

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrick Vieira Dias

**ANÁLISE DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA
EM SAÚDE: o estabelecimento de pactos e a alocação de recursos em uma região de
Minas Gerais**

Juiz de Fora

2018

Patrick Vieira Dias

**ANÁLISE DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA
EM SAÚDE: o estabelecimento de pactos e a alocação de recursos em uma região de
Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Estela Márcia Saraiva Campos

Juiz de Fora

2018

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Dias, Patrick Vieira.

Análise da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde : o estabelecimento de pactos e a alocação de recursos em uma região de Minas Gerais / Patrick Vieira Dias. -- 2018.

69 p.

Orientadora: Estela Márcia Saraiva Campos

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

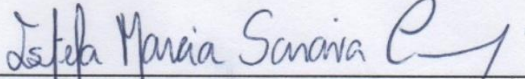
1. Planejamento em Saúde. 2. Regionalização. I. Campos, Estela Márcia Saraiva, orient. II. Título.

PATRICK VIEIRA DIAS

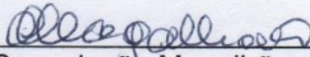
“Análise da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde: o estabelecimento de pactos e a alocação de recursos em uma região de Minas Gerais”.

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

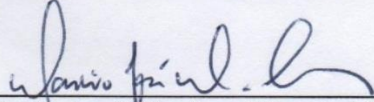
Aprovado em 02/02/2018



Estela Márcia Saraiva Campos – UFJF



Maria da Consolação Magalhães – EBSERH



Márcio José Martins Alves – UFJF

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelos dons e oportunidades;

A minha esposa, pais, irmãos e demais familiares pelo amor, exemplo e apoio;

Ao corpo docente do PPGSC, em especial à minha orientadora, Prof^a Dr^a Estela Márcia Saraiva Campos, pelos ensinamentos e dedicação;

Aos discentes do PPGSC pela amizade;

Aos funcionários do NATES pelo auxílio durante o curso;

A todos que contribuíram direta ou indiretamente nesse trabalho.

**“Quem está satisfeito despreza o mel,
mas pra quem tem fome até o amargo é doce”**

Provérbios 27:7

RESUMO

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI) é um importante instrumento para o planejamento das ações de saúde no qual são definidas e quantificadas as ações de média e alta complexidade destinadas a população residente, bem como efetuados os pactos intergestores para o acesso da população referenciada. Objetivou-se analisar a efetivação da PPI em relação aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares da área de abrangência da Gerência Regional de Saúde de Juiz de Fora por meio de um estudo retrospectivo, descritivo exploratório, dos anos 2014 e 2015. A tabulação dos dados da PPI, provenientes da SES/MG, foi realizada no *software Microsoft Access* e a dos dados de produção (SIA e SIH), disponíveis no DATASUS, pelo *TabWin*. Informações referentes às redes assistenciais e a capacidade instalada foram obtidas no SCNES. Análises descritivas entre os bancos de dados, utilizando o *Microsoft Excel*, identificaram a compatibilidade entre os atendimentos ambulatoriais e hospitalares prestados à população e o programado na PPI em relação as metas físicas e financeiras. Dos 37 municípios, alguns apresentaram boa adequação entre a programação e a produção para algumas análises, contudo na maioria houve ociosidade ou falta de recursos físicos e/ou financeiros na PPI. Algumas críticas identificadas foram: alocação de recursos para referência hospitalar em municípios sem hospitais ativos; excessiva alocação de recursos em alguns municípios com baixa capacidade produtiva; e desvios nos fluxos de atendimentos quando comparados ao Plano Diretor de Regionalização. Conclui-se que a PPI ainda não é utilizada de forma plena e eficiente, todavia garante melhoria na equidade de alocação de recursos e na estruturação de redes de atenção, sendo importante se avançar para uma prática de gestão compartilhada e solidária para estruturação de redes regionalizadas efetivas.

Palavras-chaves: Planejamento em Saúde. Regionalização.

ABSTRACT

The Agreed and Integrated Programming of Health Care (PPI) is an important instrument for the planning of health actions in which the medium and high complexity actions for the resident population are defined and quantified, also as the inter-manager agreements for access of the referenced population. The objective of this study was to analyze the effectiveness of the PPI in relation to outpatient and hospital care in the area covered by the Regional Health Management of Juiz de Fora through a retrospective descriptive exploratory study of the years 2014 and 2015. The tabulation of PPI data, from SES/MG, was performed in Microsoft Access software and the production data (SIA and SIH) available in DATASUS by TabWin. Information regarding assistance networks and installed capacity were obtained in the SCNES. Descriptive analyzes among the databases using Microsoft Excel identified the compatibility between outpatient and hospital care provided to the population and the programmed in the PPI in relation to physical and financial goals. Some of the 37 municipalities presented good agreement between programming and production for some analyzes, however in the majority there was idleness or lack of physical and/or financial resources in PPI. Some criticisms identified were: allocation of resources for hospital referral in municipalities without active hospitals; excessive allocation of resources in some municipalities with low productive capacity; and deviations in attendance flows when compared to the Regionalization Master Plan. It is concluded that PPI is still not used in a full and efficient way, but it guarantees an improvement in the equity of resource allocation and the structuring of attention networks, and it is important to move towards a shared and solidary management practice for the structuring of regionalised networks effective.

Keywords: Health Planning. Regional Health Planning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1** - Percentual de alocação de recursos de média complexidade ambulatorial (PPI/MG) nos municípios da microrregião de Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas – GRS/Juiz de Fora/SES-MG - 2014-2015 52
- Gráfico 2** - Percentual de alocação de recursos de média complexidade ambulatorial (PPI/MG) nos municípios da microrregião de Santos Dumont nos anos 2014-2015 52
- Gráfico 3** - Percentual de alocação de recursos de média complexidade ambulatorial (PPI/MG) em municípios da microrregião de São João Nepomuceno/Bicas nos anos 2014-2015 53
- Gráfico 4** - Percentual de alocação de recursos de média complexidade hospitalar (PPI/MG) em municípios da microrregião de Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas nos anos 2014-2015 54
- Gráfico 5** - Percentual de alocação de recursos de média complexidade hospitalar (PPI/MG) em municípios da microrregião de Santos Dumont nos anos 2014-2015 54
- Gráfico 6** - Percentual de alocação de recursos de média complexidade hospitalar (PPI/MG) em municípios da microrregião de São João Nepomuceno/Bicas nos anos 2014-2015 55
- Mapa 1.** Fluxo dominante de atendimentos de média complexidade hospitalar SUS de municípios da área de abrangência da GRS/JF, ano 2014.....58
- Mapa 2.** Fluxo dominante de atendimentos de média complexidade hospitalar SUS à municípios da área de abrangência da GRS/JF, ano 2015 59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Programação e Produção Ambulatorial de Média Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2014 – Físico.....	25
Tabela 2 - Programação e Produção Ambulatorial de Média Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2015 – Físico.....	26
Tabela 3 - Programação e Produção Ambulatorial de Média Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2014 – Financeiro (R\$)	28
Tabela 4 - Programação e Produção Ambulatorial de Média Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2015 – Financeiro (R\$)	30
Tabela 5 - Programação e Produção Ambulatorial de Alta Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2014 - Físico e Financeiro (R\$)	32
Tabela 6 - Programação e Produção Ambulatorial de Alta Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2015 - Físico e Financeiro (R\$)	32
Tabela 7 - Programação e Produção Hospitalar de Alta Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2014 - Físico e Financeiro (R\$)	33
Tabela 8 - Programação e Produção Hospitalar de Alta Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2015 - Físico e Financeiro (R\$)	33
Tabela 9 - Programação e Produção Hospitalar de Média Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2014 – Físico.....	34
Tabela 10 - Programação e Produção Hospitalar de Média Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2015 - Físico.....	35
Tabela 11 - Programação e Produção Hospitalar de Média Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2014 – Financeiro (R\$)	35
Tabela 12 - Programação e Produção Hospitalar de Média Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2015 – Financeiro (R\$)	36
Tabela 13 – Comparativo percentual entre a produção ambulatorial e o quantitativo físico e financeiro (R\$) da PPI de média complexidade, GRS/JF, 2014-2015	38
Tabela 14 – Comparativo percentual entre a produção hospitalar e o quantitativo físico e financeiro (R\$) da PPI de média complexidade, GRS/JF, 2014	40
Tabela 15 – Comparativo percentual entre a produção hospitalar e o quantitativo físico e financeiro (R\$) da PPI de média complexidade, GRS/JF, 2015	40

Tabela 16 – Comparativo percentual entre a produção ambulatorial e o quantitativo físico e financeiro (R\$) da PPI de alta complexidade, GRS/JF, 2014-2015	41
Tabela 17 - Comparativo percentual entre a produção hospitalar e o quantitativo físico e financeiro (R\$) da PPI de alta complexidade, GRS/JF, 2014-2015	42
Tabela 18 - Quantitativo Físico da PPI e da Produção Hospitalar de Média Complexidade Hospitalar (SIH), por município de origem, GRS/JF, 2014 - 2015.....	44
Tabela 19 - Quantitativo Financeiro (R\$) da PPI e da Produção Hospitalar de Média Complexidade Hospitalar (SIH), por município de origem, GRS/JF, 2014 - 2015	46
Tabela 20 – Percentual de recursos financeiros (R\$) da PPI de média complexidade ambulatorial alocados para demandas dos municípios na microrregião e fora da microrregião – GRS/Juiz de Fora/SES-MG - 2014-2015	49
Tabela 21 – Percentual de recursos financeiros (R\$) da PPI de média complexidade hospitalar alocados para demandas dos municípios na microrregião e fora da microrregião, – GRS/Juiz de Fora/SES-MG - 2014-2015	50
Tabela 22 – Percentual de recursos financeiros (R\$) de atendimentos de média complexidade hospitalar alocados em municípios pertencentes a mesma microrregião do município, por município de origem, na GRS/JF, no período 2014-2015	56

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CCMAC	Câmara de Compensação de Média e Alta Complexidade
CIB	Comissões Intergestores Bipartites
CIR	Comissão Intergestores Regional
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
GRS	Gerência Regional de Saúde
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
JF	Juiz de Fora
MAC	Média e Alta Complexidade
MG	Minas Gerais
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPM	Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	16
2.2 A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA ASSISTENCIAL NO ESTADO DE MINAS GERAIS	18
3. OBJETIVOS	21
3.1 GERAL	21
3.2. ESPECÍFICOS	21
4. METODOLOGIA	22
5. RESULTADOS	24
5.1 RESULTADOS DAS INFORMAÇÕES ENTRE PPI E PRODUÇÃO TENDO COMO UNIDADE DE ANÁLISE OS MUNICÍPIOS DE ATENDIMENTO	24
5.2 RESULTADOS DAS INFORMAÇÕES ENTRE A PPI E A PRODUÇÃO TENDO COMO UNIDADE DE ANÁLISE O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO USUÁRIO	43
5.3 RESULTADOS ENTRE AS INFORMAÇÕES DA PPI E DE PRODUÇÃO E A REGIONALIZAÇÃO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA GRS/JUIZ DE FORA – SES/MG	49
6. DISCUSSÃO	61
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	67

1. INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios do Brasil é o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma a garantir um atendimento universal, integral e equitativo a toda sua população. Essa é uma preocupação permanente e crescente que mobiliza tanto os gestores quanto a sociedade, tendo em vista os avanços ainda incipientes frente às necessidades e custos cada vez maiores na saúde. Desta forma, uma alocação eficiente dos recursos se torna imprescindível para a minimização das desigualdades sociais e regionais garantindo uma assistência equânime a sua população (BRASIL, 2015).

Em consonância com o artigo 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, que estabelece a regionalização e hierarquização das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988), a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS 01/02) buscou promover, através da criação de redes articuladas e cooperativas de atenção, uma distribuição mais equitativa dos recursos e o acesso universal da população aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2002a).

Essa regionalização deve se embasar no planejamento integrado, nas noções de territorialidade, nas prioridades de intervenção (em consonância com as necessidades reais da população) e na configuração de redes funcionais de saúde de forma a garantir aos cidadãos o acesso ao sistema e a resolubilidade de seus problemas de saúde com uma otimização dos recursos (BRASIL, 2002a).

Neste cenário, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), ao ser instituída pela Norma Operacional Básica 01/1996 (NOB 01/96), se constituiu em uma ferramenta essencial para a organização da gestão e atenção à saúde no SUS ao definir um mecanismo formal para o estabelecimento de pactos e alocação de recursos do sistema (BRASIL, 1996).

Ela pode ser descrita como o mecanismo no qual são “definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde” através da definição de fluxos assistenciais e dos valores financeiros reservados à assistência da população residente e da referenciada (BRASIL, 2006, p.41). A PPI é, portanto, um mecanismo no qual os municípios que não possuem capacidade instalada para realizar a totalidade dos procedimentos de média e alta complexidade para seus habitantes contratualizam com os municípios da região que possuem tal capacidade e estes passam a ser responsáveis pelo atendimento da população referenciada, juntamente com o de seus municípios.

Nessa dinâmica de organização das redes de atenção regionalizadas, o governo estadual atua como um moderador entre os municípios na definição dos pactos, buscando-se, assim, uma cobertura adequada da atenção especializada de média e alta complexidade à população da região, reduzindo as desigualdades de acesso (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012).

Destarte, ao explicitar a oferta existente à população através dos pactos intergestores, a PPI se estabelece como “o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média e alta complexidade não disponíveis em seu município de residência” (BRASIL, 2002a, p. 53). Assim, a PPI se propõe a prática de uma gestão compartilhada e solidária entre os gestores com vistas a organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção que efetivamente garanta uma atenção integral e equânime à população.

Contudo, Silva e Gomes (2014), ao analisarem a regionalização no Grande ABC/SP, encontraram resultados isolados e heterogêneos oriundos dos embates políticos com enfraquecimento do planejamento e gestão. Observou-se, também, pouca cooperação e grande competição política entre os municípios com descontinuação administrativa após cada troca de gestão além de carência de recursos humanos, tecnológicos e financeiros adequados, foco na gestão da oferta, grande burocratização e responsabilização indefinida. Já De Lima et al. (2012) observou que, apesar de um destaque no planejamento de ações e recursos financeiros por parte dos governos, há uma fragilidade da regulação da assistência à saúde nos estados brasileiros.

Neste contexto de dificuldades, o subfinanciamento do SUS também tem se mostrado um grande inviabilizador do cumprimento da programação pactuada e do aumento da oferta pública própria na rede além de impor ao gestor a compra de serviços no mercado da saúde por valores acima da Tabela Unificada do SUS (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Além da atual carência de recursos financeiros no setor saúde, há as incertezas geradas com a aprovação da Emenda Constitucional 95 – Teto de Gastos Públicos - (BRASIL, 2016a), que limitou o crescimento das despesas públicas ao instituir que por 20 anos os gastos federais devem estar limitados ao teto do orçamento do ano anterior corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Tendo em vista este cenário de desafios para o alcance da proposta da PPI, de ser um instrumento/mecanismo de organização da gestão e atenção à saúde no SUS por meio do estabelecimento de pactos e alocação de recursos do sistema, torna-se imprescindível analisar como os processos de pactuação tem ocorrido nos últimos anos para então inferir as melhorias necessárias para uma otimização na alocação dos recursos disponíveis, com consequente, minimização das desigualdades no acesso aos serviços públicos de saúde proporcionando aumento na equidade e integralidade da assistência à população.

Tomando tais questionamentos, o presente estudo propõe analisar o processo de efetivação da PPI, no período de 2014-2015, no âmbito da Gerência Regional de Saúde de Juiz de Fora (GRS/JF), escritório regional da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG). A GRS/JF é responsável por 37 municípios¹ e uma população estimada de 805.722 habitantes (IBGE, 2015). De acordo com Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG, 2011), estes municípios são pertencentes à macrorregião de saúde Sudeste e estão organizados em 3 microrregiões de saúde: Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas, São João Nepomuceno/Bicas e Santos Dumont.

¹ <http://ppiassistencial.saude.mg.gov.br/definicaoMunicipio.php>

2. REVISÃO DE LITERATURA

A Constituição Federal de 1988 é um grande símbolo das conquistas de direitos sociais no Brasil. Na área da saúde, foi o marco legal para a criação do SUS, um sistema de saúde universal, equânime e integral, organizado por uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde com descentralização da gestão e participação da comunidade, fruto das lutas sociais da Reforma Sanitária. Por meio da Lei 8.080/90, e normatizada pelo Decreto 7508/2011, esse sistema de saúde foi regulamentado (BRASIL, 1988; 1990a).

Com base em seus princípios doutrinários, o SUS garante: o direito a todos os brasileiros de acesso, sem nenhum tipo de discriminação, às ações e serviços de saúde, sendo esse um dever do Estado (universalidade); um atendimento que considere as múltiplas dimensões dos sujeitos e uma rede que articule todos os níveis de complexidade tecnológica (integralidade); e um tratamento dos cidadãos de forma justa, priorizando quem tem mais necessidades e sem diferenças entre indivíduos em iguais condições (equidade) (PUSTAI, 2004).

Dentre os seus princípios organizativos, parâmetros que definem seu desenho operacional de modo a atingir seus princípios doutrinários, destacam-se: a participação popular, regulamentada pela Lei 8.142/90, realizada por meio dos conselhos e conferências de saúde que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde e na avaliação da situação de saúde e na proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde, respectivamente; a hierarquização que consiste na organização dos serviços de saúde em níveis crescentes de complexidade; a descentralização da gestão entre os três níveis de governo, com autonomia nas decisões de cada ente, desde que se respeite os princípios do SUS; e a regionalização que consiste na definição e delimitação de espaços geográficos de modo a garantir, a população desses territórios, acesso a ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990b; PUSTAI, 2004).

