



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL**

MANUAL DE ORIENTAÇÕES TÉCNICAS

PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA - PPI

Porto Alegre, Agosto de 2008

Secretário de Estado da Saúde
Osmar Gasparini Terra

Diretora do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Agláé Regina da Silva

Coordenação do Grupo Técnico da PPI
Titular - Aglaé Regina da Silva
Suplente – Maria Salete Lermen Sulzbach

Representantes do Conselho Estadual da Saúde
Titular - Arno Feigel e Igenes Maria Serpa de Oliveira

Representantes da Associação Gaúcha de Consórcios Públicos
Titular – Daniela Miranda
Suplente – Suian Luz

Representantes da Secretaria Estadual da Saúde/RS
Daniel Camiansky – DAHA
Gládis Tyllmann – DAS
Rita Mara Chagas Ribeiro – DAHA
Sandra Chiesa Pinheiro – 5ª CRS
Sodenir Couto Bonfada – DAHA

Representantes do Coordenação da Programação da Assistência – Ministério da Saúde
Alex de Oliveira Meireles e Ana Lúcia Camargo

Representantes da ASSEDISA
Arilson da Silva Carlos
Fábia Antunes
Luciano Von Saltiel
Marcos Lobato
Roberto Mielle

DATASUS/RS
Olmiro Amaral
Veralice Fernandes

Agradecimentos especiais:

- Aos colaboradores na formulação dos Agregados das Áreas Técnicas:

Clair Battastini

Eduardo Antonio Miranda Lopes

Ericlea S. Leão de Souza

Fátima Regina Luz da Rosa

Sandra Chiesa Pinheiro

- Aos Médicos da Coordenação de Auditoria Médica Estadual - CAME

- Aos técnicos do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial - DAHA

- Aos técnicos do Departamento de Ações de Saúde - DAS

- Aos técnicos do Centro Estadual de Vigilância em Saúde - CEVS

- As Secretarias Municipais de Saúde de Porto Alegre, Caxias do Sul e Gravataí por disponibilizar técnico(s) para fazer parte do grupo de trabalho.

SUMÁRIO

1 – APRESENTAÇÃO.....	4
2– INTRODUÇÃO.....	5
3 – DEFINIÇÃO DA PPI DA ASSISTÊNCIA.....	6
4 – OBJETIVOS.....	6
5 – PRINCIPAIS DIRETRIZES.....	6
6 – BASE LEGAL.....	7
7 – EIXOS ORIENTADORES DA PPI DA ASSISTÊNCIA.....	7
7.1 - CENTRALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	8
7.2 – AGREGADOS DA ÁREAS TÉCNICAS.....	13
7.3 – ABERTURAS PROGRAMÁTICAS NO SISTEMA SISPPI.....	14
7.3.1 – AGREGADOS DO SISTEMA SISPPI.....	15
7.3.2 – ATENÇÃO BÁSICA E DE MÉDIA COMPLEXIDADE.....	15
7.3.3 – ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL.....	16
7.3.4 – MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR.....	16
7.3.5 – ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR.....	17
7.3.6 – LEITOS COMPLEMENTARES.....	17
7.4 – INTEGRAÇÃO DAS PROGRAMAÇÕES.....	18
7.5 – COMPOSIÇÃO DAS FONTES DE RECURSOS FINANCEIROS A SEREM PROGRAMADOS.....	18
7.6 – O PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO E AS RELAÇÕES INTERGESTORES.....	18
7.6.1 – MÓDULO ESTADUAL.....	18
7.6.2 – MÓDULO MUNICIPAL.....	18
7.7 – CONSOLIDAÇÃO DA PPI ESTADUAL.....	19
8 – ATUALIZAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO.....	19
9 – ACOMPANHAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.....	19
10 – SISTEMA INFORMATIZADO DA PPI – SISPPI.....	20
11 – CONCLUSÃO.....	20
12 – BIBLIOGRAFIA.....	20
13 – ANEXOS.....	20
13.1 – ANEXO 1 – ÁREAS ESTRATÉGICAS	
13.2 – ANEXO 2 – AGREGADOS DAS ÁREAS TÉCNICAS	
13.3 – ANEXO 3 – PARÂMETROS AMBULATORIAS INDICATIVOS	

1 - APRESENTAÇÃO

O Pacto de Gestão vem resgatar a “responsabilidade sanitária” dos Gestores sobre seus municípios, atribuindo-lhes a responsabilidade de prover a população de todos os recursos necessários para sua Atenção Integral, por meio dos Pactos Intergestores.

