

UFMS

Ministério da Educação
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento
na Região Centro-Oeste

LENICE CARRILHO DE OLIVEIRA MOREIRA

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE: A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E
INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ESTADO DE MATO
GROSSO DO SUL**

**CAMPO GRANDE
2017**

LENICE CARRILHO DE OLIVEIRA MOREIRA

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE: A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E
INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ESTADO DE MATO
GROSSO DO SUL**

Tese apresentada como requisito para obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Linha de Pesquisa: Avaliação de tecnologias, políticas e ações em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki

**CAMPO GRANDE
2017**

LENICE CARRILHO DE OLIVEIRA MOREIRA

PLANEJAMENTO EM SAÚDE: A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Tese apresentada como requisito para obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, área de concentração Saúde e Sociedade, sob a orientação do Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki.

Aprovada em 09 de maio de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/UFMS

Profa. Dra. Maria Cristina Abrão Nachif
Secretaria de Municipal de Saúde/MS

Profa. Dra. Ana Rita Barbieri Filgueiras
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/UFMS

Profa. Dra. Luiza Helena de Oliveira Cazola
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/UFMS

Profa. Dra. Maria Elizabeth de Araújo Ajala
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/UFMS

Ao meu esposo e filhos pelo incentivo e apoio no decorrer do desenvolvimento do presente estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida e pela perseverança na busca de novos conhecimentos.

Aos meus pais, Áurea e Laurindo (in memoriam), por me ensinarem a sonhar. Ao companheiro e amigo Ayr Vilela, por ser meu porto seguro nas tempestades da vida. Aos meus filhos, Laryssa e Gyovani, anjos colocados em meu caminho para dar sentido ao meu viver.

Ao professor Dr. Edson Mamoru Tamaki, pela competência na transmissão do conhecimento e, principalmente, pela paciência e disposição na condução da orientação desta pesquisa.

À Secretaria da Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul (SES/MS) representada por Silvana Fontoura Dorneles, Karine Cavalcante da Costa, Evanir Serra Rodrigues e Susane Lima Vargas, pelo apoio e compartilhamento de seus vastos conhecimentos em saúde.

Às Secretarias Municipais de Saúde de Amambai, Campo Grande, Caracol, Corumbá, Douradina, Itaporã, Miranda, e Paranaíba, pela oportunidade de discutir o planejamento de seus municípios.

Aos colegas da Auditoria Interna da UFMS pelo apoio e compreensão nas ausências para participação nas aulas e na elaboração desta tese.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste/UFMS, pela oportunidade dada aos profissionais das mais diversas áreas de conhecimento de aprender e contribuir com a área da Saúde. Também à Vera e à Áurea, secretárias do Programa, pelo cuidado, profissionalismo, empenho e atenção dispensada.

A sabedoria não se transmite, é preciso que nós a descubramos, fazendo uma caminhada que ninguém pode fazer em nosso lugar e que ninguém nos pode evitar, porque a sabedoria é uma maneira de ver as coisas (Marcel Proust).

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo investigar o processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) dos municípios do estado de Mato Grosso do Sul, parte integrante do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), relativo ao período 2012-2015. A PPI é um instrumento de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e de pactuação entre municípios, por meio do qual se definem e quantificam as ações de saúde a serem realizadas, buscando adequar a demanda à oferta de serviços de saúde, de acordo com as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais. O referido instrumento está inserido no bojo da regionalização, diretriz preconizada na legislação básica do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por finalidade orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e garantir o acesso universal e a integralidade da atenção à saúde. Para orientar os gestores no processo de programação das ações, o Ministério da Saúde definiu diversas áreas estratégicas, sendo estudados, especificamente, os parâmetros pactuados na área estratégica “Saúde do Adulto - Hipertensão”. A hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e, além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose. Para identificação dos parâmetros de assistência e dos fatores que influenciaram o processo de pactuação nos municípios foram utilizados dados secundários oriundos de diversas fontes de informação, como COAP, planos de saúde, relatórios de gestão, manuais, leis, decretos e portarias do Ministério da Saúde, bem como dados primários obtidos por meio de entrevistas com gestores/técnicos das Secretarias Municipais de Saúde. Foram analisadas as pactuações de 78 municípios do estado de Mato Grosso do Sul, identificando-se, dentre esses, aqueles municípios cujos parâmetros de cobertura da população alvo, concentração de procedimentos, e cobertura assistencial, apresentaram diferenças em relação ao estabelecido pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para o Estado, os quais se constituíram na população alvo das entrevistas. Todos os municípios pesquisados elaboram os instrumentos formais de planejamento prescritos na legislação (Plano de Saúde, Programação Anual e Relatórios de Gestão). Os resultados revelam uma alta influência dos recursos financeiros na pactuação dos municípios, que ficam subordinados aos tetos financeiros estabelecidos, não refletindo, as pactuações, as demandas do município, mas, sim, uma adequação dos procedimentos aos recursos disponíveis. O estudo permitiu concluir, ainda, que na pactuação do parâmetro de cobertura da população hipertensa, os municípios buscaram manter o percentual de cobertura já praticado junto à sua população. Para pactuação dos parâmetros de concentração de procedimentos e de cobertura assistencial foram levadas em consideração a série histórica das ações e serviços de saúde, bem como a capacidade de atendimento e a infraestrutura dos municípios, como a falta e/ou *turnover* de pessoal (administrativo e profissional da área da saúde), a falta de qualificação do pessoal, o acúmulo de funções e a estrutura organizacional deficiente. A PPI mostrou ser um documento de regulação das referências, mas não garante o acesso aos vários níveis de assistência, vez que os serviços referenciados podem não ser executados. O monitoramento da PPI está se restringindo ao acompanhamento rotineiro da execução financeira das ações e dos fluxos pactuados, fazendo-se necessário investigar a validade de se manter a programação por área estratégica, uma vez que

há um descasamento entre o avaliado por indicadores (COAP) e o acompanhado pela PPI (por ação).

Palavras-chave: gestão em saúde, programação pactuada e integrada, assistência à saúde, avaliação em saúde, planejamento em saúde, regionalização.

ABSTRACT

The objective of this research was to investigate the Agreed and Integrated Programming of health assistance (PPI) of the municipalities of the State Mato Grosso do Sul, Brazil, which integrated the Organizational Contract of Public Health Action (COAP), held from 2012 to 2015. The PPI is a planning instrument of the Unified Health System (SUS) and of agreement between municipalities, through which health actions to be performed are defined and quantified, seeking to adapt the demand the provision of health services, according to the local and regional health peculiarities, needs and realities. This instrument is inserted into the midst of the regionalization, proposed directive on the basic legislation of the SUS, which aims at guiding the decentralization of health actions and services and ensuring universal access and the fulfillment of the attention to health. To guide managers in the process of programming actions, the Ministry of health has set several strategic areas, being studied, specifically, the parameters agreed on strategic area "Adult Health - Hypertension". Hypertension is a serious public health problem in Brazil and in the world and, besides being a direct cause of hypertensive heart disease, is a risk factor for diseases caused by atherosclerosis and thrombosis. In order to identify the parameters of assistance and the factors that influenced the agreement process in the municipalities secondary data from several sources of information were used, such as COAP, health plans, management reports, manuals, laws, decrees and ordinances of the Ministry of Health, as well as primary data obtained through interviews with managers/technicians of Municipal Health Bureaus. We analyzed the settlements of 78 municipalities in the State of Mato Grosso do Sul, identifying, among them, those municipalities whose parameters of coverage of the target population, concentration of procedures, and healthcare coverage, showed discrepancies in relation to what was established by the State Bipartite Management Committee (CIB), which were in the target population of the interviews. All municipalities surveyed elaborate formal planning instruments prescribed in legislation (Health Plan, Annual Program and Management Reports). The results reveal a high influence of financial resources on agreement of the municipalities, who are subject to the predefined financial ceilings, not reflecting, the settlements, the demands of the municipality, but an adaptation of procedures to resources available. The study made it possible to conclude, yet, that for the agreement concerning the hypertensive population coverage, the municipalities sought to maintain the percentage of coverage already practiced by for the population. For determining the concentration of parameters and procedures of healthcare coverage the historical series of actions and health services was taken into account, as well as the capacity and infrastructure of the municipalities, such as lack and/or *turnover* of personnel (administrative and professionals in the area of health care), the lack of qualification of staff, o accumulation of functions and poor organizational structure. The PPI turned out to be a regulatory document of the references, but does not guarantee the access to the various levels of assistance, once the referenced services may not be executed. The PPI is restricted to routine monitoring of financial implementation of the agreed actions and flows, being necessary to investigate the validity of keeping the program by strategic area, Once there is a mismatch between what is evaluated by indicators (COAP) and accompanied by PPI (per action).

Keywords: health management, agreed and integrated programming, health assistance, health evaluation, health planning, regionalization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Divisão político-administrativa e microrregional de Mato Grosso do Sul.....	66
Figura 2 – Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul, por Região de Saúde, 2013.....	69
Figura 3 – Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul, por microrregião, 2013.....	69
Figura 4 – Percentual de municípios com alteração nos parâmetros de concentração, por tipo de pactuação, 2016.....	93
Figura 5 – Percentual de municípios com alteração nos parâmetros de cobertura, por tipo de pactuação, 2016.....	94
Figura 6 – Municípios componentes da amostra, segundo a Região de Saúde, 2015.....	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).....	57
Quadro 2 – Tipo de risco e parâmetro de prevalência para estimativa de casos de hipertensão arterial na população brasileira de 18 anos e mais	62
Quadro 3 – Parâmetros sugeridos pelo Ministério da Saúde na área de atuação hipertensão, área estratégica “Saúde do Adulto”, 2006.....	90
Quadro 4 – Parâmetros adotados na área estratégica “Saúde do Adulto – Hipertensão”, Mato Grosso do Sul, 2014.....	91
Quadro 5 – Informações gerais, Mato Grosso do Sul, 2016.....	109
Quadro 6 – Comissão Intergestores Regional constituída por Região de Saúde, Mato Grosso do Sul, 2015.....	109
Quadro 7 – Nível de formação dos responsáveis pelo planejamento, por município, 2014.....	120

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Percentual de indivíduos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo a idade e os anos de escolaridade, Vigitel, 2014.....	61
Tabela 2 – Morbidade referida para hipertensão arterial, por grupo de idade, segundo situação do domicílio – 2013.....	62
Tabela 3 – Distribuição dos municípios, por classe de população, 2013.....	63
Tabela 4 – Municípios com e sem alterações nos parâmetros de concentração, por Região de Saúde, Mato Grosso do Sul, 2016.....	92
Tabela 5 – Municípios com e sem alterações nos parâmetros de cobertura, por Região de Saúde, Mato Grosso do Sul, 2016.....	92
Tabela 6 – Municípios por tipo de pactuação nos parâmetros de concentração e de cobertura, por Região de Saúde, Mato Grosso do Sul, 2016.....	93
Tabela 7 – Alteração nos parâmetros de concentração, por intervalo percentual e Região de Saúde, Mato Grosso do Sul, 2016.....	94
Tabela 8 – Alteração nos parâmetros de cobertura, por intervalo percentual e Região de Saúde, Mato Grosso do Sul, 2016.....	94
Tabela 9 – Alteração nos parâmetros de concentração e de cobertura, Mato Grosso do Sul, 2016.....	95
Tabela 10 – Alterações, para maior, no parâmetro de concentração, por Região de Saúde, 2016.....	96
Tabela 11 – Alterações, para maior, no parâmetro de cobertura, por Região de Saúde, 2016.....	97
Tabela 12 – Total de alterações nos parâmetros de concentração e de cobertura, por Região de Saúde, 2016.....	99
Tabela 13 – Municípios que apresentaram alterações nos parâmetros de cobertura populacional, concentração de procedimentos e cobertura assistencial, Mato Grosso do Sul, 2016.....	101
Tabela 14 – Parâmetros usados para estimar a população coberta na área de atuação hipertensão, segundo município, Mato Grosso do Sul, 2016..	105

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS - Atenção Primária da Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVE - Acidente Vascular Encefálico

BTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CASSEMS - Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul

CECAA - Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria

CERA - Coordenadoria Estadual de Regulação Assistencial

CES - Conselho Estadual de Saúde

CGR - Colegiado de Gestão Regional

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIR - Comissão Intergestores Regional

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMA - Coordenadoria de Elaboração, Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Planejamento do SUS

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CSP - Coordenadoria Setorial de Planejamento

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

DCV - Doença Cardiovascular

ECG - Eletrocardiograma

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FR - Fator de Risco

FUNDECT - Fundação de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul.

GASE - Gestão Avançada do Sistema Estadual

GM/MS - Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde

GPAB-A - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

GPSE - Gestão Plena de Sistema Estadual

GPSM - Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL - *High Density Lipoproteins* (Lipoproteínas de Alta Densidade)

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Normas Operacionais da Assistência à Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPM - Tabela de Procedimentos, Medicamentos Órteses/Próteses e Materiais Especiais

PA - Pressão Arterial

PAB - Piso de Atenção Básica

PAS - Programação Anual de Saúde

PCCS - Plano de Carreira, Cargos e Salários

PDA - Plano Diretor de Atenção Básica

PDI - Plano Diretor de Investimentos

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PES - Plano Estadual de Saúde

PGASS - Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PlanejaSUS - Sistema de Planejamento do SUS

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNS - Plano Nacional de Saúde

PPA - Plano Plurianual

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PRONEM - Programa de Apoio a Núcleos Emergentes

PS - Plano de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

RAG - Relatório Anual de Gestão

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RS - Região de Saúde

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENASES - Relação Nacional de Serviços de Saúde

SARGSUS - Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão

SCAM - Sistema de Apoio ao Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Planejamento do SUS

SDRH - Secretaria Estadual de Desenvolvimento de Recursos Humanos

SES/MS - Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul

SESAU - Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SIA - Sistema de Informação Ambulatoriais

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SisHiperdia - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

SISPACTO - Sistema de Pactuação dos Indicadores

SISPPI - Sistema de Programação Pactuada e Integrada

SUS - Sistema Único de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TCG - Termo de Compromisso de Gestão

TCGM - Termo de Compromisso de Gestão Municipal

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFG - Teto Financeiro Global

TFGE - Teto Financeiro Global Estadual

TFGM - Teto Financeiro Global Municipal

TSH - *Thyroid Stimulating Hormone* (Hormônio Estimulador da Tireóide)

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMS - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

UNIMED - União de Médicos

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por
Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1	Da criação do SUS ao COAP.....	23
2.2	A Programação Pactuada e Integrada no contexto do planejamento do SUS.....	42
2.3	Doenças crônicas não transmissíveis.....	52
2.3.1	<u>Hipertensão arterial sistêmica.....</u>	54
2.4	A gestão em saúde no estado de Mato Grosso do Sul.....	63
3	OBJETIVOS.....	76
3.1	Geral.....	76
3.2	Específicos.....	76
4	METODOLOGIA.....	77
4.1	Caracterização do estudo.....	77
4.2	Caracterização do estado de Mato Grosso do Sul.....	77
4.3	Pesquisa de dados secundários.....	78
4.3.1	<u>Sistema Informatizado de Programação da Assistência à Saúde - Programação Pactuada e Integrada (SISPPI).....</u>	80
4.4	Pesquisa de dados primários.....	82
4.5	Critérios éticos.....	85
5	RESULTADOS E ANÁLISE.....	86
5.1	A pactuação dos parâmetros de assistência.....	86
5.2	A Programação Pactuada e Integrada nos municípios de Mato Grosso do Sul.....	100

5.2.1	<u>Caracterização dos municípios em estudo</u>	100
5.2.2	<u>O processo de pactuação nos municípios</u>	107
5.2.3	<u>Fatores que influenciaram a pactuação dos municípios</u>	123
5.2.4	<u>A PPI como elemento garantidor do acesso</u>	128
5.2.5	<u>Do financiamento da PPI</u>	133
5.2.6	<u>Monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde</u>	137
5.2.6.1	Do monitoramento.....	137
5.2.6.2	Da avaliação.....	142
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
	REFERÊNCIAS	155
	APÊNDICES	167
	ANEXOS	182

1 INTRODUÇÃO

Os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, foram transformados, na Constituição Federal, em direito à saúde, passando a significar que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas (econômicas e sociais) que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1996).

Com a inclusão da saúde no texto constitucional fez-se necessária sua regulamentação, o que ocorreu e continua ocorrendo, por meio da divulgação de um conjunto de leis, decretos e portarias normativas do Ministério da Saúde.

Instituída com a finalidade de regulamentar o Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei nº 8.080/90 definiu que cabe à direção nacional do SUS identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de parâmetros¹ de assistência à saúde, bem como os critérios e valores para a remuneração de serviços (BRASIL, 1990a).

Esse tipo de recomendação foi introduzido na programação em saúde por meio da Portaria nº 3.046, de 20 de julho de 1982 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, que fixou os “parâmetros” que iriam orientar o cálculo das metas da Programação e Orçamento Integrada (POI) no período das Ações Integradas de Saúde (AIS) (BRASIL, 2015d).

Marco importante na história dos parâmetros assistenciais na saúde, a Portaria 3.046/1982 estabeleceu os chamados “parâmetros de cobertura” de consultas médicas, exames complementares e internações voltados à população de beneficiários do sistema de previdência social, bem como “parâmetros de produtividade”, ou seja, número de consultas/médico/hora e internações leito/ano, destinados a estimar a capacidade de produção de serviços assistenciais das instituições contratadas (BRASIL, 2015d, p.9).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015d), esses critérios se restringiram a um aspecto normativo que marcou a prática de programação dos recursos para a assistência à saúde nas décadas seguintes.

Passados quase quinze anos da reforma sanitária que criou o SUS, os parâmetros de produção de serviços contidos na Portaria nº 3.046/1982 foram

¹ Denomina-se “parâmetros” as recomendações técnicas, geralmente de caráter normativo, expressas em concentrações *per capita* desejadas para serviços de saúde (BRASIL, 2015d, p. 9).

atualizados com a edição da Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002 (BRASIL, 2002b, 2015d).

No entanto, essa norma reproduziu a lógica de pagamento por procedimentos e de parâmetros voltados à indução do crescimento de alguns serviços em detrimento de outros, não se baseando em evidências científicas acerca do volume de serviços necessários para o controle de condições de saúde específicas e para o atendimento às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2015d).

Mais recentemente, a partir do Pacto pela Saúde, foi introduzido um cálculo de necessidades de saúde na metodologia da Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI Assistencial) com base em recomendações das áreas técnicas do Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 1.097, de 22 de maio de 2006).

Ressalte-se que a Norma Operacional Básica - NOB 01/1996 instituiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como instrumento de gestão que permitia ao gestor municipal planejar as ações de saúde disponibilizadas à sua população, por si mesmo ou via pactuação com outros municípios.

A política de descentralização da gestão da saúde colaborou para os avanços ocorridos na oferta de serviços de saúde, por meio da transferência de responsabilidades até o nível municipal. Os arranjos regionais possibilitaram que os serviços fossem prestados de forma mais eficiente e democrática.

A regionalização foi concebida como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, promovida por meio da divisão desses serviços em espaços territoriais - macrorregiões, microrregiões e módulos assistenciais - de acordo com os respectivos graus de complexidade tecnológica.

O processo de Programação Pactuada e Integrada é tido como o principal instrumento para a regionalização, cabendo sua coordenação, no âmbito do estado, à Secretaria Estadual de Saúde.

O papel da gestão estadual, com a radicalização do processo de municipalização, fica confuso e cada vez mais se opera um sistema extremamente normativo e burocrático. Como resultado das discussões desse “engessamento” do SUS em vários fóruns, surge a proposta de se celebrar o Pacto na Saúde, retomando a essência da reforma sanitária que é a saúde como direito de cidadania, cumprido através da responsabilidade solidária entre as três esferas de gestão (LEWANDOWSKI; BARROS, 2014).

As disputas políticas entre as três esferas do governo dificultaram a efetivação da orientação operativa das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), tendo sido elaborado um “Pacto de Gestão”, por meio do qual os gestores das três esferas de governo assumiriam compromissos negociados e definiriam metas conjuntas a serem atingidas de forma partilhada.

Para Machado *et al.* (2009), embora não tenha trazido grandes mudanças à estrutura de funcionamento da rede de assistência do SUS, o Pacto em Saúde apresentou componentes novos, destacando-se, dentre esses, o processo de pactuação entre os gestores, que extinguiu o processo de habilitação para estados e municípios.

De acordo com o Pacto de Gestão a Programação Pactuada Integrada (PPI) deve levar em conta para a sua elaboração: o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e as séries históricas; os parâmetros instituídos pela Portaria nº 1.101/2002 do Ministério da Saúde; e, os serviços de saúde prestados à população local e estadual.

O momento de elaboração da PPI implica na definição de prioridades locais que se traduzem em ações programáticas para serem executadas no âmbito municipal com a participação das outras instâncias e setores envolvidos com o SUS, constituindo-se, portanto, num dos principais instrumentos para o compartilhamento das decisões no âmbito da saúde (MOLESINI *et al.*, 2010, p. 627-628).

Enquanto instrumento de gestão a PPI detalha as ações, as metas anuais, os indicadores, e os recursos financeiros necessários, devendo ser revista anualmente de forma a permitir redirecionamentos.

Dessa forma, considerando que o processo tem início nos municípios, ascendendo a uma rede assistencial mais complexa capaz de assegurar o acesso da população aos serviços de saúde necessários, tem-se que a definição dos fluxos assistenciais dá-se por meio da PPI.

O estado de Mato Grosso do Sul vem participando ativamente na caminhada do SUS ao longo dos anos. A princípio cumprindo as Normas Operacionais Básicas (NOB), seguidas pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), passando pelo Pacto pela Saúde até chegar ao Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP).

Mato Grosso do Sul foi um dos primeiros estados a celebrar o Pacto pela Saúde com a adesão de 100% dos 78 municípios existentes à época (SMAKA,

2013), e, também, o primeiro estado a assinar o COAP com a adesão de 100% de seus municípios (LEWANDOWSKI; BARROS, 2014).

A PPI, parte integrante do COAP, é um instrumento essencial de gestão e planejamento que explicita os compromissos pactuados em cada região de saúde e define a organização, o financiamento e a integração das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade dos três entes, com vistas a garantir a integralidade da assistência à saúde dos usuários.

Nesta pesquisa investigou-se o processo de elaboração da PPI nos municípios do estado de Mato Grosso do Sul, com vistas a identificar os fatores que influenciaram a pactuação destes, na área estratégica “Saúde do Adulto-Hipertensão”.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Da criação do SUS ao COAP

Em 1988, com a conclusão do processo constituinte, foi promulgada a oitava Constituição do Brasil que, chamada “Constituição Cidadã”, foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública (BRASIL, 2011a).

A Constituição Federal de 1988 institucionalizou, no Brasil, o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o texto constitucional, a concepção do SUS baseou-se em um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, buscando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social (BRASIL, 2011a).

A política de saúde definida constitucionalmente é orientada pelos princípios da universalidade e da igualdade no acesso a ações e serviços de saúde, os quais devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, devendo, o referido sistema, organizar-se de acordo com as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade (BRASIL, 1988). O texto da Constituição Federal estabelece que:

Art. 196 – A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198 – 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.

As discussões consolidadas na VIII Conferência Nacional de Saúde e materializadas na Constituinte pela luta dos sanitaristas, gestores e políticos comprometidos com a reforma do sistema vigente resultaram no oferecimento, ao povo brasileiro, de um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção,

promoção, cura e reabilitação da saúde (BRASIL, 2011a). A forma de financiamento do SUS está estabelecida no § 1º do art. 198 da Constituição Federal que dispõe:

Art. 198 – [...]

§ 1º - O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Foi nessa Conferência, ocorrida entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária, evidenciando-se que as modificações no setor da saúde transcendiam aos marcos de uma simples reforma administrativa e financeira, havendo necessidade de uma reformulação mais profunda (BRASIL, 2011a).

Enquanto se discutia o financiamento e a operacionalização para a constituição do Sistema Único de Saúde, em julho de 1987, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que tinha também como princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária (BRASIL, 2011a).

O SUS é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa, em termos constitucionais, uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com os seus cidadãos (BRASIL, 2011a).

Segundo Lewandowski e Barros (2014) é incomum, no mundo, o fato de um país assumir para si a responsabilidade pela saúde de sua população e arcar com os respectivos custos, sendo, assim, considerado revolucionário o compromisso assumido pelo Brasil.

Souza (2002), citado por Brasil (2011a), lembra que, antes da criação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias, sendo a assistência médico-hospitalar prestada por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, que beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do INPS e seus dependentes, não tendo caráter universal.

Oliveira Neto e Itani (2008), afirmam que o SUS, partindo de um processo de conquistas sociais passa do modelo hegemônico médico-assistencial, para um modelo estruturado sobre princípios e diretrizes.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pela conjunção das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, prestados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado em redes regionalizadas (BRASIL, 1990a, 2011c). Segundo o art. 197 da Constituição Federal:

Art. 197 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Concebido como um sistema de saúde com foco na descentralização e administração democrática, por meio da participação da sociedade organizada, instituiu mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade e, entre as distintas esferas de governo – nacional, estadual, e, municipal – passando os gestores setoriais a exercer papel fundamental na concretização dos princípios e das diretrizes da reforma sanitária brasileira (BRASIL, 2011a).

Com a ampliação da responsabilização do Estado em relação às ações e serviços de saúde, fez-se necessária a adoção de estratégias capazes de promover máxima eficiência ao processo de gestão, assumindo, a atividade de planejamento, papel fundamental na racionalização da organização, acompanhamento e avaliação da atuação sistêmica inscrita na formulação do Sistema Único de Saúde-SUS (BRASIL, 2008).

Em relação ao planejamento e a instrumentos que lhe dão expressão concreta, destacam-se, as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização; e, o funcionamento dos serviços correspondentes. Esta Lei regula as ações e os serviços de saúde, executados em todo o território nacional, isolada ou conjuntamente, em caráter

permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado (BRASIL, 1990a).

De acordo com o art. 9º da Lei nº 8.080/90, a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser única, sendo exercida pelo Ministério da Saúde, no âmbito da União e, pelas respectivas Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes, no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 1990a).

Segundo a mesma Lei, compete à direção estadual do SUS promover a descentralização² dos serviços e das ações de saúde para os municípios, cabendo à direção municipal o planejamento, organização, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde, bem como gerir e executar os serviços públicos de saúde (BRASIL, 1990a).

O art. 36 da Lei nº 8.080/90, regulamentado pelo Decreto 7.508/2011, estabelece que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, partindo do nível local até o federal, e, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, deve compatibilizar as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros, no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos e deverão conter metas de saúde (BRASIL, 1990a, 2011c). Essa lógica de formulação ascendente é um dos mecanismos relevantes na observância do princípio de unicidade do SUS (BRASIL, 2009a).

Os planos de saúde são a base para as atividades e programações de cada nível de direção do SUS, devendo o seu financiamento estar previsto na respectiva proposta orçamentária. Cabe ao Conselho Nacional de Saúde a responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde (BRASIL, 1990a, 2011c).

² O princípio de descentralização que norteia o SUS ocorre, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos (BRASIL, 2009c).

A gestão do SUS passou a contar com a participação da comunidade a partir da instituição, em cada esfera de governo, das instâncias colegiadas: Conferências de Saúde³; e, Conselhos de Saúde⁴ (BRASIL, 1990b).

Com relação às transferências intergovernamentais estabeleceu-se que, para receberem os recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, os municípios, os estados e o Distrito Federal deveriam contar com: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; Plano de Saúde; Relatórios de Gestão; contrapartida de recursos para a Saúde no respectivo orçamento; e, Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários-PCCS (BRASIL, 1990b).

A partir das definições estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, o processo de implantação do Sistema Único de Saúde foi efetivamente implementado, sendo orientado, inicialmente, pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS, instituídas por meio de portarias, a princípio do Inamps e, depois, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

Por meio dessas Normas foram definidas, além das competências de cada esfera de governo na implantação do SUS e das condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as condições de gestão, também, os critérios para repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

A primeira Norma Operacional Básica - NOB/91, editada pela Presidência do Inamps (Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991) e reeditada com alterações pela Resolução nº 273, de 17 de janeiro de 1991, foi escrita segundo a cultura prevaiente naquela instituição de assistência médica tendo, portanto, forte conotação centralista (BRASIL, 2011b).

De acordo com Scatena e Tanaka (2001), essa norma reproduz muitos dos elementos que compõem as Leis Orgânicas da Saúde, porém seu enfoque é direcionado à normalização de mecanismos de financiamento do SUS - repasse,

³ A Conferência de Saúde, com representação dos vários segmentos sociais, reunir-se-á a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990b).

⁴ Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990b, 2003b).

acompanhamento, controle e avaliação dos recursos financeiros do Inamps para os municípios e/ou estados.

Seguiu-se a NOB de 1992, ainda editada pelo Inamps, por meio da Portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS nº 234, de 7 de fevereiro de 1992, como resultado de consenso entre o Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)⁵, tendo por objetivos: normatizar a assistência à saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e, dar forma concreta e fornecer instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde (BRASIL, 2011b).

Já a NOB de 1993, editada por meio da Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993, instituiu as Comissões Intergestores Bipartite (CIB)⁶ e Tripartite (CIT)⁷, como fóruns de negociação e deliberação, criando, assim, um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas, além de impulsionar a municipalização (BRASIL, 2011b).

As Comissões Intergestores são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos, que integram a estrutura decisória do SUS, em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública, das três esferas de governo. As decisões se dão por consenso, estimulando o debate e a negociação entre as partes (BRASIL, 2011a).

A referida norma estabeleceu a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo, como ponto principal do gerenciamento do processo de descentralização no SUS (BRASIL, 2011a).

O êxito das mudanças promovidas pela NOB-SUS 01/93 gerou uma ampla discussão no setor saúde, levando à construção de uma nova Norma Operacional Básica, que representou um salto de qualidade na oferta dos serviços e ações desenvolvidas pelo SUS em todo o país (BRASIL, 2011a).

⁵ O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1990b).

⁶ A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é constituída paritariamente por representantes da secretaria estadual de saúde e das secretarias municipais de saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) ou similar. O Secretário de Saúde da Capital deve, obrigatoriamente, fazer parte da referida Comissão (BRASIL, 1993, 2011a).

⁷ A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) (BRASIL, 2011a).

Concebida como um instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde, instituiu-se a Norma Operacional Básica do SUS – NOB–SUS 01/96, aprovada por meio da Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 (BRASIL, 1996).

A instituição da referida Norma Operacional Básica consolidou a política de municipalização, estabelecendo o pleno exercício do poder municipal na função de gestor da atenção à saúde, redefinindo as responsabilidades da União e dos estados, avançando, dessa forma, na consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 2011b).

Nesse contexto introduziu-se, na gestão do SUS, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), conforme o disposto no item 11.1.1 do Anexo à Portaria nº 2.203/1996:

11.1.1 A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual (BRASIL, 1996, p. 22935).

Mendes *et al.* (2011), afirmam que a PPI incentivou a pactuação de novos acordos relativos ao acesso a procedimentos assistenciais de maior complexidade, estimulando a reorganização e hierarquização do sistema de serviços de saúde sob coordenação do estado.

De acordo com Molesini *et al.* (2010), a elaboração da programação deve observar critérios e parâmetros estabelecidos pelas Comissões Intergestores e ser aprovados pelos respectivos conselhos, devendo sua finalização expressar a distribuição de recursos, inclusive os repassados pelo Ministério da Saúde (MS).

A NOB-SUS 01/96 reafirma os princípios constitucionais ao definir que o município é responsável, em primeira instância, pela situação da saúde de sua população, devendo organizar os serviços que estão sob sua gestão e/ou participar na construção do acesso aos demais serviços (dentro e fora do município) (BRASIL, 1998).

Essa Norma inovou no processo da gestão descentralizada do SUS, com destaque para a introdução do Piso da Atenção Básica (PAB)⁸, por meio do qual os municípios passaram a receber um valor *per capita* habitante/ano, para executarem e gerenciarem as ações da atenção básica. Para tanto foram estabelecidas duas condições de gestão⁹ às quais os municípios poderiam habilitar-se: Gestão Plena da Atenção Básica¹⁰ e Gestão Plena do Sistema Municipal¹¹. Destaca-se que os municípios não habilitados em nenhuma das duas condições instituídas não figuravam como credenciados ao SUS, sendo o PAB desses municípios gerido pelo governo do estado (MENDES *et al.*, 2011). Por meio da NOB-SUS 01/96 foram, ainda, redefinidas as responsabilidades da União e dos estados (MINAS GERAIS, 2004).

A partir de então, tem-se o aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, vez que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território (BRASIL, 1996).

No decorrer da implementação da NOB-SUS 01/96 muitos problemas foram observados, em especial os relativos à definição das responsabilidades, ao planejamento e organização do sistema e, à resolutividade¹² e acesso a serviços,

⁸ O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal (BRASIL, 1996).

⁹ As condições de gestão explicitam as responsabilidades do gestor estadual/municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e, as prerrogativas que favorecem o seu desempenho (BRASIL, 1996).

¹⁰ Gestão Plena da Atenção Básica – Responsabilidades: programação municipal dos serviços básicos; gerência de unidades ambulatoriais; cadastramento nacional dos usuários; prestação dos serviços cobertos pelo PAB; contratação, controle e pagamento aos prestadores dos serviços cobertos pelo PAB; autorização de internações e procedimentos ambulatoriais especializados; atualização do cadastro das unidades ambulatoriais; execução das ações básicas de vigilância sanitária, epidemiológica, controle de doenças e de ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas; elaboração do relatório anual de gestão (BRASIL, 1996).

¹¹ Gestão Plena do Sistema Municipal – Responsabilidades: programação municipal contendo, inclusive, a referência ambulatorial e hospitalar especializada; gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares; cadastramento nacional dos usuários; criação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal; contratação, controle e pagamento aos prestadores dos serviços cobertos pelo Teto Financeiro Global do Município; oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade; execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária epidemiológica, controle de doenças e de ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas (BRASIL, 1996).

¹² Resolutividade – eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adstrita, no domicílio e na

gerando novas discussões entre os gestores, o que resultou na publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (NOAS-SUS 01/01), instituída pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001 (BRASIL, 2011a).

A NOAS-SUS 01/01 estabeleceu o processo de regionalização¹³ como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal (BRASIL, 2011a).

De acordo com a NOAS-SUS 01/01, o processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI), coordenado pelo gestor estadual, representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e a definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão (BRASIL, 2001a).

A presente Norma atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB-SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e, as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais (BRASIL, 2001a).

A partir da publicação da NOAS-SUS 01/01, os municípios puderam habilitar-se¹⁴ nas condições de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A)¹⁵ e de Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde (GPSM)¹⁶, e os estados puderam

unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta (BRASIL, 1998).

¹³ Regionalização – orienta a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Visa garantir acesso, resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal (BRASIL, 2006a).

¹⁴ A habilitação dos municípios e estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2001a).

¹⁵ Os municípios habilitados nesta condição de gestão devem dispor de condições para ofertar, com suficiência e qualidade, todo o elenco de procedimentos propostos para a Atenção Básica Ampliada, constantes dos Anexos 1 e 2 da NOAS – SUS 01/01, além dos serviços de média e alta complexidade por meio de referências de sua população para outros municípios, segundo “pactuação” estabelecida (BRASIL, 2003c).

¹⁶ Além do elenco de procedimentos propostos para a Atenção Básica Ampliada, os municípios habilitados nesta condição de gestão deverão dispor de uma rede assistencial capaz de ofertar um conjunto mínimo de serviços de média complexidade, relacionados no Anexo 3 da NOAS – SUS 01/01 e constituir-se referência para municípios cuja capacidade de oferta limita-se à Atenção Básica Ampliada (BRASIL, 2003c).

habilitar-se nas condições de Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE) e de Gestão Plena de Sistema Estadual (GPSE)¹⁷ (BRASIL, 2011a).

A ampliação da Atenção Básica proposta pela NOAS-SUS 01/01 definiu responsabilidades e ações estratégicas mínimas, de forma amplamente negociada entre os atores políticos e institucionais envolvidos na discussão, quais sejam: controle da Tuberculose, eliminação da Hanseníase, controle da Hipertensão, controle do Diabetes Mellitus, ações de Saúde Bucal, ações de Saúde da Criança e ações de Saúde da Mulher (BRASIL, 2003a, p. 105).

Essa NOAS tinha por objetivo preencher as lacunas deixadas pela NOB/96 no tocante à área assistencial, no entanto, antes mesmo de ser implementada, foi revogada pela NOAS 01/02 (BERZOINI, 2010).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02 (NOAS-SUS 01/02), instituída pela Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, cujo objetivo era promover maior equidade¹⁸ na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção, resultou dos encaminhamentos estabelecidos na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 22 de novembro de 2001 (BRASIL, 2011b).

Destaca-se que a NOAS-SUS 01/02, ao assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01, busca oferecer alternativas à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação (BRASIL, 2002a).

A partir da publicação dessa Norma, a descentralização é associada à regionalização da assistência, exigindo articulação entre os gestores municipais para a negociação e a pactuação de referências intermunicipais, sob a coordenação e regulação estadual, por meio da Programação Pactuada e Integrada (BRASIL, 2011b).

Segundo Amorim e Menicucci (2008, p. 3), a regionalização tem como objetivos criar mecanismos que desestimulem a concorrência predatória entre os

¹⁷ As atribuições do Estado habilitado a uma das condições de gestão compreendem, entre outras: • coordenação do sistema de saúde estadual, abrangendo o planejamento e a organização das redes assistenciais do estado e a integração dos sistemas municipais; • coordenação do processo de elaboração da Programação Pactuada Integrada – PPI estadual; • coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, a compensação das internações, dos procedimentos especializados e de alta complexidade/custo (BRASIL, 2003c).

¹⁸ Equidade – igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população (BRASIL, 1998).

municípios, identificada na literatura como “municipalismo autárquico”, e possibilitar e incentivar a solidariedade e a cooperação entre os entes federados por meio da “regionalização cooperativa”.

A regionalização é uma das formas atuais de organização dos sistemas de saúde, destacando-se a importância dos espaços microrregionais serem organizados com o intuito de garantir uma melhoria no acesso e na qualidade dos serviços de saúde prestados, e alcançar a integralidade da atenção à saúde (PEREIRA, 2004, p. 18).

De acordo com o CONASS (BRASIL, 2011b, p. 25), são pontos de destaque da NOAS-SUS 01/02:

- I – o processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização – PDR e da Programação Pactuada e Integrada – PPI, coordenados pelo gestor estadual, com a participação dos municípios;
- II – a ampliação da atenção básica por meio do aumento do componente de financiamento federal calculado em uma base per capita com a ampliação do Piso de Atenção Básica e a criação do PAB–A;
- III – a qualificação das regiões/microrregiões; e,
- IV – a política para a alta complexidade.

Dessa forma, os municípios que compõem as diversas microrregiões de saúde “constituem-se em um grupo de negociação para viabilizar a formulação de propostas de organização dos serviços e alocação de recursos de investimento em rede física da microrregião” (MOLESINI *et al.*, 2010, p. 626).

Como resultado de novas discussões ocorridas desde 2003, com vistas ao aperfeiçoamento do sistema, o Conass solicitou ao Ministério da Saúde a revisão do processo normativo do SUS. Era consenso entre os gestores estaduais que o processo normativo do SUS contemplasse a ampla diversidade e diferenças do país, contribuindo para a construção de um modelo de atenção que considerasse os princípios constitucionais do SUS, o fortalecimento da atenção primária, a valorização da saúde e a necessária articulação intersetorial, o fortalecimento do papel dos estados e a luta por mais recursos financeiros para a área da saúde, por meio da regulamentação da Emenda Constitucional 29 (BRASIL, 2011a).

Assim, no início do ano de 2006, por meio da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, foi aprovado o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS, não como uma norma operacional, mas como um acordo interfederativo articulado em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2011b).

Por meio desses pactos, busca-se implementar o SUS a partir do compromisso e corresponsabilização dos entes federados no desenvolvimento de ações e serviços de saúde que contribuam para a ampliação da capacidade e qualidade de resposta do sistema às demandas de saúde da população, fortalecendo a relação intergestores, o processo de pactuação, o apoio e a cooperação entre os entes (BRASIL, 2009c).

O Pacto pela Saúde visa à qualificação e implementação do processo de descentralização, organização e gestão do sistema de saúde do Brasil à luz da evolução e aprimoramento do processo de pactuação intergestores (FADEL *et al.*, 2009, p. 450).

Com a instituição do Pacto pela Saúde, além do reconhecimento da importância das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como fóruns de articulação entre os gestores para pactuação sobre a organização, direção e gestão da saúde, foi criado o Colegiado de Gestão Regional (CGR), tendo por finalidade identificar e definir prioridades e, ainda, pactuar soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva (BRASIL, 2011a).

O Colegiado de Gestão Regional¹⁹ é constituído pelos gestores de saúde de todos os municípios que compõem a região, acrescido de representação estadual (BRASIL, 2011a).

Segundo Machado *et al.* (2009), o Pacto pela Saúde muda radicalmente a forma de pactuação do SUS, vez que rompe com os pactos realizados por meio de normas operacionais (Normas Operacionais Básicas – NOB e Norma de Assistência à Saúde – NOAS), obrigando a repactuação anual e a gestão por resultados sanitários.

Para Lastória e Dobashi (2014), o Pacto pela Saúde desmistificou o entendimento equivocado de que a condução do sistema de saúde restringia-se a apenas um nível de gestão, apontando a solidariedade entre os entes como o melhor caminho.

Enfim, a implantação do Pacto pela Saúde possibilitou a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão para a reforma de aspectos institucionais vigentes e promoveu inovações nos processos e instrumentos de gestão, redefinindo responsabilidades (BRASIL, 2011b).

¹⁹ Com as alterações introduzidas pelo Decreto nº 7.508/2011, o Colegiado de Gestão Regional-CGR passou a denominar-se Comissão Intergestores Regional-CIR (BRASIL, 2011c).

Com a edição da Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006, o Ministério da Saúde regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos assumidos pelos gestores do SUS em torno de prioridades expressas em metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira (BRASIL, 2006a).

Com a instituição do Pacto pela Vida, ocorreram duas mudanças fundamentais na reforma incremental do SUS. A primeira foi à substituição de pactos fortuitos por acordos anuais obrigatórios e, a segunda, a passagem das mudanças orientadas a processos operacionais para mudanças voltadas para resultados sanitários (BRASIL, 2011a).

Para o ano de 2006 o Pacto pela Vida estabeleceu seis prioridades, quais sejam: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; e, fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006a).

Por meio da Portaria/GM nº 325, de 28/02/2008, acrescentou-se cinco prioridades as seis já definidas em 2006, totalizando onze prioridades para o ano de 2008: saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e, saúde do homem (BRASIL, 2011a). Estas mesmas prioridades foram mantidas para o biênio 2010-2011 (BRASIL, 2009e).

O Pacto de Gestão do SUS tem por finalidade a busca de maior autonomia aos estados e aos municípios no que tange aos processos normativos do SUS, definindo a responsabilidade sanitária de cada esfera de governo, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS (MACHADO *et al.*, 2009). Por meio deste Pacto foram estabelecidas diretrizes para a gestão do SUS, expressas em Termos de Compromisso de Gestão (TCG), tendo por prioridades: a descentralização, a regionalização, o financiamento, o planejamento, a

programação, a regulação, a participação e o controle social, a gestão do trabalho e, a educação na saúde (BRASIL, 2009c).

As diretrizes operacionais do Pacto de Gestão reafirmam princípios e consolidam processos, como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento, destacando-se, dentre estes, o Plano Diretor de Regionalização (PDR)²⁰, o Plano Diretor de Investimentos (PDI)²¹ e a Programação Pactuada e Integrada (PPI)²², e possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados, visando à melhoria do acesso do cidadão a ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

A regionalização, segundo Vilela e Dias (2015, p. 2570), “antecede o planejamento, financiamento e a ação da PPI, uma vez que estrutura e orienta a melhor resolutividade das ações de saúde, considerando a complexidade e o contingente populacional local”.

