



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ALDROVANDO NERY DE AGUIAR**

**PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DAS AÇÕES E  
SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS-CEARÁ, PERÍODO  
DE 2007 A 2009: ALOCAÇÃO DE RECURSOS, CAPACIDADE DE  
OFERTA E INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO**

**FORTALEZA**

**2011**

**ALDROVANDO NERY DE AGUIAR**

**PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DAS AÇÕES E  
SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS-CEARÁ, PERÍODO  
DE 2007 A 2009: ALOCAÇÃO DE RECURSOS, CAPACIDADE DE  
OFERTA E INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO**

Dissertação apresentada a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Vaudelice Mota

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jaqueline Caracas  
Barbosa

**FORTALEZA**

**2011**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

- 
- A227p Aguiar, Aldrovando Nery de.  
Programação pactuada e integrada das ações e serviços no sistema único de saúde/SUS-Ceará período de 2007 a 2009: alocação de recursos, capacidade de oferta e integralidade da atenção/ Aldrovando Nery de Aguiar. – 2011.  
213f. : il.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2011.  
Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Vaudelice Mota.  
Coorientação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jaqueline Caracas Barbosa

1. Planejamento em Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Assistência Integral à Saúde. 4. Acesso aos Serviços de Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.

---

CDD 362.1

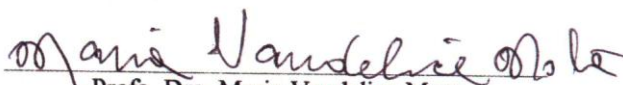
**ALDROVANDO NERY DE AGUIAR**


**PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DAS AÇÕES E  
SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS-CEARÁ PERÍODO  
DE 2007 A 2009: ALOCAÇÃO DE RECURSOS, CAPACIDADE DE  
OFERTA E INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO**


Dissertação apresentada a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.


Aprovada em: **19 de maio de 2011**

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª. Dra. Maria Vaudelice Mota  
(Orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª. Dra. Jaqueline Caracas Barbosa  
(UFC)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Eurivaldo Sampaio de Almeida  
(MSP)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Ricardo Jose Soares Pontes  
(UFC)

*A Naja Ximenes, minha dedicada  
esposa; aos meus filhos Alexandre, Roberta e  
Aldrovando Junior, pelo apoio e sacrifícios  
vivenciados na realização desta pesquisa.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria Vaudelice Mota, minha orientadora que muito me ajudou, inclusive na escolha do tema do trabalho de pesquisa, sempre compreensiva, disponível e estimuladora no sentido de que atividade de pesquisa fosse prazerosa.

Aos professores do Curso de Mestrado, pelas excelentes atividades desenvolvidas em prol da minha formação acadêmica. Em especial, a Professora Doutora Jaqueline Caracas Barbosa.

Aos meus colegas da SESA, que muito contribuíram para execução deste trabalho, em especial, ao Glauber Estevão Carneiro, Fernando Antonio de Freitas Queiroz, Clélia Maria Nolasco Lopes e Lilian Alves Amorim Beltrão.

## RESUMO

A Programação Pactuada Integrada/PPI foi introduzida no Sistema Único de Saúde, em 1996, como instrumento de planejamento da alocação de recursos mediante relações intergovernamentais, no sentido da operacionalização do princípio da integralidade da atenção. Para analisar a implantação e implementação da PPI no Ceará, entre 2007 e 2009, partindo-se de considerar as necessidades do cidadão, realizou-se um estudo quanti-qualitativo, com análise de coerência desta na garantia do acesso e da integralidade das ações de saúde. No eixo qualitativo, foi assumido o referencial teórico do discurso do sujeito coletivo, de Lefèvre & Lefèvre, para abordar as percepções dos profissionais das equipes da gestão regional na condução dos processos de pactuação dos recursos financeiros destinados às ações e serviços de saúde. No eixo quantitativo, foi abordada a relação entre a capacidade instalada das unidades de saúde, as programações físico-orçamentárias e as produções de serviços. A coleta de dados foi realizada com entrevistas, mediante aplicação de questionário semiestruturado e auto aplicado, além da análise de dados secundários e de documentos. Os resultados evidenciaram a produção de uma programação virtual e incoerente com a capacidade instalada e produção de serviços; assim comprometendo, desde a alocação dos recursos, o acesso aos serviços e da integralidade das ações assistenciais. A análise do discurso do sujeito coletivo reforçou os achados. Ante os limites identificados e as possibilidades de pactuação intergestores contribuir no processo de programação, discutiu-se a perspectiva de ajustes desta ferramenta da gestão, com vistas ao atendimento das necessidades de saúde da população.

**Palavras-chave:** Planejamento em Saúde. Gestão em Saúde. Integralidade da Atenção à Saúde. Acesso aos serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

The pactuation integrated programming was introduced in Ceara's health care system since 1996, as a tool of planning resource allocation/PPI supported by intergovernmental relations, towards the operationalization of the principle of comprehensive care. To analyze the establishment and implementation of the PPI in Ceará between 2007 and 2009, starting to consider the needs of citizens, it was conducted a quantitative and qualitative study, with coherence analysis in ensuring access to comprehensive care. In the qualitative axis it was assumed the theoretical discourse of the collective subject of Lefèvre & Lefèvre, to address the perceptions of the management teams at the regional level in conducting agreements negotiation of financial resources, intended actions and health services. The shaft was quantitatively addressed the relationship between the capacity of health facilities, physical and budgetary schedules and production services. Data collection was carried out with interviews, applying semi-structured self applied questionnaire, as well as analysis of secondary data and documents. The results showed the production of a virtual and inconsistent programming with the installed capacity and services production just committed, since the allocation of resources, access to services and integrated care assistance. The analysis of the collective subject discourse reinforced the findings. Faced with the limitations identified and the possibilities for the managers negotiation contributed to the process of programming it was discussed the prospect of setting this management tool, with a view to meeting the population health needs.

**Key words:** Health Planning. Health Management. Comprehensive Health Care. Health Care Access. Single Health System.



## LISTA DE FIGURAS

1	Macrorregiões de Saúde	41
2	Microrregiões de Saúde	42
3	Métodos e Técnicas Quali-quantitativas usadas na análise do objetivo específico	44
4	Métodos e Técnicas Quali-quantitativas usadas na análise do objetivo específico 2	45
5	Análise dos Relatórios das Auditorias do NUAUD/SESA	50

## LISTA DE TABELAS

1	Distribuição de Auditorias quanto a conformidade do CNES, em relação à capacidade instalada, verificada <i>in loco</i> , em amostra selecionada no total de auditorias do componente estadual do SNA. Ceará 2007 – 2009	51
2	Análise da coerência entre capacidade instalada registrada no CNES com a programação orçamentária e produção de consultas de observação, apresentada e aprovada no SIASUS em 2009	53
3	Análise do desempenho financeiro dos municípios em 2007, conforme recursos recebidos e procedimentos realizados e distribuídos por intervalo percentual de desempenho	54
4	Análise do desempenho financeiro dos municípios em 2009, conforme recursos recebidos e procedimentos realizados distribuídos por intervalo percentual de desempenho	55
5	Distribuição dos hospitais de pequeno porte, segundo intervalo percentual da Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH, período 2007 e 2009	56
6	Distribuição dos hospitais-polo, segundo intervalo percentual da Taxa de Ocupação Hospitalar, período 2007 e 2009	57
7	Distribuição dos hospitais intermediários locais, segundo intervalo da Taxa de Ocupação Hospitalar, período 2007 e 2009	58
8	Distribuição dos Hospitais de Ensino, segundo intervalo da taxa de ocupação hospitalar, período 2007 e 2009	59
9	Análise dos Componentes Municipais do Sistema Nacional de Auditoria – SNA.	60
10	Análise dos componentes do SNA, nos 73 municípios que declaram a sua implantação	61

## LISTA DE QUADROS

1	Cálculo do desempenho para um município hipotético X	49
2	Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para Questão 01 dos Grupos A e B.	63
3	Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para Questão 01 dos Grupos C, D e E.	64
4	Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 02 dos Grupos A e B	67
5	Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para Questão 02 dos Grupos C, D e E	68
6	Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 03 dos Grupos A, B	71
7	Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 03 dos Grupos C, D	71
8	Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para Questão 03 dos Grupos E, F	72
9	Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 04 dos Grupos A, B e C	75
10	Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 05 dos Grupos A, B	77
11	Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 05 dos Grupos C, D, E	78
12	Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 06 dos Grupos A, B e C	80
13	Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 07 dos Grupos A, B	82
14	Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 07 dos Grupos C, D	83

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	- Autorização de Internação Hospitalar
AIS	- Ações Integradas de Saúde
CAP	- Caixas de Aposentadorias e Pensões
CENDES	- Centro de Estudios del Desarrollo/Venezuela
CESAU	- Conselho Estadual de Saúde
CIB	- Comissões Intergestores Bipartite
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONEP	- Comissão Nacional de Ética e Pesquisa
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CIT	- Comissão Intergestores Tripartite
CRES	- Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DDGA	- Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência
DSC	- Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	- Expressões-Chave
IC	- Ideias Centrais
IAD	- Instrumento de Análise de Discurso
IAP	- Institutos de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
LOA	- Lei Orçamentária Anual
NOB	- Normas Operacionais Básicas
NOAS 01/02	- Norma Operacional de Assistência a Saúde
NUAUD	- Núcleo de Auditoria e Gestão

OPAS	- Organização Panamericana de Saúde
PAS	- Programação Anual de Saúde
PDI	- Plano Diretor de Investimentos
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PES	- Planejamento Estratégico Situacional
PMS	- Plano Municipal de Saúde
POI	- Programação e Orçamentação Integradas
PPI	- Programação Pactuada e Integrada
PROS	- Programação e Orçamentação em Saúde
SESA	- Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SIA	- Sistemas de Informações Ambulatoriais
SIH	- Sistemas de Informações Hospitalares
SISPPPI	- Sistema de Informação em Saúde da Programação Pactuada e Integrada
SNA	- Sistema Nacional de Auditoria
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCA	- Unidade de Cobertura Ambulatorial

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>1.1</b>	<b>Criação do Sistema Único de Saúde – SUS</b>	<b>15</b>
<b>1.2</b>	<b>Planejamento em Saúde com foco na Programação Pactuada Integrada – PPI</b>	<b>17</b>
<b>1.3</b>	<b>Normatização</b>	<b>22</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>36</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>36</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>36</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>37</b>
<b>3.1</b>	<b>Local do estudo</b>	<b>38</b>
3.1.1	Situação de saúde-doença	39
3.1.2	Sistema de serviços de saúde	40
<b>3.2</b>	<b>Coerência entre a capacidade instalada das unidades, a programação físico-orçamentaria e a produção de serviços</b>	<b>47</b>
<b>3.3</b>	<b>Alocação de recursos financeiros no Estado do Ceará ante à PPI, considerando o acesso aos serviços de saúde e a integralidade das ações de saúde</b>	<b>48</b>
<b>4</b>	<b>ANÁLISES E RESULTADOS</b>	<b>50</b>
<b>4.1</b>	<b>A PPI no Cenário do Estado do Ceará</b>	<b>50</b>
<b>4.2</b>	<b>O SNA municipal na gestão da saúde</b>	<b>60</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO E RESULTADOS</b>	<b>85</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>92</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>95</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>100</b>
	<b>APÊNDICE A – Questionário</b>	<b>101</b>

<b>APÊNDICE B – Questionário autoaplicado</b>	103
<b>APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido</b>	107
<b>APÊNDICE D – Transcrição das questões e falas</b>	109
<b>APÊNDICE E – Instrumentos utilizados na construção do DSC</b>	124
<b>ANEXOS</b>	184
<b>ANEXO A – Relatório de auditoria na gestão municipal</b>	185
<b>ANEXO B – Portarias de homologação de PPI</b>	188

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Criação do Sistema Único de Saúde - SUS

O Sistema Único de Saúde/SUS, instituído no Brasil, desde a Constituição de 1988, tem raízes no movimento social pela Reforma Sanitária, cujas expressões podem ser localizadas, ainda na década anterior, com a vinculação da saúde à cidadania (BRASIL, 2006; PAIM, 2008). Assim, como processo em curso, se mantém há mais de três décadas, sendo marcado pela luta para garantir a todos o direito à saúde, entendido como “mais que um sistema de saúde [...] parte do pacto social [...] que visa à construção de uma sociedade democrática e solidária” (PAIM, 2009).

O SUS destaca-se no panorama internacional, senão dentre os países que destinam as maiores parcelas de recursos públicos para o financiamento das ações e serviços, mas dentre aqueles que adotaram sistemas universais, isto é, destinados para toda a população (PAIM, 2009). De fato, com o SUS, os então considerados indigentes sanitários, pois formalmente excluídos do sistema público, passaram a utilizá-lo. Além desse, outros avanços são evidenciados. É o caso da descentralização orientada para a democratização do Estado e de instituição do federalismo, expressando-se na participação local e na gestão municipal sendo pactuada com os níveis estadual e federal, também vinculada ao propósito de mudar o modelo de atenção à saúde (LOPES, 2007). O processo de descentralização no Estado do Ceará foi estudado por Mota (2007), podendo ser situado entre os que se sobressaíram com avanços no contexto nacional.

Ademais, outros avanços passaram a ser demarcados com o SUS: a instituição de mecanismos de controle social com os conselhos e as conferências de saúde; o fortalecimento da atenção primária com maiores recursos, mediante os incentivos do programa Saúde da Família; a melhoria dos principais indicadores de saúde; os resultados dos programas de saúde pública, como os de controle da DST/AIDS e de doenças passíveis de imunização, além da Reforma Psiquiátrica.

Dado que supõe o direito à saúde para todos, a universalidade inclui o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência, assim se vinculando ao princípio da integralidade, entendido como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços os



preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

No Brasil, a integralidade fez parte das propostas de reforma, desde o início da década de 1980, e de programas abrangentes para grupos específicos (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC), sendo finalmente assumida como diretriz para a organização do SUS (CONILL, 2004).

Como diretriz política, ideal ou objetiva, a integralidade torna-se um atributo relevante a ser levado em conta na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, favorecendo processos de trabalho com ações mais integrais e recebendo a influência dos fatores contextuais. A integralidade relaciona-se, de forma direta, com a área da organização e da gestão dos serviços. Aqui se destaca sua relevância no contexto da política de cuidados primários de saúde inserida no modelo de atenção adotado no SUS (CONILL, 2004).

Ao realizar uma avaliação dos 12 anos do Sistema Único de Saúde, em 2003, o Conselho Nacional de Saúde/CNS apresentou os avanços conquistados, reafirmando a “orientação do modelo de atenção à saúde na direção da Equidade, Universalidade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação Social” (BRASIL, 2003:20). A integralidade, no entanto, não constou daqueles avanços, parecendo estar privilegiada dentre os desafios em garantir a resolução de 85% dos problemas, com base nos serviços de atenção básica, sendo os demais referenciados para os serviços de média e alta complexidade, regionalizados, e com mecanismos eficazes de referência e contra referência (LOPES, 2007).

Ao destacar a igualdade como princípio do SUS - “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990), Paim (2009) defendeu sua transcendência em relação à equidade, pois implicado em acesso igualitário às ações e serviços. Para tanto, o autor afirmou que o SUS:

[...] poderia atender as pessoas e as coletividades de acordo com suas necessidades, mediante a diretriz de utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (PAIM, 2009, p. 59).

## **1.2 Planejamento em Saúde com foco na Programação Pactuada Integrada - PPI**

Com relação a isto e expressa como pertinente a pergunta: como se operacionaliza a programação de tal atendimento no SUS?

A programação em saúde pode ser tratada como perspectiva de o planejamento se completar na ação, portanto, fazendo parte do processo de planejamento, com o pressuposto teórico de que o planejamento é uma prática social sujeita a determinações histórico-concretas (PAIM, 1999; PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Schraiber (1993) organizou uma produção sobre a programação em saúde, com suporte na experiência de professores<sup>1</sup>, em estudos sobre a organização dos serviços de saúde, nos quais se observou a influência de duas vertentes do pensamento nas ações programáticas: a Medicina Comunitária e o Planejamento em Saúde. Da Medicina Comunitária, como modelo alternativo de serviços de saúde, embasado nas proposições da Medicina Integral, de recomposição do ato médico no sentido da visão integral do paciente, e da Medicina Preventiva de pautar a prática médica no referencial da História Natural das Doenças, com a utilização dos seguintes elementos estruturais: a integração das atividades de promoção, prevenção e cura no mesmo serviço de saúde; a regionalização com hierarquização das atividades de saúde; a prática multiprofissional, a extensão e a simplificação dos serviços direcionados às populações carentes. Do Planejamento, como metodologia de governo, apoiada na ideia da articulação do desenvolvimento econômico ao social, com o uso racional dos recursos disponíveis, a utilização das concepções do método do Centro de Estudos del Desarrollo-CENDES, e Organização Pan-Americana-OPS.

O CENDES/OPS propôs uma metodologia de gerenciamento da escassez de recursos, de modo a desenvolver ações com maior eficiência. Em suma, ante a impossibilidade, nos países subdesenvolvidos, de atender simultaneamente ao conjunto de necessidades de saúde, este método estabeleceu uma série de critérios para orientar a intervenção sobre um problema e não sobre outro, no sentido da otimização dos recursos.

---

<sup>1</sup> Do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP, no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, em São Paulo.

Estabeleceram-se, pois, critérios objetivos que orientavam e legitimavam a eleição de prioridades, com base em padrões econômicos e técnicos.

O enfoque estratégico de planejamento em saúde pode ser entendido como formulações que rompem com a normatividade de um "deve ser" que se impõe sobre a realidade. Nestas, foram propostos processos de planejamento que objetivam alcançar o máximo de liberdade de ação, a cada ação realizada. Para tanto, considerou-se o problema do poder, admitindo-se o conflito entre forças sociais com diferentes interesses e com uma visão particular sobre a situação-problema na qual se planeja, fazendo parte do processo de planejamento a análise e a conquista da viabilidade política.

Mendes-Gonçalves *et al.* (1993) apresentaram teses sobre a ação programática em saúde. Segundo os autores, a ação programática contribui potencialmente para solucionar a contradição relatava à clínica, pois seria capaz de articular a assistência médica individual, voltada à doença e pautada na demanda espontânea, com a capacidade de previsão das técnicas epidemiológicas e de saúde pública, no sentido do controle de doenças e da melhoria do estado presente e futuro de saúde da população. Defenderam a racionalização positiva como inerente à ação programática, em contraposição à negativa, quando os meios se sobrepõem aos fins (burocratização).

Mendes-Gonçalves *et al.* (1993) afirmaram, ainda, que a ação programática em saúde, em certa medida, está implicada na racionalização econômica de meios com vistas a certos fins, que só se mantêm como forma consistente de organização do trabalho quando aqueles fins, com sua variabilidade e conexões políticas, permanecem claramente identificados determinando os meios. No caso contrário, esses últimos passam por si mesmos a gerir o trabalho e, como a ação programática envolve sempre processos políticos de priorização de objetivos, deve ser politizada, dado que a forma de priorizar traduz uma opção por valores e projetos que nunca são neutros.

Ao abordar as tendências do planejamento em saúde no Brasil, Merhy (1995) apontou, na ação programática, uma aproximação com o caráter prescritivo, “à medida que os sujeitos efetivos das políticas, nessa situação, seriam os saberes estruturados” (MERHY, 1995, p.141). Paim (2002) destacou o mérito da proposta em levar o planejamento para a intimidade das práticas de saúde incidindo sobre o seu núcleo central: o processo de trabalho e

as relações sociais que o constituem. Teixeira (2001) enfatizou esta contribuição como fundamental para a teorização sobre os modelos de atenção em saúde, particularmente influenciando a formulação do modelo de vigilância da saúde.

Teixeira (2001) apresentou uma proposta metodológica geral de planejamento e programação local da vigilância da saúde. Fundamentou-se “na busca de uma tecnologia de planejamento e programação que contribua para a construção de um modelo de atenção integral à saúde”. A proposta se voltou à produção do plano municipal de saúde, com o suporte no planejamento situacional de Carlos Matus, para subsidiar a gestão no Sistema Único de Saúde/SUS no âmbito local. A programação operativa aí foi privilegiada como “um processo que implica na transformação dos objetivos em metas, na seleção de tecnologias que serão utilizadas no processo de execução das atividades e na programação de atividades propriamente dita, isto é, na organização, no tempo e no espaço das ações que serão realizadas”.

Ao tratar do planejamento e programação, cobrindo a participação dos profissionais envolvidos na implantação da Estratégia Saúde da Família, Vilabôas e Teixeira (2002) defenderam para a reorientação do conjunto de ações e serviços, em uma dada realidade, um processo que toma como ponto de partida a análise de situação de saúde da população e a definição do que se deve fazer para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados e priorizados.

Nos estudos citados anteriormente, a programação foi enfatizada no nível local dos serviços de saúde. Ainda nos anos 1980, contudo, se localizou sua abrangência ampliada ao sistema de saúde do País, com o planejamento sendo técnica e politicamente utilizado como estratégia voltada à unificação das instituições participantes dos convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS). Neste sentido, em resgate histórico da Reforma Sanitária (BRASIL, 2006), se destacou a Programação e Orçamentação Integradas (POI), cuja formulação se deu, a partir de 1984, no âmbito do INAMPS.

Com a POI, buscou-se que os convênios AIS tivessem uma expressão prática do consenso entre planejadores, ao se constituir instrumento único de planejamento integrado – do Ministério da Saúde, INAMPS, secretarias estaduais e municipais - de estratégias, de políticas e de recursos financeiros, assim contribuindo com as condições de possibilidades

para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde/SUDS antecedendo o Sistema Único de Saúde/SUS (BRASIL, 2006:79-80).

A programação no âmbito do sistema de saúde foi considerada em Sampaio (2003) ao estudar sua operacionalização na atenção básica. Aí foram apontados, na década de 1990, dois momentos diferenciados da institucionalização do planejamento em saúde, segundo as metodologias que os nortearam: o da Programação e Orçamentação em Saúde – PROS e o da Programação Pactuada e Integrada – PPI.

A Programação e Orçamentação em Saúde – PROS visou à compatibilização das programações municipais, no contexto estadual, segundo prioridades, objetivos, estratégias, metas, estimativas de gastos e composição do financiamento. Também se voltou a subsidiar a negociação dos projetos, programas e recursos entre as instâncias de condução e gerência do sistema de saúde e as diversas fontes de financiamento (BRASIL, 1991).

Ainda conforme Sampaio (2003), a PROS foi proposta como um processo ascendente, dos municípios aos estados e, desses, ao nível federal, tomando parte dos respectivos planos de saúde e com periodicidade anual. Assim, embasou o financiamento das ações pelo Ministério da Saúde, com o pagamento, por produção, dos serviços valorados em tabela nacional de procedimentos e efetuado com o suporte em sistemas de informação. Ademais, ao privilegiar a função de captação de recursos, em cenários de racionalização de gastos simultaneamente à transferência de responsabilidades aos municípios, a PROS foi reduzida à dimensão cartorial a ser cumprida nas negociações políticas.

O pagamento das ações de saúde mediante a produção de serviços remonta às políticas de saúde que, nos primeiros decênios do século XX, criaram as Caixas de Aposentadoria e Pensão - CAP e, posteriormente, os seus sucedâneos: os Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAPS. Estes adotaram o modelo de compra de serviços, em detrimento da prestação direta. Estas ações se intensificaram com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a assistência médica prestada pelo Estado, passando basicamente pela aquisição de serviços privados (MERHY, 1995).

Entre 1977 e 1993, o setor da saúde do Brasil esteve prioritariamente sob o comando do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/INAMPS. O

sistema continuava marcado por práticas institucionais do incremento de compra de serviços à iniciativa privada, com regulação centralizada no plano federal. Em estudo sobre o financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde, Santos *et al.* (2008) afirmaram que a maior parte da oferta de serviços hospitalares é privada, correspondendo a 62% dos estabelecimentos com internação e 68% dos leitos do País. Como estas unidades de saúde mantêm contratos com planos e seguros privados, é provável que leitos oficialmente reservados ao sistema público também sejam utilizados por beneficiários do setor privado.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde/SUS e em acréscimo ao já referido em relação à PROS, a questão da programação em saúde se inseriu, a partir de 1991, nas normas de operacionalização do sistema, sendo quatro as Normas Operacionais Básicas editadas na década - NOB 91; NOB 92; NOB 93 e NOB 96. Estas normas visaram sobremaneira à diretriz da descentralização político-administrativa do SUS e consolidaram-se como instrumentos de regulação deste processo, ao tempo em que reforçaram o poder da direção nacional do SUS, tratando principalmente dos aspectos de divisão de responsabilidades dos níveis de gestão e dos critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios, metodologia de gerenciamento da escassez de recursos, de modo a desenvolver ações com maior eficiência.

Em suma, o planejamento dos SUS conforme normatização se faz de maneira a escolher prioridades e ações visando à integralidade, mas, sob limitações de recursos financeiros, esta escolha ocorre, como se verá adiante, ao se falar do processo de formulação da PPI no Estado do Ceará, mais na lógica do Método CENDES/OPS, ante a impossibilidade de se atender simultaneamente ao conjunto de necessidades de saúde, pois, na elaboração da PPI no Estado do Ceará seleciona-se uma série de critérios para orientar a intervenção sobre um problema e não sobre outro, no sentido da otimização dos recursos. Estabeleceram-se, pois, critérios objetivos que orientavam e legitimavam a eleição de prioridades, com base em padrões econômicos e técnicos pactuados nas comissões intergestores.

### 1.3 Normatização

Para que ocorresse a transferência automática e direta de recursos de custeio do SUS para os municípios, fazia-se necessária a criação de mecanismos legais. Uma importante medida da NOB 91 foi a exigência de criação dos conselhos e fundos municipais de saúde. A norma exigia, também, a apresentação de plano municipal de saúde aprovado pelo Conselho, programação e orçamentação e a exibição do relatório da gestão local. Finalmente, exigia dos municípios contrapartida de recursos mínimos de 10% do orçamento e elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS).

“A NOB-91 foi editada por três vezes. A primeira, contestada pelos juristas por ter saído pelo INAMPS, foi reeditada de imediato após autorização do Ministério da Saúde e, depois de seis meses, revisada. Na sequência veio a NOB-92. Ambas no governo Collor, com o ministro Alcení e o presidente do INAMPS, Ricardo Akel” (CARVALHO, 2001, p. 436). Foi, portanto, a NOB editada sob a égide “inampsiana”.

A NOB-SUS 01/91 estabelece a transferência de recursos do orçamento do INAMPS aos estados e municípios para financiamento da atenção hospitalar e ambulatorial, via convênio e pagamento por produção; define critérios de acompanhamento, controle e avaliação das ações cobertas por esse financiamento e cria o Sistema de Informação Hospitalar – SIH; e cria a Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA. A NOB SUS 01/91 alterou o modelo anterior de transferência de recursos segundo a Programação e Orçamentação Integradas (POI). Nesta norma, a adoção de critérios de repasse dos recursos federais exclusivamente por instrumentos uniformizados de remuneração da produção de serviços – UCA, mediante convênios, além de ferir autonomia das instâncias gestoras, transformando estados e municípios em entidades prestadoras, descontinuou os processos então vigentes de pactuação interinstitucional de integração dos recursos públicos. Além disto, esta norma produziu impacto desfavorável para o modelo assistencial: na indução ao predomínio da assistência médica sem previsão de ações voltadas à saúde coletiva, desse modo postergando estratégias no sentido da integralidade da atenção; na desconsideração de necessidades de saúde; no estímulo à oferta e no predomínio da influência da capacidade previamente instalada na fixação dos tetos financeiros, assim favorecendo os estados e municípios em melhores condições econômicas (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A NOB-SUS 01/92 determina que os municípios respondam pelo controle e avaliação sobre os serviços assistenciais, cabendo aos estados controlar serviços

periodicamente e controlar o “controle municipal”; cria o Sistema de Informação Ambulatorial – SAI, todavia expressa contraditoriamente, como assim descrito, a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o Território Nacional, será efetuada e coordenada pelo MS e INAMPS em conjunto com os estados, Distrito Federal e municípios.

No governo Itamar Franco, foi editada a NOB 93 – Norma Operacional Básica 01 93, estabelecida pela Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, pelo então ministro da Saúde, Jamil Haddad. Esta Norma estabelece os parâmetros para garantia da descentralização do sistema de saúde e as responsabilidades e critérios de financiamento das ações de saúde no âmbito federal, estadual e municipal. Define as formas da gestão do sistema pelas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite. A primeira, de âmbito nacional, integra representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS, “tendo por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde” (BRASIL, 1993b, p. 6962). A Comissão Intergestores Bipartite – CIB, integrada paritariamente por dirigentes das secretarias estaduais de saúde e de representação dos secretários municipais de saúde, também deve “submeter-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Estadual de Saúde” (BRASIL, 1993b, p. 6962). A NOB 93 assinala, claramente, que a descentralização “deve ser entendida como um processo de redistribuição do poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas e controle social” (BRASIL, 1993b, p. 6962). Resta claro que o Sistema Único de Saúde é um novo modelo institucional de pactuação federativa, com um agente central que se torna o eixo de deliberação e de fiscalização – os conselhos de saúde. Os conselhos se consolidam em seu papel institucional de nova política de saúde, considerando a dinâmica de articulação entre os gestores das quatro esferas, os mecanismos de financiamento e o controle social, com uma normatização que garanta os poderes dos órgãos paritários. A NOB 93 define os tipos da gestão municipal da saúde como incipiente parcial e semiplena, exigindo a existência de um conselho municipal de saúde com a comprovação semestral de seu funcionamento, com as atas de suas reuniões. A existência de conselhos e seu funcionamento é o requisito, junto com os critérios de distribuição do financiamento, para que o município possa participar da alocação de verbas. Por este meio é que se pode verificar o poder dos conselhos de impor novas práticas que vão de encontro ao clientelismo, ao nepotismo e aos arranjos da troca de favores e apoios entre os governantes. É uma mudança radical que atinge as formas patrimonialistas de se gerir a coisa



pública. A NOB 93, como já assinalado, baseia-se no documento “Descentralização de ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993.

Na NOB SUS 01/93, destacaram-se o reforço à municipalização com as novas condições de gestão (semiplena, parcial e incipiente) e a transferência de recursos federais ("fundo a fundo" em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde - LOS nº 8.080, de 1990 - operacionalizada nos municípios em gestão semiplena em substituição os convênios), além da constituição das Comissões Intergestores Bipartite – CIB.

Com a NOB SUS 01/93, entretanto, o repasse automático dos recursos aos municípios se manteve condicionado ao valor da produção apresentada nos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e Hospitalares (SIH-SUS). Esta produção permaneceu como base para o cálculo dos recursos transferidos, sendo a fixação dos tetos financeiros e suas revisões periódicas baseadas nas séries históricas de gastos (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Ainda com a NOB SUS 01/93, os estados passaram a elaborar e supervisionar a programação físico-orçamentária dos serviços ambulatoriais, a gerenciar os sistemas de informação (SIA-SUS e SIH-SUS), incluindo a análise do faturamento ambulatorial e hospitalar apresentado ao Ministério para pagamento. Ao âmbito da CIB e, portanto como resultado de decisões por consenso intergestores, passou a ser deliberada a habilitação municipal, com a definição dos tetos financeiros globais dos municípios e, nos da gestão semiplena, o montante de recursos federais transferidos (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A NOB SUS 01/96 ampliou os mecanismos de transferência “fundo a fundo” e a autonomia do gasto para um grande número de municípios e estados habilitados com a criação do Piso da Atenção Básica/PAB, de incentivos financeiros e implantação da transferência direta dos recursos federais (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

Destacou-se, ainda, na NOB SUS 01/96 a proposição da Programação Pactuada e Integrada/PPI para orientar as transferências de recursos e atuar como elemento de condução das relações entre os municípios, criando assim uma orçamentação/alocação regional, onde os

recursos destinados ao pagamento das diversas ações de atenção à saúde referenciada entre municípios são transferidos, previamente, pelo município demandante, ao fundo de saúde do município-sede do prestador de serviços, incorporando-se ao teto financeiro assistencial do município prestador e servindo de base para alocação de recursos, sendo o pagamento final ao estabelecimento de saúde realizado pelo Poder Público do município sede do estabelecimento (BRASIL, 1996).

Em 2001, a Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOAS - 01/02 foi instituída pela portaria GM/MS nº 95, de 26 de Janeiro de 2001 e posteriormente revogada pela Portaria nº 373, de fevereiro de 2002. Nestas normas, destacam-se a forte racionalidade sistêmica, a continuidade das formas de financiamento e modelo de atenção da NOB/96, além de três grupos de estratégias articuladas: a regionalização e organização da assistência; o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a revisão de critérios de habilitação de estados e municípios. Para a regionalização e organização da assistência, a NOAS previu o Plano Diretor de Regionalização - PDR, a ampliação da atenção básica, a qualificação de microrregiões na assistência à saúde, a organização da Média Complexidade e uma política para a Alta Complexidade (BRASIL, 2001, p. 2002).

A NOAS-01/02 reafirmou a importância da Programação Pactuada e Integrada, com as secretarias estaduais de saúde – SES, na coordenação do processo, com estabelecimento de métodos para a execução da política estadual de saúde e parâmetros de programação, em sintonia com as metas nacionais. Além disso, pretendeu conferir transparência aos critérios utilizados na distribuição dos recursos, bem como na operacionalizando do Plano Diretor de Regionalização. Ainda se apresentou como instrumento de alocação de recursos focado na lógica do atendimento às reais necessidades da população e nunca para atender aos interesses dos prestadores de serviços, assim passando a defender um planejamento e uma programação para garantia da assistência, com regulação da oferta e demanda de serviços, mediante a organização de fluxos e do acesso às referências (BRASIL, 2001, 2002).

Em 2006, as normas do SUS foram atualizadas com o Pacto pela Saúde, criado pela Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. O Pacto, em relação às NOB e NOAS, buscou um avanço quanto ao reconhecimento do princípio federativo e da responsabilidade sanitária de cada ente, ao defender o respeito às diferenças regionais e a solidariedade

intergestores. Este pacto, na verdade, se constituiu em três: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto da Gestão. O Pacto pela Vida passou a destacar a eleição das prioridades no sistema de saúde. Já o Pacto em Defesa do SUS previu ações concretas e articuladas pelas quatro instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mediante um processo de permanente mobilização social (BRASIL, 2006a).

O Pacto da Gestão buscou uma definição clara da responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS, de modo a superar o processo de habilitação então vigente. Assim, as diretrizes contemplaram: a descentralização; regionalização; financiamento, regulação; participação e controle social; gestão do trabalho e educação na saúde. Também foi dado destaque, como tópicos específicos, ao planejamento, com a implantação do Sistema de Planejamento do SUS, e à Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI, como parte do processo de planejamento (BRASIL, 2006a).

O planejamento foi explicitado no Pacto da Gestão, desde a abordagem da regionalização, quando tomou como “principais instrumentos [...] o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimentos – PDI e a Programação Pactuada e Integrada – PPI (BRASIL, 2006a, p. 18). Além disto, o planejamento e a programação foram incluídos nas iniciativas de fortalecimento da gestão, bem como nas responsabilidades dos gestores nas quatro esferas de governo.

A Programação Pactuada Integrada - PPI se manteve no Pacto pela Saúde do qual se destacam:

[...] A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para 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.

As principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão;

Os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados nacional e estadualmente.

A programação é realizada prioritariamente, por áreas de atuação a partir das ações básicas de saúde para compor o rol de ações de maior complexidade;

A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;

A programação da assistência devida buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;

Os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação.

O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;

A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário; de oferta de serviços; na tabela de procedimentos; e no teto financeiro, dentre outras.

A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde.

A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado (BRASIL, 2006a).

Pelo exposto, a revisão das normas operacionais do SUS permitiu situar a PPI na qualidade de uma orçamentação/alocação, regional, onde os recursos destinados ao pagamento das diversas ações de atenção à saúde são alocados na lógica do atendimento às necessidades da população, visando a regular a oferta e a demanda de serviços, organizando fluxos e garantindo o acesso às referências.

O arcabouço normativo do SUS, além de inserir a programação no processo de planejamento, passou a considerar as prioridades definidas nos instrumentos básicos de planejamento do SUS, dentre os quais o Plano Municipal de Saúde - PMS e a Programação Anual de Saúde - PAS. Isto possibilitou tornar mais flexível o processo de programação. No caso de um município que demanda serviços a outro, ampliar a sua capacidade resolutiva poderia requerer, ao gestor estadual, a inclusão em sua programação da parte de recursos alocados no município vizinho, desse modo, conferindo à PPI um caráter dinâmico na negociação de referências intermunicipais, além de potencialmente contribuir com a integralidade da assistência, com a melhoria do acesso e regulação do sistema.

Ademais, sobre a PPI, Andrade (2001) afirmou ser

[...] 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, mediada pelo gestor estadual.

Na revisão da literatura sobre o assunto contudo, se verificou que a PPI, embora amplamente normatizada no SUS, como há pouco demonstrado, é pouco estudada quanto à sua aplicação nas diversas realidades locais, tendo em vista a garantia e regulação do acesso, além da integralidade da atenção à saúde.

Schrader (2002) relatou a experiência do Estado de Mato Grosso, abordando o processo de implantação, ainda sem fazer menção aos seus resultados, destacando-o como em fase de ampliação.

Oliveira (2004) afirmou que poucos estados, dentre eles, Minas Gerais, Paraná, Ceará e Pará, elaboraram suas PPI, nos anos de 1998 e 1999, ainda que de maneira assistemática e com base em diretrizes, parâmetros e instrumentos elaborados por parte cada UF, o que não permitiu comparabilidades entre os processos realizados, uma vez que, a rigor, o Ministério da Saúde até então não havia desenvolvido qualquer instrumento que subsidiasse estados e municípios na elaboração destes processos.

Gomes (2003) destacou o direcionamento do planejamento na expansão da assistência de média e alta complexidade, no âmbito regional, como responsabilidade dos quatro entes federativos, e considerou a necessidade de recursos humanos, equipamentos, estrutura física e financiamento, ao estudar o processo do desenho do PDR de Alagoas. Aí, somente Arapiraca e Maceió assumiram o papel de polo macrorregional, com alta complexidade, em função da disponibilidade de recursos relativos a rede física, equipamentos, recursos humanos e direcionamento de recursos financeiros. O autor destacou, na constituição da PPI, o diagnóstico dos problemas de saúde da população, principalmente no que se referiu à atenção básica. Já em relação à média e alta complexidade, identificou a decisão com base em série histórica. Isto, segundo ele impôs limites ao dinamismo dos pactos e a necessidade de revisões periódicas, mediante um Sistema Informatizado Ambulatorial, o que possibilitou o monitoramento de exames e terapias com identificação da procedência dos usuários, facilitando, também, as atualizações da PPI.

Em investigação sobre as relações intergestores na formulação do SUS, Miranda (2003) assinalou:

[...] Percebi que muitas vezes, embora pretendendo de algum modo representar interesses, necessidades e desejos que eu reputava como os da população, além daqueles particulares (da prefeitura, do prefeito, da secretaria de saúde, os meus próprios) me achava envolvido num jogo onde as regras formais e informais não me permitiam muito mais do que a competição, entre as inúmeras demandas de recursos para o custeio do que convencionamos chamar de "sistema de saúde". Um jogo de cooperação na maior parte das vezes, que exigia atenção e o exercício de um senso prático que aprendi a cultivar.

Aprendi também, a decifrar os códigos ocultos de minha nova corporação, me especializei nos cálculos de equações onde o numerador era sempre o custo orçamentário e o denominador os vários tipos de benefício, inclusive o eleitoral.

Apreendi a argumentar com certa coerência, baseado nas razões práticas e exigências do sistema de saúde.

Cultivei muitas disposições em comum com meus pares e exercitei os movimentos e ardis que me permitiram atuar de acordo com expectativas estruturadas e sinfônicas com as regras do jogo decisório.

Obviamente que para além dos princípios e diretrizes do sistema de saúde, existem determinantes e determinações de outra ordem, que se entremeiam numa imprescindível dinâmica de contradições. Não uma dialética unívoca e determinista das estruturas, funções ou sistemas organizacionais, mas a dialética da constituição dos sujeitos políticos envolvidos no mundo real e prenes de criatividade.

Tal afirmação do autor enseja um questionamento sobre os desafios e contradições que um gestor do SUS enfrenta na elaboração da programação em saúde na perspectiva da garantia do acesso aos serviços e ações.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, há problemas contextuais que dificultam o planejamento como prática governamental. Ademais, malgrado o desenvolvimento expresso na diversidade das experiências em elaboração no País, em todos os níveis da gestão e com antecedentes identificados antes mesmo da implantação do SUS, há poucos estudos sobre as práticas de planejamento e programação, privilegiando sua descrição e análise, com foco na aplicação de instrumentos, métodos, técnicas e perspectivas teóricas (VILASBÔAS, TEIXEIRA, 2006).

A programação depende do problema e da forma como se organiza a intervenção sobre o problema (TEIXEIRA, 2006). Assim, como programar ações que deem conta da diversidade dos problemas? Quais os limites e perspectivas da programação no Sistema Único de Saúde/SUS? Como programar ações, havendo da escassez de recursos financeiros da saúde? Dentre a disponibilidade de recursos, como garantir a assistência à saúde compatível com a necessidade da população?

A análise documental, por nós procedida, nas atas das reuniões da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Ceará, com enfoque qualitativo, propiciou a contextualização da PPI no SUS Ceará. Trabalhamos com as atas e resoluções da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/CE, bem assim com portarias ministeriais, no período de 1996 a 2009, com objetivo de reconstituição histórica do processo da Programação em Saúde no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA.

Este estudo, no sentido de seus objetivos, possibilitou identificar práticas de programação em saúde no Ceará, antes mesmo da instituição da Programação Pactuada e

Integrada – PPI, desde a vigência da NOB/96. A elaboração de uma planilha de programação, com vistas ao controle da alocação de recursos financeiros para municípios, tendo como base os parâmetros da Portaria MPAS nº 3046, de 20 de julho de 1982, é um exemplo dessas práticas.

Com o Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, cria-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, que em sua operacionalização nacional se utilizou da Programação Orçamentada Integrada - POI, que preconizou a programação físico-orçamentária das atividades ambulatoriais, como produto do trabalho comum dos municípios e do Estado, sob comando da Secretaria Estadual de Saúde. Com efeito, o Estado do Ceará realizava uma espécie de programação pactuada, com câmara de compensação, para flexibilizar o processo de programação.

Em agosto de 1996, com a Portaria Nº 1.742/MS, foi aprovado preliminarmente um texto da Norma Operacional Básica (NOB-96) do SUS, a qual foi submetida aos segmentos interessados para apresentarem contribuições ao seu aperfeiçoamento, tendo ainda o prazo para contribuições sido prorrogado conforme recomendação da Plenária da 10ª Conferência Nacional de Saúde, em 1996.

Ainda em 1996, mais precisamente em novembro, a Portaria/MS Nº 2203, de 05 de novembro, no seu anexo, redefiniu o modelo da gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo-se, por conseguinte, em instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as quatro esferas da gestão do Sistema.

Essa portaria definiu que Programação Pactuada e Integrada – PPI quanto à elaboração, controle, avaliação e auditoria, deve ser vista como traduzindo 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. Ademais, constitui-se em instrumento de alocação dos recursos financeiros e de explicitação do pacto estabelecido entre as quatro esferas de governo - sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

Com a NOB/96, a PPI deveria observar os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independentemente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução destas atividades. Os órgãos federais, estaduais e municipais, bem como os prestadores conveniados e contratados, teriam suas ações expressas na programação do município onde estão localizados, na medida em que estão subordinados ao gestor municipal. A elaboração da programação deveria observar critérios e parâmetros definidos pelas comissões intergestores e aprovados pelos respectivos conselhos. No tocante aos recursos de origem federal, os critérios, prazos e fluxos de elaboração da programação integrada e de suas reprogramações periódicas ou extraordinárias passariam a ser fixados em ato normativo do Ministério da Saúde – MS, traduzindo as negociações efetuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT e as deliberações do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Ainda sobre a antes referida norma, na perspectiva das funções de controle, avaliação e auditoria das ações pactuadas, deveria o Cadastro das Unidades Prestadoras de Serviços de Saúde - UPS, atualizado e completo, constituir requisito básico para subsidiar a contratação de serviços assistenciais e o controle da regularidade dos faturamentos, sendo o gestor local o responsável pela garantia da atualização permanente dos dados cadastrais. Além disto, os bancos de dados nacionais definidos pelo Ministério da Saúde seriam instrumentos essenciais ao exercício destas funções, sendo que o exercício da gestão do SUS, em todos os níveis de governo, exigiria: a articulação permanente das ações de programação com o controle, avaliação e auditoria; a integração operacional das unidades organizacionais que desempenham estas atividades, no âmbito de cada órgão gestor do sistema; e a apropriação dos seus resultados para a identificação de prioridades no processo de decisório da alocação dos recursos.

Com a pesquisa documental, que realizamos em atas da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará - CIB/CE foi possível destacar aspectos relevantes da programação pactuada e integrada no Estado, de 1996 a 2009, conforme será descrito a seguir. Examinamos todas as atas deste período e foram selecionadas para análise documental aquelas com itens de pauta relativos à programação do SUS.



Com a NOB/96, pode-se considerar o ano de 1997 como de consolidação da primeira PPI do Ceará. Na reunião ordinária da CIB/CE, de nº 65 de 11 de julho de 1997, foram apresentadas as Diretrizes Políticas da Programação do SUS/97, com os seguintes destaques à Programação Pactuada e Integrada – PPI:

1. A programação dos procedimentos de alto custo, medicamentos excepcionais e hemoterapia ficarão a cargo da SESA podendo a sua execução e controle ser descentralizada para os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde que assim pactuar. Os recursos de alto custo aparecerão na planilha ideal apenas a caráter informativo.
2. Em relação à referência e contra referência observar as seguintes diretrizes:
  - a) As referências serão regionalizadas e pactuadas entre gestores municipais de forma que garanta maior acessibilidade e resolutividade.
  - b) Na programação de referência, os municípios que recebem referência devem comprovar capacidade instalada e adotar um mecanismo de agendamento prévio.
  - c) A programação local de referência poderá ser modificada a qualquer momento desde que tenha aprovação do Conselho Municipal de Saúde - CMS.
  - d) A programação de referência deverá ser mediada pelos gerentes do Departamento Regional de Saúde – DERES, podendo ser elaborada fora do município sede.
  - e) As unidades de referências públicas e privadas deverão definir sua missão.
  - f) A determinação das unidades que receberão as referências será pactuada entre os gestores municipais.
  - g) A responsabilidade do paciente referenciado será da unidade receptora no que se refere aos recursos de diagnóstico e terapia necessários para a atenção prestada. Caso precise de uma segunda referência a responsabilidade e custo com a mesma será definida por pacto entre os gestores dos dois municípios envolvidos.
3. A PPI deverá ser elaborada a partir de um valor per capita igual para todos os Municípios exceto, nos procedimentos de alto custo.
4. Os recursos do teto financeiro da área assistencial destinado ao custeio das ações ambulatoriais e internações poderão ser definidos em função das variáveis: população, capacidade instalada, perfil epidemiológico.
5. Na elaboração da planilha ideal dos municípios deverá ser levado em consideração:
  - a) A frequência histórica dos procedimentos do Estado.
  - b) Os parâmetros de cobertura assistencial.
  - c) O perfil epidemiológico.
  - d) Estratégias de reorganização dos serviços (modelo de atenção) (CEARÁ, 1997). **Estratégia de alocação de recursos sem lógica de produção de serviços para estimular o processo de regionalização (grifamos).**

Na reunião ordinária nº 67, da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará, realizada em 08 de agosto de 1997, Itens I e IV de pauta, numa tentativa preparatória do processo da PPI, foram excluídas 541 unidades de saúde cadastradas e constantes da programação do SUS, que não apresentavam produção. Tal fato pode ser considerado como indicativo de desatualização do cadastro de estabelecimentos de saúde. Foi ainda realizada, conforme determinação da CIT, que definiu o fluxo do processo da PPI em duas etapas, a apreciação da 1ª etapa da PPI 97/98, a qual tinha como objetivo o conhecimento de quais seriam os recursos do Tesouro do Estado que gravavam gastos com a saúde, em 1996, e quais as previsões de recursos do Tesouro Estadual para gastos com saúde em 1997. Em 1998,

registrou-se a portaria de publicação desta PPI. Ressalte-se que, em 1999, apesar da tentativa de atualização da PPI, formalizada em documento (CEARÁ, 1999), não se localizou a publicação da correspondente portaria pelo Ministério da Saúde.

