



<https://doi.org/10.26512/rgs.v14i2.47070>

Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785

Arruda VRC, Silva ABS, Leite AFB

Artigo Original

Componente hospitalar cirúrgico regional: análise comparativa entre programação, gastos e fluxos assistenciais

Regional surgical hospital component: comparative analysis between programming, expenses, and care flows

Componente hospital quirúrgico regional: análisis comparativo entre programación, gastos y flujos de atención

Vitória Ribeiro da Cunha Arruda¹
Aline Beatriz dos Santos Silva²
Antonio Flaudiano Bem Leite³

Recebido: 07.02.2023

Aprovado: 21.09.2023

RESUMO

Objetiva-se descrever a programação, os gastos e os fluxos assistenciais do componente hospitalar cirúrgico da 12ª Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Trata-se de estudo descritivo comparado a partir de dados secundários da Programação Pactuada e Integrada (PPI) de Atenção à Saúde de 2006 e a produção hospitalar do ano de 2019, referente aos encaminhamentos e recebimentos de procedimentos do grupo de cirurgias dos 10 municípios da 12ª Região de Saúde. Os resultados apontaram que a I Região de Saúde foi a grande recebedora, com destaque para Recife com 63,27% na programação e 79,46% na execução, apresentando as maiores médias de valores financeiros e, por consequência, o maior déficit acumulado em 90,7%. Referindo-se aos encaminhadores para

¹ Enfermeira. Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. Pós-Graduada em Gestão e Auditoria em Organizações de Saúde pelo CEFAPP/PE. Coordenação de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Aliança. Aliança – PE, Brasil. E-mail: vitoriaribeirocunha@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6478-4404>.

² Enfermeira. Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco da Faculdade de Ciências Médicas (FCM). Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco. Analista em Saúde – Sanitarista da XII Gerência Regional de Saúde do estado de Pernambuco. Goiana – PE, Brasil. E-mail: alinebeatriz92@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9559-8524>.

³ Cirurgião Dentista. Mestrado Acadêmico em Ciência com área de concentração: Epidemiologia, Políticas e Gestão em Saúde - A saúde da população: epidemiologia, vigilância e controle de doenças agudas e crônicas e de agravos à saúde. pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fiocruz-Pernambuco. Sanitarista da Secretaria Municipal de Saúde da Vitória de Santo Antão/Pernambuco. Vitória de Santo Antão – PE, Brasil. E-mail: afbl@outlook.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8719-5562>.

municípios da 12ª Região de Saúde, observou-se que três municípios realizaram pactuações, mas não apresentaram registro de produção em 2019. Assim, a PPI se mostra um importante instrumento de marco regulatório loco-regional, porém, não reflete a expectativa de pactuação na execução no contexto prático e, por conseguinte, não garante efetivamente acesso aos diversos níveis de assistência componente hospitalar cirúrgico para região de saúde.

Palavras-chave: Financiamento da Assistência à Saúde; Gastos em Saúde; Regionalização da Saúde; Atenção à Saúde.

ABSTRACT

To describe the programming, expenses and assistance flows of the surgical hospital component of the 12th Health Region of the state of Pernambuco. This is a descriptive comparative study based on secondary data from the Agreed and Integrated Program (PPI) of Health Care in 2006 and hospital production in 2019, referring to referrals and receipts of procedures from the group of surgeries in the 10 municipalities of the 12th Health Region. The results showed that the I Region of Health was the main recipient, with Recife standing out with 63.27% in programming, and 79.46% in execution, in addition to the highest average financial values, and consequently the highest accumulated financial deficit of 90.7%. When referring to referrals for municipalities in the 12th Health Region, it was observed that three municipalities carried out agreements, but did not register of production in 2019. Thus, the PPI proved to be an important loco-regional regulatory framework instrument, however, it does not reflect the expectation of agreement in the execution in the practical context and therefore does not effectively guarantee access to the different levels of assistance in the surgical hospital component for the health region.

Keywords: Healthcare Financing; Delivery of Health Care; Regional Health Planning; Health Expenditures.

RESUMEN

Describir la programación, los gastos y los flujos de asistencia del componente hospitalario quirúrgico de la 12ª Región de Salud del estado de Pernambuco. Se trata de un estudio descriptivo comparativo con base en datos secundarios del Programação Pactuada Integrada (PPI) de Atención a la Salud en 2006 y la producción hospitalaria en 2019, referentes a las derivaciones y recibos de procedimientos del conjunto de cirugías en los 10 municipios del 12º Departamento de Salud. Región. Los resultados mostraron que la I Región de Salud fue la principal receptora, destacándose Recife con 63,27% em programación y 79,46% em ejecución, em además de los valores financieros promedio más altos, y consecuentemente el déficit financiero acumulado más alto de 90.7%. Al referirse a las derivaciones para municipios de la 12ª Región de Salud, se observó que três municipios realizaron convenios, pero no registro de producción en 2019. El PPI demostró ser un importante instrumento de marco regulatório loco-regional, sin embargo, no reflejaba expectativa de acuerdo en la ejecución en el contexto prático y por lo tanto no garantiza efectivamente el acceso a los diferentes niveles de asistencia en el hospital quirúrgico componente para la región de salud.