Esse Pacto propõe a promoção de um choque de descentralização, a ser efetivada por meio da desburocratização dos processos normativos, pela estruturação das regiões sanitárias e, pelo fortalecimento das Comissões Intergestores Bipartite (BRASIL, 2011b). A descentralização, tanto para estados quanto para municípios, constitui-se em um desafio da regionalização, onde o planejamento e a programação das ações diferem da realidade de cada rede municipal (VILELA; DIAS, 2015).

O Pacto de Gestão reafirma a regionalização como uma diretriz do Sistema Único de Saúde que deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006a).

A regionalização da atenção à saúde pressupõe a explicitação dos territórios sanitários num Plano Diretor de Regionalização (PDR), com a definição dos territórios macro e microrregionais. No território macrorregional serão exercidas as ações de atenção terciária (alta complexidade); no território microrregional serão ofertadas as ações de

²⁰ O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde em cada estado e no Distrito Federal, de forma a garantir o acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização, a racionalização de gastos e a otimização de recursos (BRASIL, 2006a).

²¹ O PDI deverá expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual (BRASIL, 2006a).

²² A PPI define a programação das ações de saúde em cada território e norteia a alocação dos recursos financeiros para a saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores (BRASIL, 2006a).

atenção secundária (média complexidade); e, no território municipal serão desenvolvidas, no mínimo, as ações de atenção primária à saúde (MINAS GERAIS, 2004, p. 55).

A Região de Saúde é definida como o espaço geográfico contínuo, que se constitui por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, que tem por finalidade integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006a, 2011c).

A Região de Saúde tem se configurado como o território no qual é exercida a governança do sistema de saúde, nos vários fóruns de discussão, inclusive no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR), em que se reúnem gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para a tomada de decisão. Nessa comissão, os gestores municipais e o gestor estadual pactuam e deliberam questões importantes para a realidade sanitária da região, na perspectiva da prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, otimizando a utilização de seus recursos físicos e financeiros e a força de trabalho para superação dos problemas de saúde daquele território, em exercício permanente de planejamento integrado (BRASIL, 2015c, p. 10-11).

As Regiões de Saúde serão instituídas pelo estado, em articulação com os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT (BRASIL, 2006a, 2011c), podendo ter os seguintes formatos:

- I - Regiões Intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;
- II - Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;
- III - Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados; e,
- IV - Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

O art. 5º do Decreto nº 7.508/2011 estabelece critérios para instituição de Regiões de Saúde (BRASIL, 2011c, p.1):

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

- I – atenção primária;
- II – urgência e emergência;
- III – atenção psicossocial;
- IV – atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V – vigilância em saúde.

Os municípios da microrregião, ao se associarem, constituirão um sistema microrregional de serviços de saúde, sob a forma de uma rede de atenção à saúde, com base na cooperação gerenciada (MINAS GERAIS, 2004).

“A Rede de Atenção à Saúde (RAS), definida como o conjunto de ações e serviços de saúde articulado em níveis de complexidade crescente, tem por finalidade garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2015c, p. 30).

Santos (2012), afirma que a região de saúde deve se organizar de forma a abrigar uma rede de atenção à saúde capaz de atender às necessidades de uma população circunscrita em determinado território regional, impondo responsabilidades individuais e solidárias aos entes federativos.

As RAS poderão estar compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, cabendo aos entes federativos definir os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde (BRASIL, 2011c, p.2):

- I – seus limites geográficos;
- II – população usuária das ações e serviços;
- III – rol de ações e serviços que serão ofertados; e
- IV – respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

A rede, segundo Santos (2012), deve garantir que tanto o conhecimento humano quanto o aparato tecnológico sanitário, organizados de modo racional e compartilhados, estejam à disposição do profissional da saúde e do usuário, em uma rede articulada, contínua e resolutiva, que permeia territórios de diversos entes federativos.

O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde será ordenado pela atenção primária, sendo assegurada ao usuário, a continuidade do cuidado em saúde em todas as suas modalidades, de acordo com a complexidade do serviço (BRASIL, 2011c).

Tem-se, assim, que a atenção básica é o ponto de partida da saúde e, caso os problemas a ela relacionados não sejam solucionados, demandarão ações e procedimentos de baixa, média, e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (VILELA; DIAS, 2015).

De acordo com o parágrafo único, art. 12, do Decreto nº 7.508/2011 “as Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação”.

Consultas e procedimentos se organizam em uma rede hierarquizada, iniciando pela atenção básica, ordenando o sistema, o que caracteriza o atendimento oferecido ao usuário em uma unidade mais próxima a ele, preferencialmente no município residencial (VILELA; DIAS, 2015, p. 2570).

Dessa forma, “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores” (BRASIL, 2011c, p.2).

De acordo com Venâncio *et al.* (2011), a integralidade da atenção dependerá do acesso aos demais níveis de atenção à saúde, que ocorrerá por meio de mecanismos formais de pactuação entre os gestores.

O planejamento da rede regional não é a soma do planejamento de seus distritos, assim como ela não é construída apenas tomando-se o conjunto de atividades desenvolvidas pelas unidades existentes em sua área. A instituição de uma rede regional é uma construção coletiva a ser desenvolvida em conjunto desde o seu início, na medida em que a atenção à saúde da população da região não é responsabilidade apenas dos distritos, mas da região em sua totalidade (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010, p. 79).

O planejamento de saúde, no âmbito estadual, deve ser realizado de forma regionalizada, partindo-se das necessidades dos municípios e considerando-se as metas de saúde estabelecidas (BRASIL, 2011c).

O planejamento regional expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. Deverá ser coordenado pela gestão estadual e envolver os três entes federados (BRASIL, 2009a, 2013a, 2015c).

No capítulo relativo à Responsabilidade Sanitária, são estabelecidos os compromissos de cada esfera no que concerne ao planejamento e programação, destacando-se como responsabilidades comuns aos entes federados (BRASIL, 2009a):

- I – formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;
- II – formular, no plano de saúde, a política de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

- III – elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente.

Além das responsabilidades comuns, são responsabilidades exclusivas dos municípios (BRASIL, 2006a):

- I – operar os sistemas de informação referentes à atenção básica e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais; e,
- II – elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

Como responsabilidades exclusivas dos estados destacam-se (BRASIL, 2006a):

- I – coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;
- II – apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde.

Berretta, Lacerda e Calvo (2011), afirmam que o estabelecimento de responsabilidades no planejamento, para os três entes federativos, institui a necessidade permanente de informações que favoreçam a reflexão dos gestores sobre o modo como se opera as atividades de planejamento e os auxiliem na tomada de decisões.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c), o planejamento regional integrado implica na discussão permanente da política de saúde, por parte das Comissões Intergestores do SUS, e, ainda, no reconhecimento da região de saúde como território onde se exerce a coordenação interfederativa necessária à organização das ações e serviços de saúde em redes de atenção e para a alocação dos recursos de custeio e investimentos.

O planejamento regional integrado será elaborado no âmbito da Região de Saúde, com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais de saúde e, será pactuado, monitorado, e avaliado pela CIR²³ (BRASIL, 2013a, 2015c).

²³ Comissão Intergestores Regional (CIR) - Comissão responsável por pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB (BRASIL, 2011c).

Utiliza como referencial para o seu desenvolvimento, os compromissos firmados pelos gestores nos seus respectivos planos e programações anuais de saúde, de modo que a produção resultante contemple os consensos e acordos que serão firmados no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP (BRASIL, 2013c).

O Contrato Organizativo de Ação Pública, instituído pelo Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, é o instrumento por meio do qual os entes signatários assumem o compromisso de organizar, de forma compartilhada, as ações e serviços de saúde em cada Região de Saúde (BRASIL, 2011c).

Para Lewandowski e Barros (2014), o COAP, além de ser um instrumento jurídico que explicita os compromissos pactuados em cada região de saúde, é um instrumento de programação que retrata a situação atual, bem como as intervenções necessárias para uma situação futura e, ainda, um instrumento de alocação de recursos das três esferas de Governo

O art. 34 do referido Decreto estabelece que:

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência ao usuário.

O COAP estabelecerá, para cada signatário, as responsabilidades individuais e solidárias, os indicadores e as metas de saúde, bem como os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros, e, a forma de controle e fiscalização de sua execução (BRASIL, 2011c).

Cabe ao Ministério da Saúde definir indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir das diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2013c).

O desempenho dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para a avaliação da prestação das ações e serviços definidos no COAP em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais (BRASIL, 2013c).

2.2 A Programação Pactuada e Integrada no contexto do planejamento do SUS

Planejar, segundo Berzoini (2010, p. 26), compreende “um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos que possibilita interagir com a realidade e programar estratégias e ações necessárias, com vistas ao alcance dos objetivos e metas desejadas e preestabelecidas em um plano”.

O planejamento cria a possibilidade de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população, permitindo a elaboração de propostas capazes de solucioná-los (DANTAS *et. al.*, 2013).

Para Kuschnir, Chorny e Lira (2010), planejar consiste em decidir algo com antecedência, de modo a alcançar os objetivos que nos colocamos.

Os gestores do SUS vêm se empenhando continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde, contribuindo para os avanços registrados pelo SUS desde a sua criação. Entretanto, os desafios atuais e o estágio alcançado, exigem um novo posicionamento do planejamento no âmbito do SUS, que favoreça a aplicação de toda a sua potencialidade e corrobore, de forma plena e efetiva, para a sua consolidação (BRASIL, 2009a).

O Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde – PlanejaSUS – é definido como a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2009a). O planejamento, a partir da aprovação da regulamentação do PlanejaSUS pela Comissão Intergestores Tripartite, passou a ser tratado como importante mecanismo para conferir eficiência à gestão descentralizada, funcionalidade às pactuações e, emprego estratégico de recursos.

Na condição de sistema e considerando a diretriz de direção única em cada esfera de gestão, o PlanejaSUS não envolve nenhuma forma de subordinação entre as respectivas áreas de planejamento, baseando, sua organização e operacionalização, em processos que permitam o seu funcionamento harmônico entre todas as esferas do SUS. Esses processos deverão ser objeto de pactos objetivamente definidos, com estrita observância dos papéis específicos de cada um, assim como das respectivas peculiaridades, necessidades e realidades sanitárias (BRASIL, 2009a).

O PlanejaSUS tem por objetivo geral coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, considerando as diversidades existentes nas três esferas de governo, de forma a contribuir para a sua consolidação, resolubilidade e qualidade da gestão e da atenção à saúde (BRASIL, 2009a). “O planejamento, então, materializa-se e torna-se público através dos planos de saúde” (BERZOINI, 2010, p. 26).

Para o seu funcionamento, o Sistema de Planejamento do SUS baseia-se na formulação e/ou revisão periódica do Plano de Saúde (PS), das Programações Anuais de Saúde (PAS), e, dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) (BRASIL, 2009b). Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento, para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS (BRASIL, 2013a).

O Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera de gestão do SUS, para o período de quatro anos, no qual são expressos os compromissos do governo para com o setor, refletindo as necessidades de saúde da população, além das peculiaridades próprias de cada esfera (BRASIL, 2013a).

Base para a execução, o acompanhamento e, a avaliação da gestão, o Plano de Saúde contempla todas as áreas da atenção à saúde, e sua elaboração deve orientar-se pelas necessidades de saúde da população considerando: a análise situacional; a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e, o processo de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2013a). Ao final do período de sua vigência o Plano de Saúde deve ser avaliado, de modo a subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias (BRASIL, 2009a).

Os Planos Estaduais de Saúde devem explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de repasse de recursos aos Municípios, tendo por base as metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais (BRASIL, 2013a).

Para efeito de qualificação conceitual trabalha-se necessidade de saúde vinculada aos aspectos referentes à análise da situação de saúde da população e de exposição a riscos de adoecimento, segundo critérios epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e culturais; aos serviços de saúde, segundo critérios de infraestrutura, organização e produção de serviços no território regional; e à análise alocativa de recursos econômicos (BRASIL, 2013c, p. 4).

“A análise situacional consiste no processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade” (BRASIL, 2009b, p.22). Os problemas e necessidades de saúde de uma população são identificados a partir da existência de mortes e de doenças, podendo, também, ser identificados a partir de riscos presentes no ambiente e nas condições de vida dos diversos grupos (MACHADO *et al.*, 2009).

Os objetivos do Plano de Saúde definem o que se deseja alcançar no período, a partir de análise situacional de saúde da população e da respectiva gestão do SUS, assim como da viabilidade e exeqüibilidade técnica, financeira e política. As diretrizes são formulações que indicam as linhas de atuação a serem seguidas e devem ser apresentadas de forma objetiva e sucinta, com uma breve contextualização na qual se busca delimitar a prioridade e/ou estratégia geral a ser adotada. Para cada diretriz, é apresentado o rol de metas – quantificadas – a serem alcançadas no período (BRASIL, 2009a, p. 55).

As metas são expressões quantitativas de um objetivo, ou seja, “concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam ‘o que’, ‘para quem’, ‘quando’. Já o indicador é um índice que reflete uma situação determinada, a partir da relação entre variáveis, que permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento de metas” (BRASIL, 2009a, p.28).

Cabe reafirmar que os objetivos, as diretrizes e as metas são para um período de quatro anos, devendo ser agregadas de forma a possibilitar a verificação do real impacto de sua implementação sobre a situação inicial, descrita no momento da análise situacional. Já na Programação Anual em Saúde, as metas devem ter um nível de desagregação que permita a sua análise ao final de um ano orçamentário (BRASIL, 2009d).

Avaliar, segundo Kuschnir, Chorny e Lira (2010), consiste em comparar um fato ou fenômeno com um modelo, padrão ou conjunto de valores, definindo até que ponto o observado se aproxima do modelo escolhido.

A avaliação deve ser entendida como um processo permanente destinado, principalmente, a manter sob controle a execução do Plano de Saúde em direção aos objetivos propostos. Nesse sentido, não se esgota apenas na avaliação dos resultados alcançados em um determinado momento. Trata-se de uma atividade contínua, inerente e necessária ao exercício da função gerencial e para a qual podem ser usados distintos mecanismos e procedimentos (BRASIL, 2009d, p. 37).

O exercício de monitorar e avaliar os indicadores, precisa ser uma estratégia de gestão e, para que essa estratégia seja efetivada, é necessário que o gestor local

esteja envolvido com sentimento de compromisso para com as metas pactuadas (DANTAS *et al.*, 2013).

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é anualizar as metas e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados (BRASIL, 2013a).

Para estados e municípios, a PAS deverá conter:

- I – a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
- II – a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e,
- III – a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS (BRASIL, 2013a).

A PAS deve orientar a formulação do Plano Plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual, observando-se os prazos estabelecidos para a formulação destes instrumentos (BRASIL, 2009d).

O Relatório de Gestão é definido como o instrumento de elaboração anual por meio do qual o gestor apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde (BRASIL, 2013a).

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/90, “deu força de lei a diversos mecanismos até então instituídos por meio de portarias ministeriais” (VILELA; DIAS, 2015, p. 2570). O referido Decreto introduziu mudanças significativas no planejamento do Sistema Único de Saúde, levando à reformulação dos processos de programação das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2013c). Uma dessas mudanças constituiu-se na instituição da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS)²⁴, como um instrumento de planejamento do SUS.

A PGASS abrange as ações de assistência à saúde (atenção básica ou primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e, atenção ambulatorial

²⁴ A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde é um dos instrumentos do planejamento da saúde, consistindo em um processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional (BRASIL, 2013c, p. 3).

especializada e hospitalar), de promoção, de vigilância em saúde (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica (BRASIL, 2013c).

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde será a base sobre a qual serão estabelecidos os dispositivos de regulação, controle, avaliação e auditoria do cumprimento das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas (BRASIL, 2013c).

A PGASS foi instituída em 2011 para substituir a Programação Pactuada e Integrada (PPI), instrumento de planejamento utilizado, até então, para a programação das ações e serviços de saúde.

Dentre os aspectos inovadores da PGASS em relação à PPI, destaca-se a busca estrita de coerência com os demais instrumentos do planejamento em saúde, bem como daqueles da administração pública aos quais deve estar subordinada (BRASIL, 2015b).

A PGASS se coloca como instrumento de fortalecimento da governança regional, na medida em que se propõe a sistematizar os pactos entre os gestores das três esferas de governo, privilegiando este espaço como locus de negociação e estruturação da rede de atenção à saúde, integrando os serviços e os recursos disponíveis (BRASIL, 2015b, p. 3).

Entretanto, foram estabelecidas regras de transição para substituição da PPI, que deveriam ser seguidas pelas regiões que assinassem o COAP anteriormente à disponibilização da metodologia e aplicativo para a implementação da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde - PGASS (BRASIL, 2013c).

Dessa forma, tendo em vista que antes da disponibilização dessa metodologia as quatro Regiões de Saúde do estado de Mato Grosso do Sul assinaram o COAP (agosto de 2012), e que, até que fossem concluídas as discussões sobre a PGASS o Estado manteria a PPI como referência para a programação da assistência em saúde (MATO GROSSO DO SUL, 2012a, 2012b, 2012c, 2012d), considerou-se como objeto de estudo, o instrumento de planejamento Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1996), a PPI envolve atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária, epidemiológica e de controle de doenças, constituindo-se em instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS.

Vieira (2009), afirma que, embora a pactuação da oferta de serviços entre municípios e seus estados, por meio da PPI, se constituísse em um avanço para a organização do sistema, ainda persistiam inúmeros problemas para garantia do acesso a eles por parte da população.

O instrumento mais importante de programação do SUS, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), é um sistema de planejamento da oferta, desconsidera a programação da APS e dos recursos estaduais e municipais e, na prática, funciona como instrumento de macro-alocação de recursos financeiros de atenção secundária e terciária, os tetos financeiro (MENDES, 2012, p. 96).

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI da Assistência) é o instrumento que, em consonância com o processo de planejamento, visa definir e quantificar as ações de saúde para a população residente em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. A PPI deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada (BRASIL, 2006a).

É a partir da definição dos caminhos que poderemos realizar a programação das ações, parte indissociável do processo de planejamento, constituindo a instrumentalização prática de um arcabouço teórico que nos permite conferir ao planejamento sentido e conteúdo, a partir do pressuposto de que sem a programação as proposições tendem a ser caracterizadas apenas como declarações de intenções (KUSCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010, p. 166).

Guerreiro e Branco (2011), afirmam que a pactuação desempenha um papel estratégico nas diferenças socioeconômicas existentes entre estados e municípios, expressas pela distribuição desigual de serviços, tecnologias e profissionais de saúde.

Para Amorim e Menicucci (2008), a PPI, por meio de relações entre os gestores municipais, estabelece as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, definindo e quantificando as ações de saúde a serem realizadas, de forma a adequar a demanda à oferta de serviços de saúde.

A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população; definição de prioridades; aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos nos estados para os diferentes grupos de ações assistenciais – respeitados os limites financeiros

estaduais; e, estabelecimento de fluxos de referências entre municípios (BRASIL, 2001a, 2002a).

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde para a alocação dos recursos da assistência à saúde nos Estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores, das prioridades, metas, critérios, métodos e instrumentos, no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios. (BRASIL, 2003a, p. 85).

A PPI, segundo Guerreiro e Branco (2011, p. 1695), busca “garantir o acesso da população a serviços de saúde no próprio município ou em outros municípios, que passam a ofertar serviços por meio de encaminhamento formalizado e pactuado”.

São objetivos gerais do processo de Programação Pactuada e Integrada:

- I – buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;
- II – orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;
- III – definir os limites financeiros federais para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências recebidas de outros municípios;
- IV – possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;
- V – fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;
- VI – contribuir na organização das redes de serviços de saúde; e,
- VII – possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência e assegurar que estejam explicitados no “Termo Compromisso para Garantia de Acesso”, conforme Anexo I a esta Portaria (BRASIL, 2006d, p. 58).

O Termo de Compromisso para Garantia de Acesso é o documento que contempla as metas físicas e orçamentárias das ações ofertadas nos municípios de referência, que assumem o compromisso de atender aos encaminhamentos acordados entre os gestores, para atendimento da população residente em outros municípios (BRASIL, 2006c).

Têm-se, como pressupostos gerais que deverão nortear a PPI da Assistência à Saúde:

- I – integrar o processo geral de planejamento em saúde de cada Estado e município, de forma ascendente, coerente com os Planos de Saúde em cada esfera de gestão;
- II – orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, como base para a definição das prioridades;
- III – ser coordenado pelo gestor estadual com seus métodos, processos e resultados aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em cada unidade federada; e,
- IV – estar em consonância com o processo de construção da regionalização (BRASIL, 2006d, p. 59).

O processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência tem como eixos orientadores:

- I – Centralidade da Atenção Básica – a programação da assistência deve partir das ações básicas em saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade tecnológica, estabelecendo os patamares mínimos de demanda orientada pelos problemas e estratégias da atenção básica, não apenas na sua dimensão assistencial, como também na de promoção e prevenção;
- II – Conformação das Aberturas Programáticas:
 - a) a programação da atenção básica e da média complexidade ambulatorial deve partir de áreas estratégicas;
 - b) a programação das ações ambulatoriais que não estão organizadas por áreas estratégicas deve ser orientada pela estrutura da Tabela de Procedimentos, com flexibilidade no seu nível de agregação, permitindo, inclusive, a programação de procedimentos que não estão previstos na tabela;
 - c) a programação hospitalar deve ser orientada pelas clínicas de acordo com a distribuição de leitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes); e
 - d) os procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) devem ser programados de acordo com as aberturas programáticas definidas, bem como as ações executadas pelos serviços financiados por valores globais;
- III – Parâmetros para Programação de Ações de Saúde:
 - a) a programação das ações de atenção básica e média complexidade ambulatorial serão orientadas a partir de parâmetros de concentração e cobertura populacional, sugeridos pelo Ministério da Saúde, conforme portaria específica a ser publicada;
 - b) a programação das ações de alta complexidade dar-se-á, conforme parâmetros já definidos para a estruturação das redes de serviços de alta complexidade;
- IV – Integração das Programações – os agravos de relevância para a Vigilância em Saúde serão incorporados nas áreas estratégicas previstas na PPI da Assistência, considerando as metas traçadas anualmente na PPI da Vigilância em Saúde;
- V – Composição das Fontes de Recursos Financeiros a serem Programados – visualização da parcela dos recursos federais,

estaduais e municipais destinados ao custeio de ações de assistência à saúde; e,

VI – Processo de Programação e Relação Intergestores – definição das seguintes etapas no processo de programação:

- a) Etapa Preliminar de Programação;
- b) Programação Municipal;
- c) Pactuação Regional; e
- d) Consolidação da PPI Estadual (BRASIL, 2006d, p. 59-60).

O processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores e Integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor (BRASIL, 1996). Os gestores podem definir os parâmetros e as prioridades que irão orientar a programação, tendo a liberdade de alterá-los para adequação à realidade epidemiológica, demográfica, patamares de oferta e ao estágio de estruturação da Rede de Atenção à Saúde existente em seus territórios (BRASIL, 2015d).

Para Guerreiro e Branco (2011), os pactos intergestores visam, além da superação do desequilíbrio entre cooperação e competição, também, o fortalecimento de laços de parceria entre as esferas de gestão, com vistas a diminuir as desigualdades existentes.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c, 2015d), os critérios e parâmetros assistenciais são referenciais quantitativos ideais utilizados para orientar os gestores do SUS, dos três níveis de governo, no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações de saúde, passíveis de adequações de acordo com as realidades epidemiológicas e financeiras regionais e/ou locais.

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, sendo negociada nas instâncias legítimas pelos gestores envolvidos, sob a coordenação dos estados. A PPI envolve recursos orçamentários federais, municipais e estaduais, mas tem como fonte principal os recursos transferidos pela União, o que pode ocorrer através de duas maneiras: remuneração por serviços produzidos e transferência fundo a fundo (AMORIM; MENICUCCI, 2008, p. 5).

A remuneração por serviços produzidos é aquela que o estado faz diretamente aos prestadores de serviços cadastrados no SUS. Já a transferência fundo a fundo é aquela feita regular e automaticamente da União para estados e municípios para custeio da assistência ambulatorial e hospitalar. Essa transferência é limitada a um valor financeiro máximo, denominado Teto Financeiro da Assistência. Esse limite é definido com base na PPI, negociado nas Comissões

Intergestores e aprovado pelos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde, sendo que, após a definição do teto de custeio assistencial para os estados são definidos, pela CIB, os tetos financeiros municipais (AMORIM; MENICUCCI, 2008).

A legislação permite que sejam feitas alterações periódicas nos Limites Financeiros dos Recursos Assistenciais para Média e Alta Complexidade dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, decorrentes de revisões na PPI, desde que aprovadas pelas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e encaminhadas à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde. Cumpridos os trâmites e prazos legais, as referidas alterações entram em vigor a partir da competência subsequente ao envio da documentação (BRASIL, 2006d).

Considerando a interface do conjunto de atividades de atenção, à PPI Assistencial foi integrada a PPI Vigilância em Saúde, por meio de uma plataforma comum denominada Sistema Informatizado de Programação da Assistência à Saúde - Programação Pactuada e Integrada (SISPPI)²⁵, a qual desenvolve de forma modular, mas relacional, os subsistemas relativos às duas áreas (BRASIL, 2006d).

Para Daniel e Macadar (2010, p. 1), o SISPPI tem como objetivo agilizar o processo de pactuação realizado entre os municípios, apoiando a consolidação desta atividade entre os serviços de atenção básica, média, e alta complexidade.

As Programações Pactuadas e Integradas municipais serão consolidadas e comporão os quadros da PPI estadual (BRASIL, 2006d).

Diante da possibilidade de atualização contínua das Programações Pactuadas e Integradas, estaduais e municipais, a legislação estabelece que as revisões globais sejam realizadas, no mínimo, a cada gestão estadual (BRASIL, 2006d).

Estados e municípios devem adotar mecanismos de monitoramento e avaliação da PPI, buscando uma alocação mais consistente de recursos que mantenha coerência com os demais processos de gestão (BRASIL, 2006d).

²⁵ O SISPPI é um software baseado na arquitetura cliente-servidor desenvolvido pelo Ministério da Saúde/DATASUS para auxiliar na organização dos dados e no controle das operações necessárias à produção e fechamento da Programação Pactuada e Integrada dos serviços de média e alta complexidade da assistência à saúde, de acordo com as políticas nacionais para este fim (BAHIA, 2011, p. 35).

2.3 Doenças crônicas não transmissíveis

Desempenhando papel chave na estruturação da Rede de Atenção à Saúde, como ordenadora e coordenadora do cuidado, a atenção básica tem por responsabilidade realizar o cuidado integral e contínuo da população sob sua responsabilidade e, ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado (BRASIL, 2014b).

A atenção básica (AB), como porta de entrada do sistema de Saúde, tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades em saúde e organizar as respostas de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde. A Atenção em Saúde para as doenças crônicas é um grande desafio para as Equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2014a).

Assim, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diretrizes, metodologias, e instrumentos de apoio às equipes de Saúde, e, envidando esforços para organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014a).

A relevância das condições crônicas como “necessidades em saúde” levou à publicação da Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção às Pessoas com doenças Crônicas no âmbito do SUS. O objetivo é promover a reorganização do cuidado, sua qualificação, ampliando as estratégias de cuidado e também para promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014a, p. 23).

Consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que apresentam múltiplas causas e, cujo tratamento, envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, normalmente, não leva à cura (BRASIL, 2014b).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que tais doenças respondam por cerca de 63% de um total de 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008, sendo que, no Brasil, as mesmas foram responsáveis, em 2011, por 72,7% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (30,4%), as neoplasias (16,4%), o diabetes (5,3%) e as doenças respiratórias (6,0%) (BRASIL, 2015a). Estima-se que, em 2020, as

DCNT serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento (BRASIL, 2013d).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), realizada nos anos de 1998, 2003 e 2008, mostrou em sua última edição que, no total da população residente, 31,3% afirmou ter pelo menos uma doença crônica, correspondendo a 59,5 milhões de pessoas. O percentual de mulheres com doenças crônicas (35,2%) é maior do que o de homens (27,2%), e aumenta com a idade: 45% para a população de 40 a 49 anos de idade e 79,1% na população de 65 anos ou mais de idade. A doença crônica mais frequentemente relatada no total da população entrevistada foi a hipertensão arterial (14,1%), seguida de doenças da coluna (13,5%) (BRASIL, 2011d, p. 20).

Segundo a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT, destacando-se, dentre estes, o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, as dietas inadequadas e a inatividade física (BRASIL, 2015a).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo como objetivos específicos:

Art. 5º São objetivos específicos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

- I – ampliar o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde;
- II – promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela atenção básica, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- III – propiciar o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo-se a integralidade do cuidado, conforme a necessidade de saúde do usuário;
- IV – promover hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, como ações de prevenção às doenças crônicas;
- V – ampliar as ações para enfrentamento dos fatores de risco às doenças crônicas, tais como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool;
- VI – atuar no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre suas doenças e ampliação da sua capacidade de autocuidado e autonomia; e,
- VII – impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas.

Além da mortalidade, as doenças crônicas são responsáveis por grande número de internações, estando entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem, ainda, perda

significativa da qualidade de vida, que se aprofunda com o agravamento da doença (BRASIL, 2013d).

“As doenças crônicas, como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, assumiram ônus crescente e preocupante em decorrência das transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas nas últimas décadas” (BRASIL, 2011d, p. 20).

A taxa de mortalidade padronizada por idade por doenças crônicas no Brasil, em pessoas de 30 anos ou mais, é de 600 mortes por cem mil habitantes, o que representa o dobro da taxa do Canadá e 1,5 vezes a taxa do Reino Unido. Como consequência, “estima-se que morram, a cada dia, no Brasil, mais de 450 pessoas, somente em decorrência de infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos” (MENDES, 2012, p. 37).

É importante lembrar que as doenças crônicas causam um impacto econômico, não somente relacionado aos gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa (BRASIL, 2013d). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares respondem por 40% das aposentadorias (BRASIL, 2001c).

2.3.1 Hipertensão arterial sistêmica

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, não havendo uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência (BRASIL, 2001c). A hipertensão arterial sistêmica representa um dos principais fatores de risco para o agravamento desse cenário em nível nacional (BRASIL, 2001b).

A hipertensão arterial afeta de 11% a 20% da população adulta com mais de 20 anos, sendo que aproximadamente 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada (BRASIL, 2001c).

Não é de hoje que as doenças do coração e dos vasos (infarto agudo do miocárdio, morte súbita, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão e

insuficiência renal) são tidas como a primeira causa de morte no Brasil. Na faixa etária de 30 a 69 anos essas doenças foram responsáveis por 65% do total de óbitos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva. (BRASIL, 2001b).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada como um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública (SBC/SBH/SBN, 2010). Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, a HAS é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal (BRASIL, 2013b).

Passos, Assis e Barreto (2006) afirmam que essa multiplicidade de consequências põe a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares, caracterizando-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SBC/SBH/SBN, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA, frequentemente associada às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC/SBH/SBN, 2010).

Considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares (a hipertensão arterial), seu alto custo social é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio (KOHLMANN JR. *et al.*, 1999, p. 257).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, variando a sua prevalência no Brasil entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com idade entre 60 a 69 anos e, 75% em indivíduos com 70 anos ou mais. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países (SBC/SBH/SBN, 2010).

Kohlmann Jr. *et al.* (1999), afirmam que embora a hipertensão arterial predomine na fase adulta, sua prevalência em crianças e adolescentes não é

desprezível, sendo que estudos epidemiológicos brasileiros têm demonstrado prevalência de hipertensão arterial, nessa faixa etária, entre 6% e 8%.

A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora se apresente mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. A prevalência da hipertensão arterial na população negra é mais elevada, sendo também maior a sua gravidade, em particular quanto à incidência de hipertensão arterial maligna, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica (KOHLMANN JR. *et al.*,1999; SBC/SBH/SBN, 2010).

Além da forte correlação do excesso de peso corporal, assim como da ingestão excessiva de sal e do consumo excessivo de álcool, com o aumento da pressão arterial, existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (KOHLMANN JR. *et al.*,1999; SBC/SBH/SBN, 2010).

Dados recentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011d) apontam que 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) estimou que o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto e 8% do câncer de mama e responde diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países (BRASIL, 2013d, p. 6-7).

De acordo com a American Heart Association (2017), uma pessoa tem pressão alta ou hipertensão, quando a pressão arterial, ou seja, a força do sangue que flui através de seus vasos sanguíneos, também é alta.

A pressão arterial é o resultado de duas forças: a primeira força (pressão sistólica) indica quanta pressão o sangue está exercendo contra as paredes da artéria durante os batimentos cardíacos; e, a segunda força (pressão diastólica) indica quanta pressão o sangue está exercendo contra as paredes da artéria com o coração em repouso entre batimentos (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2017).

Hipertensão arterial é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006e). Após a verificação correta da PA, classifica-se os indivíduos conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Pré-hipertensão	130-139	85-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	160-179	100-109
Estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: SBC/SBH/SBN (2010, p. 8).

Obs: Quando as pressões, sistólica e diastólica, situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

A Hipertensão sistólica isolada é caracterizada pelo comportamento anormal da PA sistólica com PA diastólica normal (SBC/SBH/SBN, 2010).

A maioria dos casos de hipertensão arterial não apresenta uma causa facilmente identificável, sendo conhecida como hipertensão essencial, entretanto, uma pequena proporção dos casos de hipertensão arterial tem causas muito bem estabelecidas, que precisam ser devidamente diagnosticadas, vez que, com a remoção do agente etiológico, é possível controlá-la ou curá-la. É a chamada hipertensão secundária (BRASIL, 2006e).

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde visto que, no Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde – SUS (SBC/SBH/SBN, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. “O objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso” (BRASIL, 2006e, p. 28)

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. A constatação de um valor elevado em apenas um dia, não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de hipertensão, porém, se a média das três medidas forem iguais ou maiores a 140/90 mmHg, está confirmado o diagnóstico de HAS e a pessoa deverá iniciar o tratamento e o acompanhamento médico (BRASIL, 2013b).

Além do diagnóstico precoce, é fundamental que haja um acompanhamento efetivo dos casos por parte das equipes da Atenção Básica (AB), pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros (BRASIL, 2013b).

No nível de atenção básica, a equipe de saúde deve estar preparada para diagnosticar, orientar e tratar os casos de hipertensão essencial, que são a maioria. Por outro lado, os casos suspeitos de hipertensão secundária deverão ser encaminhados a especialistas (BRASIL, 2006d, p. 20).

O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na atenção básica (BRASIL, 2013b).

Entre os hábitos de vida, a alimentação ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS, sendo que o controle de fatores de risco como a redução da ingestão de sal e álcool, redução do peso e possivelmente aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio, demonstram benefícios sobre a PA (BRASIL, 2013b).

Com vistas à redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, pode-se utilizar tanto medidas não-medicamentosas isoladas, como associadas a medicamentos anti-hipertensivos. Os agentes anti-hipertensivos devem permitir não somente a redução dos níveis tensionais, mas, também, da taxa de eventos mórbidos cardiovasculares fatais e não-fatais (KOLMANN JR. *et al.*, 1999).

A prática de exercício físico regular além de reduzir a pressão arterial, produz benefícios adicionais, tais como diminuição do peso corporal e ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência à insulina, do abandono do tabagismo e

do controle do estresse, contribuindo, ainda, para a redução do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão (KOHLMANN JR. *et al.*,1999).

A hipertensão arterial e as doenças relacionadas à pressão arterial são responsáveis pela alta frequência de internações, sendo a insuficiência cardíaca a principal causa de hospitalização entre as doenças cardiovasculares (SBC/SBH/SBN, 2007).

Investimentos na prevenção são decisivos para a garantia da qualidade de vida e, também, para evitar hospitalizações e os consequentes gastos (BRASIL, 2001c).

A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, em razão de complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (SBC/SBH/SBN, 2007).

A análise de custo-efetividade do tratamento anti-hipertensivo orienta a alocação de recursos dos financiadores do sistema de saúde, tanto públicos como privados, sendo, porém, incapaz de responder às questões específicas sobre o impacto orçamentário (SBC/SBH/SBN, 2010).

De acordo com Picon (2012), o impacto da HAS sobre a população e seus desdobramentos econômicos, embora substanciais, nunca foram estimados de forma ampla sob a perspectiva do SUS, limitando-se as análises de custo-efetividade ao estudo da eficiência do tratamento medicamentoso no controle ou redução da PA.

O custo anual para tratamento da HAS no Sistema Único de Saúde foi de aproximadamente R\$ 969.231.436,00, e no Sistema Suplementar de Saúde, de R\$ 662.646.950,00. O custo total com o tratamento da HAS representou 0,08% do produto interno bruto (PIB) Brasileiro em 2005 (SBC/SBH/SBN, 2010, p.32).

No Brasil não foram realizados estudos em amostras representativas que tenham avaliado a prevalência e a proporção de controle de HAS por meio de PA aferida, havendo, contudo, segundo Picon (2012), inquéritos telefônicos e domiciliares que avaliam a prevalência autorreferida de HAS: o VIGITEL (Vigilância e

Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico)²⁶ e, a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio)²⁷.

A pesquisa realizada pelo VIGITEL em 2014, estimou que a frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial variou entre 15,2% em Palmas e, 29,2% em Porto Alegre. Ressalta-se que, no sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Maceió (27,8%), Recife (26,7%) e Rio Branco (25,6%) e, as menores, em São Luís (15,3%), Palmas, e, Belém (15,8%) e Boa Vista (17,1%). Já, entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Porto Alegre (32,2%), Rio de Janeiro (30,7%) e Vitória (29,9%) e, as menores, em Palmas (14,6%), São Luís (17,8%) e Manaus (18,1%) (BRASIL, 2015a).

No conjunto das 27 cidades pesquisadas pelo VIGITEL a frequência de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial foi de 24,8%, sendo maior em mulheres (26,8%) do que em homens (22,5%). A frequência de diagnóstico tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 64% na faixa etária de 65 anos ou mais de idade, decrescendo, em ambos os sexos, em função da escolaridade (BRASIL, 2015a), conforme apresentado na Tabela 1.

Na capital do estado de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, o percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 25,4%, sendo, também, maior no sexo feminino (27,2%) do que no masculino (23,3%) (BRASIL, 2015a).

Passos, Assis e Barreto (2006), em pesquisa realizada em 15 capitais brasileiras entre 2002 e 2003, identificaram que, em Campo Grande, as pessoas que informaram ter hipertensão arterial estavam assim distribuídas: de 25 a 39 anos - 7,4%; de 40 a 59 anos - 33,5%; acima de 60 anos - 53,7%.

²⁶ O Vigitel, implantado pelo Ministério da Saúde, desde 2006, em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, monitora, por inquérito telefônico, a frequência e distribuição dos principais determinantes das DCNT (BRASIL, 2015a).

²⁷ A PNAD investiga anualmente, de forma permanente, características gerais da população, de educação, trabalho, rendimento e habitação e outras, com periodicidade variável, de acordo com as necessidades de informação para o País, como as características sobre migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, segurança alimentar, entre outros temas (IBGE, 2015).

Tabela 1 - Percentual* de indivíduos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo a idade e os anos de escolaridade, Vigitel, 2014

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC 95%**	%	IC 95%**	%	IC 95%**
Idade (anos)						
18 a 24	4,6	3,4 - 5,8	4,0	2,5 - 5,4	5,4	3,5 - 7,2
25 a 34	9,5	8,2 - 10,8	9,8	7,9 - 11,8	9,2	7,5 - 10,9
35 a 44	19,5	17,7 - 21,3	20,8	17,8 - 23,8	18,5	16,3 - 20,7
45 a 54	32,6	30,6 - 34,6	31,9	28,6 - 35,2	33,2	30,7 - 35,6
55 a 64	50,2	47,7 - 52,7	47,0	42,8 - 51,3	52,4	49,4 - 55,4
65 e mais	59,9	57,6 - 62,1	53,4	49,3 - 57,4	64,5	62,1 - 66,9
Anos de Escolaridade						
0 a 8	38,1	36,5 - 39,7	31,7	29,2 - 34,3	43,6	41,6 - 45,7
9 a 11	19,3	18,2 - 20,4	17,8	16,1 - 19,6	20,6	19,1 - 22,1
12 e mais	14,6	13,4 - 15,7	16,5	14,5 - 18,4	13,0	11,6 - 14,4
Total	24,8	24,0 - 25,6	22,5	21,3 - 23,8	26,8	25,7 - 27,8

Fonte: SVS/MS (BRASIL, 2015a, p. 116).

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2014.

**IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1.631, de 01/10/2015, que revogou a Portaria GM/MS nº 1.101/2002, revisou os parâmetros de planejamento e programação das ações e serviços de saúde, com o objetivo de definir aproximações às necessidades de saúde da população pensadas independente de restrições financeiras, séries históricas de oferta de serviços ou outros condicionamentos (BRASIL, 2015d).

De acordo com os novos parâmetros propostos para estimativa de casos de hipertensão arterial na população brasileira, a população alvo para hipertensão passa a ser a população de 18 anos e mais, e, a prevalência de hipertensos é estimada em 21,4% dessa população (BRASIL, 2015d). Os tipos de risco e os

parâmetros de prevalência utilizados para estimar os casos de hipertensão arterial estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Tipo de risco e parâmetro de prevalência para estimativa de casos de hipertensão arterial na população brasileira de 18 anos e mais

RISCO	PARÂMETRO DE PREVALÊNCIA
Baixo	40% dos hipertensos
Moderado	35% dos hipertensos
Alto	25% dos hipertensos
Total	(21,4% da população de 18 anos e mais)

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 (BRASIL, 2015d).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2015d), a proporção de pessoas, com 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial, aumentam com a idade (Tabela 2).

Tabela 2 – Morbidade referida para hipertensão arterial, por grupo de idade, segundo a situação do domicílio, 2013

Situação do domicílio	Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial (%)									
	Total			Grupos de idade						
	Proporção	Intervalo de confiança de 95%		Proporção	De 18 a 29 anos		Proporção	De 30 a 59 anos		
		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior		Limite inferior	Limite superior	
Brasil	21,4	20,8	22,0	2,8	2,4	3,3	20,6	19,8	21,4	
Urbana	21,7	21,0	22,3	2,7	2,3	3,1	20,9	20,0	21,8	
Rural	19,8	18,6	21,0	3,7	2,5	4,9	18,9	17,4	20,4	
Situação do domicílio	Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial (%)									
	Grupos de idade									
	Proporção	De 60 a 64 anos			Proporção	De 65 a 74 anos		Proporção	Com 75 anos ou mais	
		Limite inferior	Limite superior	Limite inferior		Limite superior	Limite inferior		Limite superior	
Brasil	44,4	41,4	47,4	52,7	50,1	55,4	55,0	51,8	58,3	
Urbana	44,2	40,9	47,6	54,1	51,2	57,0	58,0	54,4	61,5	
Rural	45,2	39,3	51,0	44,8	38,7	50,9	39,0	31,7	46,3	

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, IBGE, 2013. Tabela original, adaptada (BRASIL, 2015d).

Têm sido implantados, no País, diversos programas que visam ao fortalecimento da atenção primária, sendo que a principal estratégia para a estruturação da atenção básica no SUS é o Programa Saúde da Família (PSF), cujos postos são compostos por equipes de saúde integradas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e, seis agentes comunitários de saúde, respondendo, cada equipe, pelo atendimento de 600 a 1.000 famílias (PICON, 2012).