Em 2001, foi realizada ampla revisão da PPI no Estado. Na 8ª reunião ordinária da CIB/CE, de 04 de junho de 2001, foram discutidas as diretrizes, responsabilidades e critérios de alocação de recursos, além da apresentação de documento expondo os objetivos e afirmando, em relação às Diretrizes Políticas, que a Programação Pactuada e Integrada – PPI seria elaborada em conformidade com as necessidades de saúde da população, identificadas no âmbito municipal e estadual, sendo representadas pelos procedimentos ambulatoriais registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA e, de internação, no Sistema de Informação Hospitalar – SIH, devendo manter coerência com as diretrizes políticas, objetivos e metas e prioridades dos Planos - Estadual/Municipais - de Saúde, Agendas de Saúde e Quadros de Metas para 2001 - tudo para a garantia da equidade no acesso da população às ações e serviços de saúde. Como pressuposto, a necessidade de mudança da lógica de alocação de recursos centrada na oferta, pela lógica de alocação baseada nas necessidades da população. Como desejável, a consolidação do papel das secretarias estaduais, com o estabelecimento de processos e métodos democráticos, visando ao comando único e à transparência na definição dos critérios de distribuição dos recursos federais, estaduais e municipais; e ao desenvolvimento das ações de controle e avaliação.

Em 2006, por ocasião do processo de implantação do Pacto pela Saúde, foi tentada uma nova revisão ampliada da PPI, em face da necessidade de realocação dos recursos para a implantação lógica de regionalização solidária da assistência. Tal objetivo não foi alcançado, conforme se verificou na 15ª reunião ordinária da CIB/CE, em 18 de dezembro de 2006:

“[...] na totalização dos valores da PPI fora constatada a ocorrência de perdas significativas no Limite Financeiro dos municípios sedes das Macrorregiões, principalmente Fortaleza e Sobral e sugere que não se proceda ao fechamento da programação antes de se conversar com o novo Secretário Estadual ou buscar junto ao MS recursos financeiros adicionais para reparar os prejuízos dos referidos municípios [...]”. (CEARÁ, Comissão Intergestores Bipartite, 2006).

De fato, a partir de 2006, sucederam-se ajustes contingenciais, resultantes de alterações dos limites financeiros do Estado e municípios, de acordo com portarias específicas, com a incorporação de novos recursos, advindo de várias políticas e inclusão de novas tecnologias. Simultaneamente, observou-se um movimento político por aquisição de

recursos financeiros. Com a conquista de aumento dos recursos federais, em 2009, ocorreu um ajuste de limites financeiros, em 2010, com base na série histórica de produção de 2009, a qual foi considerada como limite financeiro de programação.

A abordagem do processo de formulação da PPI no Estado do Ceará, na perspectiva da análise documental, propiciou uma reflexão sobre seus limites e potencialidades. A NOB/96 demarcou o início deste processo, sendo influenciado pelas iniciativas de programação identificadas no período que antecedeu a instituição do SUS, a exemplo da Programação-Orçamentação Integrada/POI. As portarias analisadas referentes à programação do SUS - Ceará no período 1996 a 2009 evidenciaram que, embora todos os princípios e diretrizes tenham sido discutidos na CIB/CE, conforme normas nacionais, e constado de documentos aprovados, sobressaiu nas programações desde 1998 à alocação, por área programática, com referência apenas aos recursos financeiros de Média e Alta Complexidade de transferência federal do SUS, mediante parâmetros constituídos no plano local e homologados pelo Conselho Estadual de Saúde - CESAU, portanto, nas programações pactuadas integradas não vêm explicitados os recursos do Tesouro Estadual nem recursos dos tesouros municipais. Mesmo depois de a Coordenação de Programação Assistencial, do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (DDGA/SAS/MS), ter elaborado o Sistema de Informação em Saúde da Programação Pactuada e Integrada – SISPPI, o Estado do Ceará optou por não incorporar esta ferramenta de informática, criada pelo Ministério da Saúde, para facilitar a explicitação dos recursos municipais, estaduais e federais.

A contextualização da programação em saúde, no SUS - Ceará, também provocou autorreflexão. Destacamos, da motivação para a realização deste trabalho, o fato de durante os anos de 2002 a 2004 termos participado, como representante do Município de Fortaleza, de quase todas as reuniões de pactuações da CIB Estadual do Ceará e, após este período, como técnico da Secretaria Estadual de Saúde, termos tido a oportunidade de participar do processo de revisão da PPI, quando da implementação do Pacto da Gestão em 2007, quando não existiam recursos novos a serem pactuados, mas somente a necessidade de repactuação, em virtude do redesenho da regionalização na lógica do Pacto.

Ainda, o fato de termos presenciado a dificuldade política de pactuação pela existência de um ambiente onde se disputavam os recursos financeiros destinados à

assistência em uma lógica na qual, de modo geral, todos os municípios programaram para a população local, muito mais do que vinham realizando historicamente e, para população referenciada a outros municípios, muito menos do que já tinha sido constatado em processos de produção histórica. Assim, de certo modo, influenciando o desfinanciamento no SUS, pois o dinheiro proposto para a assistência à saúde não acompanhava o paciente no processo de referência; levando ao questionamento, sobre se os critérios normativos, propostos para implementação da PPI, visando à garantia do acesso aos serviços de saúde, no Estado do Ceará, estariam sendo, de fato, levados em conta.

Com nossa pesquisa documental nas atas e resoluções da CIB Ceará, observando a complexidade de se pôr em prática o contexto normativo do Sistema Único de Saúde – SUS; a diversidade de realidades nos municípios e regiões do Brasil, considerando o exposto por Miranda (2003), quando se referiu às relações intergestores, na Comissão Intergestora Tripartite no processo de elaboração do SUS; e a nossa vivência como técnico da saúde, e ainda a experiência de quatro anos de participação como membro da Comissão Intergestores Bipartite – CIB do Estado do Ceará, é que decidimos analisar o processo de implementação da PPI no Ceará, com destaque para o período 2007 e 2009, anos que corresponderam à implantação da nova norma operacional do SUS, o Pacto da Gestão no Ceará, considerando se o processo de alocação de recursos se fez buscando a garantia da integralidade das ações de saúde, e se guardou coerência entre a capacidade instalada das unidades, programação físico-orçamentaria e a produção dos serviços de saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a PPI como mecanismo de garantia do acesso e da integralidade das ações de saúde no Estado do Ceará.

### **2.2 Objetivos específicos**

1 Analisar a coerência entre a capacidade instalada das unidades, a programação físico-orçamentaria e a produção de serviços.

2 Examinar a alocação de recursos financeiros no Estado do Ceará ante a PPI, considerando o acesso aos serviços de saúde e a integralidade das ações de saúde.

### 3 METODOLOGIA

O período de 2007 a 2009 foi considerado para este estudo por ser o da implementação do Pacto da Gestão, no Estado do Ceará, como parte do Pacto pela Saúde, sendo a PPI aí reafirmada como parte do processo de planejamento no SUS.

Trata-se de um estudo quantiqualitativo sobre a Programação Pactuada Integrada, uma vez que utilizamos dados secundários e, complementarmente, foi empregada a técnica de entrevista aberta (HAGUETTE, 1992; MINAYO, 1996) com determinados informantes-chave para o preenchimento de algumas lacunas não esclarecidas pelos dados quantitativos. Para tanto, foi utilizado o Método do Discurso do Sujeito Coletivo, que adota um pressuposto socioantropológico, pois entende que o pensamento de uma coletividade pode ser uma formação discursiva ou representação social, sustentando os autores que “a sociedade ou as culturas podem ser lidas como um texto” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003; 2005).

O Método do Discurso do Sujeito Coletivo consiste em coleta, organização, tabulação e análise de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, ou por meio do discurso dos sujeitos, utilizando-se de figuras metodológicas para auxiliar na coleta e análise, as quais são: Ideias Centrais (IC), que é a descrição sucinta e objetiva do sentido de um discurso; Expressões-Chave (ECH), pedaços de trechos que revelam a essência do depoimento, e Ancoragens (AC), manifestação linguística explícita de uma crença que o autor do discurso professa, a qual, como afirmação genérica, é usada para enquadrar em uma situação específica. O método assim expressa um sujeito coletivo, viabilizando um pensamento social, porquanto se utiliza, como manda o rigor científico, de procedimentos explícitos, transparentes, e padronizados, sujeito a críticas e contestações. Elabora as falas do social com material proveniente dos discursos individuais, semelhantes e complementares, e explicita o discurso compartilhado por meio de suas Expressões-Chave, Ideias Centrais e Ancoragem. No nosso estudo, não usamos expressão linguística da Ancoragem, pois esta não se fez presente.

### 3.1 Local do estudo

O estudo foi realizado no Estado do Ceará, cuja área territorial de 148.825,6 km<sup>2</sup>, agrega 184 (cento e oitenta e quatro municípios) com 8.448.055 habitantes (IBGE, 2010).

Sua posição geográfica relativamente a regiões como a África, a América do Norte e a Europa favorece o desenvolvimento do comércio exterior e o turismo internacional.

Quanto aos indicadores sociais, o Estado do Ceará, exibe no ano de 2009: Grau de Urbanização = 77,29%; Proporção de Domicílios com abastecimento de água adequado = 81,8 %; Proporção de Domicílios c/ acesso à rede de coleta de esgotos = 30,6 %; Taxa de mortalidade infantil = 27,60 por 1.000 nascidos vivos; Esperança de Vida ao Nascer (em anos) = 71,0; Escolaridade Média de adultos (em anos de estudo) = 5,9; Taxa de Analfabetismo (pessoas de 15 anos ou mais) = 18,6; Porcentagem de Analfabetismo Funcional entre adultos (25 anos ou mais) = 37,6; Percentual da população adulta (15 anos ou mais) com pelo menos o Ensino Fundamental Completo = 48,0; Percentual da população adulta (25 anos ou mais) com pelo menos o Ensino Médio Completo = 28,2; Percentual da população (com 25 anos ou mais) com nível Superior Completo = 6,6; e Taxa de Desemprego = 6,90% (IPECE, 2010).

O Estado possui solos férteis, entretanto, geralmente se mostram com pouca profundidade, escassez hídrica, pedregosidade e tendência à erosão. Isso deve ser tomado como obstáculo a ser ultrapassado mediante políticas públicas voltadas para o desenvolvimento de práticas conservacionistas e de atividades ligadas à agricultura (IPECE, 2010).

Relativamente à evolução político-administrativa, em 1940, havia 87 municípios, saltando em 2009 para os atuais 184 municípios, ou seja, um crescimento de 111,5%. Quanto à Região Metropolitana de Fortaleza, ao analisar esta evolução, observa-se que, em 1973, havia cinco municípios, passando, em 2009, para 15, refletindo um crescimento acumulado da ordem de 200% (IPECE, 2010).

A estrutura etária da população cearense modifica-se ao longo das décadas. Comparando-se a estrutura etária da população nos anos censitários de 1991 e 2000,

observa-se que, no ano 2000, a base da pirâmide se estreita, reflexo da redução das taxas de natalidade e da mortalidade infantil. O alargamento no topo da pirâmide, por sua vez, decorreu do aumento da expectativa de vida, principalmente nas mulheres, cujo quantitativo superou o dos homens em termos populacionais.

A razão de dependência, da população economicamente dependente de 0 a 14 anos e de 60 anos e mais, com o segmento potencialmente produtivo (15 a 59 anos de idade) vem decrescendo, passando de 73,6% em 2000 para 61,1% em 2009, como reflexo da redução da natalidade, envelhecimento da população, o que aumentou a dependência dos idosos. No ano de 2008, a razão de dependência no Ceará foi menor do que a dos Estados do Maranhão e Alagoas, igual à do Estado do Piauí e superou a razão de dependência nos demais estados do Nordeste. O número de homens para cada grupo de 100 mulheres é influenciado por migrações e pela mortalidade. No Ceará, a razão entre os sexos se manteve em torno de 95%.

### 3.1.1 Situação de saúde-doença

As principais incidências das doenças de notificação compulsória com casos confirmados no ano de 2008 referem-se à dengue com um total de 44.508 casos confirmados, seguida da tuberculose (3.802 casos), hanseníase (2.606 casos), hepatite viral (1.206 casos), leishmaniose tegumentar (913 casos), leishmaniose visceral (589 casos) e AIDS (530 casos).

Em relação à taxa de fecundidade no Ceará - número médio de filhos que uma mulher teria ao longo de seu período reprodutivo – observou-se uma diminuição de 3,72 no ano de 1991 para 2,84 filhos no ano 2000, acompanhando a tendência brasileira de decréscimo, 2,88 em 1991, passando para 2,33 em 2000, apresentando, conforme IBGE, os seguintes indicadores sociais em 2010: taxa de fecundidade total de 2,15; taxa de mortalidade infantil em 2009 de 27,6%. Apresenta, conforme IBGE, os seguintes indicadores sociais em 2010: taxa de fecundidade total de 2,15; e taxa de mortalidade infantil em 2009 de 27,6%. Portanto, uma tendência decrescente.

Óbitos de causas externas dos homens de 15 a 19 anos de idade de 89,0% - 2008;  
Óbitos de causas externas das mulheres de 15 a 19 anos de idade de 11,0% em 2008.



Quanto à esperança de vida ao nascer, observa-se, no geral, uma tendência crescente, com destaque para as mulheres, como consequência da sobre mortalidade masculina nos jovens. Em 2000, a esperança de vida foi de 67,81 anos para a população geral e de 63,47 e 72,38 para o sexo masculino e feminino, respectivamente. Em 2008, a esperança de vida foi de 71 para a população geral e de 66 e 75 para o sexo masculino e feminino, na mesma ordem. Portanto, as mulheres vivem, em média, nove anos mais do que os homens (CEARÁ, 2011).

### 3.1.2 Sistema de serviços de saúde

No ano de 2008, o Estado do Ceará registrou um total de 2.859 unidades de saúde ligadas ao SUS, sendo 2.451 (85,72%) públicas e 408 (14,27%) privadas. No que tange ao número de leitos ligados ao SUS, registrou-se um total de 15.602 leitos, sendo 7.701 (49,35%) públicos e 7.901 (50,65%) privados.

O Ceará contou com um total de 50.206 profissionais de saúde ligados ao SUS em 2008, sendo 20.119 (40,07%) de nível superior e 30.087 (59,93%) de nível médio/fundamental. Dos profissionais de saúde com nível superior, 9.019 são médicos, 2.428 dentistas, 4.515 enfermeiros e 3.052 são outros profissionais de saúde.

O Estado do Ceará está dividido em 184 municípios, agrupados em oito macrorregiões político-administrativas e 33 microrregiões geográficas.

O sistema estadual de saúde está organizado em três macrorregiões e 22 microrregiões (Mapas 1 e 2). As microrregiões são formadas por vários municípios que, articulados entre si, prestam atenção à saúde, nos níveis primários e secundários (Anexo C). Um conjunto de microrregiões forma as macrorregiões que constituem os polos de atenção terciária.

Em 2007, Mota apresentou a descentralização da gestão das ações de saúde como uma das principais estratégias para a reorganização do SUS, tendo o município como o principal responsável pelas ações assistenciais, garantindo os Princípios da Universalidade e Integralidade em todos os níveis da atenção. No Ceará, tivemos a elaboração do Plano Diretor

de Regionalização, com a organização de uma rede de assistência à saúde composta por três macrorregiões de saúde e 22 microrregiões, conforme se pode observar nos mapas 1 e 2.

**FIGURA 1 – Macrorregiões de Saúde**



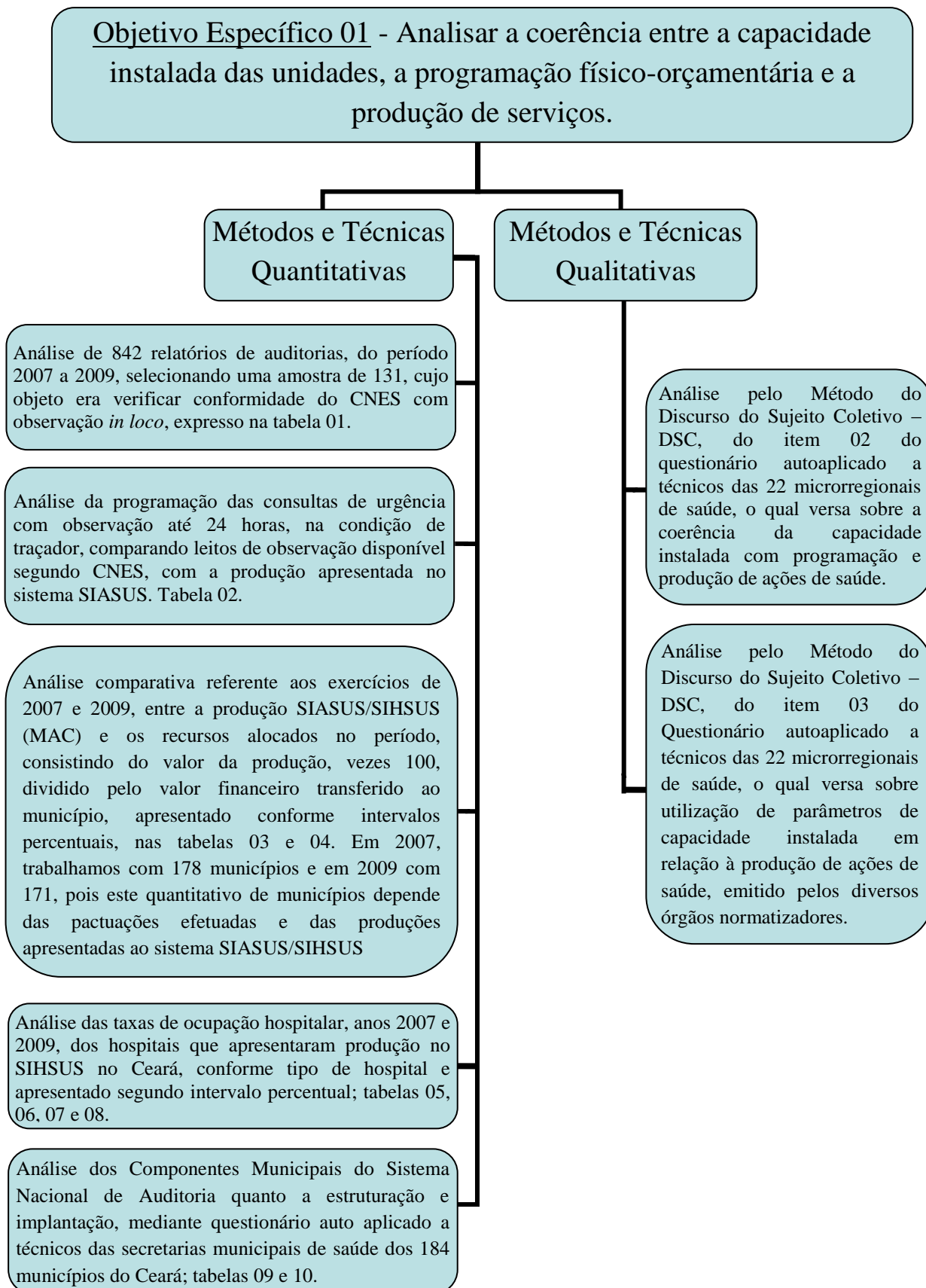
FIGURA 2 – Microrregiões de Saúde



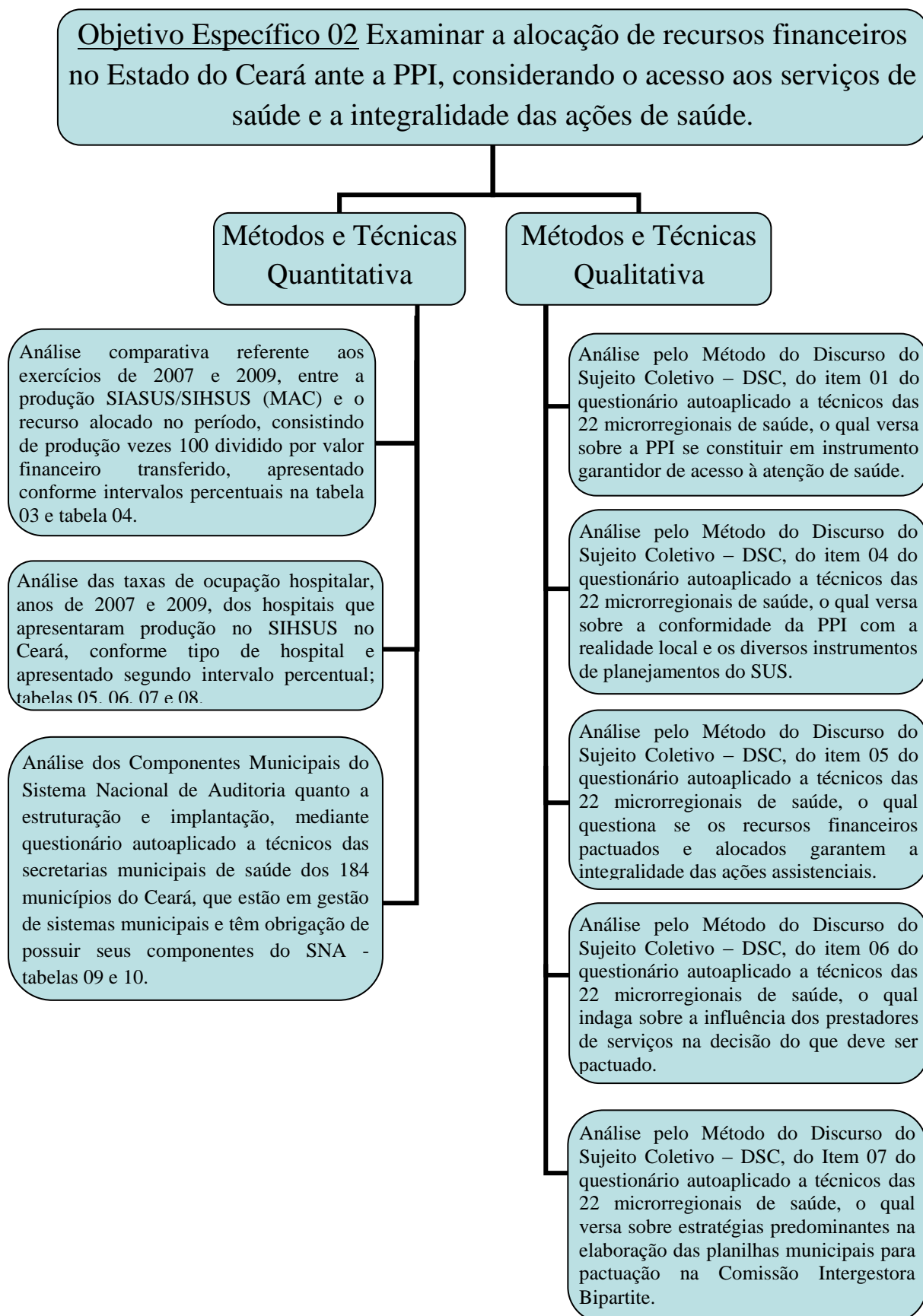
Neste âmbito é que se inseriu o estudo, sendo este implicado em determinações históricas concretas desta formação social. É na relação entre municípios, equipes regionais e de nível central da gestão estadual, expressas nas relações de pactuação intergestores no âmbito do Cosems e CIB-CE, ampliadas no espaço do Conselho Estadual de Saúde – CESAU, que se dão os processos de planejamento e programação, a exemplo da PPI, com impactos sobre o acesso e a integralidade da atenção.

Para alcançar os nossos objetivos, utilizamos métodos e técnicas quantiqualitativos, com as quais buscamos responder se a PPI funcionou como mecanismo de garantia do acesso e da integralidade das ações de saúde no Estado do Ceará, conforme é explicitado nos diagramas seguintes:

**Figura 3** – Métodos e Técnicas Quali-quantitativas usadas na análise do objetivo específico



**Figura 4** – Métodos e Técnicas Qualiquantitativas usadas na análise do objetivo específico 2



Para a coleta dos dados, um questionário autoaplicado foi trabalhado com 22 técnicos da SESA, dos quais apenas um não retornou com suas respostas. Estes técnicos foram escolhidos por terem participado de maneira ativa na implementação das diversas PPI no Estado do Ceará, sendo que as questões foram elaboradas de modo a possibilitar respostas aos questionamentos do nosso problema. Este instrumento foi autoaplicado, após serem explicitadas as condições impostas pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa - CONEP e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) pelo autor e entrevistado, em conformidade com o protocolo COMEPE nº 237/10 e o Ofício nº 268/10, do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

Na apresentação dos resultados, estes entrevistados foram identificados como S.n, a saber: Sujeito e o número escolhido. Ressaltemos que o número identificador atribuído aos sujeitos, de 1 a 21, foi aleatório, não guardando correspondência com os números tradicionalmente referidos às CRES.

Estabelecemos o roteiro de entrevista, sendo depois estas questões analisadas isoladamente na elaboração de um instrumento denominado de Análise Discurso 1 – IAD1, onde são identificadas e sublinhadas as expressões-chave das ideias centrais, fazendo-se em seguida a identificação das ideias centrais com base nas expressões-chave, com mesmo sentido ou de sentido complementar, identificando cada grupamento por letras A, B, C etc., as quais são as ideias centrais síntese, todas as de mesmo sentido ou de sentido complementar, procedendo a seguir a formulação do Discurso do Sujeito Coletivo com a ajuda do Instrumento de Análise do Discurso 2 – IAD 2, copiando do IAD 1 as expressões do mesmo grupamento, colocando-as em sequência com começo, meio e fim, ou do mais geral para o menos geral, e fazer a ligação entre as partes, por meio de conetivos que proporcionam a coesão, formulando assim, o Discurso do Sujeito Coletivo.

Ademais, outro questionário semiestruturado, autoaplicado, foi trabalhado com técnicos das secretarias municipais de saúde dos 184 municípios do Ceará, para avaliar o nível de estruturação dos sistemas municipais de auditoria - SNA municipais, expressos como tabelas de dados quantitativos.

### **3.2 Coerência entre a capacidade instalada das unidades, a programação físico-orçamentaria e a produção de serviços**

Para a análise da coerência entre a capacidade instalada das unidades, a programação físico-orçamentaria e a produção de serviços, nos utilizamos de uma análise documental realizada nos relatórios de auditorias executadas no período do estudo, pelo Núcleo de Auditoria e Gestão - NUAUD da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA. O critério de inclusão na análise foi o objetivo da auditoria para a verificação, *in loco*, da conformidade do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, em relação a equipamentos, recursos humanos e estrutura física. Utilizamos também, na análise da coerência, os registros do Sistema de Informações Ambulatorial – SIASUS referentes às consultas de urgência com observação até 24 horas como aproximação do conceito de condição traçadora (KESSNER *et al.*, 1992). Os autores partiram do pressuposto de que determinados eventos ou problemas de saúde poderiam servir como traçadores para a análise da prestação de serviços, sendo adotada como técnica complementar para responder o que ocorre considerando o determinado traçador. A técnica não permite inferência geral; sinaliza a qualidade do serviço; permite supor a ocorrência de problemas semelhantes; bem como a detecção de problemas e pontos de estrangulamento. Assumimos a opção metodológica, pois a consulta de urgência com observação até 24 horas atende aos requisitos básicos de um traçador, como o de ser bem definido, delimitado e fortemente utilizado nas programações e na produção de serviços, como também pela sua relevância em constar das programações para assegurar a integralidade da atenção.

Esta escolha foi feita considerando que este procedimento, além de bem definido e delimitado, é intensamente utilizado nas programações e na produção de serviços, como também pela sua relevância em constar das programações para assegurar a integralidade da atenção.

Na verificação da coerência da informação, confrontamos os dados das programações das consultas de urgência com observação até 24 horas com a capacidade instalada de leitos de observação em urgência de todos os hospitais do Ceará que apresentaram produção deste procedimento no SIASUS em 2009. Para tanto, foi verificado no CNES o número de leito/dia para a consulta de observação de urgência até 24h. Também foi analisado, nos arquivos do Sistema de Informação em Saúde - DATASUS, o quantitativo do



procedimento “Atendimento de Urgência com Observação até 24h em atenção especializada”, código 030106002-9, nas categorias de quantidades “Apresentadas e Aprovadas”. A produção anual aprovada, dividida por 365 dias, resultou na média de consultas aprovadas por dia que, sendo confrontada com o número de leitos de observação em urgência até 24h cadastrados no CNES, possibilitou a verificação da existência ou não de coerência entre a programação e capacidade instalada vis-à-vis a produção de serviços.

E ainda complementamos esta análise com a utilização da técnica do discurso do sujeito coletivo, mediante questionário com quesitos abertos autoaplicados aos técnicos das microrregiões de saúde que se envolveram no trabalho de implantação da PPI.

### **3.3 Alocação de recursos financeiros no Estado do Ceará ante a PPI, considerando o acesso aos serviços de saúde e a integralidade das ações de saúde**

Abordamos a alocação de recursos financeiros no Estado do Ceará ante a PPI, considerando o acesso aos serviços de saúde e a integralidade das ações de saúde. Trabalhamos com os anos de 2007 e 2009, por corresponderem aos principais na implementação do pacto da gestão. Realizamos análise em duas dimensões, a saber:

a) análise comparativa, em 2007 e 2009, entre a produção dos serviços ambulatoriais e hospitalares registrados nos sistemas de informação do SUS – DATASUS, *versus* os recursos alocados conforme a programação pactuada homologada por portarias MS/SAS. Para melhor compreensão da análise realizada, demonstramos na tabela abaixo como se processou o cálculo do desempenho para um município hipotético X.

**Quadro 1** – Cálculo do desempenho para um município hipotético X

Produção/SIA Em R\$	Produção SIH Em R\$	Produção Total MAC	Recursos/MAC Alocados por Portaria PPI	Produção x 100/Recursos = Desempenho
6.245.386,13	4.971.890,08	11.217.216,21	76.065.553,00	14,74%

Nessa dimensão, foi possível examinar o desempenho dos municípios e agrupá-los por intervalos percentuais de desempenho em relação à produção dos serviços;

b) análise do desempenho dos hospitais do Ceará, em 2007 e 2009, com a taxa de ocupação hospitalar sendo utilizada como *proxy* do desempenho dos recursos alocados. Analisamos todos os hospitais que apresentaram produção de serviços no SIHSUS, nos anos citados, após o que categorizamos, segundo o tipo da unidade hospitalar, em hospitais de pequeno porte; intermediários; polo microrregional e de ensino. Foram feitos intervalos percentuais de variação da taxa de ocupação, sendo os hospitais distribuídos neles.

Analisamos, ainda, o Discurso do Sujeito Coletivo, pesquisa qualitativa, para conhecermos a percepção coletiva sobre a alocação dos recursos, mediante questionário com quesitos abertos, autoaplicado aos técnicos das microrregiões de saúde, que se envolveram no trabalho de implantação da PPI, bem como nos utilizamos ainda, para análise da alocação dos recursos na lógica proposta em nosso estudo, de algumas técnicas empregadas para exame da coerência da capacidade instalada e programação *versus* produção de ações de saúde.

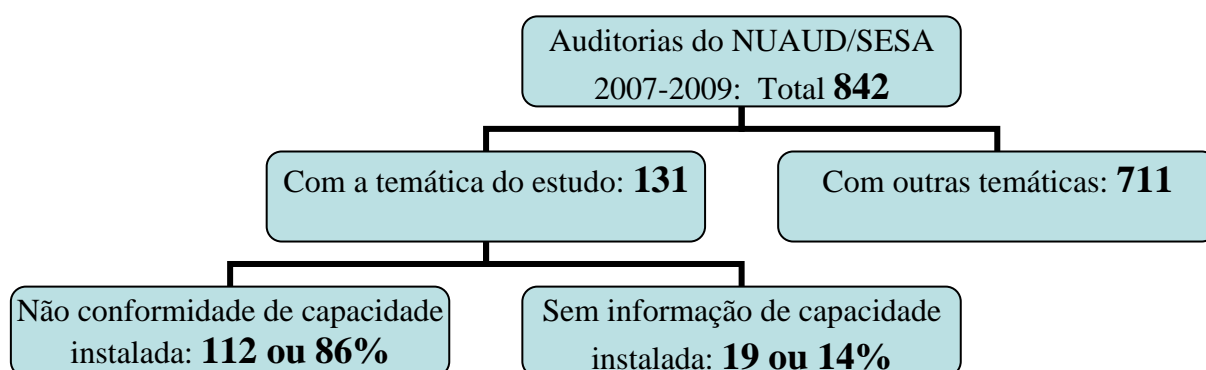
## 4 ANÁLISES E RESULTADOS

### 4.1 A PPI no Cenário do Estado do Ceará

A pesquisa analisa a PPI do Ceará, com suporte em dois aspectos: garantia do acesso e integralidade da atenção. Verifica-se nesses dois aspectos a coerência entre capacidade instalada das unidades de saúde e suas programações físico-orçamentárias; observando ainda se há conformidade na alocação dos recursos financeiros da assistência à saúde no Estado.

Para os procedimentos de análise, utiliza-se da verificação de dados secundários no período de 2007 e 2009, por ser este período o da implementação do Pacto de Gestão no Estado do Ceará e haver gerado a necessidade de um ajustamento da programação pactuada integrada – PPI em atendimento aos pressupostos da norma operacional vigente, em especial no que se refere à regionalização solidária do Sistema de Saúde.

**Figura 5** – Análise dos Relatórios das Auditorias do NUAUD/SESA



Conforme explicitado neste diagrama, analisamos 842 relatórios de auditorias dos mais diversos tipos de auditorias (Gestão, Unidades Assistenciais, Atenção Básica e de Recursos Financeiros), realizados pelo Núcleo de Auditoria e Gestão - NUAUD da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – SESA, referentes aos anos de 2007, 2008 e 2009, na busca de

informações sobre a atividade de verificação da conformidade do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, com a realidade da capacidade instalada (equipamentos, recursos humanos e estrutura física) do estabelecimento de saúde, quando da visita *in loco*. Constatamos que 131 relatórios de auditoria se referiam à intenção da realização desta análise, tendo revelado nossa pesquisa documental a não conformidade de capacidade instalada em 112 relatórios de auditorias ou 86% da amostra dos 131 casos escolhidos. Ressaltamos que, nos 19 relatórios restantes, ainda que o objeto das auditorias privilegiasse a verificação de conformidade da estrutura, os resultados expressos em seus relatórios não explicitaram informações que nos permitissem identificar a ocorrência ou não desta atividade (tabela 1).

**Tabela 1**– Distribuição de Auditorias quanto a conformidade do CNES, em relação à capacidade instalada, verificada *in loco*, em amostra selecionada no total de auditorias do componente estadual do SNA. Ceará 2007 – 2009.

Ano	Auditorias na Capacidade Instalada				Total
	Não Conformidade	Percentual	Sem Informação	Percentual	
2007	20		10		30
2008	36		02		38
2009	56		07		63
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>86%</b>	<b>19</b>	<b>14%</b>	<b>131</b>

Fonte: Núcleo de Auditoria e Gestão – NUAUD/CORAC/SESA

Das 131 auditorias analisadas, 112 exprimiram desconformidades entre o CNES e os equipamentos e recursos humanos existentes na unidade de saúde. Este fato evidencia uma programação virtual, pois, se programa em cima de informações irreais, gerando incoerência entre capacidade instalada, programação e produção de serviços.

Ainda para atender ao objetivo do estudo, verificamos a coerência entre os seguintes itens de análise: capacidade instalada *versus* programação orçamentária *versus* produção de serviços e alocações de recursos financeiros que se encontram registrados nos

Sistemas de Informações do SUS – DATASUS. Utiliza-se de uma condição traçadora para realização desta análise da coerência, que são as programações de consultas de urgência com observação até 24 horas e respectivas necessidades de leitos de observação. Esta confrontação das programações com a capacidade instalada de leitos necessários para a realização deste procedimento foi concretizada em todos os hospitais do Ceará que exibiram produção deste procedimento no SIASUS, em 2007 e 2009, ressaltando-se, mais uma vez, a importância fundamental nesta análise do fato de o SIASUS: condicionar à aprovação do procedimento apresentado a programação físico-financeira, o que possibilita a realização da análise de coerência. Dessa forma ao analisar em 2007, o banco de dados ambulatoriais, 211 hospitais do Ceará apresentaram no Sistema de Informações a realização de consultas com observação, e em 66 deles a incoerência estava presente, ou seja, 31,27 % das unidades, fato que se repete em 2009, quando constatamos que, de 208 hospitais, 73 unidades, correspondendo a 35,09 %, registravam incoerência de suas programações.

Para melhor compreensão do problema, são observáveis na tabela 2, exemplos de quatro unidades hospitalares com incoerências entre: capacidade instalada que está registrada no CNES com a programação, incoerência com a produção de serviços apresentada e programação aprovada no Sistema de Informações Ambulatorial – SIASUS. Observa-se que o Hospital A produziu e aprovou, conforme o que estava programado pelo gestor municipal, o quantitativo de 45.075 consultas com observação em urgência no ano de 2009, o que corresponde a uma média de 123 consultas por dia. No seu cadastro oficial do CNES, todavia, que também é informado pelo mesmo gestor, não consta existência de leitos de observação, o que é incoerente. Esta aprovação de consultas com observação 24h só aconteceu em razão de a programação indevida de quantidade de procedimentos maior do que a capacidade instalada, na ficha de programação físico-financeira do SIASUS. Esse sistema de informação condiciona a aprovação de procedimentos à quantidade física programada. Já os Hospitais B e C aprovaram pelos mesmos motivos há pouco citados, um quantitativo de consultas/dia que é incoerente, por ser muito superior à quantidade de leitos de observação cadastrado no CNES. No caso do Hospital D, que é um hospital de ensino, temos a programação e aprovação de um quantitativo de consultas de urgências, com observação, menor do que a sua capacidade instalada de leitos de observação registrada no CNES, ficando cerca de 15 leitos/dia ociosos, sem programação. Ora, como já afirmado, para produção de consulta com observação em urgência, é necessária a existência de leitos de observação, e cada leito produz até duas

consultas com observação em urgência/dia. Como explicar, então, a produção de 123 consultas/dia com zero leito existente.

**Tabela 2**– Análise da coerência entre capacidade instalada registrada no CNES com a programação orçamentária e produção de consultas de observação, apresentada e aprovada no SIASUS em 2009.

Hospital	Quantidade de Consultas Apresentadas/Ano no SIASUS	Quantidade de Consultas Aprovadas/Ano no SIASUS	Quantidade de Leito/dia, disponíveis para consulta de Observação até 24h, Cadastrados no CNES	Média de Consultas Aprovadas por dia
A	45.075	45.075	0	123
B	50.735	49.862	9	137
C	61.725	56.400	32	155
D	14.890	14.890	56	41

Fonte: CNES/SIA/DATASUS

Considerando-se que o SIASUS demonstra como característica o fato de condicionar a aprovação de procedimentos ao que foi programado no sistema de informação, uma programação acima da capacidade instalada de produção leva a possibilidade da aprovação do não existente, com fuga da realidade local e falseamento de resultados, do ponto de vista físico-financeiro e epidemiológico, sendo mais grave ainda o fato de esta programação, no sistema, ser de responsabilidade do gestor local.

Portanto, considerando a peculiaridade do sistema de informação ambulatorial - SIASUS, antes referida, podemos afirmar inexistir coerência entre a capacidade instalada das unidades, suas programações físico-orçamentárias e a produção de serviços exibida.

As Normas Operacionais do SUS determinam a Programação Pactuada e Integrada – PPI como orientadora das transferências de recursos no SUS, e elemento de

condução das relações intermunicipais, criando assim uma orçamentação/alocação regional, onde os recursos são destinados ao pagamento das diversas ações de atenção à saúde, fortalecendo um modelo de regionalização e organização da assistência, conforme o Plano Diretor de Regionalização – PDR e agregando o recurso alocado, para a produção dos procedimentos, ao paciente.

Considerando que as pactuações, ocorridas no Estado do Ceará no ano de 2007, foram objeto de constantes alterações, em virtude das novas adesões de municípios ao Pacto da Gestão, por questões operacionais, trabalha-se na análise do desempenho, com as médias mensais referentes aos recursos pactuados conforme Portaria MS/SAS Nº 539, de outubro de 2007, que se referem ao período de setembro a dezembro de 2007 e aos recursos de transferência federais para 178 municípios do nosso Estado.

Na Tabela 3 resta demonstrado quantos municípios estão distribuídos por intervalo percentual de desempenho e mostramos uma coluna com a soma de cada intervalo percentual, onde possível constatar o fato de que, dos 178 municípios pesquisados, 15 exibiram desempenho abaixo de 50 % e 42 com desempenho menor do que 75 %.

**Tabela 3**– Análise do desempenho financeiro dos municípios em 2007, conforme recursos recebidos e procedimentos realizados e distribuídos por intervalo percentual de desempenho.

<b>Intervalo por percentual de desempenho</b>	<b>Número de municípios no intervalo</b>	<b>Soma dos municípios distribuídos nos Intervalos</b>
0%   25%	3	3
25%   50%	12	15
50%   75%	27	42
75%   100%	60	102
100% -	76	178

Fonte: SIA/SIH/DATASUS/PORTARIA SAS

Em relação ao desempenho de 2009, os instrumentos normativos de transferência de valores (Portaria MS/SAS nº 619 de 2008, Portaria MS/SAS nº 75 de março de 2009 e Portaria MS/SAS nº 361 de outubro de 2009) possibilitaram trabalhar com média mensal referente às pactuações do exercício de 2009 e ainda por não constarem valores pactuados para alguns municípios, ou estes não registraram produção, trabalhamos apenas com 171 municípios conforme demonstrado na tabela 4, na qual podemos constatar uma diminuição nos valores dos desempenhos em relação a 2007, uma vez que, 48 municípios expressaram desempenho menor ou igual a 50 % e 104 município menor ou igual a 75 %. Conclui-se que estes recursos estão sendo utilizados em uma lógica diferente da normatização do SUS, a qual busca a integralidade assistencial quando vincula os recursos de transferência federais à produção de procedimentos e preconiza um desempenho financeiro com produção de ações de saúde de 80 %.

Têm-se, portanto, utilização dos recursos federais de transferências, para ações outras, sem a lógica de gerar procedimentos assistenciais, e o agravamento da não garantia da integralidade das ações de saúde, verificando-se, pois, que a alocação de recursos financeiros, ante a integralidade das ações de saúde fica prejudicada conforme a tabela 4.

**Tabela 4**– Análise do desempenho financeiro dos municípios em 2009, conforme recursos recebidos e procedimentos realizados distribuídos por intervalo percentual de desempenho.

<b>Intervalo por percentual de desempenho</b>	<b>Número de municípios no intervalo</b>	<b>Soma dos municípios distribuídos nos intervalos</b>
0%   25%	6	6
25%   50%	42	48
50%   75%	56	104
75%   100%	51	155
100% -	16	171

Fonte: SIA/SIH/DATASUS/PORTARIA SAS



Realizamos ainda, a análise das taxas de ocupação hospitalar de todos os hospitais cadastrados no CNES, que mostraram produção no Sistema de Informação Hospitalar - SIH, distribuída por Categoria de Hospitais no período de 2007 e 2009, as quais foram mostradas segundo intervalo percentual. Nas tabelas de números 5, 6, 7 e 8, foi elaborada uma coluna com a soma de cada intervalo percentual, onde é possível constatar, nos dois períodos o fato de que, no caso dos Hospitais de Pequeno Porte - HPP (tabela 5), as 64 unidades, tiveram taxa de ocupação hospitalar menor do que 50 %, sendo que, deste percentual, a maioria das unidades (54 em 2007 e 59 unidades em 2009), com um taxa de Ocupação Hospitalar menor ou igual a 25 %, comprova uma baixa capacidade de resposta, quando considerado o parâmetro normativo da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte, que planeja, por meio da Portaria N° 1044 de junho de 2004, uma Taxa de Ocupação Hospitalar de 80 %, demonstrando, assim, uma incoerência entre o planejado, pactuado e produzido. Vejamos a tabela.

**Tabela 5**– Distribuição dos hospitais de pequeno porte, segundo intervalo percentual da Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH, período 2007 e 2009.

Intervalo por percentual de TOH	Nº de hospitais no intervalo em 2007	Soma do Nº de hospitais por Intervalos e percentuais, 2007		Nº de hospital no intervalo em 2009	Soma do Nº de hospitais por Intervalos, com percentuais em 2009	
0%   10%	22	22	(34%)	29	29	(45%)
10%   15%	15	37	(58%)	13	42	(66%)
15%   25%	17	54	(84%)	17	59	(92%)
25%   35%	9	63	(98%)	5	64	(100%)
35%   50%	1	64	(100%)	-	-	-

Quanto aos hospitais-polo, consideramos para análise somente 30 unidades hospitalares, uma vez que, três hospitais desta categoria são contratualizados dentro da política de hospitais de ensino. Esta categoria hospitalar, conforme se pode observar na tabela 6, além do financiamento com recursos de transferências federais, recebem recursos do

Tesouro Estadual mediante convênios e comprometem-se formalmente, por cláusula contratual, a garantir os princípios do SUS, da Universalidade do acesso e da Integralidade da Atenção à Saúde, conforme PPI e Plano Diretor de Regionalização – PDR; sendo, ainda, hospitais estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde do Estado, registram baixas taxas de ocupação hospitalar no exercício de 2007. Como podemos constatar, há 22 unidades, correspondendo a 73 % deste tipo de unidade hospitalar, que relatavam suas taxas de ocupação no intervalo correspondente à menor ou igual a 50 %, e em 2009 observamos que 17 unidades, ou seja, 57 % deste tipo de hospital exibiam taxas de ocupação menor ou igual a 50 %. Isto contraria parâmetros normativos do Ministério da Saúde e exprime incoerência entre os processos planejamento, pactuação e produção de serviços, com taxas muito abaixo da capacidade instalada de seus leitos cadastrados no CNES, refletindo deficiência em outras áreas, como recursos humanos, equipamentos e ou capacidade gerencial, contribuindo, assim, para o não acesso universal e não garantia da integralidade das ações assistenciais.