Na década de 1990, o SUS foi marcado pelo processo de descentralização orientado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs). A NOB/91, editada ainda pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), focou-se nos critérios de transferência e fiscalização dos recursos para o financiamento hospitalar e ambulatorial, com grande parte das decisões ainda centralizadas na União. Ressalta-se, todavia, a criação do Fator de Estímulo a Municipalização que incentivava, com contrapartidas financeiras, a implementação de requisitos básicos previstos na Lei 8.142/90 (BRASIL, 1991).

A edição da NOB/93, ao contrário da anterior, foi feita pelo próprio Ministério da Saúde, sendo fruto da discussão entre diversos atores envolvidos na área da saúde. Por meio dessa Norma são criadas as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite sendo foros de negociação e deliberação entre as esferas de governo. Há a definição das modalidades de gestão dos municípios (incipiente, parcial e semi-plena) que impactariam nos critérios de repasses financeiros (BRASIL, 1993).

Com a NOB/96, são implementadas importantes alterações, como: a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), bem como, incentivos à ampliação dos programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); a definição do financiamento das ações de vigilância sanitária e epidemiologia e controle de doenças; e a alteração das modalidades de gestão para Plena de Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal. Outra importante conquista da NOB/96 foi a criação da Programação Pactuada e Integrada (BRASIL, 1996).

Destarte, as NOBs possibilitaram a implantação de um processo de descentralização, transferindo para os estados e, sobretudo, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos voltados para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, tornando-se, então, instrumentos fundamentais para a implantação do SUS, cumprindo importante papel no processo de regulamentação da divisão de responsabilidades entre a União, Estado e Municípios, da relação entre as três esferas de governo e dos mecanismos de financiamento, incluindo critérios e fluxos de repasse de recursos (PASSOS, 2014).

2.1 A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Para atender aos princípios do SUS e em consonância com suas diretrizes propôs-se, por meio da NOB 96, a criação da Programação Pactuada e Integrada (PPI), um instrumento voltado para a reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, a partir de um pacto solidário a ser estabelecido entre os gestores na alocação dos recursos financeiros. A PPI englobava, nesse momento, a assistência ambulatorial e hospitalar, além das atividades de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças (BRASIL, 1996).

A PPI foi definida, então, como o instrumento que, por meio de um pacto de responsabilidades entre os gestores municipais, mediados pelo gestor estadual, proporcionaria à população a garantia de acesso aos serviços de saúde existentes no seu município de residência e/ou encaminhamento a outros municípios, caso necessário. Sua elaboração deveria seguir, portanto, um processo ascendente no qual os municípios negociariam entre si suas

programações, aos Estados incumbia-se a harmonização das pactuações e inclusão das ações em saúde sob sua responsabilidade e a União definir normas, critérios, instrumentos, prazos, aprovar a programação de ações sob seu controle, incorporar as ações sob sua responsabilidade direta e alocar os recursos disponíveis. Todas essas etapas deveriam ser aprovadas pelos respectivos conselhos de saúde de cada esfera (BRASIL, 1996).

Com base nas experiências de implantação da PPI em alguns estados brasileiros sob orientação da NOB 96, foram editadas as NOAS 01/01 e 01/02 em que se adequaram determinados aspectos dessa programação aumentando sua robustez, seu regramento e seus instrumentos, dando uma configuração próxima a que possui atualmente. Com a edição da NOAS 01/02, a PPI, deixa de abordar conjuntamente as ações de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças assumindo-se como Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (RODRIGUES, 2012).

Em 2002 a PPI passa a ser definida como:

“um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS para a alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores, das prioridades, metas, critérios, métodos e instrumentos, no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios.” (BRASIL, 2002b, p. 39)

A NOAS 01/2002, instituída pelo Ministério da Saúde, definiu dois níveis de habilitação do município na gestão do SUS: a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), na qual o município receberia um montante fixo per capita para o financiamento das ações de atenção básica; e a Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), no qual o município deveria ofertar, no mínimo, um determinado conjunto de procedimentos de média complexidade no âmbito microrregional a serem financiados com um valor per capita e os recursos alocados na PPI para o atendimento da população própria e referenciada (BRASIL, 2002a).

Ainda, segundo a NOAS 01/2002, a PPI deveria ser aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), sendo o instrumento responsável pela definição dos recursos federais a serem alocados nos municípios para a assistência. A gestão desses recursos seria de responsabilidade do gestor estadual, caso o município fosse habilitado na GPAB-A, ou do gestor municipal, caso o município encontrava-se em GPSM (BRASIL, 2002a).

Em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, a PPI recebeu uma nova revisão, passando a ser normatizada pela Portaria 1.097 de 22 de maio de 2006, em vigor até a presente data. As principais diretrizes da PPI contidas na NOAS 01/02 foram mantidas no Pacto pela Saúde, como

a sua integração ao processo de planejamento em saúde coerente com os Planos de Saúde, utilização como instrumento da regulação em saúde e a estreita relação com o processo de regionalização, por exemplo. Dentre as principais incorporações a este processo estão: a centralidade na atenção básica como eixo norteador; a utilização da Tabela de Procedimentos para programação das ações em saúde; a necessidade de repactuação da PPI, no mínimo, uma vez por gestão estadual e sua revisão no início da gestão municipal; necessidade de consonância entre as PPI e a programação dos estabelecimentos de saúde; e, com a criação dos grandes blocos de financiamento federal, a PPI se tornou o instrumento que define a alocação dos recursos do Teto Média e Alta Complexidade (Teto MAC) (BRASIL, 2006; RODRIGUES, 2012).

Com tais incorporações, a PPI busca proporcionar uma equidade de acesso à saúde em todos os níveis de complexidade, alocar os recursos financeiros de custeio da assistência em saúde conforme as necessidades da população, definir o teto financeiro federal para assistência de média e alta complexidade nos municípios, facilitar o processo de regulação, além de assegurar que os pactos estejam firmados em um “Termo Compromisso para Garantia de Acesso”. Para tanto, a PPI deve integrar, de forma ascendente, o planejamento geral de saúde de cada esfera de governo, orientar-se pelo diagnóstico dos principais problemas de saúde, ser coordenado pelo gestor estadual e aprovada pela CIB e estar em consonância com o processo de regionalização (BRASIL, 2006).

A heterogeneidade do estado brasileiro em termos de necessidades de saúde e estrutura dos serviços propiciou que o processo de implantação da PPI assumisse formas e tempos distintos nos diversos estados brasileiros (BRASIL, 2011). A seguir, será abordado a implantação e evolução desse processo no Estado de Minas Gerais.

2.2 A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA ASSISTENCIAL NO ESTADO DE MINAS GERAIS

A Programação Pactuada e Integrada Assistencial do Estado de Minas Gerais (PPI/MG) foi implantada em 1997 em consonância com a NOB 01/96. Em 2003 houve sua revisão, para adequação à NOAS 01/02, junto à modelagem do Sistema Estadual de Regulação Assistencial. Desde esse segundo momento, em conformidade com as diretrizes do SUS, a PPI/MG é divulgada publicamente como forma de auxiliar os gestores na administração da assistência de média e alta complexidade (MINAS; MADUREIRA; GONÇALVES, 2014; BRASIL, 2011).

A partir de 2008, a PPI/MG teve seu módulo eletrônico implantado em consonância com a Deliberação da Comissão Intergestora Bipartide de Minas Gerais - CIB-SUS/MG 422/2008, de forma a garantir maior eficiência a este processo. O remanejamento eletrônico da PPI/MG passou a ser realizado por meio do Sistema SUSFácil, *software* de regulação assistencial cujo intuito é agilizar a troca de informações entre as unidades administrativas e executoras dos serviços de saúde no estado. Pelo SUSFácil, após as negociações entre os gestores envolvidos, são realizados os registros eletrônicos e a formalização dos pactos firmados nas Comissões Intergestores micro e macrorregionais (MINAS GERAIS, 2008b; 2008c).

As solicitações de remanejamento, bem como suas respostas devem ser inseridas no sistema por um operador designado pelo gestor municipal. Ao Estado cabe validar ou invalidar os remanejamentos, conforme critérios técnicos, via sistema. O remanejamento é semestral, com início de vigência no primeiro dia útil de janeiro e julho, mas, excepcionalmente, pode ser realizado fora do prazo regular desde que seja apresentada, pelo município requerente, documentação de habilitação e/ou credenciamento da prestação de novo serviço ou de interrupção de serviço em razão de descredenciamento (MINAS GERAIS, 2008c; 2009a; 2009b).

A formalização dos pactos referente a PPI/MG é realizada por meio de uma deliberação da CIB-SUS/MG e enviada para o Ministério da Saúde para definição do teto de Média e Alta Complexidade e posterior transferência dos recursos federais referentes a esse bloco (MINAS; MADUREIRA; GONÇALVES, 2014).

Na PPI/MG, as pactuações são realizadas em conformidade com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS conforme Portaria GM/MS nº. 2.848 de 2007, organizada a partir dos procedimentos em grupos, subgrupos e formas de organização. Um diferencial foi a criação, para além dos oito grupos de procedimentos existentes na Tabela SUS, o grupo 09 – Outras Programações, composto pelo agrupamento dos procedimentos por níveis de complexidade (média e alta) e modalidade de atendimento (ambulatorial e hospitalar) e pelos incentivos e recursos de caráter especial, definidos por portarias e deliberações. A utilização desse grupo minimiza distorções existentes entre os valores da Tabela SUS e as situações reais, como exemplo, a diferença entre os valores dos procedimentos na Tabela SUS e os faturados nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), em decorrência da existência de procedimentos secundários (MINAS; MADUREIRA; GONÇALVES, 2014).

Em Minas Gerais, as programações das ações de média complexidade são pactuadas entre cada gestor municipal de saúde e seus pares, contudo as de alta complexidade são

definidas entre os gestores dos municípios de atendimento e as Regiões de Saúde de origem dos pacientes, por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR), de forma a proporcionar uma melhor regionalização do acesso aos procedimentos menos frequentes e de maior custo. A programação dos leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é realizada tendo como origem o Estado de Minas Gerais, o que promove um acesso equânime a tais leitos independentemente do município de origem (MINAS; MADUREIRA; GONÇALVES, 2014; MINAS GERAIS, 2016).

Como mecanismo de atenuação das inconsistências entre o planejamento efetivado na PPI/MG e os atendimentos de faturados pelo SIA/SUS e SIH/SUS, o Estado de Minas Gerais, por meio da Deliberação CIB SUS/MG nº 404 de 2007, criou a Câmara de Compensação de Média e Alta Complexidade (CCMAC). Essa câmara busca garantir, com recursos do Tesouro Estadual, o ressarcimento das internações reguladas via SUS-Fácil que extrapolem as metas físicas e financeiras pactuadas na PPI/MG no atendimento à população referenciada (não residente). Os ressarcimentos ocorrem para a média complexidade nas quatro clínicas básicas e para a alta complexidade referente às cirurgias cardiovasculares, ortopédicas/traumatológicas, neurológicas e oncologia, além dos extrapolamentos de procedimentos eletivos de quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva (TRS) (MINAS GERAIS, 2007; 2008a; 2011, 2016; BRASIL, 2011).

Em Minas Gerais a gestão política-administrativa regional do sistema de saúde é realizada por meio das 28 Gerências Regionais de Saúde (GRS), estruturas administrativas ligadas a SES/MG. As GRS têm como principais funções: a implementação das políticas estaduais de saúde em âmbito regional, o assessoramento da organização de serviços nas regiões, a coordenação, o monitoramento e a avaliação das atividades e ações de saúde em âmbito regional (MINAS GERAIS, 2011).

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar o processo de efetivação da PPI no que tange aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade nos municípios da área de abrangência da Gerência Regional de Saúde de Juiz de Fora – SES/MG (GRS/JF).

3.2. ESPECÍFICOS

- Identificar os atendimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade pactuados na PPI entre os municípios da área de abrangência da GRS-Juiz de Fora/SES/MG em relação as metas físicas e financeiras;
- Analisar a efetivação do planejamento pactuado pela PPI, em relação aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, na área de abrangência da GRS- Juiz de Fora SES/MG observando o grau de cumprimento das metas programadas e os reflexos no processo de regionalização;
- Identificar processos que possam propiciar melhorias na pactuação de atendimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade pela PPI.

4. METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, de caráter descritivo exploratório, que analisa a média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, em relação as pactuações da PPI/MG, a produção no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG). A área de abrangência do estudo são os municípios da Gerência Regional de Saúde de Juiz de Fora – SES/MG no período de 2014 a 2015.

Foram utilizados dados administrativos oriundos das seguintes fontes de informações: PPI/MG; SIA/SUS; SIH/SUS; e o Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES).

O cenário do estudo, a GRS/JF, é uma das 28 unidades política-administrativas regionais da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), localizada no sudeste de Minas Gerais. É composta por 37 municípios e uma população estimada de 805.722 habitantes (IBGE-TCU 2015) e, de acordo com o PDR/MG, comporta 3 microrregiões de saúde: Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas (680.992 hab.), São João Nepomuceno/Bicas (72.877 hab.) e Santos Dumont (51.853 hab.). Entre os municípios da área de abrangência da GRS/JF a média do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM 2010) é de 0,677, com o maior valor no município de Juiz de Fora (0,778) e menor em Santa Bárbara do Monte Verde (0,606).

A escolha do período de análise, 2014-2015, se justifica pela proximidade temporal e por conter 2 anos, o que permitiu analisar 4 repactuações realizadas e assim observar se a lógica da PPI, enquanto instrumento de planejamento regional para média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, de fato expressa ganhos de conformação da rede de atenção. Além do mais, os dados de produção referentes aos 2 anos de estudo já se encontram consolidados pelo DATASUS.

A primeira parte da pesquisa constou de levantamento bibliográfico de artigos publicados em veículos de notória qualidade de produção intelectual e documental e das legislações referentes ao tema.

Na segunda parte foram realizadas as seguintes tabulações: dos dados da PPI/MG, provenientes do sítio eletrônico da SES/MG as variáveis: quantitativos físicos (número de procedimentos) e financeiros (valor monetário dos procedimentos), município, complexidade do procedimento (média e alta), hospitalar/ambulatorial, população própria e referenciada. Utilizou-se o *software* Microsoft Access 2016; e dos dados de produção (ambulatoriais e

hospitalares), disponíveis no SIA/SUS e SIH/SUS do DATASUS, utilizando-se as mesmas variáveis da tabulação da PPI/MG. Foi utilizado o TabWin v. 4.13.

Em relação aos dados ambulatoriais, da PPI e do SIA/SUS, os quantitativos físicos e financeiros foram agregados para população total. Tal ação foi necessária devido a limitação existente no SIA/SUS de não identificar, com a precisão necessária, a origem do paciente de modo a definir a população própria e referenciada. Esta agregação de dados permitiu comparar os dados da PPI com os do SIA/SUS.

Ainda em relação aos dados ambulatoriais, foram apontados a produção apresentada e aprovada. A utilização da produção apresentada mostra-se relevante por haver possibilidade de glosa por ultrapassagem do limite financeiro de procedimento realizado, enquanto o uso da produção aprovada é pertinente por ser um subsídio de informações aos gestores para o pagamento aos prestadores.

Já para a produção hospitalar, a análise foi realizada tanto em função da população total, quanto pela sua divisão em população residente e referenciada.

A partir das tabulações, foram realizados comparativos entre: (a) o planejamento, por meio da PPI/MG, e a produção realizada, informações oriundas do SIA/SUS e SIH/SUS tendo como unidade de análise os atendimentos programados e prestados em cada município; (b) o planejamento e a produção realizada tendo como unidade de análise os atendimentos programados e utilizados pelos munícipes de cada município; e (c) a programação e a produção realizada e o PDR, levando em consideração a área de abrangência da GRS/Juiz de Fora – SES/MG. Para tanto foi utilizado do software Microsoft Excel 2016. As informações do SCNES foram utilizadas de forma complementar para identificação da rede serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar a área de abrangência da GRS/JF-SES/MG.

A seguir serão apresentados os principais resultados encontrados. Ressalta-se, todavia, que não foram incluídos, para tal, os valores referentes a incentivos financeiros presentes na PPI. Esses incentivos possuem regramentos próprios, com compromissos e/ou metas específicas destinando determinado valor ao custeio do estabelecimento de saúde (BRASIL, 2013).

5. RESULTADOS

As tabulações detalhadas da PPI/MG, SIA/SUS e SIH/SUS foram organizadas, conforme metodologia apresentada acima, nas tabelas apresentadas a seguir:

5.1 RESULTADOS DAS INFORMAÇÕES ENTRE PPI E PRODUÇÃO TENDO COMO UNIDADE DE ANÁLISE OS MUNICÍPIOS DE ATENDIMENTO

As Tabelas 1 e 2 apresentam os quantitativos físicos dos procedimentos ambulatoriais de média complexidade em relação a PPI destinados a população residente, a referenciada e a total, além da produção de tais procedimentos no SIA/SUS, dos municípios que compõe a GRS/JF no ano de 2014 e 2015, respectivamente. Os dados de produção foram computados em relação a produção apresentada e aprovada. As Tabelas 3 e 4 apresentam os mesmos campos das Tabelas 1 e 2, contudo em quantitativos financeiros (em R\$) para os anos de 2014 e 2015.