2.4 A gestão em saúde no estado de Mato Grosso do Sul

O estado de Mato Grosso do Sul foi criado com base em uma estrutura moderna pautada na organização de sistemas, com fluxos de articulação intersetorial, sendo que, na saúde, acompanhou as tendências nacionais e percorreu os caminhos da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), desde seus primórdios até o sistema atual (DOBASHI, 2014b).

A distribuição da população sul-mato-grossense é marcada pela concentração na Capital (Campo Grande), em Dourados, Corumbá e Três Lagoas, cidades do Estado que ultrapassaram a marca de 100 mil habitantes, e, pela dispersão desta população em dezenas de centros urbanos de pequeno porte (MATO GROSSO DO SUL, 2015a).

O Estado é composto predominantemente por municípios com população menor que 20.000 habitantes (65,82%), conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos municípios, por classe de população, 2013

Tamanho dos municípios (em nº de habitantes)	Nº de municípios	(%)	Total de habitantes	(%)
Menos de 5.000	7	8,86	29.594	1,18
De 5.000 a menos de 10.000	19	24,05	134.135	5,35
De 10.000 a menos de 20.000	26	32,91	381.708	15,24
De 20.000 a menos de 50.000	22	27,85	662.956	26,46
De 50.000 a menos de 100.000	1	1,27	80.433	3,21
Mais de 100.000	4	5,06	1.216.262	48,55
Total	79	100,00	2.505.088	100,00

Fonte: Mato Grosso do Sul (2014).

Segundo Dobashi (2014a), o estado de Mato Grosso do Sul possui uma população jovem, com aumento crescente de pessoas acima de sessenta anos e equilíbrio entre homens e mulheres. O Estado possui 73.295 índios, segundo o censo 2010, despontando como o segundo estado do Brasil em termos de população indígena (AZEVEDO, 2011), distribuída em 75 aldeias localizadas em trinta municípios (DOBASHI, 2014a).

Para Dobashi (2014a), existem algumas características que conferem maior complexidade à operacionalização das políticas públicas, em especial à saúde, dentre as quais ela destaca: grande população indígena, extensa área de fronteira com países em dificuldades econômicas (Bolívia e Paraguai), pequenos municípios com carência de recursos, pequena densidade populacional e, grandes distâncias.

De janeiro a junho de 1979 a Saúde era uma fundação estadual subordinada à Secretaria Estadual de Desenvolvimento de Recursos Humanos (SDRH), tendo a mesma sido desdobrada, em 20 de junho de 1979, em três novas Secretarias Estaduais: de Saúde, de Educação e de Desenvolvimento Social (DOBASHI, 2014a). O regimento da Secretaria de Saúde, contendo sua estrutura e competências, foi aprovado em julho de 1980 (SILVA, 2012).

Segundo Dobashi (2014b) o processo de descentralização operacional teve início a partir de 1982, com a criação das agências regionais e implantação de treinamento em serviço, feito pelas equipes multiprofissionais, porém, o movimento da municipalização só ocorreu no final da década de 80 e início dos anos 90.

“Com a municipalização se fortalecendo, surgem as secretarias municipais e o conceito de gestão da saúde começa a se disseminar, elevando o número dos serviços próprios municipais e desconcentrando o papel do estado” (DOBASHI, 2014b, p. 6).

Por ocasião da divisão do Estado os serviços públicos de saúde eram estaduais, centrados na figura do médico, restringindo-se à reprodução dos programas verticais federais e ao modelo de gestão hospitalar do INAMPS, porém, com a experiência do PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento e, das Ações Integradas de Saúde (AIS), optou-se pela municipalização acelerada das ações e serviços de saúde, sendo que, em cerca de dez anos, todos os municípios tinham estruturas administrativas e unidades municipais de atenção básica (DOBASHI, 2014a).

As Ações Integradas de Saúde (AIS), segundo Mendes (2012), foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, e, em 1988, por meio da nova Constituição Federal criou-se o SUS, sendo a descentralização adotada como uma de suas diretrizes.

Dobashi (2014a), afirma que quando da implantação do estado de Mato Grosso do Sul, a Secretaria de Saúde contava com uma Coordenadoria Setorial de Planejamento (CSP), que tinha por responsabilidade a execução orçamentária e as atividades burocráticas da programação em saúde. Da mesma forma que a Secretaria de Educação, a Secretaria de Saúde passou a trabalhar com objetivos e metas descentralizadas, processo adotado posteriormente por toda a estrutura governamental (DOBASHI, 2014a).

O sistema estruturante de planejamento e as CSP foram extintas em 1992, tendo a Secretaria Estadual de Saúde abandonado a prática do planejamento ascendente e do acompanhamento e avaliação de desempenho, as quais foram retomadas a partir de 2007, dentro do novo Pacto pela Saúde (DOBASHI, 2014a).

O Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul (CES/MS), foi criado por meio da Lei nº 1.152, de 21 de junho de 1991, como órgão de deliberação coletiva e integra a estrutura da Secretaria Estadual de Saúde, tendo por finalidade, segundo Silva, Tiburcio e Gonçalves (2014), possibilitar a participação da sociedade organizada na administração e execução da política de saúde.

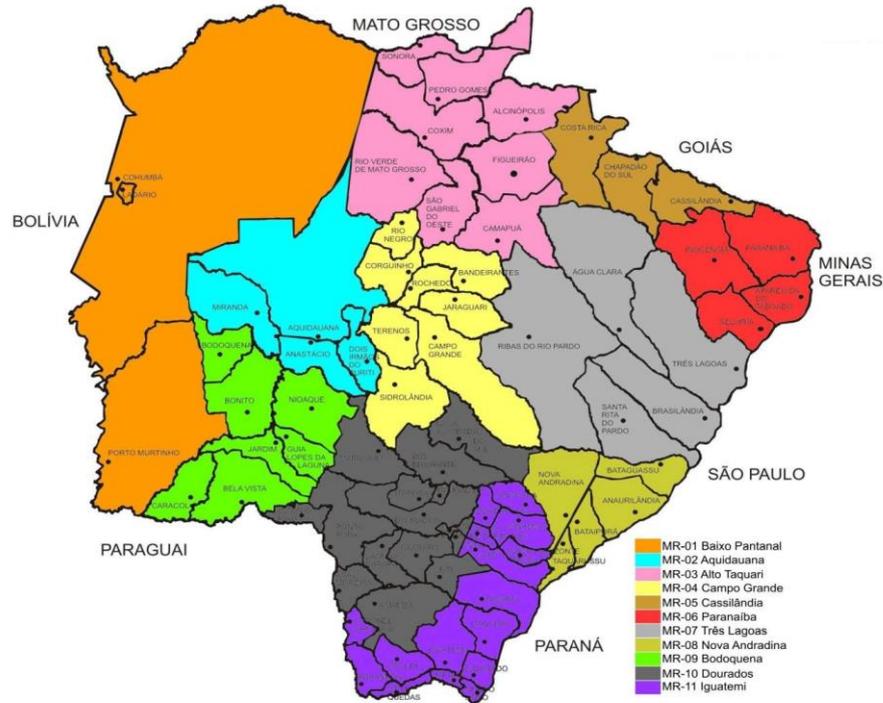
O Plenário do CES/MS é composto por 24 membros titulares e respectivos suplentes, representantes do segmento de usuários do SUS, trabalhadores em saúde e gestores e prestadores de serviços públicos de saúde, sendo suas reuniões realizadas mensalmente ou, extraordinariamente, quando necessário, e suas deliberações, após homologação pelo Secretário de Estado de Saúde, são publicadas em Diário Oficial (SILVA; TIBURCIO; GONÇALVES, 2014).

O CES/MS foi regulamentado por meio do Decreto nº 6.345/1992 e, em junho de 1993, foi criada a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/MS), constituída de forma paritária por dirigentes da Secretaria de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde (SILVA, 2012).

Com o objetivo de auxiliar a elaboração de políticas públicas de planejamento e, ainda, de subsidiar estudos regionalizados e locais o Estado, considerando um conjunto de determinações econômicas, sociais e políticas, foi dividido em micro e mesorregiões (MATO GROSSO DO SUL, 2015a), as quais foram adotadas pela

Secretaria de Estado de Saúde no processo de Regionalização (SILVA, 2012), conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Divisão político-administrativa e microrregional de Mato Grosso do Sul



Fonte: Mato Grosso do Sul (2015a).

De acordo com Dobashi (2014a), a regionalização da saúde no estado teve início em 1983, com o desenho que se mantém até hoje, no tocante aos municípios pólo e equipes multiprofissionais.

A NOB/93 regulamentou a sistemática de transferência de recursos aos estados e municípios, estabelecendo responsabilidades, requisitos e prerrogativas para a gestão local do SUS, sendo que, por meio desta Norma, estados e municípios puderam optar por três modalidades de gestão: gestão incipiente²⁸,

²⁸ Os municípios enquadrados na gestão incipiente assumiram a responsabilidade sobre o cadastramento de prestadores; a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais; o controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares; o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; as ações básicas de saúde, nutrição, educação, de vigilância epidemiológica e sanitária; as ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho (BRASIL, 1993).

parcial²⁹ e semiplena³⁰, de acordo com a sua capacidade técnica e operativa (MENDES *et al.*, 2011).

Até o final dos anos 90 já eram 77 municípios sul-mato-grossenses que, segundo as Normas Operacionais Básicas, se dividiam em gestão incipiente (22); parcial (20); semi-plena (01) e não habilitados (34) (DOBASHI, 2014a, p. 15).

A SES/MS, nessa época, estabeleceu uma política de apoio aos municípios, em relação aos compromissos da gestão em saúde, porém, não houve discussão acerca dos serviços de saúde nos territórios regionais, nem sobre as possibilidades de pactuação com os municípios pertencentes à região, que fossem além dos números de procedimentos colocados na PPI – Programação Pactuada e Integrada (LASTÓRIA; DOBASHI, 2014).

A NOAS – Norma Operacional da Assistência 2001/2002; o Pacto pela Saúde em 2006; e, o Decreto 7.508, em 2011, foram agentes catalizadores no redesenho da atuação do estado, tendo em vista os limites da municipalização da saúde e a necessidade de um agente coordenador do processo de pactuação, além de co-financiador das ações e serviços e promotor da qualificação das equipes municipais de saúde (LASTÓRIA; DOBASHI, 2014, p. 49).

As discussões sobre a corresponsabilidade entre as três instâncias do SUS, iniciadas em 2003, levam à celebração do novo Pacto pela Saúde, em abril de 2007 (DOBASHI, 2014b).

Em Mato Grosso do Sul, a partir de 2006, se processaram discussões sobre o novo Pacto, coordenadas pela Secretaria Estadual de Saúde, com assessoria do CONASS e do CONASEMS. Foram realizadas 13 oficinas regionais e 03 estaduais, onde os gestores municipais compareceram em

²⁹ Os municípios enquadrados na gestão parcial assumiram a responsabilidade sobre o cadastramento de prestadores; a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais; o controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares; o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; as ações básicas de saúde, nutrição, educação, de vigilância epidemiológica e sanitária; as ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e de doença ocasionada pelo trabalho; o recebimento mensal dos recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município (BRASIL, 1993).

³⁰ Os municípios enquadrados na gestão semiplena assumiram a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços; o gerenciamento de toda a rede pública existente em seu território, exceto unidades hospitalares de referência, sob gestão estadual; execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador; e, o recebimento mensal do total de recursos financeiros para custeio dos tetos ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 1993).

massa conferindo o caráter de construção coletiva a todo o processo (DOBASHI, 2014a, p. 30).

O Termo de Compromisso da Gestão Municipal foi discutido em uma oficina de trabalho realizada no início de 2007, com a presença de 100% dos gestores municipais de saúde, na qual foram explicitadas as dificuldades existentes em cada município (DOBASHI, 2014a).

Para Lastória e Dobashi (2014), com a celebração do Pacto, a área de saúde foi além da proposição governamental incluindo novas ações e serviços e retomando o papel da gestão estadual no Sistema Único de Saúde-SUS, com destaque para a implantação do financiamento tripartite, a crescente participação do tesouro estadual e repasses aos municípios realizados Fundo a Fundo.

Antes do Pacto, segundo Dobashi (2014a), o estado contava com 65 municípios habilitados na condição de gestão plena da atenção básica e, treze habilitados na condição de gestão plena do sistema municipal de saúde, sendo que, posteriormente, mais quatro municípios assumiram a gestão integral dos serviços de saúde.

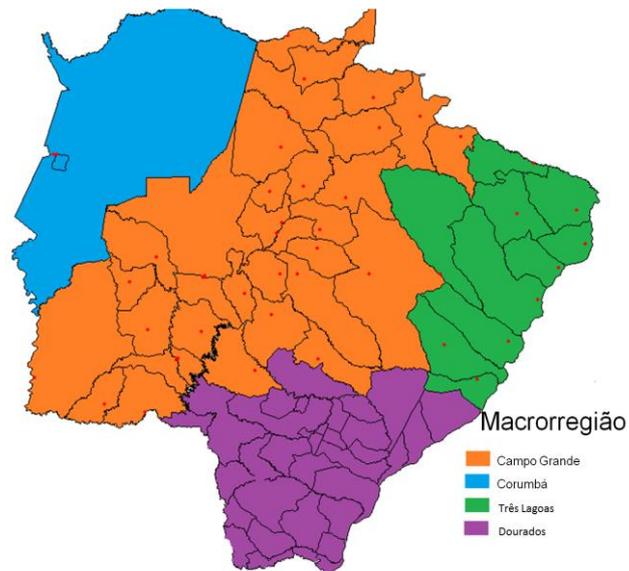
O programa do pacto pela saúde foi criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de acompanhar o desempenho das ações relacionadas à saúde nos estados e nos municípios, por meio de um conjunto de indicadores. Mato Grosso do Sul foi o primeiro estado da federação a efetuar o pacto pela saúde em 100% de seus municípios tendo por base os indicadores compulsórios desse programa. (SMAKA, 2013).

O Pacto pela Saúde de Mato Grosso do Sul foi aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde em reunião do dia 15/03/2007 e pela Comissão Intergestores Bipartite Estadual em reunião do dia 16/03/2007, tendo sido homologado pela Comissão Intergestores Tripartite em reunião do dia 22/03/2007, publicado no DOU por meio da Portaria GM nº 2.238, de 11/09/07 e GM 2.252, de 12/09/07 (DOBASHI, 2014a, p. 31).

A partir da aprovação do Pacto o Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi remodelado de acordo com as condições de acesso e, as ofertas de serviços de saúde, tendo sido definidas, nessa ocasião, três regiões de saúde: *Campo Grande, Dourados e Três Lagoas* e, onze microrregiões: *Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Jardim, Dourados, Naviraí, Nova Andradina, Ponta Porã, Paranaíba e Três Lagoas* (DOBASHI, 2014a). Por meio da Resolução nº 059/SES/MS, de 27 de junho de 2012, o PDR de Mato Grosso do Sul foi alterado,

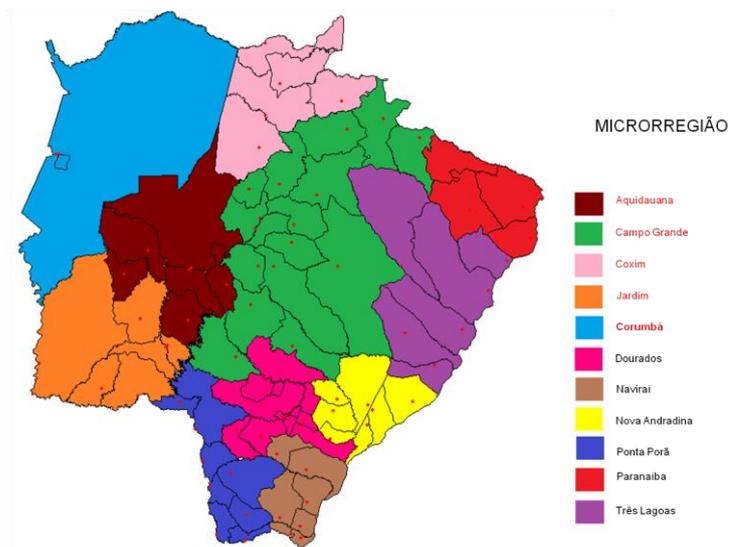
transformando-se a microrregião de Corumbá, que pertencia à Região de Saúde de Campo Grande, na quarta região de saúde do estado (MATO GROSSO DO SUL, 2012e). A conformação do PDR está representada nas Figuras 2 e 3.

Figura 2 - Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul, por Região de Saúde, 2013



Fonte: SEMADE/MS (2015a).

Figura 3 - Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul, por microrregião, 2013



Fonte: SEMADE/MS (2015a).

Foram criados Colegiados Regionais nas quatro regiões de saúde do estado, denominados CIB Regionais – Comissão Intergestores Bipartites Regionais (DOBASHI, 2014b).

Foram também implantados os complexos reguladores macrorregionais, incluindo a regulação pré-hospitalar, a ambulatorial especializada, e as urgências e emergências, os quais, segundo Lastória e Dobashi (2014), ainda têm muito que avançar, seja pelas deficiências do sistema de informação, seja pela insuficiência da oferta ou, ainda, pela falta de respeito às ações pactuadas.

O Complexo Regulador se responsabilizaria, conforme afirmam Correia, Gonçalves e Leme (2014), pela concisão das ações regulatórias adequando a demanda e o acesso aos serviços de saúde disponíveis, a partir de critérios de regulação do acesso, organização do fluxo e, otimização dos custos.

A descentralização dos recursos para cada macrorregião de saúde, de acordo com Dobashi (2014a) foi deliberada em oficina de trabalho realizada em 2008, com a presença de todos os municípios sul-mato-grossenses, ficando a decisão sobre as ações a serem desenvolvidas sob a responsabilidade das então Comissões Intergestores Bipartites Regionais, com homologação pela Comissão Intergestores Bipartite Estadual.

Para Dobashi (2014a), o funcionamento das CIB Regionais deu impulso ao processo de pactuação, vez que todas as questões restritas ao território macrorregional passaram a ser resolvidas nessas Comissões chegando à CIB Estadual apenas questões afetas ao estado como um todo. Esse fato gerou uma maior participação dos gestores municipais no processo decisório, passando as políticas públicas a ter características regionais (DOBASHI, 2014a). O desempenho da CIB estadual também foi aperfeiçoado, na medida em que os assuntos passíveis de pactuação passaram a ser previamente debatidos no COSEMS/MS por todos os gestores municipais (LASTÓRIA; DOBASHI, 2014).

O Conselho Estadual de Saúde-CES/MS tornou-se parte integrante da construção das programações anuais de saúde à medida que passou a discuti-las em reuniões extraordinárias de pauta única, ratificando ou modificando seus conteúdos e, ainda, inserindo novas propostas (DOBASHI, 2014a).

A partir de 2009, 100% dos municípios aderiram à atuação dos Agentes Comunitários e à Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma de organizar a

atenção primária à saúde (APS), o que representou um fator importante na organização das redes de atenção à saúde (DOBASHI, 2014a).

Entre os anos de 2010 e 2011 as onze microrregiões foram visitadas por equipes multissetoriais da SES/MS, com vistas a identificar as condições de saúde no município pólo, reunindo, posteriormente, os gestores municipais de todas as microrregiões para discutir e avaliar o andamento das pactuações. O diagnóstico obtido levou à construção dos PDA – Plano Diretor de Atenção à Saúde das quatro macrorregiões de saúde do estado (DOBASHI, 2014b).

Os PDA foram construídos a partir de cinco eixos estruturantes: Fortalecimento da Atenção Básica; Inserção dos Hospitais nas Redes; Atuação em Rede; Fortalecimento e Controle Social; e, Fortalecimento da Gestão Regional. Cada eixo foi debatido em uma oficina com participação dos gestores municipais, técnicos e conselheiros. A oficina de encerramento se dava na Comissão Intergestores Regionais – CIR com pactuação dos produtos (LEWANDOWSKI; BARROS, 2014, p. 39).

De acordo com Dobashi (2014b), foram realizadas 15 oficinas passando os grupos matriciais a executar as tarefas programadas de capacitação, normatização, investimento e pactuação.

Dobashi (2014b) afirma que, quando da publicação do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, a equipe sul-mato-grossense estava preparada para celebrar o instrumento de pactuação, visto que já vinha qualificando suas regiões e discutindo a implantação das redes.

A unicidade no processo de planejamento fez com que as ações estruturantes dos PDA se transformassem em Diretrizes do Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015 cujos Objetivos passaram a ser as Responsabilidades Estaduais no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP articuladas com as diretrizes nacionais (LEWANDOWSKI; BARROS, 2014, p. 40).

Assim, definidas as diretrizes, objetivos, metas, indicadores e ações, e, concluídas as pactuações das ações e serviços de saúde, já em agosto de 2012, foram assinados os COAP das quatro macrorregiões do estado, com 100% dos seus municípios (LEWANDOWSKI; BARROS, 2014).

De acordo com Tobal e Costa (2014), as ações contidas no COAP tiveram por base os Planos Diretores de Assistência de cada macrorregião, sendo as metas para cada nível de assistência em saúde discutidas, coletivamente, com técnicos da gestão estadual, gestores e técnicos municipais, conselheiros de saúde e, consultores/apoiadores.

O COAP tem por objeto, segundo Lewandowski e Barros (2014), a organização, financiamento e integração das ações e dos serviços de saúde sob a responsabilidade solidária dos três entes de Governo, com vistas a garantir a integralidade da assistência à saúde dos usuários. O COAP expressa o compromisso firmado pela SES/MS em relação ao co-financiamento de ações e serviços para cada região (ROHDE; PEREIRA JÚNIOR, 2014).

Lastória e Dobashi (2014) afirmam que apesar do cuidadoso acolhimento efetuado pela SES/MS em 2013, este não foi suficiente para superar as dificuldades encontradas nos municípios, destacando, dentre estas, o fato de a maioria dos gestores municipais não haver participado da construção do Pacto e do COAP.

O financiamento cada vez mais deficitário amplia fortemente esse cenário desfavorável. Há um clima de desânimo em relação aos serviços de referência que não conseguem dar conta da demanda, além de muita rotatividade entre os médicos da atenção básica, o que compromete a resolutividade desse nível de atenção (LASTÓRIA; DOBASHI, 2014, p. 56.).

Destaca-se que a SES/MS realizou seminários, em 2009 e 2013, com vistas a acolher os novos gestores e técnicos municipais, onde, segundo Rohde e Pereira Júnior (2014), foram repassadas aos municípios, informações e orientações técnicas, administrativas, operacionais e financeiras, bem como os canais de comunicação entre as três esferas de governo. A atenção hospitalar também foi alvo de inúmeras ações da SES/MS, sendo definida uma política estadual específica para essa área.

Também na área de planejamento a SES/MS executou um intenso programa de apoio aos municípios, desde a elaboração dos Planos de Saúde, até os Relatórios Anuais de Gestão, passando pelos Termos de Compromisso do Pacto, Programações Anuais, análise e alimentação do SISPACTO e dos indicadores de Vigilância em Saúde, até chegar ao COAP (ROHDE; PEREIRA JÚNIOR, 2014, p. 185).

O processo de planejamento, com a instituição do Plano Diretor de Regionalização, passa a ser integrado entre as secretarias de saúde (estaduais/municipais), configurando-se em uma ação dinâmica, continuada e permanente, que instrumentaliza e orienta todo o processo da gestão para a tomada de decisão e prioriza as necessidades em saúde de cada região e município, garantindo acesso a população usuária (CORREIA; GONÇALVES; LEME, 2014).

Considerando a Cláusula Vigésima do COAP, que versa sobre o monitoramento e avaliação de desempenho a ser executada pelos entes federativos,

criou-se o Programa de Monitoramento das Ações e Serviços de Saúde que, além de acompanhar e analisar resultados contribui para a permanente qualificação dos técnicos e constitui-se em um elemento norteador para os gestores municipais (DOBASHI; CABRAL, 2014).

As avaliações do Programa de Monitoramento das Ações e Serviços de Saúde, no eixo Regionalização, mostraram que a implantação dos CGR não foi acompanhada por um processo de construção da regionalização, fazendo-se necessário que estes Comitês atuem realmente como espaço de definição de prioridades e de pactuações de soluções para a organização de rede de atenção à saúde integrada e resolutive, sendo preciso, ainda, promover discussões sobre a responsabilidade dos municípios dentro da regionalização (DOBASHI; CABRAL, 2014).

Já as avaliações no eixo Planejamento demonstraram, segundo Dobashi e Cabral (2014), que os municípios não priorizam o Plano Municipal de Saúde (PS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), sendo que os recursos próprios colocados pelo Estado na PPI, não impactaram significativamente a oferta dos procedimentos cofinanciados. Afirmaram as autoras, ainda, que não há cumprimento do que foi pactuado na atenção hospitalar e, na atenção ambulatorial especializada, faz-se necessária a participação dos municípios sede de micro, bem como a articulação com a Atenção Primária da Saúde (APS).

Os resultados dos indicadores têm sido “discutidos com todos os municípios e continua sendo elaborada uma agenda de apoio à gestão municipal, principalmente na operação das redes de atenção, através dos grupos condutores” (DOBASHI; CABRAL, 2014, p. 290).

Dobashi (2014a) afirma que o CES/MS, em abril de 2013, aprovou o documento que englobava as diretrizes gerais a serem seguidas na programação anual de saúde para o exercício 2014, no estado de Mato Grosso do Sul, bem como as principais ações de cada diretriz previstas para execução no referido exercício.

O Ministério da Saúde com vistas a redefinir diretrizes estruturais para a construção de modelos inovadores de atenção à saúde, instituiu dispositivos de planejamento, programação e regulação, objetivando garantir o acesso da população a todos os níveis de atenção.

A programação, segundo o Ministério da Saúde, deve integrar várias áreas de atenção à saúde, articular-se estreitamente com os demais instrumentos de

planejamento e, orientar-se por prioridades definidas pelos gestores (BRASIL, 2006d).

Para tanto, o Ministério da Saúde pactuou prioridades estaduais e regionais, definiu algumas áreas estratégicas e, propôs parâmetros para programação de ações de saúde, com base na realidade nacional (BRASIL, 2006d). Tais parâmetros se constituem 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 (BRASIL, 2006d).

A partir da percepção de que nem todos os municípios têm seguido os parâmetros estabelecidos pela CIB, para o estado de Mato Grosso do Sul, esta pesquisa se propôs a estudar o processo de pactuação dos municípios pertencentes às quatro Regiões de Saúde do estado de Mato Grosso do Sul, de forma a identificar os fatores que influenciaram a pactuação das ações e serviços de atenção básica e média complexidade na área estratégica “Saúde do Adulto – Hipertensão”, na visão do gestor municipal de saúde e/ou técnico responsável pelo processo de planejamento no município, bem como o envolvimento desses no processo de elaboração da PPI.

Assim, buscou-se responder às seguintes questões: Como foi elaborada a PPI dos municípios de Mato Grosso do Sul? Quem participou do processo de elaboração da PPI? O que foi levado em consideração para a definição dos parâmetros de concentração e cobertura das ações afetas à área estratégica “Saúde do Adulto – Hipertensão”? Há garantia de acesso aos procedimentos referenciados pelos municípios?

A pesquisa baseou-se nos parâmetros de cobertura e de concentração estabelecidos para o estado de Mato Grosso do Sul, que serviram de orientação para a pactuação dos municípios, refletindo-se na quantificação das ações de saúde oferecidas a sua população, no próprio município ou referenciada.

A preocupação em contribuir para a melhoria da gestão da saúde pública embasou a busca de aprimorar o conhecimento sobre a Programação Pactuada e Integrada, considerada uma ferramenta essencial de gestão na definição das ações de saúde em cada território.

Fez-se importante avaliar se, com o processo de planejamento, a oferta de serviços atende às reais necessidades da população e não está apenas repetindo contratualizações desfocadas da necessidade de saúde local (municípios), vez que

os resultados encontrados podem subsidiar a discussão da reorganização da assistência à saúde com vistas ao controle de doenças crônicas no estado de Mato Grosso do Sul.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Investigar o processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) do estado de Mato Grosso do Sul, para a área estratégica “Saúde do Adulto – Hipertensão”.

3.2 Específicos

- Analisar os parâmetros de concentração e de cobertura sugeridos e os pactuados pelos municípios de Mato Grosso do Sul, na área estratégica “Saúde do Adulto – Hipertensão”;

- Identificar os fatores que afetam o processo de pactuação dos parâmetros ligados à hipertensão arterial, nos municípios de Mato Grosso do Sul; e,

- Avaliar o efeito da implementação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) sobre a garantia do acesso da população aos diversos níveis de complexidade da atenção, nos municípios de Mato Grosso do Sul.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

A pesquisa foi desenvolvida por meio de um estudo transversal exploratório e descritivo, constituído pelo acesso a fontes secundárias de dados visando identificar os parâmetros de assistência pactuados na área estratégica “Saúde do Adulto – Hipertensão” e, pela geração de dados primários, com a finalidade de identificar os fatores que influenciaram o processo de pactuação nos municípios de Mato Grosso do Sul.

A pesquisa é exploratória quanto aos fins vez que busca estudar uma área na qual há pouco conhecimento sistematizado, isto é, o processo de elaboração da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde para procedimentos de atenção básica, média e alta complexidade nos municípios do Estado.

O levantamento de dados secundários dividiu-se em duas etapas: a primeira constituiu-se de uma pesquisa bibliográfica que teve por objetivo conhecer o Sistema Único de Saúde e suas diretrizes, bem como identificar conhecimentos sistematizados no tema estudado; e, a segunda, em uma análise da Programação Pactuada e Integrada (PPI), parte integrante do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, assinado pelos municípios do estado de Mato Grosso do Sul-MS.

Para a coleta dos dados primários, utilizou-se a técnica de entrevista.

O universo de análise foi constituído pelos municípios de Mato Grosso do Sul, e a amostra, pelos municípios que pactuaram parâmetros de cobertura da população alvo, concentração de procedimento, e, cobertura da assistência, relativos à hipertensão e agravos, diferentes dos estabelecidos pela CIB para o estado de Mato Grosso do Sul.

4.2 Caracterização do estado de Mato Grosso do Sul

O estado de Mato Grosso do Sul, local de desenvolvimento do estudo, foi criado em 11 de outubro de 1977 por meio da Lei Complementar nº 31, decorrente

da divisão do estado de Mato Grosso. Implantado administrativamente em 1º de janeiro de 1979, é o 6º estado do Brasil em extensão territorial (357.145,534 km²), correspondendo a 4,19% da área total do Brasil (8.515.767,049 km²) e, a 22,23% da área da região Centro-Oeste. Possui 79 municípios, 165 distritos, quatro mesorregiões geográficas e onze microrregiões geográficas (MATO GROSSO DO SUL, 2015a).

Está localizado ao sul da região Centro-Oeste, tendo como limites os estados de Goiás (nordeste), Minas Gerais (leste), Mato Grosso (norte), Paraná (sul) e São Paulo (sudeste), além da Bolívia (oeste) e do Paraguai (oeste e sul) (MATO GROSSO DO SUL, 2015a).

Sua população, estimada em 2015, era de 2.651.235 habitantes, correspondendo à 21ª população do Brasil. As populações em idade ativa (2.200.712) e, economicamente ativa (1.395.076) representavam, em 2013, 84,8% e, 53,8% da população do Estado, respectivamente. Quanto ao rendimento médio das pessoas de dez anos ou mais (1.395.076 habitantes), 58,5% (816.119 habitantes) recebeu como renda média mensal, em 2013, até dois salários mínimos e, apenas 1,0% do total da população (13.951 habitantes), recebeu acima de vinte salários mínimos (MATO GROSSO DO SUL, 2015a).

O IDH do estado de Mato Grosso do Sul, em 2010, foi considerado alto (0,729). Em 2013, o PIB bruto do Estado foi de R\$ 69.118.000 e, o PIB *per capita de* R\$ 26.715,00 o que o colocou na 16ª e 9ª posição nacional, respectivamente. O índice de Gini da distribuição do rendimento mensal dos ocupados com 15 anos ou mais de idade, em 2012, foi de 0,478. A esperança de vida ao nascer, em 2015, foi 75,3 anos (MATO GROSSO DO SUL, 2015a).

Do total de pessoas com 5 anos e mais de idade (2.398.424), 2.196.601 pessoas são alfabetizadas, sendo 1.084.575 homens e, 1.112.026 mulheres. O Estado apresenta, assim, uma taxa de alfabetização na população de 91,6% (MATO GROSSO DO SUL, 2015a).

4.3 Pesquisa de dados secundários

Na pesquisa bibliográfica o estudo utilizou dados secundários disponibilizados em diversas fontes de informação como IBGE, DATASUS, CNES, SISPACTO,

SARGSUS, SIA, SIAB, planos de saúde, relatórios anuais de gestão, manuais, diretrizes, leis, decretos e portarias do Ministério da Saúde e, ainda, artigos, dissertações e teses.

Para a seleção das produções científicas foi realizada busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Plataforma CAPES, Google Acadêmico e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), com os descritores: planejamento em saúde, programação pactuada e integrada, descentralização, regionalização da saúde, e hipertensão arterial.

Após a leitura dos resumos, foram excluídas as produções científicas cujo desenvolvimento não contemplava aspectos relacionados ao contexto administrativo da regionalização e da gestão em saúde, aí inseridos o planejamento e seus instrumentos, em especial a Programação Pactuada e Integrada.

O levantamento dos dados relativos aos parâmetros de assistência pactuados na área estratégica “Saúde do Adulto – Hipertensão” teve por base a Programação Pactuada e Integrada (PPI) constante do Anexo II, Parte II dos Contratos Organizativos de Ação Pública, assinados pelas quatro Regiões de Saúde para o quadriênio 2012-2015 (MATO GROSSO DO SUL, 2012a, 2012b, 2012c, 2012d), atualizados pelo Sistema de Programação Pactuada Integrada (SISPPPI), software desenvolvido pelo Ministério da Saúde/DATASUS para auxiliar, estados e municípios, na organização, acompanhamento e controle dos serviços de média e alta complexidade da assistência à saúde.

Nesse sistema os dados são atualizados de forma contínua, à medida que as solicitações de alteração feitas pelos municípios são aprovadas pela CIB, sendo que os dados substituídos não são mantidos arquivados no sistema. Dessa forma, trabalhou-se com os dados relativos ao Anexo II, Parte II do COAP, com as atualizações disponibilizadas no SISPPPI no mês de abril de 2015.

As pactuações do estado de Mato Grosso do Sul e de 78 municípios foram analisadas tendo sido excluído o município de Paraíso das Águas, devido à indisponibilidade de dados para o ano de 2014.

Foram identificados os parâmetros de cobertura da população alvo para hipertensão e, os parâmetros de concentração de procedimentos e de cobertura assistencial para as ações relacionadas à hipertensão arterial (29 ações), com atendimentos em Unidades de Atenção Básica (UBS) e de média complexidade ambulatorial (2º Nível).

A programação disponibilizada no SISPPI reflete o estabelecido nas Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (BRASIL, 2006d), onde são discriminados os parâmetros nacionais estabelecidos pelo Ministério da Saúde como referências para as pactuações de estados e municípios, tendo, os gestores estaduais e municipais, autonomia para promover alterações nesses parâmetros, de acordo com as realidades locais ou regionais.

Com os dados gerados foram elaboradas planilhas em Excel, de forma a verificar as correlações entre as pactuações feitas pelo Estado e pelos municípios e analisar possíveis alterações.

Em um primeiro momento foi realizada a comparação dos parâmetros propostos para Mato Grosso do Sul com os parâmetros nacionais estabelecidos pelo Ministério da Saúde, visando identificar possíveis diferenças.

Constatadas as alterações promovidas pelo estado de Mato Grosso do Sul nos parâmetros de concentração e de cobertura de algumas ações ligadas à área estratégica “Saúde do Adulto – Hipertensão”, a programação do Estado passou a ser referência para que os municípios elaborassem a sua própria programação.

Em um segundo momento, analisou-se a pactuação de 78 municípios do Estado, com vistas a identificar possíveis alterações nos parâmetros de concentração e de cobertura, agora, dos municípios em relação ao programado para o estado de Mato Grosso do Sul.

Analisou-se, ainda o percentual de cobertura da população alvo pactuada pelos municípios, na busca de identificar diferenças em relação ao estabelecido pela CIB para o estado de Mato Grosso do Sul.

4.3.1 Sistema Informatizado de Programação da Assistência à Saúde - Programação Pactuada e Integrada (SISPPI)

O SISPPPI é uma ferramenta desenvolvida e mantida pelo Ministério da Saúde para auxiliar, estados e municípios, na organização, acompanhamento e controle das pactuações dos serviços de média e alta complexidade da assistência à saúde.

Para a construção dos parâmetros de concentração e cobertura, de acordo com as Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde

(BRASIL, 2006d), foram consideradas as áreas estratégicas, subdivididas em áreas de atuação.

O processo de programação da assistência no SISPPi foi desenvolvido em três etapas, sendo:

- 1ª Etapa: resgate das definições gerais do planejamento setorial, do Pacto da Atenção Básica e do desenho do Plano Diretor de Regionalização;
- 2ª Etapa: descentralização do processo de programação para os municípios para viabilização do processo de pactuação das ações e serviços de saúde e os recursos correspondentes;
- 3ª Etapa: compatibilização das programações municipais e consolidação do teto estadual (São Paulo, 2001).

A execução das etapas foi dividida em oito módulos, sendo a primeira etapa constituída pelos seguintes módulos:

- 1) Módulo de Agenda de Saúde;
- 2) Módulo do Pacto de Indicadores da Atenção Básica;
- 3) Módulo de Regionalização;
- 4) Módulo de Macroalocação³¹; e,
- 5) Módulo “Simuladores”³².

Os processos mais específicos de programação, nessa primeira etapa, deveriam refletir o processo geral de planejamento estadual explicitando as decisões da CIB quanto à: macroalocação dos recursos federais e estaduais a serem programados; e, os parâmetros assistenciais recomendados para a programação dos recursos federais (São Paulo, 2001).

A segunda etapa é composta pelos módulos 6 e 7 do sistema:

- 6) Módulo de Programação Ambulatorial e Hospitalar; e,
- 7) Módulo de Composição do Teto.

³¹ Registro da distribuição dos recursos financeiros federais alocados em cada estado, em grandes blocos da atenção, subdivididos por nível de complexidade, assim como dos recursos estaduais destinados à saúde e à assistência (São Paulo, 2001).

³² Sua função é auxiliar o estado na definição dos parâmetros assistenciais a serem adotados, a partir da comparação imediata com a produção 2000 em concentração *per capita* e da realização de estimativa dos impactos financeiros dos parâmetros definidos (São Paulo, 2001).

O módulo 6 é utilizado pelo município para programação ambulatorial e hospitalar na atenção básica, de média e alta complexidade ambulatorial e, de internação hospitalar (SÃO PAULO, 2001).

Esse módulo é utilizado pelo gestor municipal para a programação das metas físicas das áreas de atividades componentes da assistência básica, por área estratégica. Na média complexidade ambulatorial, a programação está prevista por subníveis de complexidade, organizados a partir do reagrupamento de todos os subgrupos do Bloco de Média Complexidade do SIA SUS (SÃO PAULO, 2001).

Já com relação à alta complexidade ambulatorial o módulo é de utilização do estado e municípios pelo permitindo, ao gestor municipal, a programação das metas físicas e financeiras dos grupos de alta complexidade, a partir de critérios pactuados na CIB para distribuição dos recursos financeiros entre os municípios que polarizam esse tipo de atenção (SÃO PAULO, 2001).

O módulo permite, ainda, que o gestor elabore a programação das metas físicas e financeiras da internação hospitalar de forma agrupada nas clínicas básicas (SÃO PAULO, 2001).

O módulo 7, que trata da composição do teto, permite que o município acompanhe os resultados parciais de sua programação durante o desenvolvimento do processo e sua finalização. Os valores físicos e financeiros relativos aos grupos e subgrupos de procedimentos são apresentados, automaticamente, a partir de sua programação, possibilitando que o município analise o processo de programação, compatibilizando-o com os recursos existentes e as prioridades definidas (SÃO PAULO, 2001).

A terceira etapa, de consolidação estadual, é composta pelo módulo 8 (Módulo de Consolidação), que contém o conjunto de relatórios resultado dos registros feitos em todos os módulos e do processo de programação realizado.

4.4 Pesquisa de dados primários

Para compreender o processo de elaboração da PPI nos municípios e, os fatores que influenciaram a pactuação, decidiu-se realizar uma pesquisa de dados primários. Convencionou-se que para fazer parte da amostra, os municípios deveriam preencher os seguintes critérios de inclusão:

- I. que o município tivesse pactuado percentual de cobertura da população alvo diferente do estipulado para o Estado; e,
- II. que o município tivesse pactuado parâmetros, tanto de concentração de procedimentos, quanto de cobertura assistencial, diferente dos fixados para o Estado.

Aplicados os critérios de inclusão estabelecidos foram identificados dezessete municípios cuja cobertura da população alvo para hipertensão (população maior que 30 anos), bem como os parâmetros de concentração e de cobertura, foram alterados, estando os mesmos aptos a fazer parte da amostra. Nenhum município da Região de Saúde de Corumbá foi selecionado, em virtude de não ter atendido totalmente os critérios estabelecidos, no entanto, para que todas as regiões de saúde do estado estivessem representadas na pesquisa, incluiu-se, na amostra, o município de Corumbá, que atendeu parte dos requisitos exigidos (critério de inclusão II).

Dentre os dezoito municípios eleitos, selecionou-se para a amostra, os municípios com maior população, população média, e, menor população, de cada Região de Saúde do Estado. Verificou-se que nem todas as Regiões de Saúde possuíam municípios dos três portes populacionais de forma que a amostra da pesquisa para coleta de dados primários ficou constituída por oito municípios, sendo que, desses, três pertencem à Região de Saúde de Campo Grande; três à Região de Saúde de Dourados; um à Região de Saúde de Corumbá; e, um à Região de Saúde de Três Lagoas.

As informações relativas ao processo de elaboração da PPI e aos fatores que influenciaram a pactuação dos municípios resultaram da aplicação da técnica de entrevista, realizada pela pesquisadora por meio da utilização de formulário com questões semiestruturadas e roteiro previamente definido.

O levantamento de dados por meio de entrevista é bastante útil como método de pesquisa, vez que se tem acesso às atitudes e valores dos indivíduos (visão, experiências e opiniões dos entrevistados), aspectos esses, que não podem ser observados por meio do preenchimento de questionário formal (SILVERMAN, 2009).

Segundo Silverman (2009), a entrevista é produzida de forma colaborativa sendo que tanto o entrevistado quanto o entrevistador participam ativamente da extração de sentidos.

O instrumento de pesquisa contou com três questões fechadas e dezesseis abertas versando sobre: processo de planejamento/programação; identificação de fatores que influenciaram a pactuação; garantia de acesso; e, monitoramento e avaliação (Apêndice C).

A participação na pesquisa foi autorizada pelos respectivos Secretários de Saúde dos municípios (Anexos B, C, D, E, F, G, H, I), após contato prévio por meio de carta formal (Apêndice A).

Constituíram-se em sujeitos da pesquisa, um Secretário de Saúde (gestor) e sete técnicos das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) que participaram do processo de elaboração da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, que constou como anexo ao COAP 2012-2015 e suas atualizações no SISPPi.

As entrevistas foram agendadas previamente por contato telefônico, e realizadas, no período de 1º a 30 de julho de 2016, em locais e horários definidos de acordo com a conveniência dos entrevistados.

Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos oralmente sobre os objetivos do estudo e, após, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B) para confirmar o aceite de participação na pesquisa, por meio da assinatura pessoal no referido documento, sendo-lhes garantida a privacidade e a confidencialidade das informações, além de lhes ser assegurada a possibilidade de desistência, em qualquer momento do estudo, bem como a sua recusa. O TCLE foi constituído por duas vias, uma do entrevistador e outra do entrevistado, com contato telefônico, eletrônico e físico, além do contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

As entrevistas duraram em média duas horas, foram gravadas com a autorização dos entrevistados e, posteriormente, transcritas e analisadas.

Procedeu-se a descrição das falas com destaque para as similaridades e as diferenças entre os relatos. Esclarece-se que, no município “B”, o questionário foi respondido por três técnicos, sendo que cada um respondeu às questões afetas à sua área de atuação.

Para a apresentação dos resultados, os entrevistados receberam os seguintes códigos: uma letra que identifica a posição do entrevistado no sistema de saúde: “G” para gestor municipal e “T” para técnico; e, as letras A, B, C, D, E, F, G e H, representando cada um dos municípios estudados.

4.5 Critérios éticos

Este estudo fundamentou-se na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, foi aprovado sob o Parecer de nº 1.613.750, em 29 de junho de 2016 (Anexo A).

A presente pesquisa faz parte do Projeto de Pesquisa “Avaliação dos parâmetros para a assistência em saúde em Mato Grosso do Sul: estudo de caso da hipertensão arterial”, Edital Chamada Fundect/CNPq nº 06/2011-PRONEM, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do Parecer nº 209.593, de 01 de Março de 2013 (Anexo J).

5. RESULTADOS E ANÁLISE

5.1 A pactuação dos parâmetros de assistência

Para identificação dos parâmetros de assistência utilizou-se os dados do Contrato Organizativo de Ação Pública-COAP das quatro Regiões de Saúde do estado de Mato Grosso do Sul que, pactuados na CIR e homologados na CIB/MS, foram assinados em 30 de agosto de 2012 (DOBASHI, 2014a).

O COAP é um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas, e, também, garantir a integralidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2011c).

O COAP decorre da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde e, tem como fundamento, as pactuações estabelecidas pela CIT (BRASIL, 2011c).

Salienta-se que o COAP é assinado por Região de Saúde, porém o detalhamento dos critérios e parâmetros adotados é feito individualmente para cada um dos municípios que compõem a região.

Esse documento define, além das responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, também os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros a serem disponibilizados e a forma de controle e fiscalização de sua execução (BRASIL, 2011b).

O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso definidos pelo Ministério da Saúde, com base nas diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde, serve como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no COAP, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais (BRASIL, 2011c).

De acordo com o art. 5º da Resolução CIT nº 3/2012, o COAP terá a seguinte estrutura formal:

- I – Parte I: Das responsabilidades organizativas;
- II – Parte II: Das responsabilidades executivas;
- III – Parte III: Das responsabilidades orçamentário-financeiras e formas de incentivo, com a identificação dos repasses; e,
- IV – Parte IV: Das responsabilidades pelo monitoramento, avaliação de desempenho da execução do COAP e auditoria.

A Parte II do COAP estabelece as responsabilidades executivas dos entes signatários, devendo-se observar:

- I – as diretrizes e os objetivos do Plano Nacional de Saúde e das políticas nacionais;
- II – os objetivos regionais plurianuais, sempre em consonância com o disposto nos planos de saúde nacional, estadual e municipal;
- III – as metas regionais anuais, os indicadores e as formas de avaliação; e,
- IV – os prazos de execução (BRASIL, 2012b).

A Resolução CIT nº 3/2012 estabelece, ainda, que a Parte II do contrato conterá três Anexos, partes integrantes do COAP, sendo:

- I – Anexo I: caracterização do ente signatário e da Região de Saúde de acordo com dados do Mapa da Saúde;
- II – Anexo II: programação geral das ações e serviços de saúde na Região de Saúde, que conterá:
 - a) a relação das ações e serviços executados na Região de Saúde, observada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e as correspondentes responsabilidades individuais e solidárias; e,
 - b) o mapa de metas em relação às ações e serviços executados na Região de Saúde;
- III – Anexo III: a relação dos serviços de saúde em cada esfera de governo e as respectivas responsabilidades pelo referenciamento do usuário de outro Município, respeitada a direção única em cada esfera de governo, de acordo com o disposto na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

O Anexo II - Parte II do COAP contempla o detalhamento dos critérios e parâmetros adotados das ações e serviços de saúde, por área estratégica. São dezesseis as áreas estratégicas estabelecidas para orientar o processo de programação, sendo:

- I – Abordagem e tratamento do fumante;
- II – Alimentação/Nutrição;
- III – Demanda espontânea e, pequenas urgências;
- IV – Dengue;

- V – DST/AIDS;
- VI – Hanseníase;
- VII – Hepatites;
- VIII – Meningite;
- IX – Saúde bucal;
- X – Saúde da criança;
- XI – Saúde da mulher;
- XII – Saúde do adolescente;
- XIII – Saúde do adulto;
- XIV – Saúde do idoso;
- XV – Saúde mental; e,
- XVI – Tuberculose.

Em um primeiro momento trabalhou-se com os dados constantes no Anexo II, Parte II do COAP de cada Região de Saúde. A seguir, considerando o decurso de prazo entre a assinatura do COAP e a realização desta pesquisa e, considerando, ainda, a possibilidade de alteração dos parâmetros pactuados na PPI, optou-se por analisar, também, a Programação Pactuada e Integrada-PPI da Assistência à Saúde disponível no SISPPPI, cujo acesso foi disponibilizado em abril de 2015, pela unidade responsável por seu acompanhamento na Secretaria de Estado de Saúde, não sendo contempladas as alterações posteriores.

Com vistas a orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão, foram propostos pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, parâmetros de concentração e de cobertura. Esses parâmetros constituíram-se em referências para o planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas pelos três níveis de governo, sendo facultadas adequações regionais e/ou locais (BRASIL, 2006d).

Os parâmetros assistenciais compreendem:

- a) Parâmetros de Cobertura – são aqueles destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população, em determinado período, previamente estabelecido;
- b) Parâmetros de Concentração – são aqueles que projetam a quantidade de ações ou procedimentos necessários para uma população alvo. São expressos geralmente em quantidades per capita (BRASIL, 2006d, p. 76).

Para a construção dos parâmetros as áreas estratégicas foram subdivididas em áreas de atuação, sendo que para cada área de atuação foram definidos: população alvo, prevalência, cobertura, ações propostas e suas respectivas necessidades estimadas (BRASIL, 2006d).

A área objeto desta pesquisa, Saúde do Adulto, foi dividida em duas áreas de atuação, quais sejam: diabetes mellitus e hipertensão. Nesta pesquisa estudou-se, especificamente, a área estratégica “Saúde do Adulto- Hipertensão”.

Identificou-se que foram programados, para essa área estratégica, parâmetros de concentração e de cobertura na área de atenção básica (atendimento em UBS) e na área de média complexidade ambulatorial (atendimento de segundo nível), traduzidos em valores *per capita* para a população alvo (nº de procedimentos/população alvo/ano), tendo por referência as sugestões das áreas técnicas do Ministério da Saúde.

Para a construção dos parâmetros de cobertura e de concentração relativa à hipertensão o Ministério da Saúde considerou, como população alvo, a população maior de trinta anos, estimando uma prevalência de 22% e, uma cobertura populacional de 50%. Os parâmetros adotados na área estratégica “Saúde do Adulto-Hipertensão” são apresentados no Quadro 3.

De acordo com os dados disponíveis no SISPPPI, observou-se que o estado de Mato Grosso do Sul pactuou uma prevalência de 19,4% e, uma cobertura populacional, de 55%. Com base nos parâmetros nacionais, foram estabelecidos, pela CIB, os parâmetros para o estado de Mato Grosso do Sul, que serviram como referência para o planejamento, programação e priorização das ações de saúde dos municípios, na área estratégica estudada (Quadro 4).

Considerando os dados registrados no Quadro 4 verifica-se que o Estado adotou parâmetros de concentração distintos dos nacionais nas seguintes ações: *ECG, consulta de nutrição, consulta médica especializada, consulta de enfermagem (2º nível) e, atendimento em assistência social.*

Quadro 3 – Parâmetros sugeridos pelo Ministério da Saúde na área de atuação hipertensão, área estratégica “Saúde do Adulto”, 2006

Ações/Procedimentos	Parâmetros
População alvo	População maior de 30 anos
Prevalência de HAS	22% da população alvo
Cobertura	50% (possui diagnóstico)
Atendimento em UBS	80% da população coberta
Consulta médica	2 consultas/paciente/ano
Consulta Enfermagem	6 consultas/paciente/ano
Ativ. Educativa Unidade (15/grupo)	6 atividades educativa/paciente/ano
ECG	2 exames/paciente/ano
Glicemia em jejum	4 exames/paciente/ano
Colesterol total	1 exame/paciente/ano
HDL	1 exame/paciente/ano
Triglicerídeos	1 exame/paciente/ano
Creatinina	1 exame/paciente/ano
Ácido úrico	1 exame/paciente/ano
Pesquisa de elementos anormais e sedimento na urina (EAS)	1 exame/paciente/ano
Microalbuminúria	1 exame/paciente/ano
Potássio	1 exame/paciente/ano
Mapeamento de retina	1 exame a cada 3 anos
Consulta de Nutrição	2 consultas/paciente/ano
Atendimento de segundo nível	25% da população atendida em unidade básica
Consulta médica especializada	2 consultas/paciente/ano
Cons. Enfermagem	6 consultas/paciente/ano
Clearance de creatinina	1 exame/paciente/ano
Proteinúria 24 horas	1 exame/paciente/ano
Ecocardiograma	1 exame/paciente/ano
TSH	1 exame/paciente/ano
Monitorização ambulatorial de PA	1 exame/paciente/ano
RX PA e perfil	1 exame/paciente/ano
Atividade educativa de assistência especializada	1 atividade educativa/paciente/ano
Teste ergométrico	1 exame/paciente/ano
Assistência domiciliar	1 procedimento/paciente/ano
Atendimento ambulatorial com observação até 6 horas	1 atendimento/paciente/ano
Atendimento em assistência social	2 atendimentos/paciente/ano

Fonte: BRASIL (2006d).

Quadro 4 – Parâmetros adotados na área estratégica “Saúde do Adulto – Hipertensão”, Mato Grosso do Sul, 2014

Área de Atuação	Ação/Procedimento	Parâmetros	
		Conc.	Cob.
Hipertensão Atendimento UBS	00 - Consulta médica em atenção básica	2,00	100%
	01 - Cons. de prof. de nível superior na atenção básica-Enf.	6,00	100%
	02 - Ativ. educativa/orientação em grupo na atenção básica	6,00	100%
	03 - Eletrocardiograma	1,00	50%
	04 - Dosagem de glicose	4,00	100%
	05 - Dosagem de colesterol total	1,00	100%
	06 - Dosagem de colesterol HDL	1,00	100%
	07 - Dosagem de colesterol LDL	1,00	100%
	08 - Dosagem de triglicerídeos	1,00	100%
	09 - Dosagem de creatinina	1,00	100%
	10 - Dosagem de ácido úrico	1,00	100%
	11 - Análise de caract. físicos, elementos e sedim. da urina	1,00	100%
	12 - Dosagem de microalbumina na urina	1,00	2,5%
	13 - Dosagem de potássio	1,00	100%
	14 - Mapeamento de retina	1,00	16%
15 - Cons. de prof. de nível sup. na at. básica - Nutricionista	1,00	100%	
Hipertensão Atendimento 2º Nível	00 - Consulta especializada para hipertensão	1,00	50%
	01 - Cons. de prof. de nível superior na atenção espec. – Enf.	1,00	50%
	02 - Clearance de creatinina	1,00	25%
	03 - Dosagem de proteínas (urina de 24 horas)	1,00	25%
	04 - Ecocardiografia transtorácica	1,00	50%
	05 - Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH)	1,00	100%
	06 - Monitorização ambulatorial da pressão arterial	1,00	1%
	07 - Radiografia de tórax (PA) - MAC	1,00	100%
	08 - Ativ. educ./orientação em grupo na atenção espec.	1,00	100%
	09 - Teste de esforço / teste ergométrico	1,00	25%
	10 - Ass. domiciliar p/ equipe multiprof. na atenção espec.	1,00	50%
	11 - Atend. urgência c/ obs. até 24 h em AE-2231 - Médico	1,00	85%
12 - Cons. profis. de nível sup. na at. esp.- Assistente Social	1,00	50%	

Fonte: SISPPI (2014)

Legenda: Conc.: Concentração; Cob.: Cobertura.

Por meio da análise das pactuações feitas pelos municípios, percebeu-se que uma quantidade significativa desses não pactuaram os mesmos parâmetros de concentração e de cobertura propostos pelo Estado. Os municípios cujos parâmetros de concentração e de cobertura foram mantidos, bem como os que apresentaram diferenças com relação ao estabelecido para Mato Grosso do Sul são apresentados nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4 – Municípios com e sem alterações nos parâmetros de concentração, por Região de Saúde, Mato Grosso do Sul, 2016

Região de Saúde	Municípios											Mun. por Região	
	Sem alteração		Com alteração										
	Nº	%	1-3	%	4-6	%	7-9	%	≥10	%	Total		%
C. Grande	7	21,9	18	72,0	3	12,0	2	8,0	2	8,0	25*	100	32
Dourados	12	36,4	12	57,1	6	28,6	2	9,5	1	4,8	21	100	33
T. Lagoas	4	40,0	4	66,7	2	33,3	0	0	0	0	6	100	10
Corumbá	0	0	0	0	1	100,0	0	0	0	0	1*	100	1
Total	23	30,3	34	64,2	12	22,6	4	7,5	3	5,7	53	100	76

Fonte: Elaboração própria.

Obs: * Não considerados os municípios de Bela Vista e Ladário, para os quais foi registrado "zero" em todas as ações (UBS).

Tabela 5 – Municípios com e sem alterações nos parâmetros de cobertura, por Região de Saúde, Mato Grosso do Sul, 2016

Região de Saúde	Municípios											Mun. por Região	
	Sem alteração		Com alteração										
	Nº	%	1-3	%	4-6	%	7-9	%	≥10	%	Total		%
C. Grande	7	21,2	6	23,1	2	7,7	2	7,7	16	61,5	26	100	33
Dourados	10	30,3	5	21,7	4	17,4	5	21,7	9	39,2	23	100	33
T. Lagoas	2	20,0	5	62,5	1	12,5	1	12,5	1	12,5	8	100	10
Corumbá	0	0	1	50,0	0	0	0	0	1	50,0	2	100	2
Total	19	24,4	17	28,8	7	11,9	8	13,5	27	45,8	59	100	78

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que, dentre municípios que não apresentaram alterações, 30,3% o fizeram nos parâmetros de concentração e 24,4% nos parâmetros de cobertura, mantendo a programação proposta como referência pelo Estado. Pode-se pressupor, assim, que tais municípios tinham capacidade de atendimento, infraestrutura e recursos financeiros suficientes para prestar a assistência nos quantitativos físicos propostos.

Os demais municípios fizeram alterações, tanto nos parâmetros de concentração (69,7%) quanto nos de cobertura (75,6%), algumas para maior, outras para menor, que os quantitativos e percentuais sugeridos.

A Tabela 4 mostra que, no parâmetro de concentração, houve predomínio de municípios com até três alterações (34), representando 64,2% do total de municípios com alteração no referido parâmetro.

Na Tabela 5 observa-se uma predominância de municípios que fizeram dez ou mais alterações (27), representando 45,8% do total de municípios que apresentaram alterações no parâmetro de cobertura. Pressupõe-se que, ao alterar mais os parâmetros de cobertura, os municípios diminuam o número de atendimentos, mas mantenham a qualidade da assistência.

A Tabela 6 apresenta o quantitativo de municípios que alteraram os seus parâmetros de concentração e de cobertura, para maior e/ou para menor, em relação aos propostos pelo Estado.

Tabela 6 – Municípios por tipo de pactuação nos parâmetros de concentração e de cobertura, por Região de Saúde, Mato Grosso do Sul, 2016

Parâmetro	Tipo de Pactuação	Municípios por Região de Saúde				
		Campo Grande	Dourados	Três Lagoas	Corumbá	Total
Concentração	Para <	21	16	4	0	41
	Para > e <	3	5	1	1	10
	Para >	1	0	1	0	2
Total		25*	21	6	1*	53
Cobertura	Para <	16	14	5	2	37
	Para > e <	9	7	2	0	18
	Para >	1	2	1	0	4
Total		26	23	8	2	59

Fonte: elaboração própria

Obs: *Não foram incluídos os municípios de Bela Vista e Ladário que registraram zero em todas as ações do parâmetro de concentração em UBS, sendo os mesmos incluídos no parâmetro de cobertura.

Por meio da Tabela 6, verifica-se que a maioria dos municípios fez pactuações para menor em ambos os parâmetros, sendo 41 municípios no parâmetro de concentração e 37 municípios no parâmetro de cobertura. O percentual de municípios com alteração efetuada nos parâmetros de concentração e de cobertura, para maior e para menor, estão apresentados nas Figuras 4 e 5.

Figura 4 – Percentual de municípios com alteração nos parâmetros de concentração, por tipo de pactuação, 2016

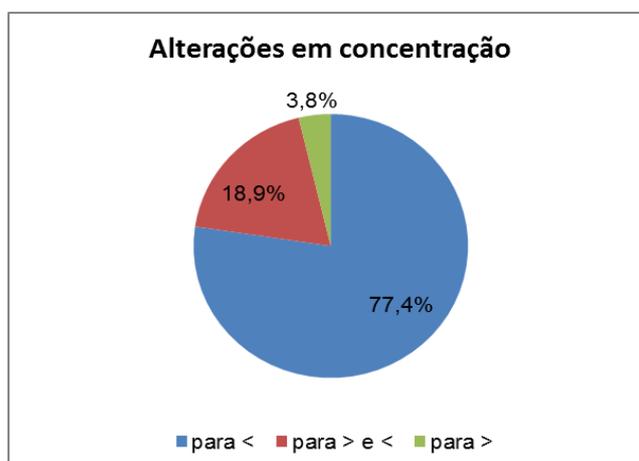
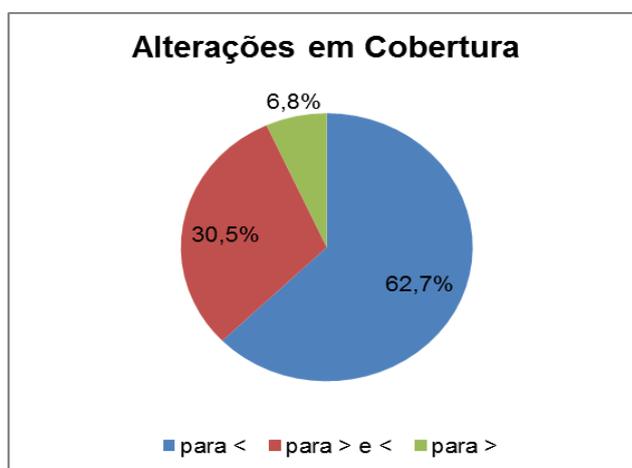


Figura 5 – Percentual de municípios com alteração nos parâmetros de cobertura, por tipo de pactuação, 2016



Verificou-se que alguns municípios ao alterar os parâmetros de concentração e de cobertura, o fizeram em percentuais diferentes que variaram entre 6% e 9.900%. A quantidade de municípios e a variação dos percentuais pactuados estão apresentados nas Tabelas 7 e 8.

Tabela 7 – Alteração nos parâmetros de concentração, por intervalo percentual e Região de Saúde, Mato Grosso do Sul, 2016

Região de Saúde	Intervalo percentual de alterações (%)					Total
	1-30	31-60	61-80	81-100	>100	
Campo Grande	7	46	10	30	2	95
Dourados	7	36	8	39	0	90
Três Lagoas	0	8	1	8	0	17
Corumbá	1	1	0	2	0	4
Total	15	91	19	79	2	206

Fonte: elaboração própria

Tabela 8 – Alteração nos parâmetros de cobertura, por intervalo percentual e Região de Saúde, Mato Grosso do Sul, 2016

Região de Saúde	Intervalo de alterações (%)					Total
	1-30	31-60	61-80	81-100	>100	
Campo Grande	164	100	40	46	5	355
Dourados	89	77	45	21	3	235
Três Lagoas	20	7	4	5	2	38
Corumbá	3	9	2	1	0	15
Total	276	193	91	73	10	643

Fonte: elaboração própria

Analisando as Tabelas 7 e 8, observa-se que as alterações ocorreram, predominantemente, no parâmetro de cobertura, onde foram efetuadas 643 alterações contra 206 no parâmetro de concentração. A constatação de que as mudanças ocorreram mais no parâmetro de cobertura e, também, para menor, indica a insuficiência de infraestrutura, organização e recursos financeiros por parte de cada município, para atingir as metas propostas para o Estado

No parâmetro de concentração 91 alterações (44,2%) foram realizadas em percentuais com variação entre 31%-60%, seguida de 79 alterações (38,4%) no intervalo entre 81%-100%, para maior ou para menor. No intervalo entre 31%-60%, sobressaíram alterações no percentual de 50%, num total de 79 alterações, sendo 77 para menor e duas para maior, em relação ao proposto para o Estado. No intervalo entre 81%-100%, predominou alterações no percentual de 100%, num total de 63 alterações, das quais 49 foram para menor e quatorze para maior.

No parâmetro de cobertura predominou alterações nos percentuais entre 1%-30% (276) e, 31%-60% (193), representando, respectivamente, 42,9% e 30,0% do total de alterações nesse parâmetro. No intervalo entre 1%-30%, sobressaíram alterações no percentual de 20%, num total de 146 alterações, sendo 141 para menor e cinco para maior. Já no intervalo entre 31%-60% predominou alterações no percentual de 50%, num total de 56 alterações, todas para menor que o proposto para o Estado.

Por meio da Tabela 9 apresenta-se a quantidade de alterações feitas pelos municípios, para maior e para menor, em ambos os parâmetros.

Tabela 9 – Alteração nos parâmetros de concentração e de cobertura, Mato Grosso do Sul, 2016

Parâmetro	Alteração				Total	
	Para maior	%	Para menor	%	Quant.	%
Concentração	18	8,7	188	91,3	206	100
Cobertura	40	6,2	603	93,8	643	100

Fonte: elaboração própria

Analisando a Tabela 9 observa-se uma predominância das alterações para menor. No parâmetro de concentração 91,3% das alterações foram para menor, enquanto 8,7% foram para maior. O mesmo ocorre no parâmetro de cobertura, onde se verifica que 93,8% das alterações foram para menor e 6,2% para maior.

As mudanças, para maior, na pactuação de algumas ações por parte dos municípios, indica que esses têm capacidade de atendimento superior ao proposto pelo Estado. Já os municípios que pactuaram para menor, demonstram que os parâmetros estabelecidos pelo Estado estão além de sua capacidade assistencial. Dessa forma, considerando que o município não tem condições de cumprir o proposto pelo Estado, o gestor municipal altera os parâmetros, na tentativa de ajustá-los à sua realidade.

As alterações para menor, no parâmetro de concentração, afetam a qualidade da assistência prestada, uma vez que esse parâmetro evidencia a quantidade de procedimentos necessários para que o município proporcione um bom atendimento à saúde da população. Já as alterações para menor, no parâmetro de cobertura, diminui o atendimento à população alvo, isto é, o número de pessoas que necessitam de atendimento está sendo prejudicado.

Os municípios que alteraram os parâmetros de concentração e de cobertura para maior, bem como as ações alteradas e os percentuais pactuados, estão apresentados nas Tabelas 10 e 11.

Tabela 10 – Alterações, para maior, no parâmetro de concentração, por Região de Saúde, 2016

Região de Saúde	Municípios	Ação Alterada	Percentual pactuado	Nível	Total de Municípios	Total de Alterações
Campo Grande	Guia Lopes	00, 01, 08	100, 300, 300	2º N	4	7
	Jaraguari	00, 08	100, 100	2º N		
	Maracajú	06	100	2º N		
	Rio Negro	01	100	2º N		
Dourados	Cel.Sapucaia	09, 11, 12	100, 100, 100	2º N	5	8
	Douradina	15	100	UBS		
	Fátima do Sul	00	100	2º N		
	Laguna Carapã	04, 09	100, 100	2º N		
	Novo Horizonte	00	50	UBS		
Três Lagoas	Água Clara	00	100	UBS	2	2
	Paranaíba	07	50	2º N		
Corumbá	Corumbá	08	100	2º N	1	1
TOTAL					12	18

Fonte: elaboração própria.

Verificou-se que no parâmetro de concentração, doze municípios alteraram os parâmetros para maior, sendo que, das 18 alterações realizadas, quatorze foram no percentual de 100%. As demais alterações foram pactuadas nos percentuais de 50% (2) e 300% (2).

Nota-se que as alterações se concentraram no nível de média complexidade ambulatorial (2º nível) e, os municípios que mais alteraram, pertencem à Região de Saúde de Dourados (41,7%), seguidos pelos municípios da Região de Saúde de Campo Grande (33,3%).

Tabela 11 – Alterações, para maior, no parâmetro de cobertura, por Região de Saúde, 2016

Região de Saúde	Municípios	Ação Alterada	Percentual pactuado	Nível	Total de Municípios	Total de Alterações
Campo Grande	Bonito	01, 06	20, 400	2º N	10	24
	Caracol	12	20	UBS		
	Dois Irmãos	00, 06, 11	60, 400, 6	2º N		
	Figueirão	04, 06	10, 9.900	2º N		
	Jaraguari	12, 14	20, 25	UBS		
	Jaraguari	01, 04, 06	60, 60, 100	2º N		
	Maracajú	06	200	2º N		
	Nioaque	01	10	2º N		
	Rio Negro	01, 10	60, 60	2º N		
	Sidrolândia	06	100	2º N		
	Terenos	03	40	UBS		
	Terenos	04,06,09,11,12	40,900,100,6,40	2º N		
	Dourados	Caarapó	14	25		
Caarapó		03	100	2º N		
Cel.Sapucaia		14	6	UBS		
Cel. Sapucaia		06	100	2º N		
Douradina		06	9.900	2º N		
Fátima do Sul		09	100	2º N		
Itaporã		00, 06	20, 900	2º N		
Nova Andradina		00	100	2º N		
Novo Horizonte		03	100	UBS		
Novo Horizonte		01	100	2º N		
Sete Quedas		06	1.900	2º N		
Vicentina		04	60	2º N		
Três Lagoas		Bataguassu	06	9.900	2º N	3
	Brasilândia	04	20	2º N		
	Três Lagoas	06	9.900	2º N		
Corumbá	-	-	-	-	0	0
TOTAL					22	40

Fonte: elaboração própria

Com relação aos parâmetros de cobertura identificou-se que 22 municípios fizeram alterações para maior que os propostos para o Estado, sendo que 19 (47,5%) das 40 alterações foram em percentuais igual ou maior que 100%. Nove dessas alterações foram no percentual de 100% e dez em percentuais que variaram entre 200% e 9.900% (Tabela 9).

Destaca-se que todas as alterações maiores que 100% ocorreram especificamente na ação 06 – Monitorização ambulatorial de pressão arterial, na

média complexidade (2º nível), cuja proposta, para o Estado, era de cobertura de 1% da população alvo. Verificou-se que os municípios ampliaram a cobertura da referida ação para 3%, 5%, 10%, 20% e, até, 100%.

As demais alterações no parâmetro de cobertura foram pactuadas nos percentuais de 6%, 10%, 20%, 25%, 40% e 60%.

Da mesma forma que no parâmetro de concentração, as alterações para maior se concentraram no nível de média complexidade ambulatorial (2º nível), sendo que os municípios que mais alteraram pertencem à Região de Saúde de Campo Grande (45,5%), seguidos pelos municípios da Região de Saúde de Dourados (40,9%).

A Tabela 12 apresenta o quantitativo de municípios que efetuaram alterações em cada uma das ações, bem como o total de alterações em cada parâmetro.

Analisando a referida tabela, observa-se que as alterações foram feitas em maior número nas ações de atenção básica (UBS), tanto no parâmetro de concentração (130) quanto no de cobertura (360), representando 63,1% e 56,0% do total de alterações, respectivamente. Salienta-se que as ações e serviços de saúde em atenção básica estão sob a responsabilidade municipal e são prestadas no próprio município enquanto que, na média complexidade a prestação dos serviços precisa, muitas vezes, ser referenciada.

No parâmetro de concentração, a ação 04 – Dosagem de glicose (UBS) foi alterada por um maior número de municípios (29), seguida das ações 02 – Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica (UBS), alterada por 25 municípios e, 01 – Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica-enfermeiro (UBS), alterada por 22 municípios. Destaca-se que as três ações foram alteradas para menor.

Verificou-se que no parâmetro de cobertura, 72,4% das ações foram alteradas por vinte ou mais municípios. A ação 04 – Ecocardiograma transtorácica (2º nível) foi alterada por 31 municípios, sendo que destes, 26 fizeram alteração para menor e cinco para maior. A ação 05 – Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH) (2º nível) foi alterada por 29 municípios, sendo que todos eles alteraram a ação para menor.

Tabela 12 – Total de alterações nos parâmetros de concentração e de cobertura, por Região de Saúde, 2016

Área de Atuação	Ação/Procedimento	Concentração					Cobertura				
		CGR	DOU	TLS	COR	TOTAL	CGR	DOU	TLS	COR	TOTAL
1 - Hipertensão - 0 Hipertensão Atendimento UBS	00 - Consulta médica em atenção básica	2	5	1	1	9	7	5	1	0	13
	01 - Cons. de profis. de NS na atenção básica – Enf.	12	8	1	1	22	11	5	1	1	18
	02 - Ativ. educativa/orientação em grupo na AB	13	10	2	0	25	15	6	2	0	23
	03 - Eletrocardiograma	3	3	1	0	7	10	9	0	1	20
	04 - Dosagem de glicose	13	13	2	1	29	13	11	2	0	26
	05 - Dosagem de colesterol total	1	1	0	0	2	11	9	1	0	21
	06 - Dosagem de colesterol HDL	1	1	0	0	2	13	10	1	0	24
	07 - Dosagem de colesterol LDL	1	1	0	0	2	13	10	1	0	24
	08 - Dosagem de triglicerídeos	1	1	0	0	2	12	8	1	0	21
	09 - Dosagem de creatinina	1	0	0	0	1	13	9	1	0	23
	10 - Dosagem de ácido úrico	1	0	1	0	2	13	8	1	1	23
	11 - Anal. de caract. físicos, elementos e sed. da urina	2	0	0	0	2	12	10	0	0	22
	12 - Dosagem de microalbumina na urina	3	3	1	0	7	11	3	1	1	16
	13 - Dosagem de potássio	1	2	0	0	3	15	8	1	1	25
	14 - Mapeamento de retina	4	4	0	0	8	17	12	3	1	33
15 - Cons. de profis. de NS na at. básica - Nutricionista	3	4	0	0	7	15	8	4	1	28	
Sub-total de alterações (UBS)		62	56	9	3	130	201	131	21	7	360
1 - Hipertensão - 1 - Hipertensão Atendimento de 2º nível	00 - Consulta especializada para hipertensão	3	2	0	0	5	6	3	0	0	9
	01 - Cons. de prof. de NS na at. espec. - Enfermeiro	5	2	1	0	8	12	8	0	0	20
	02 - Clearance de creatinina	2	2	1	0	5	9	7	1	1	18
	03 - Dosagem de proteínas (urina de 24 horas)	2	1	1	0	4	9	9	1	1	20
	04 - Ecocardiografia transtorácica	1	4	0	0	5	19	9	3	0	31
	05 - Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH)	1	3	0	0	4	14	11	3	1	29
	06 - Monitorização ambulatorial de pressão arterial	2	1	0	0	3	8	4	2	0	14
	07 - 017 - Radiografia de tórax (PA) - MAC	1	1	1	0	3	12	6	2	2	22
	08 - Ativ. educativa/orientação em grupo na at. espec.	3	4	2	1	10	15	10	2	1	28
	09 - Teste de esforço / teste ergométrico	4	3	0	0	7	11	5	1	1	18
	10 - Ass. domiciliar p/ equipe multiprofiss. na at. esp.	4	2	1	0	7	14	12	0	1	27
	11 - Atend.urgência c/obs. até 24 h em AE-2231-Méd.	2	3	0	0	5	10	7	2	0	19
12 - Cons.profis. de NS na at. esp. - Assistente Social	3	6	1	0	10	15	13	0	0	28	
Sub-total de alterações (2º Nível)		33	34	8	1	76	154	104	17	8	283
Total		95	90	17	4	206	355	235	38	15	643

Legenda: CGR - Campo Grande; DOU - Dourados; TLS - Três Lagoas; COR - Corumbá. Fonte: Elaboração própria.

As ações 15 – Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica – Nutricionista (UBS) e, 08 – Atividade educativa/orientação em grupo na atenção especializada (2º nível), foram alteradas por 28 municípios, sendo que todas as alterações foram feitas para menor. A ação 12 – Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada – Assistente Social (2º nível), também foi alterada por 28 municípios, sendo que destes, 27 alteraram a ação para menor e um para maior.

Analisando as alterações nos percentuais de cobertura, especificamente no nível de atenção básica (UBS), verificou-se a existência de um conjunto de procedimentos em que há uma coerência no percentual de alteração, ou seja, quando um procedimento é alterado, os outros também o são, no mesmo percentual, demonstrando que o município tem conhecimento da interdependência existente entre eles, podendo-se pressupor que tais alterações resultaram de um processo mais efetivo de planejamento. Para exemplificar essa situação, cita-se as pactuações realizadas nas ações 04 a 10 (dosagem de colesterol, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico) atendimento em UBS, que são procedimentos usados para diagnosticar a situação de saúde de um paciente, cuja pactuação é feita, pela maioria dos municípios, no mesmo percentual (Apêndices G, H, I).

Dessa forma, pode-se depreender que os municípios que apresentaram alterações nos parâmetros de concentração e de cobertura valorizam o seu o processo de planejamento, não utilizando os parâmetros propostos pelo Estado. Tais municípios estão pactuando quantitativos mais próximos à sua realidade, ficando a prestação da assistência dentro de sua capacidade de atendimento, infraestrutura e recursos financeiros disponíveis.

5.2 A Programação Pactuada e Integrada nos municípios de Mato Grosso do Sul

5.2.1 Caracterização dos municípios em estudo

Concluída a análise dos dados relativos ao estado de Mato Grosso do Sul, com vistas a compreender melhor o processo de planejamento e pactuação, bem

como identificar as razões das alterações observadas, decidiu-se realizar uma pesquisa de dados primários.

O estudo partiu do pressuposto de que essas alterações refletissem as necessidades e especificidades dos municípios e que estes, em virtude de diagnósticos que lhes proporcionaram conhecimento da realidade local, tivessem alterado os referidos parâmetros para atender aos seus municípios, de forma mais resolutiva.

Para seleção da amostra foram estabelecidos critérios de inclusão, que aplicados ao universo dos municípios do Estado, resultou em um conjunto de dezessete municípios, cuja cobertura da população alvo para hipertensão, bem como os parâmetros de concentração de procedimentos e cobertura assistencial foram alterados quando comparados aos propostos pela CIB para o estado de Mato Grosso do Sul (Tabela 13).

Tabela 13 – Municípios que apresentaram alterações nos parâmetros de cobertura populacional, concentração de procedimentos e cobertura assistencial, Mato Grosso do Sul, 2016

Nº	Município	Região de Saúde	Pop. Total (2008)*	Cob. da População**	Quantidade de Alterações	
					CONC.	COB.
1	Amambai	Dourados	35.001	100%	5	12
2	Aquidauana	C. Grande	46.266	50%	1	3
3	Aral Moreira	Dourados	9.793	20%	20	6
4	Bandeirantes	C. Grande	6.045	60%	2	16
5	Bodoquena	C. Grande	8.452	50%	4	2
6	C. Grande	C. Grande	747.845	80%	2	1
7	Caracol	C. Grande	5.257	60%	9	8
8	Coxim	C. Grande	32.767	50%	3	19
9	Douradina	Dourados	5.047	60%	2	17
10	Itaporã	Dourados	19.187	70%	2	26
11	Maracajú	C. Grande	32.565	50%	3	21
12	Miranda	C. Grande	24.833	60%	1	17
13	Paranaíba	T. Lagoas	40.186	50%	6	3
14	Paranhos	Dourados	11.706	50%	6	10
15	Sete Quedas	Dourados	10.962	90%	8	20
16	Sidrolândia	C. Grande	50.553	90%	1	25
17	Tacuru	Dourados	9.602	40%	4	2

Fonte: Elaboração própria.

Obs: * População usada no COAP;

**A cobertura da população sugerida em CIB para o Estado é de 55%.

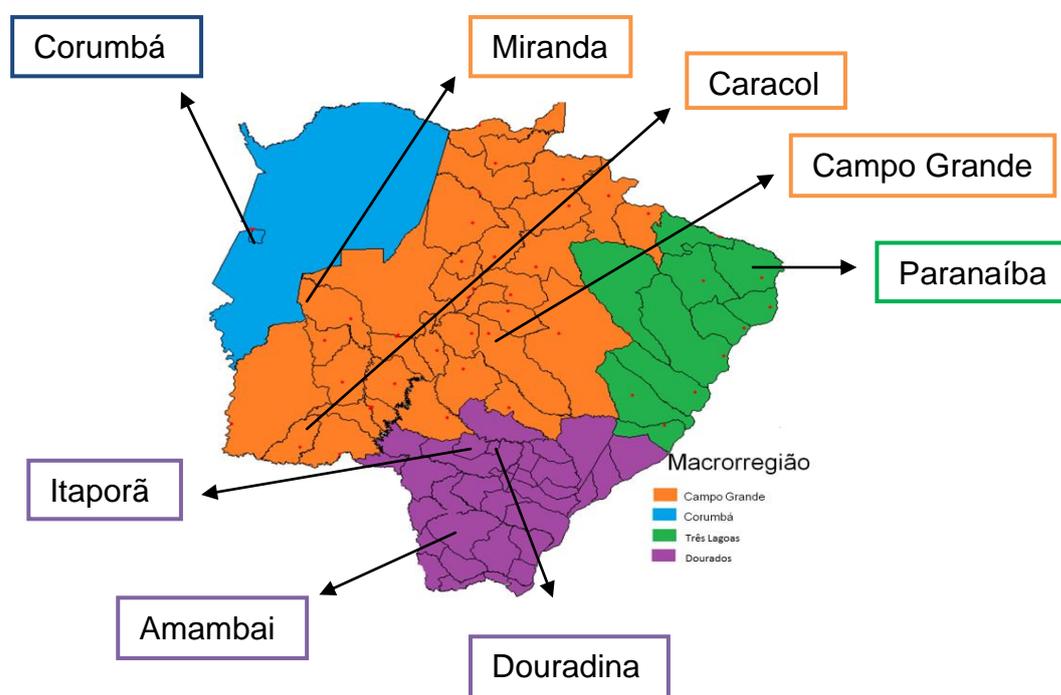
Legenda: Conc.- Concentração; Cob. – Cobertura.

Previu-se selecionar três municípios em cada Região de Saúde, sendo o de maior população, o de média população e o de menor população. Assim, respeitados os critérios de seleção, a amostra ficou constituída por sete municípios.

Considerando que a amostra não contava com representante da Região de Saúde de Corumbá e, que o município de Corumbá apesar de ter mantido o percentual sugerido em CIB para o Estado (55%) para o cálculo da população coberta, pactuou parâmetros de concentração e cobertura diferentes dos estabelecidos para o Estado, cumprindo parte dos critérios estabelecidos, o mesmo foi incluído na amostra. Corumbá fez quatro alterações no parâmetro de concentração e treze no parâmetro de cobertura.

Dessa forma, a amostra da pesquisa para coleta de dados primários, ficou constituída por oito municípios distribuídos nas quatro Regiões de Saúde (ou macrorregiões) do estado de Mato Grosso do Sul (Figura 6).

Figura 6 – Municípios componentes da amostra, segundo a Região de Saúde, 2015



Fonte: SEMADE/MS (2015a).

A **Região de Saúde de Campo Grande** é constituída por 34 municípios organizados em quatro Microrregiões, com uma população referenciada de 1.447.248 habitantes (MATO GROSSO DO SUL, 2015b).

Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, foi fundada por José Antônio Pereira, que chegou com sua comitiva à cidade em 21 de junho de 1872, e se estabeleceu na confluência dos córregos Prosa e Segredo. Criado como Distrito de Paz pela Lei nº 792, de 23/11/1889, foi emancipado politicamente em 26 de agosto de 1899, através da Resolução Estadual nº 225, de 26/08/1899. Foi elevado à condição de cidade com a denominação de Campo Grande, pela Lei Estadual nº 772, de 16/07/1918. O município de Campo Grande se desenvolve com a agropecuária, proporcionada pelo estabelecimento de fazendas de criação de gado em suas imediações e nos campos limpos de Vacaria. Está localizado no centro geográfico de Mato Grosso do Sul, no bioma do cerrado e sobre o divisor de águas das bacias dos Rios Paraná e Paraguai (VASCONCELOS, 2012). Segundo estimativa populacional do ano de 2015, Campo Grande possui 853.622 habitantes (MATO GROSSO DO SUL, 2015b).

Caracol foi criado como distrito pela Lei nº 659, de 20/06/1914, e, elevado à categoria de município pela Lei nº 1.971, de 14/11/1963. Localiza-se a 301,89 km da Capital, com uma área territorial de 2.938,68 km², representando 0,82% da área do Estado (CARACOL, 2016). Caracol, segundo estimativa populacional do ano de 2015, possui 5.838 habitantes (MATO GROSSO DO SUL, 2015b).

Criada como vila Mondego, precisamente no dia 16 de julho de 1778, Miranda foi elevada à categoria de Vila, em 30 de maio de 1857, por Lei Provincial. Ainda por Lei Provincial de 07 de outubro de 1871, a Vila de Miranda foi elevada à categoria de município de Miranda. O município de Miranda, com área territorial de 5.478,825 km², está situado no sul da região Centro-Oeste do Brasil, no Pantanal sul-mato-grossense. Localiza-se a 202 km de Campo Grande (MIRANDA, 2016) e, segundo estimativa populacional do ano de 2015, possui uma população de 27.104 habitantes (MATO GROSSO DO SUL, 2015b).

A **Região de Saúde de Corumbá** é constituída por apenas uma Microrregião formada por dois municípios, com uma população referenciada de 130.516 habitantes (MATO GROSSO DO SUL, 2015b).

O município de Corumbá, fundado em 1778, foi elevado a distrito em 1838, e, a município, em 1850. Localiza-se na região do Pantanal Sul-Mato-Grossense próximo à fronteira com a Bolívia, à beira do Rio Paraguai, distante 428 km da Capital do Estado. Corumbá é o maior município em extensão territorial de Mato Grosso do Sul (64.960,863 km²) e, o mais populoso centro urbano fronteiro do

Norte e Centro-Oeste do Brasil. É a terceira cidade mais importante do Estado em termos econômicos, a quarta em população (108.656 habitantes, segundo estimativa populacional de 2015) e, a primeira em cultura. Apesar de o setor industrial ser incipiente, a arrecadação gerada por ele supera a dos setores de pecuária e de agricultura. Na indústria de transformação, é representativa a produção de cimento, calcário, laticínios e os estaleiros (CORUMBÁ, 2016).

A **Região de Saúde de Dourados** é constituída por 33 municípios organizados em quatro Microrregiões, com uma população referenciada de 802.417 habitantes (MATO GROSSO DO SUL, 2015b).

O município de Amambai, criado por meio da Lei nº 131, de 28/09/1948, está localizado ao sul da região Centro-Oeste do Brasil, a sudoeste de Mato Grosso do Sul e, próximo da fronteira com o Paraguai. Localiza-se a 350 km de Campo Grande, capital do Estado e ocupa uma área territorial de 4.202,335 km². Possui, segundo dados da Funasa no ano de 2006, três aldeias indígenas (Aldeia Amambai, Limão Verde e Jaguari), com uma população de aproximadamente 7.988 indígenas. A agricultura e a pecuária representam sua maior fonte econômica (AMAMBAI, 2016). Amambai, segundo estimativa populacional do ano de 2015, possui 37.590 habitantes (MATO GROSSO DO SUL, 2015b).