**Tabela 6**– Distribuição dos hospitais-polo, segundo intervalo percentual da Taxa de Ocupação Hospitalar, período 2007 e 2009.

Intervalo por percentual de TOH	Nº de hospitais no intervalo em 2007	Soma do Nº de hospitais por intervalos e respectivos percentuais em 2007		Nº de hospitais no intervalo em 2009	Soma do Nº de hospitais por intervalos e respectivos percentuais em 2009	
0%   -   10%	22	22	(34%)	29	29	(45%)
10%   -   15%	15	37	(58%)	13	42	(66%)
15%   -   25%	17	54	(84%)	17	59	(92%)
25%   -   35%	9	63	(98%)	5	64	(100%)
35%   -   50%	1	64	(100%)	-	-	

Quanto à categoria de hospital intermediário, correspondente a hospitais locais dos sistemas municipais de saúde, esta exibiu em 2007, como resultado de suas produções, um total de 152 unidades com taxas de ocupação hospitalar, no intervalo menor ou igual a 35%. No exercício 2009, a quantidade de unidades com Taxa de Ocupação Hospitalar na faixa citada era de 113 unidades, embora algumas unidades hospitalares desta categoria fossem unidades especializadas (em Cardiologia, Traumatologia, Oncologia, Neurologia e Psiquiatria) e ou estivessem localizadas em municípios-sede de macrorregião de saúde, mostraram altas taxas de ocupação. Portanto, ressaltando estas exceções, que são hospitais especializados, a modalidade de hospital intermediário contribui para a baixa resolutividade da rede de serviços hospitalares, o que afeta a garantia da integralidade da atenção e do acesso universal.

**Tabela 7**– Distribuição dos hospitais intermediários locais, segundo intervalo da Taxa de Ocupação Hospitalar, período 2007 e 2009.

Intervalo por percentual de TOH	Nº de hospitais no intervalo em 2007	Soma do Nº de hospitais por intervalos e respectivos percentuais em 2007	Nº de hospitais no intervalo em 2009	Soma do Nº de hospitais por intervalos e respectivos percentuais em 2009
0%   10%	65	65 (32%)	28	28 (17%)
10%   15%	11	76 (37%)	16	44 (27%)
15%   25%	42	118 (57%)	42	86 (53%)
25%   35%	34	152 (74%)	27	113 (70%)
35%   50%	23	175 (85%)	15	128 (79%)
50%   75%	14	189 (92%)	19	147 (91%)
75%   100%	12	201 (97%)	9	156 (96%)
100% -	5	206 (100%)	6	162 (100%)

Os hospitais de ensino constituem modalidade especial, com financiamento segundo política específica, que lida com ensino e pesquisa e está sob contrato de metas, inclusive nesta área. Mesmo nessas unidades, porém são observadas duas com distorções nas suas Taxas de Ocupação Hospitalar em relação às normas e parâmetros do SUS: uma em 2007, com taxa de ocupação menor ou igual a 50 %, e outra em 2009, cujo valor de sua Taxa de Ocupação foi menor do que 15 %. Isto, com certeza, contribui para a baixa resolubilidade da rede e afeta a garantia da Integralidade da Atenção e do Acesso Universal.

**Tabela 8**– Distribuição dos Hospitais de Ensino, segundo intervalo da taxa de ocupação hospitalar, período 2007 e 2009.

Intervalo por percentual de TOH	Nº de hospitais no intervalo em 2007	Soma do Nº de hospitais por intervalos e respectivos percentuais em 2007		Nº de hospitais no intervalo em 2009	Soma do Nº de hospitais por intervalos e respectivos percentuais em 2009	
0%   10%	-	-	(0%)	-	-	(0%)
10%   15%	-	-	(0%)	<b>1</b>	1	(11%)
15%   25%	-	-	(0%)	-	-	-
25%   35%	-	-	(0%)	-	-	-
35%   50%	<b>1</b>	1	(11%)	-	-	-
50%   75%	1	2	(22%)	2	3	(33%)
75%   100%	4	6	(67%)	2	5	(56%)
100% —	3	9	(100%)	4	9	(100%)

## 4.2 O SNA municipal na gestão da saúde

O serviço de controle, avaliação e auditoria é essencial ao exercício da gestão no SUS, em todos os níveis de governo, e exige uma articulação permanente das ações de programação com as unidades organizacionais, que desempenham estas atividades, no âmbito de cada órgão gestor do Sistema de Saúde. Para tal, faz-se necessária, a apropriação dos seus resultados para a identificação de prioridades, no processo de decisão política da pactuação, programação e alocação dos recursos o que é importantíssimo quando da pactuação das ações de saúde, bem como um Cadastro das Unidades Prestadoras de Serviços de Saúde - UPS, atualizado e completo, no CNES, que se constituem em requisitos básicos para subsidiar a contratação de serviços assistenciais e para o controle da regularidade do que foi pactuado.

Nessa perspectiva, optamos por analisar os Componentes Municipais do Sistema Nacional de Auditoria – SNA, responsáveis pelas atividades nos municípios do Ceará. Para tanto, um questionário foi aplicado com o apoio da Coordenadoria Regional de Saúde – CRES (Apêndice B), e seus resultados encontram-se nas tabelas 09 e 10.

**Tabela 9**– Análise dos Componentes Municipais do Sistema Nacional de Auditoria – SNA.

Situação	SNA Municipais
Implantados	73
Não Implantado	92
Não Resposta	19
Total	184

**Tabela 10**–Análise dos componentes do SNA, nos 73 municípios que declaram a sua implantação.

Ato de Criação		Integra o Organograma		Espaço Físico		Designado por Instrumento Legal	
Sim	50	Sim	60	Próprio	34	Sim	62
Não	23	Não	13	Integrado	39	Não	11

Conforme Portarias Normativas do SUS, constatamos que o Pacto da Gestão foi realizado em todos os 184 municípios do Ceará, e todos se habilitaram em Gestão de Sistemas Municipais de Saúde. De acordo com a Constituição federal Art. 197, as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, e ainda, no seu Art. 200, a Constituição Federal fala que ao SUS compete, nos termos da lei, controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde. Já a Lei Orgânica da Saúde, no seu Art. 16, afirma que compete à direção nacional do Sistema Único da Saúde estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os estados, municípios e Distrito Federal, determinando ainda que o Ministério da Saúde acompanhe, por meio de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a estados e municípios, existindo muitas outras normas legais que poderíamos aqui citar regulamentando este assunto e vinculando os setores de Controle Avaliação e Auditoria a PPI.

Ao analisar a tabela 9, porém, constatamos que, dos 184 municípios que se encontram em Gestão de Sistemas Municipais de Saúde no Ceará e possuem obrigação legal de estruturar seus componentes municipais do SNA, apenas 73 declararam que possuem SNA implantado, mas, quando detalhamos a informação, na tabela 10, constatamos, que apenas 50 municípios declararam que seus SNA têm ato de criação e 60 municípios disseram que seus SNA integram o Organograma da Secretaria e ainda apenas 34 municípios afirmaram que possuem espaço físico específico para o seu SNA, portanto, as carências no setor de controle avaliação e auditoria são patentes, até mesmo na prestação das informações ao nosso questionário de pesquisa, quando prestam informações às vezes incoerentes. Isto evidencia a

incoerência entre a capacidade instalada das unidades com a programação físico-orçamentária e a produção de serviços, dificultando, também, a alocação de recursos financeiros no Estado, com foco na integralidade das ações de saúde.

Os procedimentos de análise qualitativa da pesquisa realizaram-se pelo Discurso do Sujeito Coletivo - DSC, fazendo-se apreciação das falas dos participantes, obtidas pela aplicação de questionário, contendo questões abertas, que se encontra no Apêndice A.

Utilizamos todos os instrumentos indicados para elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo, tais como: Instrumento de Análise de Discurso 1 - IAD 1, no qual são identificados e sublinhamos as expressões-chave, para constituição das ideias centrais, conforme semelhança e complementaridade, categorizados com letras, A, B, C etc., para possibilitar a identificação de uma Ideia Central-Síntese, a qual passa a denominar o grupo, na construção do DSC; Instrumento de Análise de Discurso 2 - IAD 2; DSC constituído das expressões-chave, sequenciadas em começo, meio e fim, estão no Apêndice E.

Assim, são mostrados em quadros os resultados dos questionamentos organizados por grupos, de forma a permitir melhor visualização e leitura.

**QUESTÃO 01** – Considerando a sua vivência com os trabalhos desenvolvidos no SUS, a Programação Pactuada Integrada – A PPI no Estado do Ceará tem se constituído em instrumento garantidor do acesso à atenção de saúde?

**QUADRO 2** – Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para Questão 01 dos Grupos A e B.

<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – A</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S1, S4, S7, S8, S9, S13, S14, S15, S16, S17, S18, S20).</b>
A Programação não é real, Programa-se o que não se pode produzir.	<i>Não acho que a PPI no Estado do Ceará seja instrumento garantidor do acesso à atenção de saúde, pois não tem garantido os procedimentos da forma pactuada e nem sempre o usuário tem garantia do acesso pela ausência da oferta de serviços pactuado pelo prestador, existe uma não disponibilidade de oferta suficiente para a demanda, principalmente na macrorregião, com a demanda historicamente superando a oferta de serviços pela rede do SUS, tenho muita dificuldade em garantir o acesso mínimo programado, isto propicia uma programação não real, de procedimentos, que o prestador não pode produzir e que não refletem a necessidade dos municípios, causando uma demanda reprimida.</i>
<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – B</b>	<b>Discurso Sujeito Coletivo (S2, S3, S4, S5, S6, S10, S19, S20, S21)</b>
Programação financeira é irrisória e não garante o pactuado.	<i>Eu acho que a PPI no Ceará não é instrumento garantidor do acesso, pois, os financiamentos não são gerenciados visando a resolutividade, precisa ser reajustado tanto o físico como o financeiro sendo, que no caso do Ceará. A PPI tem servido para garantia de um limite físico-financeiro virtual, que não garante a totalidade dos procedimentos pactuados. Vejo a PPI apenas como instrumento financiador do SUS, quanto à distribuição dos recursos e que precisa melhorar muito, pois existe uma diferença grande entre o que está formalizado no papel e o que é financiado de fato, servindo a PPI mais como orientador da organização da rede de serviços, do que garantidor de acesso aos serviços disponíveis.</i>



**QUADRO 3** – Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para Questão 01 dos Grupos C, D e E.

<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – C</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S6, S7, S16)</b>
Falta efetividade na regulação, monitoramento e avaliação.	<i>Eu acho que o acesso também é dificultado por uma alocação de recursos virtual o torna muito mais difícil o acompanhamento, existe um baixo nível de monitoramento das produções de ações o que é necessário para readequações da PPI, sendo ainda que falta uma regulação, monitoramento e avaliação mais efetiva.</i>
<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – D</b>	<b>Discurso Sujeito Coletivo (S9, S10)</b>
Embora exista dificuldade de garantir o acesso a PPI é norteador do planejamento de ações.	<i>Acho que a PPI tem dificuldade para garantia do acesso, mas serve com subsidio ao gestor para nortear o planejamento.</i>
<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – E</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S10, S11, S12).</b>
A garantia do acesso aos serviços não está efetivada	<i>Vejo que na PPI no Estado do Ceará, a garantia do acesso ainda não está efetivada, pois temos uma PPI obsoleta que não define a real necessidade dos municípios, existindo até mesmo negociação paralela entre gestores de um município e servidores das unidades prestadoras de outro.</i>

### Resultado a Questão 01

Este quesito foi comentado por todos os 21 sujeitos participantes. O resultado da análise das respostas à Questão 01, com a utilização do método do DSC, permitiu realizar o DSC para cinco grupos - A, B, C, D e E - sendo que todos concluíram que a Programação Pactuada Integrada - PPI no Estado do Ceará, não tem se constituído em instrumento garantidor do acesso à atenção de saúde, mas com argumentações diferentes, as quais passamos a analisar.

O Grupo A, constituído pelos sujeitos **S1, S4, S7, S8, S9, S13, S14, S15, S16, S17, S18, S20**, representando 57,14 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos que a PPI não garantia o acesso porque

- a) Não tem garantido os procedimentos da forma como foi pactuada;
- b) Ausência da oferta de serviços pactuados por parte do prestador;
- c) Não existência de oferta suficiente para a demanda, principalmente nas macrorregiões de saúde (demanda maior que oferta).
- d) Programação não real devido a procedimentos que o prestador não pode produzir e procedimentos que não representam as necessidades dos municípios gerando demanda reprimida.

O Grupo B, constituído pelos sujeitos **S2, S3, S4, S5, S6, S10, S19, S20, S21**, que representa 42,85 % dos entrevistados, argumentou em seu discurso coletivo que a PPI não garantia o acesso porque

- a) O financiamento não é gerenciado visando a resolubilidade;
- b) Precisa de reajuste físico-financeiro da PPI.
- c) Determina um limite físico-financeiro virtual que não garante a totalidade dos procedimentos pactuados;
- d) A PPI ser apenas um instrumento de financiamento do SUS, quanto à distribuição de recursos e precisa melhorar muito;
- e) Existir grande diferença entre o formalizado no papel e o que é realmente financiado;
- f) Servir mais como instrumento orientador da organização de rede, do que como garantidor do acesso.

O Grupo C, constituído pelos sujeitos **S6, S7, S16**, que representa 14,28 % dos entrevistados, argumentou em seu discurso coletivo que a PPI não garantia o acesso porque:

- a) A alocação de recursos é virtual, o que torna difícil o acompanhamento da execução financeira;
- b) Baixo nível de monitoramento da produção de ações de saúde;
- c) Falta uma regulação, monitoramento e avaliação mais eficiente.

O Grupo D, constituído pelos sujeitos **S9, S10**, que representa 9,52 % dos entrevistados, argumentou em seu discurso coletivo que, a PPI não garantia o acesso porque:

- a) Tem dificuldade para garantir o acesso, mas serve como subsídio ao gestor para nortear o planejamento.

O Grupo E, constituído pelos sujeitos **S10, S11, S12**, que representa 14,28 % dos entrevistados, argumentou em seu discurso coletivo que, a PPI não garantia o acesso por que:

- a) A PPI no Estado do Ceará é obsoleta e ainda não foi efetivada;
- b) A PPI não define a real necessidade dos municípios;
- c) Existe até mesmo negociação paralela do gestor de um município, com servidores da unidade prestadora do outro município.

O discurso do sujeito coletivo evidencia pontos de estrangulamento, identificados como: a) o fato de o usuário não ter acesso pela ausência da oferta de serviços pactuado pelo prestador; b) a não existência de oferta suficiente para atender a demanda, principalmente nas macrorregiões de saúde; c) necessidades de ações de saúde, superando a oferta dos serviços da rede do SUS; d) dificuldades em garantir o mínimo programado; e) possuir uma programação não real, que não reflete as necessidades das populações e geram demanda reprimida; f) ter recursos financeiros não gerenciados para obtenção da resolubilidade; g) servir para garantia de um limite físico-financeiro virtual, resultando no fato de a PPI não funcionar como instrumento garantidor do acesso às ações e serviços de saúde.

**QUESTÃO 02** – No processo de elaboração da PPI, examinamos a coerência entre a capacidade instalada (Equipamentos e Recursos Humanos) e a Programação das diversas unidades de saúde do SUS – Sistema Único de Saúde, no Estado do Ceará, comparando com a produção de serviços apresentada por estas unidades, no SIA e SIH?

**QUADRO 4** – Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 02 dos Grupos A e B

<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – A</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo A (S1, S4, S5, S8, S11, S12, S13, S15)</b>
Os municípios não trabalham com análise de capacidade instalada comparando com programação e produção das unidades de saúde.	<i>Eu acho que não houve coerência entre a capacidade instalada, programação das diversas unidades de saúde do SUS, com a produção de serviços apresentados no SIA e AIH, mas apenas um início deste processo com o SISPPPI, que foi interrompido, sendo a pactuação executada na maioria das vezes, baseada no nível de complexidade da unidade, tendo este fato ocorrido principalmente na macrorregião, percebo claramente que esta análise não é realizada, sendo falada apenas em encontros regionais, portanto os municípios não trabalham com base em análise de capacidade instalada x programação, se assim fosse, melhoraria o acesso.</i>
<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – B</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo B (S2, S4, S6, S17)</b>
A análise considera o recurso financeiro movimentado	<i>Penso que a coerência entre a capacidade instalada e produção de serviços apresentados por estas unidades, no SIA e AIH não foi considerada na PPI, pois a pactuação não é real em relação à oferta de serviços disponíveis, que é insuficiente, e a análise considerou mais o recurso financeiro movimentado, para que esta coerência acontecesse o município precisaria se estruturar fisicamente, tecnologicamente e assegura a contratação de profissionais qualificados para ofertar os serviços propostos.</i>

**QUADRO 5** – Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para Questão 02 dos Grupos C, D e E

<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – C</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo C (S2, S5, S6, S7, S9, S11, S14)</b>
O sistema ainda não detém conhecimento da real capacidade instalada, principalmente recursos humanos, causando dificuldades em garantir o que foi de fato programado.	<i>Eu acho que não houve coerência entre a capacidade instalada, programação das diversas unidades de saúde do SUS, com a produção de serviços apresentados no SIA e AIH, mas apenas um início deste processo com o SISPPi, que foi interrompido, sendo a pactuação executada na maioria das vezes, baseada no nível de complexidade da unidade, tendo este fato ocorrido principalmente na macrorregião, percebo claramente que esta análise não é realizada, sendo falada apenas em encontros regionais, portanto os municípios não trabalham com base em análise de capacidade instalada x programação, se assim fosse, melhoraria o acesso.</i>
<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – D</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo D (S3, S8, S10, S18, S21)</b>
Pactuação conforme com capacidade instalada, utilizando-se de relatórios da atenção básica, média e alta complexidade, a falha foi a falta de acompanhamento para permitir uma aproximação com a realidade	<i>A PPI sempre foi realizada de forma coerente o problema é que precisa de setor de regulação e monitoramento mais eficiente, esta ausência se torna mais presente quando se trata de macrorregião a pactuação utilizou os parâmetros e os técnicos das CRES foram orientados pelo nível central e foi tentada uma aproximação com a realidade quando da elaboração e atualização</i>
<b>Ideia Central Síntese do Grupo – E</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo E (S3, S13, S16)</b>
Os municípios desconhecem sua realidade e deixam de analisar as ofertas frente à capacidade instalada, por não existe controle, avaliação eficiente, nem antes e nem depois para as adequações embasadas tecnicamente.	<i>Não vejo coerência entre capacidade instalada, programação e produção, pois quando se inicia a execução das ações e serviços precisa-se de monitoramento e regulação eficiente esta ausência, torna a PPI pontual por desconhecimento da realidade uma vez que não existe avaliação antes e nem depois.</i>

## Resultado

Para a Questão 02, apenas dois sujeitos não fizeram comentários, o que representa 9,52% dos participantes. A análise das respostas com a utilização do método do DSC permitiu-nos realizar o DSC para cinco grupos – A, B, C, D, E – sendo que todos concluíram que na Programação Pactuada Integrada - PPI no Estado do Ceará não há coerência entre a capacidade instalada, programação e produção de serviços apresentada por estas unidades, ao SIA e AIH.

O Grupo A, constituído pelos sujeitos **S1, S4, S5, S8, S11, S12, S13, S15**, representando 38,09 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que na PPI inexistência entre a capacidade instalada, programação e produção de serviços apresentada pelas unidades de saúde, ao SIA e AIH, porque

- a) Não houve preocupação com esta coerência, existiu apenas uma tentativa com o Sistema de Informação da PPI – SISPPPI, o qual foi interrompido no Estado do Ceará;
- b) A pactuação na maioria das vezes baseava-se no nível de complexidade da unidade de saúde, sendo este fato mais evidenciado nas macrorregiões de saúde;
- c) Esta coerência foi falada apenas em encontros regionais;
- d) Os municípios não costumam trabalhar com base na análise da capacidade instalada versus programação, se este fato acontecesse melhoraria o acesso.

O Grupo B, constituído pelos sujeitos **S2, S4, S6, S17**, representando 19,04 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que na PPI inexistência entre a capacidade instalada, programação e produção de serviços apresentada pelas unidades de saúde, ao SIA e AIH, porque

- a) A pactuação não é real em relação à oferta de serviços disponíveis, que é insuficiente;
- b) A análise considerou mais o recurso financeiro movimentado;
- c) Falta estrutura física, tecnológica e contratação de profissionais qualificados para ofertar os serviços pactuados.

O Grupo C, constituído pelos sujeitos **S2, S5, S6, S7, S9, S11, S14**, representando 33,33 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que na PPI inexistência entre a capacidade instalada, programação e produção de serviços apresentada pelas unidades de saúde, ao SIA e AIH, porque

- a) Os municípios que referenciam não têm conhecimento da real capacidade instalada dos municípios que recebem as referências, principalmente recursos humanos, levando a pactuações que não podem ser cumpridas pela falta de profissionais e equipamentos;
- b) Existência de uma concentração de procedimentos programados em unidades que não têm capacidade para atender a demanda.

O Grupo D, constituído pelos sujeitos **S3, S8, S10, S18, S21**, representando 23,80 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que na PPI inexistia coerência entre a capacidade instalada, programação e produção de serviços apresentada pelas unidades de saúde, ao SIA e AIH, porque

- a) Falta eficiência do setor de regulação e monitoramento, principalmente nas macrorregiões de saúde, o que não permite uma aproximação com a realidade.

O Grupo E, constituído pelos sujeitos **S3, S13, S16**, representando 14,28 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que na PPI inexistia coerência entre a capacidade instalada, programação e produção de serviços apresentada pelas unidades de saúde, ao SIA e AIH, porque

- a) Execução das ações e serviços de saúde sem regulação e monitoramento eficiente tornando a PPI Pontual por desconhecimento da realidade;
- b) Não existência de avaliação, nem antes e nem depois das pactuações

**QUESTÃO 03** – A elaboração da PPI vem considerando utilização dos parâmetros de produção / capacidade instalada, determinados pelos diversos conselhos de exercícios profissionais de saúde por meio de resoluções e/ou por portarias dos diversos órgãos de normatização do SUS?

**QUADRO 6** – Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 03 dos Grupos A, B

<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – A</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo A (S1, S16)</b>
A elaboração das PPI geralmente não se dá por técnico com o adequado conhecimento para tal análise	<i>Quanto à utilização dos parâmetros de produção/capacidade instalada, determinados pelos diversos Conselhos de Exercícios Profissionais de saúde, eu vejo que os técnicos dos municípios não possuem adequado conhecimento para sua utilização.</i>
<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – B</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo B (S4, S5, S7, S10, S15)</b>
Foram considerados parâmetros populacionais de necessidade, capacidade instalada, PDR, PDI, CNES, Port. N° 1101 e central de regulação.	<i>Em relação ao questionamento se a PPI, vem considerando utilização dos parâmetros de produção / capacidade instalada, determinados pelos diversos Conselhos de Exercícios Profissionais de saúde através de resoluções e/ou por Portarias dos diversos órgãos de normatização do SUS vejo que se utilizou em parte a portaria GM 1101 e resoluções diversas das CIB-MR/CE, PDR, PDI, CNES Relatório de Gestão e indicadores de saúde, bem como, relatórios da central de regulação, contudo não se falou dos parâmetros de capacidade de produção das normas de exercício profissional.</i>

**QUADRO 7** – Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 03 dos Grupos C, D

<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – C</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo C (S4)</b>
Na PPI não existe um consolidado geral do que foi pactuado para auxiliar na análise de capacidade instalada	<i>Percebo a Falta de informação consolidada, do pactuado pelos municípios, para cada prestador, para uma análise de capacidade instalada.</i>
<b>Ideia Central Síntese do Grupo – D</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo D (S6)</b>
Construção da PPI vem considerando somente as necessidades de atendimentos geradas a partir das Equipes de Saúde da Família, Hospitais Escolas e de uma pseudo-regulação de demandas (D)	<i>Eu acho que a PPI, não se vem considerando utilização dos parâmetros de capacidade instalada versus produção, determinados por Conselhos Profissionais e normatização do SUS, sendo utilizadas demandas do PSF, Hospitais Escolas, e de uma pseudo-regulação.</i>



**QUADRO 8** – Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para Questão 03 dos Grupos E, F

<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – E</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo E (S6)</b>
Os parâmetros assistenciais existentes são impraticáveis e necessitam de revisão (portaria MS nº 1101).	<i>Considero que não existem parâmetros praticáveis para avaliação da capacidade instalada, pois os existentes necessitam de revisão.</i>
<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – F</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo F (S9)</b>
Os gestores anseiam por uma estratégia mais elaborada evitando a fragmentação de ações e recursos.	<i>Considero que não existem parâmetros praticáveis para avaliação da capacidade instalada/produção, pois as portarias procuram manter as ações, no entanto os gestores anseiam por uma estratégia mais elaborada evitando a fragmentação de ações e recursos.</i>

**Resultado**

No Quadro V, 47,61% dos entrevistados não emitiram comentário sobre o assunto, porém, mesmo assim, com a utilização do método do DSC, obtivemos repostas catalogadas em seis grupos – A, B, C, D, E, F – sendo que todos concluíram que na Programação Pactuada Integrada - PPI no Estado do Ceará não se considera em sua elaboração a utilização dos parâmetros de produção *versus* capacidade instalada, determinados pelos diversos conselhos de exercícios profissionais de saúde mediante resoluções e/ou portarias dos diversos órgãos de normatização do SUS, por diversos motivos, conforme passamos a discorrer.

GRUPO A, constituído pelos sujeitos **S1, S16**, representando 9,52 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que,

- a) Os técnicos dos municípios não possuem adequado conhecimento para utilização parâmetros de produção citados.

GRUPO B, constituído pelos sujeitos **S4, S5, S10, S15**, representando 19,04 %, afirmou que não se utilizou dos parâmetros de capacidade de produção das normas de exercício profissionais,

- a) Tendo utilizado apenas de portarias ministeriais, resoluções da CIB, PDR, PDI, CNES e relatórios das centrais de regulação.

GRUPO C, constituído pelo sujeito **S4**, representando 4,76 % dos entrevistados, argumentou em seu discurso que,

- a) Percebo a falta de informações consolidadas do pactuado pelo município, para possibilitar uma análise da capacidade de produção de ações e serviços de saúde.

GRUPO D, constituído pelo sujeito **S6**, representando 4,76 % dos entrevistados, argumentou em seu discurso que a PPI não vem se utilizando de parâmetros de produção determinados pelos conselhos de exercício profissional, e que,

- a) Utilizam-se de demandas dos diversos prestadores de serviços e de uma pseudo regulação de acesso.

GRUPO E, constituído pelo sujeito **S6**, representando 4,76 % dos entrevistados, argumentou em seu discurso que a PPI não vem se utilizando de parâmetros de produção determinados pelos conselhos de exercício profissional, e que,

- a) Os parâmetros assistenciais são impraticáveis e necessitam de revisão.

GRUPO F, constituído pelo sujeito **S9**, representando 4,76 % dos entrevistados, argumentou em seu discurso que a PPI não vem se utilizando de parâmetros de produção determinados pelos conselhos de exercício profissional, e que,

- a) Não existem parâmetros praticáveis, pois os gestores anseiam por outras normais mais flexíveis que não fragmentem os recursos.

Após a exposição com base nos DSC da Questão 03, percebemos que os municípios não trabalham com parâmetros de produção determinados pelos conselhos de exercício profissional, por desconhecimento técnico ou por desinformação. Também os gestores discordarem de algumas normas assistenciais.

**QUESTÃO 04** – A PPI foi realizada conforme realidade local, considerando os planos de saúde e suas programações anuais e demais instrumentos de planejamento, e a Lei Orçamentária Anual – LOA?

**QUADRO 9** – Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 04 dos Grupos A, B e C

<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – A</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S1, S4, S5, S6, S7, S8, S10, S11, S13, S14, S16, S18, S19, S21)</b>
A PPI não tem relação com instrumentos de planejamentos, os quais se tornam mera peça burocrática e não se apropria da realidade, mesmo tendo ocorrido orientações nesta lógica.	<i>Embora a orientação tenha sido a construção da PPI dentro desta lógica, no geral os municípios não consideram os instrumentos legais, não existe um estudo profundo da realidade local. Vejo, que a PPI existente não tem relação com a realidade local e com os instrumentos citados, sendo a programação feita através da oferta de serviços, tanto a nível local como de referência e os planos de saúde viram meras peças burocráticas, portanto, prevalece a série histórica, que mostra os procedimentos realizados nos anos, mas não a realidade local.</i>
<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – B</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S2, S4, S15)</b>
A PPI possui alguma coerência com os instrumentos de planejamento não necessariamente com a Lei Orçamentária.	<i>Parcialmente, pois a programação é feita tendo como base a suposta oferta de serviços, possuindo alguma coerência com os instrumentos de planejamento, mas, não com a Lei Orçamentária Anual, existindo atualmente e ainda de forma incipiente alguns municípios buscando a coerência com a realidade local.</i>
<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – C</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S3, S17)</b>
Estes instrumentos de gestão são considerados quando do planejamento estratégico, e observa-se também, a série histórica de produção.	<i>Eu vejo que estes instrumentos de gestão perpassam um planejamento estratégico, onde a SESA realiza atividade extramural nos municípios, sendo observada também a série histórica de produção.</i>

## Resultado

No resultado da análise da resposta à Questão – 04, percebemos que três sujeitos da pesquisa, o que corresponde a 14,28 %, não se manifestaram, porém para os demais, com a utilização do método do DSC, obtivemos repostas catalogadas em três grupos – A, B, C – sendo que todos concluíram que na Programação Pactuada Integrada - PPI no Estado do Ceará não se vem considerando a utilização dos planos de saúde, suas programações anuais e

demais instrumentos de planejamento, bem como a Lei Orçamentária Anual – LOA, pelos motivos que passamos a expor.

GRUPO A, constituído pelos sujeitos **S1, S4, S5, S6, S7, S8, S10, S11, S13, S14, S16, S18, S19, S21**, representando 66,66 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que

- a) Os municípios não consideram os instrumentos legais na construção de suas planilhas de pactuação.
- b) Não existe um estudo profundo da realidade local, com os instrumentos citados.
- c) A programação é feita através da oferta de serviços tanto local como de referência.
- d) Os planos viraram meras peças burocráticas prevalecendo a série histórica que mostram produção e não necessidade de ações e serviços.

GRUPO B, constituído pelos sujeitos **S2, S4, S15**, representando 14,28% dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que

- a) Programação é feita com base na oferta de serviços e não existe coerência com a Lei Orçamentária Anual.

GRUPO C, constituído pelos sujeitos **S3, S17**, representando 9,52% dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que

- a) Programação é feita com base na série histórica, os instrumentos de planejamento são vistos quando do planejamento estratégico, onde a SESA realiza atividade extramural nos municípios.

**QUESTÃO 05** – Considerando a sua vivência profissional, os recursos financeiros propostos e alocados garantem a integralidade das ações assistenciais de saúde, considerando as necessidades municipais e estaduais?

**QUADRO 10** – Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 05 dos Grupos A, B

<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – A</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S3, S4, S6, S7, S9, S10, S11, S13, S14, S15, S17, S20, S21)</b>
A questão é de subfinanciamento do SUS, necessita de mais recurso para a garantia do acesso.	<i>Vejo a questão como um Subfinanciamento do SUS, é preciso mais recurso para a garantia do acesso e com uma tabela de preços defasada, não conseguimos aporte financeiro para garantia a integralidade das ações assistenciais, os recursos não são suficientes para as necessidades de assistência identificadas, sendo estes mensuráveis e as demandas não, tendo como consequência uma demanda reprimida relevante fazendo-se necessário a efetivação da EC/29, com definição clara de recursos para a saúde, além do que na pactuação observou-se apenas a série histórica e o limite físico e financeiro.</i>
<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – B</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S9, S14)</b>
A integralidade é prejudicada pela inexperiência, descaso, negligência na alocação de recursos, dificultando o acesso de qualidade da população aos serviços.	<i>A integralidade é prejudicada pela inexperiência, descaso, negligência na alocação de recursos, dificultando o acesso de qualidade da população aos serviços, portanto, os recursos não são otimizados para garantir a integralidade.</i>

**QUADRO 11** – Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 05 dos Grupos C, D, E

<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – C</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S11, S12, S15, S17, S18, S19)</b>
A demanda nos três níveis de atenção à saúde é maior que a oferta de serviços, com capacidade instalada deficiente e demanda reprimida, e a utilização de serviços particulares pelos usuários, na presença de uma rede assistencial desorganizada.	<i>Digo que os recursos financeiros não garantem a integralidade das ações assistenciais de saúde, devido à existência de altas demandas nos três níveis de atenção, bem maior que a oferta de serviços, pois a capacidade instalada é deficiente, levando a uma demanda reprimida de procedimentos e a utilização de serviços particulares por parte dos usuários, tudo isso, agravado por uma rede assistencial desorganizada.</i>
<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – D</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S14)</b>
Falta de efetivo controle, avaliação, regulação e auditoria.	<i>Digo que os recursos financeiros propostos não garantem a integralidade das ações assistenciais de saúde, devido também a falta de efetivo controle, avaliação, regulação e auditoria.</i>
<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – E</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S16, S17)</b>
Garantir a integralidade é ainda uma meta distante.	<i>Acho que as programações podem ser mais eficientes, mas a garantia da integralidade é ainda uma meta distante.</i>

**Resultado**

No resultado da análise da resposta à Questão 05, percebemos que quatro sujeitos da pesquisa, o que corresponde a 19,04 %, não se manifestaram sobre o assunto, mas, para os demais, com a utilização do método do DSC, obtivemos repostas catalogadas em cinco grupos – A, B, C, D, E – sendo que todos concluíram que os recursos financeiros propostos e alocados na PPI/CE não garantem a integralidade das ações assistenciais de saúde, considerando as necessidades municipais e estaduais, pelos motivos que passamos a expor.

**GRUPO A**, constituído pelos sujeitos **S3, S4, S6, S7, S9, S10, S11, S13, S14, S15, S17, S20, S21**, representando 61,90 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que

- a) Existe subfinanciamento no SUS, é preciso recursos necessários a efetivação da EC/29, com definição clara de recursos para a saúde.

- b) Não conseguimos aporte financeiro para garantir a integralidade das ações assistenciais.
- c) Os recursos não são suficientes para as necessidades identificadas.
- d) Os recursos são mensuráveis e as demandas não, gerando demanda reprimida.

GRUPO B, constituído pelos sujeitos **S9, S14**, representando 9,52 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que

- a) A integralidade é prejudicada pela inexperiência, descaso, negligência na alocação dos recursos.
- b) Existe dificuldade para garantir o acesso de qualidade aos serviços de saúde, pois, os recursos não são otimizados para garantir a integralidade das ações assistenciais.

GRUPO C, constituído pelos sujeitos **S11, S12, S15, S17, S18, S19**, representando 28,57 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que

- a) Os recursos não garantem a integralidade das ações de saúde, devido a existência de alta demanda nos três níveis da assistência.
- b) A Demanda é bem maior que a oferta, pois a capacidade instalada é deficiente e força o uso de serviços particulares pelo usuário.
- c) A rede assistencial é desorganizada.

GRUPO D, constituído pelo sujeito **S14**, representando 4,76 % dos entrevistados, argumentou em seu discurso coletivo que

- a) Digo que os recursos financeiros propostos não garantem a integralidade das ações assistenciais de saúde, devido também a falta de efetivo controle, avaliação, regulação e auditoria.

GRUPO E, constituído pelos sujeitos **S16, S17**, representando 9,52 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que

- a) Podemos melhorar as programações, mas mesmo assim a garantia da integralidade das ações assistenciais é uma meta distante.



**QUESTÃO 06** – Na planilha de pactuação expressa pelos municípios, os prestadores de serviços de saúde exercem ou exerceram interferência sobre que ações de saúde devem ser pactuadas.

**QUADRO 12** – Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 06 dos Grupos A, B e C

<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – A</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S1, S6, S10, S13, S17, S21).</b>
Com o Pacto de Gestão os gestores locais vêm buscando uma pactuação entre gestores, com base em conhecimento da capacidade instalada, com objetivo de garantir o acesso da população.	<i>Vejo que a pactuação se deu entre gestores, com base em conhecimento da capacidade instalada, da qualidade dos serviços e do tempo resposta para o atendimento as demandas, identificados pelas auditorias, com objetivo de garantir o acesso da população, tendo os prestadores apenas encaminhados relação de procedimentos ofertados.</i>
<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – B</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S4, S5, S7, S9, S11, S14, S15, S18, S19, S20)</b>
Existe influência do prestador nas discussões, quando das barganhas de procedimentos conforme, sua conveniência e não pela necessidade real, sendo mais presente a nível local do que de referência.	<i>Constato que a influência acontece mais notadamente, na pactuação microrregional pela proximidade com os prestadores, os quais, sempre usam seu poder para barganhar procedimentos, Não existindo programação sem a anuência, ou seja, o aceite do prestador. A pactuação na realidade é influenciada pela oferta apresentada e não pela necessidade real., sendo que os acordos ocorrem anteriormente ao preenchimento das planilhas. Os prestadores informam a capacidade de oferta ao município polo e de acordo com as suas conveniências.</i>
<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – C</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S11)</b>
Os prestadores aceitam pactuações sem possuírem capacidade instalada, visando apenas o recurso financeiro.	<i>Vejo que os prestadores mesmo sem capacidade instalada aceitam pactuações para garantir o recurso financeiro, assim realizam uma verdadeira regulação de acesso por não ter como garantir o acesso devido a não possuir condições de realizar o procedimento.</i>

## Resultado

No resultado da análise da resposta à Questão – 06, cinco sujeitos, o que corresponde a 23,80 %, não se manifestaram sobre o assunto, porém para os demais, com a utilização do método do DSC, obtivemos repostas catalogadas em três grupos – A, B, C – sendo que o grupo A, constituído por 28,58 % dos participantes, afirma que os prestadores não interferem na pactuação, enquanto os grupos B e C, que representam 47,61 dos sujeitos

da pesquisa, garantem que os prestadores influenciam, diretamente, sim na planilha de programação, sobre que ações de saúde devem ser pactuadas.

Isto pelos motivos que passamos a expor:

GRUPO A, constituído pelos sujeitos **S1, S6, S10, S13, S17, S21**, representando 28,57 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que

- a) As pactuações se fazem entre gestores, conforme capacidade instalada, qualidade dos serviços prestados e tempo de resposta à demanda.
- b) As auditorias municipais identificam as características necessárias para a pactuação.

GRUPO B, constituído pelos sujeitos **S4, S5, S7, S9, S11, S14, S15, S18, S19, S20**, representando 47,61 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que

- a) A influência acontece mais notadamente na pactuação a nível microrregional, pela proximidade dos prestadores com os gestores.
- b) Os prestadores utilizam-se de seu poder para negociar que procedimentos irão compor as planilhas de programação.
- c) A pactuação é influenciada pela oferta apresentada e não pela necessidade real do usuário.
- d) Os prestadores informam suas capacidades de oferta de acordo com suas conveniências.

GRUPO C, constituído pelo sujeito **S11**, representando 4,76 % dos entrevistados, argumentou em seu discurso que

- a) Os prestadores mesmo sem possuir capacidade instalada, aceitam pactuações com objetivo de garantir recursos financeiros.

**QUESTÃO 07** – Quais as estratégias (contratação de consultorias; trabalhos realizados pelos técnicos municipais) que predominantemente foram adotadas pelos municípios na elaboração de suas planilhas para pactuação na CIB.

**QUADRO 13** – Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 07 dos Grupos A, B

<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – A</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S1, S4, S5, S6, S7, S9, S19, S21).</b>
Os municípios asseguram a realização de todos os serviços pelos seus técnicos	<i>Os municípios utilizam seus técnicos e com dados das centrais de regulação e pactuações das câmaras técnicas, realizam suas planilhas, de 2006 para cá esta participação vem aumentando, com técnicos municipais de diversos segmentos como atenção primária, regulação, atenção secundária, através de reuniões, etc. As planilhas são previamente encaminhadas a Regional de Saúde e submetidas à avaliação pelo setor responsável os trabalhos realizados pelos técnicos municipais consideram levantamento da demanda real.</i>
<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – B</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S2, S6, S10, S11, S13, S15, S16, S17)</b>
Os municípios utilizam basicamente a assessoria técnica da CRES.	<i>As estratégias que predominantemente foram adotadas pelos Municípios na construção de suas planilhas de PPI, para pactuação na CIB, foram elaboração de planilhas, pelos técnicos municipais, em oficinas com a orientação e assessoria técnica da CRES, realizaram-se ainda reuniões em Câmara Técnicas Regionais, com participação de prestadores, no caso da microrregião, com os instrumentos da CRESUS-regional e municipal, atualmente as planilhas e pactuações são realizadas com a participação dos técnicos dos municípios e os técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde.</i>

**QUADRO 14** – Discurso do Sujeito Coletivo-DSC para a Questão 07 dos Grupos C, D

<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – C</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S2, S6, S12, S18)</b>
Muitos municípios possuem consultorias.	<i>Vejo que a estratégia que predominou, foi que, muitos municípios possuem assessoria particular e assessoria dos técnicos das regionais de saúde e ou têm consultoria contratada.</i>
<b>Ideia Central-Síntese do Grupo – D</b>	<b>Discurso do Sujeito Coletivo (S8, S14, S20)</b>
Não há critérios técnicos, alguns municípios utilizaram as planilhas anteriores ajustada conforme as demandas, existindo inclusive, reprogramações por situações de influência política partidária. (D)	<i>As estratégias que predominantemente foram adotadas pelos Municípios na construção de suas planilhas de PPI, não obedecem a critérios técnicos, alguns municípios utilizaram as planilhas anteriores e foram ajustando, conforme as demandas reprimidas e por não acreditarem na PPI repetem as anteriores presenciamos inclusive reprogramações por situações de influência política partidária esta situação deve perdurar tendo em vista a fragilidade dos SNA municipais.</i>

**Resultado**

Este quesito foi comentado por todos os 21 sujeitos participantes da pesquisa. O resultado da análise das respostas à Questão 07, com a utilização do método do DSC, permitiu-nos realizar o DSC para quatro grupos – A, B, C e D – sendo que todos concluíram que na Programação Pactuada Integrada - PPI no Estado do Ceará, Os municípios ainda não se conduzem sozinhos quando da realização da planilha de pactuação, utilizando-se da assessoria técnica da CRES e contratação de consultoria, pelos motivos que passamos a expor.

GRUPO A, constituído pelos sujeitos **S1, S4, S5, S6, S7, S9, S19, S21**, representando 38,09 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que

- a) Os municípios utilizam seus técnicos e com dados das centrais de regulação e pactuações das câmaras técnicas, constroem suas planilhas.
- b) De 2006 para cá, vem aumentando a participação dos técnicos municipais de diversos segmentos como atenção primária, regulação, atenção secundária, através de reuniões, etc.
- c) As planilhas são previamente encaminhadas a Regional de Saúde e submetidas à avaliação pelo setor responsável.

GRUPO B, constituído pelos sujeitos **S2, S6, S10, S11, S13, S15, S16, S17**, representando 38,09 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que

- a) Elaboração de planilhas, pelos técnicos municipais, em oficinas com a orientação e assessoria técnica da CRES,
- b) Reuniões em Câmara Técnicas Regionais, com participação de prestadores, no caso da microrregião, com os instrumentos da CRESUS - regional e municipal,
- c) Participação dos técnicos dos municípios e os técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde.

GRUPO C, constituído pelo sujeito **S11**, representando 4,76 % dos entrevistados, argumentou em seu discurso coletivos que

- b) Os prestadores mesmo sem possuir capacidade instalada, aceitam pactuações com objetivo de garantir recursos financeiros.

GRUPO D, constituído pelos sujeitos **S8, S14, S20**, representando 14,28 % dos entrevistados, argumentou em seus discursos coletivos que

- a) As estratégias adotadas pelos municípios na construção de suas planilhas de PPI, não obedecem a critérios técnicos.
- b) Alguns municípios utilizaram as planilhas anteriores que foram ajustando, conforme as demandas reprimidas.
- c) Existem reprogramações por situações de influência política partidária.
- d) Não existe perspectiva de mudança desta situação, tendo em vista, a fragilidade dos SNA municipais.

## 5 DISCUSSÃO E RESULTADOS

A discussão sobre o estudo está centrada em dois aspectos. O primeiro deles refere-se à utilização de métodos e técnicas de investigação científica e o segundo diz respeito à análise e avaliação dos dados e informações.

Quanto ao primeiro aspecto, a avaliação de programas sociais pode ser compreendida como um conjunto de atividades técnico-científicas ou técnico-operacionais que buscam atribuir valor de eficiência, eficácia e efetividade a processos de implantação, implementação e resultados, integrando as vantagens da avaliação tradicional com a abordagem qualitativa. E ainda os mesmos temas, às vezes, trazem conclusões semelhantes, o que serve como balizamento de confiabilidade e validade (MINAYO, 2005).

É conhecida no meio acadêmico a questão que polariza pesquisadores quanto à natureza do método das investigações. De um lado, os defensores do quantitativo, e de outra banda, os do qualitativo que argumentam o uso de um ou do outro método. O estudo aqui desenvolvido esbarra nessa polêmica e utiliza os dois métodos para obter dados quantitativos e realizar a análise de informações dos sujeitos.

A esse respeito, Minayo (2005), afirma baseada em pesquisadores de estudos qualitativos, que a integração de métodos acontece por motivos práticos, quando se trata de processar e analisar dados produzidos por vários instrumentos; e que o processo de investigação, de uma forma explícita ou implícita, sempre utiliza conceitos e noções de áreas diversas do conhecimento. Cada método, por si, não possui elementos para responder às questões que uma investigação específica suscita. A utilização de vários métodos propicia a iluminação da realidade sob vários ângulos. Acentua, ainda, que as aproximações quantitativas e qualitativas não devam ser consideradas antagônicas e sim linguagens complementares; embora de naturezas diferentes (MINAYO; SANCHEZ, 1993).

Realizamos pesquisa documental e análise de dados secundários dos sistemas de informação do SUS, tendo suporte na utilização de função estatística para trabalhar com distribuição e intervalo de frequência. A pesquisa qualitativa foi assumida na perspectiva de integração de abordagens, com a utilização do Método do Discurso do Sujeito Coletivo, mediante questionário autoaplicado. Ademais, foi utilizado outro questionário autoaplicado

com quesitos semiestruturados, analisado com enfoque quantitativo. Com os resultados da análise, foi possível identificar limites para caracterizar a PPI como instrumento da garantia do acesso e de promoção da integralidade das ações assistenciais, a seguir destacados.

1) A análise quantitativa dos relatórios de auditorias, quanto à conformidade do CNES à capacidade instalada, verificada *in loco*, em amostra selecionada no total de auditorias do componente estadual do SNA/Ceará, 2007 – 2009, mostrou que, em 86 % destes relatórios, existiam recomendações para correções de deficiências na capacidade instalada. Estes achados permitem afirmar sobre a possibilidade da ocorrência de uma programação distorcida, *a priori*, ante a incoerência entre capacidade instalada, cadastrada e existente. No eixo qualitativo do estudo, com suporte no Método do Discurso do Sujeito Coletivo, foi possível verificar semelhanças e complementaridade nos resultados. Isto pode, segundo (MINAYO, 2005), conferir validação e confiabilidade ao estudo. Assim, ressaltamos a seguir resultados do DSC que se aproximam dos achados quantitativos.