A partir dessas tabelas, observa-se uma grande concentração da assistência de média complexidade ambulatorial no município de Juiz de Fora com aproximadamente 75% do quantitativo físico e 80% do financeiro planejado na PPI na GRS/JF e acima de 85% da produção física e 90% do financeiro aprovado no SIA/SUS na região nos anos analisados. Ressalta-se, todavia, que esse município concentra cerca de 70% da população da GRS/JF, além de ser município-sede micro e macrorregional.

Nos anos de 2014 e 2015, dos 37 municípios da GRS/JF, apenas 14 apresentam procedimentos programados (físico e financeiro) de média complexidade ambulatorial para população não-residente. Contudo, devido às limitações do SIA/SUS, já abordadas na metodologia, não será possível analisar o cumprimento específico dessa programação (atendimentos destinados à população referenciada).

Em 2014, apesar de possuírem programação para realização de procedimentos de média complexidade ambulatorial, os municípios de Bocaina de Minas, Chácara e Chiador não apresentaram produção correspondente no SIA/SUS.

Entre os anos de 2014 e 2015 houve, de modo geral, pouca variação na programação dos municípios analisados, contudo em Chácara houve expressivo aumento, além de um incremento moderado em Chiador e Maripá de Minas. Já em Santa Bárbara do Monte Verde houve grande redução na PPI. Em relação a produção ambulatorial de média complexidade houve uma maior volatilidade entre os anos, na maior parte dos casos, com redução da produção no ano de 2015.

Destaca-se nessas tabelas a grande discrepância entre o quantitativo apresentado e o aprovado em alguns municípios. Bom Jardim de Minas, por exemplo, possui uma variação de 269.729 procedimentos no valor de R\$ 1.370.322,81 entre o quantitativo apresentado e o aprovado para o ano de 2015 (Tabelas 2 e 4). Contudo, ao se pesquisar os dados no SIA/SUS com um nível maior de detalhamento (por procedimento), observa-se que grande parte dessa variação é oriunda da glosa de parte da produção de “DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL” na competência dezembro de 2015, na qual foi apresentada uma produção de 202.020 no valor de R\$ 709.090,20, bastante destoante da média mensal de produção de 2 exames (R\$ 7,02) exibida até então. Situação semelhante também pode ser observada em Piau e Pedro Teixeira em 2014. Tal observação indica um provável erro de informação. Tais observações demonstram algumas limitações do banco de dados SIA/SUS.

Tabela 1 - Programação e Produção Ambulatorial de Média Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2014 – Físico

Microrregião	Município	PPI		Produção		
		P/ Pop. Residente	P/ Pop. Referência	Total	Apres.	Aprov.
J.Fora/L.Duarte/ B.Jardim	Andrelândia	31.334	1.738	33.072	32.822	31.279
	Arantina	1.361	0	1.361	5.744	594
	Belmiro Braga	1.631	0	1.631	3.572	651
	Bias Fortes	7.664	0	7.664	7.027	4.756
	Bocaina de Minas	9.304	0	9.304	0	0
	Bom Jardim de Minas	20.058	28.217	48.275	77.234	56.368
	Chácara	1.493	0	1.493	0	0
	Chiadador	1.683	0	1.683	0	0
	Coronel Pacheco	4.771	0	4.771	32.669	544
	Ewbank da Câmara	965	0	965	5.137	426
	Goianá	2.099	0	2.099	9.984	1.660
	Juiz de Fora	1.699.418	265.686	1.965.104	8.103.862	5.102.804
	Liberdade	4.266	4.023	8.289	4.849	4.849
	Lima Duarte	46.860	8.012	54.872	83.755	55.526
	Matias Barbosa	30.750	13.190	43.940	50.560	40.810
	Olaria	1.382	0	1.382	703	527
	Passa-Vinte	2.044	0	2.044	956	910
	Pedro Teixeira	893	0	893	206.808	365
	Piau	1.696	0	1.696	225.666	383

(continua)

(continuação)

Microrregião	Município	PPI		SIA (Produção)		
		P/ Pop. Residente	P/ Pop. Referência	Total	Apres.	Aprov.
J.Fora/L.Duarte/ B.Jardim	Rio Novo	25.941	1.250	27.191	30.100	23.846
	Rio Preto	15.480	162	15.642	21.862	17.713
	Santa Bárbara do Monte Verde	742	0	742	274	165
	Santa Rita de Jacutinga	10.087	3	10.090	22.103	9.350
	Santana do Deserto	3.525	0	3.525	2.732	2.142
	Simão Pereira	1.402	0	1.402	715	405
	S.João Nepomuceno/ Bicas	Bicas	42.358	44.020	86.378	123.364
Descoberto		2.740	0	2.740	5.177	2.449
Guarará		2.235	0	2.235	2.098	552
Mar de Espanha		18.923	6.361	25.284	24.591	23.791
Maripá de Minas		1.723	0	1.723	1.439	690
Pequerí		2.173	0	2.173	1.222	469
Rochedo de Minas		1.179	0	1.179	1.114	709
São João Nepomuceno		80.589	16.841	97.430	143.926	76.497
Senador Cortes		1.111	0	1.111	1.637	315
Santos Dumont	Aracitaba	1.531	340	1.871	887	280
	Oliveira Fortes	3.862	0	3.862	3.021	1.715
	Santos Dumont	147.574	7.066	154.640	191.300	160.398

Fonte: SIA/SUS e PPI/MG. Elaboração própria.

Tabela 2 - Programação e Produção Ambulatorial de Média Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2015 – Físico

Microrregião	Município	PPI		SIA (Produção)		
		P/ Pop. Residente	P/ Pop. Referência	Total	Apres.	Aprov.
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Andrelândia	33.318	1.805	35.123	33.007	30.586
	Arantina	1.361	0	1.361	3.841	527
	Belmiro Braga	1.631	0	1.631	2.757	635
	Bias Fortes	7.557	0	7.557	3.561	2.874
	Bocaina de Minas	10.556	0	10.556	2.412	2.412
	Bom Jardim de Minas	19.229	24.221	43.450	324.184	54.455
	Chácara	5.630	0	5.630	-	-

(continua)

(continuação)

Microrregião	Município	PPI		SIA (Produção)		
		P/ Pop. Residente	P/ Pop. Referência	Total	Apres.	Aprov.
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Chiador	2.595	0	2.595	3.151	1.761
	Coronel Pacheco	4.751	0	4.751	4.135	1.084
	Ewbank da Câmara	977	0	977	4.327	310
	Goianá	2.100	0	2.100	9.837	2.038
	Juiz de Fora	1.694.629	247.290	1.941.918	6.873.277	4.945.944
	Liberdade	4.264	1.259	5.523	4.378	4.014
	Lima Duarte	46.844	7.863	54.707	76.100	55.313
	Matias Barbosa	31.760	13.606	45.366	47.586	40.721
	Olaria	1.381	0	1.381	610	417
	Passa-Vinte	2.048	0	2.048	86	86
	Pedro Teixeira	893	0	893	3.044	323
	Piau	1.695	0	1.695	719	255
	Rio Novo	25.218	219	25.437	19.551	16.029
	Rio Preto	15.484	144	15.628	21.907	15.922
	Santa Bárbara do Monte Verde	742	0	742	346	195
	Santa Rita de Jacutinga	11.753	80	11.833	21.507	7.859
	Santana do Deserto	3.523	0	3.523	2.585	2.136
	Simão Pereira	1.402	0	1.402	1.629	486
S.João Nepomuceno/Bicas	Bicas	41.986	41.751	83.737	111.335	73.631
	Descoberto	2.760	0	2.760	2.462	2.294
	Guarará	2.232	0	2.232	594	150
	Mar de Espanha	18.912	5.936	24.848	23.732	21.943
	Maripá de Minas	2.302	0	2.302	1.836	1.094
	Pequerí	2.114	0	2.114	1.973	636
	Rochedo de Minas	1.179	0	1.179	388	325
	São João Nepomuceno	77.726	19.286	97.012	151.839	100.239
	Senador Cortes	1.104	0	1.104	2.347	324
Santos Dumont	Aracitaba	1.530	329	1.859	487	229
	Oliveira Fortes	3.862	0	3.862	2.250	1.572
	Santos Dumont	142.065	6.648	148.713	162.731	154.630

Fonte: SIA/SUS e PPI/MG. Elaboração própria.

Tabela 3 - Programação e Produção Ambulatorial de Média Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2014 – Financeiro (R\$)

Microrregião	Município	PPI		SIA (Produção)		
		P/ Pop. Própria	P/ Pop. Referência	Total	Apresentada	Aprovada
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Andrelândia	188.288,90	18.235,36	206.524,26	173.404,08	162.136,15
	Arantina	5.159,39	0,00	5.159,39	31.069,54	4.067,06
	Belmiro Braga	5.772,78	0,00	5.772,78	27.979,60	5.229,15
	Bias Fortes	24.117,64	0,00	24.117,64	24.674,78	15.261,28
	Bocaina de Minas	34.896,30	0,00	34.896,30	0,00	0,00
	Bom Jardim de Minas	113.227,92	129.713,56	242.941,48	411.558,81	221.416,28
	Chácara	7.126,91	0,00	7.126,91	0,00	0,00
	Chiador	6.335,38	0,00	6.335,38	0,00	0,00
	Coronel Pacheco	17.982,37	0,00	17.982,37	325.710,42	4.460,42
	Ewbank da Câmara	4.677,94	0,00	4.677,94	36.015,39	3.443,46
	Goianá	8.008,03	0,00	8.008,03	57.452,53	7.424,50
	Juiz de Fora	11.355.419,31	3.388.171,91	14.743.591,22	49.279.457,02	38.414.939,75
	Liberdade	18.617,95	35.371,32	53.989,27	70.093,09	70.093,09
	Lima Duarte	269.185,27	53.555,64	322.740,91	523.420,47	306.427,16
	Matias Barbosa	126.226,78	51.858,46	178.085,24	262.471,83	176.857,35
	Olaria	5.281,74	0,00	5.281,74	6.105,47	4.456,01
	Passa-Vinte	15.267,27	0,00	15.267,27	6.815,40	6.557,50
	Pedro Teixeira	3.322,95	0,00	3.322,95	378.744,59	2.821,19
	Piau	6.310,20	0,00	6.310,20	1.161.600,10	1.466,47
	Rio Novo	148.279,01	13.935,67	162.214,68	180.585,33	142.719,46
Rio Preto	90.395,50	2.135,11	92.530,61	121.529,47	89.974,22	
Santa Bárbara do Monte Verde	1.952,99	0,00	1.952,99	1.411,10	849,75	

(continua)

(continuação)

Microrregião	Município	PPI		SIA (Produção)		
		P/ Pop. Própria	P/ Pop. Referência	Total	Apresentada	Aprovada
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Santa Rita de Jacutinga	76.077,39	48,81	76.126,20	166.442,94	64.589,05
	Santana do Deserto	21.750,99	0,00	21.750,99	24.179,10	19.108,41
	Simão Pereira	5.395,60	0,00	5.395,60	7.150,00	4.050,00
S.João Nepomuceno/Bicas	Bicas	259.166,83	280.186,03	539.352,86	960.282,15	539.054,64
	Descoberto	10.355,74	0,00	10.355,74	20.996,10	8.408,48
	Guarará	7.737,72	0,00	7.737,72	9.797,66	2.577,84
	Mar de Espanha	110.585,17	35.729,22	146.314,39	132.976,76	127.347,60
	Maripá de Minas	7.567,91	0,00	7.567,91	10.104,21	5.345,28
	Pequerí	11.658,26	0,00	11.658,26	10.096,20	3.953,70
	Rochedo de Minas	4.616,88	0,00	4.616,88	5.307,50	3.416,15
	São João Nepomuceno	487.493,30	111.082,29	598.575,59	924.449,41	507.836,81
	Senador Cortes	4.163,91	0,00	4.163,91	11.332,25	2.434,50
	Aracitaba	9.372,41	3.706,00	13.078,41	4.770,56	1.782,46
Santos Dumont	Oliveira Fortes	16.451,58	0,00	16.451,58	29.129,60	16.576,50
	Santos Dumont	882.016,97	47.500,00	929.516,97	1.209.384,11	849.094,73

Fonte: SIA/SUS e PPI/MG. Elaboração própria.

Tabela 4 - Programação e Produção Ambulatorial de Média Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2015 – Financeiro (R\$)

Microrregião	Município	PPI		SIA (Produção)		
		P/ Pop. Residente	P/ Pop. Referência	Total	Apresentada	Aprovada
J.Forá/L.Duarte/B.Jardim	Andrelândia	195.096,12	18.594,88	213.691,00	164.915,39	150.940,45
	Arantina	5.159,39	-	5.159,39	21.438,38	3.664,52
	Belmiro Braga	5.772,78	-	5.772,78	18.165,75	4.666,70
	Bias Fortes	23.923,75	-	23.923,75	11.833,81	9.252,24
	Bocaina de Minas	39.310,49	-	39.310,49	12.605,50	12.605,50
	Bom Jardim de Minas	109.249,40	114.303,47	223.552,87	1.579.022,24	208.699,43
	Chácara	26.511,36	-	26.511,36	-	-
	Chiador	17.184,25	-	17.184,25	29.259,60	15.490,55
	Coronel Pacheco	17.842,52	-	17.842,52	39.589,01	9.079,01
	Ewbank da Câmara	4.803,29	-	4.803,29	34.350,23	2.920,98
	Goianá	8.024,20	-	8.024,20	63.479,78	7.335,79
	Juiz de Fora	11.392.964,99	3.357.536,28	14.750.501,27	55.100.576,30	39.350.190,74
	Liberdade	18.607,65	12.120,06	30.727,71	48.473,37	44.833,37
	Lima Duarte	269.047,45	52.713,27	321.760,72	416.125,32	275.110,81
	Matias Barbosa	136.321,78	54.190,62	190.512,40	244.533,49	187.636,18
	Olaria	5.275,44	-	5.275,44	4.788,58	3.430,92
	Passa-Vinte	15.341,85	-	15.341,85	616,72	616,72
	Pedro Teixeira	3.322,95	-	3.322,95	16.132,81	2.490,59
	Piau	6.309,14	-	6.309,14	3.333,27	1.003,95
	Rio Novo	140.173,54	2.414,13	142.587,67	167.436,94	137.845,19
	Rio Preto	90.426,82	1.725,11	92.151,93	126.461,65	85.839,56
	Santa Bárbara do Monte Verde	1.952,99	-	1.952,99	1.781,90	1.004,25
	Santa Rita de Jacutinga	82.949,20	686,07	83.635,27	182.117,74	57.144,33
Santana do Deserto	21.740,69	-	21.740,69	22.615,64	19.200,36	

(continua)

(continuação)

Microrregião	Município	PPI		SIA (Produção)		
		P/ Pop. Residente	P/ Pop. Referência	Total	Apresentada	Aprovada
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Simão Pereira	5.395,60	-	5.395,60	16.290,00	4.860,00
	Bicas	261.962,88	266.161,86	528.124,74	935.707,87	524.853,54
S. João Nepomuceno/Bicas	Descoberto	10.650,20	-	10.650,20	7.163,40	6.710,82
	Guarará	7.721,12	-	7.721,12	2.773,98	700,50
	Mar de Espanha	110.506,12	32.374,82	142.880,94	132.709,33	119.281,76
	Maripá de Minas	13.314,86	-	13.314,86	13.743,35	8.956,60
	Pequerí	11.111,26	-	11.111,26	14.820,10	5.472,00
	Rochedo de Minas	4.616,88	-	4.616,88	1.905,32	1.611,11
	São João Nepomuceno	479.222,71	133.526,26	612.748,97	1.043.553,38	653.974,97
	Senador Cortes	3.958,37	-	3.958,37	16.122,40	2.679,70
	Aracitaba	9.259,75	3.580,65	12.840,40	3.415,77	1.616,47
	Santos Dumont	Oliveira Fortes	16.451,58	-	16.451,58	21.515,80
Santos Dumont		853.566,59	45.367,97	898.934,56	923.300,16	841.572,52

Fonte: SIA/SUS e PPI/MG. Elaboração própria.

Os dados de alta complexidade ambulatorial, PPI e SIA/SUS, foram tabulados para o quantitativo físico e o financeiro na GRS/JF nos anos de 2014 e 2015 nas Tabelas 5 e 6, respectivamente. Os quantitativos para a população própria e de referência foram agregados em decorrência da limitação do SIA/SUS, bem como da lógica de planejamento do Estado de Minas Gerais, que pactua os procedimentos de alta complexidade com os municípios de atendimento para toda a população, com aprovação da CIR.

No ano de 2014, São João Nepomuceno apresentou uma produção de 80 procedimentos no valor de R\$ 51.440,00, embora não houvesse planejamento correspondente na PPI. Em ambos os anos houve concentração da produção, bem como dos recursos planejados na PPI, no município de Juiz de Fora.

As variações tanto físicas quanto financeiras entre os valores de produção apresentados e aprovados foram baixas. Entretanto, ao se comparar os valores físicos e financeiros da PPI com a produção no SIA/SUS, identifica-se uma discrepância com valores a menor naquela.

Na comparação anual, entre os anos de 2014 e 2015, houve redução em todos os valores físicos e financeiros tanto da PPI quanto da produção no SIA/SUS.