Palabras clave: Financiamento de la Atención de la Salud; Gastos em Salud; Regionalización de la Salud; Cuidado de la salud.

1. Introdução

O Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI) possibilitaram a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados, de modo que fossem explícitos os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada, por meio da priorização do acesso e dos fluxos assistenciais⁽¹⁾.

A PPI foi instituída pela Norma Operacional Básica (NOB) nº 96, tendo sua implementação no Estado de Pernambuco no ano de 2006. Como forma de reorganização do modelo assistencial à saúde, a PPI pontua as responsabilidades dos municípios quanto à disponibilidade de serviços e planejamento das ações de saúde. É um instrumento produzido para estruturar os fluxos regionais e ampliar o acesso por meio da regulação em saúde⁽²⁾.

Historicamente, o acesso à atenção especializada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta diversos desafios. Um dos fatores está diretamente ligado à regulação do acesso à assistência, que tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais. A gestão das ofertas assistenciais por diferentes centrais de regulação, a falta de oferta de serviços especializados, a vulnerável interação entre Atenção Primária à Saúde (APS) e atenção especializada e a resolutividade e capacidade de cuidado da APS são alguns desafios a serem destacados⁽³⁾.

O processo regulatório exige ferramentas e mecanismos que são utilizados no seu gerenciamento. Dentre eles destaca-se a Autorização de Internações Hospitalares (AIH), instrumento de registro que contempla os dados de atendimento, os diagnósticos de internamento e alta, informações relativas às características de pessoa, tempo e lugar das internações, procedimentos realizados, valores pagos e dados cadastrais das unidades de saúde. As informações advindas de uma AIH são processadas no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), gerando os créditos referentes ao serviço prestado e formando uma base de dados que permite também análises econômicas⁽⁴⁾.

A avaliação econômica em saúde configura-se como um importante instrumento para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde, ao possibilitar a análise de distintas

alternativas de intervenção para um determinado problema, e nesse contexto metodológico identificando os seus custos e benefícios⁽⁵⁾.

O componente hospitalar cirúrgico foi escolhido como objeto de estudo devido à sua relevância transversal às redes temáticas prioritárias estaduais (Materno-infantil, Urgência e Emergência, Oncologia, Psicossocial, Rede da Pessoa com Deficiência) no processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) no estado de Pernambuco; pelo escopo limitado desses procedimentos na regional; e pela escassez de estudos e publicações referentes a este tema⁽⁶⁾.

Neste contexto, este estudo objetivou descrever a programação, os gastos e os fluxos assistenciais do componente hospitalar cirúrgico da 12ª Região de Saúde (RS) do Estado de Pernambuco.

2. Referencial Teórico

Em meados da década de 1970, surge o planejamento estratégico em saúde (PES) como tentativa de reconhecer a complexidade, ao introduzir as ideias da diversidade de atores no ato de planejar, em que o grande mérito foi trazer à tona a necessidade de diálogo compartilhado⁽⁷⁾. Carlos Matus (1993) traz a concepção do PES, reconhecendo a existência de múltiplos atores para a construção de consensos a respeito dos problemas a serem enfrentados, utilizando ferramentas que devem permitir estruturar práticas de trabalho em uma organização⁽⁸⁾. Dentro dessa perspectiva de analisar problemas sob a ótica do pensamento estratégico, surge um ponto de inflexão importante nessa discussão, em como o gerencialismo aparelhou o Estado no que se refere à execução das políticas públicas. Isso fez com que o Estado fosse até protagonista na formulação dessas políticas, porém, houve um distanciamento de sua real execução, como o que ocorreu com a PPI⁽⁹⁾.

A programação deve procurar integrar as várias áreas de atenção à saúde, considerando as definições expressas nos planos de saúde por meio de um sistema de acesso regulado⁽¹⁾, que se constituem de estruturas operacionais que irão mediar uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde. Com o objetivo de operacionalizar a PPI, registrar o processo de pactuações e trazer clareza na definição dos fluxos assistenciais, foi desenvolvido o Sistema Informatizado para a Programação Pactuada e Integrada (SIS-PPI)⁽²⁾, com finalidade de operacionalizar as redes de atenção à saúde (RAS) de base territorial.

3. Metodologia

Estudo descritivo comparado a partir de dados secundários da Programação Pactuada e Integrada de Atenção à Saúde de 2006 e a produção hospitalar do ano de 2019, referente aos encaminhamentos e recebimentos de procedimentos do grupo de cirurgias dos dez municípios da 12ª RS do Estado de Pernambuco: Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Goiana, Itambé, Itaquitinga, Macaparana, São Vicente Férrer e Timbaúba.