- a) Não houve preocupação com esta coerência; existiu apenas uma tentativa com o Sistema de Informação da PPI – SISPPPI, o qual foi não adotado no Estado do Ceará.
- b) Os municípios não costumam trabalhar com base na análise da capacidade instalada *versus* programação; se este fato acontecesse melhoraria o acesso.
- c) Esta coerência foi expressa apenas em encontros regionais.
- d) Faltam estrutura física, tecnológica e contratação de profissionais qualificados para ofertar os serviços pactuados.
- e) Os municípios que referenciam não têm conhecimento da real capacidade instalada dos municípios que recebem as referências, principalmente recursos humanos, levando a pactuações que não podem ser cumpridas pela falta de profissionais e equipamentos.
- f) A falta de eficiência do setor de regulação e monitoramento, principalmente nas macrorregiões de saúde, não permite uma aproximação com a realidade.
- g) Não existência de avaliação, nem antes nem depois das pactuações.

2) Na de coerência entre programação e capacidade instalada dos hospitais, utiliza-se a consulta de observação como traçador, tendo verificado que, em 2007, dentre os 211 hospitais analisados, conforme método quantitativo, 66 hospitais ou 31,27 % apresentavam programação e produção incoerentes com a capacidade instalada registrada no

CNES, fato que se repete em 2009, quando, dos 208 hospitais que apresentaram a realização deste procedimento, 73 ou 35,09 % destas instituições registravam incoerência de programações. Quando aproximamos estes resultados com os obtidos por métodos qualitativos, podemos afirmar, com Minayo (2005), que a utilização de vários métodos propicia a abordagem da realidade sob vários ângulos, e que as aproximações quantitativas e qualitativas devem ser consideradas complementares. Dos resultados qualitativos, corroborando esta afirmativa, destacamos.

- a) Os técnicos dos municípios não possuem adequado conhecimento para utilização de parâmetros de produção citados.
- b) Os parâmetros assistenciais são impraticáveis e necessitam de revisão.
- c) Percebemos a falta de informações consolidadas do pactuado pelo município, para possibilitar uma análise da capacidade de produção de ações e serviços de saúde.

3) Na análise do desempenho dos municípios, quando comparando os recursos financeiros repassados fundo a fundo com a produção apresentada e paga nos sistemas oficiais do SUS, tem-se em 2007, 15 municípios com desempenho abaixo de 50 % e 42 municípios com desempenho menor do que 75 %. Em 2009, 48 municípios apresentam desempenho abaixo de 50 % e 104 municípios abaixo de 75 %. Estes resultados são indicativos da utilização de recursos financeiros em uma lógica diferente da normatização do SUS, a qual busca a integralidade assistencial quando vincula os recursos de transferências federais à produção de procedimentos. Com a integração de métodos, conforme Minayo & Sanchez (1993), foi possível processar e analisar dados produzidos por vários instrumentos, assim complementando as informações. De tal sorte que, ao compararmos os resultados antes referidos com os dados qualitativos do DSC, observamos complementaridade e semelhanças tais como:

- a) financiamento não é gerenciado visando à resolubilidade;
- b) faz-se necessário ajuste físico-financeiro da PPI;
- c) determina um limite físico-financeiro virtual que não garante a totalidade dos procedimentos pactuados;
- d) a PPI é apenas um instrumento de financiamento do SUS, quanto à distribuição de recursos e precisa melhorar muito; e a
- e) existência de grande diferença entre o formalizado no papel e o que é realmente financiado.



4) Na análise das Taxas de Ocupação Hospitalar de todos os hospitais cadastrados no CNES, que mostraram produção no Sistema de Informações Hospitalar, segundo categorias adotadas para os hospitais analisados, no período de 2007 e 2009, constatamos que os hospitais de pequeno porte- HPP, nos dois períodos, tiveram, em todas as 64 unidades, uma Taxa de Ocupação Hospitalar menor do que 50 %; das 64 unidades, 54 em 2007 e 59 em 2009 tiveram uma Taxa de Ocupação Hospitalar menor ou igual a 25 %, o que comprova uma baixa capacidade de resposta, quando consideramos o processo normativo da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte, que planejou, pela Portaria Nº 1044, de junho de 2004, uma Taxa de Ocupação Hospitalar de 80 %, demonstrando incoerência, então, entre o planejado, pactuado e produzido.

Em relação aos hospitais-polo, verifica-se baixa taxa de ocupação hospitalar, pois em 2007 tivemos 22 unidades hospitalares, ou seja, 73 % dos hospitais-polo com Taxa de Ocupação menor ou igual a 50 %. Em 2009, tivemos 17 unidades deste tipo hospitalar ou 57 % com Taxa de Ocupação menor ou igual a 50 %, contrariando parâmetros normativos do Ministério da Saúde e demonstrando incoerência entre os processos de planejamento e pactuação e produção de serviços, uma vez que produz muito abaixo dos leitos cadastrados no CNES, refletindo baixa capacidade instalada, recursos humanos e ou equipamentos.

Na categoria de hospital intermediário, referida a hospitais locais dos sistemas municipais de saúde, temos 152 unidades ou 74 % destes hospitais, em 2007, e 113 ou 70 %, em 2009, com Taxa de Ocupação Hospitalar menor ou igual a 35 %. Ressalvemos que alguns hospitais desta categoria, especializados em Cardiologia, Traumatologia, Oncologia, Neurologia e Psiquiatria, localizados em municípios-sede de macrorregião de saúde, bem como os hospitais locais da sede da macrorregião de Fortaleza, registraram altas taxas de ocupação. No conjunto, a modalidade de hospital intermediário contribui para a baixa resolubilidade da rede de serviços hospitalares, com provável impacto negativo na garantia da integralidade da atenção e do acesso universal.

Os hospitais de ensino constituem modalidade especial, com financiamento segundo política específica, pois lida com ensino e pesquisa e traz contrato de metas, inclusive nesta área. Mesmo, porém, aqui observamos duas unidades com distorções nas suas Taxas de Ocupação Hospitalar em relação às normas e parâmetros do SUS. Em 2007, tivemos

um hospital ou 11 % desta categoria com taxa de ocupação menor ou igual a 50 %. Ademais, em 2009, um hospital exibiu Taxa de Ocupação menor ou igual a 15 %.

A situação encontrada, possivelmente, contribui para a baixa resolubilidade da rede, afetando a garantia da integralidade da atenção e do acesso universal. Com a análise ora procedida, podemos comprovar semelhança e complementaridade, com potencial de validação e confiabilidade, quando comparados os resultados do estudo no eixo da análise qualitativa, com suporte no Método do Discurso do Sujeito Coletivo, que neste aspecto se destacam.

- a) não tem garantidos os procedimentos da forma como foi pactuada;
- b) ausência da oferta de serviços pactuados por parte do prestador;
- c) não existência de oferta de suficiente para a demanda, principalmente nas macrorregiões de saúde (demanda maior do que oferta);
- d) programação não real em razão de procedimentos que o prestador não pode produzir e procedimentos que não representam as necessidades dos municípios, gerando demanda reprimida;
- e) financiamento não é gerenciado visando à resolubilidade;
- f) precisa de reajuste físico-financeiro da PPI;
- g) determina um limite físico-financeiro virtual, que não garante a totalidade dos procedimentos pactuados;
- h) a PPI é apenas um instrumento de financiamento do SUS, quanto à distribuição de recursos e precisa melhorar muito;
- i) existe grande diferença entre o formalizado no papel e o que é realmente financiado;
- j) serve mais como instrumento orientador da organização de rede, do que como garantidor do acesso;
- k) a alocação de recursos é virtual, o que torna difícil o acompanhamento da execução financeira;
- l) baixo nível de monitoramento da produção de ações de saúde;
- m) faltam regulação, monitoramento e avaliação mais eficiente;
- n) tem dificuldade para garantir o acesso, mas serve como subsídio ao gestor para nortear o planejamento;
- o) a PPI no Estado do Ceará é obsoleta e ainda não foi efetivada;
- p) a PPI não define a real necessidade dos municípios; e

q) existe até mesmo negociação paralela do gestor de um município, com servidores da unidade prestadora do outro município.

5) O serviço de controle, avaliação e auditoria, essencial ao exercício da gestão no SUS, em todos os níveis de governo, exige uma articulação permanente das ações de programação com as unidades organizacionais. A apropriação dos seus resultados é expressa como fundamental para a identificação de prioridades, no processo de decisão política, quando da pactuação, programação e alocação dos recursos. A análise dos componentes do SNA, todavia, demonstra que dos 184 municípios que se encontravam em Gestão de Sistemas Municipais de Saúde no Ceará e com obrigação legal de terem estruturado os seus componentes municipais do SNA, apenas 73 municípios declararam possuir SNA implantado. Com o detalhamento desta informação, constatamos que apenas 50 municípios declararam que seus SNA possuíam ato de criação e 60 municípios disseram que seus SNA compunham o Organograma da Secretaria; apenas 34 municípios afirmaram possuir espaço físico específica para o seu SNA. Deste modo, as carências no setor de controle, avaliação e auditoria ficaram patentes, podendo impactar negativamente na programação físico-orçamentária, dentre outros, em virtude da não sistematização de produção das informações necessárias a este processo.

Com a síntese dos Discursos do Sujeito Coletivo, articulando-a ao eixo quantitativo, observamos aproximação e complementaridade de resultados, sendo possível asseverar sobre a incoerência entre a capacidade instalada das unidades e a programação físico-orçamentária com a produção de serviços, no SUS-Ceará, considerando o período estudado. Ademais, os resultados da investigação apontaram que a alocação dos recursos financeiros no processo de programação pactuada e integrada não se fez considerando o acesso aos serviços de saúde e a integralidade das ações de saúde, não se confirmando, ainda, a PPI como mecanismo de garantia do acesso universal e da integralidade da atenção à saúde.

Os resultados deste estudo reforçam análises anteriores, ao tempo em que suscitam questões ainda por responder. Pudemos constatar a posição destacada do Ceará no contexto nacional, conforme anotou Oliveira (2004), com iniciativas de programação das ações e serviços de saúde, ainda que, a exemplo do trabalho de Gomes (2003), elas tenham sido marcadas por decisões com base em séries históricas, particularmente com relação à programação das ações de média e alta complexidade, distanciadas das reais necessidades da

população e subsumidas à escassez de recursos. Assim, esta realidade nos faz refletir, com Mendes-Gonçalves *et al.* (1993), sobre a possibilidade da racionalização negativa se expressar na ação programática, com os meios se sobrepondo aos fins (burocratização). Ainda com estes autores, mediante a abordagem qualitativa da PPI, foi possível caracterizar a ação programática como perpassada por processos políticos de priorização de objetivos, mediada por valores e projetos que nunca são neutros. Esta visão é compartilhada com os achados de Miranda (2003), em relação aos processos de pactuação no SUS.

Em aberto a necessidade de mais estudos para responder a questões sobre a politização da PPI, com estratégias que considerem este processo como implicado na racionalização econômica de meios, com vistas a certos fins, que só se mantêm como forma consistente de organização do trabalho quando aqueles fins, com sua variabilidade e conexões políticas, permanecem claramente identificados, determinando os meios (MENDES-GONÇALVES *et al.*, 1993).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No sentido das considerações finais, importa explicitar as limitações do estudo, como o não detalhamento das ações programadas com suporte nos recursos financeiros alocados, o que permitiria ampliá-lo quanto aos limites postos à integralidade; as dificuldades inerentes ao CNES, quanto à atualização de seus dados, considerando seu caráter oficial e de responsabilidade do gestor público, facilitadora de análises mais aproximadas da realidade; a opção pelo emprego do questionário autoaplicado implicou a redução das possibilidades de análise de questões não respondidas por uma parcela dos entrevistados; além do instrumento adotado para análise dos componentes dos SNA municipais não ter apresentado informações relativas a uma parte da amostra selecionada. Mesmo considerando estas limitações, foi possível viabilizar os objetivos do estudo, aportando resultados antes discutidos, tanto por processo de avaliação quantitativa quanto qualitativa, que permitiu constituir as conclusões e recomendações.

Dessa forma, conclui-se que.

- a) A PPI no Estado do Ceará não está sendo utilizada como mecanismo de garantia do acesso às ações de saúde, e nem como garantia da integralidade da atenção, em razão de pontos de estrangulamento, como a insuficiência de capacidade instalada para produção dos procedimentos pactuados, o subfinanciamento, agravado pela falta de controle, regulação e avaliação mais efetiva por parte dos gestores.
- b) A programação físico-financeira é irreal, expressando incoerência com a realidade local, pela ausência da oferta do serviço pactuado pelo prestador, além do que existe uma negociação paralela ao sistema de regulação de acesso, entre os gestores e servidores das unidades de saúde.
- c) Os municípios contratantes não têm conhecimento da capacidade instalada das unidades prestadoras de ações e serviços de saúde e o gestor do município de referência oferta ações e serviços, com priorização da manutenção do teto financeiro.

- d) Existência de pactuação na lógica do prestador, mais pronunciadamente na microrregião de saúde, pela proximidade com os prestadores, constituindo-se, pois, uma pactuação influenciada pela oferta e não pela necessidade real.
- e) A PPI não considerou os planos de saúde e suas programações anuais e demais instrumentos de planejamento, e a Lei Orçamentária Anual – LOA, transformando estes instrumentos em peças burocráticas sem apropriação da realidade local municipal, de tal forma que o processo de pactuação não privilegiou a totalidade da normatização, desconsiderando, até mesmo, as resoluções dos conselhos de exercício profissional.
- f) A PPI do SUS no Ceará não exprime coerência entre a capacidade instalada das unidades e a programação físico-orçamentaria e a produção de serviços. Ademais, a alocação de recursos financeiros não considera o acesso aos serviços de saúde e a integralidade das ações de saúde.

Objetivando corrigir as distorções e desconformidades da PPI quanto aos itens analisados recomendamos.

A) Aos gestores estaduais

1) Proporcionar condições técnicas e de assessoria aos municípios para viabilizar a realização e atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, com acompanhamento e controle do sistema de informação para tal finalidade.

2) Sugerimos aos gestores estaduais que, com certa urgência e de maneira sistemática, realizem atualização do Cadastro de Estabelecimento de Saúde – CNES; Melhoria/Criação dos Setores de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria, bem como contratação e capacitação do corpo técnico para o referido setor conforme norma técnica. Por fim, recomendamos uma repactuação da PPI, que considere os limites apontados neste estudo.

B) Aos gestores municipais

1) Sugerimos aos gestores estaduais e municipais, que, com certa urgência e de maneira sistemática, realizem atualização do Cadastro de Estabelecimento de Saúde – CNES; Melhoria/Criação dos Setores de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria, bem como contratação e capacitação do corpo técnico para o referido setor conforme norma técnica. Por fim, recomendamos uma repactuação da PPI, que considere os limites apontados neste estudo.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. **SUS Passo a Passo**: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec, 2001.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Resolução nº 258/1991/INAMPS. Normas Operacionais básicas NOB 91. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 de jan. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde**: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 1. ed. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 de set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O processo de planejamento do Sistema Único de Saúde**: programação e orçamentação da saúde (PROS/1992): anexo III. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 539, de 05 de outubro de 2007. Pacto pela Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 DE Out. de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de Fevereiro de 2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 fev. 2002. n. 12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 fev. 2006 a. Seção I, p 43-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília, 2006 b. (Série I. História da Saúde no BRASIL).



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de Janeiro de 2001. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 26 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília, 2006 c. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº539. Remanejar o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial sob gestão dos municípios habilitados à Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme detalhado nos Anexos II e III. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006 d.72 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministro da Saúde. Portaria nº 2203, de 6 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica NOB 96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção I, p. 22976.

BRASIL. Ministro da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Normas Operacionais básicas NOB 93. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 de maio. 1993. Seção I, p. 6961-6962.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **ATA da 4ª Reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite**. Fortaleza, 1999.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **ATA da 65ª Reunião ordinária da Comissão Intergestores Bipartite**. Fortaleza, 1997.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Situação da saúde no Ceará**. Fortaleza, 2011.

CEARÁ. Secretaria de Planejamento e Gestão. INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). **Ceará em mapas**. Fortaleza, 2010.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set./out. 2004.

GOMES, R. M. **O Desafio de Implantação da Programação Pactuada e Integrada da Assistência**: A Experiência do Estado de Alagoas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

HAGUETTE, T. M F. **Metodologias qualitativas na Sociologia** .3.ed.rev. e atual. Petrópolis: Vozes, 1992.

IBGE. **População Censo 2010**: primeiros resultados. 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 26 mar. 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). Disponível em:<<http://www2.ipece.ce.gov.br/>>. Acesso em: 25 mar. 2011.

KESSNER M. K. E.; SINGER, J. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. In: WHITE, K. L. (Ed.). **Investigaciones sobre Servicios de Salud**: una Analogía. Washington, D.C.: OPAS, 1992. p. 555-563. (Publicación Científica, 534).

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O Discurso do sujeito coletivo**. um novo enfoque em pesquisa. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O Discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

LEVCOVITZ, E. *et al.* Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2002.

LOPES, C. M. N. **Sistemas microrregionais de serviços de saúde no Ceará (1998 – 2006): implantação e resultados na utilização de internações hospitalares**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

MENDES-GONÇALVES, R.; SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1993. p. 37 – 63.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates sobre planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. **Razão e planejamento**: reflexões sobre

política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 117-149.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

MINAYO, M. C. S.; SANCHEZ, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, 1993.

MIRANDA, A. S. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na comissão intergestores tripartite do sistema único de saúde**. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

MOTA, M. V. **Descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Ceará: a experiência na microrregião de Baturité**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, F. J. F. **A programação pactuada e integrada (PPI) no contexto da norma de assistência à saúde (NOAS) e o Conselho Nacional de Saúde: uma discussão sobre a gestão do SUS**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

PAIM, J. S. **O Que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. Por um planejamento das práticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 243-248, 1999.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 73-78, 2006.

SAMPAIO, L. F. R. **Integralidade da atenção à saúde: análise crítica da programação da atenção básica – PPI/AB, 2001/2002**. Dissertação (Mestrado Profissionalizante) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. Public regulation of the health care system in Brazil - a review. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 10, n.19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SANTOS, I. S. *et al.* O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Metodologia de avaliação segundo enfoque por problema de saúde.** São Paulo, 2007.

SCHRADER, F. A. T. **Experiências inovadoras no SUS:** relatos de experiências, gestão dos serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje.** 2. ed São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. Necessidades de saúde e atenção Primária. In: SCHRAIBER, L.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. (Org.). **Saúde do adulto:** programas e ações na unidade básica. [S.l.], 1996. p. 29-47.

TEIXEIRA, C. **Planejamento municipal em saúde.** Salvador: ISC, 2001.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação.** São Paulo: Hucitec, 1995.

VILLASBÔAS, A. L.; TEIXEIRA, C. F. Orientações metodológicas para o planejamento e programação das ações de vigilância da saúde nas áreas de abrangência do PACS-PSF, Bahia. In: BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família.** Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, 2002. p. 113-127. (Série Cadernos Técnicos 2).

# APÊNDICES

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Técnicos das Regionais de Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Ceará.

1. Considerando a sua vivência com os trabalhos desenvolvidos no SUS, a Programação Pactuada Integrada - PPI no Estado do Ceará tem se constituído em instrumento garantidor do acesso à atenção de saúde?

---

---

---

---

2. No processo de elaboração da PPI, analisou-se a coerência entre a capacidade instalada (Equipamentos e Recursos Humanos) e a Programação das diversas unidades de saúde do SUS – Sistema Único de Saúde, no Estado do Ceará, com a produção de serviços apresentada por estas unidades, no SIA e AIH?

---

---

---

---

3. O processo de construção da PPI vem considerando utilização dos parâmetros de produção/capacidade instalada, determinados pelos diversos Conselhos de Exercícios Profissionais de saúde através de resoluções e/ou por Portarias dos diversos órgãos de normatização do SUS, Quais os parâmetros utilizados?

---

---

---

---

4. A PPI foi realizada conforme realidade local, considerando os planos de saúde e suas programações anuais e demais instrumentos de planejamento, e a Lei Orçamentária Anual - LOA?

---

---

---

5. Considerando a sua vivência profissional, os recursos financeiros propostos e alocados garantem a integralidade das ações assistenciais de saúde, considerando as necessidades municipais e estaduais?

---

---

---

---

6. Na planilha de pactuação apresentada pelos municípios, os prestadores de serviços de saúde, exercem ou exerceram interferência sobre que ações de saúde que devem ser pactuadas.

---

---

---

---

7. Quais as estratégias (Contratação de Consultorias; Trabalhos realizados pelos Técnicos Municipais) que predominantemente foram adotadas pelos Municípios na construção de suas planilhas para pactuação na CIB.

---

---

---

---

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO AUTOAPLICADO****1. IMPLANTAÇÃO/IMPLEMENTAÇÃO DO COMPONENTE DO SNA MUNICIPAL**

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

DADOS DA SECRETARIA DE SAÚDE:

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Secretário (a) Municipal de Saúde: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

DADOS DO COMPONENTE MUNICIPAL DO SNA:

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Responsável pelo componente municipal do SNA/ \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

O SNA está IMPLANTADO, ( ) Sim ( ) Não.

SE NÃO: - Por quê?

- Quais as dificuldades?
- Quais as potencialidades para estruturar o serviço?
- Qual a proposta para implantação do serviço?



## 2. DA ESTRUTURA

### 2.1 – FORMALIZAÇÃO LEGAL

2.1.1 - Ato de criação: Sim ( ) Não ( ).

2.1.2 - Competências do SNA definidas através de:

( ) Regimento Interno ( ) Portaria Nº. \_\_\_\_\_

( ) Instrução Normativa Nº. \_\_\_\_\_ ( ) Nenhum

2.1.3 - Integra o organograma da Secretaria Municipal da Saúde/SMS:

( ) SIM ( ) NÃO

2.1.4 - Nível hierárquico de subordinação à Secretaria Municipal de Saúde:

Está subordinado à coordenação geral e esta ao secretário de saúde do município.

### 2.2 – RECURSOS HUMANOS

2.2.1 - Membros do componente municipal do SNA designados através de instrumento legal?

( ) SIM ( ) NÃO

QUAL? \_\_\_\_\_

2.2.2 - O instrumento contém as atribuições dos componentes?

( ) SIM ( ) NÃO

2.2.3 - Quantos componentes integram a equipe?

Área Técnica:

Área Administrativa:

2.2.4 - Membros designados desempenham somente atividades de auditoria?

( ) SIM ( ) NÃO ( ) Outros serviços: Controle, regulação e avaliação. Médica trabalha em outros municípios como auditora hospitalar.

2.2.5 - Qual o vínculo dos técnicos com o município?

2.2.6 - Componentes do SNA da Área Técnica com capacitação específica:

SIM  NÃO

2.2.7 - Qual o tipo de capacitação?

## 2.2– ESTRUTURAS FÍSICA

2.3.1 - Espaço físico para desempenho das atividades dos profissionais do setor:

a) É adequado:  SIM  NÃO

b) Específico do SNA:  SIM  NÃO

c) Integra outros serviços:  SIM  NÃO

d) Localização: Sala das coordenações na Secretaria de Saúde.

2.3.2 - Equipamentos de informatização:

Existentes:

Necessários:

2.2.3 - Acesso à internet para operacionalização das ações do SNA:

SIM  NÃO

2.3.4 - Há viaturas para realização das atividades de auditoria?

SIM  NÃO

## 3. DO PROCESSO

### 3.1 - PROGRAMAÇÃO E REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE AUDITORIA

3.1.1 - As auditorias são programadas?

SIM  NÃO

Qual a periodicidade:

3.1.2 - Quem demanda ações de auditoria:

3.1.3 - Para realização das atividades de auditoria, utiliza:

Manuais  Roteiros  Fluxos de auditoria  Nenhuma

3.1.4 - Que tipos de auditoria realizam?

3.1.5 - Registro dos resultados das atividades de auditoria:

Mediante relatórios padronizados  SIM  NÃO

Outras formas:

3.1.6 - Os resultados de auditoria são armazenados em:

Meio magnético com cópia de segurança  SIM  NÃO

3.1.7 - Integração com o setor de controle, avaliação e regulação:

SIM  NÃO

3.1.8 - Da base de dados oferecida pelo Ministério da Saúde – DATASUS, quais os sistemas?

Quem acessa?

#### 4. DOS RESULTADOS

4.1 - Os resultados das auditorias são encaminhados ao:

Gestor Municipal  SIM  NÃO

Conselho Municipal de Saúde  SIM  NÃO

À Câmara de Vereadores  SIM  NÃO

SNA Estadual  SIM  NÃO

Outros (especificar):

4.2 - Os resultados das auditorias são acompanhados?  SIM  NÃO

4.3 - Qual o mecanismo utilizado para acompanhar os resultados da auditoria?

#### 5. INTERAÇÃO COM O CONTROLE SOCIAL

5.1 - Participa das atividades do Conselho Municipal de Saúde:

Sistemáticamente  Eventualmente  Não participa

5.2 - Participa como:

Conselheiro  Observador

Assessor Técnico  Outros

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO**  
**LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)**

**Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.**

O presente Projeto de Pesquisa intitulado “PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DAS AÇÕES E SERVIÇOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS-CEARÁ, PERÍODO DE 2007 A 2009: alocação de recursos, capacidade de oferta e integralidade da atenção” integra o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Curso de Mestrado em Saúde Pública, Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, tendo como pesquisador responsável Aldrovando Nery de Aguiar sob a orientação da Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota.

O supracitado projeto tem como objetivo analisar a coerência entre a capacidade instalada das unidades de saúde, a programação físico-orçamentaria e a produção de serviços frente à alocação de recursos financeiros com referência a integralidade da atenção em saúde. Os resultados poderão contribuir para a melhoria da utilização dos recursos financeiros, bem como para a garantia do acesso às unidades de saúde, no Sistema Único de Saúde.

Para tanto serão adotados os procedimentos de análise de documentos e informações em saúde, além de entrevistas com suporte em questionário a ser aplicado pelo pesquisador. Assim, destaco que sua participação na pesquisa, com entrevistas, contribuirá para a produção dos dados, de modo a serem atingidos os objetivos propostos. Ademais, essa participação não implicará em qualquer tipo de pagamento por parte do pesquisador e da instituição.

Pelo presente, como pesquisador responsável, assumo o compromisso com a utilização das informações para os fins da pesquisa, garantido o anonimato dos participantes. A qualquer momento o participante poderá suspender a entrevista, retirando o seu consentimento, se assim considerar pertinente, sem que isto lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Responsável pela pesquisa: Aldrovando Nery de Aguiar Endereço do pesquisador: Rua José Alves Cavalcante Nº 1189, Cidade dos Funcionários, CEP 60822-570 Instituição: Universidade Federal do Ceará (Departamento de Saúde Comunitária) Telefone p/contato: Comercial 085-3101.5247 Residencial: 085- 3279.3091
--

**ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Ceará, na Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo.**  
 Telefone: 3366.8338

Eu, abaixo assinado, RG nº \_\_\_\_\_, após ter sido esclarecido (a) pelo entrevistador, declaro que concordo em participar do projeto de pesquisa: “Programação Pactuada e Integrada das Ações e Serviços do Sistema Único de Saúde/SUS- Ceará, Período de 2007 a 2009: Alocação de Recursos, Capacidade de Oferta e Integralidade da Atenção”, cujo objetivo é analisar a coerência entre a capacidade instalada das unidades, a programação físico-orçamentária e a produção de serviços, bem como, a alocação de recursos financeiros frente à integralidade das ações de saúde.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome do Voluntário	Data:	Assinatura

Nome do pesquisador	Data:	Assinatura

Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data:	Assinatura

## APÊNDICE D – QUESTÃO SEMIESTRUTURADA 01 E SUAS FALAS

QUESTÕES ABERTAS	FALAS
<p>1. Considerando a sua vivência com os trabalhos desenvolvidos no SUS, a Programação Pactuada Integrada - PPI no Estado do Ceará tem se constituído em instrumento garantidor do acesso à atenção de saúde?</p>	<p><b>S1</b> - A PPI, na prática apresenta sérios pontos de estrangulamento de forma a não garantir os procedimentos da forma pactuada.</p> <p><b>S2</b> - As tecnologias e equipamentos, mais o financiamento não são gerenciadas para a PPI ser resolutive.</p> <p><b>S3</b> - A PPI como instrumento de gestão deverá ser mais reajustada no físico-financeiro, assim balizará os gargalos.</p> <p><b>S4</b> - A PPI tem sido um instrumento balizador, para definição de uma garantia físico-financeira, muitas vezes de forma virtual, onde nem sempre o usuário tem garantia do acesso pela ausência da oferta de serviços pactuado pelo prestador.</p> <p><b>S5</b> - A programação dos tetos físicos e financeiros não garante a totalidade dos procedimentos pactuados, seus valores são irrisórios e nem sempre coincidem com as reais necessidades assistenciais.</p> <p><b>S6</b> - É um instrumento financiador do sistema, porque torna visível o recurso da Média e Alta Complexidade - MAC e a sua alocação, porém, não em tempo real. O recurso é virtual para acompanhamento, digo, para prestação de contas das referências.</p> <p><b>S7</b> - As unidades especializadas não disponibilizam oferta suficiente para a demanda programada na PPI, principalmente na macrorregião. A PPI é uma ferramenta importante na gestão, porém falta a regulação mais efetiva, também o monitoramento a avaliação, por parte dos gestores.</p> <p><b>S8</b> - Não porque a demanda em busca de ações e serviços de saúde historicamente tem superado a oferta pelos serviços da rede do SUS.</p> <p><b>S9</b> - Embora existam dificuldades em garantir o acesso mínimo programado, a PPI é um dos norteadores do planejamento de procedimentos/ações.</p> <p><b>S10</b> - A programação pactuada integrada, permite organização dos serviços, a distribuição dos recursos assistenciais em redes hierarquizadas e a transparência para o gestor para planejar suas ações. A garantia do</p>

	<p>acesso pleno aos serviços ainda não está efetivada.</p> <p><b>S11</b> - À medida que não ocorre um de evolução da PPI, este instrumento torna-se obsoleto não definindo a real necessidade dos municípios quanto a garantia do acesso.</p> <p><b>S12</b> - Não porque há uma negociação paralela ao sistema entre os gestores e os servidores das unidades de saúde.</p> <p><b>S13</b> - Apesar da atualização coordenada pela SESA, em 2006, sua efetivação não ocorreu. Soma-se a este fato a falta de parâmetro da portaria 1101 não serem considerados, o que não mantém a programação real/os municípios programam o que não podem produzir.</p> <p><b>S14</b> - Em parte, pois o maior problema do acesso á saúde é a oferta que é menor do que a demanda.</p> <p><b>S15</b> - É comum observar no sistema CRESUS, procedimentos pactuados pendentes de agendamentos, ou seja, sem oferta de cotas pela unidade prestadora.</p> <p><b>S16</b> - Há pouca relação entre a programação e o que é realmente ofertado. As programações não refletem a necessidade. Há um baixo monitoramento das produções para adequação da PPI. O sistema é lento para fazer adequações físicas e financeiras.</p> <p><b>S17</b> - Apesar de ser constituído como instrumento garantidor, mas há necessidade que essa pactuação seja implementada no que se refere ao momento da solicitação dos serviços ao prestador, recebendo deste a confirmação de sua oferta, garantindo assim uma melhor negociação.</p> <p><b>S18</b> - Ainda há muito que melhora porque há demandas reprimidas por falta de oferta pelo sistema e há ofertas pactuadas e negadas, ou seja não cumprimento da pactuação pelos prestadores.</p> <p><b>S19</b> - Entretanto necessita melhorar muito, pois há divergência entre o que está no papel (programado) e o financiado.</p> <p><b>S20</b> - Podemos considerá-la instrumento de organização do sistema, mas a garantia de acesso dar-se em parte, pois nem sempre há suficiência de oferta dos procedimentos pactuados.</p> <p><b>S21</b> - Apesar do processo de elaboração e atualização, permitir uma PPI próxima da necessidade da população, a mesma não é suficiente para permitir a garantia do acesso da população aos serviços disponíveis nas unidades.</p>
--	---

QUESTÕES ABERTAS	FALAS
<p>2. No processo de elaboração da PPI, analisou-se a coerência entre a capacidade instalada (Equipamentos e Recursos Humanos) e a Programação das diversas unidades de saúde do SUS – Sistema Único de Saúde, no Estado do Ceará, com a produção de serviços apresentada por estas unidades, no SIA e AIH?</p>	<p><b>S1</b> - Iniciou-se um processo para adequação destas inconsistências através dos SISPPPI, porém este processo foi interrompido.</p> <p><b>S2</b> - O gestor que tem o equipamento, no intuito de garantir a manutenção do teto financeiro, demanda oferta inexistente aos municípios que são reféns do processo, por não terem condição de realizar o procedimento.</p> <p><b>S3</b> - Esse exercício sempre foi realizado de forma coerente, o problema é quando se inicia a execução das ações e serviços, precisaria de monitoramento ou existência de setor regulativo mais eficiente.</p> <p><b>S4</b> - A pactuação de referencia na maioria das vezes é feita baseada no nível de complexidade, na qual a unidade de saúde esta inserida, não em relação à real oferta de serviço disponível o que em varias situações essa oferta não é suficiente para todos.</p> <p><b>S5</b> - Principalmente na PPI com a Macrorregião de Fortaleza, considerando que os gestores não têm conhecimento das condições instaladas dos prestadores e a decisão cabe a SMS de Fortaleza.</p> <p><b>S6</b> - A produção de serviços não é apresentada, apesar de solicitada, e a analise considera o recurso financeiro movimentado, o sistema ainda, não detém conhecimento real da sua capacidade instalada, principalmente da movimentação dos seus recursos humano-RH.</p> <p><b>S7</b> - Existe uma dificuldade das unidades prestadoras de serviços da Macrorregião de Fortaleza, de disponibilizar aos gestores, sua capacidade de oferta de serviços, prejudicando o processo de pactuação.</p> <p><b>S8</b> - No âmbito regional sim. O que não ocorreu e nem ocorre no âmbito da macrorregião.</p> <p><b>S9</b> - Esta coerência esbarra nas dificuldades em garantir o que foi de fato programado, devido a precarização de equipamentos e recursos humano.</p> <p><b>S10</b> - A pactuação se deu na CIB-MR. Entre gestores tendo como parâmetro capacidade instalada local e de referência, comprovadamente com analise dos relatórios da atenção básica, média e alta complexidade.</p>



**S11** - Percebe-se claramente que esta análise não é realizada, haja vista que existem programações que não podem ser cumpridas por falta de profissionais e mesmo capacidade instalada em sua estrutura, como é o caso do Município de Fortaleza, que tem programação para todo o estado, mais não pode ofertar, apesar de receber o recurso o que é injusto para os municípios menores.

**S12** - Em encontros regionais.

**S13** - As gestões municipais não trabalham com atualização mensal com base em análise de capacidade instalada x programação, ou seja, inexistência de controle e avaliação.

**S14** - Temos uma concentração de procedimentos programados em unidades que não tem capacidade de atender a PPI.

**S15** - Entendo que a partir dessa prática melhoraria o acesso e a garantia do serviço aos usuários do SUS.

**S16** - Por desconhecimento de sua realidade os municípios deixam em segundo plano a análise das ofertas e capacidade instalada. Ao que parece a PPI é muito pontual, não existindo avaliação antes e nem depois para adequações embasadas.

**S17** - Um bom exemplo para comprovar que a coerência entre a programação da PPI e a capacidade instalada, é que a programação da PPI dos oitos municípios da Microrregião de Ibiapaba, para o hospital pólo de tiangua somente aconteceu quando o mesmo se estruturou fisicamente, tecnologicamente e assegurou a contratação de profissionais qualificados para ofertar os serviços propostos.

**S18** - Estes são os elementos norteadores, portanto na reunião ocorrida no nível central, os técnicos da CRES foram atentamente informados quantos aos prestadores e suas ofertas tanto em nível ambulatorial como a internações.

**S19** - [...] não comentou.

**S20** - [...] não comentou.

**S21** - Durante o processo de elaboração e atualização todos esses parâmetros foram relevantes para permitir uma PPI mais próxima da real necessidade da população.

QUESTÕES ABERTAS	FALAS
<p>3. O processo de construção da PPI vem considerando utilização dos parâmetros de produção / capacidade instalada, determinados pelos diversos Conselhos de Exercícios Profissionais de saúde através de resoluções e/ou por Portarias dos diversos órgãos de normatização do SUS?</p>	<p><b>S1</b> - A elaboração/alteração das PPI geralmente não se dá por técnico com o adequado conhecimento para tal análise.</p> <p><b>S2</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S3</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S4</b> - A PPI segue parâmetros determinados por resoluções, o que nem sempre contempla o que preconiza a totalidade do que está normatizada pelas portarias ministeriais. O que falta em relação à PPI é o consolidado geral do que foi pactuado pelos municípios para cada prestador e uma análise de capacidade instalada.</p> <p><b>S5</b> - Em parte pela portaria GM 1101 e resoluções diversas das CIB-MR/CE. Relatório de Gestão e indicadores de saúde.</p> <p><b>S6</b> - A construção da PPI vem considerando as necessidades de atendimentos geradas a partir das Equipes de Saúde da Família, Hospitais Escolas e de uma pseudo-regulação de demandas encaminhadas de algum serviço. Os parâmetros assistenciais existentes são impraticáveis e necessitam de revisão (portaria MS 1101).</p> <p><b>S7</b> - Portaria nº 1101.</p> <p><b>S8</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S9</b> - As portarias procuram manter as ações, no entanto os gestores anseiam por uma estratégia mais elaborada evitando a fragmentação de ações e recursos.</p> <p><b>S10</b> - Foram considerados parâmetros populacionais de necessidade, capacidade instalada, PDR, PDI, CNES, Port. Nº 1101 e central de regulação.</p> <p><b>S11</b> - A lei do exercício profissional de cada profissão. É norma que deve ser respeitada, existem alguns conflitos como na assistência farmacêutica, mas no geral a norma é seguida.</p> <p><b>S12</b> - [...] não fez comentários.</p>

	<p><b>S13</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S14</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S15</b> - Eventualmente é utilizada a Portaria nº 1101.</p> <p><b>S16</b> - É provável que o nível estadual proceda a análise, mas o mesmo não ocorre nos municípios.</p> <p><b>S17</b> - Geralmente, se utiliza mais o parâmetro da portaria nº 1101, apesar de entendermos que esta portaria necessita ser revisada pelo órgão competente, haja vista a implementação de novas políticas de saúde, novos indicadores e etc. Também tem se observado as conquistas dos conselhos profissionais, como por exemplo, a redução de carga horária por adventos de leis federais para os profissionais” fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais”, entre outros aspectos.</p> <p><b>S18</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S19</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S20</b> - [...] não fez comentários</p> <p><b>S21</b> - [...] não fez comentários</p>
--	--

QUESTÕES ABERTAS	FALAS
<p>4. A PPI foi realizada conforme realidade local, considerando os planos de saúde e suas programações anuais e demais instrumentos de planejamento, e a Lei Orçamentária Anual – LOA?</p>	<p><b>S1</b> - A PPI existente não tem relação com todos os instrumentos citados.</p> <p><b>S2</b> - Parcial.</p> <p><b>S3</b> - Todos estes instrumentos de gestão perpassam por um planejamento estratégico, onde a SESA realiza atividade extramural nos municípios.</p> <p><b>S4</b> - A programação é feita tendo base à suposta oferta de serviços de unidades de referência e a programação local e que possui alguma coerência com os instrumentos de planejamento não necessariamente com a Lei Orçamentária anual.</p> <p><b>S5</b> - Estes instrumentos transformaram-se em meras peças burocráticas, não vem sendo utilizados como instrumentos garantidor das políticas de saúde e de acesso aos serviços e ações.</p> <p><b>S6</b> - Considera (tenta) ou se adéqua com os planos de saúde como também aos pactos atuais (PAVS, Pacto de Gestão, Redução da Mortalidade Infantil) e não há articulação e integração entre os setores e secretarias. Logo, não há apropriação de realidades locais.</p> <p><b>S7</b> - PPI municipais são incoerentes com os respectivos planos municipais de saúde.</p> <p><b>S8</b> - Quando muito, a sua elaboração, as pressões de demanda dos usuários.</p> <p><b>S9</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S10</b> - A orientação foi que a construção da PPI se desse dentro desta lógica, que os instrumentos, planos de saúde, LOA, Programações e outros, fossem atualizados como ferramentas de gestão.</p> <p><b>S11</b> - No geral os municípios não consideram os instrumentos legais não existindo um estudo profundo da realidade local, muitas vezes por causa da falta de capacidade técnica dos profissionais.</p> <p><b>S12</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S13</b> - Muitos gestores não elaboram e/ou atualizam planos de saúde e ignoram a existência de outros instrumentos de planejamentos.</p>

	<p><b>S14</b> - Esta foi construída pela série histórica, que mostra os procedimentos realizados nos anos, mas não a realidade local.</p> <p><b>S15</b> - PPI/2006 e sua alteração em cima da PPI anterior, em oficina realizada com secretários municipais e assessores na época CERES. Atualmente as alterações em procedimentos e consultas, estão sendo baseadas pela realidade local de forma ainda incipiente por parte de alguns municípios.</p> <p><b>S16</b> - Ao que parece estes instrumentos conversam muito pouco. As programações, plano e outros instrumentos são elaborados e bem poucos consultados na organização das atividades.</p> <p><b>S17</b> - Normalmente costuma-se observar além dos instrumentos de gestão mencionados no caput deste item, a série histórica de produção cuja PPI locais vem sendo adequadas quadrimestralmente pela maioria dos municípios que compõem a 13ª CRES Tianguá.</p> <p><b>S18</b> - Os secretários e assessores são devidamente informados quanto a esse processo inclusive quanto aos instrumentos de planejamento e LOA, o que ocorre é a pouca maturidade na condução e coordenação em função da dinâmica que o envolve.</p> <p><b>S19</b> - Os instrumentos de planejamentos são pouco utilizados.</p> <p><b>S20</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S21</b> - Tanto a sua elaboração como atualização, utiliza como parâmetro a capacidade instalada produção das unidades e as necessidades identificadas nas centrais de regulação</p>
--	--

QUESTÕES ABERTAS	FALAS
<p>5. Considerando a sua vivência profissional, os recursos financeiros propostos e alocados garantem a integralidade das ações assistenciais de saúde, considerando as necessidades municipais e estaduais?</p>	<p><b>S1</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S2</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S3</b> - De fato, o problema em questão é o subfinanciamento do SUS. Necessitaria de mais recursos dos dois entes públicos para que a garantia do acesso as ações e serviços, ocorra com dignidade.</p> <p><b>S4</b> - Mesmo com uma tabela de preços defasados para pagamentos de procedimentos, não conseguimos fazer um aporte financeiro que garanta a integralidade das ações assistenciais conforma preconizam as portarias ministeriais.</p> <p><b>S5</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S6</b> - Procura-se aproximar, vez que o per capita não é suficiente para as necessidades de assistência identificadas.</p> <p><b>S7</b> - Os limites financeiros dos recursos assistenciais para média e alta complexidade dificultam as necessidades reais, pois ainda são insuficientes para garantir a integralidade.</p> <p><b>S8</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S9</b> - Os recursos são mensuráveis e as necessidades não, Fora isto a inexperiência, descaso, negligencia na alocação de recurso dificultam o acesso de qualidade da população aos serviços.</p> <p><b>S10</b> - É necessária a efetivação da EC/29, como definição clara dos recursos financeiros para a saúde.</p> <p><b>S11</b> - Os recursos financeiros não alcançam este objetivo, principalmente por causa da falta de capacidade instalada, como é o caso das cirurgias eletivas do programa vida nova do estado, existem recursos, mas as unidades não tem interesse de realizar ou falta capacidade, tendo os municípios de atender, primeiro o projeto de cirurgia eletiva do Ministério da Saúde, principalmente porque este garantem recursos mais rápido.</p> <p><b>S12</b> - Porque a necessidade é maior que a oferta.</p> <p><b>S13</b> - A tabela do SUS esta muito defasada quanto aos procedimentos MAC.</p>

**S14** - Os recursos são insuficientes, mas também não são bem otimizados, daí a importância de efetivação do controle e avaliação, regulação e auditoria.

**S15** - É comum ouvir dos gestores reclamarem que os recursos financeiros são escassos e que não atendem as necessidades ou falta uma rede assistencial melhor organizada. Cada vez mais são cobrados os municípios.

**S16** - É claro que as programações podem ser mais eficientes, mas certamente garantir a integralidade é ainda uma meta distante, só se consegue inserir um procedimento retirando outro.

**S17** - Lamentavelmente, os recursos financeiros não cobrem sequer 60% das necessidades demandadas pela população para os serviços de média complexidade. A demanda reprimida nas centrais de regulação são relevantes para realização de exames e consultas especializadas. Outros municípios não tem condições financeiras para assegurar no nível local a média complexidade. Os usuários em meios as dificuldades se utilizam de outras formas de atendimentos para solucionar suas necessidades, como por exemplo “atendimento por contribuição” que é um serviço com valor intermediário entre o valor SUS e o valor particular, ofertado por estabelecimentos de saúde da macro Sobral. Quando se compara um relatório de atendimento pelo SUS e pelo método de contribuição, observa-se que este último equipara-se ao atendimento SUS. O lamentável é que o usuário do SUS não está tendo o atendimento integral de que trata o princípio da integralidade. Faltam recursos financeiros para que se programe uma PPI MAC capaz de elevar o percentual de serviços especializados para nossa população.

**S18** - A timidez das ações de promoção e de prevenção e a pouca implementação de políticas de saúde acarretam problemas de natureza diversa que assolam quando altas demandas dos três níveis de atenção à saúde.