Tabela 5 - Programação e Produção Ambulatorial de Alta Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2014 - Físico e Financeiro (R\$)

Município	PPI		SIA*			
	Físico	Financeiro	Físico		Financeiro	
			Apresentada	Aprovada	Apresentada	Aprovada
Juiz de Fora	243.918	22.916.904,78	255.454	252.084	35.959.090,46	35.753.533,70
São João Nepomuceno	0	0,00	80	80	51.440,00	51.440,00

Fonte: SIA/SUS e SES/MG. Elaboração própria.

*Valor descontado o grupo 06 – Medicamentos.

Tabela 6 - Programação e Produção Ambulatorial de Alta Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2015 - Físico e Financeiro (R\$)

Município	PPI		SIA*			
	Físico	Financeiro	Físico		Financeiro	
			Apres.	Aprovada	Apres.	Aprovada
Juiz de Fora	241.521	22.890.303,97	262.223	260.122	36.045.396,07	35.775.212,06

Fonte: SIA/SUS e PPI/MG. Elaboração própria.

*Valor descontado o grupo 06 – Medicamentos.

As Tabelas 7 e 8 são formadas pela tabulação dos dados da alta complexidade hospitalar, tanto físicos quanto financeiros, para a GRS/JF nos anos de 2014 e 2015, respectivamente. A agregação dos valores da população própria e referenciada segue o método de planejamento utilizado pelo Estado na alta complexidade citado anteriormente. Foram computados no quantitativo da produção, os valores físicos e financeiros correspondentes a diárias de UTI.

Assim como na alta complexidade ambulatorial, a produção hospitalar de alta complexidade se concentrou no município de Juiz de Fora em ambos os anos analisados. Embora tenha havido um aumento dos recursos alocados entre os dois anos e pouca variação da produtividade, no ano de 2015 houve um déficit superior a 1300 procedimentos e 10 milhões de reais entre a produção e a PPI no município. Já Santos Dumont apresentou a mesma programação entre os anos com aumento da produção referente a leitos de UTI, contudo manteve-se uma produção abaixo da programação. No ano de 2015 São João Nepomuceno

apresentou produção de dois procedimentos no valor de R\$ 2.232,40, embora não possuísse valor planejado na PPI para tal nível de complexidade.

Tabela 7 - Programação e Produção Hospitalar de Alta Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2014 - Físico e Financeiro (R\$)

Município	PPI		SIH*	
	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
Juiz de Fora	3.760	36.669.756,60	5.318	53.846.730,38
Santos Dumont	6	827.228,16	4	508.879,36

Fonte: SIH/SUS e PPI/MG. Elaboração própria.

*Produção de alta complexidade acrescidos os valores de diárias de UTI.

Tabela 8 - Programação e Produção Hospitalar de Alta Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2015 - Físico e Financeiro (R\$)

Município	PPI		SIH*	
	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
Juiz de Fora	4047	43.093.880,23	5.388	53.828.907,05
São João Nepomuceno	-	R\$ -	2	2.232,40
Santos Dumont	6	827.228,16	5	647.708,16

Fonte: SIH/SUS e PPI/MG. Elaboração própria.

*Produção de alta complexidade acrescidos os valores de diárias de UTI.

Já nas Tabelas 9, 10, 11 e 12 são exibidos os quantitativos físicos e o financeiros das AIHs de média complexidade na GRS/JF programadas e apresentadas nos anos de 2014 e 2015 com separação entre os serviços destinados a população própria e a referenciada. O quantitativo financeiro da produção foi atualizado, deduzindo-se as diárias de UTI (que são programadas na alta complexidade). Nessas tabelas é possível comparar o planejamento da PPI com a produção hospitalar tanto para a população residente quanto para a população referenciada, seus valores físicos e financeiros.

Nota-se uma concentração dos quantitativos nos municípios sedes das três microrregiões (municípios de Juiz de Fora, Santos Dumont e São João Nepomuceno) tanto em relação a PPI como no SIH/SUS, o que é esperado se observarmos a lógica de organização de redes de atenção.

Em ambos os anos, dos 37 municípios, 12 apresentaram recursos planejados na PPI para serem municípios de atendimento. Houve uma alocação de recursos de referência de média complexidade hospitalar no município de Liberdade, contudo esse não apresentou nenhuma produção em ambos os anos. Rio Novo apresentou situação semelhante no ano de 2015. Em

ambos os casos, segundo o SCNES, os hospitais existentes estão desativados. Juiz de Fora apresentou concentração de aproximadamente 85% do quantitativo físico e 90% do financeiro planejado na GRS/JF. Observa-se oscilações, tanto para mais como para menos, em relação aos quantitativos programados e realizados de tais procedimentos nos municípios, contudo, de modo geral, os recursos programados foram superavitários em relação à produção hospitalar.

Tabela 9 - Programação e Produção Hospitalar de Média Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2014 – Físico

Microrregião	Município	PPI			SIH		
		P/ Pop. Residente	P/ Pop. Referência	Total	P/ Pop. Residente	P/ Pop. Referência	Total
J.For/L.Duarte/B.Jardim	Andrelândia	598	252	850	355	189	544
	Bom Jardim de Minas	269	102	371	271	42	313
	Juiz de Fora	33.813	17.949	51.762	36.160	11.637	47.797
	Liberdade	0	36	36	0	0	0
	Lima Duarte	628	367	995	917	280	1.197
	Rio Novo	186	16	202	74	7	81
	Rio Preto	247	47	294	309	48	357
	Santa Rita de Jacutinga	210	0	210	205	1	206
S.João Nepomuceno/Bicas	Bicas	616	258	874	551	326	877
	Mar de Espanha	597	300	897	692	169	861
	São João Nepomuceno	1.428	430	1.858	1.208	605	1.813
Santos Dumont	Santos Dumont	2.604	305	2.909	2.250	303	2.553

Fonte: SIH/SUS e PPI/MG. Elaboração própria.

Tabela 10 - Programação e Produção Hospitalar de Média Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2015 - Físico

Microrregião	Município	PPI			SIH		
		P/ Pop. Residente	P/ Pop. Referência	Total	P/ Pop. Residente	P/ Pop. Referência	Total
J.Forá/L.Duarte/B.Jardim	Andrelândia	588	255	843	391	107	498
	Bom Jardim de Minas	269	86	355	320	58	378
	Juiz de Fora	33.813	18.548	52.361	33.466	11.024	44.490
	Liberdade	0	28	28	0	0	0
	Lima Duarte	605	283	888	590	137	727
	Rio Novo	0	10	10	0	0	0
	Rio Preto	247	20	267	192	21	213
	Santa Rita de Jacutinga	210	4	214	190	3	193
S.João Nepomuceno/Bicas	Bicas	482	246	728	596	341	937
	Mar de Espanha	565	277	842	667	203	870
	São João Nepomuceno	1.428	582	2.010	919	419	1.338
Santos Dumont	Santos Dumont	2.604	285	2.889	1.523	170	1.693

Fonte: SIH/SUS e PPI/MG. Elaboração própria.

Tabela 11 - Programação e Produção Hospitalar de Média Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2014 – Financeiro (R\$)

Microrregião	Município	PPI			SIH		
		P/ Pop. Própria	P/ Pop. Referência	Total	P/ Pop. Própria	P/ Pop. Referência	Total
J.Forá/L.Duarte/B.Jardim	Andrelândia	259.453,62	130.225,74	389.679,36	170.345,05	108.086,18	278.431,23
	Bom Jardim de Minas	109.724,15	45.357,50	155.081,65	124.857,10	17.837,06	142.694,16
	Juiz de Fora	24.087.109,29	19.860.849,22	43.947.958,51	29.561.333,56	10.498.446,54	40.059.780,10
	Liberdade	0,00	18.162,33	18.162,33	0,00	0,00	0,00
	Lima Duarte	276.388,82	165.731,21	442.120,03	366.925,20	100.509,88	467.435,08

(continua)

(continuação)

Microrregião	Município	PPI			SIH		
		P/ Pop. Própria	P/ Pop. Referência	Total	P/ Pop. Própria	P/ Pop. Referência	Total
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Rio Novo	82.906,91	6.500,29	89.407,20	33.579,64	4.076,99	37.656,63
	Rio Preto	138.037,54	26.134,11	164.171,65	140.506,41	23.165,75	163.672,16
	Santa Rita de Jacutinga	106.871,90	0,00	106.871,90	113.460,53	913,91	114.374,44
S.João Nepomuceno/Bicas	Bicas	254.333,05	113.186,75	367.519,80	192.081,84	118.845,20	310.927,04
	Mar de Espanha	252.284,36	131.355,90	383.640,26	275.787,98	73.915,43	349.703,41
	São João Nepomuceno	637.970,84	208.815,87	846.786,71	653.035,35	328.072,59	981.107,94
Santos Dumont	Santos Dumont	1.248.540,49	155.306,20	1.403.846,69	1.645.277,95	249.929,90	1.895.207,85

Fonte: SIH/SUS e PPI/MG. Elaboração própria.

*Produção de média complexidade descontadas as diárias de UTI.

Tabela 12 - Programação e Produção Hospitalar de Média Complexidade por Município de Atendimento, GRS/JF, 2015 – Financeiro (R\$)

Microrregião	Município	PPI			SIH*		
		P/ Pop. Residente	P/ Pop. Referência	Total	P/ Pop. Residente	P/ Pop. Referência	Total
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Andrelândia	253.125,54	131.138,21	384.263,75	164.123,81	55.786,83	219.910,64
	Bom Jardim de Minas	109.724,15	38.348,41	148.072,56	128.112,04	25.562,46	153.674,50
	Juiz de Fora	24.087.109,29	20.413.977,41	44.501.086,70	27.352.305,56	9.871.637,29	37.223.942,85
	Liberdade	-	14.856,00	14.856,00	-	-	-
	Lima Duarte	267.197,82	130.469,04	397.666,86	240.484,61	56.536,10	297.020,71
	Rio Novo	-	4.158,70	4.158,70	-	-	-
	Rio Preto	138.037,54	10.553,77	148.591,31	86.102,03	9.411,53	95.513,56
	Santa Rita de Jacutinga	106.871,90	1.841,17	108.713,07	112.853,25	1.438,00	114.291,25

(continua)

(continuação)

Microrregião	Município	PPI			SIH*		
		P/ Pop. Residente	P/ Pop. Referência	Total	P/ Pop. Residente	P/ Pop. Referência	Total
S.João Nepomuceno/Bicas	Bicas	199.654,58	107.534,28	307.188,86	210.039,13	128.004,89	338.044,02
	Mar de Espanha	237.901,41	121.015,13	358.916,54	246.833,96	81.248,10	328.082,06
	São João Nepomuceno	637.970,84	281.879,90	919.850,74	450.605,73	198.055,17	648.660,90
Santos Dumont	Santos Dumont	1.248.540,49	145.034,92	1.393.575,41	1.037.490,66	110.794,03	1.148.284,69

Fonte: SIH/SUS e PPI/MG. Elaboração própria.

*Produção de média complexidade descontadas as diárias de UTI.

Com a finalidade de comparação foram elaborados os percentuais entre a produção registrada nos sistemas SIA/SUS e SIH/SUS para a média e alta complexidade, hospitalar e ambulatorial, em valores físicos e financeiros e o planejamento da PPI para o ano de 2015 na GRS/JF.

Atrai grande atenção, na Tabela 13, os valores físicos e financeiros de produção em 2014 nos municípios de Pedro Teixeira (23159% e 11398% do planejado na PPI, respectivamente) e Piau (13306% e 18408%). Em ambos os casos a situação se assemelha ao apresentado anteriormente em Bom Jardim de Minas: no município de Pedro Teixeira há uma produção apresentada de 202054 “RADIOGRAFIA PERI-APICAL INTERPROXIMAL (BITE-WING)” no valor R\$ 353.594,50 no mês de outubro de 2014, bastante destoante da média de 10 procedimentos/mês vista nos outros períodos do ano, do volume dos demais procedimentos correlacionados e da infraestrutura local, que contava com apenas um aparelho de raio-x dentário no período dessa produção, segundo o SCNES; já em Piau houve uma apresentação de produção em setembro de 2014 de 225.142 “ELETROCARDIOGRAMA” no valor de R\$ 1.159.481,30. Nos demais meses a produção apresentada desse procedimento foi em média 9, além de haver no município apenas um equipamento eletrocardiógrafo no período analisado.

Em 2014, 19 dos 37 municípios apresentaram um quantitativo físico de produção ambulatorial de média complexidade superior a 110% do programado na PPI no ano de 2015. Contudo esse quantitativo se reduz para apenas 3 municípios quando observado o critério de produção aprovada. Em 2015 aquele quantitativo de municípios se reduziu para 15 e esse para 2.

Já 6 municípios em 2014 e 11 em 2015 não alcançaram sequer 50% do quantitativo físico programado quando utilizado o critério de produção apresentada. O número de municípios aumenta para 18 (2014) e 20 (2015) quando comparada a produção aprovada em decorrência das glosas de produção.

O número de municípios com uma produção superior a 110% sobe para 27 (2014) e 18 (2015) quando analisado o valor financeiro apresentado. Esse quantitativo cai para 2 em ambos os anos quando utilizado o critério de valor aprovado.

Os municípios de Bocaina de Minas (0%), Chácara (0%) e Chiador (0%) em 2014 e Passa-Vinte (4%) e Chácara (0%) em 2015 destacam-se negativamente pela baixa ou nenhuma produção frente os recursos alocados em seus municípios.

Os municípios de Arantina, Belmiro Braga e Ewbank da Câmara oscilam ente os extremos, acima de 110% quando analisado pelo critério de quantitativo físico da produção apresentada e abaixo de 50% quando comparado a aprovada em 2015. Partindo-se de tais informações, pode-se apontar que existe, nesses municípios, um perfil de procedimentos realizados muito destoante do programado, o que provoca um repasse de recursos incompatíveis ao valor programado (71%, 81% e 61%, respectivamente) e aos gastos de produção.

Utilizando-se, arbitrariamente, o critério de 80% a 110% de efetivação do quantitativo financeiro da PPI como situação ideal, apenas 1 município em 2014 e 3 em 2015 dos 37 municípios alcançaram a produção adequada em ambos quantitativos (apresentado e aprovado). Tal fato indica clara necessidade de readequações no planejamento da PPI nas demais localidades.

Tabela 13 – Comparativo percentual entre a produção ambulatorial e o quantitativo físico e financeiro (R\$) da PPI de média complexidade, GRS/JF, 2014-2015

Município	2014				2015			
	Físico		Financeiro		Físico		Financeiro	
	Apres	Aprov	Apres	Aprov	Apres	Aprov	Apres	Aprov
Andrelândia	99%	95%	84%	79%	94%	87%	77%	71%
Aracitaba	47%	15%	36%	14%	26%	12%	27%	13%
Arantina	422%	44%	602%	79%	282%	39%	416%	71%
Belmiro Braga	219%	40%	485%	91%	169%	39%	315%	81%
Bias Fortes	92%	62%	102%	63%	47%	38%	49%	39%
Bicas	143%	93%	178%	100%	133%	88%	177%	99%
Bocaina de Minas	0%	0%	0%	0%	23%	23%	32%	32%
Bom Jardim de Minas	160%	117%	169%	91%	746%	125%	706%	93%
Chácara	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

(continua)

(continuação)

Município	2014				2015			
	Físico		Financeiro		Físico		Financeiro	
	Apres	Aprov	Apres	Aprov	Apres	Aprov	Apres	Aprov
Chiador	0%	0%	0%	0%	121%	68%	170%	90%
Coronel Pacheco	685%	11%	1811%	25%	87%	23%	222%	51%
Descoberto	189%	89%	203%	81%	89%	83%	67%	63%
Ewbank da Câmara	532%	44%	770%	74%	443%	32%	715%	61%
Goianá	476%	79%	717%	93%	468%	97%	791%	91%
Guarará	94%	25%	127%	33%	27%	7%	36%	9%
Juiz de Fora	412%	260%	334%	261%	354%	255%	374%	267%
Liberdade	58%	58%	130%	130%	79%	73%	158%	146%
Lima Duarte	153%	101%	162%	95%	139%	101%	129%	86%
Mar de Espanha	97%	94%	91%	87%	96%	88%	93%	83%
Maripá de Minas	84%	40%	134%	71%	80%	48%	103%	67%
Matias Barbosa	115%	93%	147%	99%	105%	90%	128%	98%
Olaria	51%	38%	116%	84%	44%	30%	91%	65%
Oliveira Fortes	78%	44%	177%	101%	58%	41%	131%	92%
Passa-Vinte	47%	45%	45%	43%	4%	4%	4%	4%
Pedro Teixeira	23.159%	41%	11.398%	85%	341%	36%	485%	75%
Pequerí	56%	22%	87%	34%	93%	30%	133%	49%
Piau	13.306%	23%	18.408%	23%	42%	15%	53%	16%
Rio Novo	111%	88%	111%	88%	77%	63%	117%	97%
Rio Preto	140%	113%	131%	97%	140%	102%	137%	93%
Rochedo de Minas	94%	60%	115%	74%	33%	28%	41%	35%
Santa Bárbara do Monte Verde	37%	22%	72%	44%	47%	26%	91%	51%
Santa Rita de Jacutinga	219%	93%	219%	85%	182%	66%	218%	68%
Santana do Deserto	78%	61%	111%	88%	73%	61%	104%	88%
Santos Dumont	124%	104%	130%	91%	109%	104%	103%	94%
São João Nepomuceno	148%	79%	154%	85%	157%	103%	170%	107%
Senador Cortes	147%	28%	272%	58%	213%	29%	407%	68%
Simão Pereira	51%	29%	133%	75%	116%	35%	302%	90%

Fonte: SES/MG; SIA/SUS. Elaboração própria.