As fontes de dados foram secundárias provenientes do SIS-PPI (2006) e SIH (2019). As variáveis comuns utilizadas no relacionamento de municípios encaminhadores e recebedores foram: região de saúde e município de residência e ocorrência; quantidades físicas e financeiras; e procedimentos/cirurgias gerais. Os indicadores selecionados e calculados a partir da tabulação das variáveis acima foram: valor médio da AIH (quantidade financeira dividido pela quantidade física) e saldo/déficit anual (diferença financeira entre o valor pactuado da PPI-2006 e a produção hospitalar de 2019).

O processamento dos dados foi realizado por meio de planilhas eletrônicas e a produção dos mapas de fluxo de encaminhamentos e recebimento foram elaborados no *Tabwin* 4.15. Os dados foram apresentados em mapas temáticos de fluxos e tabelas com a descrição de gastos. O ano de 2019 foi escolhido como referência para as comparações, pois entende-se que poderia haver uma discrepância nos anos posteriores relacionados à pandemia da COVID-19, que se justifica pelas restrições de acesso, em que muitas atividades na atenção especializada ambulatorial e hospitalar foram descontinuadas ou paralisadas⁽¹⁰⁾. O processamento de dados e geração das informações estão de acordo com as normativas éticas da Portaria nº 210/SES/PE, de 25 de outubro de 2021, por meio da anuência disponibilizada pela gerente da 12ª Regional de Saúde, e estão condicionados à Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016, por se tratar de uma pesquisa com banco de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual.

4. Discussão e Análise dos Resultados

4.1. Pactuações e execuções de municípios receptores

Para a PPI-2006 na 12ª RS, foram pactuados 4.278 procedimentos cirúrgicos para encaminhamento anual com um montante financeiro próximo de R\$ 2,7 milhões. Observa que a produção física em 2019, entre procedimentos pactuados e não pactuados anual, foi de 5.684 e valor financeiro de R\$ 12,3 milhões, 32,9% a mais na pactuação física e 4,53 vezes a mais na financeira.

Nota-se que a 1ª RS foi a grande recebedora tanto na pactuação, quanto na execução, com destaque para Recife com 63,27% na programação, e 96,67% na execução, com expressivo 2.2 vezes de procedimentos a mais e 6.06 vezes de valores financeiros. Observa-se também que os dois maiores municípios da 12ª RS, Goiana e Timbaúba não executaram na sua potencialidade as pactuações previstas (Tabela 1).

Os casos de pactuação e recebimento sem produção podem ser justificados por mudanças no cenário assistencial, desabilitação de serviços, questões epidemiológicas ou falhas no processo de regulação⁽²⁾. Os serviços que receberam a regulação, porém sem pactuação, tornaram-se executores sem valores pactuados no processo da programação, fato que pode ser observado em relação a todos os municípios encaminhadores.

A Tabela 2 aponta municípios que foram recebedores de municípios da 12ª RS, porém, não pactuaram em PPI o recebimento desses procedimentos cirúrgicos, que correspondeu a 23,6% do físico e 12,5% do financeiro executado. Acrescenta-se que o município de Goiana se encontra nesta apresentação tabular por receber municípios de municípios onde não havia sido pactuado PPI-2006, por ser sede do maior equipamento de saúde da 12ª RS com o Hospital Regional Belarmino Correia.

Observa-se que todos os municípios encaminhadores referenciam pelo menos um serviço que não estava na pactuação. Nota-se também um déficit no saldo anual dos municípios que não estavam pactuados, o que pode ser explicado pela existência de vazios assistenciais na regional.

Quanto aos valores financeiros, quatro municípios da 12ª RS tiveram saldos positivos: Timbaúba, Macaparana, Aliança e São Vicente Férrer, somando um montante de R\$ 348.490,91. Já na 1ª RS, Recife, Paulista, Moreno e Jaboatão dos Guararapes tiveram os maiores déficits do teto pactuados nesta ordem decrescente, somando R\$ 10.119.783,51 negativos. Recife tem um impacto vultoso neste déficit, com 87,2% (Tabelas 1 e 2). Cabe destacar que, ao longo dos anos, houve incorporações de recursos no município de Recife, como incentivos financeiros, reajustes da tabela SUS, novas habilitações de serviços com contrapartida federal, que diminuem o impacto desse déficit.

A PPI mostrou-se um importante documento de regulação das referências levando em consideração o estabelecimento dos parâmetros das populações dos municípios, porém, nem reflete a demanda real e não garante efetivamente o acesso aos diversos níveis de assistência⁽¹¹⁾. Deve-se levar em consideração a realidade dos fluxos assistenciais extensos em que há pactuação. Sendo

assim, não há outra opção para a regulação que não seja a de abranger outros municípios além dos pactuados, como, por exemplo, Jaboatão dos Guararapes, Paulista, Moreno, Nazaré da Mata, entre outros.