**S19** - Ainda existem demanda reprimida em muitas áreas de procedimentos.

**S20** - A pactuação observou apenas a série histórica e o limite físico e financeiro.

**S21** - Caso a PPI fosse um instrumento garantidor de acesso, provavelmente o ajuste financeiro seria mínimo.

QUESTÕES ABERTAS	FALAS
<p>6. Na planilha de pactuação apresentada pelos municípios, os prestadores de serviços de saúde, exercem ou exerceram interferência sobre que ações de saúde que devem ser pactuadas</p>	<p><b>S1</b> - Em nosso município, a partir de 2006 com o pacto pela saúde, os gestores locais vêm buscando fortalecer a oferta dos serviços tomando por base a necessidade da população ao invés do interesse histórico dos prestadores.</p> <p><b>S2</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S3</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S4</b> - Quando da programação local, mas em se tratando da PPI de referência essa interferência pouco acontece, pois o processo é feito a nível regional sem a presença dos prestadores que na maioria ficam nas cidades pólo de macrorregião (Fortaleza, Sobral, Juazeiro, Barbalha e etc.).</p> <p><b>S5</b> - Sim quando a pactuação é feita na microrregião de saúde, não quando é feita na macrorregião de saúde.</p> <p><b>S6</b> - O que define as ações a serem pactuadas é a qualidade dos serviços e a capacidade e o tempo resposta para o atendimento as demandas.</p> <p><b>S7</b> - Na microrregião, pela proximidade os prestadores de serviços de saúde, exercem essa interferência, na macrorregião pela distância não exercem.</p> <p><b>S8</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S9</b> - A influência deste poder de realização, sempre é parte nas discussões (fóruns, CIB-MR). Ninguém quer perder o pouco que tem direito e os prestadores visam o seu poder para barganhar procedimentos.</p> <p><b>S10</b> - A pactuação se deu entre gestores. A auscultas dos prestadores, capacidade instalada, foi levantada pelas auditorias municipais e estabelecido compromisso entre o prestador e o gestor, objetivando a garantia do acesso da população residente e referenciada aos serviços de saúde.</p> <p><b>S11</b> - Para que ocorra a programação é necessário a anuência do prestador ou seja o aceite, estes aceitam apesar de não terem capacidade instalada, havendo inclusive um processo de regulação da PPI na oficial pelo município de Fortaleza, o qual tenta garantir a programação financeira, mas não a física</p>



	<p>comprometendo a integralidade da atenção (Um aspecto da), pois os procedimentos mais complexos, apesar de pactuados não são garantidos.</p> <p><b>S12</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S13</b> - Não tenho conhecimento de interferências</p> <p><b>S14</b> - De certa forma sim, pois a realidade é que a pactuação é influenciada pela oferta apresentada e não pela necessidade real.</p> <p><b>S15</b> - A planilha de pactuação é aprovada em CIB-MR, e o gestor entra em contato prévio com o gestor do município onde existe a unidade prestadora, mesmo sendo de outra microrregião e saúde. Este procedimento vem ocorrendo nos últimos anos, pois antes era mais comum, contato com o gestor da unidade prestadora e não com o gestor municipal.</p> <p><b>S16</b> - [...] não fez comentários.</p> <p><b>S17</b> - Os prestadores encaminham relação de procedimentos que são ofertados pelos respectivos estabelecimentos de saúde, conforme capacidade instalada de cada um. Fato que de imediato já evita que se programa o que o prestador não oferta e conseqüentemente, os prestadores não interferem nas ações pactuadas.</p> <p><b>S18</b> - Os prestadores fazem-se presente sim e disponibilizam esta oferta, mas depende do gestor de saúde a pactuação ou não, especialmente quando se trata dos Hospitais filantrópicos e privados conveniados a decisão esta a cargo do secretário de saúde.</p> <p><b>S19</b> - A pactuação (acordos), ocorrem anteriormente ao preenchimento das planilhas.</p> <p><b>S20</b> - Os prestadores informam a capacidade de oferta ao município polo e de acordo com a sua conveniência este oferta aos demais municípios.</p> <p><b>S21</b> - Na realidade da nossa microrregião não.</p>
--	--

QUESTÕES ABERTAS	FALAS
<p>7. Quais as estratégias (Contratação de Consultorias; Trabalhos realizados pelos Técnicos Municipais) que predominantemente foram adotadas pelos Municípios na construção de suas planilhas para pactuação na CIB.</p>	<p><b>S1</b> - Utilização dos dados gerados pelas centrais de regulação, relatórios gerenciais das equipes C.A.R.A. municipais e principalmente as reuniões de análise e pactuações realizadas pela Câmara Técnica de Atenção Secundária, que da suporte na construção das planilhas de pactuação na CIB-MR.</p> <p><b>S2</b> - Na maioria dos casos os municípios elaboram suas planilhas com a orientação da CRES, mesmo aqueles que têm consultoria contratada.</p> <p><b>S3</b> - Contratação de Assessores.</p> <p><b>S4</b> - Felizmente, os 08 municípios da Microrregião da Ibiapaba asseguram a realização de todos os serviços nas suas Secretarias Municipais pelos seus técnicos. Tanto o serviço de processamento de dados (Sistemas de Informações de Controle e Avaliação), como a construção das PPI, monitoramento e avaliação da assistência, os instrumentos de planejamento (PMS, PAS e RAG), projetos e assessoria de gestão.</p> <p><b>S5</b> - As planilhas são na maioria elaboradas pelos próprios técnicos dos municípios, haja vista, que os consultores são pontuais e focam a questão financeira, projetos e emendas.</p> <p><b>S6</b> - Oficina junto com a CERES à época, alguns municípios da 7ªMR. Contratou consultoria. Inicialmente foi elaborado de forma centralizadora geralmente o secretário de saúde e um assessor. De 2006 para cá tem havido uma maior participação com técnicos municipais de diversos segmentos como atenção primária, regulação, atenção secundária, através de reuniões, etc. As planilhas são previamente encaminhadas a Regional de Saúde e submetidas à avaliação pelo setor responsável. Caso apareça alguma inconsistência é devolvida ao município e dado orientações/assessorias pela CRES. Utilização da Regulação como norteador para demandas reprimidas.</p> <p><b>S7</b> - Hoje já se avançou muito nesse processo, pois os municípios trabalham melhor seus técnicos para construção da PPI, conforme série histórica, realidade local e oferta disponível. Sabemos que em outros tempos essas planilhas eram feitas dentro de gabinete e ou escritórios.</p>

**S8** - Demandas espontâneas, não há critérios técnicos, presenciamos inclusive reprogramações por situações de influência política partidária (de certa forma, os gestores não assumem).

**S9** - Trabalhos realizados pelos técnicos municipais.

**S10** - Os municípios utilizam basicamente a assessoria técnica da Coordenadoria, que ao receber o instrumento faz análise e se necessário encaminha para adequações até que o processo de aceite da programação pelo prestador seja finalizado.

**S11** - Trabalhos realizados pelos técnicos municipais em parceria com os técnicos da CRES, organizados em grupos de trabalhos (GT), e em menor escala a contratação de consultorias.

**S12** - Na 17ª ou é 11ª CRES dos 10 municípios, cerca de 8 (oito) possuem consultorias, fato que prejudica a negociação de Ações. Atualmente estão repensando esta metodologia como ineficaz. Esperamos que nas próximas pactuação/planejamento os técnicos tenham capacidade de propor suas estratégias dentro da realidade.

**S13** - Na minha experiência, todas tentativas de elaboração de PPI, sempre foram conduzidas pelos técnicos da Regional de Saúde e com franca adesão dos gestores e técnicos municipais.

**S14** - Utilizaram as planilhas anteriores e foram ajustando, conforme as demandas reprimidas pelas centrais de regulação (alguns municípios). E demais por não acreditarem na PPI repetem as anteriores. Importante ressaltar essa realidade são nas referencias para Macrorregião Fortaleza, entretanto, na microrregião já é mais trabalhado, conforme as serviços existentes onde a PPI é mais real.

**S15** - Câmara Técnicas regionais com participação de prestadores públicos e “prestação de contas” com os instrumentos da CRESUS-regional e municipal, monitoramento mensal do Hospital Polo e os de referência na regional, a elaboração dos Planos Municipais pelas equipes das secretarias (sem consultoria externa), maior participação e envolvimento dos Conselhos Municipais de Saúde.

	<p><b>S16</b> - Os técnicos municipais elaboram suas planilhas, alguns com suporte de técnicos da CRES e após contatos anteriores, com os prestadores no caso da microrregião. Posteriormente a pactuação é encaminhada a CIB-MR. Se ocorrerem mudanças que envolvam a Macrorregião Fortaleza, a CIB-MR, aprova, mas encaminha a CIB - Fortaleza para resoluções posteriores.</p> <p><b>S17</b> - Atualmente as planilhas e pactuações são realizadas com a participação dos técnicos dos municípios e os técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde, que atualmente monitora todo o processo.</p> <p><b>S18</b> - Implantação do Setor C.A.R.A. municipal. Contratação de assessoria particular, assessoria dos técnicos das regionais de saúde e maior envolvimento do gestor local.</p> <p><b>S19</b> - Levantamento real da demanda atendida x não atendida, capacidade instalada ou proposição de efetivação do serviço.</p> <p><b>S20</b> - Esta é uma ação que ainda deverá acontecer, tendo em vista a fragilidade dos SNA municipais.</p> <p><b>S21</b> - Houve todo um processo avaliativo de capacidade de realmente atender a população referenciada. Carga horária do profissional, contato com profissionais médicos e não médico, em relação às possibilidades e capacidade operacional instalada (equipamentos, insumos e etc.)</p>
--	---

**APENDICE E – INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA CONSTRUÇÃO  
DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO**

**IAD 1**

<b>QUESTÃO 01</b> - Considerando a sua vivência com os trabalhos desenvolvidos no SUS, a Programação Pactuada Integrada - PPI no Estado do Ceará tem se constituído em instrumento garantidor do acesso à atenção de saúde?	
<b>SUJEITO/EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>IDEIAS-CENTRAIS</b>
<b>S1</b> - A PPI, na prática apresenta sérios pontos de estrangulamento de forma <u>a não garantir os procedimentos da forma pactuada.</u>	Não garantia procedimentos pactuados. (A)
<b>S2</b> - As tecnologias e equipamentos, mais <u>o financiamento não são gerenciadas para a PPI ser resolutive.</u>	O financiamento não é gerenciado para a PPI ser resolutive. (B)
<b>S3</b> - <u>A PPI</u> como instrumento de gestão <u>deverá ser mais reajustada no físico-financeiro,</u> assim balizará os gargalos.	A PPI deverá ser mais reajustada no físico-financeiro. (B)
<b>S4</b> - <u>A PPI</u> tem sido um instrumento balizador, para <u>definição de uma garantia físico-financeira,</u> muitas vezes de forma virtual, onde <u>nem sempre o usuário tem garantia do acesso pela ausência da oferta de serviços pactuado pelo prestador</u>	(1ª Ideia) A PPI é Instrumento para definição de uma garantia físico-financeira.(B)  (2ª Ideia) <u>o usuário não tem garantia do acesso pela ausência da oferta de serviços pactuado pelo prestador</u> (A)
<b>S5</b> - <u>A programação dos tetos físicos e financeiros não garante a totalidade dos procedimentos pactuados,</u> seus valores são irrisórios e nem sempre coincidem com as reais necessidades assistenciais	Programação financeira é irrisória e não garante o pactuado. (B)
<b>S6</b> - <u>É um instrumento financiador do sistema,</u> porque torna visível o recurso da Média e Alta Complexidade - MAC e a sua alocação, <u>porém, não em tempo real. O recurso é virtual para acompanhamento,</u> digo, para prestação de contas das referências.	(1ª Ideia) Instrumento financiador do sistema, com alocação de recursos. (B)  (2ª Ideia) <u>A alocação de recursos resultante da PPI, não é em tempo real. O recurso é virtual o que dificulta o acompanhamento,</u> (C)

<p><b>S7</b> - <u>As unidades especializadas não disponibilizam oferta suficiente para a demanda programada na PPI, principalmente na macrorregião. A PPI é uma ferramenta importante na gestão, porém falta a regulação mais efetiva, também o monitoramento a avaliação, por parte dos gestores.</u></p>	<p>(1ª. Ideia) Oferta insuficiente para o programado. (A)</p> <p>(2ª. Ideia) Falta efetividade na regulação, monitoramento e avaliação. (C)</p>
<p><b>S8</b> - <u>Não porque a demanda em busca de ações e serviços de saúde historicamente tem superado a oferta pelos serviços da rede do SUS.</u></p>	<p>Demanda maior que a oferta de serviços da rede SUS. (A)</p>
<p><b>S9</b> - <u>Embora existam dificuldades em garantir o acesso mínimo programado, a PPI é um dos norteadores do planejamento de procedimentos/ações.</u></p>	<p>(1ª. Ideia) Embora Exista dificuldade de garantir o acesso a PPI é Norteador do Planejamento de ações, (D)</p> <p>(2ª Ideia) Existe dificuldade na garantia do programado. (A)</p>
<p><b>S10</b> - <u>A programação pactuada integrada, permite organização dos serviços, a distribuição dos recursos assistenciais em redes hierarquizadas e a transparência para o gestor para planejar suas ações. A garantia do acesso pleno aos serviços ainda não está efetivada.</u></p>	<p>(1ª. Ideia) A PPI permite organização da rede e a distribuição dos recursos assistenciais. (B)</p> <p>(2ª. Ideia) A PPI permite a transparência para planejamento de ações de saúde. (D)</p> <p>(3ª. Ideia) A garantia do acesso aos serviços não está efetivada. (E)</p>
<p><b>S11</b> - <u>À medida que não ocorre um de evolução da PPI, este instrumento torna-se obsoleto não definindo a real necessidade dos municípios quanto a garantia do acesso.</u></p>	<p>PPI é obsoleto, não defini a real necessidade quanto a garantia do acesso. (E)</p>
<p><b>S12</b> - <u>Não porque há uma negociação paralela ao sistema entre os gestores e os servidores das unidades de saúde.</u></p>	<p>Acesso não garantido por negociação paralela entre municípios e servidores das unidades de saúde. (E)</p>
<p><b>S13</b> - <u>Apesar atualização coordenada pela SESA, em 2006, sua efetivação não ocorreu. Soma-se a este fato a falta de parâmetro da portaria 1101 não serem considerados, o que não mantém a programação real/os municípios programam o que não podem produzir.</u></p>	<p>Programação não é real programa-se o que não se pode produzir. (A)</p>

<p><b>S14</b> - <u>Em parte, pois o maior problema do acesso á saúde é a oferta que é menor do que a demanda.</u></p>	<p>Acesso não garantido, pois a oferta é menor que a demanda. (A)</p>
<p><b>S15</b> - <u>É comum observar no sistema CRESUS, procedimentos pactuados pendentes de agendamentos, ou seja, sem oferta de cotas pela unidade prestadora.</u></p>	<p>Procedimentos pactuados sem oferta na unidade prestadora. (A)</p>
<p><b>S16</b> - <u>Há pouca relação entre a programação e o que é realmente ofertado. As programações não refletem a necessidade. Há um baixo monitoramento das produções para adequação da PPI. O sistema é lento para fazer adequações físicas e financeiras.</u></p>	<p>(1ª. Ideia) Pouca relação entre a programação e a oferta. (A) (2ª. Ideia) Pouco monitoramento da produção para adequação da PPI. (C)</p>
<p><b>S17</b> - <u>Apesar de ser constituído como instrumento garantidor, mas há necessidade que essa pactuação seja implementada no que se refere ao momento da solicitação dos serviços ao prestador, recebendo deste a confirmação de sua oferta, garantindo assim uma melhor negociação.</u></p>	<p>Pactuação não implementada no momento da solicitação (A)</p>
<p><b>S18</b> - <u>Ainda há muito que melhora porque há demandas reprimidas por falta de oferta pelo sistema e há ofertas pactuadas e negadas, ou seja não cumprimento da pactuação pelos prestadores.</u></p>	<p>Ofertas pactuadas e negadas, não cumprimento da pactuação pelos prestadores. (A)</p>
<p><b>S19</b> - <u>Entretanto necessita melhorar muito, pois há divergência entre o que está no papel (programado) e o financiado.</u></p>	<p>Há divergência entre o programado e o financiado. (B)</p>
<p><b>S20</b> - <u>Podemos considerá-la instrumento de organização do sistema, mas a garantia de acesso dar-se em parte, pois nem sempre há suficiência de oferta dos procedimentos pactuados.</u></p>	<p>(1ª. Ideia) A PPI funciona como Instrumento de organização do sistema. (B) (2ª. Ideia) Não garantia do Acesso por insuficiência de oferta. (A)</p>
<p><b>S21</b> - <u>Apesar do processo de elaboração e atualização, permitir uma PPI próxima da necessidade da população, a mesma não é suficiente para permitir a garantia do acesso da população aos serviços disponíveis nas unidades.</u></p>	<p>A PPI é Insuficiente para garantia do acesso aos serviços. (B)</p>

**Ideias Centrais do Grupo A, para criação da Ideia Central Síntese.**

- S1 - Não garantia procedimentos pactuados. (A)
- S4 - O prestador não possui o serviço/ação pactuado. (A)
- S7 - Oferta insuficiente para o programado. (A)
- S8 - Demanda maior que a oferta de serviços da rede SUS. (A)
- S9 - Existe dificuldade na garantia do programado. (A)
- S13 - Programação não real programa-se o que não pode produzir. (A)
- S14 - Acesso não garantido, pois a oferta é menor que a demanda. (A)
- S15 - Procedimentos pactuados sem oferta na unidade prestadora. (A)
- S16 - Pouca relação entre a programação e a oferta. (A)
- S17 - Pactuação não implementada no momento da solicitação (A)
- S18 - Ofertas pactuadas e negadas, não cumprimento da pactuação pelos prestadores. (A)
- S20 - Não garantia do Acesso por insuficiência de oferta. (A)

**Ideia Central Síntese do Grupo – A:**

A Programação Não é Real, Programa-se o Que Não se Pode Produzir.

**IAD 2**

**A - PROGRAMAÇÃO NÃO É REAL, PROGRAMA-SE O QUE NÃO SE PODE PRODUZIR.**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<p><b>S1</b> - A PPI, na prática apresenta sérios pontos de estrangulamento de forma <u>a não garantir os procedimentos da forma pactuada.</u></p> <p><b>S4</b> muitas vezes de forma virtual, onde <u>nem sempre o usuário tem garantia do acesso pela ausência da oferta de serviços pactuado pelo prestador.</u></p>	<p>Não acho que a PPI no Estado do Ceará seja instrumento garantidor do acesso à atenção de saúde, pois não tem garantido os procedimentos da forma pactuada e nem sempre o usuário tem garantia do acesso pela ausência da oferta de serviços pactuado pelo prestador, existe uma não disponibilidade de oferta suficiente para a demanda, principalmente na macrorregião com a demanda historicamente superando a oferta de serviços pela rede do SUS, tenho muita</p>



<p><b>S7</b> - <u>As unidades especializadas não disponibilizam oferta suficiente para a demanda programada na PPI, principalmente na macrorregião.</u></p> <p><b>S8</b> - <u>Não porque a demanda em busca de ações e serviços de saúde historicamente tem superado a oferta pelos serviços da rede do SUS.</u></p> <p><b>S9</b> - <u>Embora existam dificuldades em garantir o acesso mínimo programado,</u></p> <p><b>S13</b> - <u>Sua efetivação não ocorreu, não mantém a programação real/os municípios programam o que não podem produzir.</u></p> <p><b>S14</b> - <u>Em parte, pois o maior problema do acesso á saúde é a oferta que é menor do que a demanda.</u></p> <p><b>S15</b> - <u>É comum observar no sistema CRESUS, procedimentos pactuados pendentes de agendamentos, ou seja, sem oferta de cotas pela unidade prestadora.</u></p> <p><b>S16</b> - <u>Há pouca relação entre a programação e o que é realmente ofertado. As programações não refletem a necessidade.</u></p> <p><b>S17</b> - <u>Há necessidade que essa pactuação seja implementada no que se refere ao momento da solicitação dos serviços ao prestador, recebendo deste a confirmação de sua oferta, garantindo assim uma melhor negociação.</u></p> <p><b>S18</b> - <u>Há demandas reprimidas por falta de oferta pelo sistema e há ofertas pactuadas e negadas, ou seja não cumprimento da pactuação pelos prestadores.</u></p> <p><b>S20</b> - <u>Pois nem sempre há suficiência de oferta dos procedimentos pactuados.</u></p>	<p>dificuldade em garantir o acesso mínimo programado, isto propicia uma programação não real que o prestador não pode produzir e que não refletem a necessidade dos municípios, causando uma demanda reprimida.</p>
---	--

## **A - PROGRAMAÇÃO NÃO É REAL, PROGRAMA-SE O QUE NÃO SE PODE PRODUZIR.**

### **Discurso Sujeito Coletivo (S1, S4, S7, S8, S9, S13, S14, S15, S16, S17, S18, S20)**

*Não acho que a PPI no Estado do Ceará seja instrumento garantidor do acesso à atenção de saúde, pois não tem garantido os procedimentos da forma pactuada e nem sempre o usuário tem garantia do acesso pela ausência da oferta de serviços pactuado pelo prestador, existe uma não disponibilidade de oferta suficiente para a demanda, principalmente na macrorregião com a demanda historicamente superando a oferta de serviços pela rede do SUS, tenho muita dificuldade em garantir o acesso mínimo programado, isto propicia uma programação não real que o prestador não pode produzir e que não refletem a necessidade dos municípios, causando uma demanda reprimida.*

### **Ideias Centrais do Grupo B, para criação da Ideia Central Síntese.**

- S2 - O financiamento não é gerenciado para a PPI ser resolutive. (B)
- S3 - A PPI deverá ser mais reajustada no físico-financeiro. (B)
- S4 - A PPI é Instrumento para definição de uma garantia físico-financeira. (B)
- S5 - Programação financeira é irrisória e não garante o pactuado. (B)
- S6 - Instrumento financiador do sistema, com alocação de recursos. (B)
- S10 - A PPI permite organização da rede e a distribuição dos recursos assistenciais. (B)
- S19 - Há divergência entre o programado e o financiado. (B)
- S20 - A PPI funciona como Instrumento de organização do sistema. (B)
- S21 - A PPI é Insuficiente para garantia do acesso aos serviços. (B)

### **Ideia Central Síntese do Grupo – B:**

**Programação Financeira é Irrisória e Não Garante o Pactuado**

## IAD 2

**B - PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA É IRRISÓRIA E NÃO GARANTE O PACTUADO.**

EXPRESSÕES-CHAVES	DSC
<p><b>S2</b> - <u>As tecnologias e equipamentos, mais o financiamento não são gerenciadas para a PPI ser resolutivea..</u></p> <p><b>S3</b> - <u>A PPI como instrumento de gestão deverá ser mais reajustada no físico-financeiro,</u> assim balizará os gargalos. Falta reajuste físico-financeiro.</p> <p><b>S4</b> - <u>A PPI tem sido um instrumento balizador, para definição de uma garantia físico-financeira,</u> muitas vezes de forma virtual,</p> <p><b>S5</b> - <u>A programação dos tetos físicos e financeiros não garante a totalidade dos procedimentos pactuados, seus valores são irrisórios</u> e nem sempre coincidem com as reais necessidades assistenciais</p> <p><b>S6</b> - <u>É um instrumento financiador do sistema, porque torna visível o recurso da Média e Alta Complexidade – MAC.</u></p> <p><b>S10</b> - <u>A programação pactuada integrada, permite organização dos serviços, a distribuição dos recursos assistenciais em redes hierarquizadas.</u></p> <p><b>S19</b> - Entretanto necessita melhorar muito, pois <u>há divergência entre o que está no papel (programado) e o financiado.</u></p> <p><b>S20</b> - <u>Podemos considerá-la instrumento de organização do sistema</u></p> <p><b>S21</b> - Apesar do processo de elaboração e atualização, permitir uma PPI próxima da necessidade da população, <u>a mesma não é suficiente para permitir a garantia do acesso da população aos serviços disponíveis nas unidades.</u></p>	<p>Eu acho que a PPI no Ceará não é instrumento garantidor do acesso, pois, os financiamentos não são gerenciados visando a resolutiveidade, precisa ser reajustado tanto o físico como o financeiro sendo, que no caso do Ceará A PPI tem servido para garantia de um limite físico-financeiro virtual, que não garante a totalidade dos procedimentos pactuados. Vejo a PPI apenas como instrumento financiador do SUS, quanto a distribuição dos recursos e precisa melhorar muito pois existe uma diferença grande entre o que esta formalizado no papel e o que é financiado de fato, servindo mais como orientador da organização da rede de serviços, do que garantidor de acesso aos serviços disponíveis.</p>

## B - PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA É IRRISÓRIA E NÃO GARANTE O PACTUADO.

### Discurso Sujeito Coletivo (S2, S3, S4, S5, S6, S10, S19, S20, S21)

*Eu acho que a PPI no Ceará não é instrumento garantidor do acesso, pois, os financiamentos não são gerenciados visando a resolutividade, precisa ser reajustado tanto o físico como o financeiro sendo, que no caso do Ceará A PPI tem servido para garantia de um limite físico-financeiro virtual, que não garante a totalidade dos procedimentos pactuados. Vejo a PPI apenas como instrumento financiador do SUS, quanto a distribuição dos recursos e precisa melhorar muito, pois existe uma diferença grande entre o que está formalizado no papel e o que é financiado de fato, servindo mais como orientador da organização da rede de serviços, do que garantidor de acesso aos serviços disponíveis.*

### Ideias Centrais Ideias Centrais do Grupo C, para criação da Ideia Central Síntese.

**S6** - A alocação de recursos resultante da PPI, não é em tempo real. O recurso é virtual o que dificulta o acompanhamento, (C).

**S7** - Falta efetividade na regulação, monitoramento e avaliação. (C)

**S16** - Pouco monitoramento da produção para adequação da PPI. (C)

### A Ideia Central Síntese do Grupo C:

Falta efetividade na regulação, monitoramento e avaliação.

## IAD 2

## C - FALTA EFETIVIDADE NA REGULAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

EXPRESSÕES-CHAVES	DSC
<p><b>S6</b> - A sua alocação, porém, não em tempo real. O recurso é virtual para acompanhamento, digo, para prestação de contas das referências.</p> <p><b>S7</b> - A PPI é uma ferramenta importante na gestão, porém falta a regulação mais efetiva, também o monitoramento a avaliação, por parte dos gestores.</p> <p><b>S16</b> - Há um baixo monitoramento das produções para adequação da PPI. O sistema é lento para fazer adequações físicas e financeiras.</p>	<p>Eu acho que o acesso também é dificultado por uma alocação de recursos virtual o torna muito mais difícil o acompanhamento, existe um baixo nível de monitoramento das produções de ações o que é necessário para readequações da PPI, sendo ainda que falta a regulação, o monitoramento e avaliação mais efetiva</p>

### **C - FALTA EFETIVIDADE NA REGULAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.**

#### **Discurso do Sujeito Coletivo (S6, S7, S16)**

*Eu acho que o acesso também é dificultado por uma alocação de recursos virtual o torna muito mais difícil o acompanhamento, existe um baixo nível de monitoramento das produções de ações o que é necessário para readequações da PPI, sendo ainda que falta uma regulação, monitoramento e avaliação mais efetiva.*

#### **Ideias Centrais Ideias Centrais do Grupo D, para criação da Ideia Central Síntese.**

**S9** - Embora Exista dificuldade de garantir o acesso a PPI é Norteador do Planejamento de ações, (D).

**S10** - A PPI permite a transparência para planejamento de ações de saúde. (D)

#### **A Ideia Central Síntese do Grupo D:**

Embora Exista dificuldade de garantir o acesso a PPI é Norteador do Planejamento de ações.

### **IAD 2**

### **D - EMBORA EXISTA DIFICULDADE DE GARANTIR O ACESSO A PPI É NORTEADOR DO PLANEJAMENTO DE AÇÕES.**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<p><b>S9</b> - Embora existam <u>dificuldades em garantir o acesso mínimo programado</u>, a PPI é um dos <u>norteadores do planejamento de procedimentos/ações</u>.</p> <p><b>S10</b> - transparência para o gestor para planejar suas ações.</p>	<p>Acho que a PPI tem dificuldade para garantia do acesso, mas serve com subsidio ao gestor para nortear o planejamento.</p>

### **D - EMBORA EXISTA DIFICULDADE DE GARANTIR O ACESSO A PPI É NORTEADOR DO PLANEJAMENTO DE AÇÕES.**

#### **Discurso do Sujeito Coletivo (S9, S10)**

*Acho que a PPI tem dificuldade para garantia do acesso, mas serve com subsidio ao gestor para nortear o planejamento.*

**Ideias Centrais do Grupo E, para criação da Ideia Central Síntese.**

**S10** - A garantia do acesso aos serviços não está efetivada. (E)

**S11** - PPI é obsoleto, não defini a real necessidade quanto a garantia do acesso. (E)

**S12** - Acesso não garantido por negociação paralela entre municípios e servidores das unidades de saúde. (E)

**A Ideia Central Síntese do Grupo E:**

A garantia do acesso aos serviços não está efetivada.

**IAD 2**

**E - A GARANTIA DO ACESSO AOS SERVIÇOS NÃO ESTÁ EFETIVADA.**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<p><b>S10</b> - <u>A garantia do acesso pleno aos serviços ainda não está efetivada.</u></p> <p><b>S11</b> - <u>À medida que não ocorre um de evolução da PPI, este instrumento torna-se obsoleto não definindo a real necessidade dos municípios quanto a garantia do acesso.</u></p> <p><b>S12</b> - <u>Não porque há uma negociação paralela ao sistema entre os gestores e os servidores das unidades de saúde.</u></p>	<p>Vejo que na PPI no Estado do Ceará, a garantia do acesso ainda não está efetivada, pois temos uma PPI obsoleta que não define a real necessidade dos municípios, existindo mesmo negociação paralela entre gestores de um município e servidores das unidades prestadoras de outro.</p>

**E - A GARANTIA DO ACESSO AOS SERVIÇOS NÃO ESTÁ EFETIVADA.**

**Discurso do Sujeito Coletivo (S10, S11, S12)**

*Vejo que na PPI no Estado do Ceará, a garantia do acesso ainda não está efetivada, pois temos uma PPI obsoleta que não define a real necessidade dos municípios, existindo mesmo negociação paralela entre gestores de um município e servidores das unidades prestadoras de outro.*

## IAD 1

<b>QUESTÃO 02</b> - No processo de elaboração da PPI, analisou-se a coerência entre a capacidade instalada (Equipamentos e Recursos Humanos) e a Programação das diversas unidades de saúde do SUS – Sistema Único de Saúde, no Estado do Ceará, com a produção de serviços apresentados por estas unidades, no SIA e AIH?	
<b>SUJEITO/EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>IDEIAS-CENTRAIS</b>
<u>S1 - Iniciou-se um processo para adequação destas inconsistências através dos SISPPI, porém este processo foi interrompido</u>	Através do SISPPI iniciou-se um processo para analisar a coerência, porém este foi interrompido. (A)
<u>S2 - O gestor que tem o equipamento, no intuito de garantir a manutenção do teto financeiro, demanda oferta inexistente aos municípios que são reféns do processo, por não terem condição de realizar o procedimento.</u>	(1ª Ideia) Município no intuito de garantir teto financeiro, faz oferta inexistente. (B)  (2ª Ideia) Municípios são reféns por não realizarem o procedimento. (C)
<u>S3 - Esse exercício sempre foi realizado de forma coerente, o problema é quando se inicia a execução das ações e serviços, precisaria de monitoramento ou existência de setor regulativo mais eficiente.</u>	(1ª Ideia) A PPI realizou-se de forma coerente. (D)  (2ª Ideia) Quando se inicia a execução das ações precisa monitoramento e inexistente setor regulativo eficiente. (E)
<u>S4 - A pactuação de referencia na maioria das vezes é feita baseada no nível de complexidade, na qual a unidade de saúde esta inserida, não em relação à real oferta de serviço disponível o que em varias situações essa oferta não é suficiente para todos.</u>	(1ª Ideia) A pactuação se deu em função do nível de complexidade da unidade. (A)  (2ª Ideia) A pactuação não é real em relação a oferta de serviços, pois esta não é suficiente para todos. (B)
<u>S5 - Principalmente na PPI com a Macrorregião de Fortaleza, considerando que os gestores não têm conhecimento das condições instaladas dos prestadores e a decisão cabe a SMS de Fortaleza.</u>	(1ª Ideia) A incoerência se da principalmente em nível de macrorregião de saúde. (A)  (2ª Ideia) Os gestores não têm conhecimento das condições instaladas dos prestadores e a decisão cabe ao gestor da macrorregião de saúde. (C)
<u>S6 - A produção de serviços não é apresentada, apesar de solicitada, e a análise considera o recurso financeiro movimentado, o sistema ainda, não detém conhecimento real da sua capacidade instalada, principalmente da movimentação dos seus recursos humano-RH.</u>	(1ª Ideia) O sistema ainda não detém conhecimento da real capacidade instalada, principalmente recursos humanos e a produção do serviço não é apresentada, apesar de solicitada. (C)  (2ª Ideia) A análise considera o recurso financeiro movimentado. (B)
<u>S7 - Existe uma dificuldade das unidades prestadoras de serviços da Macrorregião</u>	Dificuldade das unidades prestadoras da macrorregião, de informar aos gestores sua

<u>de Fortaleza, de disponibilizar aos gestores, sua capacidade de oferta de serviços, prejudicando o processo de pactuação.</u>	capacidade de oferta prejudicando a pactuação. (C)
<u>S8 - No âmbito regional sim. O que não ocorreu e nem ocorre no âmbito da macrorregião.</u>	(1ª Ideia) Analisou-se a coerência no âmbito regional. (D)  (2ª Ideia) Não ocorreu e nem ocorre esta análise no âmbito da macrorregião. (A)
<u>S9 - Esta coerência esbarra nas dificuldades em garantir o que foi de fato programado, devido a precarização de equipamentos e recursos humano.</u>	(1ª Ideia) A incoerência é devida a precarização de equipamentos e recursos humanos, causando dificuldades em garantir o que foi de fato programado. (C)
<u>S10 - A pactuação se deu na CIB-MR. Entre gestores tendo como parâmetro capacidade instalada local e de referência, comprovadamente com análise dos relatórios da atenção básica, média e alta complexidade.</u>	Pactuação conforme com capacidade instalada local e de referência, utilizando-se de relatórios da atenção básica, média e alta complexidade. (D)
<u>S11 - Percebe-se claramente que esta análise não é realizada, haja vista que existem programações que não podem ser cumpridas por falta de profissionais e mesmo capacidade instalada em sua estrutura, como é o caso do Município de Fortaleza, que tem programação para todo o estado, mais não pode ofertar, apesar de receber o recurso o que é injusto para os municípios menores.</u>	(1ª Ideia) Percebe-se claramente que esta análise não é realizada. (A)  (2ª Ideia) Existem programações que não podem ser cumpridas por falta de profissionais e mesmo capacidade instalada, mas o recuso financeiro é recebido. (C)
<u>S12 - Em encontros regionais.</u>	Analisou-se a coerência em encontros regionais. (A)
<u>S13 - As gestões municipais não trabalham com atualização mensal com base em análise de capacidade instalada x programação, ou seja, inexistência de controle e avaliação.</u>	(1ª Ideia) Os municípios não trabalham com análise de capacidade instalada comparando com programação. (A)  (2ª Ideia) Inexistência de controle e avaliação. (E)
<u>S14 - Temos uma concentração de procedimentos programados em unidades que não tem capacidade de atender a PPI.</u>	Concentração de procedimentos programados em unidades sem capacidade instalada para atender. (C)
<u>S15 - Entendo que a partir dessa prática melhoraria o acesso e a garantia do serviço aos usuários do SUS.</u>	Entendo que a partir dessa prática melhoraria o acesso e a garantia do serviço aos usuários do SUS. (A)
<u>S16 - Por desconhecimento de sua realidade os municípios deixam em segundo plano a análise das ofertas e capacidade instalada. Ao que parece a PPI é muito pontual, não existindo</u>	(1ª Ideia) Os municípios desconhecem sua realidade e deixam de analisar as ofertas frente à capacidade instalada. (E)



<u>avaliação antes e nem depois para adequações embasadas.</u>	(2ª Ideia) Não existe avaliação nem antes e nem depois para as adequações embasadas tecnicamente. (E)
<b>S17</b> - <u>Um bom exemplo para comprovar que a coerência entre a programação da PPI e a capacidade instalada, é que a programação da PPI dos oitos municípios da Microrregião de Ibiapaba, para o hospital polo de Tianguá somente aconteceu quando o mesmo se estruturou fisicamente, tecnologicamente e assegurou a contratação de profissionais qualificados para ofertar os serviços propostos.</u>	A coerência só ocorre com a estruturação física e tecnológica com a contratação de pessoal qualificado. (B)
<b>S18</b> - <u>Estes são os elementos norteadores, portanto na reunião ocorrida no nível central, os técnicos da CRES foram atentamente informados quantos aos prestadores e suas ofertas tanto em nível ambulatorial como a internações.</u>	Os técnicos da CRES foram atentamente informados, pelo nível central, quanto aos prestadores e suas ofertas. (D)
<b>S19</b> - [...] não comentou.	
<b>S20</b> - [...] não comentou.	
<b>S21</b> - <u>Durante o processo de elaboração e atualização todos esses parâmetros foram relevantes para permitir uma PPI mais próxima da real necessidade da população.</u>	Estes parâmetros foram relevantes tanto na elaboração como na atualização da PPI, para permitir uma aproximação com a realidade. (D)

### **Ideias Centrais do Grupo A, para criação da Ideia Central Síntese.**

S1-Através do SISPPi iniciou-se um processo para analisar a coerência, porém este foi interrompido. (A)

S4-A pactuação se deu em função do nível de complexidade da unidade. (A)

S5-A incoerência se dá principalmente em nível de macrorregião de saúde. (A)

S8-Não ocorreu e nem ocorre esta análise no âmbito da macrorregião. (A)

S11-Percebe-se claramente que esta análise não é realizada. (A)

S12-Analisou-se a coerência em encontros regionais. (A)

S13-Os municípios não trabalham com análise de capacidade instalada comparando com programação. (A)

S15-Entendo que a partir dessa prática melhoraria o acesso e a garantia do serviço aos usuários do SUS. (A)

**Ideia Central Síntese do Grupo – A:**

**Os municípios não trabalham com análise de capacidade instalada comparando com programação.**

**IAD 2**

**A - OS MUNICÍPIOS NÃO TRABALHAM COM ANÁLISE DE CAPACIDADE INSTALADA COMPARANDO COM PROGRAMAÇÃO.**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<p><b>S1</b> - <u>Iniciou-se um processo para adequação destas inconsistências através dos SISPPI, porém este processo foi interrompido</u></p> <p><b>S4</b> - <u>A pactuação de referencia na maioria das vezes é feita baseada no nível de complexidade</u></p> <p><b>S5</b> - <u>Principalmente na PPI com a Macrorregião de Fortaleza</u></p> <p><b>S8</b>-<u>Não ocorreu e nem ocorre no âmbito da macrorregião.</u></p> <p><b>S11</b> - <u>Percebe-se claramente que esta análise não é realizada</u></p> <p><b>S12</b> - <u>Em encontros regionais</u></p> <p><b>S13</b> - <u>As gestões municipais não trabalham com atualização mensal com base em análise de capacidade instalada x programação</u></p> <p><b>S15</b> - <u>Entendo que a partir dessa prática melhoraria o acesso e a garantia do serviço aos usuários do SUS.</u></p>	<p>Eu acho que não houve coerência entre a capacidade instalada, programação das diversas unidades de saúde do SUS, com a produção de serviços apresentados no SIA e AIH, mas apenas um início deste processo com o SISPPI, que foi interrompido, sendo a pactuação executada na maioria das vezes, baseada no nível de complexidade da unidade, tendo este fato ocorrido principalmente na macrorregião, percebo claramente que esta análise não é realizada, sendo falada apenas em encontros regionais, portanto os municípios não trabalham com base em análise de capacidade instalada x programação, com esta prática melhoraria o acesso.</p>

## A - OS MUNICÍPIOS NÃO TRABALHAM COM ANÁLISE DE CAPACIDADE INSTALADA COMPARANDO COM PROGRAMAÇÃO.

### Discurso do Sujeito Coletivo (S1, S4, S5, S8, S11, S12, S13, S15)

*Eu acho que não houve coerência entre a capacidade instalada, programação das diversas unidades de saúde do SUS, com a produção de serviços apresentados no SIA e AIH, mas apenas um início deste processo com o SISPPPI, que foi interrompido, sendo a pactuação executada na maioria das vezes, baseada no nível de complexidade da unidade, tendo este fato ocorrido principalmente na macrorregião, percebo claramente que esta análise não é realizada, sendo falada apenas em encontros regionais, portanto os municípios não trabalham com base em análise de capacidade instalada x programação, com esta prática melhoraria o acesso.*

### Ideias Centrais do Grupo B, para criação da Ideia Central Síntese.

S2 - A coerência só ocorre com a estruturação física e tecnológica com a contratação de pessoal qualificado. (B)

S4 - A pactuação não é real em relação à oferta de serviços, pois esta não é suficiente para todos. (B)

S6 - A análise considera o recurso financeiro movimentado. (B)

S17 - O Município no intuito de garantir teto financeiro faz oferta inexistente. (B)

### Ideia Central Síntese do Grupo – B:

**A análise considera o recurso financeiro movimentado. (B)**

## IAD 2

### B - A ANÁLISE CONSIDERA O RECURSO FINANCEIRO MOVIMENTADO

EXPRESSÕES-CHAVES	DSC
<p><u>S2 - O gestor que tem o equipamento, no intuito de garantir a manutenção do teto financeiro, demanda oferta inexistente</u></p> <p><u>S4 – A pactuação não é real em relação oferta de serviço disponível pois essa oferta não é suficiente para todos.</u></p> <p><u>S6 - A análise considera o recurso financeiro movimentado,</u></p>	<p>Penso que a coerência entre a capacidade instalada e produção de serviços apresentados por estas unidades, no SIA e AIH não foi considerada na PPI, pois a pactuação não é real em relação à oferta de serviços disponíveis, que é insuficiente, e a análise considerou mais o recurso financeiro movimentado. Esta coerência somente acontece quando o município se estrutura</p>

<p><b>S17</b> - <u>A coerência entre a programação da PPI e a capacidade instalada, somente acontece quando o mesmo se estruturou fisicamente, tecnologicamente e assegurou a contratação de profissionais qualificados para ofertar os serviços propostos.</u></p>	<p>fisicamente, tecnologicamente e assegura a contratação de profissionais qualificados para ofertar os serviços propostos.</p>
---	---

## **B - A ANÁLISE CONSIDERA O RECURSO FINANCEIRO MOVIMENTADO**

### **Discurso do Sujeito Coletivo (S2, S4, S6, S17)**

*Penso que a coerência entre a capacidade instalada e produção de serviços apresentados por estas unidades, no SIA e AIH não foi considerada na PPI, pois a pactuação não é real em relação à oferta de serviços disponíveis, que é insuficiente, e a análise considerou mais o recurso financeiro movimentado. Esta coerência somente acontece quando o município se estrutura fisicamente, tecnologicamente e assegura a contratação de profissionais qualificados para ofertar os serviços propostos.*

### **Ideias Centrais do Grupo C, para criação da Ideia Central Síntese.**

**S2** - Municípios são reféns por não realizarem o procedimento. (C)

**S5** - Os gestores não têm conhecimento das condições instaladas dos prestadores e a decisão cabe a SMS de Fortaleza. (C)

**S6** - O sistema ainda não detém conhecimento da real capacidade instalada, principalmente recursos humanos, a produção do serviço não é apresentada, apesar de solicitada. (C)

**S7** - Dificuldade das unidades prestadoras da macrorregião, de informar aos gestores sua capacidade de oferta prejudicando a pactuação. (C)

**S9** - A incoerência é devida a precarização de equipamentos e recursos humanos, causando dificuldades em garantir o que foi de fato programado. (C)

**S11** - Existem programações que não podem ser cumpridas por falta de profissionais e mesmo capacidade instalada, mas o recuso financeiro é recebido. (C)

**S14** - Concentração de procedimentos programados em unidades sem capacidade instalada para atender a PPI. (C)

### **Ideia Central Síntese do Grupo - C:**

**O sistema ainda não detém conhecimento da real capacidade instalada, principalmente recursos humanos, causando dificuldades em garantir o que foi de fato programado.**

## IAD 2

**C - O SISTEMA AINDA NÃO DETÉM CONHECIMENTO DA REAL CAPACIDADE INSTALADA, PRINCIPALMENTE RECURSOS HUMANOS, CAUSANDO DIFICULDADES EM GARANTIR O QUE FOI DE FATO PROGRAMADO.**

EXPRESSÕES-CHAVES	DSC
<p><b>S2</b> - <u>Os municípios que são reféns do processo, por não terem condição de realizar o procedimento.</u></p> <p><b>S5</b> - <u>os gestores não têm conhecimento das condições instaladas dos prestadores e a decisão cabe a SMS de Fortaleza</u></p> <p><b>S6</b> - <u>A produção de serviços não é apresentada, apesar de solicitada e o sistema ainda, não detém conhecimento real da sua capacidade instalada, principalmente da movimentação dos seus recursos humanos.</u></p> <p><b>S7</b> - <u>Existe uma dificuldade das unidades prestadoras de serviços da Macrorregião de Fortaleza, de disponibilizar aos gestores, sua capacidade de oferta de serviços, prejudicando o processo de pactuação.</u></p> <p><b>S9</b> - <u>Esta coerência esbarra nas dificuldades em garantir o que foi de fato programado, devido a precarização de equipamentos e recursos humano</u></p> <p><b>S11</b> - <u>Existem programações que não podem serem cumpridas por falta de profissionais e mesmo capacidade instalada em sua estrutura, apesar de receber o recurso.</u></p> <p><b>S14</b> - <u>Temos uma concentração de procedimentos programados em unidades que não tem capacidade de atender a PPI.</u></p>	<p><i>Identifico incoerência entre a capacidade instalada e produção de serviços apresentados, no SIA e AIH, pois os municípios que referenciam não têm conhecimento da real capacidade instalado dos municípios que recebem as referencias, principalmente quanto a recursos humanos, prejudicando o processo de pactuação e levando a pactuações que não podem ser cumpridas por falta de profissionais e equipamento, existindo até uma concentração de procedimentos programados em unidades que não tem capacidade de atender a PPI.</i></p>

**C - O SISTEMA AINDA NÃO DETÉM CONHECIMENTO DA REAL CAPACIDADE INSTALADA, PRINCIPALMENTE RECURSOS HUMANOS, CAUSANDO DIFICULDADES EM GARANTIR O QUE FOI DE FATO PROGRAMADO.**

**Discurso do Sujeito Coletivo (S2, S5, S6, S7, S9, S11, S14)**

*Identifico incoerência entre a capacidade instalada e produção de serviços apresentados, no SIA e AIH, pois os municípios que referenciam não têm conhecimento da real capacidade instalado dos municípios que recebem as referências, principalmente quanto a recursos humanos, prejudicando o processo de pactuação e levando a pactuações que não podem ser cumpridas por falta de profissionais e equipamento, existindo até uma concentração de procedimentos programados em unidades que não tem capacidade de atender a PPI.*

**Ideias Centrais do Grupo D, para criação da Ideia Central Síntese.**

S3 - A PPI realizou-se de forma coerente. (D)

S8 - Analisou-se a coerência no âmbito regional. (D)

S10 - Pactuação conforme com capacidade instalada local e de referência, utilizando-se de relatórios da atenção básica, média e alta complexidade. (D)

S18 - Os técnicos da CRES foram atentamente informados, pelo nível central, quanto aos prestadores e suas ofertas. (D)

S 21 - Estes parâmetros foram relevantes tanto na elaboração como na atualização da PPI, para permitir uma aproximação com a realidade. (D)

**Ideia Central Síntese do Grupo - D:**

Pactuação conforme com capacidade instalada, utilizando-se de relatórios da atenção básica, média e alta complexidade, a falha foi a falta de acompanhamento para permitir uma aproximação com a realidade.