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência, é considerada uma dimensão inseparável do processo geral de planejamento em saúde, e deve estar orientada pela busca de solução dos principais problemas de saúde da população. A PPI é a quantificação das ações descritas no Plano de Saúde, a partir de parâmetros definidos para uma população, com alocação de recursos financeiros.

O presente Manual não pretende dar conta de todas as dimensões a serem consideradas em um processo de programação, mas oferecer aos Gestores Municipais subsídios para sua elaboração.

Este Manual visa sistematizar o trabalho das áreas técnicas e apontar diretrizes de reestruturação do processo e enfoques metodológicos adequados que possam orientar a elaboração de uma nova proposta a ser desenvolvida.

2 – INTRODUÇÃO

O modelo que se propõe é o da conformação de redes de serviços regionalizadas, a partir da instituição de dispositivos de planejamento, coordenação e regulação, estruturando o que se denominou de “redes funcionais”. Pretende-se, com sua organização, garantir, da forma mais racional possível, o acesso da população a todos os níveis de atenção.

Essa articulação entre os serviços de diversos graus de agregação tecnológica localizados num mesmo município, bem como os mecanismos e instrumentos para a definição das referências pactuadas entre os municípios, será objeto de consideração da proposta de Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde.

A programação deve procurar integrar as várias áreas de atenção à saúde, em coerência com o processo global de planejamento, considerando as definições anteriores expressas nos planos de saúde e as possibilidades técnicas dos diversos municípios. Essa integração deve se dar no que diz respeito à análise da situação de saúde e estimativa de necessidades da população e definição das prioridades da política de saúde em cada esfera, como orientadores dos diversos eixos programáticos.

As propostas de programação no SUS refletem, em geral, determinadas intencionalidades, guardando maior ou menor coerência com as orientações das políticas de saúde, buscando reforçar a direcionalidade dessas políticas no campo estrito do custeio da atenção.

3 – DEFINIÇÃO DA PPI DA ASSISTÊNCIA

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, que deve estar de acordo com o processo de planejamento, onde são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada município, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

A PPI é Pactuada à medida que as referências tem de ser negociadas.

A PPI é Integrada com as Ações de Vigilância em Saúde.

4 - OBJETIVOS

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

Os principais objetivos do processo de programação pactuada e integrada são:

- Buscar a equidade de acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;
- Orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde;
 - Definir que os limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios serão compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências de outros municípios.
- Contribuir para a organização das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde;
- Dar transparência aos Pactos Intergestores resultantes do processo da PPI da Assistência e assegurar que estejam explicitados no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso (PT GM nº 1.097 de 22/05/06).

5 – PRINCIPAIS DIRETRIZES

- A programação é realizada prioritariamente por áreas de atuação, a partir das ações básicas de saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade;
- A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação do sistema o SisPPI, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;
- A programação da assistência deve buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;
- O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;
- A programação deve ser realizada a cada gestão de governo, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações no fluxo de atendimento ao usuário, na oferta de serviços, na tabela de procedimentos e no teto financeiro;
- A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde;
- A programação pactuada e integrada deve ter relação com o desenho da regionalização da saúde.

6 - BASE LEGAL

Norma Operacional Básica 1996:

- Normalizar o processo de descentralização e organização do SUS.
- Cria o Piso de Atenção Básica com pagamentos per capita.
- Essa norma propôs a realização de uma Programação Pactuada e Integrada - PPI.

Norma Operacional de Assistência à Saúde 2001:

- Essa norma propôs uma forma de regionalização, organizando os municípios em módulos e microrregionais de saúde.
- Fortalecimento da capacidade de Gestão do SUS: do Processo da PPI.