Nas Tabelas 14 e 15, observa-se, para a média complexidade hospitalar um aumento em todos os percentuais entre os anos analisados nos municípios de Bicas e Bom Jardim de Minas. Situação oposta é identificada em Juiz de Fora, Lima Duarte, Santos Dumont e São João Nepomuceno nos quais houve redução em todos os percentuais físicos e financeiros tanto para a população própria quanto para a referenciada.

Em Juiz de Fora, a média complexidade hospitalar apresentou características distintas das demais complexidades: realizou-se apenas 59% do quantitativo físico e 48% do valor

financeiro planejado para a população referenciada, sendo a única análise para o município na qual não houve excesso de demanda, mas, pelo contrário, uma produção abaixo do esperado.

Os municípios de Liberdade (2014-2015) e Rio Novo (2015) não apresentaram produção hospitalar tendo em vista a desativação dos hospitais prestadores de assistência no SUS nestes municípios.

No ano de 2015, em Andrelândia verifica-se uma produção física e financeira inferior a 70% do planejamento da PPI tanto para a população própria quanto referenciada. Já em Bicas nota-se situação inversa com produção física e financeira superior a 100% tanto para a população residente quanto não-residente no referido ano.

Tabela 14 – Comparativo percentual entre a produção hospitalar e o quantitativo físico e financeiro (R\$) da PPI de média complexidade, GRS/JF, 2014

Município	Físico			Financeiro		
	Pop. Própria	Pop. Referencia	Pop. Total	Pop. Própria	Pop. Referencia	Pop. Total
Andrelândia	59%	75%	64%	66%	83%	71%
Bicas	89%	126%	100%	76%	105%	85%
Bom Jardim de Minas	101%	41%	84%	114%	39%	92%
Juiz de Fora	107%	65%	92%	123%	53%	91%
Liberdade	-	0%	0%	-	0%	0%
Lima Duarte	146%	76%	120%	133%	61%	106%
Mar de Espanha	116%	56%	96%	109%	56%	91%
Rio Novo	40%	44%	40%	41%	63%	42%
Rio Preto	125%	102%	121%	102%	89%	100%
Santa Rita de Jacutinga	98%	-	98%	106%	-	107%
Santos Dumont	86%	99%	88%	132%	161%	135%
São João Nepomuceno	85%	141%	98%	102%	157%	116%

Fonte: SES/MG; SIH/SUS. Elaboração própria.

Tabela 15 – Comparativo percentual entre a produção hospitalar e o quantitativo físico e financeiro (R\$) da PPI de média complexidade, GRS/JF, 2015

Município	Físico			Financeiro		
	Pop. Própria	Pop. Referencia	Pop. Total	Pop. Própria	Pop. Referencia	Pop. Total
Andrelândia	66%	42%	59%	65%	43%	57%
Bicas	124%	139%	129%	105%	119%	110%
Bom Jardim de Minas	119%	67%	106%	117%	67%	104%
Juiz de Fora	99%	59%	85%	114%	48%	84%
Liberdade	-	0%	0%	-	0%	0%

(continua)

(continuação)

Município	Físico			Financeiro		
	Pop. Própria	Pop. Referencia	Pop. Total	Pop. Própria	Pop. Referencia	Pop. Total
Lima Duarte	98%	48%	82%	90%	43%	75%
Mar de Espanha	118%	73%	103%	104%	67%	91%
Rio Novo	-	0%	0%	-	0%	0%
Rio Preto	78%	105%	80%	62%	89%	64%
Santa Rita de Jacutinga	90%	78%	90%	106%	78%	105%
Santos Dumont	58%	60%	59%	83%	76%	82%
São João Nepomuceno	64%	72%	67%	71%	70%	71%

Fonte: SES/MG; SIH/SUS. Elaboração própria.

Pela Tabela 16 observa-se que o único município de referência para a alta complexidade ambulatorial, Juiz de Fora, apresentou quantitativo físico de produção (apresentada e aprovada), pouco acima do planejado pela PPI. Já o valor financeiro para tal complexidade, foi 56% acima do recurso programado. Tal fato pode indicar um perfil de procedimentos de alta complexidade ambulatorial de maior custo subestimado no planejamento da PPI. Na comparação entre os anos analisados houve um pequeno acréscimo no quantitativo físico, contudo os percentuais financeiros não oscilaram no período. O município de São João Nepomuceno (N/D) não possuía ações nessa complexidade programadas na PPI, contudo realizou alguns procedimentos.

Tabela 16 – Comparativo percentual entre a produção ambulatorial e o quantitativo físico e financeiro (R\$) da PPI de alta complexidade, GRS/JF, 2014-2015

Município	2014				2015			
	Físico		Financeiro		Físico		Financeiro	
	Apres	Aprov	Apres	Aprov	Apres	Aprov	Apres	Aprov
Juiz de Fora	105%	103%	157%	156%	109%	108%	157%	156%
São João Nepomuceno	N/D*	N/D*	N/D*	N/D*	-	-	-	-

Fonte: SES/MG; SIA/SUS. Elaboração própria.

*sem valor programado na PPI/MG

Na Tabela 17 verifica-se que na alta complexidade hospitalar houve uma produção acima do programado para o município de Juiz de Fora em ambos os anos com redução no ano de 2015 em relação a 2014. Em Santos Dumont houve um aumento da ocupação entre os anos alcançando aproximadamente 78% da ocupação dos leitos de UTI programada na PPI em 2015. O município de São João Nepomuceno (N/D) não possuía ações nessa complexidade programadas na PPI, contudo realizou dois procedimentos.

Tabela 17 - Comparativo percentual entre a produção hospitalar e o quantitativo físico e financeiro (R\$) da PPI de alta complexidade, GRS/JF, 2014-2015

Município	2014		2015	
	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
Juiz de Fora	141%	147%	133%	125%
Santos Dumont	62%	62%	78%	78%
São João Nepomuceno	-	-	N/D*	N/D*

Fonte: SES/MG; SIH/SUS. Elaboração própria.

*sem valor programado na PPI/MG

5.2 RESULTADOS DAS INFORMAÇÕES ENTRE A PPI E A PRODUÇÃO TENDO COMO UNIDADE DE ANÁLISE O MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO USUÁRIO

Importante destacar que na apresentação dos resultados em relação a produção ambulatorial, com dados oriundos do SIA/SUS, há a limitação do referido sistema de informação por não identificar, para grande parte dos procedimentos, o município de origem do paciente. Consideração semelhante deve ser feita para procedimentos de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, pois, conforme diretriz do estado de Minas Gerais, neste nível de complexidade, a programação tem o estado como origem dos pacientes, e não os municípios, lógica justificada para garantir acesso equânime à população. Dessa forma não foi possível realizar tal análise para esses grupos.

As Tabelas 18 e 19 apresentam os quantitativos físicos e financeiros, respectivamente, destinados à assistência de média complexidade hospitalar aos municípios da área de abrangência da GRS/JF, bem como o valor total da produção hospitalar de média complexidade (SIH/SUS), descontados os valores referentes às diárias de UTI, por origem do paciente, nos anos de 2014 e 2015.

Na Tabela 18 observa-se que a diferença entre quantitativo físico total na área de abrangência da GRS/JF na produção hospitalar de média complexidade (SIH/SUS) e na PPI/MG foi de um excedente de 3824 AIHs em 2014 para menos 978 em 2015. Os municípios de Juiz de Fora apresentaram a maior variação absoluta entre anos com redução de 2690 AIHs entre 2014 e 2015.

Em ambos os anos, os municípios de 13 dos 37 municípios utilizaram entre 80% e 110% do quantitativo físico destinado a eles na PPI/MG. No ano de 2014 os municípios de 14 das cidades da área de abrangência da GRS/JF utilizaram acima de 110% e os de dois municípios abaixo de 50%. Esse valor reduziu para 9 acima de 110% e 1 abaixo de 50% em 2015.

Para o ano de 2014, observa-se que em 24 dos 37 municípios da região de estudo os municípios utilizaram um quantitativo de produção em média complexidade hospitalar, em valores financeiros (R\$), superior à alocação de recursos na PPI. Apenas para 13 municípios o valor total da produção de procedimentos de média complexidade hospitalar utilizados por seus habitantes foi menor que o alocado na programação. A programação total de recursos de média complexidade hospitalar para os residentes da área de abrangência da GRS/JF no ano de 2014, excluindo-se incentivos e outros valores não diretamente vinculados ao quantitativo de produção, foi de R\$ 33.740.697,05, entretanto os valores de produção de média complexidade

hospitalar para o mesmo período foram de R\$ 41.607.963,37, o que representou um déficit de R\$ 7.867.284,32 entre os recursos alocados na PPI e a produção efetiva.

No ano de 2015, o número de municípios que apresentaram uma demanda efetivada de procedimentos de média complexidade hospitalar superior à programada na PPI reduziu para 18 municípios, quando comparado com o ano anterior. Houve também uma redução do déficit entre o quantitativo de recursos alocados na PPI e a produção para R\$ 3.872.089,63 quando comparado ao ano de 2014. Essa redução do déficit entre o recurso da PPI e o recurso gasto na produção deve-se, em maior parte, à redução da produção destinada aos habitantes da área de abrangência da GRS/JF em R\$ 3.828.977,05, visto que o quantitativo de recursos da PPI foi elevado em apenas R\$ 166.217,65.

Destarte, nota-se que os valores alocados na PPI/MG para a assistência em procedimentos de média complexidade hospitalar para os habitantes da área de abrangência da GRS/JF nos anos de 2014 e 2015 foram insuficientes frente as necessidades da população que conseguiram ser efetivadas. Importante destacar que há uma demanda da população não realizada (demanda reprimida) que não é possível se quantificar pelos sistemas de informação do SUS.

Tabela 18 - Quantitativo Físico da PPI e da Produção Hospitalar de Média Complexidade Hospitalar (SIH), por município de origem, GRS/JF, 2014 - 2015

Microrregião	Município	2014			2015		
		População	PPI	Produção	População	PPI	Produção
Juiz de Fora /Lima Duarte /Bom Jardim de Minas	Andrelândia	12.507	805	633	12.507	805	633
	Arantina	2.884	167	205	2.880	167	155
	Belmiro Braga	3.500	203	162	3.501	203	156
	Bias Fortes	3.724	256	219	3.685	256	192
	Bocaina de Minas	5.169	338	142	5.174	338	125
	Bom Jardim de Minas	6.658	433	492	6.653	433	527
	Chácara	3.010	177	267	3.042	177	225

(continua)

(continuação)

Microrregião	Município	2014			2015		
		População	PPI	Produção	População	PPI	Produção
Juiz de Fora /Lima Duarte /Bom Jardim de Minas	Chiador	2.817	193	168	2.807	193	167
	Coronel Pacheco	3.101	161	180	3.110	161	121
	Ewbank da Câmara	3.914	239	245	3.927	239	260
	Goianá	3.876	247	307	3.903	247	282
	Juiz de Fora	550.710	33.840	36.446	555.284	33.840	33.756
	Liberdade	5.373	354	264	5.346	354	272
	Lima Duarte	16.786	1.068	1.466	16.829	1.068	1.177
	Matias Barbosa	14.196	894	856	14.285	894	797
	Olaria	1.935	160	151	1.913	160	133
	Passa-Vinte	2.117	138	65	2.112	138	71
	Pedro Teixeira	1.840	110	110	1.841	110	95
	Piau	2.877	200	186	2.868	200	163
	Rio Novo	9.032	600	578	9.050	600	429
	Rio Preto	5.502	363	472	5.517	363	384
	Santa Bárbara do Monte Verde	3.005	192	227	3.037	192	170
	Santa Rita de Jacutinga	5.077	377	325	5.065	377	274
	Santana do Deserto	4.006	257	263	4.016	257	229
Simão Pereira	2.634	169	153	2.640	169	149	
São João Nepomuceno /Bicas	Bicas	14.342	921	1.225	14.413	921	1.216
	Descoberto	4.989	329	313	5.010	329	246
	Guarará	3.977	267	404	3.963	267	392
	Mar de Espanha	12.480	751	1.162	12.572	751	1.058
	Maripá de Minas	2.934	192	186	2.950	192	166
	Pequerí	3.310	200	255	3.323	200	270
	Rochedo de Minas	2.246	137	142	2.263	137	113

(continua)

(continuação)

Microrregião	Município	2014			2015		
		População	PPI	Produção	População	PPI	Produção
São João Nepomuceno /Bicas	São João Nepomuceno	26.227	1.688	1.871	26.336	1.688	1.582
	Senador Cortes	2.046	135	173	2.047	135	177
Santos Dumont	Aracitaba	2.112	124	123	2.112	124	107
	Oliveira Fortes	2.182	128	97	2.182	128	92
	Santos Dumont	47.558	3.071	3.175	47.559	3.071	2.545
GRS Juiz de Fora	Total	800.653	49.884	53.708	805.722	49.884	48.906

Fonte: SES/MG; SIH/SUS. Elaboração própria.

Tabela 19 - Quantitativo Financeiro (R\$) da PPI e da Produção Hospitalar de Média Complexidade Hospitalar (SIH), por município de origem, GRS/JF, 2014 - 2015

Microrregião	Município de origem do recurso	2014			2015		
		População	PPI	Produção*	População	PPI	Produção*
Juiz de Fora /Lima Duarte /Bom Jardim de Minas	Andrelândia	12.507	432.468,81	407.816,72	12.507	441.522,73	368.071,23
	Arantina	2.884	96.758,68	132.213,02	2.880	103.024,49	103.955,97
	Belmiro Braga	3.500	158.968,21	128.401,29	3.501	158.968,21	138.227,57
	Bias Fortes	3.724	189.678,61	174.833,59	3.685	190.880,61	146.964,90
	Bocaina de Minas	5.169	216.806,53	77.399,25	5.174	220.869,15	87.635,22
	Bom Jardim de Minas	6.658	238.582,35	295.540,44	6.653	242.589,02	307.757,66
	Chácara	3.010	138.251,12	257.297,69	3.042	138.251,12	191.311,84
	Chiador	2.817	104.260,06	115.388,57	2.807	104.260,06	110.402,75
	Coronel Pacheco	3.101	125.822,36	121.432,71	3.110	125.822,36	95.689,83
	Ewbank da Câmara	3.914	166.097,56	159.863,62	3.927	166.097,56	189.085,34
	Goianá	3.876	187.411,74	238.811,66	3.903	181.786,23	225.266,66

(continua)

(continuação)

Microrregião	Município de origem do recurso	2014			2015		
		População	PPI	Produção*	População	PPI	Produção*
Juiz de Fora /Lima Duarte /Bom Jardim de Minas	Juiz de Fora	550.710	24.110.219,71	29.804.817,12	555.284	24.110.219,71	27.629.100,74
	Liberdade	5.373	196.206,32	169.297,95	5.346	200.538,02	178.446,74
	Lima Duarte	16.786	667.717,93	784.569,28	16.829	680.478,93	684.075,70
	Matias Barbosa	14.196	699.133,65	700.342,31	14.285	699.133,65	647.139,22
	Olaria	1.935	100.663,00	97.472,88	1.913	105.270,66	91.854,32
	Passa-Vinte	2.117	85.246,67	42.919,15	2.112	91.301,41	40.996,73
	Pedro Teixeira	1.840	75.713,18	61.686,52	1.841	77.816,68	76.485,60
	Piau	2.877	156.418,36	143.902,55	2.868	156.418,36	131.246,43
	Rio Novo	9.032	395.757,47	43.5847,7	9.050	447.354,25	336.990,97
	Rio Preto	5.502	229.680,38	277.538,81	5.517	229.680,38	236.552,01
	Santa Bárbara do Monte Verde	3.005	138.459,25	177.094,61	3.037	142.258,99	144.645,58
	Santa Rita de Jacutinga	5.077	219.055,18	205.933,92	5.065	235.282,18	171.662,49
	Santana do Deserto	4.006	183.476,17	214.739,25	4.016	187.971,78	162.425,31
	Simão Pereira	2.634	132.383,25	136.083,24	2.640	132.383,25	130.017,63
Santos Dumont	Aracitaba	2.112	72.574,85	97.007,10	2.112	72.574,85	81.164,86
	Oliveira Fortes	2.182	76.191,62	95.025,92	2.182	76.191,62	74.212,55
	Santos Dumont	47.558	1.631.888,55	2.524.729,31	47.559	1.631.888,55	1.913.247,95
São João Nepomuceno /Bicas	Bicas	14.342	495.519,58	743.113,89	14.413	508.954,64	693.365,15
	Descoberto	4.989	191.774,49	202.134,22	5.010	194.796,69	154.623,52
	Guarará	3.977	167.635,46	253.211,64	3.963	167.635,46	210.586,69
	Mar de Espanha	12.480	386.760,89	669.548,74	12.572	401.413,46	585.643,21
	Maripá de Minas	2.934	126.621,51	103.784,22	2.950	126.621,51	113.500,44
	Pequerí	3.310	118.555,03	157.943,73	3.323	118.429,50	150.194,62
	Rochedo de Minas	2.246	80.814,57	96.699,54	2.263	81.294,51	70.374,30

(continua)

(continuação)

Microrregião	Município de origem do recurso	2014			2015		
		População	PPI	Produção*	População	PPI	Produção*
São João Nepomuceno /Bicas	São João Nepomuceno	26.227	874.711,22	1.204.075,08	26.336	874.711,22	997.147,21
	Senador Cortes	2.046	72.394,73	99.446,13	2.047	82.204,89	108.917,38
GRS Juiz de Fora	Total	800.653	33.740.679,05	41.607.963,37	805.722	33.906.896,69	37.778.986,32

Fonte: SES/MG; SIH/SUS. Elaboração própria.

