

Dentre os procedimentos do SIHSUS-MC, foram escolhidas quatro clínicas (médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica), pois a clínica psiquiátrica (o outro procedimento que compõe o SIHSUS-MC) não permite a identificação do município de origem do paciente, pois sua pactuação também ocorre por microrregiões como no SIHSUS de Alta Complexidade.

O grau de cumprimento da PPI foi discriminado entre a população referenciada e a população própria do município, visando testar a hipótese de que os municípios de condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) tenderiam a favorecer sua população própria.

Para identificar os procedimentos relativos à população referenciada, necessitou-se de deduzir os procedimentos pactuados para a própria população da totalidade dos procedimentos pactuados, uma vez que esses dois últimos eram os dados disponíveis. Esse cálculo gera uma inconsistência, na medida em que há um número de atendimentos que não foram pactuados na PPI, mas constam no relatório como atendimento produzido. Estabelecimentos públicos de saúde de Belo Horizonte, por exemplo, atenderam pacientes oriundos de cidades da Bahia, do Rio de Janeiro e de São Paulo, bem como pacientes encaminhados de outros municípios mineiros que não tinham pactuação na PPI.

Há que se considerar, porém, que o percentual desses atendimentos realizados sem pactuação prévia é insignificante em relação à totalidade, não representando, portanto, um desvio que descaracterize a análise. Considerando o exemplo de Belo Horizonte (cuja PPI é a mais expressiva do estado), esse percentual gira em torno de 0,4% dos atendimentos realizados nas quatro clínicas analisadas do Sistema Hospitalar de Média Complexidade.

Para classificação do grau de cumprimento das metas entre os municípios, foram definidas quatro categorias, a partir da definição de intervalos que consideram o percentual de execução das metas definidas na PPI. Tais intervalos foram estabelecidos no Manual de Monitoramento da Programação Pactuada Integrada, documento elaborado pelas gerências da Superintendência de Regulação em outubro de 2006.

A cada intervalo de cumprimento das metas pactuadas corresponde um grau: menos de 70% de execução do pactuado: o cumprimento será considerado "baixo"; de 70% a menos de 90% de execução configurará um cumprimento "médio"; o mesmo será considerado "alto" se a execução for de 90% a 100% da pactuação programada. E, por fim, quando a execução superar a meta programada, será denominada "extrapolamento" (maior que 100%), conforme sumarizado no Quadro 1:

Quadro 1 - Grau de cumprimento das metas da PPI

CLASSIFICAÇÃO	INTERVALOS DE
	CUMPRIMENTO
Baixo	Menos de 70%
Médio	De 70% a menos de 90%
Alto	De 90% a 100%
Extrapolamento	Acima de 100%

Fonte: SES/MG – Manual de Monitoramento da Programação Pactuada Integrada

A capacidade instalada, traduzida aqui pelo indicador "média mensal do número de leitos do SUS por 1000 habitantes por município em 2006", também pode ser importante para determinar o grau de cumprimento da PPI⁴. A hipótese é a de que municípios com maior capacidade instalada têm melhores condições de cumprir a PPI que os municípios com menor capacidade instalada.

Para se construir tais indicadores, foram necessárias consultas ao DATASUS, a base de dados que é atualizada freqüentemente pelo Ministério da Saúde com os dados dos estados e municípios. Os dados obtidos referem-se ao ano de 2006, espaço de tempo para o qual a pesquisa se direciona.

Certamente o número de leitos não diz respeito somente aos procedimentos de Média Complexidade. Porém, tal inconsistência não pôde ser dirimida, devido à impossibilidade de se quantificar os leitos destinados à Média Complexidade hospitalar, uma vez que os mesmos leitos podem ser utilizados para procedimentos de complexidades diferentes.

-

⁴ Esse indicador não é sensível às economias de escala que existem na distribuição do número de leitos pelos estabelecimentos de saúde. Um hospital que dispõe de 240 leitos certamente é mais eficiente que três hospitais com 80 leitos cada. Porém, dada a impossibilidade de se quantificar o número de leitos por estabelecimento para separar esse efeito das economias de escala, optou-se por utilizar uma medida mais simples, de fácil mensuração, que possibilite uma categorização em intervalos e o controle das variáveis.

A capacidade instalada foi também classificada em alta, média e baixa, a partir da construção de intervalos, tendo como extremos o segundo maior (5,69) e o menor valor (0,58) observados⁵, conforme o quadro a seguir:

Ouadro 2: Capacidade Instalada dos Municípios-Pólo de Microrregiões

CLASSIFICAÇÃO	MÉDIA MENSAL DO NÚMERO DE LEITOS DO
	SUS POR 1000 HABITANTES
Baixa	Até 2,28 leitos
Média	De 2,29 a 3,99 leitos
Alta	Mais De 3,99 leitos

Fonte: DATASUS; elaboração do autor

Outras variáveis podem influenciar nesse grau de cumprimento, como a existência (e, quando existir, o seu tempo de funcionamento) de um aparato de regulação, aqui identificado na presença da Central de Regulação. Outra hipótese levantada é a de que municípios pertencentes às macrorregiões nas quais as Centrais de Regulação já tenham sido instaladas (ou tenham sido instaladas a mais tempo) têm melhores condições de cumprir as metas pactuadas na PPI, por disporem de um aparato administrativo para coordenar os fluxos assistenciais com maior eficiência.