Douradina, fundada em 20 de dezembro de 1956, foi elevada a distrito pela Lei nº 2.093, de 20/12/1963 e, transformada em município por meio da Lei nº 78, de 12 de maio 1980. O município de está situado no sul da região Centro-Oeste do Brasil, no sudoeste de Mato Grosso do Sul. Localiza-se a 197 km da Capital. Com cerca de 280 km² de área, é o menor município em área de Mato Grosso do Sul e possui, segundo estimativa populacional do ano de 2015, 5.723 habitantes (DOURADINA, 2016).

Itaporã é conhecida como "Cidade do Peixe", pois possui a maior lâmina d'água do estado em matéria de criação e produção de peixes. O município foi criado pela Lei Estadual nº 659, de 10/12/1953, passando, em 1977, a fazer parte do atual estado de Mato Grosso do Sul (ITAPORÃ, 2016). Localiza-se a 228 km de Campo Grande e possui uma população de 22.896 habitantes, segundo estimativa populacional do ano de 2015 (MATO GROSSO DO SUL, 2015b).

A **Região de Saúde de Três Lagoas** é constituída por 10 municípios organizados em duas Microrregiões, com uma população referenciada de 271.054 habitantes (MATO GROSSO DO SUL, 2015b).

Município situado na divisa do Estado de Minas Gerais, Paranaíba possui grande quantidade de fazendas de gado de corte e de leite, além de setor industrial em expansão e em pleno desenvolvimento. Criado como Distrito com a denominação de Santana do Paranaíba, pela Lei Provincial nº 4, de 19/04/1838, foi elevado à categoria de vila com a denominação de Santana do Paranaíba, pela Lei Estadual nº 5, de 04/07/1857, e, instalado em 07/01/1859. Foi elevado à condição de cidade com a denominação de Santana do Paranaíba, pela Lei Estadual nº 79, de 13/07/1894. Localiza-se a pouco mais de 400 km de distância de Campo Grande e possui, segundo estimativa populacional do ano de 2015, 41.495 habitantes, distribuídos em uma área territorial de 5.402,652 km² (PARANAÍBA, 2016).

A Tabela 14 apresenta os parâmetros adotados para identificação da população com diagnóstico de hipertensão a ser coberta pelos municípios que compuseram a amostra, bem como a rede assistencial existente nesses municípios.

Tabela 14 – Parâmetros usados para estimar a população coberta na área de atuação hipertensão, segundo município, Mato Grosso do Sul, 2016

MUNICÍPIO	REGIÃO DE SAÚDE	POP. TOTAL (2008)	POP > 30 ANOS	POP. EST.*	COB. PAC.**	POP. COBERTA	IDHM	Nº UBS***	Nº LEITOS SUS
Amambai	Dourados	35.001	14.564	2.825	100%	2.825	0,673	11	40
C. Grande	C. Grande	747.845	354.785	68.828	80%	55.063	0,784	65	1.435
Caracol	C. Grande	5.257	2.252	437	60%	262	0,647	3	4
Corumbá	Corumbá	101.525	40.921	7.939	55%	4.366	0,700	20	138
Douradina	Dourados	5.047	2.349	456	60%	273	0,699	4	0
Itaporã	Dourados	19.187	8.945	1.735	70%	1.215	0,654	9	14
Miranda	C. Grande	24.833	10.502	2.037	60%	1.222	0,632	5	24
Paranaíba	T. Lagoas	40.186	20.353	3.948	50%	1.974	0,721	14	112

Fonte: Mato Grosso do Sul (2012a,b,c,d); CNES (BRASIL, 2016b).

Obs: * População de hipertensos estimada segundo a prevalência de 19,4%; ** Percentual de cobertura da população alvo pactuado em CIB para o Estado= 55%; ***Incluso UBS + postos de saúde.

Com relação à população observa-se que, dos 8 municípios componentes da amostra, seis apresentam população menor que 50.000 habitantes.

Quanto ao IDHM verifica-se que, com exceção de Campo Grande, Paranaíba e Corumbá, cujo índice é classificado como alto, os demais, apesar de apresentarem

diferenças significativas de população, apresentam IDHM classificado como médio, variando entre 0,632 em Miranda e 0,699 em Douradina.

O IDHM brasileiro considera as mesmas três dimensões do IDH Global – longevidade, educação e renda, mas vai além, adequando a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDHM são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios e regiões metropolitanas brasileiras (O ATLAS, 2013).

Observa-se que Campo Grande apresenta a maior quantidade de estabelecimentos de saúde (65), seguido de Corumbá (20) e Paranaíba (14).

O número de leitos SUS varia de 4 em Caracol a 1.435 em Campo Grande, não tendo sido identificado leitos SUS em Douradina (0). Corumbá e Paranaíba possuem, respectivamente, 138 e 112 leitos SUS.

Segundo a AHSEB³³ (2014) o número de leitos disponíveis por mil habitantes no Brasil está aquém da orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que preconiza, como ideal, o índice de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes. Levantamentos datados de 2009 mostraram oferta correspondente a uma média de 2,4 leitos por mil habitantes – ou 2,1 para mil no SUS e 2,6 para mil entre os beneficiários de planos de saúde (AHSEB, 2014). Para o Ministério da Saúde, a referência é de 2,5 a 3 leitos para cada mil habitantes (BRASIL, 2002b).

Levantamento realizado em Mato Grosso do Sul, de acordo com Katayama (2015), mostrou que apenas 16 municípios (20,3%), apresentam número ideal de leitos, ou seja, 2,5 leitos para cada 1.000 habitantes. Segundo a autora os três primeiros da lista são Sete Quedas (5,88 leitos/mil habitantes), Jateí (5,18 leitos/mil habitantes) e Fátima do Sul (4,79 leitos/mil habitantes). Campo Grande ocupa o 13º lugar no ranking e Dourados o 11º. Os municípios componentes da amostra que apresentam índice ideal são: Amambai (3,46 leitos/mil habitantes); Campo Grande (3,15 leitos/mil habitantes); e, Paranaíba (4,67 leitos/mil habitantes).

Segundo o levantamento citado por Katayama (2015), se aplicado aos leitos SUS, apenas sete cidades preenchem o número ideal de leitos, figurando, entre estas, a cidade de Paranaíba, que faz parte do presente estudo.

³³ Associação de Hospitais e Serviços de Saúde da Bahia

5.2.2 O processo de pactuação nos municípios

A PPI é o processo por meio do qual os municípios definem e quantificam as ações e serviços de saúde que serão prestados à sua população, no próprio município ou em municípios para os quais as ações e serviços serão referenciados, bem como os limites financeiros destinados à assistência dessa população (BRASIL, 2006d).

A elaboração da programação das ações e serviços, de base local e ascendente deve ser orientada pela identificação das necessidades em saúde da população dos municípios e, estar em coerência com o plano municipal de saúde (BRASIL, 2006d).

O Sistema Único de Saúde sofreu diversas modificações, destacando-se: a ampliação dos serviços, a alteração de gestões, normatizações, fluxo de recursos, lógicas de programação, perfil dos municípios, quantitativo de populações, dentre outros. Em âmbito nacional, no tocante à PPI, houve a instituição do Pacto pela Saúde, o avanço nos sistemas de programação e de regulação, a criação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM, além da proposição da unificação das programações (BAHIA, 2011).

O processo de pactuação nas Regiões de Saúde do estado de Mato Grosso do Sul teve a adesão de 100% de seus municípios.

O Estado de Mato Grosso do Sul realizou, entre 2006 e 2007, em parceria com o Ministério da Saúde, o COSEMS/MS, o Conselho Estadual e, os Conselhos Municipais de Saúde, treze oficinas microrregionais, seis macrorregionais e três estaduais, com vistas a discutir o Pacto pela Saúde. Dessas reuniões resultou a celebração do Pacto pelos 78 municípios sul-mato-grossenses com a assinatura (gestor municipal e estadual) dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, aprovados pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e CIB Estadual, homologados pela CIT e publicados no Diário Oficial da União (DOU) em setembro de 2007 (Portarias GM nº 2.238, de 11/09/2007 e GM nº 2.252, de 12/09/2007). Os debates e os trabalhos realizados possibilitaram a concretização do novo desenho do PDR estadual e a implantação das CIBs regionais (Campo Grande, Dourados e Três Lagoas), a aprovação do projeto estadual de regulação da assistência e a PPI da Assistência à Saúde (DOBASHI, 2008b).

Novas reuniões/oficinas foram realizadas pela SES, em 2008 e 2009, com a participação de representantes dos municípios (gestores e técnicos) para avaliação do Pacto, identificação de repactuações necessárias, e, análise e ratificação dos Termos de Compromisso da Gestão Municipal e Estadual (DOBASHI, 2008a).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado de Mato Grosso do Sul teve por objetivo garantir o acesso da população a todas as ações e serviços de saúde, partindo das ações de menor complexidade que devem ser prestadas o mais próximo possível de seu local de moradia, ascendendo para as de maior complexidade.

Segundo Rodrigues e Ortega (2010), para elaboração do PDR a SES/MS levou em consideração: o fluxo histórico de pacientes; a distância entre os municípios; os recursos de acessibilidade como estradas e a disponibilidade de meios de transporte; a identidade cultural; a organização e oferta espacial de serviços; a capacidade de gestão dos municípios; os fluxos já existentes, decorrentes da organização administrativa tradicional do Estado; os aspectos políticos conjunturais que influenciam a conformação de espaços permanentes de negociação e pactuação; a densidade demográfica; e, as potencialidades dos municípios para gestão total do sistema.

O PDR de Mato Grosso do Sul sofreu várias alterações desde o primeiro desenho da regionalização aprovada em CIB no ano 2000, em virtude da troca de municípios de uma macrorregião para outra, inclusão de municípios e, criação de macrorregião.

Para elaboração da Programação Pactuada e Integrada, os municípios levam em consideração, além dos planos de saúde municipais, também o PDR do Estado.

Nessa parte da pesquisa estudou-se o processo de pactuação dos municípios de Amambai, Campo Grande, Caracol, Corumbá, Douradina, Itaporã, Miranda e Paranaíba. Verificou-se que todos os municípios da amostra utilizam os instrumentos de gestão: Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e, Relatório Anual de Gestão, tendo, inclusive, todos eles elaborado o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, atualmente em vigor.

Dentre os oito municípios da amostra, 6 possuem população menor que cinquenta mil habitantes (Tabela 14), refletindo a situação do estado apresentada no Quadro 5, onde se verifica que cerca de 95% dos municípios possui menos que 50.000 habitantes, sendo considerados de pequeno porte.

O pequeno porte da maior parte dos municípios brasileiros traz dificuldades de capacidade do planejamento do sistema, da regulação de prestadores e construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento da população, já que não é possível garantir oferta de serviços de média e alta complexidade em todos os municípios brasileiros (KAMIMURA; OLIVEIRA, 2013, p. 284).

Quadro 5 – Informações gerais, Mato Grosso do Sul, 2016

DADOS ESTADUAIS	VALOR
Área territorial do estado em Km ²	357.145,84
Densidade demográfica - hab. por Km ²	7,42
População estadual estimada 2015	2.651.235
População estadual 2010	2.449.024
Municípios entre 10.001 a 30.000 habitantes	39
Municípios entre 30.001 a 50.000 habitantes	9
Municípios entre 50.001 a 100.000 habitantes	1
Municípios acima de 100.000 habitantes	4

Fonte: DAGD/MS-IBGE-Ministério do Desenvolvimento Agrário (BRASIL, 2016a).

A Região de Saúde tem se configurado como o território no qual é exercida a governança do sistema de saúde, onde, por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR), os gestores municipais e estaduais pactuam e deliberam questões relacionadas à realidade sanitária da região, na perspectiva da prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, além de otimizar a utilização de recursos físicos e financeiros (BRASIL, 2015c). No Quadro 6 apresenta-se as CIR constituídas no Estado.

Quadro 6 – Comissão Intergestores Regional constituída por Região de Saúde, Mato Grosso do Sul, 2015

COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL	POPULAÇÃO 2015	QUANTIDADE DE MUNICÍPIO/CIR	PERCENTUAL DA POP. DA REGIÃO EM RELAÇÃO AO ESTADO
Campo Grande	1.447.248	34	54,59
Corumbá	130.516	2	4,92
Dourados	802.417	33	30,72
Três Lagoas	271.054	10	10,22
TOTAL	2.651.235	79	100,00

Fonte: SGEF/MS (BRASIL, 2016a).

Destaca-se que a PPI estudada foi elaborada a partir do Decreto nº 7.508/2011 e constou como anexo ao Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP 2012-2015, assinado pelas quatro Regiões de Saúde do estado de Mato Grosso do Sul (MATO GROSSO DO SUL, 2012a, 2012b, 2012c, 2012d). Entretanto, uma vez que a PPI é considerada “viva”, ou seja, que por meio do Sistema Informatizado de Programação da Assistência à Saúde - Programação Pactuada e Integrada (SISPPi) os dados dos municípios podem ser atualizados de forma contínua, à medida que as alterações são solicitadas e aprovadas pela CIB, trabalhou-se com os dados disponibilizados no SISPPi no mês de abril de 2015, quando do acesso ao sistema, não sendo contempladas alterações posteriores. Ressalta-se que na versão disponibilizada do SISPPi foram constatadas pequenas variações em relação à programação anexa ao COAP.

Esclarece-se que, em virtude da possibilidade de atualização da PPI, não há como fazer uma comparação da série histórica das pactuações, pois o sistema ao ser alterado não mantém registro dessas alterações. Assim, é possível identificar apenas a PPI que consta no Anexo II do COAP e, aquela disponível no SISPPi na data de acesso ao sistema. Também não fica registrada, no sistema, a data de alteração dos dados.

O modelo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde privilegia a organização orientada para as ações de promoção e prevenção da saúde, sendo que as demandas da atenção básica devem alcançar um grau de resolutividade que evite o agravamento das situações mórbidas referenciadas e reduza a evolução de agravos que demandam atenção de maior complexidade (BRASIL, 2006d).

A programação da atenção básica e de média complexidade ambulatorial deve partir das áreas estratégicas com parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde (concentração e cobertura) e transformados em consenso, ou seja, o gestor tem a possibilidade de estabelecer parâmetros próprios de seu município.

A programação partindo de áreas estratégicas possibilita ao gestor uma melhor visão do processo de planejamento e integra de forma mais efetiva as ações básicas e de média complexidade, na medida em que os dois níveis da atenção passam a compor um mesmo momento do processo de programação (BRASIL, 2006d, p. 24).

Assim, estudou-se, especificamente, o processo de pactuação da área estratégica “Saúde do adulto - Hipertensão arterial”, porém, constatou-se que os

municípios pactuaram parâmetros em todas as áreas estratégicas disponibilizadas no sistema.

A programação da atenção básica é de responsabilidade dos municípios não estando previsto referenciamentos para este nível de atenção. Para a média complexidade ambulatorial a lógica de programação deve ser ascendente, ou seja, os municípios programam as ações de sua população e encaminham para outros municípios aquelas ações que não possuem oferta, por insuficiência ou inexistência de capacidade instalada, mantendo consonância com o processo de regionalização (BRASIL, 2006d).

Entende-se por referência os encaminhamentos de média ou alta complexidade, ambulatorial ou hospitalar que são pactuados entre um município encaminhador que não oferta agregados/serviços, por insuficiência ou inexistência da capacidade instalada em seu território para atender seus munícipes, e outro município executor específico que dispõe do serviço em quantidade superior à sua necessidade, podendo, portanto, atender a demanda do primeiro, em consonância com o processo de regionalização – PDR (BAHIA, 2011, p. 16).

O processo de programação tem início com a etapa Preliminar de Programação onde o gestor estadual, em conjunto com os gestores municipais define: a agenda de necessidades/prioridades do estado; as diretrizes gerais que servem de referência para o processo de programação no estado; o formato/desenho da proposta de regionalização; o levantamento da capacidade instalada existente nos municípios que compõem as regiões de saúde; e, a macroalocação de recursos financeiros federais, estaduais e municipais (BRASIL, 2006d).

Dessa forma, para a elaboração da PPI dos municípios Sul-Mato-Grossenses, de acordo com Rodrigues e Ortega (2010, p. 13-14), foram realizadas as seguintes etapas:

- capacitação de técnicos da SES e dos representantes das três macrorregionais pelo Ministério da Saúde no SISPPi;
- formação do grupo técnico com a participação de toda a SES - atenção básica, vigilância, assistência, e, planejamento;
- levantamento dos dados para parametrização;
- aprovação da parametrização, do índice de internação e da macroalocação dos recursos;
- agendamento de reuniões para discussão do diagnóstico da microrregião antes da data estabelecida para pactuação na macrorregião;
- agendamento das reuniões com os municípios, por macrorregião, para pactuação;

- análise da pactuação para identificação de possíveis erros; e,
- encaminhamento das planilhas aos municípios executores para análise.

Novas reuniões foram realizadas pela SES em 2013, nas quatro Regiões de Saúde, tendo por objetivo a análise, adequação e elaboração da PPI. As reuniões contaram com a participação dos representantes das Secretarias de Saúde dos municípios e da Gerência Estadual da PPI/CERA/SES. Todos os municípios presentes tiveram o SISPPPI instalado em seus computadores e foram orientados sobre a construção da PPI da Assistência à Saúde, seus parâmetros, seus agregados e o financeiro, tendo sido demonstrado, na ocasião, como acessar o sistema e sua programação. Também foram disponibilizadas planilhas com a produção dos serviços de saúde realizados (Tabwin 2012) para que os municípios trabalhassem as suas pactuações. Todos os procedimentos ambulatoriais foram discutidos, analisados e planilhados nesse período, ficando os municípios com a responsabilidade de finalizar a sua programação e encaminhar as planilhas para Campo Grande (RODRIGUES; ORTEGA, 2013).

Os entrevistados nos municípios componentes da amostra confirmam o oferecimento de treinamento por parte da SES/MS por ocasião da elaboração da PPI municipal, mas afirmam que tais treinamentos não têm ocorrido ultimamente:

No início sim, porém, de uns quatro anos para cá, não há treinamento, só tem a pactuação (TC).

Sim, por ocasião do levantamento para elaboração do COAP e PPI (TH, TB).

No início as reuniões foram em Campo Grande sob a coordenação da SES/MS, recentemente houve reunião no município com a presença da SES e da CIR (TD).

O técnico responsável participou de reuniões realizadas em Campo Grande (SES) e no próprio município (CIR) (GE, TF, TG).

Pressupõe-se que o fato de a PPI ser considerada “viva” pode ter levado a SES a não oferecer novos treinamentos, vez que as alterações vão sendo efetivadas à medida que os municípios as solicitam. Seguramente quando da implantação da PGASS novos treinamentos serão demandados.

As reuniões eram feitas para informar sobre a PPI e sobre o sistema (SISPPPI) em si, como acessá-lo e alimentá-lo. Segundo os entrevistados, os parâmetros já vinham pré-estabelecidos e, deveriam ser adequados aos recursos financeiros (teto)

relativos à prestação desses serviços, cabendo aos municípios, em termos de discordância, fazer readequações sempre atentando para que o teto não fosse ultrapassado. De acordo com as respostas apresentadas pelos gestores/técnicos dos municípios os encontros foram realizados da seguinte forma:

O técnico que era responsável anteriormente foi à SES para receber informações sobre a PPI e o sistema de planejamento. Hoje, como Coordenadora da Atenção Básica e, também, responsável pelo planejamento do município, participei de reunião com o pessoal da PPI do Estado, onde se falou sobre as pendências do município e da necessidade de se fazer repactuações e ver o que precisa ser mexido. Foi explicado o funcionamento do sistema, o que deveria ser dado continuidade e como deveria ser feito e, que aguardavam um retorno. Orientaram para que em caso de dúvidas solicitássemos apoio à micro de Ponta Porã (TA).

O Ministério da Saúde trouxe o sistema e orientou como fazer. Pactuamos por procedimento, pois não podíamos partir do zero. É o que tínhamos e fomos alterando de acordo com a nossa realidade. Engessava um pouco, mas tínhamos liberdade para promover alterações (TB).

Vimos da reunião, a primeira vez, com a tarefa de instalar a PPI e lançar no sistema. Fizemos as planilhas e submetemos à SES, que a submeteu à CIB. A gente vai lá e pactua, da nossa cabeça, não tem nada programado. Hoje é a própria SES que faz os lançamentos no sistema. Na primeira pactuação a base o Estado já tinha (trazia pronto), com o número de atendimentos do município (série histórica). Trabalhou-se em cima do disponibilizado pelo Estado. Era uma coisa meio que imposta até na parte dos indicadores. Se a gente tinha um, tinha que manter esse um ou tirar (TC).

Nas reuniões realizadas sob a coordenação da SES/MS, foram repassadas informações sobre a pactuação, o sistema da PPI e, sobre a alimentação deste. Recentemente houve reunião no município, com a presença do pessoal da SES e da CIR, para falar sobre a repactuação e os ajustes necessários na PPI. Em caso de dúvidas, pode-se buscar auxílio na SES em Campo Grande (TD).

Foi feita reunião em Campo Grande, primeiro com todos os municípios. Depois por macro e microrregião. Neste primeiro momento a PPI já veio montada pelo sistema e vieram os técnicos estaduais e municipais e explicaram como deveria ser feita, onde mexer. Os participantes foram divididos em grupos para discussão (GE).

O técnico que era responsável já levava a planilha elaborada para discussão. Nesses encontros houve treinamento específico para elaboração da programação e, acesso ao sistema. Os acessos ao sistema tudo era ele que tinha e, ao sair ele não deixou nada para ninguém (TG).

Foram dois dias de discussão na Microrregião com vistas à elaboração dos instrumentos de planejamento. Seis meses de reuniões com os municípios da Macrorregião com discussão pelas áreas técnicas, até o fechamento (TH).

Nos treinamentos oferecidos pela SES para instrumentalizar o processo de pactuação os gestores foram orientados a fazer um diagnóstico de seu município,

com vista a identificar a situação real do mesmo quanto à capacidade instalada, às ações e serviços que seriam prestados pelo próprio município e os que deveriam ser referenciados, e, ainda, identificar a demanda reprimida (RODRIGUES; ORTEGA, 2010), ou seja, eles deveriam elaborar a sua própria programação, tomando por base os parâmetros já estabelecidos pelo Estado.

Essas ações fazem parte da etapa denominada “Programação Municipal”, na qual o gestor do município define: a agenda de prioridades a serem contempladas pela programação do município; as diretrizes da programação municipal; se haverá programação por distrito de saúde; a macro-alocação dos recursos financeiros municipais; o nível de agregação das aberturas programáticas para as ações de média complexidade ambulatorial não previstas nas áreas estratégicas (que deverá ser igual ou menor que a estadual); os parâmetros para a população residente no município, correspondentes aos níveis de agregação definidos nas aberturas programática; e, os encaminhamentos para outros municípios quando a oferta for insuficiente ou inexistente (BRASIL, 2006d).

Este momento é fundamental para os municípios, pois é nessa ocasião que se tem a oportunidade de “pensar” as prioridades e as ações e serviços de saúde que serão disponibilizadas a sua população, bem como, onde e como investir os recursos financeiros disponíveis.

A forma como esse processo foi desencadeado nos municípios foi identificada a partir das respostas apresentadas, pelos gestores/técnicos, quando instados a falar sobre o processo de pactuação de seu município. Tinha-se por objetivo inicial identificar como havia sido realizado o processo de pactuação dos parâmetros disponibilizados no SISPPI em abril de 2015, ou seja, o planejamento realizado em 2014 ou os levantamentos feitos entre 2011 e 2012 para a assinatura do COAP. Em alguns municípios esse objetivo foi prejudicado, uma vez que os servidores que participaram do processo anterior de programação já não estavam mais desenvolvendo essa função e, em alguns casos, já não pertenciam mais ao quadro de servidores do município. Assim, nesses municípios, os responsáveis pelo planejamento/programação falaram sobre a forma como o processo de pactuação é realizado atualmente.

No município “A”, o planejamento das ações é feito por cada um dos setores, sendo que “a Atenção Básica senta com seus coordenadores para planejar; a área

de especialidades senta com seus profissionais para planejar; e, assim por diante” (TA). Depois dessas discussões, as informações de cada setor são repassadas para a Coordenação da Atenção Básica, que as consolida no planejamento. De acordo com o entrevistado “não é um setor que vai discutir e fazer o planejamento ou gestão estratégica”, sendo que a Coordenadora da Atenção Básica convida as especialidades e pontos de atenção para, juntos, construir o planejamento (TA).

No município “B” a coordenadoria responsável pela elaboração do planejamento envolve todas as áreas técnicas, com a antecedência necessária. Nessas reuniões discute-se o que foi executado e o quanto deverá ser pactuado e, também, o que deve ser mantido ou alterado. A Coordenadoria de Elaboração, Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Planejamento do SUS (CMA/SESAU) faz o acompanhamento e orienta as áreas técnicas por ocasião do planejamento e programação e é responsável pelo lançamento no sistema. Esclarece-se que o município “B” não acompanha as programações pelo SISPP, mas por sistema próprio.

No município “C”, a pactuação foi feita, à época, por dois enfermeiros, tomando por base os parâmetros dados pelo programa. Os dois discutiam e pactuavam um quantitativo:

Se temos 500 hipertensos e o parâmetro é 50% de eletro, pactuamos, então, 250. Só que isso a gente faz e no final das contas não fecha. Pactuamos 50% de eletro que tem um valor “x”, aí os outros procedimentos tem um valor “y” e, quando você vai ver lá no final a conta não fecha, aí a gente vai cortando, cortando, para ajustar o valor. Os cortes eram feitos para ajustar os valores ao teto dado ao município, sempre em função do recurso financeiro e não da demanda. Nós decidíamos o que iríamos cortar e, cortávamos o que julgávamos menos prejudicial, de acordo com o nosso conhecimento como enfermeiros (TC).

Segundo o técnico do município “C”, muitas vezes a pessoa escolhida para representar o município nas reuniões de pactuação não está preparada para desempenhar o papel a ela designado, o que prejudica o processo de planejamento como um todo.

Tem gente que participa das reuniões de pactuação e não tem nenhuma noção ou conhecimento. Não sabe o que está fazendo, o Secretário manda ir e ele vai. Como vai discutir? (nós somos enfermeiros e temos alguma base para discutir). Mas eram enfermeiros definindo os destinos dos municípios de “C”. É muita coisa, a gente ia pactuar odontologia, coisa que não tinha nem noção do que era. Os auditores orientavam a gente. Outra falha é isto: não existe uma preparação antes da pactuação (TC).

O município “D” envolve todas as áreas estratégicas para elaboração de sua programação anual, sob a coordenação da Gerência de Gestão Estratégica. A gerência é exclusivamente executiva e, por ocasião da elaboração da Programação Pactuada e Integrada, reúne-se com as áreas envolvidas para discutir o processo e identificar as demandas a serem pactuadas. A pactuação das referências não é ajustada pela demanda, mas, pela oferta apresentada pelo município para o qual as ações e serviços de saúde serão referenciados. “Quando iniciamos a pactuação o município diz o que tem para oferecer e vamos ajustando de acordo com o ofertado” (TD).

No município “E” a PPI foi feita no ano de 2006, com base em série histórica: “Tem o sistema, a gente mexe e vai adequando e, se precisar alterar, mando ofício solicitando a alteração” (GE). Para elaborar o planejamento o responsável senta com as áreas específicas, em especial aquelas onde haverá mudanças: “Tem que ser uma equipe, trabalhar em conjunto” (GE). Segundo o gestor, a PPI é readequada a cada dois anos ou quando necessário, por meio do remanejamento de ações dentro do total de ações e serviços pactuados:

A gente fala: vou tirar 50 consultas de ortopedia e passar para neurologia. Você faz de acordo com o que você está gastando no decorrer do ano ou do mês, aí você desloca daquele que se está gastando menos (GE).

O gestor do município “E” esclarece que é difícil o Estado e a União aceitarem alterações nos parâmetros já traçados. Para comprovar essa situação o mesmo descreve uma situação vivenciada em 2012, por ocasião do planejamento feito para o COAP:

Em 2012, nesse planejamento que fizemos dentro do COAP discutimos, dois técnicos e o gestor municipal, para um indicador nosso cair de 25% para 10% (preventivo, parâmetro de AB na saúde da mulher) e o Estado e a União não aceitaram. O município é pequeno e tem muita questão de Cassems e Unimed, os munícipes têm outras opções para ir particular, não busca o município. Entretanto Estado e União insistem que temos de fazer com que o munícipe participe da atenção básica.

Segundo o mesmo gestor, a PPI deveria ser modificada de modo a refletir a realidade do município:

O que falam da PPI é que ela vem embutida e eles não gostam que seja alterada, acho que é cultura, pois há 15 ou 20 anos trabalha-se com isso. Eles tinham que ver a realidade local de cada município (GE).

Particpei da reunião e verifiquei que o Estado já apresentava valores para o município. Eu dizia que precisava de tanto, mas “eles” disseram, “só posso dar isso”. Teve alguns procedimentos que foram retirados do nosso, em função do financeiro/teto municipal (GE).

A demanda é maior que a oferta, falo por causa da atenção básica. Onde era para os nossos médicos atender de 16 a 20, atendem uma demanda muito maior, que é paga pelo município (GE).

No processo de planejamento do município “F” o responsável reúne-se com as áreas envolvidas, para identificação da demanda dos quantitativos a serem pactuados.

O técnico que participou do processo de programação do município “G” que constou como anexo ao COAP assinado, elaborou a PPI sem ouvir as áreas envolvidas. O referido técnico foi desligado do município e as planilhas por ele elaboradas foram analisadas pelo Coordenador da Atenção Básica, que ficou responsável pela elaboração dos instrumentos de planejamento no município a partir de então, juntamente com a Secretária Municipal de Saúde:

Fiz à última PAS sem nunca ter feito antes, baseada na que o técnico havia deixado. Ele fez e passou para eu e a Secretária avaliar. Você pega a programação e percebe que foi feita por quem não tem conhecimento técnico nenhum, porque colocou coisas que nem existe no município. As alterações que fiz foram baseadas no conhecimento que tenho do município, por ter trabalhado em várias unidades (TG).

O responsável atual pelo planejamento entende que essa questão de PPI e de planejamento tem que ser realizada com todas as áreas técnicas do município, “porque abrange tudo, abrange a vigilância sanitária, epidemiológica, hospitalar, tem que sentar e planejar com o responsável de cada área técnica, isto é, tem que ser uma coisa em conjunto” (TG). Segundo ele esse planejamento conjunto nunca aconteceu: “Desde que estou aqui isso nunca aconteceu, é sempre assim, a ‘toque de caixa’.” (TG).

Já o município “H”, quando da realização da programação, reúne-se com representantes das demais áreas técnicas e o Secretário de Saúde, e, com base na pactuação anterior e os resultados obtidos, discutem sobre o que foi pactuado, o que conseguiu executar e, o que o município não executou. Tomando por referência a estatística que tem (série histórica), o grupo decide o que vai manter e, onde tem que mudar. Quando tem que repactuar discute-se área por área estratégica, “cada um, dentro de sua área técnica, vai dizer o que deve ser pactuado” (TH).

O técnico do município “H” confirma que a pactuação baseia-se nos parâmetros já estabelecidos pelo Estado: “Geralmente vem do Estado um parâmetro e o nosso vai estar ali dentro. Trabalha-se com esse parâmetro discutindo com o diretor da área, se ele tem como fazer aquela quantidade ou não”.

A falta de flexibilização aos municípios para alterar a pactuação de acordo com as suas necessidades foi identificada, também, por Molesini *et al.* (2010, p. 630) que concluíram que “os municípios e mesmo os estados adaptam-se às regras, mesmo limitando a sua liberdade para planejar de acordo com as necessidades locais e regionais”.

De acordo com o técnico de “H”, nem sempre foi assim. Segundo ele, anteriormente a pactuação ficava por conta do gestor, sem a participação das áreas técnicas responsáveis. Porém, essa forma de planejar, embora fosse feita sobre estatística, gerava muita reclamação por parte dos diretores por conta de não refletir a realidade do município: “por que você pactou este tanto? Como eu vou fazer a quantidade de visita que vocês pactuaram? Não tenho estrutura. Como vou dar conta disso?” (TH).

Assim, depois de algum tempo, passaram a fazer a programação, o gestor em conjunto com o técnico designado para responder pelo planejamento do município, porém concluíram que essa forma de planejar também não funcionava: “Depois, fazíamos a programação eu e o gestor. Sentávamos, fazia, levava e pactuava. Vi que não funcionava, ou seja, funcionava para efeito da Secretaria com o Estado, só no papel”.

Foi aí que resolveram mudar e envolver todas as áreas, forma de planejamento usada hoje pelo município:

Se não chamar todo mundo, como eu vou conseguir cumprir uma meta? Se eles não falarem para mim o que eles conseguem, como vou pactuar os parâmetros do município? No momento que você envolve todos, fica muito mais fácil. Hoje eu estou aqui no planejamento, mas eles é que vão realizar, portanto, são eles que têm que falar o que deve ser feito (TH).

A participação das áreas técnicas no processo de planejamento é um fator positivo que faz com que as pessoas se sintam parte integrante do processo, gerando maior confiança e divisão de responsabilidades, além do conhecimento que trazem da realidade, situação, problemas e resultados.

Constatou-se que seis, dentre os 8 municípios estudados não possuem uma unidade de planejamento, sendo que, normalmente, a área de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde é que se responsabiliza pela elaboração da PPI (4 municípios). Às vezes essa responsabilidade fica com a Regulação (um município) ou, ainda, com a área de especialidades (um município):

Não existe um setor de planejamento ou de gestão estratégica, ou algo assim. Quem elabora o planejamento é a Coordenadora de Atenção Básica (TA; TC; GE; TG).

Quem elabora o planejamento é a responsável pela Central de Regulação (TF).

Quem elabora o planejamento é o responsável pela área da Atenção de Especialidades (TH).

A Secretária está pensando em criar um setor que ficará responsável pela elaboração do planejamento do município (TG).

O município “D” conta com uma área de planejamento denominada Gerência de Gestão Estratégica, responsável pelo processo de planejamento e programação. Já no município “B”, o planejamento é feito por áreas distintas. Há uma Diretoria de Planejamento e Gestão em Saúde, que conta com duas coordenadorias que se responsabilizam pelo planejamento do município, denominadas Coordenadoria de Elaboração, Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Planejamento do SUS (CMA) e, Coordenadoria das Políticas de Saúde. A primeira é responsável pela elaboração e acompanhamento de documentos como o COAP, o Plano de Saúde e o RAG e, a segunda, pelo planejamento governamental (PPA). A Coordenadoria de Controle e Avaliação da Atenção à Saúde, vinculada à Diretoria de Regulação em Saúde, faz o acompanhamento da PPI, na parte das referências.

A quantidade de servidores envolvida no processo de programação, nos municípios, varia de uma a cinco pessoas. O quantitativo e o nível de formação desses, são apresentados no Quadro 7. Destaca-se que a maioria dos responsáveis pelo processo, tem formação na área da saúde.

Outro achado importante da pesquisa foi à identificação de que nos oito municípios da amostra, apesar da formação em nível superior, a PPI é elaborada por pessoas que não têm capacitação específica na área de planejamento. Observa-se que, com relação ao município “B”, está-se falando especificamente da área responsável pela PPI.

Quadro 7 – Nível de formação dos responsáveis pelo planejamento, por município, 2014

MUNICÍPIO	Nº DE SERVIDORES	NÍVEL DE FORMAÇÃO
A	1	Superior completo
B	5	Superior completo
C	2	Superior completo (1), Mestrando (1)
D	3	Superior completo
E	3	Superior incompleto (2), superior completo (1)
F	3	Superior incompleto (1), médio completo (2)
G	1	Superior completo
H	1	Superior completo

Fonte: Elaboração própria.

Verificou-se que em quatro desses municípios os responsáveis pela elaboração do planejamento, apesar de não ter formação na área, possuem vasta experiência no processo, em virtude de ter participado dos planejamentos anteriores. Há, no entanto, servidores que elaboram o planejamento sem ter tido nenhum contato com o processo, como explicam os técnicos dos municípios “F” e “G”:

Estamos sendo orientadas sobre como promover as alterações na PPI pela SES, mas não temos capacitação específica em planejamento nem experiência em planejamentos anteriores (TF).

Participei de capacitação oferecida pela SES, mas não tenho capacitação específica em planejamento, nem experiência em planejamentos anteriores (TG).

Quem fez o último RAG fui eu, porém o fiz sem conhecimento técnico algum. Busquei informações na SES (TG).

O técnico que era responsável pelo planejamento desde o ano de 2010, também só havia participado das capacitações dadas pela SES (TG).

Constatou-se, ainda, que em seis municípios os servidores designados para responder pelo planejamento, além de não ter capacitação na área, ainda exercem outras funções, respondendo, às vezes, por dois setores ao mesmo tempo:

Além de ficar responsável pelo planejamento do município respondo, também, pela Coordenação de Atenção Básica e pela Coordenação de Vigilância em Saúde (TC).

Sou Coordenador da Atenção Básica e, atualmente, fui designado pela Secretária para responder pelo planejamento do município (TG).

Considerando que seis dentre os 8 municípios estudados possui 40.000 habitantes ou menos, entende-se a dificuldade para a estruturação organizacional, com a criação de departamentos específicos, principalmente em municípios com população abaixo de 20.000 habitantes (3 municípios). Entretanto, o fato de um mesmo servidor acumular duas ou mais funções, incluindo aí a responsabilidade pelo processo de planejamento e instrumentos de gestão (PS, PAS, RAG e PPI), prejudica o processo como um todo.

Outros fatores que impactam negativamente o processo de pactuação são as mudanças de gestores municipais (descontinuidade administrativa) e a alta rotatividade de pessoas ligadas ao planejamento.

Como explicitado anteriormente, a SES disponibilizou planilhas contendo a produção de cada município no ano de 2008, que serviu de subsídio para que estes trabalhassem suas programações para o quadriênio 2012-2015. Os parâmetros disponibilizados resultaram de discussões e análises realizadas pelos municípios em conjunto com a SES, com base em série histórica que, segundo os entrevistados, vem sendo usada desde então, como parâmetro de concentração e cobertura para a programação das ações e serviços a serem disponibilizados a sua população.

Percebe-se que apesar de a SES ter solicitado aos municípios que trabalhassem os dados disponibilizados no SISPPI, o próprio sistema não permitia que os parâmetros fossem alterados, mantendo-se, na maioria das vezes, os parâmetros de cobertura e concentração já estipulados nas planilhas fornecidas.

Para o estabelecimento dos parâmetros leva-se em consideração a população do município, entretanto, nem sempre os parâmetros estabelecidos refletem a demanda real destes. De acordo com as respostas dos entrevistados, os municípios não se basearam em diagnósticos para identificação de suas necessidades, de forma a orientá-los na definição das ações e serviços a serem oferecidos à sua população. O que se identificou foi uma pactuação pautada na manutenção das quantidades de ações e serviços que já vinham sendo prestados pelo município (série histórica).

O município “B” apesar de não identificar necessidades por meio de diagnósticos para programar suas ações em saúde, utiliza a série histórica acrescida

de um percentual de crescimento estimado de acordo com análise dos relatórios gerados por seu sistema.

A PPI é “viva”, permitindo alterações à medida que os gestores solicitam. Entretanto identificou-se que as alterações solicitadas não passam de readequações, onde se diminui uma ação para aumentar outra, sem que isso reflita em aumento do teto financeiro do município. Dessa forma, verifica-se que nem sempre o aumento de um procedimento está diretamente ligado à melhoria do atendimento à saúde da população. “A PPI é viva, mas não muda com a periodicidade ou velocidade necessária” (TB).

Para alteração da PPI, as solicitações são encaminhadas diretamente à Gerência de Acompanhamento da PPI Assistência/SES, via ofício, que, após análise, verifica junto ao município executor se este aceita receber as referências e submete à CIB para aprovação. Aprovadas as alterações a Gerência altera o sistema e submete ao Ministério da Saúde para reorganização do orçamento.

Apesar de as solicitações de alteração não influenciarem diretamente no atendimento prestado, 6 dentre os oito municípios estudados já solicitaram alteração de sua PPI. Os principais motivos alegados pelos municípios para a solicitação de alteração foram: demanda reprimida; necessidade de remanejamento de serviços; capacitação de recursos humanos; novos projetos; contratação de profissionais de saúde.

A alta rotatividade de gestores e técnicos, bem como a delegação para elaboração dos instrumentos de planejamento a pessoas sem a devida capacitação, influencia na pactuação e compromete a gestão municipal.

Nos municípios do interior a rotatividade de pessoal influencia na programação, pois, quando a pessoa está aprendendo, sai toda a equipe. Então, repete-se o que já havia sido pactuado e, quando no decorrer do ano começa a entender melhor o processo, altera o programado de acordo com sua necessidade (TB).

Considerando que a demanda não cabe no orçamento, faz-se necessário que o gestor municipal tenha conhecimento e saiba priorizar as ações e serviços que devem ser colocados à disposição de sua população, de forma que os atendimentos sejam mais resolutivos e eficazes.

5.2.3 Fatores que influenciaram a pactuação dos municípios

A identificação dos fatores levados em consideração pelos municípios por ocasião da pactuação de indicadores ligados à hipertensão arterial foi um dos objetos centrais desta pesquisa.

Para identificar os fatores levados em consideração por ocasião da pactuação de indicadores ligados à hipertensão arterial foram consideradas as respostas apresentadas pelos entrevistados - gestores e técnicos – responsáveis pelo processo de planejamento e programação nos municípios da amostra (Amambai, Campo Grande, Caracol, Corumbá, Douradina, Itaporã, Miranda e Paranaíba).

Cabe aos gestores definir as prioridades que orientarão as programações das ações e serviços de saúde em seus municípios. Para subsidiar os gestores na definição dessas prioridades, o Ministério da Saúde, por meio do Pacto pela Vida, estabeleceu seis prioridades: saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose malária e influenza; promoção da saúde; e, fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006d).

Os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, por meio das Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, são utilizados como referência, pelos municípios, para a programação das ações e serviços de saúde a serem disponibilizados a sua população, havendo, no entanto, a possibilidade de os gestores fazerem adequações de acordo com a sua realidade local.

Para tanto, os gestores devem elaborar processos prévios de análise da situação de saúde da população local, identificar problemas e alternativas/estratégias de superação destes, bem como priorizar as ações a serem desenvolvidas, de acordo com viabilidade técnica, econômica e política do município.

Assim, as entrevistas tiveram por finalidade identificar os fatores que o gestor e/ou técnico levou em consideração para estimar a demanda de ações e serviços de saúde relativa à hipertensão arterial, por ocasião da elaboração da PPI de seu município.

De acordo com as respostas apresentadas verificou-se que os municípios não realizaram diagnósticos situacionais com vistas a identificar as necessidades da população para o estabelecimento dos parâmetros pactuados por ocasião da assinatura do COAP.

Salvo resposta apresentada pelo técnico do município “H”, em que afirma que “um diagnóstico situacional foi feito, pela ESF, há muito tempo, na época do Pacto (2006-2009) e, a partir daí, fez-se adequações de acordo com as vivências dos diretores”, os demais entrevistados se basearam em série histórica para estimar as necessidades inerentes à hipertensão, por ocasião da pactuação:

Não posso afirmar como foi feita a estimativa anterior, acredito que por série histórica, porém hoje, em nível de AB, a gente faz levantamento epidemiológico, não só de hipertensos, mas das DCNT transmissíveis ou não, de tudo que é sensível a atendimento de AB, fazendo um mapeamento, onde tem maior vulnerabilidade, onde a população está em maiores locais em determinados pontos do município e para isso faz programação de ações (TA).