Pacto pela Saúde :

Tem como base as seguintes diretrizes: Descentralização, Regionalização, Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada, Regulação, Participação e Controle Social, Trabalho e Educação na Saúde.

Portaria GM nº 1.097 de 22/05/06:

Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

- Regulamentou a PPI da Assistência.

7 - EIXOS ORIENTADORES - PPI DA ASSISTÊNCIA

O processo da Programação Pactuada e Integrada deverá nortear-se pelos seguintes eixos orientadores:

7.1 - Centralidade da Atenção Básica

7.2 - Agregados das Áreas Técnicas

7.3- Aberturas Programáticas no Sistema SISPPPI

7.4 - Integração das Programações

7.5 - Composição das Fontes de Recursos Financeiros a serem Programados

7.6 - Processo de Programação e as Relações Intergestores

7.1 - CENTRALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

A Programação da Atenção Básica aqui apresentada está fundamentada nos resultados e nas discussões realizadas pelo grupo de trabalho composto pelas diversas áreas técnicas da SES e representantes da ASSEDISA, que subsidiarão e orientarão a Programação Pactuada e Integrada da Assistência para o Estado do Rio Grande do Sul.

Para a Programação nos embasamos na Portaria Nº 648/GM de 28/03/06 que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica e a Portaria Nº1097 de 22/05/06, que define o processo de Programação Pactuada e Integrada constante nas Série Pactos pela saúde Vol . 4 e 5.

O fortalecimento da atenção primária/básica é o eixo fundamental para a reorientação do modelo assistencial do SUS, sendo resolutivo para cerca de 85% das necessidades de atenção à saúde da população. Para organizar e atender a estas necessidades há políticas e estratégias como Saúde da Família, ACS e outras que privilegiam a vinculação da clientela.

Com a adoção destas estratégias e políticas objetiva-se o fortalecimento de modelo de atenção voltado para organização dos serviços de atenção básica, fortemente orientados para as ações de promoção e prevenção em saúde, buscando-se romper com a hegemonia do cuidado curativo centrado na atenção hospitalar. Busca-se viabilizar o acesso universalizado e equânime aos serviços de saúde, através de estruturação de Redes Funcionais, regionalizadas, organizadas, garantindo o acesso da população a todos os níveis de atenção.

A Atenção Básica é responsável pela modulação da demanda aos demais níveis tecnológicos não só referenciando, mas assumindo compromissos e responsabilidades (ex: diminuir internações por condições sensíveis a ações da atenção básica). Se modula, é fundamental, que auxilie na organização e hierarquização da demanda.

Todo o arsenal tecnológico e terapêutico deveria servir de estrutura de suporte e retaguarda especializada às equipes básicas.

Em nosso País a vigência de modelos voltados para o curativo, tornaram os serviços de maior complexidade, relativamente independentes, com fluxos de demandas desorganizados, com pressões aos gestores por patamares mínimos de demanda.

Visando a organização da rede, deve-se partir das ações básicas de saúde e das referentes à urgência e emergência para compor o rol de ações de maior complexidade tecnológica.

As ações de média complexidade, devem ser oriundas das demandas da atenção básica, tendo como missão:

- a resolubilidade de ações que possam evitar o agravamento das situações mórbidas referenciadas.

- Reduzir ao máximo a evolução de agravos que possam demandar uma atenção de maior complexidade.

- Garantia da continuidade do cuidado na rede básica : contra-referência.

A lógica orientadora do processo de planejamento e programação está fundamentada nos seguintes princípios:

- a organização do sistema visando a hierarquização dos serviços de saúde, considerando os níveis de complexidade visando a integralidade.
- Estabelecer patamares mínimos de demanda orientada pelos problemas e estratégias da atenção básica, não apenas na dimensão assistencial mas também de promoção e prevenção
- Programação orientada por prioridades
- As prioridades constantes no Pacto pela Vida

No pacto pela vida, Portaria nº 325 de 21/02/08 estão estabelecidas as prioridades do Pacto pela Vida :

- 1- Atenção à saúde do idoso;
- 2- Controle do câncer de colo de útero e de mama;
- 3- Redução da mortalidade infantil e materna;
- 4- Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS;
- 5- Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- 6- Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e
- 7- Saúde do Homem.