**IAD 2**

**D - PACTUAÇÃO CONFORME COM CAPACIDADE INSTALADA, UTILIZANDO-SE DE RELATÓRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, A FALHA FOI A FALTA DE ACOMPANHAMENTO PARA PERMITIR UMA APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE.**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<b>S3</b> - Esse exercício sempre foi realizado de forma coerente, o problema é quando se	A PPI sempre foi realizada de forma coerente o problema é que precisa de setor de

<p>inicia a execução das ações e serviços, precisaria de monitoramento ou existência de setor regulativo mais eficiente.</p> <p><b>S8</b> - <u>No âmbito regional sim. O que não ocorreu e nem ocorre no âmbito da macrorregião.</u></p> <p><b>S10</b> - <u>A pactuação se deu na CIB-MR. Entre gestores tendo como parâmetro capacidade instalada local e de referência, comprovadamente com análise dos relatórios da atenção básica, média e alta complexidade.</u></p> <p><b>S18</b> - <u>Estes são os elementos norteadores, portanto na reunião ocorrida no nível central, os técnicos da CRES foram atentamente informados quantos aos prestadores e suas ofertas tanto em nível ambulatorial como a internações.</u></p> <p><b>S21</b> - <u>Durante o processo de elaboração e atualização todos esses parâmetros foram relevantes para permitir uma PPI mais próxima da real necessidade da população.</u></p>	<p>regulação e monitoramento mais eficiente, esta ausência, se torna mais presente quando se trata de macrorregião a pactuação utilizou os parâmetros e os técnicos das CRES foram orientados pelo nível central e foi tentado uma aproximação com a realidade quando da elaboração e atualização da PPI.</p>
---	---

**D - PACTUAÇÃO CONFORME COM CAPACIDADE INSTALADA, UTILIZANDO-SE DE RELATÓRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, A FALHA FOI A FALTA DE ACOMPANHAMENTO PARA PERMITIR UMA APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE**

**Discurso do Sujeito Coletivo (S3, S8, S10, S18, S21)**

A PPI sempre foi realizada de forma coerente o problema é que precisa de setor de regulação e monitoramento mais eficiente, esta ausência se torna mais presente quando se trata de macrorregião a pactuação utilizou os parâmetros e os técnicos das CRES foram orientados pelo nível central e foi tentada uma aproximação com a realidade quando da elaboração e atualização da PPI.

**Ideias Centrais do Grupo E, para criação da Ideia Central Síntese.**

**S3** - Quando se inicia a execução das ações precisa monitoramento e inexistente setor regulativo eficiente. (E)

**S13** - inexistência de controle e avaliação. (E)

**S16** - Os municípios desconhecem sua realidade e deixam de analisar as ofertas frente à capacidade instalada, não existe avaliação nem antes e nem depois para as adequações embasadas tecnicamente. (E)

**Ideia Central Síntese do Grupo - E:**

Os municípios desconhecem sua realidade e deixam de analisar as ofertas frente à capacidade instalada, por não existe controle, avaliação eficiente, nem antes e nem depois para as adequações embasadas tecnicamente.

**IAD 2**

**Os municípios desconhecem sua realidade e deixam de analisar as ofertas frente à capacidade instalada, por não existe controle, avaliação eficiente, nem antes e nem depois para as adequações embasadas tecnicamente.**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<p><b>S3</b> - O problema é quando se inicia a execução das ações e serviços, precisaria de monitoramento ou existência de setor regulativo mais eficiente.</p> <p><b>S13</b> - <u>Inexistência de controle e avaliação.</u></p> <p><b>S16</b> - <u>Por desconhecimento de sua realidade os municípios deixam em segundo plano a análise das ofertas e capacidade instalada. Ao que parece a PPI é muito pontual, não existindo avaliação antes e nem depois para adequações embasadas.</u></p>	<p>Não vejo coerência entre capacidade instalada, programação e produção, pois quando se inicia a execução das ações e serviços precisa-se de monitoramento e regulação eficiente esta ausência, torna a PPI pontual por desconhecimento da realidade uma vez que não existe avaliação antes e nem depois.</p>

**Os municípios desconhecem sua realidade e deixam de analisar as ofertas frente à capacidade instalada, por não existe controle, avaliação eficiente, nem antes e nem depois para as adequações embasadas tecnicamente.**

**Discurso do Sujeito Coletivo (S3, S13, S16)**

*Não vejo coerência entre capacidade instalada, programação e produção, pois quando se inicia a execução das ações e serviços precisa-se de monitoramento e regulação eficiente esta ausência, torna a PPI pontual por desconhecimento da realidade uma vez que não existe avaliação antes e nem depois.*



## IAD 1

<b>QUESTÃO 03</b> - O processo de construção da PPI vem considerando utilização dos parâmetros de produção / capacidade instalada, determinados pelos diversos Conselhos de Exercícios Profissionais de saúde através de resoluções e/ou por Portarias dos diversos órgãos de normatização do SUS.	
<b>SUJEITO/EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>IDEIAS-CENTRAIS</b>
<b>S1</b> - <u>A elaboração/alteração das PPI geralmente não se dá por técnico com o adequado conhecimento para tal análise.</u>	A elaboração das PPI geralmente não se dá por técnico com o adequado conhecimento para tal análise. (A)
<b>S2</b> - [...] não fez comentários.	-----
<b>S3</b> - [...] não fez comentários.	
<b>S4</b> - <u>A PPI segue parâmetros determinados por resoluções, o que nem sempre contempla o que preconiza a totalidade do que esta normatizada pelas portarias ministeriais. O que falta em relação a PPI é o consolidado geral do que foi pactuado pelos municípios para cada prestador e uma análise de capacidade instalada.</u>	(1ª Ideia) A PPI segue parâmetros determinados por resoluções, o que nem sempre contempla o que preconiza a totalidade do que esta normatizada pelas portarias ministeriais (B)  (2ª Ideia) falta em relação à PPI é o consolidado geral do que foi pactuado pelos municípios para cada prestador e uma análise de capacidade instalada. (C)
<b>S5</b> - <u>Em parte pela portaria GM 1101 e resoluções diversas das CIB-MR/CE. Relatório de Gestão e indicadores de saúde.</u>	Em parte pela portaria GM 1101 e resoluções diversas das CIB-MR/CE. Relatório de Gestão e indicadores de saúde. (B)
<b>S6</b> - <u>A construção da PPI vem considerando as necessidades de atendimentos geradas a partir das Equipes de Saúde da Família, Hospitais Escolas e de uma pseudo-regulação de demandas encaminhadas de algum serviço. Os parâmetros assistenciais existentes são impraticáveis e necessitam de revisão (portaria MS 1101).</u>	(1ª Ideia) construção da PPI vem considerando as necessidades de atendimentos geradas a partir das Equipes de Saúde da Família, Hospitais Escolas e de uma pseudo-regulação de demandas (D)  (2ª Ideia) Os parâmetros assistenciais existentes são impraticáveis e necessitam de revisão (portaria MS nº1101). (E)
<b>S7</b> - <u>Portaria nº 1101.</u>	Portaria nº 1101. (B)
<b>S8</b> - [...] não fez comentários.	-----
<b>S9</b> - <u>As portarias procuram manter as ações, no entanto os gestores anseiam por uma estratégia mais elaborada evitando a fragmentação de ações e recursos.</u>	Os gestores anseiam por uma estratégia mais elaborada evitando a fragmentação de ações e recursos. (F)
<b>S10</b> - <u>Foram considerados parâmetros populacional de necessidade, capacidade instalada, PDR, PDI, CNES, Port. Nº 1101 e central de regulação.</u>	Foram considerados parâmetros populacional de necessidade, capacidade instalada, PDR, PDI, CNES, Port. Nº 1101 e central de regulação (B)
<b>S11</b> - <u>A lei do exercício profissional de cada profissão. É norma que deve ser respeitada, existem alguns conflitos</u>	(1ª Ideia) A lei do exercício profissional de cada profissão é norma que deve ser respeitada. (2ª Ideia) existem alguns conflitos como na

como na assistência farmacêutica, mas no geral a norma é seguida.	assistência farmacêutica, mas no geral a norma é seguida.
<b>S12</b> - [...] não fez comentários.	-----
<b>S13</b> - [...] não fez comentários.	-----
<b>S14</b> - [...] não fez comentários	-----
<b>S15</b> - <u>Eventualmente é utilizada a Portaria nº 1101.</u>	Eventualmente é utilizada a Portaria nº 1101.(B)
<b>S16</b> - <u>É provável que o nível estadual proceda a análise, mas o mesmo não ocorre nos municípios.</u>	É provável que o nível estadual proceda a análise, mas o mesmo não ocorre nos municípios. (A)
<b>S17</b> - <u>Geralmente, se utiliza mais o parâmetro da portaria nº 1101, apesar de entendermos que esta portaria necessita ser revisada pelo órgão competente, haja vista a implementação de novas políticas de saúde, novos indicadores e etc.</u> Também tem se observado as conquista dos conselhos profissionais, como por exemplo, a redução de carga horário por adventos de leis federais para os profissionais” fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais”, entre outros aspectos.	Geralmente, se utiliza mais o parâmetro da portaria nº 1101, apesar de entendermos que esta portaria necessita ser revisada pelo órgão competente, haja vista a implementação de novas políticas de saúde, novos indicadores. (B)
<b>S18</b> - [...] não fez comentários.	-----
<b>S19</b> - [...] não fez comentários.	-----
<b>S20</b> - [...] não fez comentários.	-----
<b>S21</b> - [...] não fez comentários.	-----

### **Ideias Centrais do Grupo A, para criação da Ideia Central Síntese.**

**S1** - A elaboração das PPI geralmente não se da por técnico com o adequado conhecimento para tal análise. (A)

**S16** - É provável que o nível estadual proceda a análise, mas o mesmo não ocorre nos municípios. (A)

### **Ideia Central Síntese do Grupo – A:**

A - A elaboração das PPI geralmente não se da por técnico com o adequado conhecimento para tal análise.

## IAD 2

**A - A ELABORAÇÃO DAS PPI GERALMENTE NÃO SE DA POR TÉCNICO COM O ADEQUADO CONHECIMENTO PARA TAL ANÁLISE.**

EXPRESSÕES-CHAVES	DSC
<p><b>S1</b> - <u>A elaboração/alteração das PPI geralmente não se da por técnico com o adequado conhecimento para tal análise</u></p> <p><b>S16</b> - <u>É provável que o nível estadual proceda a análise, mas o mesmo não ocorre nos municípios.</u></p>	<p>Quanto à utilização dos parâmetros de produção / capacidade instalada, determinados pelos diversos Conselhos de Exercícios Profissionais de saúde, eu vejo que os técnicos dos municípios não possuem adequado conhecimento para sua utilização.</p>

**A - A ELABORAÇÃO DAS PPI GERALMENTE NÃO SE DÁ POR TÉCNICO COM O ADEQUADO CONHECIMENTO PARA TAL ANÁLISE.**

**Discurso Do Sujeito Coletivo. (S1, S16)**

*Quanto à utilização dos parâmetros de produção / capacidade instalada, determinados pelos diversos Conselhos de Exercícios Profissionais de saúde, eu vejo que os técnicos dos municípios não possuem adequado conhecimento para sua utilização.*

**Ideias Centrais do Grupo B, para criação da Ideia Central Síntese.**

**S4** - A PPI segue parâmetros determinados por resoluções, o que nem sempre contempla o que preconiza a totalidade do que esta normatizada pelas portarias ministeriais (B)

**S5** - Em parte pela portaria GM 1101 e resoluções diversas das CIB-MR/CE. Relatório de Gestão e indicadores de saúde. (B)

**S7** - Portaria nº 1101. (B)

**S10** - Foram considerados parâmetros populacionais de necessidade, capacidade instalada, PDR, PDI, CNES, Port. Nº 1101 e central de regulação (B)

**S15** - Eventualmente é utilizada a Portaria nº 1101. (B).

**Ideia Central Síntese do Grupo – B:**

B – Foram considerados parâmetros populacionais de necessidade, capacidade instalada, PDR, PDI, CNES, Port. Nº 1101 e central de regulação.

## IAD2

**B – FORAM CONSIDERADOS PARÂMETROS POPULACIONAIS DE NECESSIDADE, CAPACIDADE INSTALADA, PDR, PDI, CNES, PORT. Nº 1101 E CENTRAL DE REGULAÇÃO.**

EXPRESSÕES-CHAVES	DSC
<p><b>S4</b> - <u>A PPI segue parâmetros determinados por resoluções, o que nem sempre contempla o que preconiza a totalidade do que esta normatizada pelas portarias ministeriais</u></p> <p><b>S5</b> - <u>Em parte pela portaria GM 1101 e resoluções diversas das CIB-MR/CE. Relatório de Gestão e indicadores de saúde.</u></p> <p><b>S7</b> - <u>Portaria nº 1101</u></p> <p><b>S10</b> - <u>Foram considerados parâmetros populacional de necessidade, capacidade instalada, PDR, PDI, CNES, Port. Nº 1101 e central de regulação.</u></p> <p><b>S15</b> - <u>Eventualmente é utilizada a Portaria nº 1101.</u></p>	<p>Em relação ao questionamento se a PPI, vem considerando utilização dos parâmetros de produção / capacidade instalada, determinados pelos diversos Conselhos de Exercícios Profissionais de saúde através de resoluções e/ou por Portarias dos diversos órgãos de normatização do SUS vejo que se utilizou em parte a portaria GM 1101 e resoluções diversas das CIB-MR/CE, PDR, PDI, CNES Relatório de Gestão e indicadores de saúde, bem como, relatórios da central de regulação, contudo não se falou dos parâmetros de capacidade de produção das normas de exercício profissional.</p>

**B – Foram considerados parâmetros populacionais de necessidade, capacidade instalada, PDR, PDI, CNES, Port. Nº 1101 e central de regulação.**

**Discurso do Sujeito Coletivo. (S4, S5, S7, S10, S15)**

*Em relação ao questionamento se a PPI, vem considerando utilização dos parâmetros de produção / capacidade instalada, determinados pelos diversos Conselhos de Exercícios Profissionais de saúde através de resoluções e/ou por Portarias dos diversos órgãos de normatização do SUS vejo que se utilizou em parte a portaria GM 1101 e resoluções diversas das CIB-MR/CE, PDR, PDI, CNES Relatório de Gestão e indicadores de saúde, bem como, relatórios da central de regulação, contudo não se falou dos parâmetros de capacidade de produção das normas de exercício profissional.*

**Ideias Centrais do Grupo C, para criação da Ideia Central Síntese.**

**S4** - Falta em relação à PPI é o consolidado geral do que foi pactuado pelos municípios para cada prestador e uma análise de capacidade instalada. (C)

**Ideia Central Síntese do Grupo – C:**

C – Na PPI não existe um consolidado geral do que foi pactuado para auxiliar na análise de capacidade instalada.

**IAD2****C – NA PPI NÃO EXISTE UM CONSOLIDADO GERAL DO QUE FOI PACTUADO PARA AUXILIAR NA ANÁLISE DE CAPACIDADE INSTALADA.**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<b>S4</b> - O que <u>falta em relação a PPI é o consolidado geral do que foi pactuado pelos municípios para cada prestador e uma análise de capacidade instalada.</u>	<i>Percebo a Falta de informação consolidada, do pactuado pelos municípios, para cada prestador, para uma análise de capacidade instalada.</i>

C – Na PPI não existe um consolidado geral do que foi pactuado para auxiliar na análise de capacidade instalada.

**Discurso do Sujeito Coletivo (S4)**

*Percebo a Falta de informação consolidada, do pactuado pelos municípios, para cada prestador, para uma análise de capacidade instalada.*

**Ideias Centrais do Grupo D, para criação da Ideia Central Síntese.**

S6 - Construção da PPI vem considerando as necessidades de atendimentos geradas a partir das Equipes de Saúde da Família, Hospitais Escolas e de uma pseudo-regulação de demandas (D)

**Ideia Central Síntese do Grupo – D:**

**S6** - Construção da PPI vem considerando somente as necessidades de atendimentos geradas a partir das Equipes de Saúde da Família, Hospitais Escolas e de uma pseudo-regulação de demandas (D)

## IAD2

**Construção da PPI vem considerando somente as necessidades de atendimentos geradas a partir das Equipes de Saúde da Família, Hospitais Escolas e de uma pseudo-regulação de demandas (D)**

EXPRESSÕES-CHAVES	DSC
<b>S6</b> - <u>A construção da PPI vem considerando as necessidades de atendimentos geradas a partir das Equipes de Saúde da Família, Hospitais Escolas e de uma pseudo-regulação de demandas</u> encaminhadas de algum serviço.	Eu acho que a PPI, não se vem considerando utilização dos parâmetros de capacidade instalada versus produção, determinados por Conselhos Profissionais e normatização do SUS, sendo utilizado demandas do PSF, Hospitais Escolas, e de uma pseudo-regulação.

**S6** - Construção da PPI vem considerando somente as necessidades de atendimentos geradas a partir das Equipes de Saúde da Família, Hospitais Escolas e de uma pseudo-regulação de demandas (D).

**Discurso do Sujeito Coletivo (S6)**

*Eu acho que a PPI, não se vem considerando utilização dos parâmetros de capacidade instalada versus produção, determinados por Conselhos Profissionais e normatização do SUS, sendo utilizado demandas do PSF, Hospitais Escolas, e de uma pseudo-regulação.*

**Ideias Centrais do Grupo E, para criação da Ideia Central Síntese.**

S6 - Os parâmetros assistenciais existentes são impraticáveis e necessitam de revisão (portaria MS 1101).

**Ideia Central Síntese do Grupo – E:**

**S6** - Os parâmetros assistenciais existentes são impraticáveis e necessitam de revisão (portaria MS nº 1101).

## IAD2

**OS PARÂMETROS ASSISTENCIAIS EXISTENTES SÃO IMPRATICÁVEIS E NECESSITAM DE REVISÃO (PORTARIA MS 1101).**

EXPRESSÕES-CHAVES	DSC
<u>Os parâmetros assistenciais existentes são impraticáveis e necessitam de revisão (portaria MS 1101).</u>	Considero que não existem parâmetros praticáveis para avaliação da capacidade instalada, pois os existentes necessitam de revisão.

**S6** - Os parâmetros assistenciais existentes são impraticáveis e necessitam de revisão (portaria MS nº 1101).

**Discurso do Sujeito Coletivo (S6)**

*Considero que não existem parâmetros praticáveis para avaliação da capacidade instalada, pois os existentes necessitam de revisão.*

**Ideias Centrais do Grupo F para criação da Ideia Central Síntese.**

S9 - Os gestores anseiam por uma estratégia mais elaborada evitando a fragmentação de ações e recursos. (F)

**Ideia Central Síntese do Grupo – F:**

S9 - Os gestores anseiam por uma estratégia mais elaborada evitando a fragmentação de ações e recursos. (F)

**IAD2**

**OS GESTORES ANSEIAM POR UMA ESTRATÉGIA MAIS ELABORADA EVITANDO A FRAGMENTAÇÃO DE AÇÕES E RECURSOS. (F)**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<b>S9</b> - As portarias procuram manter as ações, <u>no entanto os gestores anseiam por uma estratégia mais elaborada evitando a fragmentação de ações e recursos.</u>	Considero que não existem parâmetros praticáveis para avaliação da capacidade instalada/produção, pois as portarias procuram manter as ações, no entanto os gestores anseiam por uma estratégia mais elaborada evitando a fragmentação de ações e recursos.

S9 - Os gestores anseiam por uma estratégia mais elaborada evitando a fragmentação de ações e recursos. (F)

**Discurso do Sujeito Coletivo (S9)**

*Considero que não existem parâmetros praticáveis para avaliação da capacidade instalada/produção, pois as portarias procuram manter as ações, no entanto os gestores anseiam por uma estratégia mais elaborada evitando a fragmentação de ações e recursos.*

## IAD 1

<b>QUESTÃO 04 - A PPI foi realizada conforme realidade local, considerando os planos de saúde e suas programações anuais e demais instrumentos de planejamento, e a Lei Orçamentária Anual – LOA?</b>	
<b>SUJEITO/EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>IDEIAS-CENTRAIS</b>
<b>S1</b> - A PPI existente não tem relação com todos os instrumentos citados.	A PPI existente não tem relação com todos os instrumentos citados. (A)
<b>S2</b> - Parcial.	Parcial. (B)
<b>S3</b> - <u>Todos estes instrumentos de gestão perpassam por um planejamento estratégico</u> , onde a SESA realiza atividade extramural nos municípios.	Todos estes instrumentos de gestão perpassam por um planejamento estratégico. (C)
<b>S4</b> - <u>A programação é feita tendo base a suposta oferta de serviços de unidades de referência e a programação local e que possui alguma coerência com os instrumentos de planejamento não necessariamente com a Lei Orçamentária anual.</u>	(1ª Ideia) A programação é feita tendo base a suposta oferta de serviços de unidades de referência e a programação local. (A) (2ª Ideia) Possui alguma coerência com os instrumentos de planejamento não necessariamente com a Lei Orçamentária anual. (B)
<b>S5</b> - <u>Estes instrumentos transformaram-se em meras peças burocráticas</u> , não vem sendo utilizados como instrumentos garantidor das políticas de saúde e de acesso aos serviços e ações.	Estes instrumentos transformaram-se em meras peças burocráticas. (A)
<b>S6</b> - Considera (tenta) ou se adéqua com os planos de saúde como também aos pactos atuais (PAVS, Pacto de Gestão, Redução da Mortalidade Infantil) e <u>não há articulação e integração entre os setores e secretarias. Logo, não há apropriação de realidades locais.</u>	Não há articulação e integração entre os setores e secretarias. Logo, não há apropriação de realidades locais. (A)
<b>S7</b> - PPI municipais são incoerentes com os respectivos planos municipais de saúde.	PPI municipais são incoerentes com os respectivos planos municipais de saúde. (A)
<b>S8</b> - Quando muito, a sua elaboração, as pressões de demanda dos usuários.	Quando muito, a sua elaboração, as pressões de demanda dos usuários. (A)
<b>S9</b> - [...] não fez comentários.	-----
<b>S10</b> - <u>A orientação foi que a construção da PPI se desse dentro desta lógica</u> , que os instrumentos, planos de saúde, LOA, Programações e outros, fossem atualizados como ferramentas de gestão.	A orientação foi que a construção da PPI se desse dentro desta lógica. (A)
<b>S11</b> - <u>No geral os municípios não consideram os instrumentos legais não existindo um estudo profundo da realidade local</u> , muitas vezes por causa da falta de capacidade técnica dos profissionais.	No geral os municípios não consideram os instrumentos legais. Não existindo um estudo profundo da realidade local por causa da falta de capacidade técnica dos profissionais (A)



<b>S12</b> - [...] não fez comentários.	-----
<b>S13</b> - Muitos gestores não elaboram e/ou atualizam planos de saúde e ignoram a existência de outros instrumentos de planejamentos.	Muitos gestores não elaboram e/ou atualizam planos de saúde e ignoram a existência de outros instrumentos de planejamentos. (A)
<b>S14</b> - Esta foi <u>construída pela série histórica, que mostra os procedimentos realizados nos anos, mas não a realidade local.</u>	A PPI foi construída pela série histórica, que mostra os procedimentos realizados nos anos, mas não a realidade local. (A)
<b>S15</b> - PPI/2006 e sua alteração em cima da PPI anterior, em oficina realizada com secretários municipais e assessores na época CERES. <u>Atualmente as alterações em procedimentos e consultas, estão sendo baseadas pela realidade local de forma ainda incipiente por parte de alguns municípios.</u>	Atualmente as alterações em procedimentos e consultas, estão sendo baseadas pela realidade local de forma ainda incipiente por parte de alguns municípios. (B)
<b>S16</b> - Ao que parece estes instrumentos conversam muito pouco. <u>As programações, plano e outros instrumentos são elaborados e bem poucos consultados na organização das atividades.</u>	As programações, plano e outros instrumentos são elaborados e bem poucos consultados na organização das atividades. (A)
<b>S17</b> - Normalmente <u>costuma-se observar além dos instrumentos de gestão mencionados no caput deste idem, a série histórica de produção</u> cuja PPI locais vem sendo adequadas quadrimestralmente pela maioria dos municípios que compõem a 13ª CRES Tianguá.	Costuma-se observar além dos instrumentos de gestão mencionados a série histórica de produção. (C)
<b>S18</b> - Os secretários e assessores são devidamente informados quanto a esse processo inclusive quanto aos instrumentos de planejamento e LOA, o que <u>ocorre é a pouca maturidade na condução e coordenação em função da dinâmica que o envolve.</u>	Ocorre pouca maturidade na condução e coordenação da PPI, em função da dinâmica que o envolve. (A)
<b>S19</b> - <u>Os instrumentos de planejamentos são pouco utilizados.</u>	Os instrumentos de planejamentos são pouco utilizados. (A)
<b>S20</b> - [...] não fez comentários.	
<b>S21</b> - Tanto a sua elaboração como atualização, <u>utiliza como parâmetro a capacidade instalada produção das unidades e as necessidades identificadas nas centrais de regulação.</u>	A PPI utiliza como parâmetro a capacidade instalada produção das unidades e as necessidades identificadas nas centrais de regulação. (A)

**Ideias Centrais do Grupo A para criação da Ideia Central Síntese.**

**S1** - A PPI existente não tem relação com todos os instrumentos citados. (A)

**S4** - A programação é feita tendo base a suposta oferta de serviços de unidades de referência e a programação local.

**S5** - (A). Estes instrumentos transformaram-se em meras peças burocráticas. (A)

**S6** - Não há articulação e integração entre os setores e secretarias. Logo, não há apropriação de realidades locais. (A)

**S7** - PPI municipais são incoerentes com os respectivos planos municipais de saúde. (A)

**S8** - Quando muito, a sua elaboração, as pressões de demanda dos usuários. (A)

**S10** - A orientação foi que a construção da PPI se desse dentro desta lógica. (A)

**S11** - No geral os municípios não consideram os instrumentos legais. Não existindo um estudo profundo da realidade local por causa da falta de capacidade técnica dos profissionais (A).

**S13** - Muitos gestores não elaboram e/ou atualizam planos de saúde e ignoram a existência de outros instrumentos de planejamentos. (A).

**S14** A PPI foi construída pela série histórica, que mostra os procedimentos realizados nos anos, mas não a realidade local. (A).

**S16** - As programações, plano e outros instrumentos são elaborados e bem poucos consultados na organização das atividades. (A).

**S18** - Ocorre pouca maturidade na condução e coordenação da PPI, em função da dinâmica que o envolve. (A)

**S19** - Os instrumentos de planejamentos são pouco utilizados. (A)

**S21** - A PPI utiliza como parâmetro a capacidade instalada produção das unidades e as necessidades identificadas nas centrais de regulação. (A)

**Ideia Central Síntese do Grupo – A:**

A PPI não tem relação com instrumentos de planejamentos, os quais se tornam mera peça burocrática e não se apropria da realidade, mesmo tendo ocorrido orientações nesta lógica.

## IAD2

**A PPI NÃO TEM RELAÇÃO COM INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTOS, OS QUAIS SE TORNAM MERA PEÇA BUROCRÁTICA E NÃO SE APROPRIA DA REALIDADE, MESMO TENDO OCORRIDO ORIENTAÇÕES NESTA LÓGICA.**

EXPRESSÕES-CHAVES	DSC
<p><b>S1</b> - A PPI existente não tem relação com todos os instrumentos citados.</p> <p><b>S4</b> - <u>A programação é feita tendo base a suposta oferta de serviços de unidades de referência e a programação local</u></p> <p><b>S5</b> - <u>Estes instrumentos transformaram-se em meras peças burocráticas, não vem sendo utilizados como instrumentos garantidor das políticas de saúde e de acesso aos serviços e ações.</u></p> <p><b>S6</b> - Considera (tenta) ou se adéqua com os planos de saúde como também aos pactos atuais (PAVS, Pacto de Gestão, Redução da Mortalidade Infantil) e <u>não há articulação e integração entre os setores e secretarias.</u> <u>Logo, não há apropriação de realidades locais.</u></p> <p><b>S7</b> - PPI municipais são incoerentes com os respectivos planos municipais de saúde.</p> <p><b>S8</b> - Quando muito, na sua elaboração, as pressões de demanda dos usuários.</p> <p><b>S10</b> - <u>A orientação foi que a construção da PPI se desse dentro desta lógica, que os instrumentos, planos de saúde, LOA, Programações e outros, fossem atualizados como ferramentas de gestão.</u></p> <p><b>S11</b> - <u>No geral os municípios não consideram os instrumentos legais não existindo um estudo profundo da realidade local, muitas vezes por causa da falta de capacidade técnica dos profissionais.</u></p> <p><b>S13</b> - Muitos gestores não elaboram e/ou atualizam planos de saúde e ignoram a existência de outros instrumentos de planejamentos.</p> <p><b>S14</b> - Esta foi <u>construída pela série histórica, que mostra os procedimentos realizados nos</u></p>	<p>Embora a orientação tenha sido a construção da PPI dentro desta lógica, no geral os municípios não consideram os instrumentos legais, não existe um estudo profundo da realidade local. Vejo, que a PPI existente não tem relação com a realidade local e com os instrumentos citados, sendo a programação feita através da oferta de serviços, tanto a nível local como de referência e os planos de saúde viram meras peças burocráticas, portanto, prevalece a série histórica, que mostra os procedimentos realizados nos anos, mas não a realidade local.</p>

anos, mas não a realidade local.

**S16** - Ao que parece estes instrumentos conversam muito pouco. As programações, plano e outros instrumentos são elaborados e bem poucos consultados na organização das atividades.

**S18** - Os secretários e assessores são devidamente informados quanto a esse processo inclusive quanto aos instrumentos de planejamento e LOA, o que ocorre é a pouca maturidade na condução e coordenação em função da dinâmica que o envolve.

**S19** - Os instrumentos de planejamentos são pouco utilizados.

**S21** - Tanto a sua elaboração como atualização, utiliza como parâmetro a capacidade instalada produção das unidades e as necessidades identificadas nas centrais de regulação

A - A PPI não tem relação com instrumentos de planejamentos, os quais se tornam mera peça burocrática e não se apropria da realidade, mesmo tendo ocorrido orientações nesta lógica.

**Discurso Do Sujeito Coletivo. (S1, S4, S5, S6, S7, S8, S10, S11, S13, S14, S16, S18, S19, S21)**

*Embora a orientação tenha sido a construção da PPI dentro desta lógica, no geral os municípios não consideram os instrumentos legais, não existe um estudo profundo da realidade local. Vejo, que a PPI existente não tem relação com a realidade local e com os instrumentos citados, sendo a programação feita através da oferta de serviços, tanto a nível local como de referência e os planos de saúde viram meras peças burocráticas, portanto, prevalece a série histórica, que mostra os procedimentos realizados nos anos, mas não a realidade local.*

**Ideias Centrais do Grupo B para criação da Ideia Central Síntese.**

**S2** – A PPI foi realizada parcialmente, conforme realidade local (B).

**S4** - Possui alguma coerência com os instrumentos de planejamento não necessariamente com a Lei Orçamentária anual. (B).

**S15** - Atualmente as alterações em procedimentos e consultas, estão sendo baseadas pela realidade local de forma ainda incipiente por parte de alguns municípios. (B)

**Ideia Central Síntese do Grupo – B:**

B - A PPI possui alguma coerência com os instrumentos de planejamento não necessariamente com a Lei Orçamentária.

**IAD 2**

**A PPI POSSUI ALGUMA COERÊNCIA COM OS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO NÃO NECESSARIAMENTE COM A LEI ORÇAMENTÁRIA**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<p><b>S2</b> - Parcial.</p> <p><b>S4</b> - <u>A programação é feita tendo base a suposta oferta de serviços de unidades de referência e a programação local e que possui alguma coerência com os instrumentos de planejamento não necessariamente com a Lei Orçamentária anual.</u></p> <p><b>S15</b> - PPI/2006 e sua alteração em cima da PPI anterior, em oficina realizada com secretários municipais e assessores na época CERES. <u>Atualmente as alterações em procedimentos e consultas, estão sendo baseadas pela realidade local de forma ainda incipiente por parte de alguns municípios.</u></p>	<p>Parcialmente, pois a programação é feita tendo como base a suposta oferta de serviços, possuindo alguma coerência com os instrumentos de planejamento, mas, não com a Lei Orçamentária Anual, existindo atualmente ainda de forma incipiente alguns municípios buscando a coerência com a realidade local.</p>

B - A PPI possui alguma coerência com os instrumentos de planejamento não necessariamente com a Lei Orçamentária

**Discurso do Sujeito Coletivo (S2, S4, S15)**

*Parcialmente, pois a programação é feita tendo como base a suposta oferta de serviços, possuindo alguma coerência com os instrumentos de planejamento, mas, não com a Lei Orçamentária Anual, existindo atualmente ainda de forma incipiente alguns municípios buscando a coerência com a realidade local.*

**Ideias Centrais do Grupo C para criação da Ideia Central Síntese.**

**S3** - Todos estes instrumentos de gestão perpassam por um planejamento estratégico. (C)

**S17** - Costuma-se observar além dos instrumentos de gestão mencionados a série histórica de produção. (C)

**Ideia Central Síntese do Grupo – C:**

Estes instrumentos de gestão são considerados quando do planejamento estratégico, e observa-se também, a série histórica de produção. (C)

**IAD 2**

**ESTES INSTRUMENTOS DE GESTÃO SÃO CONSIDERADOS QUANDO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO, E OBSERVA-SE TAMBÉM, A SÉRIE HISTÓRICA DE PRODUÇÃO. (C)**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<p><b>S3</b> - <u>Todos estes instrumentos de gestão perpassam por um planejamento estratégico</u>, onde a SESA realiza atividade extramural nos municípios.</p> <p><b>S17</b> - Normalmente <u>costuma-se observar além dos instrumentos de gestão mencionados</u> no caput deste idem, <u>a série histórica de produção</u> cuja PPI locais vem sendo adequadas quadrimestralmente pela maioria dos municípios que compõem a nossa CRES .</p>	<p>Eu vejo que estes instrumentos de gestão perpassam um planejamento estratégico, onde a SESA realiza atividade extramural nos municípios, sendo observado também a série histórica de produção</p>

C - Estes instrumentos de gestão são considerados quando do planejamento estratégico, e observa-se também, a série histórica de produção.

**Discurso do Sujeito Coletivo (S3, S17)**

*Eu vejo que estes instrumentos de gestão perpassam um planejamento estratégico, onde a SESA realiza atividade extramural nos municípios, sendo observado também a série histórica de produção*

## IAD 1

<b>QUESTÃO 05</b> - Considerando a sua vivência profissional, os recursos financeiros propostos e alocados garantem a integralidade das ações assistenciais de saúde, considerando as necessidades municipais e estaduais?	
<b>SUJEITO/EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>IDEIAS-CENTRAIS</b>
<b>S1</b> - [...] não fez comentários.	-----
<b>S2</b> - [...] não fez comentários.	-----
<b>S3</b> - <u>De fato, o problema em questão é o subfinanciamento do SUS. Necessitaria de mais recursos dos dois entes públicos para que a garantia do acesso as ações e serviços, ocorra com dignidade</u>	A questão é Subfinanciamento do SUS, necessita de mais recurso para a garantia do acesso. (A)
<b>S4</b> - <u>Mesmo com uma tabela de preços defasados para pagamentos de procedimentos, não conseguimos fazer um aporte financeiro que garanta a integralidade das ações assistenciais conforma preconizam as portarias ministeriais.</u>	Com uma tabela de preços defasada, não conseguimos aporte financeiro para garantia da integralidade das ações assistenciais. (A)
<b>S5</b> - [...] não fez comentários	-----
<b>S6</b> - <u>Procura-se aproximar, vez que o per capita não é suficiente para as necessidades de assistência identificadas</u>	Os recursos per capita não é suficiente para as necessidades de assistência identificadas. (A)
<b>S7</b> - <u>Os limites financeiros dos recursos assistenciais para média e alta complexidade dificultam as necessidades reais, pois ainda são insuficientes para garantir a integralidade.</u>	Os recursos financeiros assistenciais para a média e alta complexidade (MAC) são insuficientes (A).
<b>S8</b> - [...] não fez comentários.	-----
<b>S9</b> - <u>Os recursos são mensuráveis e as necessidades não, Fora isto a inexperiência, descaso, negligencia na alocação de recurso dificultam o acesso de qualidade da população aos serviços.</u>	(1ª Ideia) Os recursos são mensuráveis, as necessidades não. (A) (2ª Ideia) A integralidade é prejudicada pela inexperiência, descaso, negligencia na alocação de recursos dificultam o acesso de qualidade da população aos serviços. (B)
<b>S10</b> - <u>É necessária a efetivação da EC/29, como definição clara dos recursos financeiros para a saúde.</u>	É necessária a efetivação da EC/29, com definição clara de recursos para a saúde.(A)
<b>S11</b> - <u>Os recursos financeiros não alcançam este objetivo, principalmente por causa da falta de capacidade instalada, como é o caso das cirurgias eletivas do programa vida nova do estado, existem recursos, mas as unidades</u>	(1ª Ideia) Os recursos financeiros são poucos. (A) (2ª Ideia) Para os recursos financeiros propostos e alocados garantirem a

<p><u>não tem interesse de realizar ou falta capacidade, tendo os municípios de atender, primeiro o projeto de cirurgia eletiva do Ministério da Saúde, principalmente porque este garantem recursos mais rápido</u></p>	<p>integralidade das ações assistenciais, falta capacidade instalada.(C)</p>
<p><b>S12</b> - <u>Porque a necessidade é maior que a oferta.</u></p>	<p>Para os recursos financeiros propostos e alocados garantirem a integralidade das ações assistenciais, existe necessidade de maior oferta. (C)</p>
<p><b>S13</b> - <u>A tabela do SUS esta muito defasada quanto aos procedimentos MAC.</u></p>	<p>Tabela muito defasada quanto aos procedimentos MAC. (A)</p>
<p><b>S14</b> - <u>Os recursos são insuficientes, mas também não são bem otimizados, daí a importância de efetivação do controle e avaliação, regulação e auditoria.</u></p>	<p>(1ª Ideia) Recursos são insuficientes. (A) (2ª Ideia) Os recursos não são otimizados.(B) (3ª Ideia) É importante efetivar o controle, avaliação, regulação e auditoria (D)</p>
<p><b>S15</b> - <u>É comum ouvir dos gestores reclamarem que os recursos financeiros são escassos e que não atendem as necessidades ou falta uma rede assistencial melhor organizada. Cada vez mais são cobrados os municípios.</u></p>	<p>(1ª Ideia) Gestores reclamam que os recursos financeiros não atendem as necessidades. (A)  (2ª Ideia) Para garantia da integralidade, falta uma rede assistencial melhor organizada. (C)</p>
<p><b>S16</b> - <u>É claro que as programações podem ser mais eficientes, mas certamente garantir a integralidade é ainda uma meta distante, só se consegue inserir um procedimento retirando outro.</u></p>	<p>Garantir a integralidade é ainda uma meta distante. (E)</p>
<p><b>S17</b> - <u>Lamentavelmente, os recursos financeiros não cobrem sequer 60% das necessidades demandadas pela população para os serviços de média complexidade. A demanda reprimida nas centrais de regulação são relevantes para realização de exames e consultas especializadas.Outros municípios não tem condições financeiras para assegurar no nível local a média complexidade.Os usuários em meios as dificuldades se utilizam de outras formas de atendimentos para solucionar suas necessidades, como por exemplo “atendimento por contribuição” que é um serviço com valor intermediário entre o valor SUS e o valor particular, ofertado por estabelecimentos de saúde da macro Sobral. Quando se compara um relatório de atendimento pelo SUS e pelo método de contribuição, observa-se que este último equipara-se ao atendimento SUS. O</u></p>	<p>(1ª Ideia) A demanda reprimida é relevante, os municípios não têm condições financeiras para assegurar no nível local a média complexidade. (A)  (2ª Ideia) Os usuários utilizam-se de atendimento particular quase de maneira equiparada com o SUS. (C)  (3ª Ideia) O usuário não conta com a integralidade que trata o princípio da integralidade. (E)</p>



<u>lamentável é que o usuário do SUS não esteja tendo o atendimento integral de que trata o princípio da integralidade. Faltam recursos financeiros para que se programe uma PPI MAC capaz de elevar o percentual de serviços especializados para nossa população</u>	
<u>S18 - A timidez das ações de promoção e de prevenção e a pouca implementação de políticas de saúde acarretam problemas de natureza diversa que assolam quando altas demandas dos três níveis de atenção à saúde.</u>	A timidez das ações de promoção e prevenção acarreta problemas diversos, quando das altas demandas dos três níveis de atenção à saúde. (C)
<u>S19 - Ainda existem demanda reprimida em muitas áreas de procedimentos.</u>	Existem demandas reprimidas em muitas áreas de procedimentos. (C)
<u>S20 - A pactuação observou apenas a série histórica e o limite físico e financeiro.</u>	A pactuação observou apenas a série histórica e o limite físico e financeiro (A)
<u>S21 - Caso a PPI fosse um instrumento garantidor de acesso, provavelmente o ajuste financeiro seria mínimo.</u>	Se a PPI garantisse o acesso não precisaria de ajuste financeiro. (A)

### **Ideias Centrais do Grupo A para criação da Ideia Central Síntese.**

**S3** - A questão é Subfinanciamento do SUS, necessita de mais recurso para a garantia do acesso. (A)

**S4** - Com uma tabela de preços defasada, não conseguimos aporte financeiro para garantia da integralidade das ações assistenciais. (A)

**S6** - Os recursos per capita não é suficiente para as necessidades de assistência identificadas. (A)

**S7** - Os recursos financeiros assistenciais para a média e alta complexidade (MAC) são insuficientes (A).

**S9** - Os recursos são mensuráveis, as necessidades não. (A)

**S10** - É necessária a efetivação da EC/29, com definição clara de recursos para a saúde. (A)

**S11** - Os recursos financeiros são poucos. (A)

**S13** - Tabela muito defasada quanto aos procedimentos MAC. (A)

**S14** - Recursos são insuficientes. (A)

**S15** - Gestores reclamam que os recursos financeiros não atendem as necessidades.

**S17** - A demanda reprimida é relevante, os municípios não têm condições financeiras para assegurar no nível local a média complexidade. (A)

**S20** - A pactuação observou apenas a série histórica e o limite físico e financeiro (A)

**S21** - Se a PPI garantisse o acesso não precisaria de ajuste financeiro. (A)

**Ideia Central Síntese do Grupo – A:**

A - A questão é Subfinanciamento do SUS, necessita de mais recurso para a garantia do acesso.

**IAD 2**

**A QUESTÃO É SUBFINANCIAMENTO DO SUS, NECESSITA DE MAIS RECURSO PARA A GARANTIA DO ACESSO.**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<p><b>S3</b> - <u>De fato, o problema em questão é o subfinanciamento do SUS. Necessitaria de mais recursos dos dois entes públicos para que a garantia do acesso as ações e serviços, ocorra com dignidade</u></p> <p><b>S4</b> - <u>Mesmo com uma tabela de preços defasados para pagamentos de procedimentos, não conseguimos fazer um aporte financeiro que garanta a integralidade das ações assistenciais conforma preconizam as portarias ministeriais.</u></p> <p><b>S6</b> - <u>Procura-se aproximar, vez que o per capita não é suficiente para as necessidades de assistência identificadas</u></p> <p><b>S7</b> - <u>Os limites financeiros dos recursos assistenciais para média e alta complexidade dificultam as necessidades reais, pois ainda são insuficientes para garantir a integralidade.</u></p> <p><b>S9</b> - <u>Os recursos são mensuráveis e as necessidades não,</u></p> <p><b>S10</b> - <u>É necessária a efetivação da EC/29, como definição clara dos recursos financeiros para a saúde.</u></p>	<p>Vejo a questão como um Subfinanciamento do SUS, é preciso mais recurso para a garantia do acesso e com uma tabela de preços defasada, não conseguimos aporte financeiro para garantia a integralidade das ações assistenciais, os recursos não são suficientes para as necessidades de assistência identificadas, sendo estes mensuráveis e as demandas não, tendo como consequência uma demanda reprimida relevante fazendo-se necessário a efetivação da EC/29, com definição clara de recursos para a saúde, além do que na pactuação observou-se apenas a série histórica e o limite físico e financeiro.</p>

<p><u>S11 - Os recursos financeiros não alcançam este objetivo.</u></p> <p><u>S13 - A tabela do SUS esta muito defasada quanto aos procedimentos MAC.</u></p> <p><u>S14 - Os recursos são insuficientes.</u></p> <p><u>S15 - É comum ouvir dos gestores reclamarem que os recursos financeiros são escassos e que não atendem as necessidades.</u></p> <p><u>S17 - Lamentavelmente, os recursos financeiros não cobrem sequer 60% das necessidades demandadas pela população para os serviços de média complexidade. A demanda reprimida nas centrais de regulação são relevantes para realização de exames e consultas especializadas. Outros municípios não tem condições financeiras para assegurar no nível local a média complexidade.</u></p> <p><u>S20 - A pactuação observou apenas a série histórica e o limite físico e financeiro.</u></p> <p><u>S21 - Caso a PPI fosse um instrumento garantidor de acesso, provavelmente o ajuste financeiro seria mínimo.</u></p>	
---	--

**A - A QUESTÃO É SUBFINANCIAMENTO DO SUS, NECESSITA DE MAIS RECURSO PARA A GARANTIA DO ACESSO.**

**Discurso do Sujeito Coletivo (S3, S4, S6, S7, S9, S10, S11, S13, S14, S15, S17, S20, S21)**

*Vejo a questão como um Subfinanciamento do SUS, é preciso mais recurso para a garantia do acesso e com uma tabela de preços defasada, não conseguimos aporte financeiro para garantia a integralidade das ações assistenciais, os recursos não são suficientes para as necessidades de assistência identificadas, sendo estes mensuráveis e as demandas não, tendo como consequência uma demanda reprimida relevante fazendo-se necessário a efetivação da EC/29, com definição clara de recursos para a saúde, além do que na pactuação observou-se apenas a série histórica e o limite físico e financeiro.*

**Ideias Centrais do Grupo B para criação da Ideia Central Síntese.**

**S9** - A integralidade é prejudicada pela inexperiência, descaso, negligencia na alocação de recursos, dificultando o acesso de qualidade da população aos serviços. (B)

**S14** - Os recursos não são otimizados para garantir a integralidade. (B)

**Ideia Central Síntese do Grupo – B:**

A integralidade é prejudicada pela inexperiência, descaso, negligência na alocação de recursos, dificultando o acesso de qualidade da população aos serviços. (B)

**IAD 2**

**B - A INTEGRALIDADE É PREJUDICADA PELA INEXPERIÊNCIA, DESCASO, NEGLIGENCIA NA ALOCAÇÃO DE RECURSOS, DIFICULTANDO O ACESSO DE QUALIDADE DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS.**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<p><b>S9 - Os recursos são mensuráveis e as necessidades não, Fora isto <u>a inexperiência, descaso, negligência na alocação de recurso dificultam o acesso de qualidade da população aos serviços.</u></b></p> <p><b>S14 - Os recursos são insuficientes, mas também <u>não são bem otimizados</u>, daí a importância de <u>efetivação do controle e avaliação, regulação e auditoria.</u></b></p>	<p>A integralidade é prejudicada pela inexperiência, descaso, negligência na alocação de recursos, dificultando o acesso de qualidade da população aos serviços, portanto, os recursos não são otimizados para garantir a integralidade.</p>

**B - A INTEGRALIDADE É PREJUDICADA PELA INEXPERIÊNCIA, DESCASO, NEGLIGENCIA NA ALOCAÇÃO DE RECURSOS, DIFICULTANDO O ACESSO DE QUALIDADE DA POPULAÇÃO AOS SERVIÇOS.**

**Discurso do Sujeito Coletivo (S9, S14)**

*A integralidade é prejudicada pela inexperiência, descaso, negligência na alocação de recursos, dificultando o acesso de qualidade da população aos serviços, portanto, os recursos não são otimizados para garantir a integralidade.*

**Ideias Centrais do Grupo C para criação da Ideia Central Síntese.**

**S11 -** Para os recursos financeiros propostos e alocados garantirem a integralidade das ações assistenciais, falta capacidade instalada. (C)

**S12 -** Para os recursos financeiros propostos e alocados garantirem a integralidade das ações assistenciais, existe necessidade de maior oferta. (C)

**S15 -** Para garantia da integralidade, falta uma rede assistencial melhor organizada. (C)

**S17 -** O usuário utiliza-se de atendimento particular, de maneira equiparada com o SUS por falta da integralidade. (C)

**S18** - A timidez das ações de promoção e prevenção acarreta problemas diversos, quando das altas demandas dos três níveis de atenção à saúde. (C)

**S19** - Existem demandas reprimidas em muitas áreas de procedimentos. (C)

**Ideia Central Síntese do Grupo – C:**

A demanda nos três níveis de atenção à saúde, é maior que a oferta de serviços, com capacidade instalada deficiente e demanda reprimida, e a utilização de serviços particulares pelos usuários, na presença de uma rede assistencial desorganizada.