Não estimamos a necessidade com base na prevalência, nem utilizamos os dados do Vigitel, por ser autorreferido. Usamos como referência os pacientes cadastrados e acompanhados pela rede. Com base nas informações do nosso sistema, fazemos as programações com um ano de antecedência e, como temos um histórico de crescimento de 10% de um ano para o outro, pactuamos o número de cadastrados com acréscimo de 10% (TB).

Levamos em consideração a base dada pelo Estado em função da população (fez as contas padronizadas) e estimamos pelas diretrizes do programa. Após adequamos as quantidades em função dos recursos, visando fechar com o teto do município (TC).

Série histórica e parâmetros da Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Cardiologia (presente no PMAQ) (TD).

Série histórica dos atendimentos que o município vinha fazendo (GE; TF; TG; TH).

A cobertura pactuada por Mato Grosso do Sul para a população estimada como hipertensa (prevalência de 19,4% sobre a população maior que trinta anos) foi de 55%. Os municípios da amostra, com exceção de Corumbá que manteve o mesmo parâmetro do Estado, alteraram o parâmetro de cobertura populacional para mais ou para menos.

O principal fator que influenciou a alteração do percentual de cobertura para o cálculo da população alvo na área estratégica “Saúde do Adulto-Hipertensão”, segundo as respostas dos entrevistados, foi à busca de se manter o atendimento à população que já vinha sendo acompanhada pelo programa de hipertensão:

Levando em consideração a demanda e a quantidade ofertada pactuou-se o que realmente se utilizava, usando como referência os números do ano inteiro (TA).

O município já trabalhava com a cobertura populacional de 80%, calculado com dados da saúde da família (TB).

Alteramos para manter o mesmo atendimento que já vínhamos prestando (TC; GE; TF; TG).

Os 55% de cobertura estipulados para o Estado representava os 50% que já tinham no SIAB “O número de pessoas cobertas seria o mesmo” (TH).

Trabalhamos com a população que vai ser efetiva, tem levantamento e sei que estou trabalhando com esta população. Decidimos cuidar de 50%, pois os outros 50%, uns não tratam outros tratam particular (TH).

Puxei no sistema e 50% era o que o município estava trabalhando, se trabalhasse com 55% teria que aumentar exame, consulta e medicamento e eu não teria condições de garantir atendimento para todos, então mantive os 50% (TH).

Os parâmetros de concentração projetam a quantidade de ações ou procedimentos necessários para propiciar uma atenção eficaz ao problema de saúde que afeta a população alvo do programa. Já os parâmetros de cobertura estimam as necessidades de atendimento de uma determinada população em um determinado período, ou seja, indica o percentual da população que necessita desse atendimento no município (BRASIL, 2006d).

Dentre os fatores utilizados para pactuação do parâmetro de concentração dos procedimentos pelos municípios, a utilização da série histórica de atendimentos foi o que mais se destacou:

O número de pacientes que já vinham sendo atendidos meses e até anos na mesma especialidade/profissional/cidade (TA).

O parâmetro de concentração para consulta foi estimado levando-se em consideração o número total de pacientes hipertensos somados os 10% de crescimento e multiplicados por 3, ou seja, estimamos que os hipertensos deveriam passar 3 vezes ao ano pelo médico (no mínimo) para ter um acompanhamento mais efetivo (TB).

Levamos em consideração os cadastrados no SisHipertdia à época (TD).

A série histórica dos atendimentos. Não fui eu, nem o gestor hoje, nem o gestor anterior, quando do acesso ao sistema, os valores já estavam embutidos lá. Você tem que trabalhar com aqueles dados, não pode abaixar, tem que manter. “Vem de 1980, quando transformou o SUS – era na maquininha, lançava nome por nome do paciente e quando foi transformado em PPI já veio com o resultado do meu município”. “O que você manda ele já tem uma noção do que você precisa no ano seguinte”. Quando a meta está baixa ele (sistema) já diz “você pode manter ou aumentar até a meta do Estado” (GE).

Série histórica dos atendimentos (TF).

A série histórica dos atendimentos. “O Ministério já informava que o município tinha determinada população e, por estatística, era essa a concentração a ser usada. Se colocasse as concentrações dadas trabalharia o ano inteiro e não teria essa população. Alteramos para adequar à nossa realidade”. “Faço o planejamento e não tenho profissional para fazer nem o médico para atender, se comprar o serviço tem que ver se tenho recurso para isto”. É complicado planejar, por isso deixa como está e vai levando (TH).

Mas houve município cuja variável se reduziu, mais uma vez, aos recursos financeiros e, também, a pouca cobertura de ESF, conforme as respostas apresentadas:

Adaptação financeira. A pactuação baseou-se nas diretrizes, entretanto, em virtude dos baixos recursos financeiros, a mesma foi adaptada ao teto financeiro do município. Não foi pensando na cobertura, ou na demanda, mas no recurso financeiro. “Não pode passar um centavo a mais e nem um centavo a menos, tem que ser exato”. “Distribuímos as ações e serviços dentro dos recursos financeiros que o município vai ter” (TC).

Por conta da cobertura. A cobertura de ESF no município é baixíssima (é a menor ou a 2ª menor do Estado). “Se a gente não tem 100% de cobertura de ESF como vamos acompanhar os hipertensos?” Temos deficiência em cobertura de ESF e cobertura de agentes comunitários, porque não temos todas as áreas cobertas. A falta de conhecimento do responsável à época pode ter colaborado. “Agora temos cardiologista no município, mas antes não tínhamos” (TG).

Demonstrando preocupação com a forma como são estabelecidos os parâmetros físicos programados, o técnico do município “B” informou que a área de DCNT está implantando o programa de cálculo de risco, pois percebeu que nem todo hipertenso precisa passar, efetivamente, por três consultas/ano. Segundo o entrevistado, o programa irá classificar o hipertenso de acordo com o risco, ou seja, aquele que apresentar risco baixo será atendido pelo médico a cada seis meses; o de risco médio, a cada quatro meses; e, o de risco alto, a cada três meses. “Ainda não fizemos a classificação dos hipertensos pelo grau de risco, mas com a aplicação do programa o atendimento será mais resolutivo” (TB).

Já para pactuar parâmetros de cobertura da assistência diferente do Estado os entrevistados informaram ter utilizado os seguintes fatores:

Infraestrutura de transporte para encaminhamento dos pacientes à Dourados, local mais próximo (TA).

A capacidade de atendimento (nº de médicos disponíveis na rede), a falta de estrutura para atendimento das três consultas pactuadas e, a instituição do programa “autocuidado apoiado” iniciado em 2016, que estimula o paciente a se autocuidar, o que é mais importante no processo (TB).

Adaptação financeira. Por saber que o dinheiro não dá, o município corta o número de atendimentos. “Como garantir 100%, se você não tem 100%?” Não tínhamos pessoal e a infraestrutura era deficiente. “Tínhamos dois enfermeiros, hoje temos quatro; não tínhamos setores, hoje chefiou dois setores; não tínhamos aparelhos de eletrocardiograma e agora temos” (TC).

O município levou em consideração os cadastrados no SISHIPERDIA à época, tentando aproximar da realidade local e, em razão da falta de profissional médico (TD).

Série histórica dos atendimentos (GE).

Falta de profissional à época e proximidade de Dourados. “No município tem clínico geral, mas as especialidades são de fora, os médicos atendem aqui e voltam para Dourados” (TF).

Baixa cobertura da ESF no município, falta de agentes comunitários e, falta de conhecimento do responsável pela pactuação à época. Agora temos cardiologista no município, mas antes não tínhamos. A cobertura do município não melhorou e estamos com defasagem de dezessete agentes de saúde, não tem agente para a busca dos hipertensos, não temos estrutura para atender (TG).

Trabalhamos com a série histórica dos serviços que já vinham sendo prestados, garantindo atendimento àquela população. Levamos em consideração, ainda, a falta de profissionais em determinadas especialidades. Fizemos variações para chegar o mais perto possível da realidade do município (TH).

Apesar de fazer perguntas distintas com vistas a identificar as variáveis que influenciaram a pactuação dos parâmetros de concentração e de cobertura das ações e serviços relativos à hipertensão arterial, a maioria dos municípios não visualizam diferenças significativas para o estabelecimento de um ou outro parâmetro, tendo apresentado respostas similares para as duas perguntas. Aparentemente os gestores/técnicos estão preocupados com o quantitativo total de procedimentos e não com a necessidade técnica do procedimento para controlar e resolver o problema.

Quando se identificou que vários municípios pactuaram parâmetros distintos dos estabelecidos para o Estado, pressupôs-se que esses municípios, para o estabelecimento desses parâmetros, teriam se baseado em diagnósticos que identificassem as reais necessidades de saúde de seus munícipes, os problemas e, ainda, as suas alternativas de solução, buscando, enfim, a qualidade da assistência. Entretanto, pelas respostas apresentadas percebe-se que a programação fica refém do recurso financeiro, da ausência de profissional especializado, da alta rotatividade de pessoal e, da falta de capacitação específica dos envolvidos no processo de planejamento, além da infraestrutura deficitária em alguns municípios, o que

influencia, diretamente, no processo de pactuação e prejudica a resolutividade da saúde.

5.2.4 A PPI como elemento garantidor do acesso

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde é um processo onde são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território. Pensada como uma forma de diminuir o quadro de heterogeneidade e desigualdades de acesso da população entre as várias regiões, a conformação de redes de serviços regionalizadas, denominadas “redes funcionais”, teve por finalidade garantir o acesso da população a todos os níveis de atenção, a partir de dispositivos de planejamento, programação e regulação (BRASIL, 2006d).

As ações pactuadas na área de atenção básica são de responsabilidade exclusiva dos municípios, não podendo, portanto, ser referenciadas. Já para a média complexidade ambulatorial a lógica de programação é ascendente, sendo que os municípios programam as ações de sua população e realizam os encaminhamentos para outros municípios, daquelas ações que não possuem oferta, por insuficiência ou inexistência de capacidade instalada, mantendo consonância com o processo de regionalização (BRASIL, 2006d).

Considerando os diferentes níveis de complexidade dos sistemas municipais de saúde é previsto que estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atendam usuários encaminhados por outro. Dessa forma, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, cabe aos gestores municipais efetivar as negociações necessárias (BRASIL, 1996).

Os gestores municipais têm a responsabilidade de participar da PPI e organizar os fluxos de referência de sua população para serviços a serem prestados por outros municípios, com o apoio do gestor estadual, que deve implementar mecanismos de garantia e acompanhamento dos fluxos de referência intermunicipal (BRASIL, 2001a).

Somente após o estabelecimento dos pactos intermunicipais é que os serviços não ofertados na região serão discutidos e pactuados com outras regiões, possibilitando que os recursos pactuados e aprovados pela CIB sejam transferidos para o custeio (BRASIL, 2006d).

As ações objeto de referenciamentos estão previstas na PPI e contratualizadas por meio do COAP e, como um acordo de vontade entre as partes, pressupõe-se que o que está contratado deva ser executado. Dessa forma, tomando por base os parâmetros de concentração e de cobertura pactuados, buscou-se identificar em que medida a PPI se constitui em um instrumento garantidor do acesso às ações e serviços de saúde para a hipertensão arterial.

Apesar de não estar previsto referenciamento na área de atenção básica, o entrevistado no município “B” afirma que “os encaminhamentos não ocorrem apenas na média e na alta complexidade, havendo casos de atendimento de procedimentos de atenção básica por parte de nosso município”. Para o entrevistado “as quatro macros deveriam ser resolutivas em atenção básica e média complexidade chegando a ‘B’ apenas a alta complexidade” (TB).

Destaca-se que a diferença entre procedimentos de média e alta complexidade se dá por densidade tecnológica, ou seja, quanto maior a complexidade do procedimento, maior a densidade tecnológica necessária e maior será o seu custo.

Nas respostas apresentadas, identifica-se que os oito municípios ouvidos garantem o acesso de sua população no nível de atenção básica, cujo atendimento fica sob a responsabilidade do município. No entanto, com relação às especialidades, que são referenciadas, ou seja, naquelas ações em que os munícipes são direcionados a outro município para atendimento, nem sempre o acesso está garantido.

Segundo o técnico do município “A”, os serviços referenciados não estão sendo atendidos de acordo com o pactuado. Ele afirma que “para as microrregiões e macrorregiões que são referências e recebem, na regionalização, a demanda de outros municípios, esse controle normalmente não existe”. Com isso o técnico quis dizer que os municípios para os quais os serviços são referenciados não mantêm um controle efetivo sobre o que já foi atendido e o que ainda falta atender: “Você sabe quanto foi pactuado, Ponta Porã atende oito municípios da microrregião, contando com ele próprio, mas não sabe quem pactuou o que e, quanto é de cada município”.

O próprio município não controla o quanto já encaminhou do pactuado, não havendo acompanhamento por parte do município referenciador nem, tampouco, do referenciado ou executor: “Não há um acompanhamento entre os municípios com

relação ao planejamento e o que está sendo executado. Falta controle entre a PPI e o executado com relação à referência” (TA).

Para o técnico do município “C” no caso de atenção básica o município faz muito mais do que o pactuado, mas, nos casos das especialidades, não:

O município pactua com você que vai receber teste ergométrico, por exemplo, mas ele não sabe nem a capacidade dele, nem dá conta da capacidade dele, como que ele vai te ofertar? A PPI não é hoje uma garantia de acesso. Você pactua, mas não tem o serviço garantido (TC).

O mesmo se dá no município “D”, onde, segundo o técnico, a pactuação das referências não é feita pela demanda do município referenciador, mas pela disponibilidade de cumprimento por parte do município executor. Ele afirma que “chega-se na pactuação e o município fala o que tem para oferecer, e nós fazemos os ajustes de acordo com o ofertado”. Afirma, ainda, que a PPI não garante o atendimento, pois o município executor declina da prestação dos serviços dizendo não ter vaga: “A gente leva a demanda e o município fala ‘não posso te atender’, aí eu pergunto: quanto pode atender? Posso atender tanto. Assim, ajustam-se os valores e pactua-se dessa forma”.

O gestor do município “E” também afirma garantir, para a atenção básica, 100% ou mais dos serviços pactuados, não sendo garantidos, entretanto, os serviços referenciados. Ele diz que pactua o que o município necessita, mas não tem certeza de que será atendido:

Quando vai referenciar o outro tem que aceitar, tem que ser vista a capacidade de atendimento do município que vai receber, pois ele não é obrigado a aceitar. Às vezes aceitam minha referência depois não me atendem. Posso afirmar que nas especialidades o atendimento não chega nem a 50% do pactuado (GE).

O técnico do município “F” também não tem garantia de atendimento dos serviços referenciados:

Pactuamos com Dourados e Campo Grande e pode ocorrer de não ter transporte para levar o paciente e, se o paciente não tiver condições de se deslocar, acabamos perdendo. Pode acontecer, também, de o município não atender (TF).

Para o técnico do município “G” a PPI não garante o acesso da população e, em sua opinião, o que garante o acesso é a organização do processo de trabalho no

município: “Acho que o principal não é o que está pactuado, é o processo de trabalho do município que tem que ser organizado na questão de planejamento”.

Para o referido técnico a PPI é um norte, mas não garante que o que está pactuado vai acontecer: “A PPI é importante, pelo menos a gente tem um parâmetro, te norteia para você se programar e elaborar o seu processo de trabalho”.

Segundo o mesmo técnico, os exames de especialidades não são cobertos pelo município e, sim, pela rede particular e, o que é referenciado, às vezes não é atendido: “Se não atende, cadê o profissional que acompanha? Como que eu sei quanto me atendeu?”

Foi possível perceber, nas entrevistas, que os municípios não acompanham a execução da PPI, não sabendo, portanto, o que está acontecendo, o que já foi feito e, simplesmente, não tem como fazer cobranças.

De acordo com o técnico do município “H”, têm-se os dois lados: para o município que faz a pactuação, é mais formal, pois ele quer a consulta e/ou o exame, entretanto, não garante para o paciente, pois este não tem a certeza de que será atendido. O entrevistado afirmou que “para garantia teria que pegar a PPI, tabular e contratar, ver a rede”.

Como nos demais municípios o técnico do município “H” afirma que “o atendimento em atenção básica é garantido, por ser prestado no próprio município, mas nas especialidades não é garantia, pois não sei se o município vai ter esse serviço”. O técnico afirmou que: “é feita a pactuação, vai para o Sistema de Regulação (SISREG) e, quando peço o serviço, o município executor vai ver se ele tem a vaga, se não tiver ele não me atende, outras vezes diz não ter o profissional, e aí não me atende”.

O técnico do município “H” fala com propriedade sobre a falta de garantia de acesso nos serviços referenciados, pois o seu município é referência em Psiquiatria para outros municípios:

Está pactuado entre nós e eles estão mandando, mas o profissional pediu as contas e eu não consigo atender, pois não consegui contratar outro profissional. Pactuei porque na época eu tinha o profissional. Não é uma garantia, hoje não é, deveria ser, mas não é (TH).

O município “B” não referencia serviços, todavia, atende referências de todos os municípios do Estado. Fica, assim, responsável pela regulação das vagas próprias e das que lhe são referenciadas.

Segundo o técnico de “B” a PPI, no caso das referências, não é garantia de acesso visto que nem tudo o que está pactuado será atendido: “A oferta é dinâmica, hoje tenho, amanhã posso não ter” (TB). O mesmo afirma que, no caso da atenção básica, há garantia de atendimento, mas na urgência, emergência e especialidades não consegue garantir o acesso por problema de estrutura.

O referido técnico afirma, ainda, que na regulação das vagas o profissional regulador não leva em consideração o financeiro nem a cota que o município referenciador tem. O profissional analisa a solicitação que consta no sistema com base em protocolos clínicos, protocolos de regulação, fluxos pré-definidos e grades de referência, além da oferta disponível.

Se o município pactuou 100, ele pensa que tenho que garantir 100% do que ele pactuou, independente de ele precisar ou não dessas vagas, mas para ser atendido o paciente que está sendo recebido deve preencher os critérios estabelecidos e analisados pelo profissional regulador (TB).

Tem município pequeno que pactua 10 e necessita de 20 ou 30. Se o município preenche os critérios, atendo os 20 ou 30 deles e só 20 do outro (TB).

O técnico de “B” esclarece que não “trabalha com a oferta e não cuida se o município que pactuou encaminhou paciente no mês”, destacando que o setor de regulação não cria e sim gerencia o fluxo das ofertas para que todos tenham acesso aos atendimentos necessários.

Segundo o referido técnico o sistema traduz o pactuado na PPI e o setor de regulação tem como identificar os quantitativos solicitados e o quanto foi liberado para o município, entretanto o sistema não traz informações por área estratégica, mas o quantitativo geral de procedimentos.

Consequentemente, não há informações para a hipertensão arterial, não fechando, dessa forma, o ciclo de planejamento por área estratégica.

Assim, embora a PPI seja um importante instrumento de planejamento e de negociação entre os municípios, ela não está sendo um instrumento de garantia de acesso da população a todos os níveis de atenção.

Chegou-se a conclusão de que a PPI não é garantia de acesso analisando as respostas dos gestores/técnicos dos municípios que referenciam serviços a outros municípios. Salieta-se que não se ouviu os responsáveis pela regulação nos outros municípios que recebem referenciamentos, não podendo a justificativa de “B” ser considerada para os demais municípios executores.

5.2.5 Do financiamento da PPI

Reconhece-se que não era objetivo desta pesquisa tratar sobre o financiamento das ações e serviços da saúde, no entanto, por duas vezes o recurso financeiro destacou-se no assunto pesquisado. A primeira vez quando, no processo de pactuação, identificou-se que o estabelecimento dos parâmetros de concentração e cobertura ficava restrito ao teto financeiro do município, cujas alterações se apresentavam não em forma de acréscimo de ações e serviços à população, mas como remanejamento ou realocação de ações e serviços, tirando-se de um procedimento para aumentar outro.

Agora, por ocasião das referências, mais uma vez aparece o recurso financeiro como limitador da prestação de serviços à população, uma vez que os recursos destinados ao pagamento das ações de atenção à saúde prestada entre municípios são alocados previamente pelo gestor que demanda esses serviços, ao município sede do executor (BRASIL, 1996), ou seja, o município executor incorpora os recursos relativos à prestação desses serviços ao seu teto financeiro.

Dessa forma, o município que referencia os serviços paga pelos atendimentos referenciados antes da prestação dos serviços pelo município executor, mesmo não tendo a garantia de que o paciente encaminhado será atendido.

Isso se dá em virtude de que, por ocasião da pactuação, ao identificar-se o órgão executor da ação já se estima o respectivo valor financeiro, sendo o montante estimado transferido diretamente ao órgão executor, pelo Ministério da saúde. Esclarece-se que a PPI ao organizar a rede de serviços define, a partir dos critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à população própria e às referências recebidas de outros municípios.

No caso de o serviço não ser prestado, como visto pelas respostas apresentadas, onde, mesmo tendo um contrato assinado, não se tem garantia do atendimento, o recurso se perde, não retornando ao município que referenciou os serviços. Esse fato pode ser identificado nas respostas a seguir:

Encaminhamos a demanda para Campo Grande e é negado porque tem que rever a PPI, porque não está pactuado. Em contrapartida, em muitas coisas pactuadas, os recursos vão para eles e nós não somos atendidos (TA).

Tem que brigar, brigar e, olhe lá se você vai conseguir. O município referenciado pactua 300 testes, recebe o dinheiro, só que ele não tem condições de receber a gente (TC).

O município “B”, segundo o entrevistado, recebe pelos atendimentos referenciados os recursos repassados pelo Ministério da Saúde (conforme tabela SUS), ficando por conta de “B” a complementação dos valores dos serviços que lhe são referenciados. Salienta-se que não existe repasse financeiro entre municípios, cabendo ao município que recebe as referências arcar com os custos desses serviços. O técnico esclarece que, “para amenizar esses custos, o município recebe recursos do Estado” (TB).

O técnico de “B” afirma que o fato de o município poder alterar a PPI de acordo com as suas necessidades, transferindo serviços referenciados de um município para outro, prejudica o município que estava recebendo, pois o mesmo já havia se programado para tais atendimentos. “Muitas vezes essas transferências são feitas sem que o município executor seja avisado com a antecedência necessária, gerando ociosidade do profissional que estava designado para atendê-lo” (TB).

Antes do COAP, o atendimento à população referenciada era garantido por meio da assinatura do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, documento assinado pelos gestores municipal e estadual, onde eram descritas: as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI a serem ofertadas nos municípios pólo; os compromissos assumidos pela SES e SMS; os mecanismos de garantia de acesso; o processo de acompanhamento e revisão do Termo; e, as sanções previstas (BRASIL, 2001a, 2002a).

Com a implementação do COAP, este passou a ser o instrumento responsável pela organização e integração das ações e dos serviços de saúde, que sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, tem por finalidade garantir a integralidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2011c).

Em ambos os documentos consta cláusula que prevê sanções para o descumprimento do acordado, devendo o não cumprimento ser comunicado à CIR e CIB, a quem caberia notificar os entes para apresentação de justificativas. Isso não está ocorrendo, conforme constatado pelas respostas apresentadas.

Para o técnico do município “C” essa situação poderia ser mudada “se o município que recebesse o dinheiro e não prestasse o serviço fosse penalizado, porque o dinheiro sai e vai para lá, ou, se o dinheiro voltasse para o município”.

Com relação à devolução dos recursos repassados pelo atendimento das referências, o técnico de “B” afirma que “os municípios não cobram os recursos recebidos pelo município executor, pois em um balanço geral, são atendidos mais procedimentos do que o que foi pactuado”.

Salienta-se que o COAP prevê a realocação de recursos em uma de suas cláusulas, quando estabelece que o Signatário que não justificar a sua falta, terá suspenso os recursos correspondentes à situação identificada. Acontece que os municípios não acompanham o cumprimento do contrato, assim não cobram os seus direitos.

O município que demanda serviços a outro, caso venha a ampliar a sua própria capacidade resolutive, pode requerer, ao gestor estadual, que parte dos recursos alocados no município vizinho seja realocada para o seu município (BRASIL, 1996).

Ainda relativo aos recursos financeiros, verificou-se que o município incluiu, no COAP, a parte que lhe cabe disponibilizar para a execução das ações e serviços de saúde, entretanto, esses valores não estão detalhados por procedimento na PPI.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, estabeleceu valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em ações e serviços públicos de saúde. Assim, os Estados deverão aplicar em saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) e, o Distrito Federal e os Municípios, no mínimo, 15% (quinze por cento) do produto da arrecadação de impostos (BRASIL, 2012a).

Analisando os dados relativos à pactuação da área estratégica “Saúde do Adulto – Hipertensão”, notou-se que apenas o montante a ser aplicado pela União está detalhado na PPI. Apesar de o aporte de recursos relativos ao estado e municípios não aparecer detalhado na PPI, os entrevistados afirmam que os municípios investem, em saúde, percentual maior do que o previsto em lei (15%), principalmente na atenção básica, que é de sua inteira responsabilidade:

Com relação ao orçamento do município é assim: pactuo 12.000 consultas, por exemplo, minha cota é 1.000/mês, posso fazer mais do que as mil, porém vou receber por 1.000, a diferença é paga pelo município, assim

como a diferença dos valores entre a tabela SUS e o valor cobrado pelo profissional (TC).

O município aloca recursos, mas não aparece na planilha de pactuação da PPI, o município paga a diferença sem colocar na planilha (TC).

A demanda é maior que a oferta, falo por causa da atenção básica. Nossos médicos onde era para atender 16-20 atende uma demanda muito maior, que é paga pelo município (GE).

Os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG), cujo valor, para cada estado (TFGE) e cada município (TFGM), é definido com base na PPI. O valor final do TFGM e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIB, observados os limites do TFGE e, formalizado em ato próprio do Secretário Estadual de Saúde (BRASIL, 1996).

Assim, tem-se que a Programação Pactuada e Integrada é o instrumento que norteia a alocação de recursos federais da assistência entre municípios, resultando na definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, estando, esses limites, sujeitos à reprogramação em função da revisão periódica da PPI (BRASIL, 2001a, 2002a).

O limite financeiro da assistência por município é o montante máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal. Esse limite é composto por recursos destinados ao atendimento da população própria e ao atendimento da população referenciada, considerando-se as negociações expressas na PPI (BRASIL, 2001a, 2002a).

Apesar dessa previsão, o que se constatou é que os limites financeiros não vêm sendo atualizados, gerando um engessamento nos quantitativos pactuados, sendo que as alterações ocorrem em forma de remanejamentos e não de inclusão ou acréscimo de serviços.

Com relação aos recursos para o atendimento da população referenciada os limites são definidos e repassados para os municípios referenciados, mas não se tem a garantia do cumprimento do acordado, podendo o município referenciador não ser atendido em suas solicitações.

5.2.6 Monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde

Após o processo de programação pactuada e integrada faz-se necessária à adoção de mecanismos para o seu monitoramento e avaliação, com vistas a uma alocação consistente de recursos (BRASIL, 2006d). “O monitoramento e avaliação dão suporte ao processo decisório, subsidiando a identificação e o reconhecimento dos problemas e a incorporação e orientação das práticas sanitárias” (OLIVEIRA NETO; ITANI, 2008, p.11).

5.2.6.1 Do monitoramento

O monitoramento da Programação Pactuada e Integrada dá-se por meio de um conjunto de atividades que buscam acompanhar, rotineiramente, a execução física e financeira das ações e dos fluxos pactuados (BRASIL, 2006d).

O acompanhamento da PPI, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006d) é realizado por meio da análise dos seguintes aspectos:

- a) comparativo entre parâmetros físicos adotados e produzidos por agregados de procedimentos da área ambulatorial;
- b) comparativo entre parâmetros físicos sugeridos e adotados nas áreas estratégicas;
- c) comparativo entre os percentuais de participação por clínica hospitalar;
- d) comparativo entre os percentuais de internação adotados e realizados para população própria;
- e) fluxos pactuados e realizados para a alta complexidade ambulatorial e área hospitalar;
- f) identificação de vazios assistenciais;
- g) comparativo entre valores médios adotados e produzidos para a população própria e referenciada; e,
- h) comparativo entre limites financeiros e valores produzidos.

Dentre dos aspectos estabelecidos para o acompanhamento da PPI esta pesquisa analisou o comparativo entre os parâmetros físicos sugeridos e adotados

na área estratégia “Saúde do Adulto – Hipertensão”, que foi objeto do item 5.1 desta pesquisa.

Em razão da importância do acompanhamento da PPI para o processo de planejamento em saúde, buscou-se aferir, junto aos entrevistados, o grau de efetividade das ações e serviços de saúde pactuados na área “Saúde do Adulto – Hipertensão”, por meio da comparação dos parâmetros físicos adotados e produzidos por agregados de procedimentos da área ambulatorial, pressupondo-se que os municípios analisam todas as atividades de monitoramento propostos pelo Ministério da Saúde.

Segundo os entrevistados, o acompanhamento das ações e serviços ligados à hipertensão é feito pelos agentes de saúde, no entanto, não se utiliza a PPI como instrumento de acompanhamento da produção dessas ações e serviços:

Não fazemos o acompanhamento do que foi pactuado em relação ao executado (TA).

Não utilizamos o SISPPPI para acompanhamento, pois temos um sistema próprio de acompanhamento denominado Sistema de Apoio ao Monitoramento e Avaliação dos Instrumentos de Planejamento do SUS (SCAM), a partir do qual os dados são retirados e analisados. Esse sistema sinaliza se os procedimentos realizados se encontram dentro, acima ou abaixo do esperado (TB).

Fazemos o acompanhamento pelo indicador e não pelo pactuado: “ah, tem cem procedimentos referenciados para Campo Grande e estamos conseguindo só vinte, não tem como atender” (TC).

Acompanhamos pelo SIA e SISREG: “o SISREG abre uma cota mensal, se não usar já perde, mas não temos esse controle, não tem como monitorar” (TC).

Fazemos o acompanhamento em cima da produção e não do que está pactuado, as informações são a nível geral e não individualizada (TC).

O acompanhamento é feito pelos sistemas de informação SIA e SISREG (TD).

Pelo SISREG temos como saber o que gastamos com consultas (no quadrimestre), o que foi pactuado com Campo Grande, Dourados ou Fátima do Sul, mas não sei quanto fiz (GE).

Avaliação não tem, mas temos os grupos de atenção básica nas ESF (TF).

O número de consultas teria como identificar no e-sus. Temos o acompanhamento, mas não é fidedigno, por conta da falta de agente de saúde (TG).

Não se avalia se o pactuado na PPI está sendo cumprido, vai-se fazendo as consultas e os exames necessários (em atenção básica): “as áreas não sabem o quanto tem que fazer, pois o que foi pactuado não foi distribuído por unidade” (TH).

Deveria acompanhar mensalmente e fazer uma avaliação a cada dois ou três meses, pois se acompanhasse o que pactuei e o quanto realizei por mês, no final já teria o meu relatório quadrimestral (TH).

O técnico do município “A” informou que faz o acompanhamento de acordo com as suas necessidades, não sabendo dizer, em número, quantos procedimentos foram feitos por área estratégica. Com relação aos hipertensos informa que “a unidade tem cadastro do número de hipertensos e do número de acompanhados e, que o paciente, quando vai à unidade para receber medicamento, passa por consulta”.

O técnico do município “B” afirmou que faz acompanhamento individualizado, mês a mês, e avalia a produção a cada quadrimestre, “não só para a prestação de contas, mas, também, para avaliar a prestação dos serviços”. Segundo o mesmo, essa avaliação demonstra onde se pode melhorar e se a meta está sendo atingida ou não, servindo de subsídio para o planejamento da próxima programação.

Segundo o técnico, o município “C” não faz o acompanhamento individualizado dos procedimentos, mas acompanha a produção pelos indicadores, pelos relatórios da atenção básica e, também, pelo SIA. Com relação aos hipertensos informa que “o acompanhamento é feito pelos agentes de saúde”.

O gestor do município “E” afirmou que hoje o acompanhamento não é mais feito pelo hiperdia, mas sim, pelo Programa Saúde da Família. Segundo o gestor, “cada agente sabe quantos hipertensos tem na micro, na área dele; tem noção de qual é a população dele; e, o que cada um deles precisa”.

De acordo com o técnico do município “F”, no dia a dia, o acompanhamento é feito na unidade, pelos agentes, enfermeiros e médicos.

No município “G” o acompanhamento é feito pelos agentes de cada unidade (quantidade de hipertensos). O técnico afirma que no relatório do quadrimestre é pedido que cada unidade informe a quantidade de hipertensos, mas não acompanha mensalmente: “o número que ela vai me dar é da área que tem agente de saúde, como está defasado o número de agentes, a informação não é fidedigna”. De acordo com o técnico “hoje a única coisa que registra o hipertenso no sistema é a ficha do agente de saúde do e-sus ou as consultas, tipo consulta de hipertensão, que o médico preenche quando faz o atendimento”. O município acompanha, também, a demanda espontânea, que são aquelas pessoas que procuram o médico por ser

hipertensas, porém não são cadastradas ou estão em uma área descoberta. Esses atendimentos não são computados, só os atendimentos dos agentes de saúde.

Da mesma forma, no município “H”, a unidade tem o controle do número de hipertensos acompanhados pelos agentes de saúde e, acompanha, também, pelos lançamentos no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Segundo o técnico daquele município, “seria papel do Coordenador de atenção básica analisar o relatório para ver o que falta, mas não tem tempo, nem o hábito. Ele analisa se o serviço está sendo feito pelas equipes, mas não o compara com o pactuado na PPI”.

De acordo com o gestor e técnicos ouvidos, as Secretarias Municipais de Saúde dos oito municípios da amostra não têm como identificar as ações e serviços produzidos por área estratégica, vez que as informações não são geradas de forma individualizada, mas, sim, de forma global. Dessa forma não se pôde aferir a efetividade do tratamento para hipertensão arterial nos municípios.

Segundo os entrevistados poder-se-ia identificar a quantidade de consultas realizadas especificamente para portadores de hipertensão, porém para as demais ações e serviços isso não seria possível:

Acompanhamos as consultas médica e de enfermagem para hipertensos pelas metas estabelecidas, mas, com relação aos exames não temos informações individualizadas. Eu consigo identificar os exames feitos, mas não sei quanto desses exames foram para pacientes hipertensos (TB).

As informações são a nível geral e não individualizada. “Fiz 3000 exames no quadrimestre, mas não estão individualizados por área estratégica, não sei dizer quantos foram específicos para hipertenso” (TC).

Não temos controle do pactuado (não acompanhamos os valores para ver o que já foi feito e o que ainda temos, vamos fazendo os atendimentos de acordo com a demanda) (TC).

O município não tem como extrair dados específicos da hipertensão para comparação entre o pactuado e o executado (GE).

Os atendimentos se perdem no total, acho que nenhum município tem condições de fazer esse tipo de acompanhamento (GE).

O código da consulta é específico, mas depende do preenchimento do médico, se ele não preenche, se perde (GE).

Posso afirmar a quantidade de exames que fiz na atenção básica, mas não sei especificamente para qual área estratégica eles foram feitos (GE).

Não acompanhamos o pactuado na PPI, vai-se fazendo e vendo o resultado, tanto das consultas quanto dos exames no global e não temos condições de individualizá-los. O município não tem esse controle a não ser o relatório do sistema que posso tirar (TF).

Sabe-se o número de consulta de cardiologista, mas não significa que a consulta foi para hipertenso (TG).

Para ser fidedigno o médico deveria fazer essa identificação na ficha do e-sus e, muitas vezes, ele não insere essas informações na ficha (TG).

Pelo código do sistema teria como saber o que foi atendido, pois a consulta em atenção básica tem o mesmo código, aí veríamos pelo CBO do profissional que solicitou. Não é difícil, mas o município não tem condição de fazer, não temos pessoal (TH).

Segundo o gestor do município “E” com o fim do hiperdia as informações relativas aos hipertensos se perderam: “No e-sus tenho a informação de que o paciente tal é hipertenso, tem o código que o identifica, só que, quando gero e volto, não consigo ver isso, o sistema não me devolve o que eu tenho de hipertensão lá dentro”.

O técnico do município “B” informa que quando dos atendimentos, são inseridos, no sistema, códigos e subcódigos. O primeiro é usado para faturamento e, o segundo, para análises estatísticas. Isso ocorre para consultas médicas e de enfermagem, sendo que para exames, por enquanto, ainda não há como acompanhar, pois os laboratórios são terceirizados e não estão integrados aos sistemas da SMS.

Para o referido técnico, o estabelecimento de subcódigos é “uma forma de monitoramento das ações específicas para hipertensos, que serve para subsidiar tomadas de decisão”.

Outra forma de acompanhamento referida pelos municípios é a existência de ações educativas para controle de condições de risco e prevenção de complicações da hipertensão arterial, por meio da institucionalização do “Dia do Hiperdia”, encontro mensal por meio do qual os hipertensos e diabéticos procuram a unidade de saúde para consultas, aferição de pressão, verificação de glicemia, palestras e para pegar medicamentos:

Nesse dia a gente consegue trabalhar a promoção e a prevenção da saúde em relação à hipertensão (TA).

O hipertenso vem quase todo mês, passa pelo enfermeiro para receber o medicamento e acompanhamento. Nem sempre volta para consulta, mas para pegar medicamentos (a farmácia tem controle interno identificando que entregou o remédio para pessoa cadastrada) (GE).

Nesse dia fazemos orientações, campanhas, verificamos pressão e glicemia e fazemos palestras. O médico faz receitas, trocas e suspende e/ou altera medicação (TF).

Destaca-se que todos os entrevistados afirmaram poder identificar o quantitativo de consultas realizadas especificamente para hipertensos. No entanto, com relação aos demais procedimentos não seria possível identificar a área estratégica à qual os mesmos estão vinculados, em virtude de o acompanhamento da realização desses procedimentos não ser feita de forma individualizada.

Assim, restou prejudicada a proposta de se fazer uma comparação entre os parâmetros físicos programados e os produzidos na área estratégica “Saúde do Adulto-Hipertensão”.

5.2.6.2 Da avaliação

Além do monitoramento a PPI dever ser avaliada. A avaliação, de acordo com Contandriopoulos *et al.* (1997) citados por Brasil (2006d), consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou um serviço, com o objetivo de auxiliar o processo de tomada de decisão.

No sistema posso acompanhar a produção e emitir relatórios mensais que servem de instrumento de avaliação do atingimento das metas. Fazemos avaliação com base na programação anual e nos relatórios trimestrais emitidos (TB).

A avaliação é o estado quem faz para saber se o município atendeu a meta. Eles informam se estamos atingindo ou não à meta pactuada (TC).

Fazemos relatórios trimestrais onde temos que provar que estamos atendendo a meta (PPI e COAP) (GE).

Fazemos a avaliação de modo geral, geralmente no RAG, quando avaliamos indicadores um a um (TH).

A Coordenadoria de Planejamento do Estado manda planilhas sobre o que foi cumprido pelo município (faz sobre o faturamento mensal) e, também, cobra o não atingimento da meta (TH).

Verificou-se que a avaliação é feita por indicadores, sendo esta metodologia proposta pelo próprio Ministério da Saúde. Analisa-se, por meio dos indicadores, se as metas estabelecidas no COAP foram atingidas, porém o atingimento dessas metas não pode ser diretamente relacionado ao cumprimento dos parâmetros de concentração e cobertura pactuados na PPI, por área estratégica.

Os municípios em cuja estrutura organizacional não figura uma unidade específica para o planejamento, afirmam que se contassem um departamento ou

pessoa designada especificamente para responder pelo processo de planejamento, poderiam acompanhar melhor a execução da PPI.

Deveria haver no município uma pessoa que ficasse responsável pelo planejamento, pela PPI e que fizesse parte da auditoria, controle e avaliação (TA).

Não possuímos um setor que faça avaliação, não temos pernas para isso, não temos pessoal (TC).

Deveria ter um sistema interno de acompanhamento, alguém tem que regular as vagas. A regulação não é só nos encaminhados, mas também nas nossas, tinha que centralizar em uma pessoa (sistematizador) e as demais áreas acompanhar e alimentar o sistema e a responsável avaliar (TC).

Se a gente tivesse um setor específico, conseguiríamos fazer, mas a gente precisa de recursos humanos para isso. As informações se perdem em função do acúmulo de função desempenhada por uma pessoa só (TG).

Se tivéssemos um departamento específico conseguiríamos fazer, mas não temos. Temos o resultado, mas não tabulamos esses dados para analisar o serviço prestado (TH).

Não existe avaliação rotineira e sistemática do desempenho dos órgãos gestores e do monitoramento da implementação das atividades previstas nas Programações Pactuadas e Integradas (PPI) e nos Planos de Saúde (PS). O Ministério da Saúde, assim como a maioria dos estados, não dispõem de diagnósticos analíticos suficientemente precisos relativos ao funcionamento dos sistemas estaduais e municipais com vistas ao desenvolvimento mais adequado de estratégias e iniciativas de cooperação técnica e decisões de investimento (BRASIL, 2001d).

Compete aos gestores das esferas federal, estadual e municipal, de acordo com a Lei nº 8.080/90, o controle e avaliação das ações e serviços de saúde, cabendo a cada um a definição de suas instâncias e mecanismos próprios de atuação, no seu âmbito político-administrativo (BRASIL, 2001d).

As funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e contribuir para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população (BRASIL, 2001a; 2002a).

A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores

e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população (BRASIL, 2001a; 2002a).

A efetividade da PPI como instrumento de pactuação e organização da assistência nos municípios, para garantir o acesso equânime da população aos diversos níveis de assistência requer um processo sistemático de acompanhamento da execução da programação e aperfeiçoamento dos próprios instrumentos e processos de negociação. No entanto, observou-se, nas entrevistas, que inexistem instrumentos de avaliação, controle e acompanhamento desse processo, demonstrando pouca preocupação dos municípios com a execução efetiva da PPI.

A falta desse acompanhamento compromete a efetividade da gestão, vez que o gestor municipal fica privado de informações gerenciais que possam auxiliá-lo na tomada de decisão.

Por meio das respostas apresentadas nas entrevistas realizadas, verificou-se que os municípios não consideram a programação na área de atenção básica como pactuação, mas somente as ações e serviços referenciados. Para o gestor e técnicos não se faz necessário o monitoramento das ações e serviços que são de responsabilidade do próprio município. Dessa forma, percebe-se que a PPI tem como ponto forte o referenciamento, apresentando deficiência na atenção básica que é de oferecimento exclusivo dos municípios. Deixando de realizar o monitoramento e avaliação das ações de atenção básica o gestor não tem informações suficientes para subsidiar sua tomada de decisão quanto à resolutividade dos serviços prestados ou identificar se está investindo em procedimentos que tem pouca demanda em detrimento de outros mais necessários à sua população.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estado de Mato Grosso do Sul iniciou seu processo de regionalização da saúde em 1983 e, após discussões sobre a corresponsabilidade entre as três instâncias do SUS, celebrou, em agosto de 2007, o Pacto pela Saúde, sendo o primeiro estado da federação a assiná-lo com 100% de seus municípios.

Quando da publicação do Decreto 7.580/2011 o Estado já estava preparado para celebrar o instrumento de pactuação, sendo o Estado um dos primeiros a assinar o COAP, em agosto de 2012, também com a adesão de 100% de seus municípios.

A PPI Assistencial é o instrumento de gestão e de planejamento das ações e serviços de saúde que expressa a pactuação entre os gestores e tem por objetivo garantir a universalidade do acesso e a integralidade da atenção à saúde, independente da localização territorial da rede de serviços. Ao estabelecer os fluxos de atendimento das ações e serviços de saúde buscou-se possibilitar economia de escala e potencializar a eficiência dos serviços, induzindo a cooperação entre os entes federativos, sob a coordenação do gestor estadual.