Para identificar a data de implantação das Centrais de Regulação, foram utilizados documentos da Gerência de Regulação Assistencial, da Superintendência de Regulação da SES/MG, sendo considerado o mês de implantação, dado que todas foram instaladas no ano de 2006.

-

⁵ Não foi utilizado o maior valor observado, que foi de 7,68 leitos por 1000 habitantes (Barbacena), pois trata-se de um caso discrepante, e único, que excede em muito o valor do segundo maior valor observado.

O Quadro 3 relaciona todas as variáveis analisadas, indicadores e respectivas

fontes:

Quadro 3 - Relação das variáveis e seus respectivos indicadores e fontes utilizados na

INDICADORES	FONTE				
CORRESPONDENTES	TONIE				
Condição de gestão dos	Documentos da Câmara				
municípios segundo	Intergestores Bipartite de				
habilitação prevista na	Minas Gerais				
NOAS 01/2002					
Média mensal do número de	DATASUS				
leitos do SUS, por mil					
habitantes, dos municípios					
em 2006					
Mês de instalação da Central	Documentos da Gerência de				
de Regulação na	Regulação Assistencial				
macrorregião dos					
municípios, em 2006					
INDICADORES	FONTE				
CORRESPONDENTES					
Percentual de cumprimento	Relatório número 1 (um) do				
das metas físicas para a	CD XI de análise da PPI				
população própria, em 2006	Assistencial				
Percentual de cumprimento	Relatório número 1 (um) do				
das metas financeiras para a	CD XI de análise da PPI				
população própria, em 2006	Assistencial				
Percentual de cumprimento	Relatório número 1 (um) do				
das metas físicas para a	CD XI de análise da PPI				
população referenciada, em	Assistencial				
2006					
Percentual de cumprimento	Relatório número 1 (um) do				
das metas financeiras para a	CD XI de análise da PPI				
população referenciada, em	Assistencial				
2006					
	CORRESPONDENTES Condição de gestão dos municípios segundo habilitação prevista na NOAS 01/2002 Média mensal do número de leitos do SUS, por mil habitantes, dos municípios em 2006 Mês de instalação da Central de Regulação na macrorregião dos municípios, em 2006 INDICADORES CORRESPONDENTES Percentual de cumprimento das metas físicas para a população própria, em 2006 Percentual de cumprimento das metas financeiras para a população própria, em 2006 Percentual de cumprimento das metas físicas para a população referenciada, em 2006 Percentual de cumprimento das metas físicas para a população referenciada, em 2006				

FONTE: elaboração do autor

5.2 Cumprimento da PPI

Para se proceder à análise, primeiramente foram realizados cruzamentos binários entre os indicadores das variáveis independentes (características dos municípios) e os indicadores da variável dependente (cumprimento da PPI).

A tabela seguinte mostra o grau de cumprimento das metas físicas da PPI das duas categorias de municípios (GPAB-A ou GPSM) de acordo com a classificação estabelecida. É necessário frisar que um cumprimento ótimo, do ponto de vista de gestão da política de programação das ações de saúde, localiza-se no grau "alto". Sob essa ótica, as faixas "baixo" e "extrapolamento" constituem-se de situações indesejadas, ainda que esta última, do ponto de vista do atendimento integral, seja preferível à primeira.

Tabela 1 – Grau de cumprimento das metas físicas da PPI segundo a condição de gestão dos municípios de atendimento, 2006

Condição			Grau	ı de cum								
de Gestão	В	aixo	M	édio	Δ	Alto	Extrap	oolamento	Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
GPAB-A	1	1,7%	12	20,7%	29	50,0%	16	27,6%	58	100,0%		
GPSM	6	14,6%	16	39,0%	11	26,8%	8	19,5%	41	100,0%		
Total	7	7,1%	28	28,3%	40	40,4%	24	24,2%	99	100,0%		

FONTE: DATASUS; SES/MG -CD de Análise da PPI Assistencial; elaboração do autor

Em geral, observa-se que 40 dos 99 municípios-pólo (40,4%) apresentaram cumprimento "alto" para as metas físicas. Separando pela condição de gestão, metade dos municípios de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) têm grau de cumprimento nessa mesma faixa, em comparação com os 26,8% dos municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). A maior proporção destes se concentrou na faixa "médio", com 39% dos municípios. Quando se compara o cumprimento "baixo" nota-se que apenas um dos 58 municípios GPAB-A apresentou cumprimento nessa faixa (que representa 1,7% dos GPAB-A), em contraste com os seis dos 41 GPSM (que representam 14,6%).

Assim, conclui-se que os municípios GPAB-A, em comparação com os municípios GPSM, tiveram maior cumprimento das metas físicas da PPI, uma vez que os superam na faixa "alto" e têm menores proporções nas faixas "baixo" e "médio". Em compensação, a proporção de extrapolamento entre aqueles primeiros é bem maior que entre esses últimos.

Quando se analisa as metas financeiras (Tabela 2), mais da metade dos municípios GPAB-A extrapolaram o teto financeiro (56,9%), enquanto que a proporção dos GPSM nessa mesma faixa foi de 34,1%. Novamente, o grupo da condição de Gestão Plena da Atenção Básica manteve menores proporções de municípios que os de Gestão Plena do Sistema Municipal para as faixas de cumprimento "baixo" e "médio". No cumprimento "alto" manteve-se também uma proporção mais alta dos GPAB-A (27,6%) em comparação com os GPSM (22%).