**IAD 2**

**A DEMANDA NOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE, É MAIOR QUE A OFERTA DE SERVIÇOS, COM CAPACIDADE INSTALADA DEFICIENTE E DEMANDO REPRIMIDA, E A UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS PARTICULARES PELOS USUÁRIOS, NA PRESENÇA DE UMA REDE ASSISTENCIAL DESORGANIZADA.**

EXPRESSÕES-CHAVES	DSC
<p><b>S11</b> - <u>Os recursos financeiros não alcançam este objetivo, principalmente por causa da falta de capacidade instalada, como é o caso das cirurgias eletivas do programa vida nova do estado, existem recursos, mas as unidades não tem interesse de realizar ou falta capacidade, tendo os municípios de atender, primeiro o projeto de cirurgia eletiva do Ministério da Saúde, principalmente porque este garantem recursos mais rápido</u></p> <p><b>S12</b> - <u>Porque a necessidade é maior que a oferta.</u></p> <p><b>S15</b> - <u>Falta uma rede assistencial melhor organizada.</u> Cada vez mais são cobrados os municípios.</p> <p><b>S17</b> - <u>Os usuários em meios as dificuldades se utilizam de outras formas de atendimentos para solucionar suas necessidades, como por exemplo “atendimento por contribuição” que é um serviço com valor intermediário entre o valor SUS e o valor particular, ofertado por estabelecimentos de saúde da macro Sobral.</u></p>	<p>Digo que os recursos financeiros não garantem a integralidade das ações assistenciais de saúde, devido à existência de altas demandas nos três níveis de atenção, bem maior que a oferta de serviços, pois a capacidade instalada é deficiente, levando a uma demanda reprimida de procedimentos e a utilização de serviços particulares por parte dos usuários, tudo isso, agravado por uma rede assistencial desorganizada.</p>

<p>Quando se compara um relatório de atendimento pelo SUS e pelo método de contribuição, observa-se que este último equipara-se ao atendimento SUS</p> <p><b>S18 - <u>A timidez das ações de promoção e de prevenção e a pouca implementação de políticas de saúde acarretam problemas de natureza diversa que assolam quando altas demandas dos três níveis de atenção à saúde.</u></b></p> <p><b>S19 - <u>Ainda existem demanda reprimida em muitas áreas de procedimentos.</u></b></p>	
---	--

A demanda nos três níveis de atenção à saúde, é maior que a oferta de serviços, com capacidade instalada deficiente e demanda reprimida, e a utilização de serviços particulares pelos usuários, na presença de uma rede assistencial desorganizada.

<p><b>Discurso do Sujeito Coletivo. (S11, S12, S15, S17, S18, S19)</b></p> <p><i>Digo que os recursos financeiros não garantem a integralidade das ações assistenciais de saúde, devido à existência de altas demandas nos três níveis de atenção, bem maior que a oferta de serviços, pois a capacidade instalada é deficiente, levando a uma demanda reprimida de procedimentos e a utilização de serviços particulares por parte dos usuários, tudo isso, agravado por uma rede assistencial desorganizada.</i></p>
--

**Ideias Centrais do Grupo D para criação da Ideia Central Síntese.**

**S14 - É importante efetivar o controle, avaliação, regulação e auditoria (D)**

**Ideia Central Síntese do Grupo – D:**

Falta de efetivo controle, avaliação, regulação e auditoria (D)

**IAD 2**

**FALTAM EFETIVO CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA (D)**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<p><b>S14 - <u>Os recursos são insuficientes</u>, mas também <u>não são bem otimizados</u>, daí a importância de <u>efetivação do controle e avaliação, regulação e auditoria</u></b></p>	<p>Digo que os recursos financeiros propostos não garantem a integralidade das ações assistenciais de saúde, devido também a falta de efetivo controle, avaliação, regulação e auditoria</p>

FALTAM EFETIVO CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA (D)

*Digo que os recursos financeiros propostos não garantem a integralidade das ações assistenciais de saúde, devido também a falta de efetivo controle, avaliação, regulação e auditoria.*

**Ideias Centrais do Grupo E para criação da Ideia Central Síntese.**

**S16** - Garantir a integralidade é ainda uma meta distante. (E)

**S17** - O usuário não conta com a integralidade que trata o princípio da integralidade. (E)

**Ideia Central Síntese do Grupo – E:**

E - Garantir a integralidade é ainda uma meta distante.

**IAD 2**

**GARANTIR A INTEGRALIDADE É AINDA UMA META DISTANTE.**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<p><b>S16</b> - <u>É claro que as programações podem ser mais eficientes, mas certamente garantir a integralidade é ainda uma meta distante, só se consegue inserir um procedimento retirando outro.</u></p> <p><b>S17</b> - <u>O lamentável é que o usuário do SUS não esta tendo o atendimento integral de que trata o princípio da integralidade. Faltam recursos financeiros para que se programe uma PPI MAC capaz de elevar o percentual de serviços especializados para nossa população</u></p>	<p>Acho que as programações podem ser mais eficientes, mas a garantia da integralidade é ainda uma meta distante.</p>

Garantir a integralidade é ainda uma meta distante

**Discurso do Sujeito Coletivo. (S16, S17)**

*Acho que as programações podem ser mais eficientes, mas a garantia da integralidade é ainda uma meta distante.*

## IAD 1

<b>QUESTÃO 06</b> - Na planilha de pactuação apresentada pelos municípios, os prestadores de serviços de saúde, exercem ou exerceram interferência sobre que ações de saúde que devem ser pactuadas.	
<b>SUJEITO/EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>IDEIAS-CENTRAIS</b>
<b>S1</b> - <u>Em nosso município, a partir de 2006 com o pacto pela saúde, os gestores locais vêm buscando fortalecer a oferta dos serviços tomando por base a necessidade da população ao invés do interesse histórico dos prestadores.</u>	Com o Pacto de Gestão os gestores locais vêm buscando fortalecer a oferta com base na necessidade da população e não no interesse histórico dos prestadores. (A)
<b>S2</b> - [...] não fez comentários.	-----
<b>S3</b> - [...] não fez comentários.	-----
<b>S4</b> - <u>Quando da programação local, mas em se tratando da PPI de referência essa interferência pouco acontece, pois o processo é feito a nível regional sem a presença dos prestadores que na maioria ficam nas cidades pólo de macrorregião (Fortaleza, Sobral, Juazeiro, Barbalha e etc.).</u>	A interferência acontece quando da programação local, mas na programação de referência que é feita no nível de regional e os prestadores estão longe, isso pouco acontece. (B)
<b>S5</b> - <u>Sim quando a pactuação é feita na microrregião de saúde, não quando é feita na macrorregião de saúde.</u>	A interferência acontece sim na pactuação microrregional e não na pactuação macrorregional. (B)
<b>S6</b> - <u>O que define as ações a serem pactuadas é a qualidade dos serviços e a capacidade e o tempo resposta para o atendimento as demandas.</u>	O que define a pactuação é a qualidade do serviço, a capacidade instalada e o tempo resposta para o atendimento. (A)
<b>S7</b> - <u>Na microrregião, pela proximidade os prestadores de serviços de saúde, exercem essa interferência, na macrorregião pela distância não exercem.</u>	Pela proximidade os prestadores exercem influência na microrregião e na macrorregião pela distância não. (B)
<b>S8</b> - [...] não fez comentários.	-----
<b>S9</b> - <u>A influência deste poder de realização, sempre é parte nas discussões (fóruns, CIB-MR). Ninguém quer perder o pouco que tem direito e os prestadores visam o seu poder para barganhar procedimentos</u>	A influência do prestador é sempre parte das discussões, os prestadores visam o seu poder para barganhar procedimentos.(B)
<b>S10</b> - <u>A pactuação se deu entre gestores. A auscultação dos prestadores, capacidade instalada, foi levantada pelas auditorias municipais e estabelecido compromisso entre o prestador e o gestor, objetivando a garantia do acesso da população residente e referenciada aos serviços de saúde</u>	A pactuação se deu entre gestores, com base em conhecimento da capacidade instalada identificada pelas auditorias, com objetivo de garantir o acesso da população. (A)
<b>S11</b> - <u>Para que ocorra a programação é</u>	(1ª Ideia) Para programação ocorrer é



<p><u>necessário a anuência do prestador ou seja o aceite, estes aceitam apesar de não terem capacidade instalada, havendo inclusive um processo de regulação da PPI não oficial pelo município de Fortaleza, o qual tenta garantir a programação financeira, mas não a física comprometendo a integralidade da atenção</u> (Um aspecto da), pois os procedimentos mais complexos, apesar de pactuados não são garantidos.</p>	<p>necessário a anuência do prestador, ou seja, o aceite. (B)</p> <p>(2ª Ideia) Os prestadores aceitam pactuações sem possuírem capacidade instalada, visando apenas o recurso financeiro, havendo até um processo de regulação extra oficial pelo município receptor da referência. (C)</p>
<p><b>S12</b> – [...] não fez comentários</p>	<p>-----</p>
<p><b>S13</b> - <u>Não tenho conhecimento de interferências</u></p>	<p>Não tenho conhecimento de interferências. (A)</p>
<p><b>S14</b> - De certa forma sim, <u>pois a realidade é que a pactuação é influenciada pela oferta apresentada e não pela necessidade real</u></p>	<p>A pactuação na realidade é influenciada pela oferta apresentada e não pela necessidade real. (B)</p>
<p><b>S15</b> - A planilha de pactuação é aprovada em CIB-MR, e o gestor entra em contato prévio com o gestor do município onde existe a unidade prestadora, mesmo sendo de outra microrregião e saúde. <u>Este procedimento vem ocorrendo nos últimos anos, pois antes era mais comum, contato com o gestor da unidade prestadora e não com o gestor municipal.</u></p>	<p>Atualmente é mais presente a pactuação de gestor com gestor, antes era mais comum contato da unidade prestadora com o gestor que referencia. (B)</p>
<p><b>S16</b> – [...] não fez comentários.</p>	<p>-----</p>
<p><b>S17</b> - <u>Os prestadores encaminham relação de procedimentos que são ofertados pelos respectivos estabelecimentos de saúde, conforme capacidade instalada de cada um. Fato que de imediato já evita que se programa o que o prestador não oferta e conseqüentemente, os prestadores não interferem nas ações pactuadas.</u></p>	<p>Os prestadores não interferem nas ações pactuadas, apenas encaminham a relação dos procedimentos que são ofertados. (A)</p>
<p><b>S18</b> - <u>Os prestadores fazem-se presente sim e disponibilizam esta oferta, mas depende do gestor de saúde a pactuação ou não, especialmente quando se trata dos Hospitais filantrópicos e privados conveniados a decisão esta a cargo do secretário de saúde.</u></p>	<p>Os prestadores fazem-se presente sim e disponibilizam esta oferta, mas depende do gestor de saúde a pactuação ou não. (B)</p>
<p><b>S19</b> - <u>A pactuação (acordos), ocorrem anteriormente ao preenchimento das planilhas.</u></p>	<p>A pactuação (acordos) ocorre anteriormente ao preenchimento das planilhas. (B)</p>
<p><b>S20</b> - <u>Os prestadores informam a capacidade de oferta ao município pólo e de acordo com a sua conveniência este oferta aos demais municípios.</u></p>	<p>Os prestadores informam a capacidade de oferta ao município polo e de acordo com a sua conveniência. (B)</p>

<b>S21</b> - <u>Na realidade da nossa microrregião não.</u>	Não na nossa realidade microrregional. (A)
---	--

**Ideias Centrais do Grupo A para criação da Ideia Central Síntese.**

**S1** - Com o Pacto de Gestão os gestores locais vêm buscando fortalecer a oferta com base na necessidade da população e não no interesse histórico dos prestadores. (A)

**S6** - O que define a pactuação são: a qualidade do serviço; a capacidade instalada e o tempo resposta para o atendimento. (A)

**S10** - A pactuação se deu entre gestores, com base em conhecimento da capacidade instalada identificada pelas auditorias, com objetivo de garantir o acesso da população. (A)

**S17** - Os prestadores não interferem nas ações pactuadas, apenas encaminham a relação dos procedimentos que são ofertados. (A)

**S 21** - Não na nossa realidade microrregional. (A)

**Ideia Central Síntese do Grupo – A:**

Com o Pacto de Gestão os gestores locais vêm buscando uma pactuação entre gestores, com base em conhecimento da capacidade instalada, com objetivo de garantir o acesso da população. (A)

**IAD 2**

**COM O PACTO DE GESTÃO OS GESTORES LOCAIS VÊM BUSCANDO UMA PACTUAÇÃO ENTRE GESTORES, COM BASE EM CONHECIMENTO DA CAPACIDADE INSTALADA, COM OBJETIVO DE GARANTIR O ACESSO DA POPULAÇÃO. (A)**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<b>S1</b> - <u>Em nosso município, a partir de 2006 com o pacto pela saúde, os gestores locais vêm buscando fortalecer a oferta dos serviços tomando por base a necessidade da população ao invés do interesse histórico dos prestadores.</u>	Vejo que a pactuação se deu entre gestores, com base em conhecimento da capacidade instalada, da qualidade dos serviços e do tempo resposta para o atendimento as demandas, identificados pelas auditorias, com objetivo de garantir o acesso da população, tendo os prestadores apenas encaminhados relação de procedimentos ofertados.
<b>S6</b> - <u>O que define as ações a serem pactuadas é a qualidade dos serviços e a capacidade e o tempo resposta para o atendimento as demandas.</u>	
<b>S10</b> - <u>A pactuação se deu entre gestores. A</u>	

<p><u>ausculta dos prestadores, capacidade instalada, foi levantada pelas auditorias municipais e estabelecido compromisso entre o prestador e o gestor, <u>objetivando a garantia do acesso da população residente e referenciada aos serviços de saúde.</u></u></p> <p><b>S13</b> - <u>Não tenho conhecimento de interferências.</u></p> <p><b>S17</b> - <u>Os prestadores encaminham relação de procedimentos que são ofertados pelos respectivos estabelecimentos de saúde, conforme capacidade instalada de cada um. Fato que de imediato já evita que se programa o que o prestador não oferta e consequentemente, os prestadores não interferem nas ações pactuadas.</u></p> <p><b>S21</b> - <u>Na realidade da nossa microrregião não.</u></p>	
--	--

**A - Com o Pacto de Gestão os gestores locais vêm buscando uma pactuação entre gestores, com base em conhecimento da capacidade instalada, com objetivo de garantir o acesso da população.**

**Discurso do Sujeito Coletivo (S1, S6, S10, S13, S17, S21)**

*Vejo que a pactuação se deu entre gestores, com base em conhecimento da capacidade instalada, da qualidade dos serviços e do tempo resposta para o atendimento as demandas, identificados pelas auditorias, com objetivo de garantir o acesso da população, tendo os prestadores apenas encaminhados relação de procedimentos ofertados.*

**Ideias Centrais do Grupo B para criação da Ideia Central Síntese.**

**S4** - A interferência acontece quando da programação local, mas na programação de referência que é feita no nível de regional e os prestadores estão longe, isso pouco acontece. (B)

**S5** - A interferência acontece sim na pactuação microrregional e não na pactuação macrorregional. (B)

**S7** - Pela proximidade os prestadores exercem influência na microrregião e na macrorregião pela distância não. (B)

**S9** - A influência do prestador é sempre parte das discussões, os prestadores visam o seu poder para barganhar procedimentos. (B)

**S11** - Para programação ocorrer é necessária a anuência do prestador, ou seja, o aceite. (B)

**S14** - A pactuação na realidade é influenciada pela oferta apresentada e não pela necessidade real. (B)

**S15** - Atualmente é mais presente a pactuação de gestor com gestor, antes era mais comum contato da unidade prestadora com o gestor que referencia. (B)

**S18** - Os prestadores fazem-se presente sim e disponibilizam esta oferta, mas depende do gestor de saúde a pactuação ou não. (B)

**S19** - A pactuação (acordos) ocorre anteriormente ao preenchimento das planilhas. (B)

**S20** - Os prestadores informam a capacidade de oferta ao município pólo e de acordo com a sua conveniência. (B)

### **Ideia Central Síntese do Grupo – B:**

Existe influência do prestador nas discussões, quando das barganhas de procedimentos conforme, sua conveniência e não pela necessidade real, sendo mais presente a nível local do que de referência. (B)

## **IAD 2**

**B - EXISTE INFLUÊNCIA DO PRESTADOR NAS DISCUSSÕES, QUANDO DAS BARGANHAS DE PROCEDIMENTOS CONFORME, SUA CONVENIÊNCIA E NÃO PELA NECESSIDADE REAL, SENDO MAIS PRESENTE A NÍVEL LOCAL DO QUE DE REFERÊNCIA.**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<p><b>S4</b> - <u>Quando da programação local, mas em se tratando da PPI de referência essa interferência pouco acontece, pois o processo é feito a nível regional sem a presença dos prestadores que na maioria ficam nas cidades pólo de macrorregião (Fortaleza, Sobral, Juazeiro, Barbalha e etc.).</u></p> <p><b>S5</b> - <u>Sim quando a pactuação é feita na microrregião de saúde, não quando é feita na macrorregião de saúde.</u></p> <p><b>S7</b> - <u>Na microrregião, pela proximidade os prestadores de serviços de saúde, exercem essa interferência, na macrorregião pela distância não exercem.</u></p> <p><b>S9</b> - <u>A influência deste poder de realização, sempre é parte nas discussões (fóruns,</u></p>	<p>Constato que a influência acontece mais notadamente, na pactuação microrregional pela proximidade com os prestadores, os quais, sempre usam seu poder para barganhar procedimentos, Não existindo programação sem a anuência, ou seja, o aceite do prestador. A pactuação na realidade é influenciada pela oferta apresentada e não pela necessidade real., sendo que os acordos ocorrem anteriormente ao preenchimento das planilhas. Os prestadores informam a capacidade de oferta ao município polo e de acordo com a suas conveniências.</p>

CIB-MR). Ninguém quer perder o pouco que tem direito e os prestadores visam o seu poder para barganhar procedimentos.

S11 - Para que ocorra a programação é necessário a anuência do prestador ou seja o aceite,

S14 - De certa forma sim, pois a realidade é que a pactuação é influenciada pela oferta apresentada e não pela necessidade real

S15 - A planilha de pactuação é aprovada em CIB-MR, e o gestor entra em contato prévio com o gestor do município onde existe a unidade prestadora, mesmo sendo de outra microrregião e saúde. Este procedimento vem ocorrendo nos últimos anos, pois antes era mais comum, contato com o gestor da unidade prestadora e não com o gestor municipal.

S18 - Os prestadores fazem-se presente sim e disponibilizam esta oferta, mas depende do gestor de saúde a pactuação ou não, especialmente quando se trata dos Hospitais filantrópicos e privados conveniados a decisão esta a cargo do secretário de saúde

S19 - A pactuação (acordos), ocorrem anteriormente ao preenchimento das planilhas.

S20 - Os prestadores informam a capacidade de oferta ao município pólo e de acordo com a sua conveniência esta oferta aos demais municípios.

**B- EXISTE INFLUÊNCIA DO PRESTADOR NAS DISCUSSÕES, QUANDO DAS BARGANHAS DE PROCEDIMENTOS CONFORME, SUA CONVENIÊNCIA E NÃO PELA NECESSIDADE REAL, SENDO MAIS PRESENTE A NÍVEL LOCAL DO QUE DE REFERÊNCIA.**

**Discurso do Sujeito Coletivo (S4, S5, S7, S9, S11, S14, S15, S18, S19, S20)**

*Constato que a influência acontece mais notadamente, na pactuação microrregional pela proximidade com os prestadores, os quais, sempre usam seu poder para barganhar procedimentos, Não existindo programação sem a anuência, ou seja, o aceite do prestador. A pactuação na realidade é influenciada pela oferta apresentada e não pela necessidade real, sendo que os acordos ocorrem anteriormente ao preenchimento das planilhas. Os prestadores informam a capacidade de oferta ao município pólo e de acordo com as suas conveniências.*

**Ideias Centrais do Grupo C para criação da Ideia Central Síntese.**

**S11** - Os prestadores aceitam pactuações sem possuírem capacidade instalada, visando apenas o recurso financeiro, havendo até um processo de regulação extra oficial pelo município recebedor da referência. (C)

**Ideia Central Síntese do Grupo – C:**

C - Os prestadores aceitam pactuações sem possuírem capacidade instalada, visando apenas o recurso financeiro.

**IAD 2**

**C - OS PRESTADORES ACEITAM PACTUAÇÕES SEM POSSUÍREM CAPACIDADE INSTALADA, VISANDO APENAS O RECURSO FINANCEIRO.**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<p><u>Os prestadores aceitam apesar de não terem capacidade instalada, havendo inclusive um processo de regulação da PPI não oficial pelo município de Fortaleza, o qual tenta garantir a programação financeira, mas não a física comprometendo a integralidade da atenção</u> (Um aspecto da), pois os procedimentos mais complexos, apesar de pactuados não são garantidos.</p>	<p>Vejo que os prestadores mesmo sem capacidade instalada aceitam pactuações para garantir o recurso financeiro, assim realizam uma verdadeira regulação de acesso por não ter como garantir o acesso devido a não possuir condições de realizar o procedimento.</p>

C - Os prestadores aceitam pactuações sem possuírem capacidade instalada, visando apenas o recurso financeiro.

**Discurso do Sujeito Coletivo. (S11)**

*Vejo que os prestadores mesmo sem capacidade instalada aceitam pactuações para garantir o recurso financeiro, assim realizam uma verdadeira regulação de acesso por não ter como garantir o acesso devido a não possuir condições de realizar o procedimento.*

## IAD 1

<b>QUESTÃO 07 - Quais as estratégias (Contratação de Consultorias; Trabalhos realizados pelos Técnicos Municipais) que predominantemente foram adotadas pelos Municípios na construção de suas planilhas para pactuação na CIB.</b>	
<b>SUJEITO/EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>IDEIAS-CENTRAIS</b>
<b>S1 - <u>Utilização dos dados gerados pelas centrais de regulação, relatórios gerenciais das equipes C.A.R.A. municipais e principalmente as reuniões de análise e pactuações realizadas pela Câmara Técnica de Atenção Secundária, que da suporte na construção das planilhas de pactuação na CIB-MR.</u></b>	Utilização dos dados gerados pelas centrais de regulação, e principalmente as reuniões de análise e pactuações realizadas pela Câmara Técnica de Atenção Secundária. (próprios técnicos) (A)
<b>S2 - <u>Na maioria dos casos os municípios elaboram suas planilhas com a orientação da CRES, mesmo aqueles que têm consultoria contratada.</u></b>	(1ª Ideia) Os municípios elaboram suas planilhas com a orientação da CRES. (B)  (2ª Ideia) Ou têm consultoria contratada (C).
<b>S3 - <u>Contratação de Assessores</u></b>	
<b>S4 - <u>Felizmente, os 08 municípios da Microrregião da Ibiapaba asseguram a realização de todos os serviços nas suas Secretarias Municipais pelos seus técnicos. Tanto o serviço de processamento de dados (Sistemas de Informações de Controle e Avaliação), como a construção das PPI, monitoramento e avaliação da assistência, os instrumentos de planejamento (PMS, PAS e RAG), projetos e assessoria de gestão.</u></b>	Os municípios asseguram a realização de todos os serviços pelos seus técnicos (A)
<b>S5 - <u>As planilhas são na maioria elaboradas pelos próprios técnicos dos municípios, haja vista, que os consultores são pontuais e focam a questão financeira, projetos e emendas.</u></b>	As planilhas são na maioria elaborada pelos próprios técnicos dos municípios. (A)
<b>S6 - <u>Oficina junto com a CERES à época, alguns municípios da 7ªMR. Contratou consultoria. Inicialmente foi elaborado de forma centralizadora geralmente o secretário de saúde e um assessor. De 2006 para cá tem havido uma maior participação com técnicos municipais de diversos segmentos como atenção primária, regulação, atenção secundária, através de reuniões, etc. As planilhas são previamente encaminhadas a Regional de Saúde e submetidas à avaliação pelo setor responsável. Caso apareça alguma</u></b>	(1ª Ideia) Oficina junto com a CERES. (B)  (2ª Ideia) Alguns municípios contrataram consultoria. (C)  .  (4ª Ideia) Participação dos técnicos municipais. (A)

<p>inconsistência é devolvida ao município e dado orientações/assessorias pela CRES. Utilização da Regulação como norteador para demandas reprimidas.</p>	
<p><u>S7 - Hoje já se avançou muito nesse processo, pois os municípios trabalham melhor seus técnicos para construção da PPI, conforme série histórica, realidade local e oferta disponível. Sabemos que em outros tempos essas planilhas eram feitas dentro de gabinete e ou escritórios.</u></p>	<p>Hoje os municípios trabalham melhor seus técnicos para construção da PPI. (A)</p>
<p><u>S8 - Demandas espontâneas, não há critérios técnicos, _____ presenciamos inclusive reprogramações por situações de influência política partidária (de certa forma, os gestores não assumem).</u></p>	<p>Não há critérios técnicos, presenciamos inclusive reprogramações por situações de influência política partidária. (D)</p>
<p><u>S9 - Trabalhos realizados pelos técnicos municipais.</u></p>	<p>Trabalhos realizados pelos técnicos municipais. (A)</p>
<p><u>S10 - Os municípios utilizam basicamente a assessoria técnica da Coordenadoria, que ao receber o instrumento faz análise e se necessário encaminha para adequações até que o processo de aceite da programação pelo prestador seja finalizado.</u></p>	<p>Os municípios utilizam basicamente a assessoria técnica da CRES. (B)</p>
<p><u>S11 - Trabalhos realizados pelos técnicos municipais em parceria com os técnicos da CRES, organizados em grupos de trabalhos (GT), e em menor escala a contratação de consultorias.</u></p>	<p>Trabalhos realizados pelos técnicos municipais em parceria com os técnicos da CRES, (B)</p>
<p><u>S12 - Na 17ª ou é 11ª CRES dos 10 municípios, cerca de 8 (oito) possuem consultorias, fato que prejudica a negociação de Ações. Atualmente estão repensando esta metodologia como ineficaz. Esperamos que nas próximas pactuação/planejamento os técnicos tenham capacidade de propor suas estratégias dentro da realidade.</u></p>	<p>Muitos municípios possuem consultorias. (C)</p>
<p><u>S13 - Na minha experiência, todas tentativas de elaboração de PPI, sempre foram conduzidas pelos técnicos da Regional de Saúde e com franca adesão dos gestores e técnicos municipais</u></p>	<p>Todas tentativas de elaboração de PPI, sempre foram conduzidas pelos técnicos da Regional de Saúde e com franca adesão dos gestores e técnicos municipais (B)</p>
<p><u>S14 - Utilizaram as planilhas anteriores e foram ajustando, conforme as demandas reprimidas pelas centrais de regulação (alguns municípios). E demais por não</u></p>	<p>(1ª Ideia) Alguns municípios, utilizaram as planilhas anteriores e foram ajustando, conforme as demandas reprimidas e por não acreditarem na PPI repetem as anteriores. (D)</p>



<p><u>acreditarem na PPI repetem as anteriores.</u>          Importante ressaltar essa realidade são nas referencias para Macrorregião Fortaleza, entretanto, na microrregião já é mais trabalhado, conforme as serviços existentes onde a PPI é mais real.</p>	
<p><b>S15</b> - <u>Câmara Técnicas regionais com participação de prestadores públicos e “prestação de contas” com os instrumentos da CRESUS-regional e municipal,</u> monitoramento mensal do Hospital Polo e os de referência na regional, a elaboração dos Planos Municipais pelas equipes das secretarias (sem consultoria externa), maior participação e envolvimento dos Conselhos Municipais de Saúde</p>	<p>Câmara Técnicas regionais com participação de prestadores públicos e “prestação de contas” com os instrumentos da CRESUS-regional e municipal. (B)</p>
<p><b>S16</b> - <u>Os técnicos municipais elaboram suas planilhas, alguns com suporte de técnicos da CRES e após contatos anteriores, com os prestadores no caso da microrregião.</u> Posteriormente a pactuação é encaminhada a CIB-MR. Se ocorrerem mudanças que envolvam a Macrorregião Fortaleza, a CIB-MR, aprova, mas encaminha a CIB - Fortaleza para resoluções posteriores.</p>	<p>Os técnicos municipais elaboram suas planilhas, com suporte de técnicos da CRES e com os prestadores no caso da microrregião. (B)</p>
<p><b>S17</b> - <u>Atualmente as planilhas e pactuações são realizadas com a participação dos técnicos dos municípios e os técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde, que atualmente monitora todo o processo.</u></p>	<p>Atualmente as planilhas e pactuações são realizadas com a participação dos técnicos dos municípios e os técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde. (B)</p>
<p><b>S18</b> - <u>Implantação do Setor C.A.R.A. municipal. Contratação de assessoria particular, assessoria dos técnicos das regionais de saúde e maior envolvimento do gestor local.</u></p>	<p>Técnicos municipais, contratação de assessoria particular e assessoria dos técnicos das regionais de saúde. (C)</p>
<p><b>S19</b> - <u>Levantamento real da demanda atendida x não atendida, capacidade instalada ou proposição de efetivação do serviço.</u></p>	<p>Capacidade instalada e levantamento da demanda técnicos municipais. (A)</p>
<p><b>S20</b> - <u>Esta é uma ação que ainda deverá acontecer, tendo em vista a fragilidade dos SNA municipais.</u></p>	<p>Ação que ainda deverá acontecer, tendo em vista a fragilidade dos SNA municipais. (D)</p>
<p><b>S21</b> - <u>Houve todo um processo avaliativo de capacidade de realmente atender a população referenciada.</u> Carga horária do profissional, contato com profissionais médicos e não médico, em relação às possibilidades e capacidade operacional instalada (equipamentos, insumos e etc.)</p>	<p>Houve todo um processo avaliativo de capacidade de realmente atender a população referenciada. (A)</p>

### **Ideias Centrais do Grupo A para criação da Ideia Central Síntese.**

**S1** - Utilização dos dados gerados pelas centrais de regulação, e principalmente as reuniões de análise e pactuações realizadas pela Câmara Técnica de Atenção Secundária. (próprios técnicos) (A)

**S4** - Os municípios asseguram a realização de todos os serviços pelos seus técnicos (A)

**S5** - As planilhas são na maioria elaborada pelos próprios técnicos dos municípios. (A)

**S6** - Participação dos técnicos municipais. (A)

**S7** - Hoje os municípios trabalham melhor seus técnicos para construção da PPI. (A)

**S9** - Trabalhos realizados pelos técnicos municipais. (A)

**S19** - Capacidade instalada e levantamento da demanda técnicos municipais. (A)

**S21** - Houve todo um processo avaliativo de capacidade de realmente atender a população referenciada. (A)

### **Ideia Central Síntese do Grupo – A:**

Os municípios asseguram a realização de todos os serviços pelos seus técnicos (A)

## IAD 2

### **OS MUNICÍPIOS ASSEGURAM A REALIZAÇÃO DE TODOS OS SERVIÇOS PELOS SEUS TÉCNICOS (A)**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<p><b>S1</b> - <u>Utilização dos dados gerados pelas centrais de regulação, relatórios gerenciais das equipes C.A.R.A. municipais e principalmente as reuniões de análise e pactuações realizadas pela Câmara Técnica de Atenção Secundária,</u> que dar suporte na construção das planilhas de pactuação na CIB-MR.</p> <p><b>S4</b> - Felizmente, os 08 municípios da Microrregião da Ibiapaba <u>asseguram a realização de todos os serviços nas suas Secretarias Municipais pelos seus técnicos. Tanto o serviço de processamento de dados (Sistemas de Informações de Controle e Avaliação), como a construção das PPI, monitoramento e avaliação da assistência, os instrumentos de planejamento (PMS, PAS e RAG), projetos e assessoria de gestão.</u></p> <p><b>S5</b> - <u>As planilhas são na maioria elaboradas</u></p>	<p>Os municípios utilizam seus técnicos e com dados das centrais de regulação e pactuações das câmaras técnicas, realizam suas planilhas, de 2006 para cá esta participação vem aumentando, com técnicos municipais de diversos segmentos como atenção primária, regulação, atenção secundária, através de reuniões, etc. As planilhas são previamente encaminhadas a Regional de Saúde e submetidas à avaliação pelo setor responsável os trabalhos realizados pelos técnicos municipais consideram levantamento da demanda real.</p>

pelos próprios técnicos dos municípios, haja vista, que os consultores são pontuais e focam a questão financeira, projetos e emendas.

**S6** - De 2006 para cá tem havido uma maior participação com técnicos municipais de diversos segmentos como atenção primária, regulação, atenção secundária, através de reuniões, etc. As planilhas são previamente encaminhadas a Regional de Saúde e submetidas à avaliação pelo setor responsável. Caso apareça alguma inconsistência é devolvida ao município e dado orientações/assessorias pela CRES. Utilização da Regulação como norteador para demandas reprimidas.

**S7** - Hoje já se avançou muito nesse processo, pois os municípios trabalham melhor seus técnicos para construção da PPI, conforme série histórica, realidade local e oferta disponível. Sabemos que em outros tempos essas planilhas eram feitas dentro de gabinete e ou escritórios.

**S9** - Trabalhos realizados pelos técnicos municipais.

**S19** - Levantamento real da demanda atendida x não atendida, capacidade instalada ou proposição de efetivação do serviço.

**S21** - Houve todo um processo avaliativo de capacidade de realmente atender a população referenciada. Carga horária do profissional, contato com profissionais médicos e não médico, em relação às possibilidades e capacidade operacional instalada (equipamentos, insumos e etc.)

## **A - OS MUNICÍPIOS ASSEGURAM A REALIZAÇÃO DE TODOS OS SERVIÇOS PELOS SEUS TÉCNICOS.**

### **Discurso do Sujeito Coletivo (S1, S4, S5, S6, S7, S9, S19, S21)**

*Os municípios utilizam seus técnicos e com dados das centrais de regulação e pactuações das câmaras técnicas, realizam suas planilhas, de 2006 para cá esta participação vem aumentando, com técnicos municipais de diversos segmentos como atenção primária, regulação, atenção secundária, através de reuniões, etc. As planilhas são previamente encaminhadas a Regional de Saúde e submetidas à avaliação pelo setor responsável os trabalhos realizados pelos técnicos municipais consideram levantamento da demanda real.*

**Ideias Centrais do Grupo B para criação da Ideia Central Síntese.**

**S2** - Os municípios elaboram suas planilhas com a orientação da CRES. (B)

**S6** - Oficina junto com a CERES. (B)

**S10** - Os municípios utilizam basicamente a assessoria técnica da CRES. (B)

**S11** - Trabalhos realizados pelos técnicos municipais em parceria com os técnicos da CRES, (B)

**S13** - Todas tentativas de elaboração de PPI, sempre foram conduzidas pelos técnicos da Regional de Saúde e com franca adesão dos gestores e técnicos municipais (B)

**S15** - Câmara Técnicas regionais com participação de prestadores públicos e “prestação de contas” com os instrumentos da CRESUS-regional e municipal. (B)

**S16** - Os técnicos municipais elaboram suas planilhas, com suporte de técnicos da CRES e com os prestadores no caso da microrregião. (B)

**S17** - Atualmente as planilhas e pactuações são realizadas com a participação dos técnicos dos municípios e os técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde. (B)

**Ideia Central Síntese do Grupo – B:**

Os municípios utilizam basicamente a assessoria técnica da CRES

**IAD 2**

**OS MUNICÍPIOS UTILIZAM BASICAMENTE A ASSESSORIA TÉCNICA DA CRES**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<p><b>S2</b> - <u>Na maioria dos casos os municípios elaboram suas planilhas com a orientação da CRES.</u></p> <p><b>S6</b> - <u>Oficina junto com a CERES</u></p> <p><b>S10</b> - <u>Os municípios utilizam basicamente a assessoria técnica da Coordenadoria, que ao receber o instrumento faz análise e se necessário encaminha para adequações até que o processo de aceite da programação pelo prestador seja finalizado.</u></p> <p><b>S11</b> - <u>Trabalhos realizados pelos técnicos</u></p>	<p>As estratégias que predominantemente foram adotadas pelos Municípios na construção de suas planilhas de PPI, para pactuação na CIB, foram elaboração de planilhas, pelos técnicos municipais, em oficinas com a orientação e assessoria técnica da CRES, realizaram-se ainda reuniões em Câmara Técnicas Regionais, com participação de prestadores, no caso da microrregião, com os instrumentos da CRESUS - regional e municipal, atualmente as planilhas e pactua-</p>

<p>municipais em parceria com os técnicos da <u>CRES</u>, organizados em grupos de trabalhos (GT), e em menor escala a contratação de consultorias.</p> <p><b>S13</b> - <u>Na minha experiência, todas tentativas de elaboração de PPI, sempre foram conduzidas pelos técnicos da Regional de Saúde e com franca adesão dos gestores e técnicos municipais</u></p> <p><b>S15</b> - <u>Câmara Técnicas regionais com participação de prestadores públicos e “prestação de contas” com os instrumentos da CRESUS-regional e municipal,</u> monitoramento mensal do Hospital Polo e os de referência na regional, a elaboração dos Planos Municipais pelas equipes das secretarias (sem consultoria externa), maior participação e envolvimento dos Conselhos Municipais de Saúde</p> <p><b>S16</b> - <u>Os técnicos municipais elaboram suas planilhas, alguns com suporte de técnicos da CRES e após contatos anteriores, com os prestadores no caso da microrregião.</u> Posteriormente a pactuação é encaminhada a CIB-MR. Se ocorrerem mudanças que envolvam a Macrorregião Fortaleza, a CIB-MR, aprova, mas encaminha a CIB - Fortaleza para resoluções posteriores.</p> <p><b>S17</b> - <u>Atualmente as planilhas e pactuações são realizadas com a participação dos técnicos dos municípios e os técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde, que atualmente monitora todo o processo.</u></p>	<p>ções são realizadas com a participação dos técnicos dos municípios e os técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde.</p>
---	--

## **OS MUNICÍPIOS UTILIZAM BASICAMENTE A ASSESSORIA TÉCNICA DA CRES**

### **Discurso do Sujeito Coletivo (S2, S6, S10, S11, S13, S15, S16, S17)**

*As estratégias que predominantemente foram adotadas pelos Municípios na construção de suas planilhas de PPI, para pactuação na CIB, foram elaboração de planilhas, pelos técnicos municipais, em oficinas com a orientação e assessoria técnica da CRES, realizaram-se ainda reuniões em Câmara Técnicas Regionais, com participação de prestadores, no caso da microrregião, com os instrumentos da CRESUS-regional e*

*municipal, atualmente as planilhas e pactuações são realizadas com a participação dos técnicos dos municípios e os técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde.*

**Ideias Centrais do Grupo C para criação da Ideia Central Síntese.**

**S2** - têm consultoria contratada (C).

**S6** - Alguns municípios contrataram consultoria. (C)

**S12** - Muitos municípios possuem consultorias. (C)

**S18** - Técnicos municipais, contratação de assessoria particular e assessoria dos técnicos das regionais de saúde. (C)

**Ideia Central Síntese do Grupo – C:**

C - Muitos municípios possuem consultorias.

**IAD 2**

**C - MUITOS MUNICÍPIOS POSSUEM CONSULTORIAS.**

<b>EXPRESSÕES-CHAVES</b>	<b>DSC</b>
<p><b>S2</b> – <u>Há aqueles que têm consultoria contratada.</u></p> <p><b>S6</b> - <u>Contratou consultoria.</u></p> <p><b>S12</b> - <u>Na 17ª ou é 11ª CRES dos 10 municípios, cerca de 8 (oito) possuem consultorias, fato que prejudica a negociação de Ações. Atualmente estão repensando esta metodologia como ineficaz.</u> Esperamos que nas próximas pactuação/planejamento os técnicos tenham capacidade de propor suas estratégias dentro da realidade.</p> <p><b>S18</b> - <u>Implantação do Setor C.A.R.A. municipal. Contratação de assessoria particular, assessoria dos técnicos das regionais de saúde e maior envolvimento do gestor local.</u></p>	<p>Vejo que a estratégia que predominou, foi que, muitos municípios possuem assessoria particular e assessoria dos técnicos das regionais de saúde e ou têm consultoria contratada.</p>

## C - MUITOS MUNICÍPIOS POSSUEM CONSULTORIAS.

### Discurso do Sujeito Coletivo (S2, S6, S12, S18)

*Vejo que a estratégia que predominou, foi que, muitos municípios possuem assessoria particular e assessoria dos técnicos das regionais de saúde e ou têm consultoria contratada.*

### Ideias Centrais do Grupo D para criação da Ideia Central Síntese.

Quais as estratégias (Contratação de Consultorias; Trabalhos realizados pelos Técnicos Municipais) que predominantemente foram adotadas pelos Municípios na construção de suas planilhas para pactuação na CIB.

**S8** - Não há critérios técnicos, presenciamos inclusive reprogramações por situações de influência política partidária. (D)

**S14** - Alguns municípios utilizaram as planilhas anteriores e foram ajustando, conforme as demandas reprimidas e por não acreditarem na PPI repetem as anteriores. (D)

**S20** - Ação que ainda deverá acontecer, tendo em vista a fragilidade dos SNA municipais. (D)

### Ideia Central Síntese do Grupo – D:

Não há critérios técnicos, alguns municípios utilizaram as planilhas anteriores ajustada conforme as demandas, existindo inclusive, reprogramações por situações de influência política partidária. (D)

## IAD 2

**D - NÃO HÁ CRITÉRIOS TÉCNICOS, ALGUNS MUNICÍPIOS UTILIZARAM AS PLANILHAS ANTERIORES AJUSTADA CONFORME AS DEMANDAS. TEMOS INCLUSIVE, REPROGRAMAÇÕES POR SITUAÇÕES DE INFLUÊNCIA POLÍTICA PARTIDÁRIA.**

EXPRESSÕES-CHAVES	DSC
<p><b>S8</b> - <u>Demandas espontâneas, não há critérios técnicos, presenciamos inclusive reprogramações por situações de influência política partidária</u> (de certa forma, os gestores não assumem).</p> <p><b>S14</b> - <u>Utilizaram as planilhas anteriores e foram ajustando, conforme as demandas reprimidas pelas centrais de regulação (alguns municípios).</u> E <u>demais por não</u></p>	<p>As estratégias que predominantemente foram adotadas pelos Municípios na construção de suas planilhas de PPI, não obedecem a critérios técnicos, alguns municípios utilizaram as planilhas anteriores e foram ajustando, conforme as demandas reprimidas e por não acreditarem na PPI repetem as anteriores presenciamos inclusive reprogramações por situações de influência</p>

<p>acreditarem na PPI repetem as anteriores. Importante ressaltar essa realidade são nas referencias para Macrorregião Fortaleza, entretanto, na microrregião já é mais trabalhado, conforme as serviços existentes onde a PPI é mais real.</p> <p><b>S20</b> - Esta é uma <u>ação que ainda deverá acontecer, tendo em vista a fragilidade dos SNA municipais</u></p>	<p>política partidária esta situação deve perdurar tendo em vista a fragilidade dos SNA municipais.</p>
--	---

**D - Não há critérios técnicos, alguns municípios utilizam-se das planilhas anteriores ajustada conforme as demandas, existindo inclusive, reprogramações por situações de influência política partidária.**

**Discurso do Sujeito Coletivo. (S8, S14, S20)**

*As estratégias que predominantemente foram adotadas pelos Municípios na construção de suas planilhas de PPI, não obedecem a critérios técnicos, alguns municípios utilizaram as planilhas anteriores e foram ajustando, conforme as demandas reprimidas e por não acreditarem na PPI repetem as anteriores presenciamos inclusive reprogramações por situações de influência política partidária esta situação deve perdurar tendo em vista a fragilidade dos SNA municipais.*



# **ANEXOS**

**ANEXO A - RELATÓRIO DE AUDITORIA NA GESTÃO MUNICIPAL**

## ESTRUTURA DO RELATÓRIO

## I - IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO E DOS RESPONSÁVEIS ATUAIS

1.1. MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ REGIONAL DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

1.2. SMS - CNPJ: \_\_\_\_\_

1.3. ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

1.4. ENDEREÇO ELETRÔNICO: \_\_\_\_\_

1.5. TELEFONE PARA CONTATO: \_\_\_\_\_

1.6. CONDIÇÃO DE GESTÃO: \_\_\_\_\_ Nº DA PORTARIA: \_\_\_\_\_

DATA DA PUBLICAÇÃO NO DOU: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 1.7. PREFEITO MUNICIPAL

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

PERÍODO DE MANDATO: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

## 1.8. SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE NOMEAÇÃO: Nº \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 1.9. COORDENADOR DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE NOMEAÇÃO: Nº \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## II- EQUIPE DE AUDITORIA

## III- ÍNDICE / SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. METODOLOGIA
3. DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS DO MUNICÍPIO
  - 3.1.1 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS DA SMS
  - 3.1.2 PAPEL DO MUNICÍPIO NA DESCENTRALIZAÇÃO
  - 3.2. INSTRUMENTOS DE GESTÃO
    - 3.2.1 CONTROLE SOCIAL
    - 3.2.2 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
    - 3.2.3 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE
    - 3.2.4 PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE
    - 3.2.5 RELATÓRIO DE GESTÃO

- 3.3 ATENÇÃO À SAÚDE
  - 3.3.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE
    - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
    - VIGILÂNCIA AMBIENTAL
    - VIGILÂNCIA SANITÁRIA
  - 3.3.2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE
    - REDE DE SERVIÇOS.
    - AGENDAMENTO
    - REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA
    - TFD
    - PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS
    - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.
    - PROGRAMAS DE SAÚDE
    - URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS
    - POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO
- 3.4 CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA
- 4 . CAUSAS PASSÍVEIS DE DESABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO NA GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL – DE ACORDO COM ART. 12 DA PT/MS/GM Nº2023 DE 23/9/2004
- 5. CONCLUSÃO

**ANEXO B – PORTARIA MS/SAS Nº 539 DE 05 DE OUTUBRO DE 2007**

**SECRETARIA DE ATENÇÃO, PORTARIA Nº - 539, DE 5 DE OUTUBRO DE 2007**

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria nº - 1.097/GM, de 22 de maio de 2006, que define a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde;

Considerando a Portaria nº - 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento; e

Considerando as planilhas encaminhadas pela Comissão Intergestores Bipartite do estado do Ceará - CIB/CE, por meio do Ofício GAB nº - 0167, de 17 de setembro de 2007, resolve:

Art. 1º - Remanejar o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial sob gestão estadual, conforme descrito no Anexo I desta Portaria, e sob gestão dos municípios habilitados à Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme detalhado nos Anexos II e III.