*Produção de média complexidade descontadas as diárias de UTI.

5.3 RESULTADOS ENTRE AS INFORMAÇÕES DA PPI E DE PRODUÇÃO E A REGIONALIZAÇÃO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA GRS/JUIZ DE FORA – SES/MG

As Tabelas 20 e 21 apresentam o percentual de recursos financeiros (R\$) destinados a procedimentos de média complexidade ambulatorial e hospitalar, respectivamente, alocados em municípios da mesma microrregião do município de origem e em municípios fora da microrregião deste, separadamente, na PPI/MG nos anos 2014-2015.

Tabela 20 – Percentual de recursos financeiros (R\$) da PPI de média complexidade ambulatorial alocados para demandas dos municípios na microrregião e fora da microrregião – GRS/Juiz de Fora/SES-MG - 2014-2015

Microrregião	Município	Micro ¹ 2014 (%)	Fora ² 2014 (%)	Micro ¹ 2015 (%)	Fora ² 2015 (%)
Juiz de Fora /Lima Duarte /Bom Jardim de Minas	Andrelândia	89%	11%	89%	11%
	Arantina	84%	16%	87%	13%
	Belmiro Braga	88%	12%	88%	12%
	Bias Fortes	86%	14%	87%	13%
	Bocaina de Minas	86%	14%	86%	14%
	Bom Jardim de Minas	89%	11%	90%	10%
	Chácara	85%	15%	88%	12%
	Chiador	45%	55%	55%	45%
	Coronel Pacheco	90%	10%	91%	9%
	Ewbank da Câmara	78%	22%	79%	21%
	Goianá	89%	11%	82%	18%
	Juiz de Fora	89%	11%	89%	11%
	Liberdade	43%	57%	42%	58%
	Lima Duarte	89%	11%	89%	11%
	Matias Barbosa	89%	11%	89%	11%
	Olaria	89%	11%	89%	11%
	Passa-Vinte	88%	12%	89%	11%
	Pedro Teixeira	87%	13%	88%	12%
	Piau	89%	11%	89%	11%
	Rio Novo	87%	13%	87%	13%
	Rio Preto	89%	11%	89%	11%
	Santa Bárbara do Monte Verde	89%	11%	89%	11%
	Santa Rita de Jacutinga	89%	11%	89%	11%
	Santana do Deserto	88%	12%	88%	12%
	Simão Pereira	89%	11%	90%	10%
	Santos Dumont	Aracitaba	62%	38%	61%
Oliveira Fortes		69%	31%	68%	32%
Santos Dumont		75%	25%	74%	26%

(continua)

(continuação)

Microrregião	Município	Micro ¹ 2014 (%)	Fora ² 2014 (%)	Micro ¹ 2015 (%)	Fora ² 2015 (%)
São João Nepomuceno /Bicas	Bicas	75%	25%	77%	23%
	Descoberto	65%	35%	70%	30%
	Guarará	71%	29%	71%	29%
	Mar de Espanha	67%	33%	67%	33%
	Maripá de Minas	73%	27%	69%	31%
	Pequerí	63%	37%	64%	36%
	Rochedo de Minas	68%	32%	73%	27%
	São João Nepomuceno	78%	22%	78%	22%
	Senador Cortes	74%	26%	74%	26%

Fonte: PPI/MG. Elaboração Própria.

¹alocação de recursos em municípios pertencentes à mesma microrregião do município de origem.

² alocação de recursos em municípios não pertencentes à mesma microrregião do município de origem.

Tabela 21 – Percentual de recursos financeiros (R\$) da PPI de média complexidade hospitalar alocados para demandas dos municípios na microrregião e fora da microrregião, – GRS/Juiz de Fora/SES-MG - 2014-2015

Microrregião	Município	Micro ¹ 2014 (%)	Fora ² 2014 (%)	Micro ¹ 2015 (%)	Fora ² 2015 (%)
Juiz de Fora /Lima Duarte /Bom Jardim de Minas	Andrelândia	95%	5%	94%	6%
	Arantina	94%	6%	95%	5%
	Belmiro Braga	100%	0%	100%	0%
	Bias Fortes	85%	15%	85%	15%
	Bocaina de Minas	93%	7%	93%	7%
	Bom Jardim de Minas	99%	1%	99%	1%
	Chácara	98%	2%	98%	2%
	Chiador	42%	58%	42%	58%
	Coronel Pacheco	98%	2%	98%	2%
	Ewbank da Câmara	77%	23%	77%	23%
	Goianá	98%	2%	93%	7%
	Juiz de Fora	100%	0%	100%	0%
	Liberdade	22%	78%	22%	78%
	Lima Duarte	99%	1%	99%	1%
	Matias Barbosa	99%	1%	99%	1%
	Olaria	97%	3%	98%	2%
	Passa-Vinte	100%	0%	100%	0%
	Pedro Teixeira	100%	0%	100%	0%
	Piau	99%	1%	99%	1%
	Rio Novo	88%	12%	89%	11%
Rio Preto	100%	0%	100%	0%	
Santa Bárbara do Monte Verde	100%	0%	100%	0%	

(continua)

(continuação)

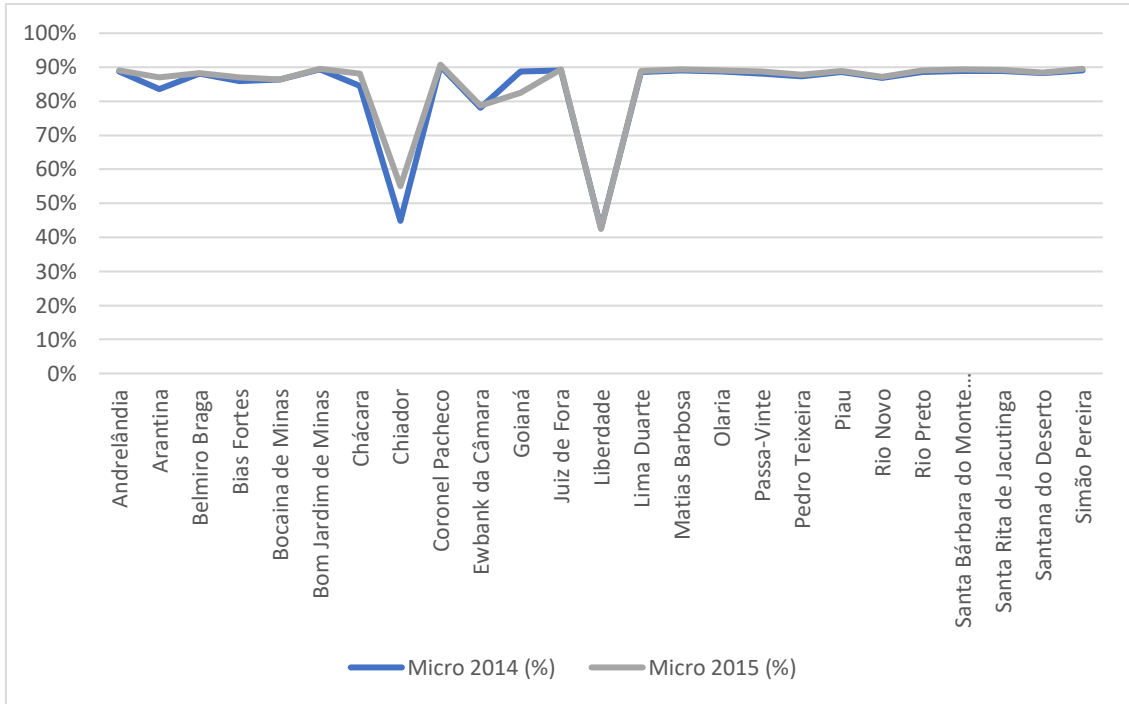
Microrregião	Município	Micro ¹ 2014 (%)	Fora ² 2014 (%)	Micro ¹ 2015 (%)	Fora ² 2015 (%)
Juiz de Fora /Lima Duarte /Bom Jardim de Minas	Santa Rita de Jacutinga	100%	0%	100%	0%
	Santana do Deserto	89%	11%	90%	10%
	Simão Pereira	100%	0%	100%	0%
Santos Dumont	Aracitaba	71%	29%	71%	29%
	Oliveira Fortes	69%	31%	69%	31%
	Santos Dumont	77%	23%	77%	23%
São João Nepomuceno /Bicas	Bicas	51%	49%	53%	47%
	Descoberto	53%	47%	50%	50%
	Guarará	36%	64%	36%	64%
	Mar de Espanha	65%	35%	59%	41%
	Maripá de Minas	27%	73%	27%	73%
	Pequerí	44%	56%	44%	56%
	Rochedo de Minas	53%	47%	50%	50%
	São João Nepomuceno	73%	27%	73%	27%
	Senador Cortes	59%	41%	37%	63%

Fonte: PPI/MG.¹alocação de recursos em municípios pertencentes à mesma microrregião do município de origem.² alocação de recursos em municípios não pertencentes à mesma microrregião do município de origem.

Para facilitar a melhor visualização dos resultados das Tabelas 20 e 21 foram elaborados gráficos que possibilitaram identificar melhor o comportamento dos percentuais de alocação dos recursos para cada uma das microrregiões que compõe a área de abrangência da GRS/Juiz de Fora/SES- MG em relação ao atendimento de média ambulatorial (Gráficos 1, 2 e 3) e hospitalar (Gráfico 4, 5 e 6).

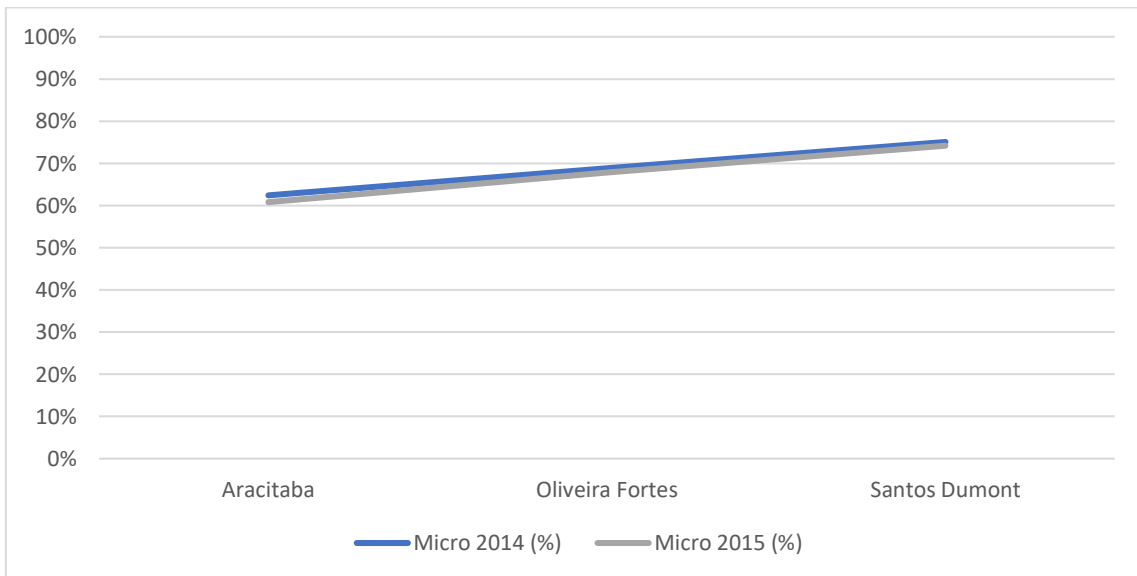
O Gráfico 1 apresenta do percentual de alocação de recursos de média complexidade ambulatorial dos municípios que compõe a microrregião de Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas nos anos 2014-2015. Observa-se uma alocação de cerca de 90% dos recursos de média complexidade ambulatorial dos municípios em sua microrregião. Apenas Chiador com 45% (2014) da alocação de recursos na microrregião e 55% (2015) e Liberdade 43% (2014) e 42% (2015) se destoam fortemente desse padrão. Ao se analisar a alocação dos recursos de Chiador, nota-se que grande parte dos recursos são alocados em Mar de Espanha que, embora pertença a outra microrregião, faz parte da área de abrangência da GRS/JF. Já em Liberdade grande parte desses recursos são alocados no município de Aiuruoca, que pertence a outra microrregião de saúde.

Gráfico 1 - Percentual de alocação de recursos de média complexidade ambulatorial (PPI/MG) nos municípios da microrregião de Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas – GRS/Juiz de Fora/SES-MG - 2014-2015



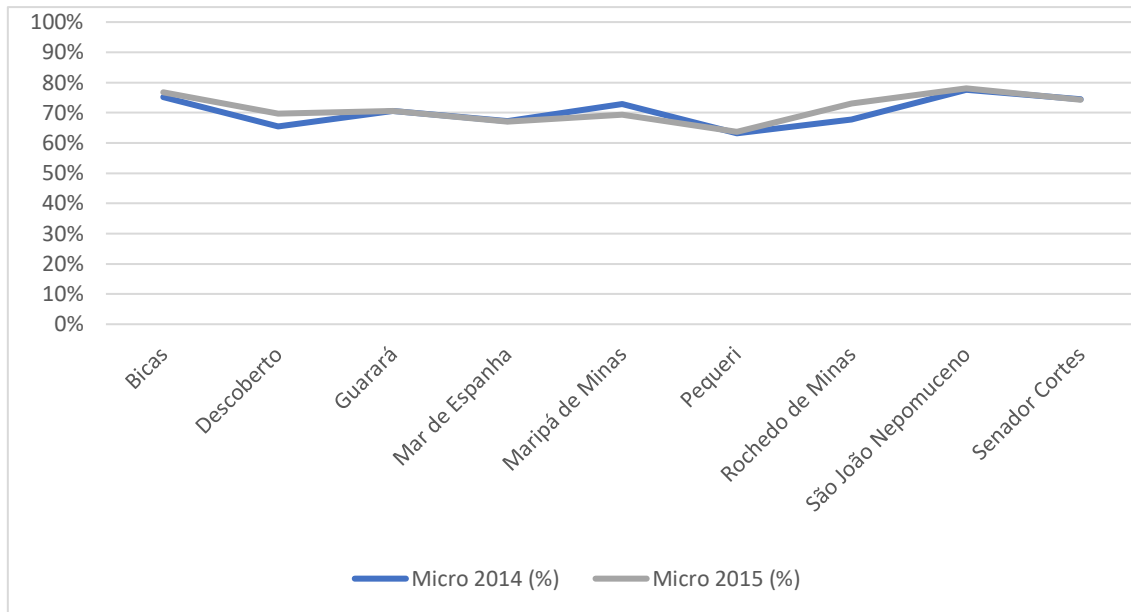
Fonte: PPI/MG. Elaboração própria.

Gráfico 2 - Percentual de alocação de recursos de média complexidade ambulatorial (PPI/MG) nos municípios da microrregião de Santos Dumont nos anos 2014-2015



Fonte: PPI/MG. Elaboração própria.

Gráfico 3 - Percentual de alocação de recursos de média complexidade ambulatorial (PPI/MG) em municípios da microrregião de São João Nepomuceno/Bicas nos anos 2014-2015



Fonte: PPI/MG. Elaboração própria.

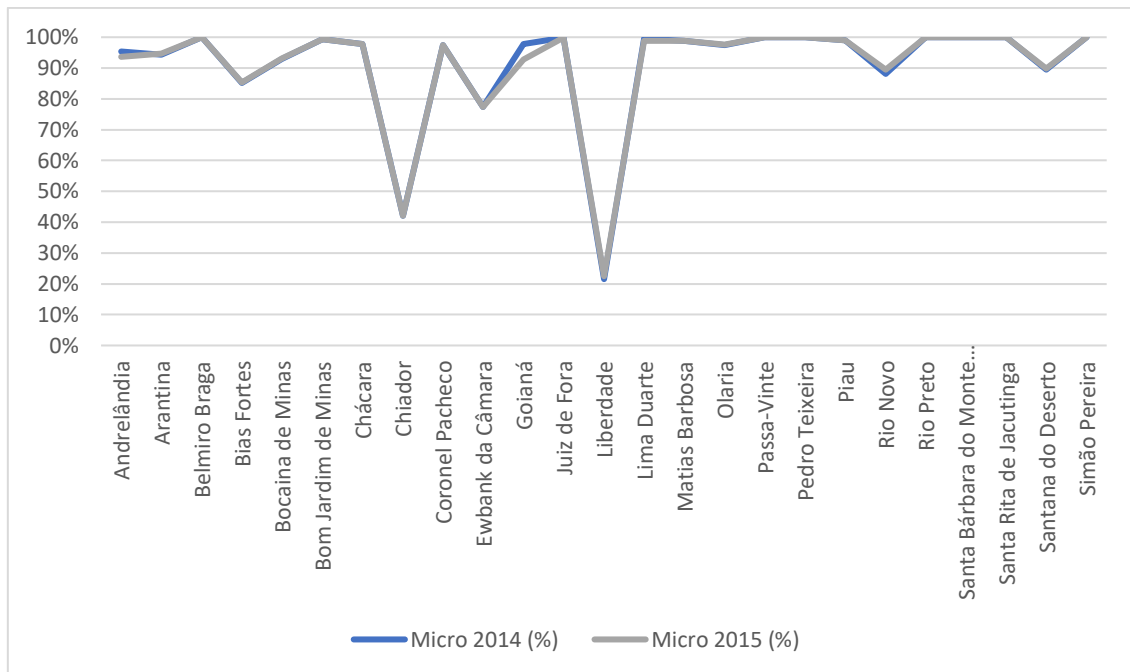
Os Gráficos 2 e 3 apresentam os percentuais de alocação de recursos da PPI para as microrregiões de Santos Dumont e São João Nepomuceno/Bicas, respectivamente. Nestas microrregiões nota-se um percentual menor de recursos de média complexidade ambulatorial alocados em municípios da mesma microrregião, entre 60-78%, quando comparados ao Gráfico 1. Os municípios sede destas microrregiões (Santos Dumont, São João Nepomuceno e Bicas) apresentaram os maiores índices, entre 74-78%.