Tabela 2 – Grau de cumprimento das metas financeiras da PPI segundo a condição de gestão dos municípios de atendimento, 2006

condição de	gestao aos	mumerpios e	ic accitatification	0, 200											
Condição		Grau de cumprimento da PPI													
de Gestão	Baixo	Médio	Alto	Extrapolamento	Total										
	N %	N %	N %	N %	N %										
GPAB-A	1 1,7%	8 13,8%	16 27,6%	33 56,9%	58 100,0%										
GPSM	4 9,8%	14 34,1%	9 22,0%	14 34,1%	41 100,0%										
Total	5 5,1%	22 22,2%	25 25,3%	47 47,5%	99 100,0%										

FONTE: DATASUS; SES/MG -CD de Análise da PPI Assistencial; elaboração do autor

Chama a atenção o fato de que ao passo que apenas 24 municípios extrapolam as metas físicas, 47 extrapolam as metas financeiras. Isto sugere a inadequação dos valores definidos na pactuação, que são inferiores aos dos procedimentos efetivamente realizados, conforme destacam alguns gestores.

Há uma relação entre condição de gestão e grau de cumprimento da PPI, pois houve diferenças entre o comportamento dos dois grupos constituídos, tanto para as metas físicas e financeiras, que podem ser melhor visualizadas através do Gráfico 1.

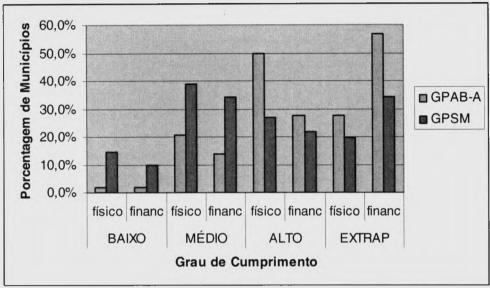


Gráfico 1: Grau de cumprimento da PPI segundo a condição de gestão do município de atendimento, 2006

FONTE: DATASUS; SES/MG -CD de Análise da PPI Assistencial; elaboração do autor

Entretanto, o grau de cumprimento da PPI foi relacionado com outras variáveis que possam afetá-lo. Com relação à capacidade instalada, poderia se esperar que o grau de cumprimento fosse tanto maior quanto fosse o número de leitos do SUS por 1000 habitantes, mas isso não é o que ocorre com as metas físicas (Tabela 3). Apesar de haver uma relação no grau de cumprimento "baixo", cuja proporção decresce à medida que aumenta a capacidade instalada, o mesmo não o corre com as outras faixas de cumprimento. A maior ou menor capacidade instalada parece não afetar o grau de cumprimento da PPI, pois tanto os municípios com baixa, média ou alta capacidade instalada apresentam proporções similares de alto grau de cumprimento da PPI.

Tabela 3 – Grau de cumprimento das metas físicas da PPI segundo capacidade instalada dos municípios de atendimento, em 2006

Capacidade	Е	Baixo	Médio			Alto	Extra	polamento	Total		
Instalada	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Baixa	5	8,5%	22	37,3%	24	40,7%	8	13,6%	59	100,0%	
Média	2	7,7%	3	11,5%	10	38,5%	11	42,3%	26	100,0%	
Alta	-	-	3	21,4%	6	42,9%	5	35,7%	14	100,0%	
Total	7	7,1%	28	28,3%	40	40,4%	24 24,2%		99	100,0%_	

FONTE: DATASUS; SES/MG -CD de Análise da PPI Assistencial; elaboração do autor

NOTA: Sinal convencional utilizado:

Quanto às metas financeiras (Tabela 4), é possível identificar duas tendências:

- a) A proporção de municípios com grau de cumprimento "alto" decresce à medida que aumenta sua capacidade instalada;
- b) A proporção de municípios que extraploaram o teto financeiro aumenta à medida que aumenta sua capacidade instalada.

Tabela 4 – Grau de cumprimento das metas financeiras da PPI segundo capacidade instalada dos municípios de atendimento, em 2006

			Gr									
Capacidade	В	Baixo	N	1 édio		Alto_	Extra	polamento	Total			
Instalada	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Baixa	3	5,1%	15	25,4%	16	27,1%	25	42,4%	59	100,0%		
Média	2	7,7%	4	15,4%	7	26,9%	13	50,0%	26	100,0%		
Alta	-	-	3	21,4%	2	14,3%	9	64,3%	14	100,0%		
Total	5	5,1%	22	22,2%	25	25,3%	47	47,5%	99	100,0%		

FONTE: DATASUS; SES/MG -CD de Análise da PPI Assistencial; elaboração do autor

NOTA: Sinal convencional utilizado:

Esses dados sugerem algumas hipóteses a serem verificadas. Pode-se supor, por exemplo, que os municípios com maior capacidade instalada sejam mais demandados que os de menor capacidade instalada, o que pode ter levado à ausência de municípios com cumprimento "baixo" e à grande incidência de extrapolamento do teto financeiro e, conseqüentemente, uma proporção menor de municípios que tiveram cumprimento "alto".