Esta lógica está voltada para a solução de problemas prioritários de saúde, fundamentada na metodologia de enfoque por problema, constantes no Pacto pela Vida. São os seguintes:

- Mortalidade Infantil
- Mortalidade Materna
- Câncer de Mama
- Câncer de colo uterino
- Hanseníase
- Tuberculose
- Diabetes
- Hipertensão

No processo de planejamento e programação, os municípios devem ter presente a pactuação e compromissos em relação a contemplação de ações para diminuição/solução destes problemas.

Visando atingir estes objetivos e assegurar a resolutividade programar as ações da Atenção Básica contemplando, no mínimo, as 16 áreas estratégicas: saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto, saúde do idoso, Alimentação e Nutrição, Saúde bucal, Saúde do Trabalhador, Saúde da Pessoa com deficiência, Saúde Mental, Urgência, Tuberculose, Hanseníase, Hepatite, Meningite, DST/AIDS. Os municípios poderão agregar outras áreas, com ações e procedimentos, de acordo com o perfil epidemiológico de sua realidade.

As áreas contemplam os seguintes cuidados e atenção:

- ✓ Saúde da mulher
 - Pré natal risco habitual
 - Pré natal alto risco
 - Planejamento familiar
 - CA de colo
 - CA de mama
- ✓ Saúde da criança
 - Crescimento e desenvolvimento
 - Doenças preveníveis
 - afecções respiratórias
 - asma
 - diarreia

- Saúde Ocular
- Triagem auditiva neonatal
- ✓ Saúde do Adolescente
- ✓ Saúde do Adulto
 - Diabetes
 - Hipertensão
- ✓ Saúde do Idoso
- ✓ Saúde Bucal
 - Procedimentos coletivos
 - Procedimentos individuais
- ✓ Alimentação e Nutrição
 - Desnutrição : leve/moderada e grave
 - Anemia
 - Hipovitaminose A
 - Obesidade : infantil/adulto
- ✓ Saúde do trabalhador
 - Exposição a materiais biológicos
 - LER/DORT
 - PAIR
 - Exposição ao benzeno
 - Exposição ao chumbo
 - Intoxicação por agrotóxico
- ✓ Urgências
- ✓ Saúde Mental
 - atenção básica
 - CAPS
 - Ambulatórios
 - Desinstitucionalização
 - Leitos integrais
- ✓ Hepatite
 - ✓ B e C
- ✓ DST/AIDS
 - ✓ Diagnóstico
 - ✓ Acompanhamento clínico em portadores HIV

- ✓ Hanseníase
- ✓ Tuberculose
- ✓ Meningite

Tornar a Atenção Básica mais resolutiva, diminui a necessidade de Assistência nos outros níveis.

Programamos a partir de parâmetros apresentados no Livro Nº 5 da Série Pactos, compusemos grupos de trabalhos Bipartite, com participação das áreas estratégicas, da Atenção Básica e Vigilância em Saúde e municípios. Analisamos situação de saúde, estudos e/ou informação sobre demandas, séries históricas, informações de instituições de ensino e pesquisa, estudos e artigos científicos, construindo consensos.

Com estes dados e estudos, o grupo de trabalho e as áreas estratégicas compuseram parâmetros para a nossa realidade estadual, considerando os Pactos firmados, precedida de estudos e informações constantes em diagnósticos de situação, perfil epidemiológico, normas técnicas, Portaria 1101, séries históricas, sistemas de informação como SINASC, SIA, SIAH, SIAB, PROGRAB, parâmetros internacionais estudos e pesquisas científicas informações e estudos de Instituto de Ensino e Pesquisa, e outros dados. Estes parâmetros representam as necessidades para o cuidado e assistência em cada etapa do ciclo de vida, e áreas de atenção transversais que perpassam todo o desenvolvimento.

As bases orientadoras do processo tiveram como foco a linha do cuidado e a integralidade, visando superar a fragmentação observada no sistema. A programação foi realizada a partir da atenção básica, integrando ações e procedimentos com os outros níveis de complexidade, a partir da articulação e das demandas provenientes da Atenção Básica e Vigilância em Saúde, quando possível.