Observa-se que nos Gráficos 1, 2 e 3 há pouca variação entre os percentuais analisado em relação a alocação de recursos da PPI para os anos de 2014 e 2015.

Os Gráficos 4, 5 e 6 apresentados a seguir retratam a variação percentual em relação a alocação de recursos na PPI para o atendimento hospitalar nas microrregiões que compõe a área de abrangência da GRS/Juiz de Fora/SES-MG.

Pelo Gráfico 4 percebe-se na média complexidade hospitalar na microrregião de Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas um movimento semelhante ao observado na ambulatorial. Na maioria dos municípios os percentuais oscilam entre 90 e 100%. Nos municípios de Chiador (42%) e Liberdade (22%) a alocação de recursos para atendimento hospitalar é baixa em relação aos demais, demonstrando maior dependência aos municípios de outras microrregiões. Comportamento semelhante ao analisado na média complexidade ambulatorial.

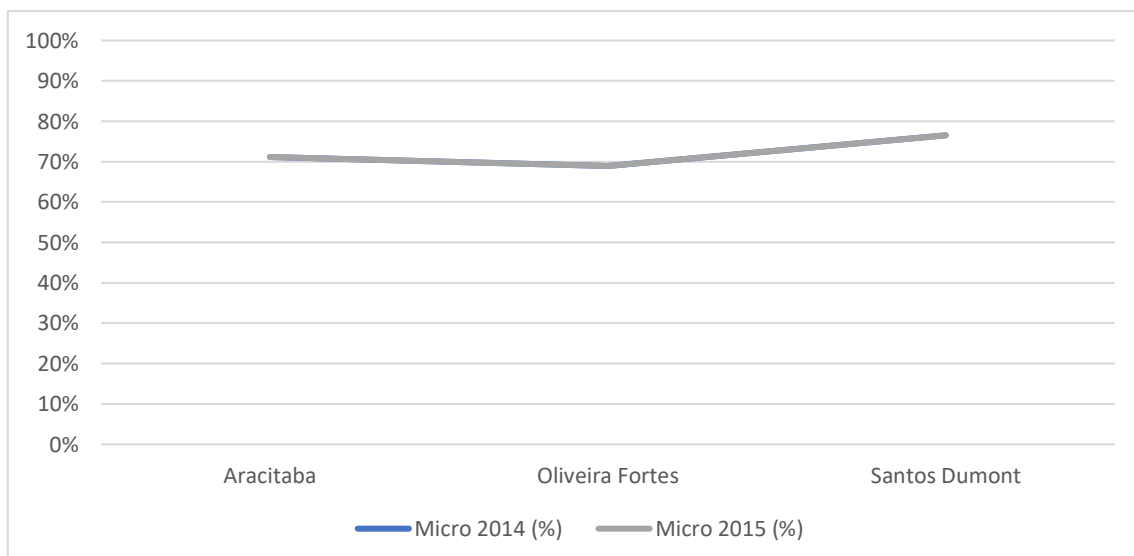
Gráfico 4 - Percentual de alocação de recursos de média complexidade hospitalar (PPI/MG) em municípios da microrregião de Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas nos anos 2014-2015



Fonte: PPI/MG. Elaboração própria.

Pelo Gráfico 5 observa-se que o município sede da microrregião de Santos Dumont concentra um percentual de 80% de alocação de recursos, enquanto que para os demais municípios desta microrregião, o percentual atinge cerca de 70%. Os percentuais observados foram os mesmos em ambos os anos.

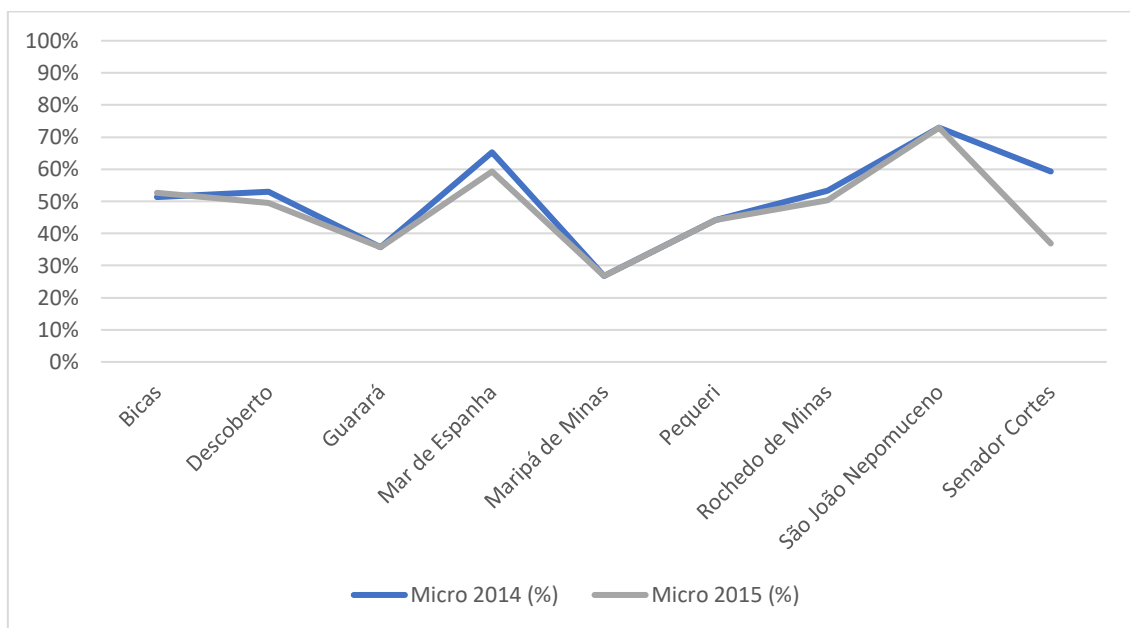
Gráfico 5 - Percentual de alocação de recursos de média complexidade hospitalar (PPI/MG) em municípios da microrregião de Santos Dumont nos anos 2014-2015



Fonte: PPI/MG. Elaboração própria.

Já na microrregião de São João Nepomuceno/Bicas (Gráfico 6) observa-se um maior percentual de alocação de recursos para o atendimento de média complexidade hospitalar na mesma microrregião nos municípios de Mar de Espanha (cerca de 60%) e de São João Nepomuceno (cerca de 70%), enquanto Guarará (36%) e Maripá de Minas (27%) apresentam situação inversa. Senador Cortes destaca-se pela grande redução percentual na alocação de recursos entre os anos de 2014 e 2015, de 59% para 37%, o que indica uma saída de recursos da microrregião. Os demais municípios apresentam uma variação de percentual de alocação nos dois anos de estudo de cerca de 50%.

Gráfico 6 - Percentual de alocação de recursos de média complexidade hospitalar (PPI/MG) em municípios da microrregião de São João Nepomuceno/Bicas nos anos 2014-2015



Fonte: PPI/MG. Elaboração própria.

A Tabela 22 apresenta os percentuais dos valores financeiros (R\$) de atendimentos em média complexidade hospitalar, contrastando com o percentual de alocação de recursos pela PPI/MG realizados na microrregião e fora da microrregião de saúde de origem do usuário. Em relação a PPI/MG, apenas 11 dos 37 municípios da área de abrangência da GRS/JF apresentaram alguma variação no percentual de alocação de recursos nos dois anos analisados. Os municípios que apresentaram maior oscilação percentual entre os dois anos analisados foram: Senador Cortes (redução de 22%) e Mar de Espanha (redução de 6%).

Já os percentuais dos valores financeiros da produção apresentaram grande variação entre os dois anos, com maior variação para os municípios de Passa-Vinte (redução de 38%),

Oliveira Fortes (redução 35%), Aracitaba (redução 31%), Descoberto (redução de 18%), Goianá (redução de 16%), Maripá de Minas (redução de 15%), Ewbank da Câmara (aumento de 20%) e Bias Fortes (aumento de 18%). Nota-se, de maneira geral, uma redução nesse percentual em todas as microrregiões no ano de 2015 quando comparado com 2014, com destaque para a microrregião de Santos Dumont.

Em relação a microrregião de Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas os percentuais do valor financeiro de atendimento e da produção programada da PPI para atendimento na microrregião e fora da microrregião apresentaram, genericamente, valores percentuais próximos nos anos de 2014 e 2015. Contudo, Bocaina de Minas, Goianá e Passa-Vinte apresentaram um percentual do valor financeiro de atendimentos destoante do programado, para menos, enquanto Chiador apresentou um percentual de valor financeiro de atendimentos acima do percentual programado/PPI.

Na microrregião de São João Nepomuceno/Bicas os percentuais do valor financeiro de atendimento e de produção programada da PPI para atendimento na microrregião e fora da microrregião foi de 30-55% no ano de 2014 e 27-45% em 2015. Destaca-se um percentual de produção destoante do programado, para menos, nos municípios sede, São João Nepomuceno e Bicas, e em Mar de Espanha, nos dois anos de análise.

A microrregião de Santos Dumont apresentou uma grande diminuição dos percentuais de representação do valor financeiro de atendimento entre os anos de 2014 e 2015, sem alteração no percentual de produção programada/PPI entre os dois anos.

Tal comportamento acarretou, para o ano 2015, aumento da discrepância entre os percentuais do valor financeiro de atendimento e do programado/PPI.

Tabela 22 – Percentual de recursos financeiros (R\$) de atendimentos de média complexidade hospitalar alocados em municípios pertencentes a mesma microrregião do município, por município de origem, na GRS/JF, no período 2014-2015

Microrregião	Município	Produção*		PPI	
		2014	2015	2014	2015
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Andrelândia	92%	90%	95%	94%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Arantina	82%	83%	94%	95%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Belmiro Braga	100%	100%	100%	100%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Bias Fortes	74%	92%	85%	85%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Bocaina de Minas	26%	32%	93%	93%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Bom Jardim de Minas	93%	92%	99%	99%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Chácara	99%	100%	98%	98%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Chiador	65%	55%	42%	42%

(continua)

(continuação)

Microrregião	Município	Produção*		PPI	
		2014	2015	2014	2015
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Coronel Pacheco	97%	100%	98%	98%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Ewbank da Câmara	68%	88%	77%	77%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Goianá	77%	61%	98%	93%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Juiz de Fora	99%	99%	100%	100%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Liberdade	30%	22%	22%	22%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Lima Duarte	99%	97%	99%	99%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Matias Barbosa	99%	100%	99%	99%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Olaria	95%	100%	97%	98%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Passa-Vinte	69%	31%	100%	100%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Pedro Teixeira	98%	97%	100%	100%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Piau	97%	96%	99%	99%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Rio Novo	89%	80%	88%	89%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Rio Preto	89%	84%	100%	100%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Santa Bárbara do Monte Verde	98%	100%	100%	100%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Santa Rita de Jacutinga	97%	98%	100%	100%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Santana do Deserto	87%	84%	89%	90%
J.Fora/L.Duarte/B.Jardim	Simão Pereira	98%	96%	100%	100%
S.João Nepomuceno/Bicas	Bicas	32%	33%	51%	53%
S.João Nepomuceno/Bicas	Descoberto	55%	37%	53%	50%
S.João Nepomuceno/Bicas	Guarará	30%	35%	36%	36%
S.João Nepomuceno/Bicas	Mar de Espanha	43%	42%	65%	59%
S.João Nepomuceno/Bicas	Maripá de Minas	42%	27%	27%	27%
S.João Nepomuceno/Bicas	Pequerí	30%	35%	44%	44%
S.João Nepomuceno/Bicas	Rochedo de Minas	43%	37%	53%	50%
S.João Nepomuceno/Bicas	São João Nepomuceno	54%	45%	73%	73%
S.João Nepomuceno/Bicas	Senador Cortes	48%	39%	59%	37%
Santos Dumont	Aracitaba	70%	39%	71%	71%
Santos Dumont	Oliveira Fortes	77%	41%	69%	69%
Santos Dumont	Santos Dumont	65%	54%	77%	77%

Fonte: SIH/SUS; PPI/MG. Elaboração própria.

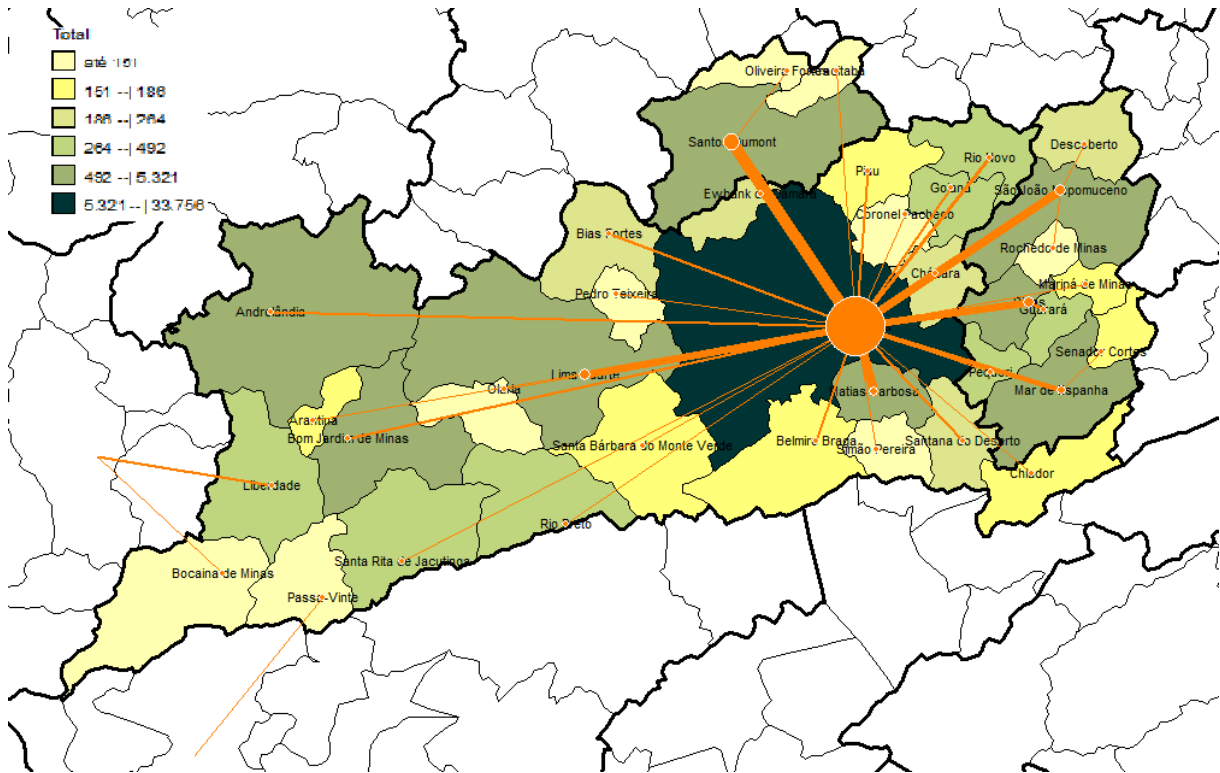
*valor total da produção de média complexidade hospitalar SIH/SUS descontadas as diárias de UTI.

Com a finalidade de se entender melhor os fluxos dos usuários na média complexidade hospitalar foram elaborados os Mapas 1 e 2 que demonstra, para cada município, o principal destino dos munícipes do mesmo. Para tal, foi utilizado o *software* TabWin.

O Mapa 1 apresenta o fluxo de atendimento entre os municípios da área de abrangência da GRS/JF. A tonalidade e o tamanho do círculo destacados nos municípios, representam o total de atendimentos de média complexidade hospitalar do SUS demandados por seus munícipes, realizados dentro e fora do domicílio de residência no ano de 2014. Não foi apresentado nesse

Minas, pertencentes a esta microrregião, para o município de Aiuruoca, o qual pertencente a outra macrorregião (Sul).

Mapa 2. Fluxo dominante de atendimentos de média complexidade hospitalar SUS à municípios da área de abrangência da GRS/JF, ano 2015



Fonte: SIH/SUS. Elaboração própria.

Para o ano de 2015, na microrregião de Santos Dumont, norte do mapa, apenas o município de Oliveira Fortes direcionou seu fluxo dominante de atendimentos de média complexidade hospitalar para o município sede da microrregião, Santos Dumont. Os municípios de Aracitaba e Santos Dumont apresentaram seus fluxos dominantes ao município de Juiz de Fora. Tal situação contrasta com o período de 2014 na qual havia uma melhor adequação dos fluxos dominantes para a própria microrregião.