Outro ponto relevante é o acompanhamento da PPI acerca da parte financeira e dos fluxos pactuados, sendo necessário investigar a validade de manter a programação por área estratégica e a revisão do custo real dos serviços que, muitas vezes, extrapola os valores faturados ou estimados⁽¹¹⁾. É importante mencionar que a tabela de procedimentos do SUS encontra-se defasada para diversos procedimentos quando analisada pelo custo efetivo⁽²⁾. De acordo com a análise dos dados, identifica-se a variação de valores de 2006 quando comparados a 2019. Destaca-se também a implantação da PPI no estado de Pernambuco no ano de 2006 que não passou por nenhum processo de revisão⁽¹²⁾.

4.2. Pactuações e execuções de municípios executores

Para a PPI executada na 12ª RS, foram pactuados 2.040 procedimentos cirúrgicos para recebimento anual com um montante financeiro próximo de R\$ 720 mil. Observa que a produção física em 2019, entre procedimentos pactuados e não pactuados anual, foi de 1.033 e valor financeiro 44,2% menor que a pactuação fisicamente (Tabela 3). Observou-se que Aliança, Itambé, São Vicente Férrer e Limoeiro realizaram pactuações em 2006, mas não apresentaram registros de produção em 2019. O município que apresentou maior número pactuado de cirurgias em termos físicos foi Goiana (31,8%), seguida de Timbaúba (25,2%) e Aliança (11,8%).

Em 2019, foram executados 869 procedimentos cirúrgicos, com destaque do município de Macaparana, que apresentou a menor produção em 2019 quando comparado com o valor físico pactuado em 2006 (0,69%) (Tabela 3). Macaparana, tal como outros municípios de pequeno porte, é parte integrante do processo de regionalização, que é uma diretriz constitucional que deve ser potencializada, principalmente nos espaços de governança dos gestores municipais, como os colegiados, a exemplo da Comissão Intergestores Regional (CIR), para estruturar o acesso dentro e entre as regiões de saúde.

Nessa mesma análise, observa-se uma redução em termos de valores financeiros. A produção de internação hospitalar de 2019 registra uma execução de 47,5% de procedimentos pactuados, totalizando R\$ 342.314,02 (Tabela 3). Esta informação evidencia a necessidade atual de ampliação de rede, em que a pactuação reflete um cenário que foi pensado muito além da capacidade operacional

dos municípios que compõem a 12ª RS. E, como consequência, mesmo apresentando produção em 2019, mantiveram-se os déficits de acesso.

O recurso financeiro é um fator que limita a prestação e o acesso aos serviços. O município executor incorpora os recursos relativos à prestação desses serviços ao seu teto financeiro. A partir disso, o município que referencia paga pelos atendimentos referenciados antes da prestação deles pelo município executor, mesmo não tendo a garantia de que o paciente encaminhado será atendido. No caso de o serviço não ser prestado, este não retorna ao município que o referenciou⁽¹³⁾.

Desde o ano de instituição da PPI, o SUS vivencia um processo assistencial que é mutável. Os fluxos assistenciais são desenhados conforme as necessidades de saúde da população, os preços na tabela de procedimentos ficam defasados, os tetos financeiros dos municípios também se alteram, e, por esse motivo, há a necessidade de se revisarem constantemente as pactuações, considerando sempre o desenho de regionalização na perspectiva de potencializá-la.

Como foi observado na ocorrência de outros itens não pactuados na PPI, sobressaíram-se os municípios de: Aliança (27,6%), Itambé (18,4%) e Timbaúba (16,7%) (Tabela 4). Nesse caso, torna-se necessária a realização de revisão detalhada do mecanismo existente de divisão dos recursos no SUS que são concebidos pela PPI⁽¹⁴⁾, trazendo à discussão de se reconhecer as necessidades regionais e repactuar em processo de planejamento ascendente e colaborativo entre os municípios priorizando os Plano Municipal de Saúde, o qual deve potencializar a análise situacional condizente com a percepção da realidade municipal dos gestores.

É importante compor uma base que permitirá o enfrentamento dos inúmeros desafios ligados ao processo de gestão locorregional e estimular a cogestão e valorização dos espaços de governança no SUS. Sendo assim, mais importante que resultados isolados é o fortalecimento da prática coletiva, do planejamento e da gestão capaz de integrar necessidades e soluções às regiões de saúde⁽¹⁵⁾.

Ainda sobre os itens cirúrgicos não pactuados, a produção de 2019 expressa que é necessário reconhecer e incluir como integrantes das ações e serviços públicos de saúde todo esse fluxo existente. Quando analisados os saldos financeiros entre os gastos globais pactuados e executados da especialidade de cirurgia da PPI e produção de internação hospitalar referente aos municípios encaminhadores para municípios da 12ª RS, observa-se que os municípios que apresentaram saldos

Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785
Arruda VRC, Silva ABS, Leite AFB

Componente hospitalar cirúrgico regional...

positivos acima de 50% foram: Itambé, Macaparana, Aliança e Goiana. Camutanga e Itaquitinga, por sua vez, apresentaram déficits no saldo (Tabelas 3 e 4).