⁻ Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento

⁻ Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento

Quanto à variável existência e funcionamento da Central de Regulação das Macrorregiões, era esperado que, quanto maior fosse o seu tempo de funcionamento, mais eficiente no cumprimento da PPI seriam os municípios adscritos à Macrorregião. Assim a proporção de municípios com cumprimento "alto" deveria aumentar pelo tempo de instalação da Central de Regulação, o que não foi observado, de acordo com a Tabela 5.

Tabela 5 – Grau de cumprimento das metas físicas da PPI segundo o tempo de Instalação da Central de Regulação das macrorregiões dos municípios de atendimento, em 2006

			Grai	ı de Cur	npri	mento d	la PPI			
	E	Baixo	N	l édio		Alto	Extra	polamento	Γ	`otal
Mês	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Janeiro	-	-	4	36,4%	4	36,4%	3	27,3%	11	100,0%
Abril	-	-	1	10,0%	6	60,0%	3	30,0%	10	100,0%
Julho	1	12,5%	2 25,0%		4	50,0%	1	12,5%	8	100,0%
Agosto	-	-			2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%
Novembro	3	25,0%	6 50,0%		3	25,0%	-	-	12	100,0%
Dezembro	-	-	9	28,1%	11	34,4%	12 37,5%		32	100,0%
Não-										
Implantadas	3	3 13,0%		6 26,1%		43,5%	4 17,4%		23	100,0%
Total	7	7,1%	28	28,3%	40	40,4%	24	24,2%	99	100,0%

FONTE: DATASUS; SES/MG -CD de Análise da PPI Assistencial; elaboração do autor

NOTA: Sinal convencional utilizado:

As outras faixas de cumprimento também não seguem uma tendência de acordo com a data de implantação da Central de Regulação. Houve, por exemplo, nas macrorregiões sem Central de Regulação instaladas, uma maior proporção de municípios com cumprimento "alto" (43,5%) do que nas macrorregiões onde a Central foi instalada em dezembro (34,4%) e novembro (25%).

Chama a atenção, ainda, o fato de municípios-pólos das macrorregiões onde não foram instaladas Central de Regulação em 2006 terem uma proporção menor de extrapolamento (17,4%) de municípios cujas macrorregiões já dispõem da Central desde abril (30%), agosto (33,3%) e dezembro (37,5%).

⁻ Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento

Como mostra a Tabela 6, as metas financeiras também não seguem uma tendência com relação ao tempo de instalação da Central de Regulação, em nenhuma das faixas de cumprimento, com a exceção do grau "baixo". Somente municípios-pólo pertencentes a Macrorregiões sem Central de Regulação instalada em 2006 apresentaram grau de cumprimento baixo.

Tabela 6 – Grau de cumprimento das metas financeiras da PPI segundo o tempo de instalação da Central de Regulação das macrorregiões dos municípios de atendimento, em 2006

		(Grai	ı de Cur	npri	mento d	a PPI			
	Е	aixo	N	1édio		Alto	Extra	polamento		Total
Mês	N	%	N	%	N	N %		%	N	%
Janeiro	-	-	3	27,3%	3	27,3%	5	45,5%	11	100,0%
Abril	-	~	1	10,0%	2	20,0%	7	70,0%	10	100,0%
Julho	-	••	1	12,5%	4	50,0%	3	37,5%	8	100,0%
Agosto	-	-			1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%
Novembro	-	-	6	50,0%	1	8,3%	5	41,7%	12	100,0%
Dezembro	-	-	7	21,9%	7	21,9%	18 56,3%		32	100,0%
Não-										
Implantadas	5	5 21,7%		4 17,4%		7 30,4%		7 30,4%		100,0%
Total	5	21,7%	22	22,2%	25	25,3%	47 47,5%		99	100,0%

FONTE: DATASUS; SES/MG -CD de Análise da PPI Assistencial; elaboração do autor

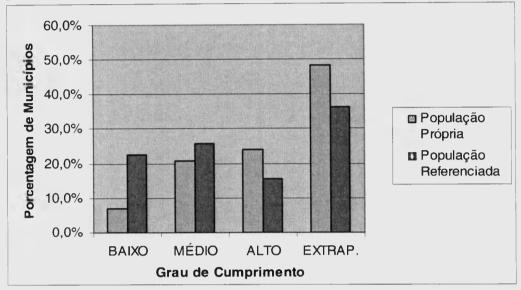
NOTA: Sinal convencional utilizado:

5.3 Cumprimento da PPI segundo as populações própria e referenciada

Após identificar uma relação entre grau de cumprimento da PPI e condição de gestão dos municípios-pólo, faz-se necessário uma investigação mais acurada, para verificar se há uma variação de tal grau de cumprimento entre a população própria e a população referenciada.