Na microrregião de São João Nepomuceno/Bicas, leste do mapa, há uma perpetuação dos fluxos dominantes entre os anos de 2014 e 2015 com dependência, da maior parte de seus municípios, para os atendimentos de média complexidade hospitalar para Juiz de Fora. Entretanto, em 2015, houve uma alteração do fluxo originário do município de Guarará para Bicas, o que aumentou para quatro o número de municípios desta microrregião que possuíam fluxo dominante dentro da sua própria microrregião.

Na microrregião de Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas também houve pouca alteração dos fluxos dominantes entre os anos de 2014 e 2015. Pelo Mapa 2 observa-se que o município de Juiz de Fora, sede desta microrregião, exerceu uma grande atração sobre os demais municípios de sua microrregião. Manteve-se o fluxo dos municípios de Liberdade e Bocaina de Minas, leste do mapa, para Aiuruoca (pertencente a outra macrorregião). Destaca-se que o município de Passa-Vinte, no ano de 2015, alterou seu fluxo dominante para o município de Resende, localizado no estado do Rio de Janeiro.

6. DISCUSSÃO

Dentre os principais resultados e limitações encontrados no presente trabalho, primeiramente, ressaltam-se as dificuldades da análise entre a execução da produção e programação da PPI em relação aos procedimentos ambulatoriais utilizando-se o SIA/SUS como fonte de informação dos atendimentos realizados, tendo em vista as limitações desse sistema, como exemplos: a não identificação, com a precisão necessária, da origem do paciente de modo a permitir a identificação dos atendimentos destinados à população própria e à referenciada, visto que a produção apresentada via BPA-C não registra a identificação do paciente, sendo utilizado, nesse caso, o município do estabelecimento atendente como local de origem do paciente (BRASIL, 2016b); e a confiabilidade nas informações disponibilizadas, muito sensíveis a erros, como suspeita-se, por exemplo, ter ocorrido no município de Bom Jardim de Minas na competência dezembro de 2015, na qual foi apresentada uma produção de 202.020 “Dosagem de cálcio ionizável” no valor de R\$ 709.090,20, bastante destoante da média mensal de produção de 2 exames (R\$ 7,02) exibida até então e superior a capacidade produtiva do município.

Já os dados hospitalares oriundos do SIH/SUS registram uma maior quantidade de informações do usuário, sendo possível identificar o local de residência deste, além de outras informações relevantes ao estudo, permitindo uma melhor análise entre a execução da produção e programação da PPI. Contudo permanecem as incertezas quanto a confiabilidade dos dados apresentados também nesse sistema (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006).

Desta forma, apesar do SIA/SUS e SIH/SUS serem importantes fontes de informações em relação a produção, pode-se fazer necessário que os municípios optem pela inclusão de outros controles ou sistemas de informações, como por exemplo o SUSFácil, sistema de informação de regulação como fonte complementar para o monitoramento da execução da PPI, assim minimizando o risco de que registros imprecisos ocasionem decisões incorretas e consequentes prejuízos à população.

Um ponto de destaque nos achados deste trabalho foi a insuficiência de recursos programados nos municípios de atendimento frente a demanda efetivada. A produção apresentada em termos financeiros totais nos municípios da área de abrangência da GRS/JF/MG, para o ano de 2015, foi superior ao programado em R\$ 42.922.328,87 (232% acima da PPI) para a média complexidade ambulatorial, em R\$ 13.155.092,10 (57% acima da PPI) para a alta complexidade ambulatorial e em R\$ 10.557.739,22 (24% acima da PPI) para a

alta complexidade hospitalar. Apenas na média complexidade hospitalar que os recursos financeiros programados na PPI foram inferiores ao produzido em R\$ 8.119.515,32 no ano de 2015.

Ainda que, para os procedimentos de média complexidade hospitalar, os valores pactuados na PPI tenham sido superiores aos de produção (SIH/SUS), deve-se considerar a defasagem da Tabela SUS, como analisado por Gonçalves, Ferreira e Alemão (2014) ao estimarem que “em aproximadamente 95% dos procedimentos temos 50% dos seus custos cobertos com os valores de tabela” (p. 145) com dados da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Tal defasagem gera grandes dificuldades ao sistema podendo provocar a diminuição da qualidade do atendimento prestado aos usuários.

Essa insuficiência de recursos observada acrescida da defasagem dos valores pagos pelos procedimentos SUS, além de inviabilizar o cumprimento da PPI, impedem o aumento da oferta pública própria e impõe ao gestor a compra de serviços privados de saúde a valores acima da Tabela SUS (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Ressalta-se, todavia, que não foram incluídos no escopo deste trabalho os valores relacionados a incentivos financeiros presentes na PPI, como exemplo o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), o Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS) e o Incentivo 100% SUS. Esses incentivos possuem regramentos próprios, com compromissos e/ou metas específicas, destinando determinado valor ao custeio do estabelecimento de saúde (BRASIL, 2013).

Destaque deve ser dado a proposta de flexibilização na PPI/MG ao buscar propiciar melhor relação entre o valor da internação pela SIH/SUS, o qual é definido pelo valor do procedimento principal e os gastos com procedimentos secundários valoráveis, os chamados procedimentos especiais. O estado de Minas Gerais permite utilizar um valor mais flexível para a programação de uma internação com a utilização do grupo “09 - Outras Programações”, composto, no subgrupo “0901 – SIH média complexidade” pelo agrupamento de procedimentos das clínicas cirúrgica, médica, obstétrica, pediátrica e psiquiátrica, sendo adotado o valor médio das internações de cada clínica como valor de referência (MINAS; MADUREIRA; GONÇALVES, 2014).

Apesar da existência do Grupo “09 - Outras Programações”, a impossibilidade de sua utilização para determinados procedimentos, sua não utilização pelos gestores municipais, e/ou a distorção entre valores médios desse grupo e os valores médios locais podem dificultar o financiamento do atendimento levando a distorções entre a produção e o faturamento dos prestadores de serviços.

O perfil de procedimentos programados com distorções em relação ao prestado à população juntamente com a insuficiência de recursos acarretou, no período analisado, grande volume de glosas da produção ambulatorial por ultrapassagem do limite financeiro nos municípios da região analisada. Esse fato carece de uma grande atenção dos gestores para que haja uma maior aderência do planejamento com a produção de modo a garantir uma otimização dos recursos disponíveis, evitando-se glosas desnecessárias da produção dos prestadores com ociosidade de recursos destinados para procedimentos não realizados e subfinanciamento dos realizados.

Observa-se ao longo do período 2014-2015 pouca mobilidade dos recursos alocados entre os municípios, fato que contrasta com as alterações de fluxos de atendimento evidenciadas entre os municípios. Desta forma, entende-se que as revisões da PPI não estão sendo realizadas de maneira a considerar a dinâmica do fluxo efetivo de atendimento e garantir melhor adequação da PPI às necessidades reais das populações. Neste aspecto destaca-se a alocação de recursos de referência em média complexidade hospitalar nos municípios de Liberdade e Rio Novo que não possuíam hospitais ativos. Este fato evidencia a falta monitoramento e avaliação de municípios na repactuação da PPI.

Destacam-se, também, municípios que não apresentaram comportamento de alocação de recursos e/ou fluxo de atendimentos em concordância com o PDR/MG. Houve grandes fluxos de atendimento de média complexidade hospitalar para outras microrregiões e macrorregiões distintas da de origem do paciente e até outro estado (RJ). Destarte, evidenciam-se serem necessárias revisões no PDR/MG para que o mesmo retrate os reais fluxos de regionalização, e/ou, preferencialmente, o fortalecimento dos estabelecimentos de saúde das áreas próximas aos municípios com desvios na regionalização, além de um maior apoio do Estado nas orientações na elaboração e na revisão da PPI/MG sob o olhar da regionalização.

Deste modo, as evidências identificadas pelo presente estudo nos levam a destacar aspectos que poderão contribuir na reflexão sobre o cotidiano da elaboração/repactuação da PPI:

- Elaboração de estudos baseados em evidências para a estimação das necessidades de saúde das populações e, conseqüentemente, da demanda esperada evitando a perpetuação de séries históricas inconsistentes (MOREIRA; TAMAKI, 2017). Para tanto, aponta-se que tal tarefa deva contar com apoio do Estado e do COSEMS, instâncias que, além do papel inerente a sua natureza, contam com mão de obra qualificada para elaboração da metodologia e auxílio na execução das análises, com foco especial nos municípios com menor estrutura gerencial;

- Estudos de dimensionamento da oferta de serviços objetivando o monitoramento do dimensionamento de capacidade instalada dos municípios com contratualizações atualizadas dos estabelecimentos prestadores de serviços, de modo a garantir uma integração entre as programações municipais e dos prestadores de saúde, além de investimentos tripartites na ampliação dos serviços subdimensionados (SILVA; GOMES, 2014; MOREIRA; TAMAKI, 2017).
- Criação e/ou manutenção de grupo de trabalho na CIR para acompanhamento da execução da PPI (SILVEIRA FILHO et al., 2016);
- “Ações articuladas para o fortalecimento e maior resolubilidade da Atenção Primária à Saúde” (SANTOS; GIOVANELLA, 2014, p. 628) de modo a garantir eficiência na ordenação da rede e coordenação do cuidado;
- Adesão ao Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) com a incorporação de indicadores para acompanhamento da PPI de forma a criar maior segurança jurídica/administrativa para os todos os municípios envolvidos;

Como observado no estudo realizado por Moreira e Tamaki (2017) no estado de Mato Grosso do Sul, a adesão ao COAP ainda não foi capaz de sanar dificuldades enfrentadas na elaboração e execução da PPI, como: “falta de capacidade instalada, falta de planejamento realista, situações não previstas, e pela existência de um conflito entre o respeito ao que foi legalmente acordado e o respeito à vida humana” (Moreira et al, 2017, p. 107). Contudo, acredita-se que a incorporação dos indicadores de avaliação e monitoramento da PPI ao COAP pode auxiliar na minimização dos desvios e na maximização da garantia da integralidade e equidade à população.

Para tal propõe-se os seguintes sinalizadores:

1. Proporção de recusas de referenciamento: (pedidos de referenciamento não atendidos/total de pedidos de referenciamento);
2. Tempo médio de espera de referenciamento, para situações eletivas (somatório do intervalo de dias entre a solicitação de referenciamento e seu atendimento (eletivas)/número de solicitações atendidas (eletivas));
3. Tempo médio de espera de referenciamento, para situações e de urgência/emergência (somatório do intervalo de dias entre a solicitação de referenciamento e seu atendimento (urgência e emergência)/número de solicitações atendidas(urgência e emergência));

4. Percentual de execução dos atendimentos programados na PPI: (número de procedimentos programados na PPI/número de procedimentos executados) e/ou (valor total dos procedimentos executados / valor total dos procedimentos programados na PPI/);

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das revisões e análises realizadas no presente estudo evidenciou-se a importância da PPI como instrumento de planejamento para média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no âmbito SUS. Instrumento de planejamento fundamental para a contribuição na organização das redes de atenção em saúde com equidade da assistência. No entanto, como foi observado, é importante que seja sistemático o monitoramento e avaliação da PPI para torná-la de fato um instrumento que reordene de forma efetiva as demandas geradas no cotidiano levando em consideração as possibilidades assistenciais existentes.

Os sistemas de informações em saúde (SIS) utilizados no SUS, apesar das fragilidades ainda presentes, são relevantes na captação das informações, pois possibilitam a análise de cenários assistenciais, assim como sua utilização contribui para o aprimoramento. A utilização dos SIS nas pactuações da PPI tem a capacidade de orientar a tomada de decisão entre gestores aprimorando a construção de uma gestão compartilhada. Para tanto é fundamental que os técnicos sejam instrumentalizados para o manejo destes instrumentos.

O contexto de subfinanciamento das ações e serviços de saúde SUS, torna essencial a otimização dos gastos na média e alta complexidade, tendo em vista a elevada demanda e o grande volume de recursos alocados nesse nível de atenção.

As análises realizadas no presente estudo reafirmaram ser a PPI um instrumento importante para o planejamento das redes de atenção e de contribuição para uma gestão compartilhada no âmbito do SUS. Acredita-se que, ainda que seja uma tarefa árdua, são fundamentais para garantir à população uma atenção à saúde integral, universal e equânime: a definição da programação física condizente com as reais necessidades da população; a programação financeira compatível aos custos de produção e com financiamento tripartite; e o monitoramento adequado da sua execução.

Apesar deste estudo ter se limitado a analisar alguns aspectos da PPI nos municípios da área de abrangência de gerência administrativa do estado de Minas Gerais, os resultados encontrados apresentaram sinergia com estudos qualitativos de outras regiões do Brasil. Destacam-se as possibilidades de novos estudos que ampliem a dimensão territorial de análise, com análises intra-municipais das causas de não conformidades da PPI nos diferentes cenários onde as redes de atenção são operadas.

REFERÊNCIAS

- BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C.. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, p. 19-30, jan 2006.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção I, Página 18055. 1990a.
- BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Seção I, Página 25694. 1990b.
- BRASIL. Nova Política de Financiamento do SUS para 1991. Norma Operacional Básica n. 01/91. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jan. 1991. Seção I, Página 642. 1991.
- BRASIL. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio 1993. Seção I, Página 6961. 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 nov. 1996. Seção I, p. 22932. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Seção I, p. 52. 2002a.
- BRASIL. Portaria n.º 1.020, de 31 de maio de 2002. Define que o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n 1.097 de 23 de maio de 2006. Define o processo da programação pactuada e integrada da assistência em saúde seja um processo instituído no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 maio 2006. Seção I, p. 40. 2006.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Auditoria Operacional: Regulação Assistencial do SUS**. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, Brasília: Tribunal de Contas da União, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 3410 de 30/12/2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS). Brasília: CONASS. Vol. 2, 2015.

BRASIL. EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. **Diário Oficial da União**. Seção 1 - 16/12/2016, Página 2. 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Disseminação de Informações do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS)**. Informe Técnico 2016-03. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, RJ. 2016b

DE LIMA L. D. et al.. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.17, n.11, Rio de Janeiro. Nov. 2012.

DOURADO, D. A.; DALLARI, S. G.; ELIAS, P. E. M. Federalismo Sanitário Brasileiro: Perspectiva da Regionalização no Sistema Único de Saúde. **Rev. Direito Sanitário**; 12(3): 10-34, nov. 2011-fev. 2012.

GONÇALVES, M. A.; FERREIRA, B. P.; ALEMÃO, M. M.. Risco Operacional no Setor Saúde: Financiamento pelo SUS Paralelo aos Gastos na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Revista Gestão & Tecnologia**, Pedro Leopoldo, v. 14, n. 1, p. 126-150, jan./abr. 2014.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 404 de 06 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre a criação da Câmara de Compensação de Média e Alta Complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde - MG. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

MINAS GERAIS. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008a.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 422 de 21 de fevereiro de 2008**. Dispõe sobre a implantação da Programação Pactuada Integrada Assistencial Eletrônica no Estado de Minas Gerais e os ajustes no Banco de Dados da PPI Assistencial/MG para incorporação da Portaria GM 321/2007. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008b.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 444, de 27 de maio de 2008**. Dispõe sobre a regulamentação do fluxo, prazos e o cronograma do remanejamento eletrônico da Programação Pactuada Integrada – PPI/Assistencial do Estado de Minas Gerais no Sistema SUSFácil. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008c.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 563, de 19 de agosto de 2009**. Aprova os critérios para autorização de solicitação de remanejamento de urgência e institui Grupo de Trabalho para Revisão dos Fluxos, Prazos e Cronograma do Processo de Remanejamento

Eletrônico na Programação Pactuada Integrada/PPI/MG. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009a.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 587, de 21 de outubro de 2009.** Aprova os critérios para autorização de solicitação de remanejamento de urgência e institui Grupo de Trabalho para Revisão dos Fluxos, Prazos e Cronograma do Processo de Remanejamento Eletrônico na Programação Pactuada Integrada/PPI/MG. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009b.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.024, de 07 de dezembro de 2011.** Dispõe sobre os procedimentos, normas e critérios para apuração do extrapolamento das internações de Média e Alta Complexidade. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

MINAS GERAIS. **O Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais.** Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.

MINAS GERAIS. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais. **Manual: Prazos da gestão a vista.** Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

MINAS, R. P.; MADUREIRA, M.; GONÇALVES, I. M.. A programação assistencial de saúde em Minas Gerais: Relato de experiência. **Revista de Saúde Pública do SUS/MG**; v. 2, n. 1, jan-jun 2014.

MOREIRA, L. C. O.; TAMAKI, E. M.. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 18, n. 4, p. 99-108, dez 2017.

PASSOS, K. G.. **Programação Pactuada Integrada:** realidade de um município da amazônia ocidental brasileira. Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. Vitória 2014.

PUSTAI, O. J. O Sistema de Saúde no Brasil. In: Duncan, B. B. et al.. (Org.). **Medicina Ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, 2004, v., p. 69-75.

RODRIGUES, E. T.. **Do CENDES-OPAS à programação da saúde no SUS:** uma crítica da Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à Saúde. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde **Rev. Saúde Pública** vol.48 n.4 São Paulo Ago. 2014

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A.. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1383-1396, dez. 2014.

SILVEIRA FILHO, R. M. et al. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, set. 2016.