Tabela 1. Comparação entre demandas físicas e gastos pactuados e executados da especialidade de cirurgia segundo Programação Pactuada Integrada - PPI-2006 e produção de internação hospitalar referente aos municípios **receptores** da 12ª Região de Saúde, Pernambuco, Brasil

Região de Saúde	Município	Programação Pactuada Integrada -2006						Produção de Internação Hospitalar - 2019					
		Físico		Financeiro		Média de valores	Razão de médias	Físico		Financeiro		Média de valores	Razão de médias
		N	%	N	%			N	%	N	%		
I	ABREU E LIMA	2	.51	0	0	1.046	1.6	0	0	-	.00	0	-
	CAMARAGIBE	5	.35	0	0	797,9	1.2	0	0	12.376,97	.11	0	1.37
	RECIFE	557	6.40	3	6	1.723.163,04	1.106	4	7	10.445.821,1	9	9	3.02
II	CARPINA		.09	0	0	370,2	0.5	0	0	-	.00	0	-
	LIMOEIRO	34	.13	3	2	407,5	0.6	0	0	5.232,91	.05	0	402,
	NAZARÉ DA MATA	0	.47	0	0	370,5	0.5	3	0	40,38	.00	0	40,3
	PAUDALHO	0	.10	2	1	415,9	0.6	0	0	-	.00	0	-
	SURUBIM	3	.30	0	0	416,1	0.6	0	0	-	.00	0	-
	TEREZINHA	91	.46	4	2	405,2	0.6	0	0	-	.00	0	-
	VICÊNCIA	12	.96	4	2	330,6	0.5	0	0	-	.00	0	-
	ALIANÇA	40	.61	5	2	334,0	0.5	0	0	-	.00	0	-
	GOIANA	38	4.91	1	6	183.552,6	287,7	0.4	1	164.083,30	.52	1	330,
	MACAPARANA	89	.76	6	3	102.941,8	356,2	0.5	0	2.641,50	.02	0	440,
XII	SÃO VICENTE	0	.23	0	0	340,3	0.5	0	0	-	.00	0	-
	FERRER	0	.23	0	0	340,3	0.5	0	0	-	.00	0	-
	TIMBAÚBA	43	9.71	1	1	405,2	0.6	8	1	175.589,22	.62	1	478,
Total	.278	00.00	1	1	2.723.715,48	636,6	1.0	1	10.805.785,43	00.00	1	2.48	1.00

Tabela 2. Demandas físicas e gastos que não foram pactuados na PPI-2006 da especialidade de cirurgia (Produção de Internação Hospitalar - 2019) referente aos municípios **receptores** da 12ª Região de Saúde, Pernambuco, Brasil.

Região de Saúde	Município Receptor de demandas cirúrgicas executadas	Físico		Financeiro		Média de valores	Razão de médias
		N	%	N	%		
I	CABO DE SANTO AGOSTINHO	6	0.45	14.315,00	0.93	2.385,83	2.08
	IGARASSU	2	0.15	1.704,08	0.11	852,04	0.74
	JABOATÃO DOS GUARARAPES	107	7.98	124.495,83	8.09	1.163,51	1.01
	MORENO	119	8.87	208.433,90	13.55	1.751,55	1.53
	PAULISTA	819	61.07	1.064.195,67	69.18	1.299,38	1.13

	SÃO LOURENÇO DA MATA	5	0.37	2.214,35	0.14	442,87	0.39
	VITÓRIA DE SANTO ANTÃO	68	5.07	37.349,10	2.43	549,25	0.48
II	LIMOEIRO	38	2.83	15.830,38	1.03	416,59	0.36
	NAZARÉ DA MATA	6	0.45	407,76	0.03	67,96	0.06
IV	BEZERROS	1	0.07	935,54	0.06	935,54	0.82
	CARUARU	22	1.64	19.271,03	1.25	875,96	0.76
XII	GOIANA	145	10.81	47.783,68	3.11	329,54	0.29
	TIMBAÚBA	3	0.22	1.442,21	0.09	480,74	0.42
	Total	1.341	100.00	1.538.378,53	100.00	1.147,19	1.00

Fonte: Elaborada pelos próprios autores com base em dados do SISPP-2006/SES/Pernambuco e SIH/Datasus/Ministério da Saúde.

Nota: Razão de valor médio corresponde à relação entre o valor médio pactuado ou executado e o valor médio total pactuado ou executado.

Tabela 3. Comparação entre demandas físicas e gastos pactuados e executados da especialidade de cirurgia segundo Programação Pactuada Integrada - PPI-2006 e produção de internação hospitalar referente aos municípios *encaminhadores* para municípios da 12ª Região de Saúde, Pernambuco, Brasil.