⁻ Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento

Gráfico 2 – Grau de cumprimento das metas físicas da PPI nos municípios de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, segundo a origem da população atendida, 2006



FONTE: DATASUS; SES/MG -CD de Análise da PPI Assistencial; elaboração do autor

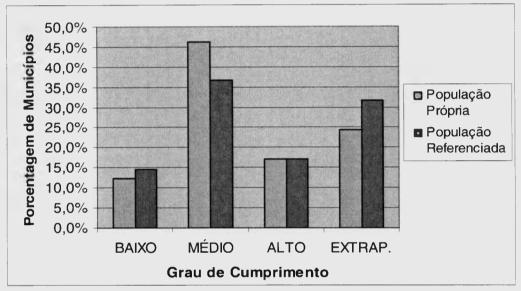
O Gráfico 2 mostra que grande parte (48,3%) dos municípios de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) extrapolou as metas físicas, quando se refere à sua população própria. A porcentagem alta se repete, porém em menor proporção, com as metas para a população referenciada: 36,2 % registraram extrapolamento das metas. Já para a faixa de cumprimento "alto" os municípios GPAB-A atingiram proporções maiores para a população própria (24,1%) que para a referenciada (15,5%). Ao mesmo tempo, nota-se que mais municípios tiveram cumprimento "baixo" para a população referenciada (22,4%) do que para a população própria (6,9%). Isso demonstra uma eficiência maior no cumprimento das metas para sua própria população do que para a população referenciada.

Em contraste, a maior proporção dos municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) situa-se no cumprimento "médio", de acordo com o Gráfico 3: 46,3% para a população própria, e 36,6% para a referenciada. O cumprimento "alto" tem o mesmo número de municípios GPSM para os dois tipos de população (sete, que equivale a 17,1% do total dos GPSM). Quanto ao cumprimento "baixo", também mantiveram

⁶ As tabelas das quais foram retirados os dados dos gráficos desta seção se encontram no Apêndice B

comportamento semelhante entre os dois tipos de população. Mas um número maior extrapolou as metas para a população referenciada (31,7%) do que para a população própria (24,4%).

Gráfico 3 – Grau de cumprimento das metas físicas da PPI nos municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal, segundo a origem da população atendida, 2006

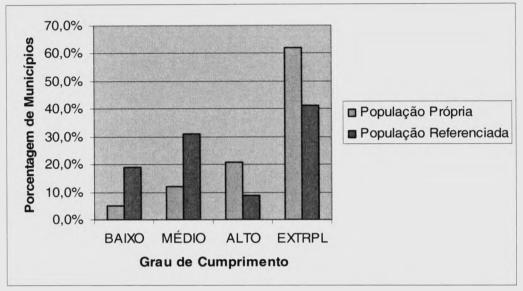


FONTE: DATASUS; SES/MG -CD de Análise da PPI Assistencial; elaboração do autor

Quanto ao grau de cumprimento das metas financeiras, percebe-se, através do Gráfico 4, que a maior parte dos municípios GPAB-A extrapolam seu teto financeiro, muito mais para a população própria (62,1%) que para a referenciada (41,4%). O cumprimento "alto" prevalece mais representativo para a população própria (20,7%) que para a referenciada, enquanto que mais municípios GPAB-A têm cumprimento "baixo" para a população referenciada (19%) que para a própria (5,2%).

Ao contrário do suposto inicial, os municípios GPAB-A é que privilegiam a população própria, pois um maior número deles têm cumprimento "alto" para a população própria que para a população referenciada (e o mesmo ocorrendo com o extrapolamento), enquanto que a proporção dos que têm cumprimento "baixo" é maior para a população referenciada do que para a população própria, tanto para as metas físicas quanto para as metas financeiras.

Gráfico 4 – Grau de cumprimento das metas financeiras da PPI nos municípios de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, segundo a origem da população atendida, 2006



FONTE: DATASUS; SES/MG -CD de Análise da PPI Assistencial; elaboração do autor

É de se supor que a grande proporção de extrapolamentos das metas físicas justifiquem o grande número de municípios GPAB-A que extrapolam o teto financeiro.

Quanto aos municípios GPSM (Gráfico 5), há "extrapolamento" ligeiramente em maior proporção para a população referenciada (29,3%) que para a população própria (25,9%). Apesar disso, têm maior proporção nos cumprimentos "alto" e "médio" para a população própria que para a referenciada, e cumprimento "baixo" em maior proporção para a população referenciada que para a população própria.

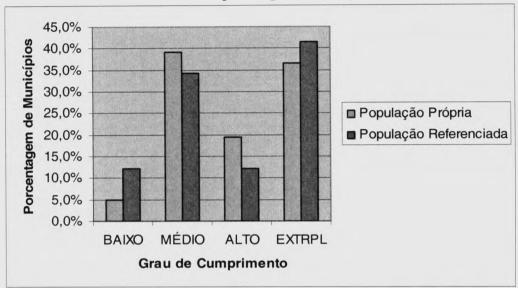


Gráfico 5 – Grau de cumprimento das metas financeiras da PPI nos municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal, segundo a origem da população, 2006

FONTE: DATASUS; SES/MG -CD de Análise da PPI Assistencial; elaboração do autor

A análise possibilitou verificar se o fato de deter a autonomia financeira influencia no grau de cumprimento da PPI. A hipótese básica era a de que os municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal – GPSM – privilegiariam sua população própria, em detrimento da população que lhe é referenciada de outros municípios. O resultado mostra o contrário, pois são os municípios GPAB-A, em sua maior proporção, que privilegiam a população própria no cumprimento das metas. Isso se explicitou na comparação do grau de cumprimento entre população própria e referenciada. Houve mais casos de municípios GPAB-A que têm graus "baixo" e "médio" de cumprimento para a população referenciada do que para a própria população. Em contrapartida, um percentual maior desse grupo de municípios obteve grau de cumprimento "alto" e "extrapolamento", mais para a população própria do que para a população referenciada (ver Gráficos 2 e 4).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PPI Assistencial é um instrumento de gestão relativamente recente no contexto do Sistema Único de Saúde e sua operacionalização, aos moldes de como é feito hoje, ocorre desde 2003 no estado de Minas Gerais. Sua relevância justifica-se por vários fatores: pela necessidade de haver um instrumento que estabeleça os fluxos de atendimento para os serviços públicos de saúde, de forma a obter economias de escala e viabilizar a atividade dos prestadores de serviço; por ser um espaço de pactuação que promove o amadurecimento da relação entre os entes federativos, possibilitando uma maior proximidade entre formuladores e implementadores da política pública de saúde.