Esta pesquisa estudou o planejamento em saúde do estado de Mato Grosso do Sul e, mais detalhadamente, o processo de elaboração da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde de oito municípios pertencentes às quatro Regiões de Saúde do Estado, com vistas a identificar os fatores que influenciaram a pactuação das ações e serviços de atenção básica e de média complexidade na área estratégica “Saúde do Adulto-Hipertensão”, na visão do gestor municipal de saúde e do técnico responsável pelo processo de planejamento no município, bem como a forma de monitoramento e avaliação dessas ações. A escolha da população analisada foi motivada pela apresentação de alteração na pactuação dos parâmetros de cobertura da população alvo e, de concentração de procedimentos e de cobertura da assistência, por parte dos municípios, em relação ao estabelecido pela CIB para o estado de Mato Grosso do Sul.

A análise dos parâmetros de assistência mostrou que a maioria dos municípios do estado de Mato Grosso do Sul pactuou parâmetros de concentração e de cobertura diferentes dos propostos para o Estado, sendo que as diferenças regionais e de porte populacional não influíram na programação, uma vez que tanto

municípios de pequeno quanto de médio porte efetuaram pactuações distintas das estabelecidas como referência pelo Estado.

Verificou-se a existência de um maior número de alterações no parâmetro de cobertura, o que indica insuficiência de recursos para atingir as metas propostas pelo Estado, uma vez que a cobertura é influenciada pela capacidade assistencial, estrutural, organizativa e financeira dos municípios.

As alterações, em ambos os parâmetros (concentração e cobertura) foram, em sua maioria, para menor, indicando que os parâmetros estabelecidos como referência pelo Estado estavam além da capacidade assistencial de grande parte dos municípios do Estado.

No entanto, ao alterar os parâmetros propostos pelo Estado, os municípios demonstraram uma maior capacidade de planejamento, buscando adequar os parâmetros de acordo com a sua capacidade de atendimento, realidade local e recursos financeiros disponíveis.

Como resultado das análises realizadas nos municípios componentes da amostra verificou-se que a maioria destes não possui, em seu organograma funcional, unidades específicas que respondam pelo processo de planejamento e programação, nem pessoal especificamente alocado para desenvolver atividades de planejamento, sendo o processo de elaboração dos instrumentos de planejamento geralmente executado por servidores responsáveis pelas áreas de atenção básica ou de regulação, que na maioria das vezes, não possuem formação na área ou capacitação específica em planejamento.

O acúmulo de funções prejudica o processo de planejamento na medida em que, pela diversidade de responsabilidades, esses servidores não têm tempo suficiente para fazer os acompanhamentos e as avaliações necessárias, que serviriam de subsídio para a identificação das demandas reais de saúde da população do município. Para superação das dificuldades de programação e melhoria do processo, dever-se-á investir em capacitação, tanto dos gestores quanto dos responsáveis pelo processo de programação e, também, evitar o acúmulo de funções, que gera sobrecarga de trabalho e compromete a oferta de serviços.

Em termos de participação nas pactuações constatou-se que, dentre os profissionais que acompanharam o processo de pactuação que resultou na assinatura do COAP 2012-2015, poucos permanecem na Secretaria Municipal de Saúde ou como responsável pelo processo de programação. Isso demonstra a alta

rotatividade de profissionais ligados à área de planejamento nos municípios sul-mato-grossenses, afetada, muitas vezes, pelas mudanças de gestores (descontinuidade administrativa), o que impacta negativamente a gestão das políticas de saúde.

A elaboração e/ou alteração da programação na maioria dos municípios é feita, atualmente, de forma participativa, resultando da discussão das várias áreas técnicas envolvidas, o que demonstra um esforço maior de planejamento por parte dos gestores municipais. O envolvimento das diversas áreas na elaboração da PPI é um fator positivo visto que, à época da programação constante do COAP 2012-2015, era usual que os instrumentos de planejamento, inclusive a elaboração da PPI, fossem feitos por um único servidor, sem que as áreas específicas fossem ouvidas.

Outro aspecto positivo identificado foi o fato de os responsáveis pelo planejamento e programação possuírem formação de nível superior, sendo que um deles está cursando pós-graduação (mestrado) na área da Saúde da Família.

Constatou-se que a SES/MS ofereceu diversos treinamentos aos servidores envolvidos no processo de elaboração da PPI, inclusive sobre o SISPPI, sistema utilizado para o lançamento dos parâmetros de concentração e de cobertura das ações e serviços de saúde a serem disponibilizados pelos municípios a sua população, nas diversas áreas estratégicas. Nesses encontros, segundo os entrevistados, foram disponibilizados quantitativos produzidos anteriormente pelos municípios, para que fossem feitas as alterações necessárias.

Os dados disponibilizados no SISPPI não refletiam as necessidades de saúde da população dos municípios sendo que os responsáveis pela programação trabalharam, naquela ocasião, com os quantitativos estimados para o Pacto pela Saúde (2006-2009). A série histórica existente no sistema vem sendo usada, desde então, pelos municípios, como parâmetro de concentração e de cobertura para a programação das ações e serviços disponibilizados a sua população.

A repetição da série histórica é afetada pela manutenção da população considerada na programação (2008), visto ser esta a população utilizada como base para o cálculo dos parâmetros. Dessa forma, caso a primeira pactuação tenha sido estabelecida muito abaixo da realidade do município, a repetição dos quantitativos de ações e dos tetos financeiros (série histórica) perpetuarão eventuais déficits de atendimento.

Os parâmetros estabelecidos se constituem em um norte, devendo refletir as necessidades do município e, o gestor municipal, deve conhecer essas necessidades, bem como a efetividade das ações e serviços prestados, de forma a priorizar ações e serviços que impactem positivamente a saúde da população, adequando-as ao orçamento de que dispõe. Considerando que, ao planejar uma ação, os gestores de saúde devem buscar atender às necessidades da população, faz-se necessário que sejam elaboradas orientações gerais, pela SES ou pelo próprio Ministério da Saúde, que possam auxiliar o processo de levantamento e identificação dessas necessidades.

Ao estudar os municípios que apresentaram alteração nos parâmetros de concentração e de cobertura para hipertensão arterial, em relação aos estabelecidos pela CIB para o estado de Mato Grosso do Sul, tinha-se como pressuposto que tais alterações refletissem as necessidades e especificidades dos municípios e que estes, em virtude de diagnósticos que lhes proporcionaram conhecimento da realidade local, tivessem alterado os referidos parâmetros para atender aos seus municípios de forma mais resolutiva.

Constatou-se que os municípios estudados não fazem diagnósticos situacionais, acompanhamento ou avaliação das ações e serviços produzidos, não gerando, portanto, informações que possam dar suporte ao gestor municipal na tomada de decisão sobre onde investir seus recursos, além de não permitir a identificação das áreas estratégicas nas quais o município está sendo efetivo e onde os procedimentos devem mantidos, aumentados ou diminuídos.

A PPI além de organizar a rede de serviços dando transparência aos fluxos estabelecidos define, a partir de critérios e parâmetros pactuados, o limite financeiro para a assistência da população própria e referenciada.

Com o avanço dos estudos percebeu-se que os municípios basearam sua programação nos limites financeiros estabelecidos a nível federal, cujos valores estão discriminados, por ação, na PPI. Dessa forma, os municípios ao elaborarem suas pactuações buscam adequar o volume dos procedimentos aos recursos financeiros disponíveis, não levando em consideração a demanda do município. Percebeu-se, ainda, que esse limite continua sendo usado como base para a definição da programação do município.

De acordo com os entrevistados os parâmetros de concentração e cobertura estabelecidos na PPI não podem ser alterados, ficando o município refém do limite

financeiro. Caso haja demanda maior em determinada ação ou serviço, o município pode alterar a PPI, o que não significa que se está ampliando os serviços disponibilizados à população, visto que para aumentar um procedimento, tem-se que diminuir outro, de forma a não ultrapassar o limite financeiro.

Assim, o município, por ocasião da elaboração a programação estabelece os serviços que irá disponibilizar à sua população e já sabe o quanto vai receber da União pela prestação desses serviços (teto financeiro). Da mesma forma, o município que aceita receber as referências já tem conhecimento do valor que lhe será repassado a título de atendimento dessa referência.

Um dos fatores identificados como dificultadores para o cumprimento da PPI foi o limite financeiro estabelecido pela União por ocasião da programação das ações. Entretanto, há que existir um limite, pois os orçamentos da União, estados e, municípios, são finitos. Os parâmetros são referências e, o gestor, tem a possibilidade de alterá-los, não havendo a possibilidade de deixar quantitativos em aberto na programação, pois dessa forma perder-se-ia a importância do planejamento. O que se faz necessário é que o gestor conheça as necessidades de seu município e tenha capacidade de priorizar as ações e serviços de saúde que serão mais resolutivas para a sua população, dentro do limite orçamentário de que dispõe.

Ao analisar o SISPPPI verifica-se que o aporte estadual e municipal destinado ao custeio da assistência aparece, no sistema, apenas de forma global, refletindo o montante que Estado e municípios estimam gastar com as ações e serviços de saúde, no caso em estudo, com a área estratégica “Saúde do Adulto-Hipertensão”, diferentemente do financiamento da União que já vem explicitado por procedimento, levando o município a conhecer, por ocasião da elaboração da programação, o valor que o estado e os municípios receberão pela oferta dos serviços.

Segundo os entrevistados os municípios investem um percentual maior que o estipulado pela legislação (15%) nas ações e serviços disponibilizados aos seus munícipes, vez que o custo real dos serviços muitas vezes extrapola os valores faturados ou estimados com base na tabela SUS, cabendo ao gestor municipal a sua complementação. No entanto, o fato de os entrevistados afirmarem que gastam um percentual maior que o estabelecido em lei com saúde, não garante que os recursos são investidos nas ações de assistência propriamente dita, visto que estes podem estar sendo investidos em outras ações de saúde.

A regionalização foi pensada como uma diretriz estruturante do SUS que deveria orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação entre os gestores. Para tanto, instituiu-se o PDR, o PDI e a PPI como instrumentos de planejamento da Regionalização.

Com o PDR foram identificadas as Regiões de Saúde, instituídas como instrumentos de garantia de acesso e integralidade, promoção da equidade e de racionalização de gastos e otimização de recursos e, a PPI como definidora do fluxo de usuários.

Por meio da PPI, além do fluxo de usuários, os gestores definiram e quantificaram as ações de saúde de sua população, efetuando pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Esses pactos definiram e organizaram a rede de serviços e, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências.

Tem-se que a atenção básica é a porta de entrada da atenção à saúde, por meio da qual a população deve ter acesso universal e atenção integral. Isto é comprovado pelas afirmações dos entrevistados, que assumem que os municípios garantem o acesso às ações e serviços de saúde em atenção básica, executando quantitativos maiores que os pactuados na PPI.

Já com relação às referências não se verificou essa garantia. Os entrevistados afirmam que, mesmo estando negociado e contratualizado, não há garantia de que o município executor irá atender à demanda do município referenciador.

A PPI, na prática, mostrou ser um documento de regulação das referências. Os gestores/técnicos dos municípios não percebem a PPI como instrumento de gestão da atenção básica ou como um documento de contratualização e pactuação de ações de sua responsabilidade. Para os municípios, pactuação é sinônimo de negociação entre os gestores para o estabelecimento de referências.

Os municípios não estão tendo o entendimento de que, a partir da assinatura do COAP, eles estão assumindo um compromisso, com o Estado e com a União, de que os serviços programados serão prestados, assim como os municípios que recebem as referências não estão assumindo o compromisso da prestação dos serviços que lhe foram referenciados.

O recurso financeiro foi o principal fator identificado para o não cumprimento do pactuado por parte dos municípios referenciados, já que para a atenção básica o município executa quantidades além das pactuadas.

Segundo os municípios referenciadores o município executor tem um teto para atender e, independente do município com quem pactuou, se ele realizou o serviço ele recebe pelo serviço prestado. Não há um controle por parte dos municípios de forma a identificar o que, dentre as ações e serviços pactuados, está efetivamente sendo realizado, razão pela qual mesmo com procedimentos pactuados o município pode não ser atendido.

Há muita reclamação sobre esse não atendimento, entretanto, o município executor recebe pelo serviço prestado o valor da tabela SUS repassado pelo Ministério da Saúde e, considerando que o custo dos serviços são maiores, cria-se o impasse do financiamento e a justificativa para o não atendimento, ou seja, o município referenciador não quer arcar com esse ônus vez que os pacientes não serão atendidos no seu município e, o executor também não, visto que não há repasses entre municípios para o custeio das diferenças geradas com o atendimento das referências.

Tem-se que, se o município aceitou os encaminhamentos, ele deveria prestar os serviços referenciados, uma vez que os acordos foram discutidos entre as partes por ocasião da pactuação e assinatura do COAP. Entretanto, não é isso o que foi verificado. Constatou-se que os municípios encaminham a referência e o município executor pode se negar a prestar o serviço, não havendo nenhuma sanção, em que pese constar, no COAP assinado, cláusula específica de sanções por descumprimento do contrato.

Dessa forma, faz-se necessário que por ocasião do estabelecimento dos pactos intermunicipais sejam explicitados os aportes implicados nos custeios da assistência, que caberá a cada município e, que se estabeleçam as formas como esses recursos serão repassados ou transferidos. Da mesma maneira, a solicitação de alteração das referências, embora os municípios tenham total autonomia no uso de seus recursos financeiros, devem ser justificadas e discutidas, com a antecedência necessária, de forma a não prejudicar os acordos firmados e os investimentos feitos pelo município executor.

O principal fator levado em consideração, pelos municípios, para pactuação do parâmetro de cobertura da população alvo na área estratégica "Saúde do Adulto

– Hipertensão” foi manter o atendimento que já vinha sendo prestado à população pelo programa, ou seja, manter a mesma cobertura populacional que já era oferecida no município. Assim houve município que aumentou o parâmetro de cobertura da população alvo e, outros que o diminuíram, quando comparado com o estabelecido para Mato Grosso do Sul.

Para o estabelecimento dos parâmetros de concentração dos procedimentos os municípios levaram em consideração a série histórica dos atendimentos, adequados de acordo com o teto financeiro municipal estipulado pelo Ministério da Saúde.

Já com relação aos parâmetros de cobertura assistencial foram apresentados como justificativa para as alterações, fatores como a falta de profissional de saúde, deficiência na qualificação de pessoal, infraestrutura (falta de equipamentos, estrutura organizacional deficitária) e, escassez de recursos financeiros. Influencia esses parâmetros, também, a alta rotatividade de pessoal (técnicos e profissionais de saúde), bem como a alternância de poder no município e o acúmulo de funções.

Verificou-se que não está havendo monitoramento da PPI por parte dos municípios, com vistas a acompanhar a produção física das ações e serviços de saúde, tanto na área de atenção básica quanto de média complexidade (referenciadas). Os dados são gerados no município, no entanto não são acompanhados e avaliados e, não geram informações para tomada de decisão por parte dos gestores municipais.

Ao deixar de fazer o acompanhamento individualizado dos procedimentos, por área estratégica, fazendo-o globalmente, o gestor não têm informações suficientes para identificar a área estratégica na qual o município está sendo resolutivo e em qual está falhando, correndo o risco de que serviços essenciais não sejam ofertados ou que haja oferta de serviços desnecessários.

É fundamental que os gestores municipais adotem mecanismos de monitoramento, com o intuito de verificar o cumprimento das ações e serviços de saúde programados, gerenciando as informações de forma a utilizá-las como instrumento de tomada de decisão e melhoria da gestão. Processos de monitoramento levam à identificação de grupos com maiores necessidades de saúde, estratificam o risco epidemiológico, e as áreas críticas, contribuindo para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades da população.

Esse acompanhamento, apesar de ser de extrema importância para os gestores municipais, não vem sendo realizado pelos municípios. Constatou-se que a avaliação é feita por meio de indicadores de resultado, os quais medem o alcance das metas estabelecidas no COAP. Assim, avalia-se o COAP e não a PPI. O atingimento das metas deveria refletir diretamente a prestação dos serviços pactuados nas áreas estratégicas, no entanto, não é isso o que ocorre. Os serviços são prestados e acompanhados pela produção faturada, sem vinculação a uma área estratégica específica. Dessa forma o gestor não tem conhecimento de como está sendo executada a sua PPI.

Existe um corte conceitual, sem vinculação direta, como se o atingimento das metas do COAP não dependesse da execução das ações programadas pela PPI.

O Ministério da Saúde não cobra a realização dos serviços por área estratégica e, sim, por meta e, os sistemas não estão preparados para fazer o acompanhamento de forma individualizada.

Não se pode afirmar que o município não cumpre o estabelecido na PPI, vez que o Estado informa aos municípios se estes cumpriram ou não a meta estipulada. O que se pode afirmar é que o município não tem condições de identificar em qual das áreas estratégicas realizou o procedimento.

Dessa forma a PPI, além de não estar cumprindo o seu papel de garantidora do acesso aos vários níveis de assistência, vez que não há garantia de que os serviços referenciados serão executados, também não está servindo de instrumento de priorização das ações de saúde visto que, na pactuação, tais ações foram definidas, quantificadas e priorizadas por área estratégica, mas não são acompanhadas de forma individualizada, dificultando a avaliação do gestor quanto ao atendimento das necessidades de sua população.

O monitoramento da PPI está restrito ao acompanhamento rotineiro da execução financeira das ações e dos fluxos pactuados. Não se está analisando os parâmetros físicos e a produção está sendo identificada em função do faturamento. Sempre no global e não por área estratégica.

Assim, faz-se necessário investigar a validade de se manter a programação por área estratégica, uma vez que há um descasamento entre o avaliado por indicadores e o acompanhado na PPI, por ação. Não há como identificar até que ponto os atendimentos por área estratégica influenciam na aferição do atingimento das metas do COAP.

Embora a PPI faça parte do COAP, estando, portanto, as ações e serviços ali dispostos contratualizados, não há cobrança ou penalização por descumprimento do contrato. Apesar de o COAP ser estabelecido por Região de Saúde e contar com a assinatura dos gestores de todos os municípios, presta-se contas apenas para o Ministério da Saúde por meio da avaliação dos indicadores, não havendo prestação de contas entre os entes signatários. Considerando que o COAP é um contrato por meio do qual são firmados compromissos, faz-se urgente à criação de mecanismos que levem os signatários do contrato (União, estados e municípios) a respeitarem os compromissos assumidos, de forma a que o referido instrumento espelhe, com fidelidade, as ações e serviços que serão oferecidos à população no quadriênio a que se refere.

Considerando que o SISPPI está, hoje, adaptado apenas para o processo de programação, que é feita por área estratégica, faz-se necessário que o mesmo passe por adequações, de forma a permitir o acompanhamento individualizado da execução das ações programadas.

No tocante ao financiamento pode-se afirmar que são pequenas as chances de se possuir fonte suficiente para suprir as necessidades de saúde da população brasileira, vez que, o orçamento é limitado e dividido por múltiplas áreas.

Portanto, compreende-se o fato de a organização da saúde pautar-se no financiamento, visto que os recursos públicos não são suficientes para financiar uma saúde pública de qualidade, ficando, assim, sob a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, o direcionamento dos atendimentos para áreas prioritárias de forma a atender às necessidades mais prementes da população.

REFERÊNCIAS

- AMAMBAI. Prefeitura Municipal. **Dados oficiais**. Disponível em: <www.amambai.ms.gov.br/cidade.php?cdSession=24>. Acesso em: 05 jun. 2016.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **The Facts About High Blood Pressure**. Disponível em: <http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HighBloodPressure/GettheFactsAboutHighBloodPressure/The-Facts-About-High-Blood-Pressure_UCM_002050_Article.jsp#.WRdkANQrLeh>. Acesso em: 27 fev. 2017.
- AMORIM, A. L. G.; MENICUCCI, T. M. G. Descentralização e regionalização na assistência à saúde: um estudo da programação pactuada integrada de Minas Gerais. **Encontro de Administração Pública e Governança - EnAPG**. Salvador-BA, de 12 a 14 de novembro de 2008. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnAPG/enapg_2008/2008_ENAPG255.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2016.
- ASSOCIAÇÃO DE HOSPITAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA (AHSEB). Segundo OMS, ideal é ter de 3 a 5 leitos para cada mil habitantes. No Brasil, índice médio é de 2,4. **AHSEB**, 07/08/2014. Disponível em: <<http://www.ahseb.com.br/segundo-oms-ideal-e-ter-de-3-a-5-leitos-para-cada-mil-habitantes-no-brasil-indice-medio-e-de-24/>>. Acesso em: 17 nov. 2016.
- AZEVEDO, M. M. **O censo 2010 e os povos indígenas**. Povos indígenas no Brasil. ISA – Instituto Socioambiental. Ago. 2011. Disponível em: <<https://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/quantos-sao/o-censo-2010-e-os-povos-indigenas>>. Acesso em 13 mar. 2017.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB. Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS. Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regional – DIPRO. **A construção da programação de média e alta complexidade da saúde na Bahia**: documento de apoio para adequações da PPI aos novos processos organizativos do SUS, 1ª ed., Salvador, BA, outubro de 2011. Disponível em: <[file:///D:/Downloads/A%20Construcao%20da%20PPI%20na%20Bahia%20-%202011%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/A%20Construcao%20da%20PPI%20na%20Bahia%20-%202011%20(1).pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2016.
- BERRETTA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, nov. 2011.
- BERZOINI, L. P. **Análise do pacto pela saúde como política de saúde no Brasil e da sua influência na estruturação do Sistema Único de Saúde em cinco estados brasileiros**. 2010. 161 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em:

<www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 mar. 2015.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, 1990a. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 mar. 2015.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências, Brasília, 1990b. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 15 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 maio 1993. Seção I, p. 6961-6965.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do SUS - NOB 01/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção I, p. 22932-22940.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 nov. 1998. Seção I, p. 8-14.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001a. Aprova Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jan. 2001. Seção I, p. 23-31.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM)**: protocolo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 96 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, 7).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001d. 114 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos, nº 116).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002a. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002b. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2002. Seção I, p. 36-42.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003a. 248 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Resolução nº 333**, de 4 de novembro de 2003b. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico**. 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003c. 66 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção I, p. 43-51.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006b. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 3 abr. 2006. Seção I, p. 49.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.097, de 22 de maio de 2006c. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 maio 2006. Seção I, p. 40-43.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 148p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS**: uma construção coletiva: perfil da atividade do planejamento no Sistema Único de Saúde: resultados da pesquisa – esfera municipal. Série Cadernos de Planejamento, v.5. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 142 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS**: uma construção coletiva: organização e funcionamento. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Cadernos de Planejamento; v.1, 3. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2009a, 100 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS**: uma construção coletiva: instrumentos básicos. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Cadernos de Planejamento; v. 2, 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município**: garantindo saúde para todos. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 46 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf>
Acesso em: 20 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)** : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.669, de 3 e novembro de 2009e. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 nov. 2009. Seção I, p. 58-60.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v.1. Brasília: CONASS, 2011a. 291 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v.13. Brasília: CONASS, 2011b. 534 p.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011c. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, de 29 jun. 2011. Seção I, p. 1-3.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. 114 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

_____. Presidência da República. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012a. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 13 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 3**, de 30 de janeiro de 2012b. Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0003_30_01_2012.html>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013a. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 set. 2013. Seção I, p. 60.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação-Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde. **Diretrizes e proposições metodológicas para a elaboração da programação geral das ações e serviços de saúde**. Mai. 2013c. Disponível em: <[http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/Orienta%20PGASS%20\(Anvisa_COAP\)%2024mai13.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/Orienta%20PGASS%20(Anvisa_COAP)%2024mai13.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014b. Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 abr. 2014. Seção I, p. 50-52.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 152 p.: il. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – SAS. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC. Coordenação Geral de Planejamento e Programação das Ações de Saúde – CGPAS. **Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), 2015b**. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/15/PGASS-Programa---o-Geral-das-A----es-e-Servi--os-de-Sa--de.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015c. 133 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2015d. Série Parâmetros SUS; v. 1. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/ParametrosSUS.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de Gestão Estratégica-SAGE**. Disponível em: <www.sage.saude.gov.br>. Acesso em: 13 ago. 2016a.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde-CNES**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>>. Acesso em: 13 ago. 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Sistema de Pactuação de Indicadores - SISPACTO**. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/faces/relatoriosExterno/selecionarRelatorio.jsf?faces-redirect=true>>. Acesso em: 12 abr. 2016c.

_____. Ministério da Saúde. **Rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015 – Resultados de apuração quadrimestral, Mato Grosso do Sul**. Datasus Tecnologia de Informação do SUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?pacto/2013Mon/cnv/monitms.def>>. Acesso em: 13 abr. 2016d.

CARACOL. Prefeitura Municipal. **Conheça o município**. Disponível em: <<http://www.pmcaracol.ms.gov.br/cidade/conhecaomunicipio>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

CORREIA, A. D. M. S.; GONÇALVES C. C. M.; LEME N. S. L. Aprimoramento das condições para atuação em rede: educação permanente, regulação, controle, avaliação e auditoria. In: DOBASHI, B. F. (Org.). **Tecendo redes na saúde para ampliar o cuidado**. Campo Grande, MS, 2014. cap. 9, p. 187-221.

CORUMBÁ. Prefeitura Municipal. **Dados geográficos e econômicos**. Disponível em: <<http://www.pmcorumba.com.br/site/corumba/2/pantanal-extremo/86/>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

DANIEL, V. M.; MACADAR, M. A. A concretização da programação pactuada e integrada em saúde com o uso de sistemas de informação. In: **International Conference on Information Resources Management (CONF-IRM)**. Biblioteca da Associação para Sistemas de Informações - AIS Electronic Library, 2010. Disponível em: <<http://aisel.aisnet.org/confirm2010/48>>. Acesso em: 4 jan. 2016.

DANTAS, U. I. B.; SANTOS, S. R.; BRITO, S. S.; VIRGOLINO, J. L. B. Percepções dos gestores sobre o aplicativo – Pacto pela Saúde. **Revista de Enfermagem**. UFPE [online], Recife, v. 7, n. 2, p. 438-444, fev. 2013.

DOBASHI, B. F. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Secretaria de Estado de Saúde. Governo do Estado de Mato Grosso do Sul. **A iniciativa RIPSANo estado: avanços e dificuldades em sua implementação e sua importância para a gestão em Saúde**. OPAS – Brasília, 02 e 03 de Setembro de 2008a. (PowerPoint). Disponível em: <<http://slideplayer.com.br/slide/334967/>>. Acesso em: 03 jan. 2016.

DOBASHI, B. F. **Gestão Estadual e Constituição de Redes: a experiência de Mato Grosso do Sul**. Apresentação em evento. (PowerPoint). Campo Grande, out. 2008b. Disponível em: <<http://slideplayer.com.br/slide/3655619/>>. Acesso em: 03 jan. 2016.

DOBASHI, B. F. **Os caminhos da gestão em saúde no Mato Grosso do Sul: da reforma sanitária ao COAP**. Campo Grande, MS, 2014a, 92 p.

DOBASHI, B. F. (Org.). **Tecendo redes na saúde para ampliar o cuidado**. Campo Grande, MS, 2014b. Apresentação, p. 5-9.

DOBASHI, B. F.; CABRAL, E. R. M. Resultados das avaliações realizadas. In: DOBASHI, B. F. (Org.). **Tecendo redes na saúde para ampliar o cuidado**. Campo Grande, MS, 2014. cap. 12, p. 285-293.

DOURADINA. Prefeitura Municipal. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.douradina.ms.gov.br/historico>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

FADEL, C. B.; SCHNEIDER, L.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, N. A. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-456, mar./abr. 2009.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 16, n. 3, p.1689-1698, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300006>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) - 2015**. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default.shtm>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

ITAPORÃ. Prefeitura Municipal. Sobre Itaporã. Disponível em: <<http://www.itapora.ms.gov.br/itapora>>. Acesso em: 8 Jun. 2016.

KAMIMURA, Q. P.; OLIVEIRA, E. A. A. Processo de regionalização da saúde na percepção dos gestores. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 9, n. 2, p. 280-300, mai./ago. 2013. Disponível em: <<http://www.rbgdr.net/revista/index.php/rbgdr/article/viewFile/1030/339>>. Acesso em: 8 jan. 2016.

KATAYAMA, J. Em MS, só um quinto dos municípios têm número ideal de médicos. Em relação ao número de leitos, a situação é pouco melhor com 20 municípios. **Campo Grande News**, 17/03/2015. Disponível em: <<http://www.campograndenews.com.br/cidades/em-ms-so-um-quinto-dos-municipios-tem-numero-ideal-de-medicos>>. Acesso em: 17 nov. 2016

KOHLMANN JR., O.; GUIMARÃES, A. C.; CARVALHO, M. H. C.; CHAVES JR, H. C.; MACHADO, C. A.; PRAXEDES, J. N.; SANTELLO, J. L.; NOBRE, F.; MION JR., D. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Conselho Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 43, n. 4, p. 257/286, ago. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v43n4/11752.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC. [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 180p.

LASTÓRIA, A.; DOBASHI, B. F. Fortalecimento da gestão regional. In: DOBASHI B. F. (Org.). **Tecendo redes na saúde para ampliar o cuidado**. Campo Grande, MS, 2014. cap. 2, p. 45-59.

LEWANDOWSKI, B. G; BARROS, E. O. M. História do SUS em Mato Grosso do Sul. In: DOBASHI B. F. (Org.). **Tecendo redes na saúde para ampliar o cuidado**. Campo Grande-MS, 2014. cap. 1, p. 28-44.

MACHADO, R. R.; COSTA, E.; ERDMANN, A. L.; ALBUQUERQUE, G. L.; ORTIGA, A. M. B. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 181-187, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) 2012-2015**. COAP 01/MS – Região de Saúde de Campo Grande, 2012a. Disponível em: <www.saude.ms.gov.br/institucional/>. Acesso em: 10 jul. 2015.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) 2012-2015**. COAP 02/MS – Região de Saúde de Corumbá, 2012b. Disponível em: <www.saude.ms.gov.br/institucional/>. Acesso em: 10 jul. 2015.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) 2012-2015**. COAP 03/MS – Região de Saúde de Dourados, 2012c. Disponível em: <www.saude.ms.gov.br/institucional/>. Acesso em: 10 jul. 2015.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) 2012-2015**. COAP 04/MS – Região de Saúde de Três Lagoas, 2012d. Disponível em: <www.saude.ms.gov.br/institucional/>. Acesso em: 10 jul. 2015.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES/MS nº 59, de 27 de junho de 2012. Aprova as decisões da Comissão Intergestores Bipartite estadual. **Diário Oficial do Estado**, n. 8.221, 29 jun. 2012e.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES/MS nº 90, de 11 de novembro de 2014. Retifica e convalida a Resolução nº 04/SES/MS/2013, que aprova as decisões da Comissão Intergestores Bipartite estadual. **Diário Oficial do Estado**, n. 8.798, 13 nov. 2014.

_____. Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Desenvolvimento Econômico-SEMADE. **Perfil Estatístico de Mato Grosso do Sul 2015**: Ano base: 2014. Campo Grande: SEMADE, 2015a. 111p. Disponível em: <<http://www.semade.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/20/2015/12/Perfil-Estatistico-de-MS-2015-revisao.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES/MS nº 122, de 24 de novembro de 2015b. Aprova estimativa populacional para o ano de 2015/2016. **Diário Oficial do Estado**, n. 9.075, 30 dez. 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, J. M. R.; GARCIA, M. L. T.; OLIVEIRA, E. F. A.; FERNANDES, R. M. C. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 10, n. 2, p. 331-344, ago./dez. 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva e Eugênio Vilaça Mendes. Belo Horizonte, 2004. 80 p.

MIRANDA. Prefeitura Municipal. **Histórico**. Disponível em: <<http://miranda.ms.gov.br/historia/>>. Acesso em: 08 jun. 2016.

MOLESINI, J. A.; FORMIGLI, V. L. A.; GUIMARÃES, M. C. L.; MELO, C. M. M. Programação pactuada integrada e gestão compartilhada do SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 623-638, jul./set. 2010.

O ATLAS. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **O IDHM**. Disponível em: <www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm>. Acesso em: 20 ago. 2016.

OLIVEIRA NETO, F. S.; ITANI, A. Pactos da saúde e a gestão do SUS: experiência e avaliação na macro-região sul do Espírito Santo. **INTERFACEHS – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente**, v. 3, n. 3, Seção Interfacehs 2, p. 1-29, ago./dez. 2008.

PARANAÍBA. Prefeitura Municipal de Paranaíba. **História**. Disponível em: <<http://www.paranaiba.ms.gov.br/site/paranaiba?id=18-historia>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PEREIRA, S. S. S. **Organização dos Espaços Microrregionais de Saúde: o caso do Mato Grosso do Sul**. 2004. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde), Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS, 2004.

PICON, R. V. C. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil e manejo usual da doença na atenção primária**. 2012. 145 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/76194/000892448.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

RODRIGUES, E. S.; ORTEGA, S. R. C. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Saúde. Gerência de Acompanhamento da PPI/Assistência. **Programação Pactuada e Integrada da Assistência – PPI 2010**. Apresentação em evento. (PowerPoint). Campo Grande, MS, 2010.

RODRIGUES, E. S.; ORTEGA, S. R. C. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado de Saúde. Gerência de Acompanhamento da PPI/Assistência. **Programação Pactuada e Integrada da Assistência – PPI**. Apresentação em evento. (PowerPoint). Campo Grande, MS, 2013.

ROHDE, E. B.; PEREIRA JR., N. Cogestão e apoio institucional como arranjos de gestão compartilhada na consolidação das redes regionais de atenção à saúde no Mato Grosso do Sul. In: DOBASHI B. F. (Org.). **Tecendo redes na saúde para ampliar o cuidado**. Campo Grande-MS, 2014. cap. 8, p. 169-186.

SANTOS, L. **SUS**: Desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde - regionalizando a descentralização. 2012. 266 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas-SP, 2012. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000867950&fd=y>> Acesso em: 14 abr. 2014.

SÃO PAULO (Estado). **Manual do usuário do SIS–PPI**. Sistema Informatizado de Programação da Assistência à Saúde – Programação Pactuada e Integrada. Versão 3.04 – Outubro 2001. 23 p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual_do_usuario_do_sis-ppi.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2016.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

SILVA, A. L. **As estruturas de gestão do trabalho nas Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso do Sul**. 2012. 137 f. Dissertação (Mestrado profissional) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, A. L.; TIBURCIO, E. L. P.; GONÇALVES, C. C. M. Fortalecimento do controle social. In: DOBASHI B. F. (Org.). **Tecendo redes na saúde para ampliar o cuidado**. Campo Grande-MS, 2014. cap. 10, p. 223-246.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações**. 3. ed., Artmed, 2009, 375 p.

SMAKA, E. M. Case de sucesso: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul desenvolve solução para a tomada de decisões estratégicas. **Portal IT4CIO**, maio de 2013. Disponível em: <<http://www.it4cio.com/resources/images/materias/pdfs/471.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBC/SBH/SBN). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 89, n. 3, p. e24-e79, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBC/SBH/SBN). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. 1-51, São Paulo, 2010. Suplemento 1.

TOBAL, A. M. M.; COSTA, K. Fortalecimento da atenção básica como ordenadora do cuidado. In: DOBASHI B. F. (Org.). **Tecendo redes na saúde para ampliar o cuidado**. Campo Grande-MS, 2014. cap. 3, p. 61-79.

TYLLMANN, G.; LERMEN, J. I.; MACHADO, R. Z.; TAKEDA, S. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. **Monitoramento de indicadores de saúde**: uma proposta conceitual e metodológica. Manual de orientações técnicas. Porto Alegre, Janeiro 2007. 95 p. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1194978734327Manual%20de%20Monitoramento%20de%20Indicadores%20de%20Sa%FAde.pdf>>. Acesso em: 6 maio 2016

VASCONCELOS, N. **Campo Grande, 113 anos: quem somos?** Campo Grande News, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.campograndenews.com.br/cidades/capital/campo-grande-113-anos-quem-somos>>. Acesso em: 03 jun. 2016.

VENANCIO, S. I.; NASCIMENTO, P. R.; ROSA, T. E.; MORAIS, M. L. S.; MARTINS, P. N.; VOLOSCHKO, A. Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3951-3964, 2011.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14 (Supl.1), p. 1565-1577, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800030>. Acesso em: 13 set. 2015.

VILELA, V.; DIAS, C. N. Gestão na operacionalização da programação pactuada integrada. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 3, p. 2566-2589, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Solicitação de autorização para participação na pesquisa

Campo Grande-MS, 17 de março de 2016.

Ilmo(a). Sr(a).
Secretário(a) Municipal de Saúde

Senhor(a) Secretário(a),

Sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sendo que meu projeto de pesquisa tem por objetivo avaliar o processo de pactuação dos indicadores da atenção básica e de média complexidade para hipertensão arterial e agravos, ligados à área estratégica “Saúde do Adulto”, desenvolvido no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde desse município no ano de 2014. Visa sistematizar o conhecimento acerca desse processo, identificar as variáveis que o influenciaram e as estratégias que possam contribuir com a pactuação, o monitoramento e a avaliação dos indicadores do pacto pela saúde.

Foram examinados dados de pactuação disponíveis no site da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul, em especial os constantes no COAP e no SISPPPI, tendo sido constatado que esse Município pactuou valores e/ou quantitativos diferentes dos aprovados em CIB para o estado de Mato Grosso do Sul, para a área em estudo.

Dessa forma, visando identificar os fatores que influenciaram a pactuação do município venho, por meio deste, solicitar autorização de Vossa Senhoria para que essa Secretaria participe da pesquisa que estou desenvolvendo, por meio de resposta a um questionário semi-estruturado que será aplicado em entrevista a ser por mim realizada em data programada junto a essa Secretaria. Constituem sujeitos da pesquisa Vossa Senhoria, como gestor municipal de saúde ou técnico(s) que tenha(m) participado do processo de pactuação no município.

Colocando-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Lenice Carrilho de Oliveira Moreira
Fone: (67) 9904-3462
e-mail: lenice.moreira@ufms.br

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE

Por meio deste, o(a) Senhor(a) está sendo convidado a participar, como voluntário(a), da Pesquisa intitulada **Pactuação de Indicadores da Hipertensão Arterial no Planejamento em Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul**, sob a Coordenação dos Pesquisadores Lenice Carrilho de Oliveira Moreira e Edson Mamoru Tamaki.

Os objetivos deste estudo consistem em aprofundar o conhecimento sobre a condução do processo de pactuação dos indicadores da atenção básica e média complexidade para hipertensão arterial e agravos, ligados à área estratégica “Saúde do Adulto”, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e identificar as variáveis que o influenciam.

O critério para o convite à sua participação deu-se em razão de sua atuação estratégica no processo de Programação Pactuada e Integrada de seu município. Sua participação na pesquisa não é obrigatória, sendo que, a qualquer momento, o(a) Senhor(a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a Instituição.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações relativas às formas de definição e negociação dos indicadores pactuados na área estratégica “Saúde do Adulto – Hipertensão” e as variáveis que influenciaram a pactuação feita. A coleta das informações se dará por meio de entrevista a ser realizada, exclusivamente com o(a) Sr(a), na Secretaria/Gerência de Saúde de seu município, pela pesquisadora responsável, a qual poderá ser gravada, se assim o(a) Senhor(a) permitir.

Caso o(a) Senhor(a) se sinta constrangido(a) ao responder alguma pergunta do questionário utilizado na entrevista, fica garantida a possibilidade de não responder ou respondê-la parcialmente.

Continuação (APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

O(a) Senhor(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Os riscos relacionados à sua participação são praticamente nulos. Os benefícios relacionados à sua participação são indiretos e relacionam-se com o caráter pedagógico do processo avaliativo em questão.

As informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo de sua participação. Os dados coletados durante a realização da pesquisa ficarão sob a guarda e responsabilidade dos pesquisadores para garantir a confidencialidade das respostas.

Caso o(a) Senhor(a) concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Seguem os telefones da pesquisadora e do Comitê de Ética em Pesquisa, onde poderão ser tiradas, a qualquer momento, suas dúvidas sobre o projeto e sua participação na pesquisa.

Para dirimir dúvidas relativas à Pesquisa entrar em contato com a Pesquisadora Lenice Carrilho de Oliveira Moreira, pelos telefones: (67) 3345-7976 e (67) 99904-3462.

Para dirimir dúvidas quanto à sua participação entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa/UFMS, pelo telefone (67) 3345-7187.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Participante da Pesquisa _____

Pesquisador responsável _____

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevistas

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Este levantamento é parte integrante da Pesquisa denominada “**Pactuação de indicadores da hipertensão arterial no planejamento em saúde do estado de Mato Grosso do Sul**” e tem como finalidade aprofundar o conhecimento sobre a condução do processo de pactuação dos indicadores da atenção básica e de média complexidade para hipertensão arterial e agravos, ligados à área estratégica “Saúde do Adulto”, em nível Municipal, e identificar as variáveis que o influenciam.

1. Órgão Gestor

Código da Secretaria Municipal de Saúde:

2. Código do entrevistado:

3. O município conta com uma área responsável pelo planejamento das ações e serviços de saúde a serem oferecidos a sua população?

4. Quantas pessoas atuam especificamente na área de planejamento da Secretaria?

5. Indique o número de pessoas em atuação na área de planejamento, relacionando-os ao nível de formação e de capacitação:

a) Fundamental incompleto ()

b) Fundamental completo ()

c) Médio incompleto ()

d) Médio completo ()

e) Superior incompleto ()

f) Superior completo ()

g) Especialização ()

h) Mestrado ()

i) Doutorado ()

6. Os componentes da equipe da área de planejamento têm capacitação específica?

Sim () Não ()

Qual o tipo de capacitação: _____

7. Como se dá o processo de programação no município (PPI)?

8. O município participou de reuniões ou recebeu treinamento da SES para elaborar sua Programação Pactuada e Integrada (PPI)?

Continuação (APÊNDICE C – Roteiro de Entrevistas)

9. Em caso positivo, comente a forma como se deu esses encontros.
10. Quais os instrumentos de gestão utilizados pelo município no processo de planejamento:
- a) Plano Municipal de Saúde ()
 - b) Relatório Anual de Gestão ()
 - v) Programação Anual ()
 - d) Plano Diretor de Regionalização ()
 - e) Outro (especificar) () _____
11. Em que o município baseou-se para estimativa de necessidades inerentes à hipertensão arterial por ocasião da pactuação?
12. Quais os fatores que levaram o município a alterar o percentual de cobertura utilizado para o cálculo da população a ser atendida na área estratégica Saúde do Adulto – Hipertensão, aprovado em CIB (Comissão Intergestores Bipartite) para o estado de Mato Grosso do Sul?
13. Que variáveis levaram o município a pactuar a concentração das ações e serviços ofertados na área na área estratégica “Saúde do Adulto – Hipertensão”, diferente da aprovada em CIB para o estado de Mato Grosso do Sul?
14. Que variáveis levaram o município a pactuar a cobertura das ações e serviços ofertados na área na área estratégica “Saúde do Adulto – Hipertensão”, diferente da aprovada em CIB para o estado de Mato Grosso do Sul?
15. Considerando a sua vivência com os trabalhos desenvolvidos no SUS, a PPI no seu município tem se constituído em instrumento garantidor do acesso às ações e serviços de saúde para hipertensão arterial?
16. De que forma é efetuado o acompanhamento e a avaliação das ações e serviços de atenção à saúde, relativos à hipertensão arterial?
17. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem como identificar as ações e serviços produzidos na área estratégica “Saúde do Adulto – Hipertensão”?
18. A SMS já solicitou alteração na sua PPI?
19. Quais os motivos que levam o município a revisar a PPI?