§ 1º - O total de recurso financeiro anual do Estado do CEARÁ, referente ao bloco de financiamento da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, corresponde a R\$ 612.073.119,88, assim distribuído:

Destino	Valor Anual	Detalhamento
Total dos recursos transferidos ao fundo estadual de saúde – FES	185.979.827,24	Anexo I
Total dos recursos transferidos aos fundos municipais de saúde - FMS	401.779.303,64	Anexo II
Total dos recursos retidos no Fundo Nacional de Saúde	24.313.989,00	Anexo III

§ 2º - Estão inclusos neste bloco de financiamento os valores referentes aos incentivos do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, no valor de R\$ 4.092.000,00 e do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências - SAMU no valor de R\$5.106.000,00.

§ 3º - O Estado e Municípios farão jus à parcela mensal correspondente a 1/12 (um doze avos) dos valores descritos nos anexos desta Portaria.

Art. 2º - Instruir que o remanejamento de recurso concedido, por meio desta Portaria, não acarretará impacto no teto financeiro global do Estado.

Art. 3º - Estabelecer que o Fundo Nacional de Saúde adote as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, do valor mensal para o Fundo Estadual de Saúde e Fundos Municipais de Saúde, correspondentes.

Parágrafo Único - Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585-0023 - Atenção à Saúde da População nos Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados habilitados em Gestão Plena/Avançada.

Art. 4º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, com efeitos financeiros vigentes a partir de 1º - de setembro de 2007.

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA

## ANEXO II

IBGE	Municípios	Ambulatorial/ Hospitalar População Própria	Ambulatorial/ Hospitalar População Referenciado	Incentivos permanentes de custeio	Ajustes	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores retidos no Fundo Nacional da Saúde	Total Fundo Municipal
230010	ABAIARA	10.229,00	-	64.582,00	-	-	-	-	74.811,00
230015	ACARAPE	29.319,00	-	-	-	29.319,00	-	-	-
230020	ACARAU	1.534.060,00	132.273,00	-	212.476,00	1.878.809,00	-	-	-
230030	ACOIARA	1.777.846,00	252.156,00	79.200,00	-	-	-	-	2.109.202,00
230040	AIUABA	166.225,00	-	51.532,00	-	217.757,00	-	-	-
230050	ALCANTARAS	-	-	-	-	-	-	-	-
230060	ALTANEIRA	65.012,00	-	-	-	65.012,00	-	-	-
230070	ALTO SANTO	338.837,00	2.599,00	79.200,00	-	341.436,00	-	-	79.200,00
230075	AMONTADA	692.119,00	17.600,00	-	-	709.719,00	-	-	-
230080	ANTONINA DO NORTE	54.471,00	-	-	-	54.471,00	-	-	-
230090	APUIARES	82.119,00	-	86.000,00	-	-	-	-	168.119,00
230100	AQUIRAZ	1.100.836,00	2.303,00	-	-	1.103.139,00	-	-	-
230110	ARACATI	1.971.022,00	445.406,00	105.600,00	150.418,00	2.566.846,00	-	-	105.600,00
230120	ARACOIABA	729.559,00	757.394,00	-	-	-	-	-	1.486.953,00
230125	ARARENDA	215.033,00	3.024,00	-	-	218.057,00	-	-	-
230130	ARARIPE	506.561,00	54.784,00	-	-	561.345,00	-	-	-
230140	ARATUBA	192.389,00	-	56.862,00	-	-	-	-	249.251,00
230150	ARNEIROZ	177.451,00	6.544,00	-	-	183.995,00	-	-	-

IBGE	Municípios	Ambulatorial/ Hospitalar População Própria	Ambulatorial/ Hospitalar População Referenciado	Incentivos permanentes de custeio	Ajustes	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores retidos no Fundo Nacional da Saúde	Total Fundo Municipal
230160	ASSARE	420.709,00	-	-	-	420.709,00	-	-	-
230170	AURORA	838.549,00	139.764,00	-	-	-	-	-	978.313,00
230180	BAIXIO	161.905,00	1.272,00	-	-	163.177,00	-	-	-
230185	BANABUIU	294.066,00	-	128.730,00	-	343.596,00	-	-	79.200,00
230190	BARBALHA	11.921.608,00	7.094.544,00	1.488.995,00	41.358,00	-	-	-	20.546.505,00
230195	BARREIRA	246.616,00	-	61.727,00	-	308.343,00	-	-	-
230200	BARRO	241.729,00	-	103.999,00	-	-	-	-	345.728,00
230205	BARROQUINHA	9.737,00	-	108.379,00	-	118.116,00	-	-	-
230210	BATURITE	1.153.195,00	299.352,00	296.397,00	-	-	-	-	1.748.944,00
230220	BEBERIBE	935.505,00	-	-	-	935.505,00	-	-	-
230230	BELA CRUZ	422.438,00	-	79.200,00	-	-	-	-	501.638,00
230240	BOA VIAGEM	1.235.011,00	38.640,00	-	-	1.273.651,00	-	-	-
230250	BREJO SANTO	2.169.219,00	1.796.148,00	105.600,00	-	-	-	-	4.070.967,00
230260	CAMOCIM	1.705.565,00	452.905,00	79.200,00	-	2.158.470,00	-	-	79.200,00
230270	CAMPOS SALES	635.625,00	73.835,00	-	-	709.460,00	-	-	-
230280	CANINDE	3.146.709,00	960.900,00	625.497,00	-	-	-	-	4.733.106,00
230290	CAPISTRANO	318.862,00	2.712,00	33.397,00	-	-	-	-	354.971,00
230300	CARIDADE	189.164,00	-	91.676,00	-	280.840,00	-	-	-
230310	CARIRE	451.540,00	8.090,00	-	-	459.630,00	-	-	-
230320	CARIRIACU	463.747,00	-	102.181,00	-	-	-	-	565.928,00

IBGE	Municípios	Ambulatorial/ Hospitalar População Própria	Ambulatorial/ Hospitalar População Referenciado	Incentivos permanentes de custeio	Ajustes	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores retidos no Fundo Nacional da Saúde	Total Fundo Municipal
230330	CARIUS	506.044,00	12.524,00	-	-	518.568,00	-	-	-
230340	CARNAUBAL	296.558,00	-	48.538,00	-	-	-	-	345.096,00
230350	CASCAVEL	1.655.979,00	169.080,00	175.942,00	-	-	-	-	2.001.001,00
230360	CATARINA	351.179,00	-	91.035,00	-	-	-	-	442.214,00
230365	CATUNDA	173.061,00	-	11.764,00	-	184.825,00	-	-	-
230370	CAUCAIA	4.917.010,00	167.160,00	-	223.390,77	-	-	-	5.307.560,77
230380	CEDRO	627.411,00	34.524,00	140.126,00	-	-	-	-	802.061,00
230390	CHAVAL	377.747,00	13.248,00	-	-	390.995,00	-	-	-
230393	CHORO	244.842,00	-	29.196,00	-	274.038,00	-	-	-
230395	CHOROZINHO	286.903,00	-	94.803,00	-	381.706,00	-	-	-
230400	COREAU	289.307,00	12.942,00	153.407,00	-	376.456,00	-	-	79.200,00
230410	CRATEUS	3.410.448,00	1.269.132,00	-	-	-	-	-	4.679.580,00
230420	CRATO	7.911.333,00	3.834.168,00	-	393.205,87	-	-	-	12.138.706,87
230423	CROATA	318.582,00	-	30.668,00	-	349.250,00	-	-	-
230425	CRUZ	596.955,00	83.364,00	79.200,00	-	-	-	-	759.519,00
230426	DEPUTADO IRAPUAN PINHEIRO	179.447,00	-	19.674,00	-	199.121,00	-	-	-
230427	ERERE	45.264,00	-	40.587,00	-	85.851,00	-	-	-
230428	EUSEBIO	610.737,00	92.987,00	184.800,00	-	-	-	-	888.524,00
230430	FARIAS BRITO	472.440,00	-	79.200,00	-	-	-	-	551.640,00
230435	FORQUILHA	48.184,00	-	105.600,00	-	-	-	-	153.784,00



IBGE	Municípios	Ambulatorial/ Hospitalar População Própria	Ambulatorial/ Hospitalar População Referenciado	Incentivos permanentes de custeio	Ajustes	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores retidos no Fundo Nacional da Saúde	Total Fundo Municipal
230440	FORTALEZA	218.238.071,00	52.195.680,00	41.395.796,00	950.558,00	-	66.658.055,00	24.313.989,00	221.808.061,00
230445	FORTIM	205.305,00	-	59.691,00	-	-	-	-	264.996,00
230450	FRECHEIRINHA	169.254,00	-	28.032,00	-	-	-	-	197.286,00
230460	GENERAL SAMPAIO	8.647,00	-	60.000,00	-	68.647,00	-	-	-
230465	GRACA	-	-	-	-	-	-	-	-
230470	GRANJA	585.067,00	52.156,00	-	-	637.223,00	-	-	-
230480	GRANJEIRO	-	-	60.000,00	-	60.000,00	-	-	-
230490	GROAIRAS	114.650,00	-	21.636,00	-	136.286,00	-	-	-
230495	GUAIUBA	211.662,00	-	111.390,00	-	-	-	-	323.052,00
230500	GUARACIABA DO NORTE	956.847,00	31.572,00	79.200,00	-	-	-	-	1.067.619,00
230510	GUARAMIRANGA	71.656,00	-	32.937,00	-	-	-	-	104.593,00
230520	HIDROLANDIA	356.226,00	-	22.637,00	-	378.863,00	-	-	-
230523	HORIZONTE	479.650,00	2.268,00	105.600,00	-	-	-	-	587.518,00
230526	IBARETAMA	286.620,00	-	33.472,00	-	320.092,00	-	-	-
230530	IBIAPINA	576.509,00	28.259,00	-	-	-	-	-	604.768,00
230533	IBICUITINGA	8.287,00	-	-	-	8.287,00	-	-	-
230535	ICAPUI	240.546,00	-	101.027,00	-	-	-	-	341.573,00
230540	ICO	1.728.797,00	374.650,00	105.600,00	-	2.103.447,00	-	-	105.600,00
230550	IGUATU	3.902.976,00	1.461.708,00	248.223,00	-	-	-	-	5.612.907,00
230560	INDEPENDENCIA	414.733,00	175.045,00	-	-	-	-	-	589.778,00

IBGE	Municípios	Ambulatorial/ Hospitalar População Própria	Ambulatorial/ Hospitalar População Referenciado	Incentivos permanentes de custeio	Ajustes	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores retidos no Fundo Nacional da Saúde	Total Fundo Municipal
230565	IPAPORANGA	234.678,00	-	-	-	234.678,00	-	-	-
230570	IPAUMIRIM	201.544,00	4.204,00	-	-	205.748,00	-	-	-
230580	IPU	1.245.141,00	488.055,00	79.200,00	137.066,00	1.870.262,00	-	-	79.200,00
230590	IPUEIRAS	981.301,00	2.530,00	-	-	983.831,00	-	-	-
230600	IRACEMA	416.567,00	107.052,00	-	-	-	-	-	523.619,00
230610	IRAUCUBA	288.847,00	-	46.827,00	-	335.674,00	-	-	-
230620	ITAICABA	81.158,00	-	28.808,00	-	109.966,00	-	-	-
230625	ITAITINGA	469.989,00	18.616,00	105.600,00	-	488.605,00	-	-	105.600,00
230630	ITAPAGE	975.819,00	40.117,00	-	-	1.015.936,00	-	-	-
230640	ITAPIPOCA	3.344.401,00	1.518.724,00	-	884.222,00	5.747.347,00	-	-	-
230650	ITAPIUNA	435.073,00	-	37.456,00	-	-	-	-	472.529,00
230655	ITAREMA	816.505,00	-	-	-	-	-	-	816.505,00
230660	ITATIRA	-	-	-	-	-	-	-	-
230670	JAGUARETAMA	377.192,00	-	43.963,00	-	421.155,00	-	-	-
230680	JAGUARIBARA	162.346,00	6.040,00	-	-	168.386,00	-	-	-
230690	JAGUARIBE	1.161.398,00	13.800,00	-	-	-	-	-	1.175.198,00
230700	JAGUARUANA	633.704,00	-	-	-	633.704,00	-	-	-
230710	JARDIM	650.991,00	1.928,00	-	-	652.919,00	-	-	-
230720	JATI	309.443,00	11.424,00	-	-	320.867,00	-	-	-
230725	JUJOCA DE JERICOACOARA	-	-	-	-	-	-	-	-

IBGE	Municípios	Ambulatorial/ Hospitalar População Própria	Ambulatorial/ Hospitalar População Referenciado	Incentivos permanentes de custeio	Ajustes	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores retidos no Fundo Nacional da Saúde	Total Fundo Municipal
230730	JUAZEIRO DO NORTE	8.204.186,00	601.548,00	105.600,00	-	-	-	-	8.911.334,00
230740	JUCAS	522.236,00	-	-	-	522.236,00	-	-	-
230750	LAVRAS DA MANGABEIRA	797.378,00	15.761,00	-	112.412,00	925.551,00	-	-	-
230760	LIMOEIRO DO NORTE	1.316.799,00	982.460,00	79.200,00	114.280,00	-	-	-	2.492.739,00
230763	MADALENA	323.735,00	-	41.819,00	-	365.554,00	-	-	-
230765	MARACANAU	12.898.173,00	1.064.820,00	642.319,00	-	-	-	-	14.605.312,00
230770	MARANGUAPE	2.228.294,00	107.136,00	79.200,00	-	-	-	-	2.414.630,00
230780	MARCO	684.624,00	33.612,00	-	-	-	-	-	718.236,00
230790	MARTINOPOLE	133.909,00	-	56.342,00	-	190.251,00	-	-	-
230800	MASSAPE	275.101,00	5.136,00	79.200,00	-	-	-	-	359.437,00
230810	MAURITI	1.082.518,00	6.380,00	-	154.893,00	1.243.791,00	-	-	-
230820	MERUOCA	115.339,00	-	43.053,00	-	158.392,00	-	-	-
230830	MILAGRES	567.413,00	7.627,00	-	54.348,00	629.388,00	-	-	-
230835	MILHA	258.738,00	-	43.775,00	-	302.513,00	-	-	-
230837	MIRAIMA	-	-	-	-	-	-	-	-
230840	MISSAO VELHA	571.876,00	3.760,00	79.200,00	-	575.636,00	-	-	79.200,00
230850	MOMBACA	1.122.226,00	1.740,00	-	-	-	-	-	1.123.966,00
230860	MONSENHOR TABOSA	426.200,00	12.783,00	79.200,00	-	438.983,00	-	-	79.200,00
230870	MORADA NOVA	1.812.271,00	191.196,00	-	-	-	-	-	2.003.467,00
230880	MORAUJO	69.375,00	-	28.900,00	-	-	-	-	98.275,00

IBGE	Municípios	Ambulatorial/ Hospitalar População Própria	Ambulatorial/ Hospitalar População Referenciado	Incentivos permanentes de custeio	Ajustes	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores retidos no Fundo Nacional da Saúde	Total Fundo Municipal
230890	MORRINHOS	137.336,00	-	91.986,00	-	229.322,00	-	-	-
230900	MUCAMBO	438.560,00	339.249,00	-	-	777.809,00	-	-	-
230910	MULUNGU	104.994,00	-	43.819,00	-	-	-	-	148.813,00
230920	NOVA OLINDA	131.334,00	-	38.732,00	-	170.066,00	-	-	-
230930	NOVA RUSSAS	821.532,00	7.932,00	79.200,00	-	-	-	-	908.664,00
230940	NOVO ORIENTE	387.550,00	-	-	-	387.550,00	-	-	-
230945	OCARA	221.554,00	-	128.459,00	-	350.013,00	-	-	-
230950	OROS	627.654,00	25.336,00	-	-	-	-	-	652.990,00
230960	PACAJUS	766.306,00	167.864,00	-	-	934.170,00	-	-	-
230970	PACATUBA	709.749,00	-	-	-	-	-	-	709.749,00
230980	PACOTI	259.362,00	-	-	-	-	-	-	259.362,00
230990	PACUJA	12.505,00	-	-	-	12.505,00	-	-	-
231000	PALHANO	48.761,00	-	42.759,00	-	91.520,00	-	-	-
231010	PALMACIA	161.415,00	-	10.578,00	-	171.056,00	-	-	937,00
231020	PARACURU	716.410,00	81.343,00	-	-	797.753,00	-	-	-
231025	PARAIPABA	378.167,00	-	124.313,00	-	-	-	-	502.480,00
231030	PARAMBU	1.020.661,00	-	-	-	1.020.661,00	-	-	-
231040	PARAMOTI	186.438,00	-	37.363,00	-	-	-	-	223.801,00
231050	PEDRA BRANCA	1.206.264,00	2.256,00	-	-	-	-	-	1.208.520,00
231060	PENAFORTE	17.136,00	-	139.200,00	-	77.136,00	-	-	79.200,00

IBGE	Municípios	Ambulatorial/ Hospitalar População Própria	Ambulatorial/ Hospitalar População Referenciado	Incentivos permanentes de custeio	Ajustes	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores retidos no Fundo Nacional da Saúde	Total Fundo Municipal
231070	PENTECOSTE	1.331.057,00	182.936,00	-	-	-	-	-	1.513.993,00
231080	PEREIRO	451.259,00	-	-	-	-	-	-	451.259,00
231085	PINDORETAMA	310.379,00	32.484,00	72.680,00	-	-	-	-	415.543,00
231090	PIQUET CARNEIRO	242.097,00	-	34.515,00	-	276.612,00	-	-	-
231095	PIRES FERREIRA	-	-	-	-	-	-	-	-
231100	PORANGA	330.822,00	3.740,00	-	-	-	-	-	334.562,00
231110	PORTEIRAS	164.505,00	-	56.083,00	-	220.588,00	-	-	-
231120	POTENGI	154.964,00	-	-	-	154.964,00	-	-	-
231123	POTIRETAMA	22.873,00	-	-	-	22.873,00	-	-	-
231126	QUITERIANOPOLIS	102.182,00	-	-	-	102.182,00	-	-	-
231130	QUIXADA	3.370.565,00	770.940,00	-	-	-	-	-	4.141.505,00
231135	QUIXELO	420.464,00	4.944,00	79.200,00	-	-	-	-	504.608,00
231140	QUIXERAMOBIM	2.426.823,00	54.900,00	79.200,00	-	-	-	-	2.560.923,00
231150	QUIXERE	229.320,00	-	61.328,00	-	290.648,00	-	-	-
231160	REDENCAO	773.045,00	550.686,00	79.200,00	-	1.323.731,00	-	-	79.200,00
231170	RERIUTABA	301.124,00	4.529,00	58.004,00	-	363.657,00	-	-	-
231180	RUSSAS	2.338.075,00	672.722,00	-	-	3.010.797,00	-	-	-
231190	SABOeiro	374.056,00	-	-	-	374.056,00	-	-	-
231195	SALITRE	200.494,00	-	39.170,00	-	239.664,00	-	-	-
231200	SANTANA DO ACARAU	760.245,00	7.968,00	79.200,00	-	-	-	-	847.413,00

IBGE	Municípios	Ambulatorial/ Hospitalar População Própria	Ambulatorial/ Hospitalar População Referenciado	Incentivos permanentes de custeio	Ajustes	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores retidos no Fundo Nacional da Saúde	Total Fundo Municipal
231210	SANTANA DO CARIRI	177.746,00	-	-	-	177.746,00	-	-	-
231220	SANTA QUITERIA	980.711,00	59.997,00	-	-	-	-	-	1.040.708,00
231230	SÃO BENEDITO	1.081.160,00	33.893,00	-	-	1.115.053,00	-	-	-
231240	SAO GONCALO DO AMARANTE	967.041,00	-	184.800,00	-	-	-	-	1.151.841,00
231250	SAO JOAO DO JAGUARIBE	16.207,00	-	-	-	16.207,00	-	-	-
231260	SAO LUIS DO CURU	192.200,00	-	43.473,00	-	233.691,00	-	-	1.982,00
231270	SENADOR POMPEU	792.375,00	243.924,00	79.200,00	-	-	-	-	1.115.499,00
231280	SENADOR AS	955,00	-	-	-	955,00	-	-	-
231290	SOBRAL	21.426.763,00	17.662.776,00	1.042.800,00	-	-	-	-	40.132.339,00
231300	SOLONOPOLE	414.121,00	-	101.037,00	-	435.958,00	-	-	79.200,00
231310	TABULEIRO DO NORTE	590.946,00	43.105,00	-	-	634.051,00	-	-	-
231320	TAMBORIL	943.725,00	11.172,00	79.200,00	-	-	-	-	1.034.097,00
231325	TARRAFAS	153.994,00	-	-	-	153.994,00	-	-	-
231330	TAUA	1.833.251,00	453.264,00	105.600,00	-	-	-	-	2.392.115,00
231335	TEJUCUOCA	144.636,00	-	54.396,00	-	199.032,00	-	-	-
231340	TIANGUA	1.553.617,00	209.208,00	-	-	-	-	-	1.762.825,00
231350	TRAIRI	799.403,00	-	79.200,00	-	-	-	-	878.603,00
231355	TURURU	133.569,00	-	54.320,00	-	187.889,00	-	-	-
231360	UBAJARA	828.503,00	4.608,00	-	-	-	-	-	833.111,00
231370	UMARI	113.686,00	-	23.008,00	-	136.694,00	-	-	-

IBGE	Municípios	Ambulatorial/ Hospitalar População Própria	Ambulatorial/ Hospitalar População Referenciado	Incentivos permanentes de custeio	Ajustes	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores retidos no Fundo Nacional da Saúde	Total Fundo Municipal
231375	UMIRIM	199.618,00	-	154.459,00	-	-	-	-	354.077,00
231380	URUBURETAMA	379.141,00	-	28.242,00	-	407.383,00	-	-	-
231390	URUOCA	152.069,00	1.416,00	29.795,00	-	183.280,00	-	-	-
231395	VARJOTA	223.695,00	-	56.412,00	-	280.107,00	-	-	-
231400	VARZEA ALEGRE	949.555,00	33.667,00	-	85.504,00	1.068.726,00	-	-	-
231410	VICOSA DO CEARA	1.361.576,00	5.088,00	-	-	-	-	-	1.366.664,00
TOTAL FUNDO MUNICIPAL									401.779.303,64

**SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
**PORTARIA Nº. 75, DE 18 DE MARÇO DE 2009.**

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,  
 Considerando a Portaria GM/MS nº. 1097, de 22 de maio de 2006, que define a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde;

Considerando a Portaria GM/MS nº. 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento e,

Considerando as planilhas encaminhadas pela Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, por meio do ofício CIB/CE nº. 352/09, de 27 de fevereiro de 2009, resolve:

Art. 1º - Remanejar o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial sob gestão estadual, conforme descrito no Anexo I desta Portaria, e sob gestão dos municípios habilitados à Gestão Plena do Sistema Municipal e aderidos ao Pacto pela Saúde 2006, conforme detalhado nos Anexos II, III e IV.

§ 1º - O total de recurso financeiro anual do estado do CEARÁ, referente ao bloco de financiamento da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, corresponde a R\$ 965.852.018,23, assim distribuído:

Destino	Valor Anual	Detalhamento
Total dos recursos transferidos ao fundo estadual de saúde – FES	198.497.009,23	Anexo I
Total dos recursos transferidos aos fundos municipais de saúde – FMS	740.108.008,00	Anexo II
Total dos recursos retidos no Fundo Nacional de Saúde	27.247.001,00	Anexo III

§ 2º - Estão inclusos neste bloco de financiamento os valores referentes aos incentivos do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO no valor de R\$ 4.989.600,00 e do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências - SAMU no valor de R\$ 7.494.000,00.

§ 3º - O Estado e Municípios farão jus à parcela mensal correspondente a 1/12 (um doze avos) dos valores descritos nos Anexos desta Portaria.

Art. 2º - Instruir que o remanejamento de recurso concedido por meio desta Portaria não acarrete impacto no teto financeiro global do Estado.

Art. 3º - Estabelecer que o Fundo Nacional de Saúde adote as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, do valor mensal para o Fundo Estadual de Saúde e Fundos Municipais de Saúde, correspondentes.



Parágrafo Único. Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho: 10.302.1220.8585-0023 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade.

Art. 4º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, com efeitos financeiros vigentes a partir de 1º - de março de 2009.

**ALBERTO BELTRAM**

**ANEXOS II**

**PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (valores anuais)**

IBGE	MUNICÍPIO	Assistência Ambulatorial e Hospitalar		Incentivos permanentes de custeio*	Ajustes	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores retidos no fundo Nacional de Saúde	Valores recebidos de outras Ufs	Total Fundo Municipal
		Próprio	Referenciado							
230010	Abaíara	110.612,00	0	143.782,00	0	0	0	0	0	254.394,00
230015	Acarape	121.157,00	0	0	0	0	0	0	0	121.157,00
230020	Acaraú	2.500.579,00	201.970,00	239.265,00	0	0	0	0	0	2.941.814,00
230030	Acopiara	2.966.397,00	253.114,00	79.200,00	0	0	0	0	0	3.298.711,00
230040	Aiuaba	273.546,00	0	51.532,00	0	0	0	0	0	325.078,00
230050	Alcântaras	74	0	0	0	0	0	0	0	74
230060	Altaneira	105.075,00	0	0	0	0	0	0	0	105.075,00
230070	Alto Santo	576.379,00	19.600,00	79.200,00	0	0	0	0	0	675.179,00
230075	Amontada	1.275.789,00	17.600,00	0	0	0	0	0	0	1.293.389,00
230080	Antonina do Norte	128.455,00	0	0	0	0	0	0	0	128.455,00
230090	Apuiarés	198.896,00	0	86.000,00	0	0	0	0	0	284.896,00
230100	Aquiraz	2.153.867,00	2.303,00	79.200,00	0	0	0	0	0	2.235.370,00
230110	Aracati	3.706.837,00	468.841,00	278.137,00	0	0	0	0	0	4.453.815,00
230120	Aracoiaba	1.305.990,00	768.986,00	0	0	0	0	0	0	2.074.976,00

PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (valores anuais)

IBGE	MUNICÍPIO	Assistência Ambulatorial e Hospitalar		Incentivos permanentes de custeio*	Ajustes	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores retidos no fundo Nacional de Saúde	Valores recebidos de outras Ufs	Total Fundo Municipal
230125	Ararendá	338.327,00	3.024,00	0	0	0	0	0	0	341.351,00
230130	Araripe	816.001,00	34.187,00	0	0	0	0	0	0	850.188,00
230140	Aratuba	271.130,00	0	56.862,00	0	0	0	0	0	327.992,00
230150	Arneiroz	246.194,00	6.544,00	0	0	0	0	0	0	252.738,00
230160	Assaré	638.001,00	0	0	0	0	0	0	0	638.001,00
230170	Aurora	1.327.147,00	139.764,00	0	0	0	0	0	0	1.466.911,00
230180	Baixio	302.877,00	1.272,00	0	0	0	304.149,00	0	0	0
230185	Banabuiú	434.012,00	0	128.730,00	0	0	0	0	0	562.742,00
230190	Barbalha	21.533.521,00	7.960.610,00	2.828.474,00	156.000,00	0	0	0	0	32.478.605,00
230195	Barreira	381.571,00	0	61.727,00	0	0	0	0	0	443.298,00
230200	Barro	382.435,00	0	103.999,00	0	0	0	0	0	486.434,00
230205	Barroquinha	106.320,00	0	108.379,00	0	0	214.699,00	0	0	0
230210	Baturité	2.116.041,00	346.063,00	375.229,00	0	0	0	0	0	2.837.333,00
230220	Beberibe	1.559.739,00	26	0	0	0	0	0	0	1.559.765,00
230230	Bela Cruz	709.909,00	0	79.200,00	0	0	0	0	0	789.109,00
230240	Boa Viagem	2.249.678,00	3.376,00	0	0	0	0	0	0	2.253.054,00

PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (valores anuais)

IBGE	MUNICÍPIO	Assistência Ambulatorial e Hospitalar		Incentivos permanentes de custeio*	Ajustes	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores retidos no fundo Nacional de Saúde	Valores recebidos de outras Ufs	Total Fundo Municipal
230250	Brejo Santo	5.066.538,00	2.016.370,00	105.600,00	0	0	0	0	0	7.188.508,00
230260	Camocim	3.243.793,00	488.250,00	79.200,00	0	0	0	0	0	3.811.243,00
230270	Campos Sales	934.561,00	42.828,00	0	0	0	0	0	0	977.389,00
230280	Canindé	5.100.402,00	1.066.774,00	797.530,00	0	0	0	0	0	6.964.706,00
230290	Capistrano	679.079,00	8.120,00	33.397,00	0	0	0	0	0	720.596,00
230300	Caridade	334.161,00	0	91.676,00	0	0	0	0	0	425.837,00
230310	Cariré	642.753,00	8.103,00	0	0	0	0	0	0	650.856,00
230320	Caririaçu	681.447,00	0	181.381,00	0	0	0	0	0	862.828,00
230330	Cariús	702.596,00	12.591,00	0	0	0	0	0	0	715.187,00
230340	Carnaubal	490.146,00	26	48.538,00	0	0	0	0	0	538.710,00
230350	Cascavel	3.370.914,00	477.530,00	199.062,00	0	0	0	0	0	4.047.506,00
230360	Catarina	560.773,00	0	170.235,00	0	0	0	0	0	731.008,00
230365	Catunda	284.423,00	0	11.764,00	0	0	0	0	0	296.187,00
230370	Caucaia	8.810.101,00	440.158,00	254.286,00	0	0	0	0	0	9.504.545,00
230380	Cedro	1.454.518,00	24.102,00	146.638,00	0	0	0	0	0	1.625.258,00

PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (valores anuais)

IBGE	MUNICÍPIO	Assistência Ambulatorial e Hospitalar		Incentivos permanentes de custeio*	Ajustes	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores retidos no fundo Nacional de Saúde	Valores recebidos de outras Ufs	Total Fundo Municipal
230390	Chaval	525.862,00	13.248,00	0	0	0	0	0	0	539.110,00
230393	Choró	375.174,00	0	29.196,00	0	0	0	0	0	404.370,00
230395	Chorozinho	491.969,00	0	94.803,00	0	0	0	0	0	586.772,00
230400	Coreaú	455.407,00	12.942,00	153.407,00	0	0	0	0	0	621.756,00
230410	Crateús	5.332.319,00	1.437.186,00	0	0	0	0	0	0	6.769.505,00
230420	Crato	12.560.302,00	4.315.402,00	446.078,00	307.800,00	0	0	0	0	17.629.582,00
230423	Croatá	456.632,00	0	30.668,00	0	0	0	0	0	487.300,00
230425	Cruz	1.568.803,00	83.524,00	79.200,00	0	0	0	0	0	1.731.527,00
230426	Dep. Irapuan Pinheiro	271.623,00	0	19.674,00	0	0	0	0	0	291.297,00
230427	Ererê	108.782,00	0	40.587,00	0	0	149.369,00	0	0	0
230428	Eusébio	1.689.573,00	218.725,00	184.800,00	0	0	0	0	0	2.093.098,00
230430	Farias Brito	928.287,00	1.319,00	79.200,00	0	0	0	0	0	1.008.806,00
230435	Forquilha	187.064,00	0	105.600,00	0	0	0	0	0	292.664,00
230440	Fortaleza	343.988.315,00	57.692.332,00	47.266.068,00	30.950.558,00	101.147.314,00	0	27.247.001,00	0	351.502.958,00
230445	Fortim	332.719,00	0	68.901,00	0	0	0	0	0	401.620,00

PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (valores anuais)

IBGE	MUNICÍPIO	Assistência Ambulatorial e Hospitalar		Incentivos permanentes de custeio*	Ajustes	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores retidos no fundo Nacional de Saúde	Valores recebidos de outras Ufs	Total Fundo Municipal
230450	Frecheirinha	266.937,00	0	28.032,00	0	0	0	0	0	294.969,00
230460	General Sampaio	59.064,00	0	60.000,00	0	0	0	0	0	119.064,00
230465	Graça	6.489,00	0	0	0	0	0	0	0	6.489,00
230470	Granja	1.332.543,00	52.369,00	0	0	0	1.384.912,00	0	0	0
230480	Granjeiro	47.213,00	0	139.200,00	0	0	107.213,00	0	0	79.200,00
230490	Groaíras	142.574,00	0	21.636,00	0	0	0	0	0	164.210,00
230495	Guaiúba	373.724,00	0	111.390,00	0	0	0	0	0	485.114,00
230500	Guaraciaba do Norte	1.256.358,00	31.572,00	79.200,00	0	0	0	0	0	1.367.130,00
230510	Guaramiranga	126.149,00	4.963,00	32.937,00	0	0	0	0	0	164.049,00
230520	Hidrolândia	456.005,00	13	22.637,00	0	0	0	0	0	478.655,00
230523	Horizonte	1.575.773,00	2.521,00	105.600,00	0	0	0	0	0	1.683.894,00
230526	Ibaretama	418.341,00	0	33.472,00	0	0	0	0	0	451.813,00
230530	Ibiapina	1.063.511,00	19.248,00	0	0	0	0	0	0	1.082.759,00
230533	Ibicuitinga	46.145,00	0	0	0	0	0	0	0	46.145,00
230535	Icapuí	653.615,00	0	101.027,00	0	0	0	0	0	754.642,00

PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (valores anuais)

IBGE	MUNICÍPIO	Assistência Ambulatorial e Hospitalar		Incentivos permanentes de custeio*	Ajustes	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores retidos no fundo Nacional de Saúde	Valores recebidos de outras Ufs	Total Fundo Municipal
230540	Icó	3.398.436,00	401.285,00	105.600,00	0	0	0	0	0	3.905.321,00
230550	Iguatu	8.016.178,00	1.740.758,00	309.528,00	0	0	0	0	0	10.066.464,00
230560	Independência	674.734,00	194.675,00	0	0	0	0	0	0	869.409,00
230565	Ipaporanga	389.835,00	0	0	0	0	0	0	0	389.835,00
230570	Ipaumirim	327.650,00	4.204,00	0	0	0	331.854,00	0	0	0
230580	Ipu	2.192.932,00	554.295,00	236.692,00	0	0	0	0	0	2.983.919,00
230590	Ipueiras	1.492.690,00	2.530,00	0	0	0	0	0	0	1.495.220,00
230600	Iracema	614.766,00	128.408,00	0	0	0	0	0	0	743.174,00
230610	Irauçuba	468.776,00	0	46.827,00	0	0	0	0	0	515.603,00
230620	Itaiçaba	139.748,00	0	28.808,00	0	0	0	0	0	168.556,00
230625	Itaitinga	893.900,00	18.616,00	105.600,00	0	0	0	0	0	1.018.116,00
230630	Itapagé	1.899.903,00	40.157,00	0	0	0	0	0	0	1.940.060,00
230640	Itapipoca	5.438.994,00	1.613.097,00	1.114.039,00	0	0	0	0	0	8.166.130,00
230650	Itapiúna	611.688,00	0	37.456,00	0	0	0	0	0	649.144,00
230655	Itarema	1.600.358,00	13.453,00	0	0	0	0	0	0	1.613.811,00

PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (valores anuais)

IBGE	MUNICÍPIO	Assistência Ambulatorial e Hospitalar		Incentivos permanentes de custeio*	Ajustes	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores retidos no fundo Nacional de Saúde	Valores recebidos de outras Ufs	Total Fundo Municipal
230660	Itatira	129.100,00	0	0	0	0	0	0	0	129.100,00
230670	Jaguaretama	530.713,00	0	43.963,00	0	0	0	0	0	574.676,00
230680	Jaguaribara	244.973,00	6.040,00	0	0	0	0	0	0	251.013,00
230690	Jaguaribe	1.950.888,00	13.800,00	0	0	0	0	0	0	1.964.688,00
230700	Jaguaruana	906.801,00	0	0	0	0	0	0	0	906.801,00
230710	Jardim	1.262.810,00	1.928,00	0	0	0	0	0	0	1.264.738,00
230720	Jati	421.649,00	11.424,00	79.200,00	0	0	0	0	0	512.273,00
230725	Jijoca de Jericoacoara	4.179,00	0	0	0	0	0	0	0	4.179,00
230730	Juazeiro do Norte	16.490.865,00	664.713,00	105.600,00	615.600,00	0	0	0	0	17.876.778,00
230740	Jucás	1.243.214,00	80	0	0	0	0	0	0	1.243.294,00
230750	Lavras da Mangabeira	1.939.559,00	15.761,00	127.170,00	0	0	0	0	0	2.082.490,00
230760	Limoeiro do Norte	3.171.881,00	1.017.039,00	213.802,00	0	0	0	0	0	4.402.722,00
230763	Madalena	425.140,00	0	41.819,00	0	0	0	0	0	466.959,00
230765	Maracanaú	17.038.360,00	1.491.004,00	727.173,00	0	0	0	0	0	19.256.537,00
230770	Maranguape	4.465.899,00	112.661,00	79.200,00	0	0	0	0	0	4.657.760,00



PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (valores anuais)

IBGE	MUNICÍPIO	Assistência Ambulatorial e Hospitalar		Incentivos permanentes de custeio*	Ajustes	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores retidos no fundo Nacional de Saúde	Valores recebidos de outras Ufs	Total Fundo Municipal
230780	Marco	1.380.005,00	33.679,00	0	0	0	0	0	0	1.413.684,00
230790	Martinópolis	218.807,00	0	56.342,00	0	0	0	0	0	275.149,00
230800	Massapê	837.947,00	5.216,00	79.200,00	0	0	0	0	0	922.363,00
230810	Mauriti	2.209.886,00	6.380,00	254.619,00	0	0	0	0	0	2.470.885,00
230820	Meruoca	181.121,00	0	43.053,00	0	0	0	0	0	224.174,00
230830	Milagres	889.585,00	7.680,00	60.268,00	0	0	0	0	0	957.533,00
230835	Milhã	396.177,00	0	43.775,00	0	0	0	0	0	439.952,00
230837	Miraíma	4.172,00	0	0	0	0	0	0	0	4.172,00
230840	Missão Velha	899.353,00	3.773,00	79.200,00	0	0	0	0	0	982.326,00
230850	Mombaça	1.447.994,00	1.740,00	0	0	0	0	0	0	1.449.734,00
230860	Monsenhor Tabosa	831.935,00	12.783,00	79.200,00	0	0	0	0	0	923.918,00
230870	Morada Nova	3.166.048,00	203.566,00	0	0	0	0	0	0	3.369.614,00
230880	Moraújo	149.079,00	0	28.900,00	0	0	0	0	0	177.979,00
230890	Morrinhos	299.553,00	0	91.986,00	0	0	0	0	0	391.539,00
230900	Mucambo	692.862,00	345.066,00	0	0	0	0	0	0	1.037.928,00

PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (valores anuais)

IBGE	MUNICÍPIO	Assistência Ambulatorial e Hospitalar		Incentivos permanentes de custeio*	Ajustes	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores retidos no fundo Nacional de Saúde	Valores recebidos de outras Ufs	Total Fundo Municipal
230910	Mulungu	199.742,00	0	43.819,00	0	0	0	0	0	243.561,00
230920	Nova Olinda	207.067,00	13	38.732,00	0	0	0	0	0	245.812,00
230930	Nova Russas	1.545.078,00	8.052,00	79.200,00	0	0	0	0	0	1.632.330,00
230940	Novo Oriente	661.328,00	0	0	0	0	0	0	0	661.328,00
230945	Ocara	465.968,00	0	128.459,00	0	0	0	0	0	594.427,00
230950	Orós	1.173.217,00	25.362,00	0	0	0	0	0	0	1.198.579,00
230960	Pacajus	1.204.563,00	2.488,00	0	0	0	1.207.051,00	0	0	0
230970	Pacatuba	1.299.278,00	0	0	0	0	0	0	0	1.299.278,00
230980	Pacoti	388.970,00	26	0	0	0	0	0	0	388.996,00
230990	Pacujá	35.963,00	0	0	0	0	0	0	0	35.963,00
231000	Palhano	83.595,00	0	42.759,00	0	0	0	0	0	126.354,00
231010	Palmácia	195.896,00	26	10.578,00	0	0	0	0	0	206.500,00
231020	Paracuru	1.127.446,00	87.628,00	94.625,00	0	0	0	0	0	1.309.699,00
231025	Paraipaba	772.335,00	0	124.313,00	0	0	0	0	0	896.648,00
231030	Parambu	2.107.375,00	13	0	0	0	0	0	0	2.107.388,00

PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (valores anuais)

IBGE	MUNICÍPIO	Assistência Ambulatorial e Hospitalar		Incentivos permanentes de custeio*	Ajustes	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores retidos no fundo Nacional de Saúde	Valores recebidos de outras Ufs	Total Fundo Municipal
231040	Paramoti	271.069,00	0	37.363,00	0	0	0	0	0	308.432,00
231050	Pedra Branca	2.005.437,00	2.256,00	0	0	0	0	0	0	2.007.693,00
231060	Penaforte	150.301,00	0	139.200,00	0	0	0	0	0	289.501,00
231070	Pentecoste	2.448.907,00	203.650,00	0	0	0	0	0	0	2.652.557,00
231080	Pereiro	639.384,00	0	0	0	0	0	0	0	639.384,00
231085	Pindoretama	463.348,00	32.484,00	72.680,00	0	0	0	0	0	568.512,00
231090	Piquet Carneiro	434.356,00	0	34.515,00	0	0	0	0	0	468.871,00
231095	Pires Ferreira	2.080,00	0	0	0	0	0	0	0	2.080,00
231100	Poranga	503.979,00	3.740,00	0	0	0	0	0	0	507.719,00
231110	Porteiras	284.781,00	0	135.283,00	0	0	0	0	0	420.064,00
231120	Potengi	247.118,00	0	0	0	0	0	0	0	247.118,00
231123	Potiretama	75.633,00	0	0	0	0	0	0	0	75.633,00
231126	Quiterianópolis	166.256,00	0	0	0	0	0	0	0	166.256,00
231130	Quixadá	6.497.837,00	1.071.623,00	623.464,00	0	0	0	0	0	8.192.924,00
231135	Quixelô	546.371,00	2.040,00	79.200,00	0	0	0	0	0	627.611,00

PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (valores anuais)

IBGE	MUNICÍPIO	Assistência Ambulatorial e Hospitalar		Incentivos permanentes de custeio*	Ajustes	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores retidos no fundo Nacional de Saúde	Valores recebidos de outras Ufs	Total Fundo Municipal
231140	Quixeramobim	3.995.187,00	53.006,00	79.200,00	0	0	0	0	0	4.127.393,00
231150	Quixeré	343.917,00	0	61.328,00	0	0	0	0	0	405.245,00
231160	Redenção	1.696.721,00	554.025,00	328.511,00	0	0	0	0	0	2.579.257,00
231170	Reriutaba	444.104,00	4.529,00	58.004,00	0	0	0	0	0	506.637,00
231180	Russas	4.139.107,00	923.525,00	231.815,00	0	0	0	0	0	5.294.447,00
231190	Saboeiro	594.542,00	0	0	0	0	0	0	0	594.542,00
231195	Salitre	358.751,00	0	118.370,00	0	0	0	0	0	477.121,00
231200	Santana do Acaraú	1.874.250,00	7.968,00	79.200,00	0	0	0	0	0	1.961.418,00
231210	Santana do Cariri	332.564,00	0	79.200,00	0	0	0	0	0	411.764,00
231220	Santa Quitéria	1.959.869,00	60.064,00	0	0	0	0	0	0	2.019.933,00
231230	São Benedito	2.023.770,00	24.916,00	0	0	0	0	0	0	2.048.686,00
231240	São Gonçalo do Amarante	1.271.465,00	26	184.800,00	0	0	0	0	0	1.456.291,00
231250	São João do Jaguaribe	49.788,00	0	0	0	0	0	0	0	49.788,00
231260	São Luís do Curu	302.376,00	0	43.473,00	0	0	345.849,00	0	0	0
231270	Senador Pompeu	1.889.140,00	274.223,00	208.413,00	0	0	0	0	0	2.371.776,00

PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (valores anuais)

IBGE	MUNICÍPIO	Assistência Ambulatorial e Hospitalar		Incentivos permanentes de custeio*	Ajustes	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores retidos no fundo Nacional de Saúde	Valores recebidos de outras Ufs	Total Fundo Municipal
231280	Senador Sá	4.907,00	0	0	0	0	0	0	0	4.907,00
231290	Sobral	39.258.880,00	21.880.615,00	6.328.982,00	0	0	0	0	0	67.468.477,00
231300	Solonópole	606.859,00	0	101.037,00	0	0	0	0	0	707.896,00
231310	Tabuleiro do Norte	1.319.663,00	80.985,00	0	0	0	0	0	0	1.400.648,00
231320	Tamboril	2.270.959,00	11.172,00	79.200,00	0	0	0	0	0	2.361.331,00
231325	Tarrafas	247.066,00	0	0	0	0	0	0	0	247.066,00
231330	Tauá	3.157.778,00	494.557,00	105.600,00	0	0	0	0	0	3.757.935,00
231335	Tejuçuoca	229.369,00	0	54.396,00	0	0	0	0	0	283.765,00
231340	Tianguá	2.537.503,00	255.084,00	0	0	0	0	0	0	2.792.587,00
231350	Trairi	1.740.727,00	0	79.200,00	0	0	0	0	0	1.819.927,00
231355	Tururu	272.579,00	26.674,00	54.320,00	0	0	0	0	0	353.573,00
231360	Ubajara	1.415.466,00	4.608,00	0	0	0	0	0	0	1.420.074,00
231370	Umari	217.087,00	0	23.008,00	0	0	240.095,00	0	0	0
231375	Umirim	322.245,00	0	154.459,00	0	0	0	0	0	476.704,00
231380	Uruburetama	525.814,00	40	28.242,00	0	0	0	0	0	554.096,00

PPI ASSISTENCIAL - VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (valores anuais)

IBGE	MUNICÍPIO	Assistência Ambulatorial e Hospitalar		Incentivos permanentes de custeio*	Ajustes	Valores de TCEP com transferências realizadas no FES	Valores de estabelecimentos sob gestão estadual	Valores retidos no fundo Nacional de Saúde	Valores recebidos de outras Ufs	Total Fundo Municipal
231390	Uruoca	223.971,00	1.416,00	29.795,00	0	0	0	0	0	255.182,00
231395	Varjota	314.446,00	0	56.412,00	0	0	0	0	0	370.858,00
231400	Várzea Alegre	1.598.277,00	33.667,00	95.361,00	0	0	0	0	0	1.727.305,00
231410	Viçosa do Ceará	2.436.587,00	5.088,00	0	0	0	0	0	0	2.441.675,00
TOTAL FUNDO MUNICIPAL										740.108.008,00