Obtivemos assim, parâmetros ideais que representam necessidades em saúde, e metas do que pretendemos atingir. Alguns parâmetros de algumas áreas estão muito próximas do que é possível realizar, e outras ainda distantes, cujos parâmetros comporão um Plano de Assistência norteador de ações e procedimentos a serem incorporados pelo sistema, no futuro. Buscamos então, através de consenso, parâmetros possíveis, considerando capacidade instalada, recursos humanos, recursos financeiros.

Tendo em vista que estes parâmetros visam subsidiar as decisões dos gestores, as áreas estratégicas sugerem prioridades da programação, constantes na coluna Ajustes, e para alguns procedimentos nas Planilhas Excel da Média e Alta Complexidade.

Na programação municipal considerar e planejar programação que viabilize o alcance das metas e compromissos pactuadas (Pacto pela Vida, e outros).

A consolidação desta programação, com parâmetros sugestivos, encontram-se no Anexo1.

7.2 - AGREGADOS DAS ÁREAS TÉCNICAS

Considerando a necessidade de orientar os Gestores Municipais de Saúde para o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência, buscou-se junto às diferentes áreas técnicas de atenção à saúde, integrando-se os técnicos da Secretaria Estadual de Saúde e dos Municípios, indicativos de necessidade da população do Estado do Rio Grande do Sul.

As áreas técnicas trabalhadas, e que constam como anexos deste Manual de Orientações Técnicas da PPI são, as não contempladas nos estudos das Áreas Estratégicas:

ÁREAS TÉCNICAS:

- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia de Cabeça e pescoço
- Cirurgia Geral
- Cirurgia Pediátrica
- Cirurgia Plástica
- Cirurgia Vascular
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Geriatria
- Genética
- Hematologia
- Infectologia
- Mastologia
- Nefrologia
- Neurologia e Neurocirurgia
- Oftalmologia
- Oncologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Otorrinolaringologia
- Pneumologia

- Proctologia
- Reumatologia
- Urologia

Para definição dos parâmetros indicativos de necessidade, foi considerado o quantitativo de 100 consultas médicas, nas diferentes áreas. Portanto, para 100 consultas, buscamos identificar qual a necessidade de diagnóstico, terapia e demais procedimentos, denominando este conjunto de procedimentos de “Agregados das Áreas Técnicas”.

Alguns destes parâmetros não são os apontados como ideais, visto que buscamos adequá-los a nossa capacidade operacional a curto prazo, sem, no entanto, causar prejuízo ao mínimo necessário e, por conseguinte, determinar impacto na saúde da população. Como a PPI é um processo dinâmico, sistematicamente serão revistos os indicativos.

Outro ponto a ser destacado é o Teto Financeiro do Estado do Rio Grande do Sul e sua Macroalocação para a Programação da:

- Média Complexidade Ambulatorial
- Alta Complexidade Ambulatorial
- Média Complexidade Hospitalar
- Alta Complexidade Hospitalar

O limite financeiro para Programação da Média Complexidade Ambulatorial de cada município é definido de forma per capita, dentro do recurso alocado para tal fim.

Frisamos que os parâmetros apontados pelas áreas técnicas nas planilhas Anexo 2 são indicativos, e que os procedimentos devem ser programados observando as peculiaridades de cada município, dentro do limite financeiro macroalocado.

7.3 - ABERTURAS PROGRAMÁTICAS NO SISTEMA SISPPPI

Aberturas Programáticas podem ser entendidas como níveis de agregação das ações de saúde, a atribuição de metas e a alocação de recursos financeiros disponíveis para o seu custeio.

Na PPI anterior, a agregação dos procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS eram em três blocos ou elencos (M1, M2 e M3). Os agregados eram fixos, por subgrupos e misturavam valores díspares, complexidades e executores diversos, sem levar em conta a forma de financiamento.

Atualmente temos flexibilidade no nível de agregação dos procedimentos, seguindo a estrutura da Tabela Unificada para a área Ambulatorial.