APÊNDICE D - Alteração em relação à concentração sugerida para Mato Grosso do Sul, Região de Saúde Campo Grande, 2016

Área de Atuação	Ação/Procedimento	Municípios																																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	
1 - Hipertensão - 0 Hipertensão Atendimento UBS	00 - Consulta médica em atenção básica	2	2	2	2	-	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	-	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	01 - Cons. de prof. de NS na atenção básica – Enf.	5	6	6	6	-	4	6	6	2	4	4	2	5	3	6	6	-	3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	4	4
	02 - Ativ. educativa/orientação em grupo na AB	3	6	6	3	-	4	6	6	1	1	4	1	1	3	6	6	-	2	6	6	3	6	6	3	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6
	03 - Eletrocardiograma	1	1	1	1	-	1	1	1	1	0,3	1	0,3	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1
	04 - Dosagem de glicose	2	4	2	4	-	2	4	3	4	4	4	1	4	2	4	4	-	3	4	2	4	4	4	2	4	0,5	4	4	4	3	1	2	4	
	05 - Dosagem de colesterol total	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1
	06 - Dosagem de colesterol HDL	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1
	07 - Dosagem de colesterol LDL	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1
	08 - Dosagem de triglicerídeos	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1
	09 - Dosagem de creatinina	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1
	10 - Dosagem de ácido úrico	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1
	11 - Anal. de caract. físicos, elementos e sed. da urina	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1
	12 - Dosagem de microalbumina na urina	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	-	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1
	13 - Dosagem de potássio	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	14 - Mapeamento de retina	1	1	1	1	-	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	-	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1
15 - Cons. de prof. de NS na at. básica - Nutricionista	1	1	1	0,2	-	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	-	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1 - Hipertensão - 1 - Hipertensão Atendimento de 2º nível	00 - Consulta especializada para hipertensão	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	01 - Cons. de prof. de NS na at. espec. - Enfermeiro	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
	02 - Clearance de creatinina	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	03 - Dosagem de proteínas (urina de 24 horas)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	04 - Ecocardiografia transtorácica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	05 - Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	06 - Monitorização ambulatorial de pressão arterial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	07 - 017 - Radiografia de tórax (PA) - MAC	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	08 - Ativ. educativa/orientação em grupo na at. espec.	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	09 - Teste de esforço / teste ergométrico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,2	1	0,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	0,5	1
	10 - Ass. domiciliar p/ equipe multiprofiss. na at. esp.	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	11 - Atend.urgência c/obs. até 24 h em AE-2231-Méd.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12 - Cons.profis. de NS na at. esp. - Assistente Social	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Total de alterações por município		4	2	1	2	0	4	0	1	2	9	2	20	2	3	1	0	3	7	5	3	1	0	0	2	0	10	3	0	0	3	1	3	1	

Fonte: Elaboração própria

Legenda dos municípios Região de Saúde Campo Grande:

1-Alcinópolis; 2-Anastácio; 3-Aquidauana; 4-Bandeirantes; 5-Bela Vista; 6- Bodoquena; 7-Bonito; 8-Camapuã; 9-C. Grande; 10-Caracol; 11-Chapadão do Sul; 12-Corguinho; 13-Costa Rica; 14-Coxim; 15-Dois Irmãos do Buriti; 16-Figueirão; 17-Guia Lopes da Laguna; 18- Jaraguari; 19-Jardim; 20-Maracajú; 21-Miranda; 22-Nioaque; 23-N. Alvorada do Sul; 24-Pedro Gomes; 25-Porto Murtinho; 26-Ribas do Rio Pardo; 27-Rio Negro; 28-Rio Verde de Mato Grosso; 29- Rochedo; 30-São Gabriel do Oeste; 31-Sidrolândia; 32-Sonora; 33-Terenos.

Obs: - não informado, portanto não contado como alteração no parâmetro

APÊNDICE E – Alteração em relação à concentração sugerida para Mato Grosso do Sul, Região de Saúde Dourados, 2016

Área de Atuação	Ação/Procedimento	Municípios																																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	
1 - Hipertensão - 0 - Hipertensão Atendimento UBS	00 - Consulta médica em atenção básica	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	2	
	01 - Cons. de prof. de NS na atenção básica – Enf.	6	6	6	6	3	6	6	4	6	6	6	6	6	1	6	4	6	4	6	6	3	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	4	6	6
	02 - Ativ. educativa/orientação em grupo na AB	6	6	6	6	1	6	6	6	6	2	6	6	3	6	6	5	6	6	6	6	3	1	6	6	6	3	5	6	6	6	2	5	6	
	03 - Eletrocardiograma	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	
	04 - Dosagem de glicose	2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	1	4	1	2	4	4	4	2	4	4	4	1	4	1	4	2	3	4	4	1	2	2	4	
	05 - Dosagem de colesterol total	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	06 - Dosagem de colesterol HDL	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	07 - Dosagem de colesterol LDL	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	08 - Dosagem de triglicerídeos	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	09 - Dosagem de creatinina	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	10 - Dosagem de ácido úrico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	11 - Anal. de caract. físicos, elementos e sed. da urina	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	12 - Dosagem de microalbumina na urina	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	
	13 - Dosagem de potássio	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	
	14 - Mapeamento de retina	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,7	1	0,5	1	0	
15 - Cons. de prof. de NS na AB - Nutricionista	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1		
1 - Hipertensão - 1 - Hipertensão Atendimento de 2º nível	00 - Consulta especializada para hipertensão	1	1	1	1	0,05	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
	01 - Cons. de prof. de NS na at. espec. - Enfermeiro	1	1	1	1	0,05	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
	02 - Clearance de creatinina	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
	03 - Dosagem de proteínas (urina de 24 horas)	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	04 - Ecocardiografia transtorácica	1	1	1	1	0,05	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0,5	1	1	1	
	05 - Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH)	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0,7	1	1	1	1	1	
	06 - Monitorização ambulatorial de pressão arterial	1	1	1	1	0,05	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	07 - 017 - Radiografia de tórax (PA) - MAC	1	1	1	1	0,05	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	08 - Ativ. educativa/orientação em grupo na at. espec.	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	
	09 - Teste de esforço / teste ergométrico	1	1	1	1	0,2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	10 - Ass. domiciliar p/ equipe multiprofiss. na at. esp.	1	1	1	1	0,05	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
	11 - Atend.urgência c/obs. até 24 h em AE-2231-Méd.	1	1	1	1	0,005	1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
12 - Cons.profis. de NS na at. esp. - Assistente Social	1	1	1	1	0,005	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	1	0,5	1	0	1		
Total de alterações por município	5	0	1	0	20	1	1	4	0	2	2	0	5	3	0	2	0	2	0	0	3	5	0	2	0	3	6	3	0	8	4	8	0		

Fonte: Elaboração própria

Legenda dos municípios da Região de Saúde Dourados:

1-Amambai; 2-Anaurilândia; 3-Angélica; 4-Antonio João; 5-Aral Moreira; 6-Batayporã; 7-Caarapó; 8-Cel. Sapucaia; 9-Deodópolis; 10-Douradina; 11-Dourados; 12-Eldorado; 13-Fátima do Sul; 14-Glória de Dourados; 15-Iguatemi; 16-Itaporã; 17-Itaquiraí; 18-Ivinhema; 19-Japorã; 20-Jateí; 21-Juti; 22-Laguna Carapã; 23-Mundo Novo; 24-Naviraí; 25-Nova Andradina; 26-Novo horizonte; 27-Paranhos; 28-Ponta Porã; 29- Rio Brillhante; 30-Sete Quedas; 31-Tacuru; 32-Taquarussu; 33-Vicentina.

APÊNDICE F - Alteração em relação à concentração sugerida para Mato Grosso do Sul, Regiões de Saúde Três Lagoas e Corumbá, 2016

Área de Atuação	Ação/Procedimento	Municípios Três Lagoas										Municípios Corumbá	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Corumbá	Ladário
1 - Hipertensão - 0 - Hipertensão Atendimento UBS	00 - Consulta médica em atenção básica	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	-
	01 - Cons. de prof. de NS na atenção básica – Enfermeiro	6	6	6	6	6	6	2	6	6	6	1	-
	02 - Ativ. educativa/orientação em grupo na AB	6	6	6	4	6	6	6	3	6	6	6	-
	03 - Eletrocardiograma	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	-
	04 - Dosagem de glicose	4	4	4	1	4	2	2	4	4	4	3	-
	05 - Dosagem de colesterol total	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
	06 - Dosagem de colesterol HDL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
	07 - Dosagem de colesterol LDL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
	08 - Dosagem de triglicérides	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
	09 - Dosagem de creatinina	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
	10 - Dosagem de ácido úrico	1	1	1	1	1	1	0,5	1	1	1	1	-
	11 - Anal. de caract. físicos, elementos e sed. da urina	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
	12 - Dosagem de microalbumina na urina	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	-
	13 - Dosagem de potássio	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
	14 - Mapeamento de retina	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-
15 - Cons. de prof. de NS na atenção básica - Nutricionista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	
1 - Hipertensão - 1 - Hipertensão Atendimento de 2º nível	00 - Consulta especializada para hipertensão	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	01 - Cons. de prof. de NS na atenção espec. - Enfermeiro	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
	02 - Clearance de creatinina	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
	03 - Dosagem de proteínas (urina de 24 horas)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	04 - Ecocardiografia transtorácica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	05 - Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	06 - Monitorização ambulatorial de pressão arterial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	07 - 017 - Radiografia de tórax (PA) - MAC	1	1	1	1	1	1	1,5	1	1	1	1	1
	08 - Ativ. educativa/orientação em grupo na at. espec.	1	1	1	0	1	1	0,5	1	1	1	2	1
	09 - Teste de esforço / teste ergométrico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	10 - Ass. domiciliar p/ equipe multiprofiss. na atenção esp.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
	11 - Atend.urgência c/obs. até 24 h em AE-2231-Médico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12 - Cons.profis. de NS na at. esp. - Assistente Social	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
Total de alterações por município	1	0	0	5	0	1	6	1	3	0	4	0	

Fonte: Elaboração própria.

Legenda dos municípios da Região de Saúde Três Lagoas: 1-Água Clara; 2-Aparecida do Taboado; 3-Bataguassu; 4-Brasilândia; 5-Cassilândia; 6-Inocência; 7-Paranaíba; 8-Santa Rita do Pardo; 9-Selvíria; 10-Três Lagoas

Obs: - não informado, portanto não contado como alteração no parâmetro.

APÊNDICE I – Alteração em relação à cobertura sugerida para Mato Grosso do Sul, Regiões de Saúde Três Lagoas e Corumbá, 2016

Área de Atuação	Ação/Procedimento	Municípios Três Lagoas										Municípios Corumbá		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	
1 - Hipertensão - 0 - Hipertensão Atendimento UBS	00 - Consulta medica em atenção básica	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	01 - Cons. de prof. de NS na atenção básica – Enf.	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	100%
	02 - Ativ. educativa/orientação em grupo na AB	100%	100%	100%	70%	100%	100%	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%
	03 - Eletrocardiograma	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	30%	50%
	04 - Dosagem de glicose	100%	100%	100%	100%	100%	80%	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	05 - Dosagem de colesterol total	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	06 - Dosagem de colesterol HDL	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	07 - Dosagem de colesterol LDL	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	08 - Dosagem de triglicerídeos	100%	100%	100%	100%	100%	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	09 - Dosagem de creatinina	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	10 - Dosagem de ácido úrico	100%	100%	100%	100%	100%	70%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	100%
	11 - Anal. de caract. físicos, elementos e sed. da urina	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	12 - Dosagem de microalbumina na urina	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	0%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	1,5%	2,5%
	13 - Dosagem de potássio	100%	100%	100%	100%	100%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	50%	100%
	14 - Mapeamento de retina	16%	16%	16%	16%	2%	16%	6%	16%	10%	16%	8%	16%	16%
15 - Cons. de prof. de NS na at. básica - Nutricionista	100%	100%	100%	60%	60%	80%	100%	100%	10%	100%	35%	100%	100%	
1 - Hipertensão - 1 - Hipertensão Atendimento de 2º nível	00 - Consulta especializada para hipertensão	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	
	01 - Cons. de prof. de NS na at. espec. - Enfermeiro	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	
	02 - Clearance de creatinina	25%	25%	25%	25%	1%	25%	25%	25%	25%	25%	5%	25%	
	03 - Dosagem de proteínas (urina de 24 horas)	25%	25%	25%	25%	1%	25%	25%	25%	25%	25%	10%	25%	
	04 - Ecocardiografia transtorácica	50%	50%	50%	60%	30%	50%	50%	50%	10%	50%	50%	50%	
	05 - Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH)	100%	100%	100%	100%	100%	70%	100%	100%	50%	70%	100%	75%	
	06 - Monitorização ambulatorial de pressão arterial	1%	1%	100%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	100%	1%	1%	
	07 - 017 - Radiografia de tórax (PA) - MAC	100%	100%	100%	100%	30%	70%	100%	100%	100%	100%	50%	75%	
	08 - Ativ. educativa/orientação em grupo na at. espec.	100%	100%	100%	100%	80%	100%	80%	100%	100%	100%	10%	100%	
	09 - Teste de esforço / teste ergométrico	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	10%	25%	20%	25%	
	10 - Ass. domiciliar p/ equipe multiprofiss. na at. esp.	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	25%	50%	
	11 - Atend.urgência c/obs. até 24 h em AE-2231-Méd.	85%	85%	85%	85%	85%	65%	85%	85%	30%	85%	85%	85%	
12 - Cons.profis. de NS na at. esp. - Assistente Social	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	
Total de alterações por município		0	0	1	3	8	14	3	1	6	2	13	2	

Fonte: Elaboração própria.

Legenda dos municípios da Região de Saúde Três Lagoas: 1-Água Clara; 2-Aparecida do Taboado; 3-Bataguassu; 4-Brasilândia; 5-Cassilândia; 6-Inocência; 7-Paranaíba; 8-Santa Rita do Pardo; 9-Selvíria; 10-Três Lagoas.

APÊNDICE J – Parâmetros de concentração e de cobertura pactuados na área de hipertensão, por ação, segundo a Região de Saúde, 2012-2015

Área de Atuação	Ação/Procedimento	Descrição	Região de Saúde Campo Grande											
			C. Grande (Pop. Cob. 55.063)				Caracol (Pop. Cob. 262)				Miranda (Pop. Cob. 1.222)			
			Pop. Alvo	Conc.	Cob.	Total ação ano	Pop. Alvo	Conc.	Cob.	Total ação ano	Pop. Alvo	Conc.	Cob.	Total ação ano
1 - Hipertensão - 0 - Hipertensão Atendimento UBS	00 - Consulta médica em atenção básica	80% da população coberta	44.050	2,00	100%	88.100	210	2,00	100%	420	978	2,00	70%	1.369
	01 - Cons. de prof. de NS na AB -Enfermeiro		2,00	100%	88.100	4,00	100%	840	6,00	80%	4.694			
	02 - Ativ. educativa/orientação em grupo na AB		1,00	50%	*2.203	1,00	80%	**4	3,00	50%	***29			
	03 - Eletrocardiograma		1,00	50%	22.025	0,30	20%	12	1,00	50%	489			
	04 - Dosagem de glicose		4,00	100%	176.200	4,00	100%	840	4,00	100%	3.912			
	05 - Dosagem de colesterol total		1,00	100%	44.050	1,00	100%	210	1,00	100%	978			
	06 - Dosagem de colesterol HDL		1,00	100%	44.050	1,00	100%	210	1,00	50%	489			
	07 - Dosagem de colesterol LDL		1,00	100%	44.050	1,00	100%	210	1,00	50%	489			
	08 - Dosagem de triglicerídeos		1,00	100%	44.050	1,00	100%	210	1,00	100%	978			
	09 - Dosagem de creatinina		1,00	100%	44.050	1,00	100%	210	1,00	40%	391			
	10 - Dosagem de ácido úrico		1,00	100%	44.050	1,00	100%	210	1,00	60%	586			
	11 - Anal. de caract. físicos, elementos e sed. da urina		1,00	100%	44.050	1,00	100%	210	1,00	100%	978			
	12 - Dosagem de microalbumina na urina		1,00	2,5%	1.101	1,00	3%	6	1,00	1,5%	14			
	13 - Dosagem de potássio		1,00	100%	44.050	1,00	100%	210	1,00	50%	489			
	14 - Mapeamento de retina		1,00	16%	7.048	0,00	3%	0	1,00	10%	97			
15 - Cons. de prof. de NS na AB - Nutricionista	1,00	100%	44.050	1,00	100%	210	1,00	80%	782					
1 - Hipertensão -1 - Hipertensão Atendimento de 2º nível	00 - Consulta especializada para hipertensão	25% do atendimento em UBS	11.013	1,00	50%	5.506	53	1,00	50%	26	245	1,00	50%	122
	01 - Cons. de prof. de NS na at. espec. - Enfermeiro		1,00	50%	5.506	0,00	50%	0	1,00	50%	122			
	02 - Clearance de creatinina		1,00	25%	2.753	1,00	25%	13	1,00	15%	36			
	03 - Dosagem de proteínas (urina de 24 horas)		1,00	25%	2.753	1,00	25%	13	1,00	10%	24			
	04 - Ecocardiografia transtorácica		1,00	50%	5.506	1,00	30%	15	1,00	50%	122			
	05 - Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH)		1,00	100%	11.103	1,00	100%	53	1,00	50%	122			
	06 - Monitorização ambulatorial da pressão arterial		1,00	1%	110	1,00	1%	0	1,00	1%	2			
	07 - 017 - Radiografia de tórax (PA) - MAC		1,00	100%	11.103	1,00	65%	34	1,00	100%	245			
	08 - Ativ. educativa/orientação em grupo na at. espec.		1,00	100%	*1101	1,00	80%	**1	1,00	60%	****10			
	09 - Teste de esforço/teste ergométrico		1,00	25%	2.753	0,20	25%	2	1,00	25%	61			
	10 - Ass. domiciliar p/equipe multiprof. na at. espec.		1,00	50%	5.506	0,00	50%	0	1,00	30%	73			
	11 - Atend. urgência c/obs. até 24h em AE-2231-Méd.		1,00	85%	9.361	0,00	85%	0	1,00	85%	208			
12 - Cons. prof. de NS na at. espec.-Assistente Social	1,00	50%	5.506	0,00	40%	0	1,00	20%	49					

Obs.: * Grupo de 10; ** Grupo de 40; *** Grupo de 50; **** Grupo de 15. Em destaque parâmetros com alteração em relação ao Estado.

APÊNDICE K – Parâmetros de concentração e de cobertura pactuados na área de hipertensão, por ação, segundo a Região de Saúde, 2012-2015

Área de Atuação	Ação/Procedimento	DESCRÇÃO	Região de Saúde Dourados											
			Amambai (Pop. Cob. 2.825)				Douradina (Pop. Cob. 273)				Itaporã (Pop. Cob. 1.215)			
			Pop. Alvo	Conc.	Cob.	Total ação ano	Pop. Alvo	Conc.	Cob.	Total ação ano	Pop. Alvo	Conc.	Cob.	Total ação ano
1 - Hipertensão - 0 - Hipertensão Atendimento UBS	00 - Consulta médica em atenção básica	80% da população coberta	2.260	2,00	100%	4.520	218	2,00	100%	436	972	2,00	80%	1.555
	01 - Cons. de prof. de NS na AB -Enfermeiro		6,00	100%	13.560	6,00	100%	1.308	4,00	80%	3.110			
	02 - Ativ. educativa/orientação em grupo na AB		6,00	100%	***678	2,00	100%	**9	5,00	80%	****130			
	03 - Eletrocardiograma		1,00	50%	1.130	1,00	39%	85	1,00	40%	388			
	04 - Dosagem de glicose		2,00	80%	3.616	4,00	60%	523	4,00	70%	2.721			
	05 - Dosagem de colesterol total		0,50	80%	904	1,00	80%	174	1,00	95%	923			
	06 - Dosagem de colesterol HDL		0,50	80%	904	1,00	80%	174	1,00	95%	923			
	07 - Dosagem de colesterol LDL		0,50	80%	904	1,00	80%	174	1,00	95%	923			
	08 - Dosagem de triglicerídeos		0,50	80%	904	1,00	80%	174	1,00	95%	923			
	09 - Dosagem de creatinina		1,00	80%	1.808	1,00	70%	152	1,00	95%	923			
	10 - Dosagem de ácido úrico		1,00	80%	1.808	1,00	100%	218	1,00	95%	923			
	11 - Anal. de caract. físicos, elementos e sed. da urina		1,00	80%	1.808	1,00	70%	152	1,00	80%	777			
	12 - Dosagem de microalbumina na urina		1,00	2,5%	56	1,00	2,5%	5	1,00	2%	19			
	13 - Dosagem de potássio		1,00	80%	1.808	1,00	70%	152	1,00	95%	923			
	14 - Mapeamento de retina		1,00	16%	361	1,00	12%	26	1,00	15%	145			
15 - Cons. de prof. de NS na AB - Nutricionista	1,00	100%	2.260	2,00	100%	436	1,00	50%	486					
1 - Hipertensão -1 - Hipertensão Atendimento de 2º nível	00 - Consulta especializada para hipertensão	25% do atendimento em UBS	565	1,00	50%	282	55	1,00	50%	27	243	1,00	60%	145
	01 - Cons. de prof. de NS na at. espec. - Enfermeiro		1,00	50%	282	1,00	50%	27	1,00	50%	121			
	02 - Clearance de creatinina		1,00	25%	141	1,00	18%	9	1,00	25%	60			
	03 - Dosagem de proteínas (urina de 24 horas)		1,00	25%	141	1,00	18%	9	1,00	10%	24			
	04 - Ecocardiografia transtorácica		1,00	50%	282	1,00	45%	24	1,00	20%	48			
	05 - Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH)		1,00	80%	452	1,00	100%	55	1,00	50%	121			
	06 - Monitorização ambulatorial da pressão arterial		1,00	1%	5	1,00	100%	55	1,00	10%	24			
	07 - 017 - Radiografia de tórax (PA) - MAC		1,00	80%	452	1,00	100%	55	1,00	70%	170			
	08 - Ativ. educativa/orientação em grupo na at. espec.		1,00	80%	***23	1,00	100%	*6	1,00	90%	****7			
	09 - Teste de esforço/teste ergométrico		1,00	25%	141	1,00	13%	7	1,00	25%	60			
	10 - Ass. domiciliar p/equipe multiprof. na at. espec.		1,00	50%	282	1,00	35%	19	1,00	10%	24			
	11 - Atend. urgência c/obs. até 24h em AE-2231-Méd.		1,00	85%	480	1,00	80%	44	1,00	80%	194			
12 - Cons. prof. de NS na at. espec.-Assistente Social	1,00	50%	282	1,00	50%	27	1,00	10%	24					

Obs.: * Grupo de 10; ** Grupo de 50; *** Grupo de 20; **** Grupo de 30. Em destaque parâmetros com alteração em relação ao Estado.

APÊNDICE L - Parâmetros de concentração e de cobertura pactuados na área de hipertensão, por ação, segundo a Região de Saúde, 2012-2015

Área de Atuação	Ação/Procedimento	DESCRIÇÃO	Região de Saúde Três Lagoas				Região de Saúde Corumbá			
			Paranaíba (Pop. Cob. 1.974)				Corumbá (Pop. Cob. 4.366)			
			Pop. Alvo	Conc.	Cob.	Total ação ano	Pop. Alvo	Conc.	Cob.	Total ação ano
1 - Hipertensão - 0 - Hipertensão Atendimento UBS	00 - Consulta médica em atenção básica	80% da população coberta	1.579	2,00	100%	3.158	3.493	1,00	100%	3.493
	01 - Cons. de prof. de NS na AB -Enfermeiro		2,00	100%	3.158	1,00	50%	1.746		
	02 - Ativ. educativa/orientação em grupo na AB		6,00	100%	*632	6,00	100%	**1.048		
	03 - Eletrocardiograma		0,50	50%	394	1,00	30%	1.047		
	04 - Dosagem de glicose		2,00	70%	2.210	3,00	100%	10.479		
	05 - Dosagem de colesterol total		1,00	100%	1.579	1,00	100%	3.493		
	06 - Dosagem de colesterol HDL		1,00	100%	1.579	1,00	100%	3.493		
	07 - Dosagem de colesterol LDL		1,00	100%	1.579	1,00	100%	3.493		
	08 - Dosagem de triglicerídeos		1,00	100%	1.579	1,00	100%	3.493		
	09 - Dosagem de creatinina		1,00	100%	1.579	1,00	100%	3.493		
	10 - Dosagem de ácido úrico		0,50	100%	789	1,00	50%	1.746		
	11 - Anal. de caract. físicos, elementos e sed. da urina		1,00	100%	1.579	1,00	100%	3.493		
	12 - Dosagem de microalbumina na urina		1,00	2,5%	39	1,00	1,5%	52		
	13 - Dosagem de potássio		1,00	100%	1.579	1,00	50%	1.746		
	14 - Mapeamento de retina		1,00	6%	94	1,00	8%	279		
15 - Cons. de prof. de NS na AB - Nutricionista	1,00	100%	1.579	1,00	35%	1.222				
1 - Hipertensão -1 - Hipertensão Atendimento de 2º nível	00 - Consulta especializada para hipertensão	25% do atendimento em UBS	395	1,00	50%	197	873	1,00	50%	436
	01 - Cons. de prof. de NS na at. espec. - Enfermeiro		1,00	50%	197	1,00	50%	436		
	02 - Clearance de creatinina		1,00	25%	98	1,00	5%	43		
	03 - Dosagem de proteínas (urina de 24 horas)		1,00	25%	98	1,00	10%	87		
	04 - Ecocardiografia transtorácica		1,00	50%	197	1,00	50%	436		
	05 - Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH)		1,00	100%	395	1,00	100%	873		
	06 - Monitorização ambulatorial da pressão arterial		1,00	1%	3	1,00	1%	8		
	07 - 017 - Radiografia de tórax (PA) - MAC		1,50	100%	592	1,00	50%	436		
	08 - Ativ. educativa/orientação em grupo na at. espec.		0,50	80%	*11	2,00	10%	175		
	09 - Teste de esforço/teste ergométrico		1,00	25%	98	1,00	20%	174		
	10 - Ass. domiciliar p/equipe multiprof. na at. espec.		1,00	50%	197	1,00	25%	218		
	11 - Atend. urgência c/obs. até 24h em AE-2231-Méd.		1,00	85%	335	1,00	85%	742		
12 - Cons. prof. de NS na at. espec.-Assistente Social	1,00	50%	197	1,00	50%	436				

Obs.: * Grupo de 15; ** Grupo de 20. Em destaque parâmetros com alteração em relação ao Estado.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa nº 1.613.750



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PACTUAÇÃO DE INDICADORES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PLANEJAMENTO EM SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Pesquisador: Lenice Carrilho de Oliveira Moreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56361616.1.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.613.750

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa tem por objeto estudar o processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) de Mato Grosso do Sul, que é um instrumento de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e de pactuação entre municípios, por meio do qual se definem e quantificam as ações de saúde a serem realizadas, buscando adequar a demanda à oferta de serviços de saúde. O referido instrumento está inserido no bojo da regionalização, diretriz preconizada na legislação básica do SUS para viabilizar a descentralização e garantir o acesso universal e a integralidade da atenção, princípios básicos da política de saúde. O presente trabalho buscará identificar os fatores que afetam o processo de pactuação, especificamente para a hipertensão e agravos, na área estratégica "saúde do adulto". Para isso serão utilizados dados secundários a partir de diversas fontes de informação como SISPPI, COAP, planos de saúde, relatórios de gestão, manuais, leis, decretos e portarias do Ministério da Saúde, entre outros.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Identificar os fatores que afetam o processo de pactuação para hipertensão arterial e agravos, na área estratégica Saúde do Adulto, nos municípios do estado de Mato Grosso do Sul-MS.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

Continuação (ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa nº 1.613.750)



Continuação do Parecer: 1.613.750

Secundários

- Analisar o processo de pactuação para hipertensão arterial e agravos decorrentes, na população adulta, nos municípios de MS;
- Comparar os parâmetros físicos sugeridos e os adotados na área estratégica "Saúde do Adulto – Hipertensão Arterial";
- Identificar as variáveis que são levadas em consideração, pelos municípios, no momento da pactuação de indicadores ligados à hipertensão arterial e agravos;
- Comparar os parâmetros físicos adotados com os produzidos, de modo a aferir o grau de efetividade das ações e serviços de saúde pactuados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Corre-se o risco de a falta de planejamento comprometer seriamente a gestão, acarretando em ações desnecessárias e que não atendam aos interesses dos usuários dos serviços de saúde, pois o planejamento tem papel vital no direcionamento de ações para que se alcancem os objetivos traçados.

Benefícios:

Partindo do pressuposto de que o conjunto de fatores que condicionam a saúde e a doença no contexto municipal deve estar refletido em parâmetros próprios para cada município, a análise do processo de Programação Pactuada e Integrada de Mato Grosso do Sul permitirá identificar a definição e a quantidade de ações e serviços de saúde que serão oferecidas à população de cada município, permitindo aferir o grau de cumprimento das metas pactuadas na PPI de 2014 e sua possível associação com algumas variáveis, como capacidade instalada, recursos financeiros, pessoal qualificado, infraestrutura, de forma a construir uma interpretação para a variação entre os municípios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresentado está bem delineado, caracterizando-se como projeto científico.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS			
Bairro: Caixa Postal 549	CEP: 79.070-110		
UF: MS	Município: CAMPO GRANDE		
Telefone: (67)3345-7187	Fax: (67)3345-7187	E-mail: bioetica@propp.ufms.br	

Continuação (ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa nº 1.613.750)



Continuação do Parecer: 1.613.750

Esta pesquisa tem por objeto estudar o processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI) de Mato Grosso do Sul, que é um instrumento de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e de pactuação entre municípios, por meio do qual se definem e quantificam as ações de saúde a serem realizadas, buscando adequar a demanda à oferta de serviços de saúde. O referido instrumento está inserido no bojo da regionalização, diretriz preconizada na legislação básica do SUS para viabilizar a descentralização e garantir o acesso universal e a integralidade da atenção, princípios básicos da política de saúde. O presente trabalho buscará identificar os fatores que afetam o processo de pactuação, especificamente para a hipertensão e agravos, na área estratégica “saúde do adulto”. Para isso serão utilizados dados secundários a partir de diversas fontes de informação como SISPPI, COAP, planos de saúde, relatórios de gestão, manuais, leis, decretos e portarias do Ministério da Saúde, entre outros.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O autores apresentaram os termos obrigatórios, recomendamos os itens abaixo.

Recomendações:

- Adequar o cronograma na plataforma Brasil para início da pesquisa somente após a aprovação pelo CEP/UFMS.
- No questionário para o participante retirar os dados de identificação (nome, cargo/função, telefone, email) substituindo por código, de modo a garantir o sigilo, a identidade e a privacidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a declarar

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	autorizacao_douradina.pdf	15/06/2016 11:46:30	EVELYN PINHO FERRO E SILVA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_664319.pdf	07/06/2016 14:18:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_2016.doc	07/06/2016 14:17:36	Lenice Carrilho de Oliveira Moreira	Aceito

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

Continuação (ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa nº 1.613.750)



Continuação do Parecer: 1.613.750

Investigador	Projeto_2016.doc	07/06/2016 14:17:36	Lenice Carrilho de Oliveira Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.doc	06/06/2016 16:25:09	Lenice Carrilho de Oliveira Moreira	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_209593.pdf	06/06/2016 16:23:55	Lenice Carrilho de Oliveira Moreira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_pesquisa.pdf	06/06/2016 16:22:50	Lenice Carrilho de Oliveira Moreira	Aceito
Outros	autorizacao_Miranda.pdf	23/05/2016 15:51:13	Lenice Carrilho de Oliveira Moreira	Aceito
Outros	Questionario_pesquisa.doc	23/05/2016 15:49:13	Lenice Carrilho de Oliveira Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	23/05/2016 15:48:33	Lenice Carrilho de Oliveira Moreira	Aceito
Outros	autorizacao_douradina.docx	23/05/2016 15:47:12	Lenice Carrilho de Oliveira Moreira	Aceito
Outros	autorizacao_Paranaiba.doc	23/05/2016 15:45:27	Lenice Carrilho de Oliveira Moreira	Aceito
Outros	autorizacao_Corumba.pdf	23/05/2016 15:43:48	Lenice Carrilho de Oliveira Moreira	Aceito
Outros	autorizacao_Itapora.pdf	23/05/2016 15:42:55	Lenice Carrilho de Oliveira Moreira	Aceito
Outros	autorizacao_Caracol.PDF	23/05/2016 15:41:24	Lenice Carrilho de Oliveira Moreira	Aceito
Outros	autorizacao_Campo_Grande.pdf	23/05/2016 15:40:05	Lenice Carrilho de Oliveira Moreira	Aceito
Outros	autorizacao_Amambai.PDF	23/05/2016 15:38:31	Lenice Carrilho de Oliveira Moreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_2015.doc	22/02/2016 16:35:00	Lenice Carrilho de Oliveira Moreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

Continuação (ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa nº 1.613.750)

Continuação do Parecer: 1.613.750

CAMPO GRANDE, 29 de Junho de 2016

Assinado por:
PAULO ROBERTO HAIDAMUS DE OLIVEIRA BASTOS
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

ANEXO B – Autorização de participação na pesquisa - Paranaíba**Prefeitura Municipal de Paranaíba**
Secretaria Municipal de Saúde*Estado de Mato Grosso Do Sul***Rua Jose Rodrigues Ferraz, nº 834 - Fone: (67)3669-0080 - CEP 79.500-000****Ofício nº 111/2016**

Paranaíba – MS, 22 de Março 2.016

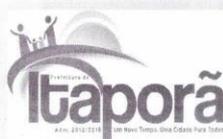
Conforme e-mail recebido, venho através deste Autorizar a realização de sua Pesquisa na Secretaria de Saúde do município, informo ainda que o Sr. Izaias Martins Severino estará à disposição para recebê-lo.

Atenciosamente



Ana Paula de Souza Araújo
Secretaria Municipal de Paranaíba

Ilmo Sra.
Lenice C. O. Moreira
Doutorando UFMS

ANEXO C – Autorização de participação na pesquisa - Itaporã

ESTADO DO MATOGROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPORÃ GESAUP
Gerência Municipal de Saúde Pública de Itaporã

ADM: 2013 /2016 "UM NOVO TEMPO, UMA CIDADE PARA TODOS".

OFÍCIO/GESAUP N.º066 /2016

Itaporã - MS, 03 de maio de 2016.

• **Ilustríssima Senhora**
• **Lenice C. O. Moreira**
Campo Grande – MS.

Considerando sua solicitação informamos que autorizamos a participação da Gerência Municipal da Saúde Pública de Itaporã/MS, no Projeto de Pesquisa intitulado **Pactuação de Indicadores da Hipertensão Arterial no Planejamento em Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul**, concordando em participar da entrevista a ser realizada por Vossa Senhoria, tendo por objetivo obter dados relativos à Programação Pactuada e Integrada (PPI) deste Município.

Atenciosamente,

Moisés Pires de Oliveira
Gerente Municipal de Saúde Pública

ANEXO D – Autorização de participação na pesquisa - Caracol

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARACOL
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
Secretaria Municipal de Saúde



OFÍCIO Nº 035/2016/SMS.

Caracol – MS, 23 de março de 2016.

Ilma. Senhora
Lenice C. O. Moreira

Prezada Senhora,

Considerando sua solicitação informamos que autorizamos a participação da Gerência Municipal de Saúde de Caracol no Projeto de Pesquisa intitulado **Pactuação de Indicadores da Hipertensão Arterial no Planejamento em Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul**, concordando em participar da entrevista a ser realizada por Vossa Senhoria tendo por objetivo obter dados relativos à Programação Pactuada e Integrada (PPI) deste Município.

Sem mais para o momento, e a disposição para dirimir quaisquer duvidas, extendo meus votos de apreço e consideração.

Rosinéia Gomes de Assis
Secretária Municipal de Saúde de Caracol -MS

ANEXO E – Autorização de participação na pesquisa - Corumbá**ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE CORUMBÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Rua Gabriel Vandoni de Barros, s/n – B. Dom Bosco
Caixa Postal 30 – CEP 79.201-970
Tel: (67) 3214-1536 - Fax: (67) 3214-3512

Corumbá, 04 de abril de 2016.

Srª Lenice Carrilho de Oliveira Moreira
Fone (67) 9904-3462
e-mail: lenice.moreira@ufms.br

Senhora Doutoranda,

Em resposta a solicitação para inclusão da Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá no projeto de pesquisa com o tema **Pactuação de Indicadores da Hipertensão Arterial no Planejamento em Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul**, informo que estou de acordo e a disposição para colaborar no possível para o desenvolvimento da pesquisa.

Dinaci Marques Vieira Ranzi
Secretária Municipal de Saúde
SMS/PMC
Portaria 'P' nº 003/2013

ANEXO F – Autorização de participação na pesquisa – Miranda

PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRANDA
Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento
Rua: Dr. Alexandre A. M. Ferreira, 94 – CEP: 79.380-000
Fones: (67) 3242-1021

OFÍCIO N.º 091/PMM /SMSS.

Miranda, 08 de Abril de 2016.

Venho por meio desta, autorizar a doutoranda Lenice Carrilho de O. Moreira a aplicar nessa Secretaria de Saúde seu projeto de pesquisa.

Sem mais para o momento nos colocamos á disposição para quaisquer informações.

Atenciosamente

Isabel Maria Mendes Pimenta
Secretaria de Saúde e Saneamento

ANEXO G – Autorização de participação na pesquisa - Amambai**ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMAMBAI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

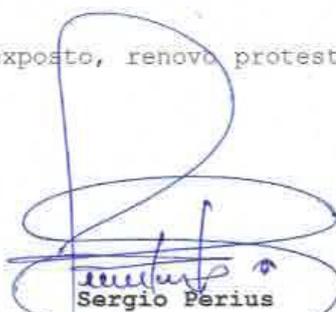
OFÍCIO Nº 240/2016

Amambai, 17 de Maio de 2016.

SENHORA LENICE!

Cumprimentando-a cordialmente, atendendo ao pedido a Vossa Senhoria por meio telefônico e por e-mail, expressamos o nosso parecer favorável em colaborar com a pesquisa para doutoramento de Vossa Senhoria.

Limitado ao exposto, renovo protestos de estima e distinta consideração.



Sergio Perius

Secretário de Saúde

Sergio Perius
Secretário de Saúde
Mat. 2324-4
Decreto 252/2014

ILUSTRÍSSIMA SENHORA

LENICE CARRILHO DE OLIVEIRA MOREIRA

Doutoranda UFMS

CAMPO GRANDE - MS

ANEXO H – Autorização de participação na pesquisa – Campo Grande

Secretaria Municipal de Saúde Pública
Diretoria de Planejamento e Gestão em Saúde

Autorização Para Submeter ao Comitê de Ética

Prezado Senhor,

Informamos que a pesquisadora **LENICE CARRILHO DE OLIVEIRA MOREIRA** está autorizada a realizar a pesquisa intitulada **“PACTUAÇÃO DE INDICADORES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PLANEJAMENTO EM SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL”**.

A pesquisadora assinou o Termo de Responsabilidade com a SESAU e o Termo de Parceria para a Pesquisa na Área da Saúde, e está acordado que iniciará a pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética, conforme Resolução 466/12, entrega e ciência desta Secretaria da aprovação, comprometendo-se em disponibilizar uma cópia do trabalho quando concluído.

Campo Grande, 15 de maio de 2016.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Regina L. Portioli Furlanetti'.

Regina L. Portioli Furlanetti

Coordenadoria de Convênios de Cooperação Mútua

ANEXO I – Autorização de participação na pesquisa - Douradina**PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADINA
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE SAÚDE**

Rua Domingos da Silva, 35 Tel. 067-3412-1140 Fax 067 3412-1123
Site – www.douradina.ms.gov.br e-mail – saudoura@hotmail.com



OF. 197/2016/SMS/DDNA/MS

Douradina, 08 de junho de 2016.

Ilm^ª. Sr^ª.
Lenice Carrilho de Oliveira Moreira

Prezada Senhora,

Autorizamos Vossa Senhoria a realizar o Projeto de Pesquisa por meio de uma entrevista que tem como tema: Pactuação de indicadores da Hipertensão Arterial no Planejamento em Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, nesta Unidade Básica de Saúde do município de Douradina/MS.

Sem mais para o momento, nos colocamos a disposição para quaisquer informação.

Atenciosamente.

Elza Castro Andrade Rodrigues
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO J – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa nº 209.593

UFMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação dos parâmetros para a assistência de saúde em Mato Grosso do Sul: estudo de caso da hipertensão arterial.

Pesquisador: Ana Rita Barbieri

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11409512.7.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 209.593

Data da Relatoria: 01/03/2013

Apresentação do Projeto:

A regulação da atenção à saúde e o acesso à assistência em Mato Grosso do Sul é o principal foco desta pesquisa avaliativa. Esta pesquisa irá analisar o comportamento dos parâmetros e metas pactuadas em todos os níveis de complexidade para hipertensão arterial e agravos em geral e em particular para a população acima de 60 anos. O grupo de pesquisadores acredita que o método (reunião anual entre gestores municipais com condução da gestão estadual) e os parâmetros e variáveis (indicadores demográficos, indicadores de morbidade selecionados pelo Ministério da Saúde, oferta de serviços, séries históricas) adotados hoje para negociação do acesso aos serviços de atenção especializada (consultas, exames e internações), não são suficientes para atender de modo equânime as necessidades de saúde da população.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o acesso e a utilização dos serviços na cadeia de eventos da doença renal crônica e da insuficiência renal crônica no SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há riscos para pesquisadores e população envolvida.

Benefícios: Obter conhecimento sobre as particularidades do perfil da demanda para consultas especializadas e exames complementares em RIS da hipertensão arterial em Mato Grosso do Sul,

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: ((67) 33)45-7-187 **Fax:** ((67) 33)45-7-187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

Continuação (ANEXO J – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa nº 209.593)

UFMS



orientadas pelas ESF e avaliação do grau de adequação dos parâmetros preconizados pelo SUS e dos pactuados pelos municípios às necessidades de saúde da população, em especial à população idosa que apresenta expectativa de crescimento demográfico. Fornecer subsídios para a proposição de novas metodologias para definição dos parâmetros da programação nos diferentes níveis de complexidade ambulatoriais, diagnósticas e hospitalares é o principal resultado esperado com o desenvolvimento desta pesquisa a partir da discussão das necessidades/demandas da atenção básica e da organização e estrutura dos serviços. A partir do estudo dos parâmetros das doenças hipertensivas e agravos associados será possível discutir novas metodologias

contribuindo para estudos avaliativos e planejamento da gestão integrada promovendo revisão dos parâmetros assistenciais preconizados pelo Ministério da Saúde e divulgados na Portaria 1.101 de 2002. Também será possível adotar sistemas de negociação que consideram as necessidades reais de saúde da população e assegurar a equidade do acesso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem a condição de levantar dados importantes no estado atual da assistência em saúde dos pacientes com distúrbios de pressão arterial em Mato Grosso do Sul. Os pesquisadores pretendem, ao final do levantamento dos dados, sugerir mudanças na forma de atendimento, visando melhorias neste tipo de atenção à saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores apresentam os documentos obrigatórios para a realização do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Pesquisador atendeu as solicitações feitas pelo Comitê de Ética, desta forma o projeto encontra-se adequado, conforme a Resolução 196/96/MS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: ((67) 33)45-7-187 **Fax:** ((67) 33)45-7-187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

Continuação (ANEXO J – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa nº 209.593)

UFMS



CAMPO GRANDE, 01 de Março de 2013

Assinador por:
Edilson dos Reis
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: ((67) 33)45-7-187 **Fax:** ((67) 33)45-7-187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br