Assim, foi investigado o grau de cumprimento da Programação Pactuada Integrada nos 99 municípios-pólo de Minas Gerais, buscando averiguar a existência de um padrão de cumprimento que pudesse estar relacionado à condição de gestão dos municípios, sua capacidade instalada de atendimento, a existência e funcionamento de um mecanismo de regulação, e a origem da população atendida (própria ou referenciada).

A escolha do universo de análise foi motivada pela característica intrínseca desses municípios: o papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção. Desse modo, todos os municípios estudados têm metas de atendimento pactuadas para sua própria população e também para a população referenciada.

Inicialmente, pela hipótese de trabalho levantada, supunha-se que a condição de gestão influenciaria o grau de cumprimento da PPI, sendo que os municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) privilegiariam seus munícipes, em detrimento da população de outros municípios, pelo fato de receberem os recursos destinados ao financiamento das ações de saúde diretamente do Fundo Nacional de Saúde.

Além disso, supunha-se também que o grau de cumprimento da PPI fosse tanto maior quanto fosse a capacidade instalada de atendimento dos municípios, e tanto

maior quanto há mais tempo tivesse sido instalada a Central de Regulação nas macrorregiões de tais municípios (existência e funcionamento de mecanismo de regulação).

A partir dos dados levantados percebeu-se que o grau de cumprimento da PPI é influenciado pela condição de gestão dos municípios-pólo. No entanto, a hipótese inicial de que os municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal privilegiariam seus munícipes em detrimento da população referenciada não se confirmou. O estudo atestou que este tipo de comportamento é assumido pela maioria dos municípios de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), já que a proporção destes que manteve graus elevados de cumprimento ("alto" e "extrapolamento") para a população própria foi maior que proporção que manteve graus de cumprimento para os mesmos intervalos para a população referenciada (tanto para as metas físicas quanto para as financeiras). Enquanto que, para os graus de cumprimento "baixo" e "médio", ocorreu a situação inversa.

As outras variáveis consideradas (capacidade instalada e data de implantação da Central de Regulação nas macrorregiões dos municípios) não influenciaram o grau de cumprimento entre os conjuntos estabelecidos de município-pólo de microrregiões. Independentemente da capacidade instalada, verificou-se que o grau de cumprimento das metas físicas e financeiras, na maioria dos municípios-pólo, é maior que 90% (categorias "alto" ou "extrapolamento").

Quanto à data de implantação das Centrais de Regulação, provavelmente não houve tempo suficiente para que provocasse efeito sobre o cumprimento da PPI, já que a pesquisa analisou dados de 2006, e a primeira Central de Regulação foi instalada em janeiro do mesmo ano.

Mesmo assim, pôde ser percebido que grande parte dos municípios, independentemente das variáveis estudadas, tem se esforçado para cumprir as metas firmadas na PPI. A pesquisa mostrou que mais de 40% destes tiveram um alto grau de cumprimento para as metas físicas dos procedimentos de Média Complexidade Hospitalar. Além disso, chamou a atenção o fato de 47,5% dos municípios extrapolaram o teto

financeiro, o que sugere a inadequação dos valores definidos na pactuação, que são inferiores aos dos procedimentos efetivamente realizados.

Por fim, destaca-se a relevância do presente trabalho para a compreensão e exploração de um aspecto importante da PPI. Seu grau de cumprimento nos grupos de municípios analisados é uma informação útil para que os gestores de saúde promovam mudanças para aperfeiçoar este instrumento de pactuação. Além do que essa dimensão pode sinalizar outros conflitos e ou gargalos na gestão da assistência à saúde do SUS.

Além disso, hipóteses de trabalho foram eliminadas e novas perguntas emergem das constatações resultantes, que merecem ser objeto de pesquisas posteriores, tais como: por quê os municípios GPAB-A têm um grau de cumprimento da PPI maior para sua própria população? Por quê o extrapolamento é tão recorrente entre os municípiospólo?

Assim, sugere-se novas pesquisas, a partir das constatações desse trabalho, para que se possa continuar contribuindo para o processo de aperfeiçoamento da Programação Pactuada Integrada enquanto instrumento de planejamento do Sistema Único de Saúde.