Na Programação da Atenção Básica e Média Complexidade Ambulatorial considera-se as áreas prioritárias definidas pelos Gestores e pactuadas na CIB/RS.

Na alta complexidade, optou-se pela utilizando-se os leitos constantes no CNES.

Para as Internações Hospitalares foi definida utilizando-se as especialidades clínicas disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

A incorporação da totalidade das ações realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde é fundamental para que a programação reflita a realidade dos serviços. Portanto, torna-se imprescindível que também se programe as ações financiadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, de acordo com as aberturas programáticas definidas.

7.3.1 - AGREGADOS DO SISTEMA - SISPPPI

A programação das ações da Atenção Básica e da Média Complexidade Ambulatorial, que não estão organizadas por áreas estratégicas, é orientada pela estrutura da Tabela Unificada de Procedimentos. Cada grupo da tabela poderá ser desagregado em subgrupo, forma de organização ou procedimento, cabendo ao gestor optar pelo nível de agregação coerente com as suas necessidades. Diferentes níveis de agregação poderão ser utilizados em um mesmo grupo, possibilitando maior adequação às realidades locais.

Nos procedimentos agregados do sistema utilizou-se a análise da série histórica de 2007 (físico e financeiro) com atualização dos valores financeiros (tabela unificada), e em conjunto com as áreas técnicas definiu-se um novo parâmetro, expresso em per capita físico para a população em geral (nº procedimentos/habitante/ano).

Como exemplo cito o Grupo do Radiodiagnóstico que até então usávamos um parâmetro de 8% do total de 2 consultas hab/ano. A partir da efetivação da PPI vamos usar um Parâmetro per capita físico para alguns sub-grupos do Diagnóstico por Radiologia. Destacamos o procedimento da Mamografia Bilateral que terá como parâmetro indicativo um per capita físico de 0,0203546537 ao custo médio de R\$ 45,00.

Quanto ao parâmetro das Consultas que até então usávamos duas consultas hab/ano, passamos a utilizar a partir da PPI usar um parâmetro indicativo per capita para as Consultas Especializadas pelo Código Brasileiro de Ocupação – CBO.

7.3.2 - ATENÇÃO BÁSICA e MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL

A programação da Atenção Básica e Média Complexidade Ambulatorial deve prioritariamente partir das áreas estratégicas.

A Programação da Atenção Básica é de responsabilidade dos Municípios e não está previsto referenciamentos.

Para a Média Complexidade Ambulatorial a lógica da programação será ascendente, onde os municípios programam as ações de sua população e realizam os encaminhamentos para outros municípios, daquelas ações que não possuem oferta, por insuficiência ou inexistência de capacidade instalada, sempre deve estar de acordo com processo da regionalização.

7.3.3 - ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL

A programação da Alta Complexidade Ambulatorial será feita por dois grupos:

- Procedimentos com finalidade diagnóstica
- Patologia Clínica especializada(Hepatites virais)
- Radiodiagnóstico (Angiografia, Neuroradiodiagnóstico)
- Medicina Nuclear
- Densitometria Óssea
- Tomografia
- Radiologia Intervencionista
- Hemodinâmica

Procedimentos para tratamento clínico que compõem as rede de serviços (definições da Política de Alta Complexidade do MS). Estão previstas as seguintes aberturas programáticas:

- Nefrologia (Hemodiálise, Diálise peritoneal, exames complementares de média complexidade)
- Oncologia (Quimioterapia – oncologia clínica, hematologia, oncologia pediátrica)
- Radioterapia (Radioterapia geral, Braquiterapia, Betaterapia, Roentgenoterapia/cantatoterapia, Radiocirurgia/radioterapia estereotáxica, outros)
- Reabilitação (Saúde Auditiva, Bolsas de Colostomia, Reabilitação Física)
- Saúde do Trabalhador
- Litotripsia
 - Hemoterapia (Triagem clínica de doador, coletas, sorologia total, exames imunohematológicos, processamento, pré-transfusional, transfusional e outros procedimentos).