Município	Programação Pactuada Integrada -2006						Produção de Internação Hospitalar - 2019							
	Físico		Financeiro		Média de valores	Razão de médias	Físico		Financeiro		Média de valores	Razão de médias		
	N	%	N	%			N	%	N	%				
ALIANÇA	40	1.76	1	80.167,20	1.14	1	334,03	0.95	0	-	.00	-	-	
CAMUTANGA			0	2.301,60	.32	0	287,70	0.82	9	7.389,12	.16	2	388,90	0.99
CONDADO	0	.92	3	27.126,00	.77	3	339,08	0.96	3	21.484,26	.28	7	341,02	0.87
FERREIROS	0	.92	3	32.422,40	.50	4	405,28	1.15	6	12.610,08	.68	2	485,00	1.23
GOIANA	48	1.76	3	189.032,6	0	2	291,72	0.83	14	135.209,9	9.50	4	326,59	0.83
ITAMBÉ	22	0.88	1	89.972,16	2.50	1	405,28	1.15		-	.00	0	-	-
LIMOEIRO	0	.98	0	8.105,60	.13	1	405,28	1.15		-	.00	0	-	-
MACAPARANA	19	0.74	1	79.971,00	1.11	1	365,16	1.03		2.641,50	.77	0	440,25	1.12
SÃO VICENTE			0	3.403,80	.47	0	340,38	0.96		-	.00	0	-	-
FERRER	0	.49	2	207.319,6	8	2	404,13	1.15	41	162.979,1	7.61	3	477,94	1.21
TIMBAÚBA	13	5.15	1	719.822,0	00.00	1	352,85	1.00	69	342.314,0	00.00	1	393,92	1.00
Total	.040	00.00	4	00.00	00.00	1	352,85	1.00	69	00.00	00.00	1	393,92	1.00

Tabela 4. Demandas físicas e gastos que não foram pactuados na PPI-2006 da especialidade de cirurgia (Produção de Internação Hospitalar - 2019) referente aos municípios *encaminhadores* para municípios da 12ª Região de Saúde, Pernambuco, Brasil

Região	Município	Produção de Internação Hospitalar - 2019					
		Físico		Financeiro		Média de valores	Razão de médias
		N	%	N	%		
I	NAZARÉ DA MATA	4	2.30	792,31	1.43	198,08	0.62
	VICÊNCIA	1	0.57	445,51	0.81	445,51	1.40
	JUPI	1	0.57	313,44	0.57	313,44	0.99
	ALIANÇA	48	27.59	17.801,56	32.22	370,87	1.17
	FERREIROS	4	2.30	1.483,40	2.69	370,85	1.17
II	GOIANA	1	0.57	695,77	1.26	695,77	2.19
	ITAMBÉ	32	18.39	10.883,99	19.70	340,12	1.07
	ITAQUITINGA	26	14.94	9.913,35	17.94	381,28	1.20
	MACAPARANA	5	2.87	1.777,73	3.22	355,55	1.12
	SÃO VICENTE	3	1.72	974,29	1.76	324,76	1.02
	FERRER						
	TIMBAÚBA	29	16.67	5.695,80	10.31	196,41	0.62
OUTRO ESTADO	20	11.49	4.468,08	8.09	223,40	0.70	
Total		174	100.00	55.245,23	100.00	317,50	1.00

Fonte: Elaborada pelos próprios autores baseados em dados do SISPP-2006/SES/Pernambuco e SIH/Datasus/Ministério da Saúde.

Nota: Razão de valor médio corresponde a relação entre o valor médio pactuado ou executado e o valor médio total pactuado ou executado.

4.3. Fluxos assistenciais de procedimentos cirúrgicos

Os municípios de Timbaúba e Goiana apresentam o maior fluxo de pactuação; em seguida, observa-se Recife com o maior fluxo para receber municípios encaminhadores da 12ª RS (Figuras 1a e b). Mais uma vez voltando-se a justificar o fato de os municípios polos recebedores não apresentarem um amplo escopo de procedimentos relacionados ao componente cirúrgico, necessitando de referências para além dos serviços da região. Todavia, percebe-se que o fluxo da produção de 2019 foi menor que o da pactuação para esses municípios (Figuras 1a e b).

Outro ponto importante a ser observado é o alto fluxo de produção de encaminhamentos dos municípios da 12ª RS para o município de Paulista, porém, ele não apresenta pactuação alguma com esses municípios em 2006 (Figuras 1b). O contrário acontece com o município de Abreu e Lima, que apresenta pactuação na PPI, mas não há produção em 2019 (Figuras 1a e b).

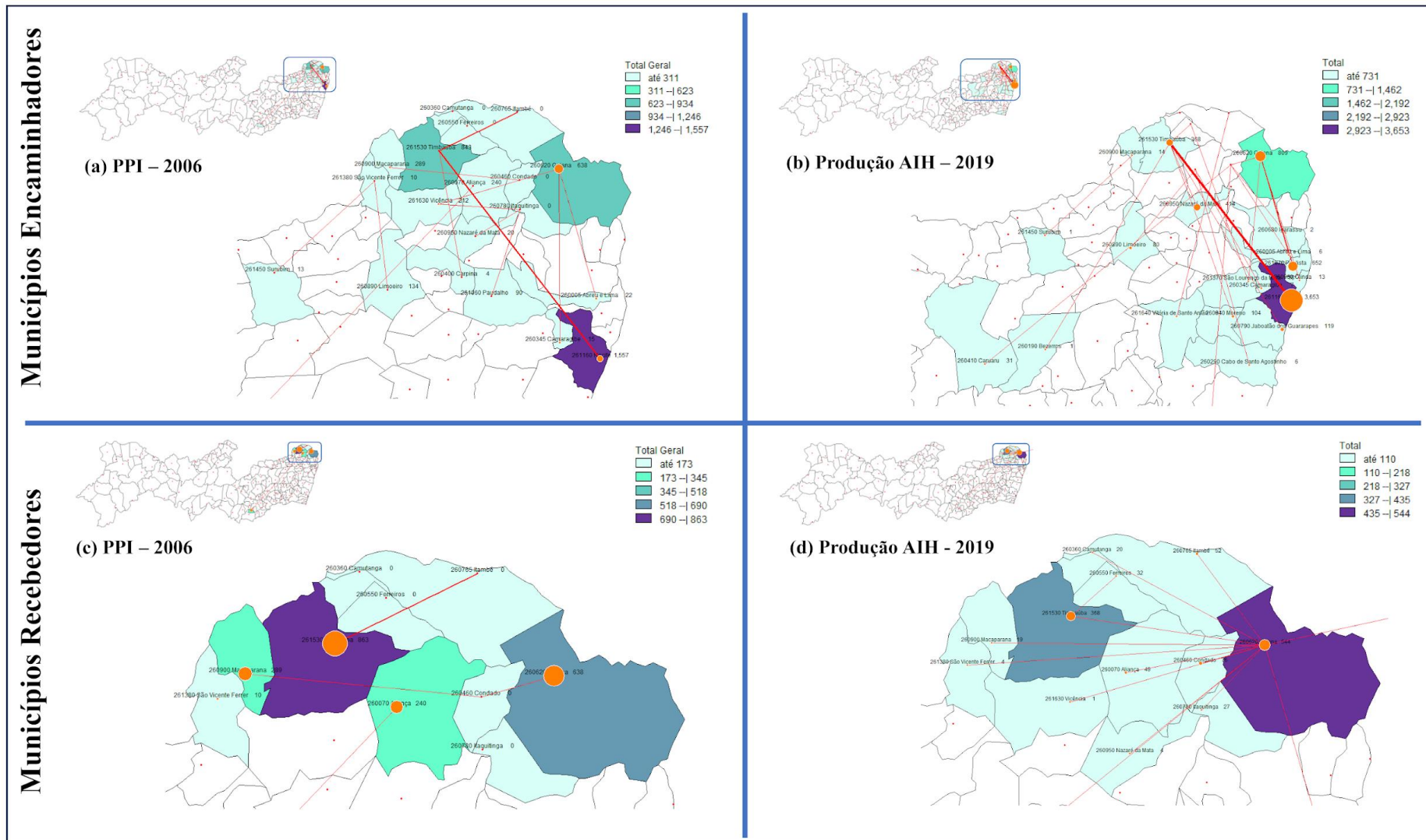
Observa-se que o maior fluxo pactuado em municípios recebedores foi Timbaúba; em seguida, com um menor fluxo de pactuação, está o município de Goiana (Figura 1c). Os fluxos de recebimento por produção se dão com maior volume nos municípios de Goiana e Timbaúba, e os municípios de Macaparana e Aliança apresentam uma produção (2019) menor do que foi pactuado em 2006 (Figura 1d). Vale destacar a presença de municípios que não compõem a região de saúde e não estão na pactuação, mas que apresentaram produção em 2019, a exemplo de Nazaré da Mata e Vicência. Isso pode ser justificado pelo fato de estarem localizados nas proximidades (Figura 1d).

5. Conclusão

A PPI se mostrou um marco importante no planejamento estratégico de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, pois consolidou uma ferramenta que tinha como objetivo ampliar o acesso e fortalecer as redes de atenção à saúde, democratizando a informação em saúde. Também a princípio constitui-se como um instrumento importante que permitiu orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde.

Como um relevante instrumento de planejamento e negociação, existe a necessidade sumária da PPI ser considerada uma discussão permanente e contínua, tanto em nível municipal como na esfera estadual, de forma que utilize o processo de governança para tratar do tema, sendo o palco social principal a CIR como ambiente de discussões e fortalecimento a ferramenta do Planejamento Regional Integrado.

Figura 1. Comparação de fluxo assistencial de cirurgia por municípios de encaminhamento segundo Programação Pactuada Integrada (PPI) 2006 e produção de internação hospitalar (2019). 12ª Região de Saúde, Pernambuco



Fonte: Elaborada pelos próprios autores com base em dados do SISPPPI-2006/SES/Pernambuco e SIH/Datasus/Ministério da Saúde.

Nota: PPI – Programação Pactuada Integrada

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

No entanto, observa-se que a PPI como instrumento de planejamento não foi revisada e atualizada, e, conseqüentemente, os municípios não tiveram a flexibilidade de propor mudanças operativas e até mesmo gerenciais, o que envolve a institucionalização do processo de governança no que diz respeito aos limites financeiros, mesmo que limitados e escassos.

Uma das limitações da análise da PPI é a de não possibilitar a identificação da necessidade de saúde da população, pois só é possível identificar aqueles que tiveram acesso ao serviço. Cabe destacar também a fragilidade da governança para esse processo, pela defasagem dos recursos. Há a necessidade da implementação de um novo instrumento, como, por exemplo, a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), e que essa nova programação seja um processo dinâmico com um monitoramento efetivo e que permita novas pactuações.

Essas discussões também devem ser pensadas considerando o aporte estrutural e organizacional dos serviços de saúde da região, com o intuito de dar uma maior visibilidade ao componente hospitalar cirúrgico e aumentar o escopo de procedimentos por meio de melhorias e ampliação.

Cabe destacar que, no processo de implementação da PPI, era de fundamental importância a atualização da tabela de procedimentos do SUS, que, apesar de não ter sido o foco deste estudo, pode influenciar diretamente na efetivação das ações pactuadas no instrumento.

Por fim, é necessário também que se desenvolvam novos estudos técnicos e acadêmicos para aprofundar estratégias de ajustes da PPI considerando a realidade locorregional que venham a desenvolver novas definições e parâmetros de análise, processo de planejamento e gestão com governança de redes de atenção à saúde, e um contínuo e permanente monitoramento e avaliação.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>. Acesso em: 24/5/2022.
2. Gonçalves VS. Programação Pactuada Integrada da assistência e o Sistema Estadual de Regulação: Limites e possibilidades na garantia de acesso da população fluminense às ações e serviços de saúde em cirurgia cardíaca de alta complexidade. Rio de Janeiro, 2015.
3. Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO de, Pereira PHB, Guabiraba KP de L. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis* [Internet]. 2021;31(1). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>

4. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília, 6ª ed. 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf Acesso em: 17/11/2022.
5. Silva EN da, Silva MT, Pereira MG. Estudos de avaliação econômica em saúde: definição e aplicabilidade aos sistemas e serviços de saúde. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2016;25(1). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000100023>
6. Pernambuco. Comissão Intergestores Bipartite de Pernambuco. Aprovar a Composição e atribuições dos Grupos Condutores da I, II, III e IV Macrorregião do Planejamento Regional Integrado - PRI do Estado de Pernambuco. Resolução CIB/PE Nº. 5623, de 25 de novembro de 2021. Lex: Diário Oficial do Estado de Pernambuco, Ano XCVIII, Nº 22, de 27 de novembro de 2021.
7. Rivera FJU. Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2003.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas para o planejamento estratégico das Secretarias Estaduais de Saúde – SES. Brasília, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_planejamento_estrategico_secretarias_estaduais_saude.pdf Acesso em: 23/8/2023
9. Souza Filho, R. Gestão democrática e serviço social [livro eletrônico]: princípios e propostas para a intervenção crítica. 1. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2018 (Coleção biblioteca básica de serviço social; v.7).
10. Mendes EV. O lado oculto de uma pandemia: A terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível. CONASS: Brasília, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1223372>. Acesso em: 10/11/2022.
11. Moreira LCO. Planejamento em saúde: A Programação Pactuada e Integrada da assistência à saúde no estado de Mato Grosso do Sul. 2017. Tese (Doutorado): Saúde e Sociedade. Campo Grande, 2017.
12. Aleluia ÍRS, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Viana ALD. Gestão do SUS em regiões interestaduais de saúde: análise da capacidade de governo. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2022;27(5). <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.10392021>
13. Moreira LC de O, Tamaki EM. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. *Interações (Campo Grande)* [Internet]. 2017;18(4). <https://doi.org/10.20435/inter.v18i4.1454>
14. Borges FT, Garbin CAS, Moimaz SAS, Siqueira CE. Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde: O papel das organizações sociais. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

15. Silva EC, Gomes MH. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. Saudesoc [Internet]. 2014;23(4). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400021>

Participação dos autores na elaboração do artigo original:

Autor 1: Trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise de dados e elaboração e redação final do texto.

Autor 2: Trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise de dados e elaboração e redação final do texto.

Autor 3: Trabalhou na concepção teórica, coleta de dados, análise de dados e elaboração e redação final do texto.