7 APÊNDICES

APÊNDICE A – RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS-PÓLO DAS MICRORREGIÕES DE SAÚDE DE MINAS GERAIS IDENTIFICADOS PELA CONDIÇÃO DE GESTÃO

(continua)

MUNICÍPIO	CONDIÇÃO DE	MUNICÍPIO	CONDIÇÃO DE
WOWEN 10	GESTÃO		GESTÃO
Águas Formosas	GPAB-A	Itabirito	GPAB-A
Além Paraíba	GPAB-A	Itajubá	GPAB-A
Alfenas	GPSM	Itambacuri	GPSM
Almenara	GPAB-A	Itaobim	GPAB-A
Araçuaí	GPAB-A	Itaúna	GPSM
Araguari	GPSM	Ituiutaba	GPAB-A
Araxá	GPAB-A	Iturama	GPSM
Barbacena	GPSM	Janaúba	GPAB-A
Belo Horizonte	GPSM	Januária	GPSM
Betim	GPSM	João Monlevade	GPSM
Bicas	GPAB-A	Juiz de Fora	GPSM
Bocaiúva	GPAB-A	Lavras	GPSM
Bom Despacho	GPAB-A	Leopoldina	GPAB-A
Bom Jardim de Minas	GPAB-A	Lima Duarte	GPAB-A
Brasília de Minas	GPAB-A	Machado	GPAB-A
Caeté	GPAB-A	Malacacheta	GPAB-A
Campo Belo	GPSM	Manhuaçu	GPSM
Capelinha	GPAB-A	Mantena	GPAB-A
Carangola	GPAB-A	Minas Novas	GPAB-A
Caratinga	GPSM	Monte Azul	GPAB-A
Cataguases	GPSM	Monte Carmelo	GPSM
Caxambu	GPAB-A	Montes Claros	GPSM
Congonhas	GPSM	Muriaé	GPAB-A
Conselheiro Lafaiete	GPSM	Nanuque	GPSM
Contagem	GPSM	Nova Lima	GPAB-A
Coração de Jesus	GPSM	Padre Paraíso	GPAB-A
Coronel Fabriciano	GPAB-A	Pará de Minas	GPAB-A
Curvelo	GPAB-A	Passos	GPAB-A
Diamantina	GPAB-A	Patos de Minas	GPSM
Divinópolis	GPSM	Patrocínio	GPSM
Formiga	GPAB-A	Pedra Azul	GPAB-A
Francisco Sá	GPAB-A	Pirapora	GPAB-A
Frutal	GPSM	Piumhi	GPAB-A
Governador Valadares	GPSM	Poços de Caldas	GPSM
Guanhães	GPAB-A	Porte Nova	GPSM
Guaxupé	GPAB-A	Pouso Alegre	
Ipatinga	GPSM		GPAB-A
Itabira	GPSM	Resplendor	GPAB-A
панна	OLOM	Salinas	GPSM

RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS-PÓLO DAS MICRORREGIÕES DE SAÚDE DE MINAS GERAIS IDENTIFICADOS PELA CONDIÇÃO DE GESTÃO

(conclusão)

	(conclusão)
MUNICÍPIO	CONDIÇÃO DE
	GESTÃO
Santa Maria do Suaçuí	GPAB-A
Santo Antônio do	
Amparo	GPSM
Santo Antônio do	
Monte	GPAB-A
Santos Dumont	GPAB-A
São Francisco	GPAB-A
São João Del Rey	GPSM
São João Evangelista	GPAB-A
São João Nepomuceno	GPAB-A
São Lourenço	GPAB-A
São Sebastião do	
Paraíso	GPAB-A
Sete Lagoas	GPSM
Taiobeiras	GPAB-A
Teófilo Otoni	GPSM
Três Corações	GPAB-A
Três Pontas	GPSM
Turmalina	GPAB-A
Ubá	GPAB-A
Uberaba	GPSM
Uberlândia	GPSM
Unaí	GPAB-A
Varginha	GPAB-A
Vespasiano	GPAB-A
Viçosa	GPSM
EQUIDE CECOACO	

FONTE: SES/MG – Comissão Intergestores Bipartite; elaboração do autor APÊNDICE B - TABELA 7 - Grau de Cumprimento das metas físicas da PPI segundo condição de gestão do mun população atendida, 2006

			GRAU DE CUMPRIMENTO DA PPI ASSISTENCIAL														٩L			
CONDIÇÃO DE			BA	AIXO				MÉDIO						ALTO						
	GESTÃO		ópria	Ref	ferenc.	Г	Total	Pr	ópria	Ref	erenc.	T	`otal	Pro	ópria	Ref	erenc.	T	'otal	Pı
			%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
	GPAB-A	4	6,9	13	22,4	4	6,9	12	20,7	15	25,9	12	20,7	14	24,1	9	15,5	14	24,1	28
	GPSM	5	12,2	6	14,6	5	12,2	19	46,3	15	36,6	19	46,3	7	17,1	7	17,1	7	17,1	10

FONTE: DATASUS; CD de Análise da PPI Assistencial; elaboração do autor

37 9

9,1 31

9 19,1 19

TOTAL

TOTAL

TABELA 8 - Grau de Cumprimento das metas financeiras da PPI segundo condição de gestão do município de ate atendida, 2006

67 30 62,4 31 31,3 21 41,2 16 32,6 21 21,2 38

	GRAU DE CUMPRIMENTO DA PPI ASSISTENCIAL															\L			
CONDIÇÃO DE GESTÃO	BAIXO						MÉDIO						ALTO						
	Própria		Referenc.		Total		Própria		Referenc.		Total		Própria		Referenc.		Total		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
GPAB-A	3	5,2	11	19,0	13	22,4	7	12,1	18	31,0	15	25,9	12	20,7	5	8,6	9	15,5	36
GPSM	2	4,9	5	8,6	6	14,6	16	27,6	14	24,1	15	36,6	8	13,8	5	8,6	7	17,1	15

5 10,1 16 27,6 19 19,2 23 39,7 32 55,2 30 30,3 20 34,5 10 17,2 16 16,2 51

FONTE: DATASUS; CD de Análise da PPI Assistencial; elaboração do autor

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ABRUCIO, Fernando Luiz. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In FLEURY, Sonia (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p.77-125.
- 2 ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo e Políticas Sociais. In: AFFONSO, Rui de Brito Álvares (Org.); SILVA, Pedro Luiz de Barros (Org.). A federação em perspectiva: ensaios selecionados. São Paulo: FUNDAP 1996, p. 57-76.
- 3 ARRETCHE, Marta. **Estado Federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan, 2000.
- A Política da Política de Saúde no Brasil. In LIMA, Nísia Trindade (Org.); GERSCHMAN, Silvia (Org.); EDLER, Flavio Coelho (Org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 285-306.
- 5 BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Rideel, 2004. p. 83-84.
- 6 BRASIL. Lei n 8 080, de 19 de setembro de 1990 Estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 de setembro de 1990. <disponível em www2.senado.gov.br/sf/legilacao/>. Acesso em 10 de julho de 2007.
- 7 BRASIL. Lei 8 142, de 28 de dezembro de 1990 Estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 de dezembro de 1990. <disponível em www2.senado.gov.br/sf/legilacao/>. Acesso em 10 de julho de 2007.
- 8 FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Centro de Documentação e Disseminação de Informações. **Normas de apresentação tabular**. Rio de Janeiro: IBGE, 1993.
- 9 GERSCHMAN, Silvia; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Liberal. In LIMA, Nísia Trindade (Org.); GERSCHMAN, Silvia (Org.); EDLER, Flavio Coelho (Org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 307-352.

- 10 MARQUES, Alisson Maciel de Faria. A Gestão do SUS em Minas Gerais. In _____. A Saúde no Nível Estadual de Governo: Um estudo dos mecanismos institucionais de gestão. 2004. 83 p. Monografia (graduação) Escola de Governo, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2004. p. 47-64
- 11 MENICUCCI, Telma M.G.. A reforma da política de saúde: inovação e continuidade 1975/2002. In ____. **Público e privado na assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. 2003. 419f. Tese (Doutorado) Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG, 2003. p.60-94
- 12 MENDES, Eugênio Vilaça; PESTANA, Marcos Vinícios Caetano. **Pacto de Gestão**: da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2004. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamento-gestao-em-saude/livro_marcu0s_pestana.pdf>. Acesso em 21 de maio de 2007.
- 13 MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2006, 42 p.
- 14 MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de Monitoramento da Programação Pactuada Integrada**: PPI Assistencial. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2006. 14 p.
- 15 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993. Aprova a Norma Operacional Básica –SUS 01/93, constante no anexo único desta portaria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 de maio de 1993. Disponível em <saúde.gov.br/sas>. Acessoem 07 de setembro de 2007.
- 16 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 2 203, de 06 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica –SUS 01/96, constante no anexo único desta portaria. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 07 de novembro de 1996. Disponível em <saúde.gov.br/sas>. Acesso em 07 de setembro de 2007.
- 17 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM n.º 95, de 25 de janeiro de 2001. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 26 de janeiro de 2001. Disponível em <saúde.gov.br/sas>. Acesso em 07 de setembro de 2007.
- 18 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM n.º 483, de 05 de abril de 2001. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 06 de abril de 2001. Disponível em <saúde.gov.br/sas>. Acesso em 07 de setembro de 2007.

- 19 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 28 de fevereiro de 2002. Disponível em <saúde.gov.br/sas>. Acesso em 21de maio de 2007.
- 20 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM n.º 1 101, de 12 de junho de 2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 13 de junho de 2002. Disponível em <saúde.gov.br/sas>. Acesso em 12 de setembro de 2007.
- 21 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 58 p.
- 22 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/GM n.º 1097, de 22 de maio de 2006. Define [que] o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 23 de maio de 2002. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib/legislacoes-e-materais-de-apoio-1/ Portaria % 20n.%201097%20PPI.pdf>. Acesso em 21de abril de 2007.
- 23 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Unidade Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. **A política de regulação do Brasil**. MENDONÇA, Claunara Schilling (Org.); REIS, Afonso Teixeira (Org.); MORAES, José Carlos de (Org.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p.
- 24 SCHIRM, Helena. **Apresentação de Trabalhos Acadêmicos**. Belo Horizonte: Escola de Governo, Fundação João Pinheiro, 2003.
- 25 ______. Apresentação de Referências, citações e notas de rodapé. Belo Horizonte: Escola de Governo, Fundação João Pinheiro, 2003.
- 26 SILVA, Anaíde Oliveira da. **Descentralização da política de saúde**: o papel do nível estadual de governo. 2002. 155 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) Escola de Governo, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2002
- 27 UGÁ, Maria Alicia D.; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In LIMA, Nísia Trindade (Org.); GERSCHMAN, Silvia (Org.); EDLER, Flavio Coelho (Org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 193-234