As ações de Alta Complexidade Ambulatorial e algumas de média complexidade (saúde trabalhador, parte da reabilitação e exames para diagnóstico e acompanhamento das hepatites virais) que apresentam características de estarem concentradas em alguns pólos, serão programadas com a lógica descendente, onde as referências serão definidas a partir dos municípios que realizam este tipo de atendimento, definindo sua área de abrangência e mantendo consonância com a regionalização.

7.3.4 - MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR

A programação da média complexidade hospitalar deve ser orientada pelas clínicas (Cirúrgicas, Obstétricas, Pediátricas, Clínicas, Outras especialidades e Hospital Dia) de acordo com a distribuição Leitos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

A lógica da programação da média complexidade hospitalar será ascendente, onde os municípios programam as internações de sua população e realizam os encaminhamentos para outros municípios, daquelas que não possuem oferta, por insuficiência ou inexistência de capacidade instalada, mantendo consonância com o processo de regionalização.

Quanto a distribuição das internações hospitalares **de média e alta complexidade** entre as clínicas ficou definido:

Tipo de Leito	Percentual
Cirúrgicos	29,23
Clínicos	35,42
Hospital Dia	0,29
Obstétricos	15,37
Outras Especialidades	4,99
Pediatria	14,69
Total	100,00

7.3.5 - ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR

A programação da Alta Complexidade Hospitalar deve ser orientada pelas Clínicas(Cirúrgicas, Clínicas e Hospital Dia) de acordo com a distribuição de leitos no CNES e considerando os respectivos serviços.

As internações de alta complexidade, que apresentam características de estarem concentradas em alguns pólos, serão programadas com lógica descendente, onde as referências serão definidas a partir dos municípios que realizam este tipo de atendimento, definindo sua área de abrangência, sempre de acordo com o processo da regionalização.

7.3.6 - LEITOS COMPLEMENTARES

A programação das internações realizadas em leitos de Unidade de Tratamento Intensivo - UTI será de acordo com a distribuição do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

A programação destas internações será descendente, pelo fato dos serviços estarem concentrados em alguns pólos, o recurso financeiro será alocado nos municípios, regionalização.

7.4 – INTEGRAÇÃO DAS PROGRAMAÇÕES

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência integra a programação da Vigilância em Saúde (PPI da Epidemiologia e Controle de Doenças) e da ANVISA (PPI da Vigilância Sanitária).

7.5 – COMPOSIÇÃO DAS FONTES DE RECURSOS FINANCEIROS A SEREM PROGRAMADOS

Os serviços de assistência à saúde devem ser financiados com recursos dos três níveis de governo. O nível federal tem assumido parte do custeio dos serviços de assistência à saúde, com as transferências fundo a fundo aos gestores estaduais e municipais, através dos limites financeiros de média e alta complexidade e outras modalidades de transferência de recursos, como o Piso de Atenção Básica – PAB, e o pagamento dos procedimentos cobertos pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

7.6 – O PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO E AS RELAÇÕES INTERGESTORES

As etapas de Programação são:

7.6.1 - MÓDULO ESTADUAL:

O Gestor Estadual em conjunto com a ASSEDISA, define por meio da CIB e CES as situações específicas do campo da assistência.

A macroalocação dos recursos financeiros federais a serem programados pelos municípios e os recursos a serem utilizados para reserva técnica e alguns incentivos permanentes de custeio (INTEGRASUS, SAMU, CEO, e outros.)

Definição dos parâmetros assistenciais a serem adotados de maneira a refletir as prioridades definidas.

Alta Complexidade e recursos com finalidade específica serão registrados no Módulo Estadual, com parâmetros sugeridos por técnicos da Secretaria Estadual da Saúde, por representantes da ASSEDISA, e de municípios pólos, com aprovação da CIB.

7.6.2 - MÓDULO MUNICIPAL:

O processo de programação é descentralizado para os municípios, onde os gestores municipais fazem a adaptação dos parâmetros, adequando-os às prioridades e especificidades locais e promovem o processo de pactuação das referências intermunicipais por meio de fóruns regionais e/ou microrregionais.

A pactuação das referências é realizada entre gestores municipais de saúde com a coordenação do Gestor Estadual.

A programação de procedimentos financiados pelo Piso da Atenção Básica – PAB, é pela quantificação das ações a partir da definição dos parâmetros.

A Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar: definição de parâmetros e encaminhamento de ações não existentes no território.

Programação dos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC.

Este processo resulta na composição dos tetos municipais e na formalização dos pactos de referência.

A lógica de programação pressupõe um processo linear, de transferência de metas referenciadas desde os municípios menores, com baixa estrutura assistencial, até os municípios maiores de maior capacidade resolutiva.

7.7 - CONSOLIDAÇÃO DA PPI ESTADUAL

O Grupo Técnico da PPI, em conjunto com a ASSEDISA analisa os ajustes necessários e realiza a consolidação do teto estadual, gerando os Quadros da PPI Estadual, conforme disposto na PT GM n 1097 de 22/05/06. Neste momento serão identificados os limites financeiros municipais, compostos pelos valores relativos à assistência da população própria e da população referenciada.

A consolidação da PPI Estadual deverá ser aprovada na CIB. Após será encaminhada ao Ministério da Saúde, e publicados no Diário Oficial da União os Limites Financeiros Assistenciais de todos os municípios do Estado.

8 - ATUALIZAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO

A programação deve ser realizada a cada gestão de governo, revisada periodicamente e sempre que necessário, por alterações de fluxo de usuários, de oferta de serviços, na tabela de procedimentos e no teto financeiro.

9 - ACOMPANHAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

O Sistema Único de Saúde, definido na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde de n 8080/90 e 8142/90, tem como diretriz fundamental a descentralização das ações e dos serviços de saúde, com ênfase na responsabilização dos municípios, alterando substancialmente o papel historicamente desempenhado pelos Estados e pela União.

A descentralização das funções de controle e avaliação impõe aos municípios, a superação de métodos que se referenciam principalmente ao controle das faturas (revisão) e

instrumentos de avaliação com enfoque estrutural (vistorias) e do processo (procedimentos médicos) supervalorizados em detrimento do enfoque dos resultados e da satisfação dos usuários.

A avaliação dos resultados das ações e serviços de saúde prestados deve ser sistematicamente realizada em âmbito loco-regional, com a utilização de parâmetros e indicadores de produtividade e de desempenho permeáveis às diferentes realidades, permitindo também a população exercer seus direitos de avaliação do sistema, garantindo a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

10 – O SISTEMA INFORMATIZADO DA PPI - SISPPPI

O SisPPI é uma ferramenta desenvolvida e mantida pelo Ministério da Saúde para registro dos dados de Programação Assistencial realizada pelos Estados e Municípios propiciando um melhor acompanhamento por parte dos Gestores.

11 - CONCLUSÃO

A Programação Pactuada e Integrada - PPI representa um dos momentos do processo de planejamento do Sistema Único de Saúde que agrega tanto funções de alocação de recursos, quanto de reorganização das redes de atenção à Saúde, dando concretude às diretrizes e prioridades expressas nos demais processos e instrumentos gerais de planejamento: Planos de Saúde, Planos Plurianuais e outros.

Para possibilitar a montagem da rede de serviços, é necessário integrar toda a oferta do setor público e incorporar serviços em caráter complementar, quando houver insuficiência ou inexistência na rede pública. Assim a PPI constitui-se num importante recurso capaz de instrumentalizar e apontar a quantidade e diversidade de serviços a serem contratados, a sua localização e os fluxos de referência e contra-referência.

A nova proposta da PPI introduz mudanças nas diretrizes do processo, na lógica de programação, aberturas programáticas e concepção do Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SisPPI), incluindo a etapa da programação municipal.

Para que a PPI seja efetivada deve estar integrada a outros mecanismos de regulação de acesso aos serviços de saúde, bem como o controle e avaliação dos mesmos.

12 – BIBLIOGRAFIA

Série Pactos pela Saúde 2006 – Volume 5 – 2ª edição – Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

13 – ANEXOS

13.1 – ANEXO 1 – ÁREAS ESTRATÉGICAS

13.2 – ANEXO 2 – AGREGADOS DAS ÁREAS TÉCNICAS

13.3 – ANEXO 3 – PARÂMETROS AMBULATORIAIS INDICATIVOS

13.4 – ANEXO 4 – TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO