



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

ANA ALINE MATOS DE MEDEIROS

**SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS,
MEDICAMENTOS E ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE: conhecimento de gestores e profissionais da saúde**

CAMPINA GRANDE- PB

2020

ANA ALINE MATOS DE MEDEIROS

**SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS,
MEDICAMENTOS E ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE: conhecimento de gestores e profissionais da saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Saúde Pública da Universidade
Estadual da Paraíba-UEPB, em cumprimento
aos requisitos necessários para à obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Gabriela Maria Cavalcanti Costa

CAMPINA GRANDE-PB

2020

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M488s Medeiros, Ana Aline Matos de.
Sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e órtese, prótese e materiais do Sistema Único de Saúde [manuscrito] : conhecimento de gestores e profissionais da saúde / Ana Aline Matos de Medeiros. - 2020. 88 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2020.
"Orientação : Profa. Dra. Gabriela Maria Cavalcanti Costa, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."
1. Gestão em Saúde. 2. Assistência ambulatorial. 3. Assistência hospitalar. 4. Sistema de informação. I. Título
21. ed. CDD 614

ANA ALINE MATOS DE MEDEIROS

**SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS,
MEDICAMENTOS E ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE: conhecimento de gestores e profissionais da saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Saúde Pública da Universidade
Estadual da Paraíba-UEPB, em cumprimento
aos requisitos necessários para à obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública

Área de concentração: Saúde Pública.

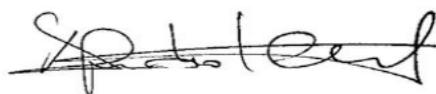
Aprovada em: 30/09/2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª. Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Sergio Ribeiro dos Santos

Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente à Deus pela oportunidade que me foi dada de realizar um mestrado que favoreceu imensamente meu crescimento profissional.

À minha mãe Tânia Maria de Matos minha maior inspiração.

Ao meu irmão Lucas Matos que em toda minha caminhada, sempre me apoiou.

Aos meus tios Maria da Guia, Técia, Arimatea, Edna e meus avós João Damião e Maria do Céu por serem minha fortaleza e apoio.

À minha tia Suely Deysny que sempre me incentivou, me acolheu e me orientou nos momentos mais difíceis da caminhada do mestrado.

A todos os professores do Programa, e em especial à minha orientadora Professora Gabriela, por me aceitar como sua orientanda, me ajudando a superar limites e encontrar possibilidades. Pelos conhecimentos compartilhados e oportunidades proporcionadas ao longo dessa jornada.

À minha amiga Tatiane Isabela, que me acompanha desde a faculdade, e se tornou uma irmã, que me ajudou muito com seus conselhos durante esta caminhada.

Aos amigos e colegas de curso, em especial Rafaela Abrantes e Ellen Tayane que tornaram a jornada mais leve, compartilhando momentos de alegria, tristeza, angústia e ansiedade.

À aluna de graduação Jade, por ter aceitado colaborar com a pesquisa, e sempre ter escutado minhas angústias.

A todos os gestores e profissionais de saúde, que contribuíram com a pesquisa.

Ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, pelas oportunidades.

MEDEIROS, A. A. M. SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: conhecimento de gestores e profissionais da saúde. 2020, 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2020.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde (SUS) unifica os procedimentos ambulatoriais e hospitalares em uma única tabela e, o gerenciamento ocorre através do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS (SIGTAP). **OBJETIVO:** Analisar o conhecimento de gestores e profissionais de saúde sobre o sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM), do SUS. **METODOLOGIA:** Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizada nos quatro municípios sedes das macros regiões (João Pessoa, Campina Grande, Sousa e Patos) da Paraíba. Participaram da pesquisa sessenta e nove pessoas, entre os entrevistados: três eram secretários de saúde municipais, sete agentes públicos que trabalham nas secretárias de saúde municipais responsáveis pelo setor de planejamento e/ou regulação, três gerentes regionais, cinco diretores das unidades hospitalares municipais, e quatro responsáveis pelo setor de faturamento, dezoito enfermeiros, dezesseis médicos, e dezessete cirurgiões dentistas, que pertenciam as unidades de saúde da família com nota *muito bom* no 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. A coleta de dados ocorreu entre outubro/2019 e março/2020. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestrutura, com gravação das entrevistas. Após as transcrições, foi utilizada Análise de Conteúdo de Bardin. **RESULTADOS:** Foi possível identificar que em geral os gestores conhecem o significado do SIGTAP e fazem uso do sistema para planejamento e avaliação de ações e procedimentos, a exceção dos gerentes regionais de saúde, que por não possuírem acesso ao sistema, não o utilizam na sua prática e dos diretores hospitalares, que apesar de saberem sobre o SIGTAP, deixam a cargo do sistema de faturamento o seu uso. No que se refere aos profissionais de saúde, observa-se conhecimento sobre o SIGTAP por parte dos médicos e enfermeiros e a falta de conhecimento técnico dos odontólogos, sobre o SIGTAP, bem como sua estrutura e os valores pagos pelo SUS. Como os profissionais não sabem o valor pago, conseqüentemente não tem compreensão dos valores necessários para a realização desses procedimentos. **CONCLUSÃO:** A subutilização do SIGTAP por parte da gestão, que permanece adotando a lógica de reprodução de código dos

procedimentos, sem a recomendada análise epidemiológica e seus reflexões financeiros e orçamentários, tem comprometido o planejamento e a otimização/ alocação de recursos que atendam às demandas. No que se refere aos profissionais da atenção básica, a escassez de conhecimento e habilidade no manuseio dos profissionais do SIGTAP pode comprometer o registro no sistema ocasionando inadequações ou uso irracional de procedimentos, que indubitavelmente impactará financeiramente o sistema público de saúde.

Palavras-Chave: Gestão em Saúde. Assistência Ambulatorial. Assistência hospitalar. Sistema de informação.

MEDEIROS, A. A. M. SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: conhecimento de gestores e profissionais da saúde. 2020, 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2020.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Table of Procedures, Drugs, Orthoses, Prostheses and Special Materials - OPM of the Unified Health System (SUS) unifies the outpatient and hospital procedures in a single table, and management occurs through the Management Table of the Procedures System, Medicines, Orthotics, Prostheses and Special Materials - SUS OPM (SIGTAP). **OBJECTIVE:** To analyze the knowledge of managers and health professionals about the management system of the SUS table of procedures, medicines, Orthotics and Prostheses and Special Materials (OPM). **METHODOLOGY:** Exploratory and descriptive study, with a qualitative approach, carried out in the four cities that host the macro regions (João Pessoa, Campina Grande, Sousa and Patos) in Paraíba. Sixty-nine people participated in the survey, among the interviewees: three were municipal health secretaries, seven public agents who work in the municipal health secretaries responsible for the planning and / or regulation sector, three regional managers, five directors of municipal hospital units, and four responsible for the billing sector, eighteen nurses, sixteen doctors, and seventeen dental surgeons, who belonged to family health units with a very good score in the 3rd cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care. Data collection took place between October / 2019 and March / 2020. A semi-structured interview script was used, recording the interviews. After the transcriptions, Bardin's Content Analysis was used. **RESULTS:** It was possible to identify that, in general, managers know the meaning of SIGTAP and make use of the system for planning and evaluating actions and procedures, with the exception of regional health managers, who, because they do not have access to the system, do not use it in their practice and hospital directors, who despite knowing about SIGTAP, leave the use of the billing system to their use. With regard to health professionals, there is knowledge of SIGTAP by doctors and nurses and the lack of technical knowledge of dentists, about SIGTAP, as well as its structure and the amounts paid by SUS. As the professionals do not know the amount paid, consequently they do not have an understanding of the amounts necessary to carry out these procedures. **CONCLUSION:** The underutilization of SIGTAP by management, which continues to adopt the logic of code reproduction of procedures, without the recommended epidemiological analysis and its financial and budgetary reflections, has compromised the planning and

optimization / allocation of resources that meet the demands . With regard to primary care professionals, the scarcity of knowledge and skill in handling SIGTAP professionals can compromise the registration in the system, causing inadequacies or irrational use of procedures, which will undoubtedly impact the public health system financially.

Keywords: Health Management. Ambulatory Assistance. Hospital assistance. Information system.

LISTA DE ABREVIATURAS

SUS	Sistema Único de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
NUNES	Núcleo Nacional de Economia da Saúde
DES	Departamento de Economia da Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
MS	Ministério da Saúde
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
SIA/ SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
APURASUS	Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS
SIGTAP	Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
OI	Orçamento de Investimentos das Estatais
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
OSS	Orçamento da seguridade social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
SNAS/MS	Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SUS NOB	Norma Operacional Básica
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
SIA-SUS	Sistemas de Informações Ambulatoriais
SIH-SUS	Sistemas de Informações hospitalares
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 FINANCIAMENTO DO SUS.....	15
4 MÉTODOS	27
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	27
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	27
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	29
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	31
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	32
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	34
5 RESULTADOS	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	69
ANEXOS	77
ANEXO A.....	78
ANEXO B.....	83
APÊNDICE	85
APÊNDICE A.....	87

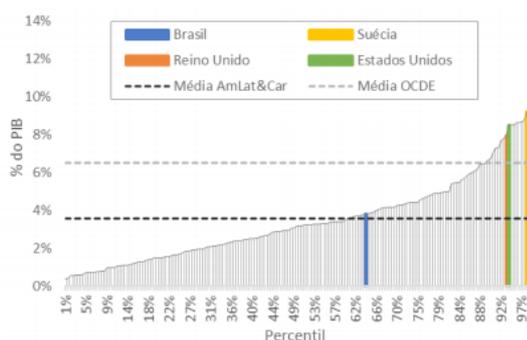
1 INTRODUÇÃO

Em 1988, através da promulgação da Constituição Federal, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual apresenta como princípio o acesso universal da população à saúde, condição esta que, transforma o acesso à saúde gratuito. Sua implantação ocorreu em 1990, através da Lei nº 8.080 (BRASIL,1990), que unificou o sistema de saúde no Brasil e descentralizou a gestão (ALCALDE; KIRSZTAJN, 2018).

No entanto, desde sua institucionalização, que se explicita a necessidade de um equilíbrio entre a remuneração dos prestadores de serviço do SUS e os estabelecimentos contratantes, de forma que o SUS enfrenta uma série de impasses para o cumprimento da sua operacionalidade (MAGALHÃES et al., 2018).Esses impasses estão relacionados ao fato de que os custos dos tratamentos médicos aumentaram, em virtude da modernização dos equipamentos, o surgimento de novas técnicas e medicamentos, além da descoberta de novas enfermidades. Assim, a escassez de recursos tornou a gestão desses custos cada vez mais complexa, sendo necessária uma escolha difícil sobre qual setor da instituição necessita mais da aplicação dos investimentos (MAGALHÃES et al., 2018).

Nesse contexto de escassez de recursos, é imprescindível uma análise detalhada dos diferentes fatores que influenciam o financiamento do sistema de saúde no Brasil. Dessa forma, como primeiro passo para realizar essa análise, é imprescindível identificar quanto do Produto Interno Bruto (PIB), gasta-se com a saúde. Para isso, é necessário apresentar as informações presentes no relatório do Tesouro Nacional: “Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil”. Os dados apresentados no gráfico 1 mostram os gastos públicos com saúde no Brasil equivaleram a 3,8% do PIB, colocando o país no 64º percentil da distribuição mundial de 183 países, ligeiramente superior à média da América Latina e Caribe, de 3,6%. Os países desenvolvidos, por sua vez, aplicam proporcionalmente mais recursos em saúde (em média, 6,5% do PIB) (BRASIL, 2018).

Gráfico 1- Despesas públicas em saúde (% PIB) -2015.



Fonte: Brasil, 2018.

O gráfico mostra, que a solução para o adequado funcionamento do sistema de saúde de um país depende do fator: financiamento suficiente. No entanto, é preciso unir a esse financiamento uma gestão adequada dos recursos obtidos. Mas, para que ocorra essa gestão adequada de custos, deve-se ter em mente que esta não deve ser utilizada como justificativa para o uso de medidas que reduzam a verba aplicada em saúde, em vista da discrepância identificada entre recursos e crescentes necessidades e demandas (FILHO; SILVA, 2009).

Em busca dessa gestão adequada o Núcleo Nacional de Economia da Saúde (NUNES), do Departamento de Economia da Saúde (DES), vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), elaborou o Manual *do* Programa Nacional de Gestão de Custos no âmbito do SUS (BRASIL, 2006).

No entanto, apenas no ano de 2018, foi criado o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS), através da Portaria nº 55, de 10 de janeiro de 2018, com a finalidade de gerar e incentivar a efetiva utilização da informação de custos pelos gestores de saúde, no intuito de aperfeiçoar o desempenho (BRASIL, 2018).

O PNGC surgiu da necessidade de conhecer os custos dos produtos e serviços, para identificar e avaliar seus respectivos resultados, além de aprimorar a própria gestão de custos. Assim, em virtude da crescente complexidade das instituições de saúde integradas ao SUS e do surgimento crescente de tecnologias e procedimentos, este instrumento passou a ser utilizado como eficiente técnica gerencial (utilização das informações de custos, para auxiliar na tomada de decisão), tornando-se parte das ações estratégicas dessas instituições (BRASIL, 2006).

O incremento do APURASUS faz parte de um plano de aperfeiçoamento à gestão de custos em saúde que foi assinalada no âmbito do PNGC e, envolve também apoio técnico e financeiro às secretarias de saúde que adotem voluntariamente o sistema (VIEIRA,2017).

Visando esse apoio financeiro, é importante definir como acontece o financiamento do SUS, que foi viabilizado através da Portaria/GM nº 399/2006, que implantou o Pacto pela Saúde, contemplando três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL,2006). A parte fixa, refere-se à Atenção Básica, financiada por base per capita, enquanto a parte variável é por Teto resultante do cálculo da série histórica da produção da Média e Alta Complexidade (RACHED; MATHIAS, 2018).

Assim, para viabilizar o aperfeiçoamento da gestão de custos, é importante identificar qual o valor dos procedimentos efetuados pelo SUS, buscando qualificar as informações e subsidiar as ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde. Para tanto, foi instituída a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde – SUS (SIGTAP), através da Portaria nº 321 de 8 de fevereiro de 2007, que contém códigos e atributos de todos os procedimentos presentes na portaria, específica no mês de março de 2007 (BRASIL, 2007).

A forma de codificação na Tabela de Procedimentos do SUS permite a identificação do procedimento de forma mais direta. O código é composto por dez dígitos, sendo os dois primeiros correspondentes ao Grupo, o terceiro e quarto correspondem ao Subgrupo, quinto e sexto correspondem a Forma de Organização, os três seguintes são números sequenciais dentro da Forma de Organização e o último é um dígito verificador (MACIEL; FERREIRA; MARIN,2018).

A importância da tabela condiz com o fato de trazer o valor de referência do procedimento, a fonte do recurso, a modalidade da assistência e o instrumento de registro, o atributo financiamento, indica se é Atenção Básica; Média e Alta Complexidade (RACHED; MATHIAS, 2018).

Discussões sobre os valores pagos aos procedimentos realizados pelo SUS, nos níveis de atenção à saúde são cada vez mais necessárias, pois a partir da sua mensuração e análise é possível produzir informações sobre distribuição e utilização dos recursos, essenciais para os processos de gestão do SUS.

Visando melhor alocação pelos gestores do SUS sobre recursos utilizados e disponíveis, as avaliações econômicas do cuidado são um aspecto importante para a

melhoria do sistema de atenção à saúde. Nesse contexto, o financiamento de procedimentos e ações de saúde é relevante para rastrear mecanismos que possam demonstrar possibilidades de financiamento sustentável do sistema de saúde brasileiro.

Portanto, entender a importância do uso das informações sobre valores pagos dos procedimentos e ações na saúde, torna possível aos gestores e profissionais do SUS melhoria nas ações de planejamento e programação de saúde, proporcionando a otimização das ações de saúde, contribuindo para uma distribuição equânime de recursos disponíveis.

Enfatiza-se, a relevância do uso da informação dos valores pagos na saúde, para a melhoria do resultado da política de saúde e da efetividade na gestão dos sistemas. Essa melhoria deve ocorrer em um contexto de agravamento do financiamento do SUS, em virtude do congelamento da aplicação mínima pela União, definida pela Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL,2016).

Deste modo, tornou-se um grande desafio conseguir conciliar gastos e receita dentro das instituições de saúde. Diante desse cenário, é importante que gestores e profissionais de saúde entendam como funciona o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, haja vista que está presente nessa tabela os valores pagos por procedimentos e ações em saúde, divididos em grupos, que apresentam a forma de financiamento, sua complexidade, bem como sua modalidade de atendimento.

Nesse contexto, a pesquisa apresenta como questões norteadoras: Qual o conhecimento de gestores e profissionais do SUS sobre o sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS? Quais os procedimentos mais executados nos municípios considerando a prática diária e/ou análise da SISTAP? Quais os valores pagos para atendimento do serviço ambulatorial, hospitalar e profissional desses procedimentos? Essas informações são utilizadas no monitoramento, avaliação, controle e planejamento?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar que conhecimento os gestores e profissionais de saúde têm sobre o sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM), do SUS.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Averiguar o que gestores e profissionais de saúde sabem sobre a estrutura e a organização da classificação dos grupos e sub grupos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.
- Verificar se os gestores e profissionais de saúde reconhecem as modalidades de atendimento, nível de complexidade e fonte de financiamento, descritas na SIGTAP no geral e, considerando os procedimentos mais executados no município.
- Verificar se os gestores e profissionais de saúde sabem como as informações dos valores pagos por procedimentos são usados para o atendimento do serviço ambulatorial e hospitalar, no monitoramento, avaliação, controle e planejamento, através da análise do SIGTAP.

3 Referencial teórico

3.1 FINANCIAMENTO DO SUS

Entre as décadas de 1960 e 1970, o sistema de saúde brasileiro apresentava como características principais a segmentação e exclusão. Nesse período, uma parcela significativa da população não tinha direito à assistência à saúde e os poucos recursos dos orçamentos públicos destinados ao Ministério da Saúde (MS) e secretarias de saúde de estados e municípios ou dependiam de recursos provenientes da caridade, aplicados em serviços prestados por entidades religiosas ou outras entidades filantrópicas. Além disso, os recursos públicos disponíveis para a saúde estavam altamente centralizados no MS, que atuava principalmente no campo da vigilância à saúde, em ações de controle de doenças transmissíveis e de vigilância sanitária (PIOLA *et al.*, 2009).

Nessa época, os fundos financeiros eram segmentados por categorias profissionais, no entanto, a partir de 1977 foram unificados no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com a função de cuidar, exclusivamente, da assistência médica individual dos segurados da previdência (PIMENTEL *et al.*, 2017).

Essa assistência médica apenas para os segurados, muda com a Constituição Federal de 1988 (CF), visto que, a saúde foi inscrita como direito de todos e dever do Estado (Artigo 193). Esse direito deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Além da universalidade, a CF/1988 estabeleceu entre os princípios e diretrizes do SUS, a integralidade da atenção e a descentralização das ações. Adicionalmente, declarou a saúde como integrante da seguridade social, junto com a previdência e a assistência social (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, a Constituição estruturou o orçamento em três categorias: fiscal, o orçamento das estatais e o orçamento da Seguridade Social. O Orçamento de Investimentos das Estatais (OI), refere-se às empresas em que a União detém, direta ou indiretamente, a maioria do capital social com direito a voto. O orçamento fiscal é composto pelos impostos, sendo o mais importante o imposto de renda, e seus gastos são direcionados a um conjunto de políticas públicas, tais como: defesa nacional, judiciário, educação, administração, trabalho, habitação, cultura, agricultura, transporte, indústria,

comunicação, pagamento da dívida pública, dentre outras. Em suma, abrange todas as políticas setoriais do Estado, exceto aquelas que compõem a seguridade social (CONCEIÇÃO; CISLAGHI; TEIXEIRA,2012).

Através da seguridade social ficou estabelecido que a saúde deveria ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e de contribuições sociais. No governo federal, esses recursos seriam repartidos entre a previdência, à assistência social e a saúde e, no caso desta última, previu-se, conforme consta no Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), uma vinculação de 30% dos recursos do orçamento da seguridade social (OSS) (BRASIL,1988). Esta disposição teria validade até que fosse aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que deveria definir a cada ano qual o percentual a ser destinado à saúde (PIOLA *et al.*,2013). No entanto, na prática, parte desses 30% dos recursos foi usada para custear pagamentos de despesas de outras áreas como as de servidores inativos e da dívida pública (BRASIL, 2013).

Assim, além da criação da seguridade social, o modelo organizacional do sistema de saúde brasileiro passou por várias transformações dentre elas, a municipalização, que se constituiu como guia do processo de descentralização do sistema (UGÁ *et al.*, 2003). Nesse sentido, mediante a diretriz de descentralização associou ao conjunto de entes federados, a responsabilidade pelo financiamento e gestão do sistema. Contudo, na primeira metade da década de 1990, o governo federal continuava responsável por cerca de 70% dos recursos financeiros destinados à saúde (FAVERET, 2003).

Logo, os municípios foram assumindo o papel de atores estratégicos do SUS, com a criação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90, art. 35) foi estabelecido que as transferências federais a Estados, Distrito Federal e Municípios deveriam ser definidas utilizando “a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área” (BRASIL,1990).

Posteriormente, a Lei nº 8.142/90 estabeleceu as transferências destinadas à cobertura das ações e serviços de saúde, que serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL,1990).

Entretanto, as leis 8080/90 e 8142/90 não conseguiram definir concretamente o financiamento do SUS, principalmente com relação aos montantes e fontes de receita a serem destinadas ao setor, e quanto aos critérios, mecanismos e fluxos financeiros

intergovernamentais. Nesse cenário, a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde - SNAS/MS e o INAMPS, estabelecem critérios para o repasse de recursos federais do SUS para as instâncias de governo, através da uniformização dos instrumentos dos sistemas de remuneração da produção dos serviços realizados nas unidades públicas e privadas, contratadas e conveniadas, sob gestão das esferas locais (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

É nesse contexto de uniformização dos instrumentos que surge as Normas Operacionais. A primeira a ser instituída foi a Norma Operacional Básica – SUS NOB 01/91 (BRASIL,1991), editada pelo INAMPS/MS, que apresenta como foco o direcionamento à normalização de mecanismos de financiamento do SUS: repasse, acompanhamento, controle e avaliação dos recursos financeiros do INAMPS para os municípios e/ou estados (SCATENA; TANAKA,2001).

A NOB 01/91 propunha a lógica de um sistema de alocação de recursos com as seguintes disposições: o financiamento relacionado à assistência ambulatorial será calculado com base na Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), com valores diferenciados a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios e o financiamento das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH será baseado no pagamento direto, por parte do MS, aos prestadores de serviços, públicos e privados, mediante sistema de pagamento prospectivo por procedimento (UGÁ et al., 2003).

Com isso, existe um avanço, no entanto apresenta diversas ilegalidades a serem questionadas. A primeira delas é com relação ao sistema de pagamento por produção proposto pela NOB-91, que segundo as leis 8.080 e 8.142 é inconstitucional e ilegal, haja visto que, de acordo com essas duas leis, só existe uma maneira de repasse financeiro: até regular o art. 35 da 8.080 todos os recursos federais deverão ser repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, exclusivamente pelo critério populacional (CARVALHO,2001).

Outro ponto a ser questionado é o fato da distribuição dos recursos para internações hospitalares e para cobertura ambulatorial serem baseados exclusivamente na rede instalada e na capacidade de produzir. Por conseguinte, a distribuição das AIH continua injusta porque destina maior número delas aos locais onde existem mais serviços instalados e produtivos de internações (CARVALHO,2001).

Nesse contexto, para cada Estado, foi instituída uma quota máxima em número de AIH. Assim, o teto quantitativo anual de internações, correspondente a cada unidade da federação, foi calculado com base na população, tomando-se como parâmetro 0,10

AIH/habitante-ano, ou seja, número de habitantes X 0,10. Dessa forma, esse modelo instituiu uma distribuição de recursos determinada meramente pela capacidade instalada e efetivava-se mediante o pagamento direto pelo MS dos serviços prestados por unidades públicas e privadas. (UGÁ et al., 2003).

Para as atividades ambulatoriais, os valores para cada estado, baseiam-se nos seguintes critérios: população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico, econômico e financeiro da rede em períodos anteriores. Uma parcela de 10% dos recursos para atividades ambulatoriais é mantida no nível estadual, enquanto os 90% restantes são destinados (proporcionalmente a sua população) aos municípios, recebendo-os em seus Fundos Municipais de Saúde, os municípios habilitados e indiretamente (via Secretarias Estaduais) os demais municípios (SCATENA; TANAKA,2001).

Após a NOB 01/91, surgiu a NOB-92, que apenas deu continuidade à NOB-91. Não trouxe grandes modificações (CARVALHO,2001). As Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996 (NOB 01/96) determinaram vários processos de descentralização de recursos (MELAMED; COSTA, 2003). A NOB SUS 01/93 traz como principal inovação, os mecanismos de transferência “fundo a fundo” nos municípios em condição de gestão simplificada. Nesse contexto, os recursos transferidos deviam respeitar o valor da produção apresentada nos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e hospitalares (SIH-SUS) (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A NOB/96 (BRASIL,1996) amplia os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo a remuneração contra a prestação de serviços e ampliando as transferências (fundo a fundo) com base na programação do uso dos recursos; a introdução de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação do SUS, valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho de qualidade; e os vínculos dos serviços com seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários e criando condições para uma maior participação e controle social. (MELAMED; COSTA, 2003).

Ainda em 1996, buscando instituir mais recursos para a saúde, foi aprovada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), cujo objetivo era superar a carência de recursos federais para a saúde, visto que o produto da arrecadação deveria ser destinado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), para financiamento de ações e serviços de saúde (MARTINIANO et al.,2011).

Entre 1995 e 1999 observou-se um pequeno aumento do volume de recursos aplicados pelo MS, em termos reais, a partir da cobrança da CPMF e da destinação de

parcela de sua arrecadação para a saúde. Durante o período em que esteve vigente, entre 1997 e 2007, a CPMF representou em torno de 30% do total dos recursos federais para a saúde (PIOLA et al.,2013).

Após a criação da CPMF outros instrumentos foram instituídos no intuito de otimizar o financiamento. Assim, a Portaria GM/MS n° 1882, de 18/12/97, estabeleceu o Piso de Atenção Básica (PAB) (BRASIL,1997). Através do PAB, passa-se a dispor do modo de financiamento tendo por base o *per capita*, além do modo já existente de compra de serviço com base na oferta. Para tanto, foi realizada a divisão do teto financeiro contemplando a Atenção Básica e a Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (SOUZA, 2003).

Através dessa portaria, o PAB passa a ser depositado em conta específica e ocorre a subdivisão do PAB em uma parte fixa e outra variável, assim como os municípios habilitados na NOB SUS 01/96, que passam a receber mensalmente, fundo a fundo, um duodécimo do valor de PAB fixo estipulado na faixa de R\$10,00 a R\$18,00 per capita/ano. Nesse período, é criado o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para financiamento de ações e programas específicos do MS, assim como, de algumas ações de alta complexidade (medicamentos excepcionais, transplantes e radioterapia) (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Visando garantir os recursos para o financiamento da saúde, foi aprovada pelo Senado Federal, em 13 de setembro de 2000 a Emenda Constitucional (EC) n° 29 (BRASIL,2000). Essa norma constitucional define um patamar mínimo inicial, para 2000, de 7% das receitas municipais e estaduais a serem aplicadas em saúde e um acréscimo de 5% sobre o montante empenhado pelo Ministério da Saúde em 1999 (FAVERET, 2003).

A aprovação da EC n° 29 objetivava garantir recursos mínimos e estáveis para a saúde. Para tal, essa emenda estabeleceu uma vinculação de receitas de estados e municípios à saúde, tal como já ocorria em relação à educação (VAZQUEZ, 2011). Assim, a EC prevê que os estados e os municípios determinem 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas próprias para a saúde (ANDRADE et al.,2018).

A EC N°29 inovou definindo o quanto das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais dos estados e municípios deveria ser destinado à saúde (MENDES, 2005). Assim, ao determinar uma efetiva e maior participação das esferas subnacionais no financiamento do SUS, fortalece a participação e a responsabilidade delas no arranjo federativo que apoia o sistema de saúde no País (BIASOTO JR, 2003).

Apesar desse avanço, a EC n° 29/2000 surtiu poucos efeitos na determinação dos gastos federais, por causa das dificuldades encontradas para sua regulamentação e à ausência de definição do que seriam as ações e os serviços públicos de saúde (ANDRADE et al.,2018).

Após a EC de 2000, buscando maior coerência na organização, financiamento e gestão do sistema, foi estabelecido o Pacto pela Saúde em 2006, com objetivo de fortalecer a gestão descentralizada do SUS e as relações intergovernamentais cooperativas, que inovou ao reconhecer a concepção política da regionalização e da descentralização. No entanto, por não ter alterado significativamente os instrumentos de planejamento, à exceção dos blocos de financiamento e dos indicadores de monitoramento e avaliação, o Pacto não logrou os avanços esperados (MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2017).

Os blocos de financiamento, que fez parte do Pacto pela Saúde, foi promulgado através da Portaria n° 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL,2007). Esta portaria, buscou resolver, o problema da excessiva segmentação dos recursos repassados pelo MS às instâncias subnacionais, que acabam, em algumas situações, por provocar ineficiências na aplicação dos recursos (SANTOS; LUIZ, 2016).

Outra tentativa para superar a intensa fragmentação e aperfeiçoar o funcionamento do SUS, está o Decreto n° 7.508/11. Esse decreto dispõe sobre a organização do sistema, o planejamento em saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL,2011). Destaca também a necessidade de consolidação da região de saúde como recorte privilegiado para a integração das políticas e a expansão do financiamento intergovernamental cooperativo (MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2017).

No entanto, apesar desse decreto, a alocação da maior parte dos recursos destinados pela União aos estados e municípios seguiram, critérios de rateio que não privilegiam de forma mais direta o problema da redução das disparidades entre as regiões (PIOLA, 2017).

Nesse contexto, em 2012 foi aprovada a Lei Complementar n° 141/2012, que regulamentou a EC n° 29/2000 (BRASIL,2012), nessa ficou explícito, por meio de instrumento adequado, o que são consideradas ações e serviços públicos de saúde para fins de cumprimento da emenda constitucional. Além disso, a Lei Complementar também se mostrou presente no que tange à regulamentação do não cumprimento do mínimo em saúde previsto em lei: ficou definido que aqueles entes que descumprirem o valor mínimo previsto para ser gasto em ações e serviços públicos de saúde daquele ano deverão

compensar esta diferença no ano seguinte, sem que esta diferença entre na contabilidade do valor gasto nesse ano (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013).

Seguindo a definição da LC n°141/2012, em 2017, o MS transferiu para Estados, Distrito Federal e Municípios mais de 70% dos recursos que aplica em ações e serviços públicos de saúde. Essas transferências foram, desde 2007, organizadas em seis grandes blocos: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão e investimentos (PIOLA, 2017).

Para garantir o cumprimento efetivo da aplicação dos recursos foi criado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que constitui instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina, em orçamento, a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) (BRASIL, 2019).

O SIOPS é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde, instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. O sistema possibilita o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas (BRASIL,2019).

Nesse contexto, com a finalidade de operacionalizar o pagamento das internações e demais procedimentos realizados nos estabelecimentos do SUS, que estão presentes nesses seis blocos, foram criados para informação de produção assistencial o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/ SUS e Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, que auxiliam também nas ações de controle e auditoria (CARVALHO, 2009).

O SIH/SUS refere-se à produção de serviços hospitalares dos estabelecimentos conveniados ao SUS (VIACAVA, 2002). Esse originou-se dentro do Ministério da Previdência e Assistência Social, inicialmente como Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS). Sua lógica predominantemente contábil é que orienta a definição das inúmeras variáveis que contempla (SCATENA; TANAKA,2001).

O SAMHPS, foi adotado como modelo de pagamento afim de combater as fraudes que existiam no final da década de 1970. Esse incluiu os prestadores de serviços hospitalares de outras naturezas, como as entidades filantrópicas e beneficentes,

universitárias, e, finalmente, a incorporação dos hospitais públicos, após a descentralização das unidades do INAMPS. Após este processo, o sistema passou a denominar-se de SIH/SUS, recebendo o mesmo instrumento base, a AIH (LUCENA et al., 2015).

O SIH é um instrumento importante para a avaliação, pesquisa, planejamento e gestão em saúde por tornar disponível dados sobre a morbimortalidade hospitalar, além de dados demográficos, epidemiológicos, clínicos e financeiros (BITTENCOURT et al., 2006).

No entanto, as regras presentes no sistema para registro das informações afetam na abordagem técnica do tratamento de pacientes ao estabelecer critérios de compatibilidades entre os procedimentos, habilitações, quantidade máxima permitida para certos procedimentos, tempo mínimo de internação, patologias contempladas, entre outras condições (LUCENA et al., 2015).

No que se refere ao SIA foi iniciado em 1995, com o objetivo de captar o registro dos atendimentos ambulatoriais, através do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Esse é frequentemente aprimorado para efetivamente gerar relatórios informativos que subsidiem os gestores nas tomadas de decisões e no desenvolvimento das ações de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria, e, simultaneamente, propiciar o monitoramento das mesmas (BRASIL, 2016).

Sendo o SIA um sistema orientado ao faturamento de procedimentos ambulatoriais, este sistema veio acompanhado de um módulo interno denominado de Ficha de Programação Físico-Orçamentária (FPO). Este módulo passou a possibilitar às secretarias estaduais e municipais o estabelecimento de limites quantitativos de procedimentos para cada instituição de saúde sob sua gestão. Em 1996, foi instituído no âmbito do SIA um novo instrumento de registro de procedimentos, intitulado de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais e Alta Complexidade/Custo (APAC) (PANITZ; TOMASSINI; ARAUJO, 2015).

A APAC inicialmente foi implantada para o registro dos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva e, posteriormente, para os de Oncologia (quimioterapia e radioterapia) e para os de medicamentos de dispensação excepcional, possibilitando o registro individualizado dos procedimentos considerados pelo MS como de alta complexidade/custo e de alguns procedimentos de média complexidade (BRASIL, 2016).

No entanto, apesar de ter promovido grandes avanços, o SIA/SUS e SIH/SUS foram instituídos com tabelas de procedimentos próprias e distintas, o que ocasionou a

multiplicidade de procedimentos nessas Tabelas para o registro de uma mesma ação ou serviço de saúde. Havia, portanto, códigos e valores financeiros distintos para um mesmo procedimento em cada tabela. Dessa forma, a integração das bases de dados, para efeito de estudos, análises e planejamento em saúde, tornava-se uma tarefa difícil para os gestores e estudiosos do SUS (GUIMARÃES et al.,2015).

Nesse contexto, viu-se a necessidade de unificar esses sistemas com a criação do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP). O SIGTAP ganhou grande visibilidade nos anos seguintes, sendo utilizado por vários outros sistemas de informação, além do SIA e SIH. É uma tabela de todas as ações de saúde realizadas no âmbito do SUS, utilizado e atualizado periodicamente pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde. Neste contexto, as regras do SIA relacionadas aos procedimentos foram gradualmente migradas para o SIGTAP, garantindo uma maior transparência das regras existentes ao criar um repositório não só de todos os procedimentos, mas também das regras gerais relacionadas a cada um deles (BRASIL,2013).

No entanto, tal padronização depende principalmente da adoção de padrão único para entrada de dados e das ferramentas tecnológica utilizadas. A uniformização do registro da informação implica necessariamente adequar os diferentes sistemas, garantindo a preservação de séries históricas. Mesmo que atendidas essas premissas, a decisão política de implantação e a ousadia de cumprir a tabela são os determinantes máximos (BRASIL, 2007).

A SIGTAP foi instituída pela Portaria GM/MS nº. 2.848, de 06 de novembro de 2007 (BRASIL,2007) e entrou em vigor a partir de janeiro de 2008. Ela alterou a lógica do sistema de informação e extinguiu-se a dualidade de códigos. A distinção para o registro do código adequado passou a depender da modalidade da assistência prestada ao paciente, ambulatorial ou internação. A tabela apresenta os atributos referentes a cada código e incluiu o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) (MATHIAS,2019).

Dessa forma, através do SIGTAP é possível conhecer as características totais de um procedimento, tais como: tipo de financiamento, instrumento de registro, valor, CBO, o Código Internacional de Doenças (CID 10), serviço/classificação, habilitações, incrementos financeiros, complexidade, assim como outros (BRASIL, 2013). Essas características dos procedimentos são organizadas por grupos, subgrupos e forma de organização e atualização da tabela ocorre mensalmente e seu versionamento é por competência (mês/ano) (MACIEL; FERREIRA; MARIN, 2018).

Os grupos correspondem ao nível mais amplo de agregação da SIGTAP, reúne os procedimentos de determinada área de atuação, de acordo com a finalidade das ações a serem desenvolvidas. Por sua vez, o subgrupo, equivale ao segundo nível de agregação da tabela, agrupando os procedimentos por tipo de área de atuação. A forma de organização representa o terceiro nível da tabela, reunindo os procedimentos por diferentes critérios, que podem ser a área anatômica; os diferentes sistemas do corpo humano; as especialidades; os tipos de exames clínicos; os tipos de órteses e próteses; os tipos de cirurgias ou outro critério diferente estabelecido pela área técnica correspondente (BRASIL, 2007).

Contudo, segundo Pires, Oliveira, Alcantara, *et al.* (2017), os pagamentos não são baseados nos custos dos serviços e, conseqüentemente, não refletem os custos reais. Assim sendo, a remuneração paga pelo SUS em muitos casos não cobre os custos incorridos na prestação do serviço. Este fato, pode parcialmente, ser explicado pela defasagem da tabela, que não acompanha os índices inflacionários do período.

Isso é perceptível através do valor presente na tabela, em virtude que o pagamento de uma consulta medica financiada pelo SUS custa dez reais e para as demais profissões da área da saúde é pago pouco mais de seis reais. Essa má remuneração leva a um atendimento da pior qualidade, com consultas que por vezes não ultrapassam poucos minutos (SALDIVA; VERAS, 2018).

Esta má remuneração paga pelo SUS, provocou o favorecimento do mercado a partir de incentivos e subsídios fiscais, proporcionando aumento nos atendimentos dos planos de saúde, posto que ao passo que as despesas do SUS aumentaram 0,5%, em valores reais de 2012 a 2016, a receita bruta dos planos e seguros de saúde, no mesmo período, cresceu em 27,0%, s (O'DWYER; GRAEVER; BRITTO; et al, 2019).

Buscando diminuir essa defasagem presente na SIGTAP, é preciso discutir o uso da informação de custos SUS como insumo para os processos decisórios sobre o seu financiamento e gestão. Assim, é imprescindível o conhecimento de alguns aspectos relacionados ao sistema de custos na saúde.

O sistema de custos é encarado como novidade na administração pública, visto que o cenário político e econômico não estimulava o governo a discutir assuntos relacionados a custos no setor público. Tal cenário começou a ser alterado a partir dos anos 1980 com a intensificação da crise fiscal do Estado e a maior exposição da economia nacional à competição internacional (ALONSO, 1999). Além disso, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL,1988), definiu que a administração pública deve, entre outros,

atender ao princípio da eficiência e a Lei Complementar Federal nº 101/2000 que estabelece diretrizes para o equilíbrio fiscal dos entes federativos.

Por conseguinte, os sistemas de custos se desenvolveram, a partir de uma crescente necessidade de aprimorar os métodos de avaliação dos estoques nas empresas industriais, principalmente, quando um significativo volume de produtos em elaboração exigia uma acurada medição e consequente valorização dos inventários. Com a Revolução Industrial, as empresas apresentavam processos de produção muito semelhantes aos processos artesanais e compunham as suas matrizes de custos, basicamente, com matérias-primas e mão-de-obra que eram, sem dúvida, os mais relevantes (MARTINS, 2010).

Assim, cabe aqui trazer o conceito de custos que “são todos os gastos relativos a bens ou serviços utilizados na produção de outros bens ou serviços. Estão diretamente relacionados aos fatores de produção, no sentido de que só se têm custos durante a fabricação do bem ou a prestação do serviço” (BRASIL, 2013).

Através do conhecimento sobre custos é possível identificar as principais técnicas adotadas na análise econômica, quais sejam: Custo-Benefício, Custo-Utilidade, Custo-Efetividade e Custo Mínimo (DALLORA; FORSTER,2008).

O Custo-Benefício é um tipo de análise na qual julga se os benefícios resultantes de um programa compensam seus custos. Na prática, a análise de custo-benefício tem utilização restrita, em virtude da controvérsia de se precificar um desfecho clínico. Através do Custo Utilidade, comparam-se alternativas em saúde que possuem desfechos distintos, no intuito de descobrir qual alternativa apresenta maior “ganho” (PACHECO; et al, 2018).

A investigação do Custo Efetividade destina-se a comparar qual a melhor estratégia para atingir um determinado objetivo. Para o alcance desse objetivo é preciso identificar e quantificar meta, definição das diferentes estratégias para alcançá-la, o cálculo dos custos e da efetividade de cada meta e, por fim, a análise da relação custo efetividade (DALLORA; FORSTER,2008). E por fim, a análise de custo mínimo compara alternativas de programas/projetos/ações de saúde, que apresentam o mesmo resultado e escolhe-se aquela com menor custo (DALLORA; FORSTER,2008).

Uma alternativa adequada para a complexidade do sistema de custos é o sistema de Custeio Baseado em Atividades– ABC (do original em inglês Activity-Based Costing), que possui uma visão mais orgânica da instituição, na origem e formação de custos dos eventos, procedimentos, pacotes, recursos, alocações, transações e, principalmente,

processos, por meio de visão sistêmica (GONÇALVES; ZAC; AMORIM, 2009). Martins (2010), afirma que este método procura reduzir sensivelmente as distorções provocadas pelo rateio arbitrário dos custos indiretos, visa demonstrar claramente todos os custos absorvidos durante o processo.

Consequentemente, trata-se da construção do custo mediante refinamentos sucessivos. Consequentemente, o ABC cobra o mapeamento de todas as etapas, através da geração de números e dos mecanismos que conduziram a estes números. Dessa maneira, devido à riqueza da base de conhecimento e informações obtidas, percebe-se que os custos propriamente ditos acabam se transformando em parcela de um produto final gerencial muito mais amplo e possível (GONÇALVES; ZAC; AMORIM, 2009).

Por conseguinte, essa análise do sistema de custeio, gera a necessidade de ampliação do gerenciamento das despesas. No entanto, o decurso recente de reformulação dos repasses financeiros para o SUS com o fim dos cinco blocos de custeio, hipoteticamente garantindo a ampla autonomia almejada por gestores, causa apreensão principalmente para os rumos da atenção básica. Essa inquietação associa-se também ao contexto adverso de importante contração de receitas municipais e vigência da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que congelou os gastos federais por 20 anos (GIOVANELLA,2018).

Após esse congelamento de gastos que ocorreu em 2016, em 2019, houve mudanças do financiamento da Atenção Primária em Saúde. Lançado pelo MS, o programa “Brasil Previne” introduziu critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, em substituição ao número de habitantes e de equipes de ESF existentes no município (MASSUDA,2020).

As novas modificações do financiamento atrelada os impactos orçamentários da Emenda Constitucional (EC) 95/2016, poderão acarretar o declínio da Atenção Primária e do SUS. Em virtude que essa metodologia de redistribuição de recursos rompe com os princípios fundamentais do sistema e com o caráter de universalidade, ao enfatizar o número de usuários cadastrados em meio a justificativas para aumento de cobertura assistencial (GEREMIA,2020).

Buscando esse aumento de cobertura, a mudança no financiamento trouxe consigo também a necessidade de qualificar os dados que são enviados para a base nacional, com isso foi instituída a Portaria nº 526, de 24 de junho de 2020, que inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos. Além disso acrescentou o sistema de informação e-SUS APS como instrumento de registro.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. A escolha por esse desenho metodológico ocorre, em virtude de a pesquisa qualitativa possuir relevância ao estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas de vida (UWE, 2009).

Vieira (2015) afirmou que, a pesquisa qualitativa tem o objetivo de entender o comportamento das pessoas, suas opiniões, seus conhecimentos, suas atitudes, suas crenças e medos. Dessa forma, relaciona-se com o significado que as pessoas atribuem a suas experiências do mundo e como entendem o mundo em que vivemos.

No contexto aplicado à saúde, não procura estudar unicamente o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável, saber o que os fenômenos da doença e da vida, em geral, representam para elas (TURATO, 2005).

Assim, a inclusão dos resultados da investigação qualitativa na saúde permite: uma melhor compreensão dos fenômenos na perspectiva das necessidades sentidas e das estratégias utilizadas para a gestão e adesão ao regime terapêutico e autocuidado; uma transformação qualitativa da prática com individualização do cuidado; e um benefício direto sobre a saúde do cidadão (BAIXINHO et al., 2017).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Estado da Paraíba, nos quatro municípios sedes das macros regiões da Paraíba (João Pessoa, Campina Grande, Sousa e Patos). Nesses quatro municípios os cenários foram constituídos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) selecionadas de acordo com a nota do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), hospitais municipais, secretarias de saúde e gerências regionais.

Segundo o Plano Diretor de Regionalização da Paraíba (2008) essas cidades são as sedes das macrorregiões assistenciais, pois possuem os recursos necessários para a realização dos atendimentos oriundos das cidades circunvizinhas. Cada macrorregião é composta por um determinado número de municípios que conformam a maior base territorial de planejamento da atenção à saúde, a partir das características demográficas,

socioeconômicas, geográficas, sanitárias e epidemiológicas, levando-se em conta a oferta de serviços e as relações intermunicipais.

A Paraíba está situada a leste da Região Nordeste e tem como limites, ao norte o estado do Rio Grande do Norte, a leste o Oceano Atlântico, ao sul Pernambuco e a oeste o Ceará. Apresenta relevo modesto, porém, não muito baixo com 66% do seu território entre 300 e 900m de altitude. Segundo a estimativa de 2014, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Estado da Paraíba possui uma população de 3.943.885 habitantes distribuída em uma área de 56.469 km², totalizando uma densidade demográfica de 69,84 habitantes/km². Apresenta uma maior concentração populacional na área urbana (75%) em relação à área rural (25%). Em relação ao sexo, 48,4% (1.824.379) da população paraibana é composta de homens e 51,6% (1.942.149) de mulheres (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE, 2016-2019).

No que se refere aos rendimentos das pessoas residentes na Paraíba, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD (2016-2017) mediu através do índice de Gini, a desigualdade da distribuição de renda. Em 2017, o índice de Gini do rendimento médio mensal real domiciliar per capita no Brasil foi 0,549 e na Paraíba foi de 0,563 (IBGE,2018).

Com relação à cor/raça na Paraíba 58,9% dos seus habitantes são pardos; 37,5% brancos; 3,4% pretos e 0,2% amarelos ou indígenas. Aliás, quanto à população indígena, a Paraíba possui dois povos, o potiguar e o tabajara. O povo potiguar representa uma população de 12.794 indígenas, localizados em três municípios da região litorânea: Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto, distribuídos em 32 aldeias. O povo Tabajara da Paraíba possui uma população de 539 indígenas, que estão presentes nos municípios de João Pessoa, Bayeux, Caaporã, Conde, Alhandra e Pitimbu (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE, 2016-2019).

Sua localização ainda não foi identificada e delimitada, entretanto, entre 2009 e 2010 foi realizado um estudo de fundamentação antropológica, que reuniu elementos de natureza histórica, sociológica, fundiária, etnográfica e ambiental sobre a área reivindicada, para caracterização étnica dos Tabajaras do Litoral Sul da Paraíba. Na Paraíba foram identificadas 37 comunidades quilombolas distribuídas em todo o território, em sua maioria trata-se de quilombos rurais, contando apenas com três quilombos urbanos: “Paratibe”, em João Pessoa; “Os Daniel”, em Pombal; e “Talhado Urbano”, em Santa Luzia. No total são 2.693 famílias com aproximadamente 12.000 pessoas (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE ,2016-2019).

No âmbito da organização da assistência à saúde, a atual configuração da regionalização da saúde na Paraíba, em consonância com a Resolução CIB nº 43/18 está dividida em 3 macrorregiões de saúde (PARAÍBA, 2018).

A 1ª Macrorregião tem como município sede a cidade de João Pessoa, sendo composta por 04 Regiões de Saúde (1ª, 2ª, 12ª e 14ª) com um total de 1.952.127 habitantes; a segunda, com sede em Campina Grande é composta por 05 Regiões de Saúde (3ª, 4ª, 5ª, 15ª e 16ª) e um total de 1.127.117 habitantes; a terceira, com sede em Patos (Sertão) e Sousa (Alto Sertão), é composta por 7 Regiões de Saúde (6ª, 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª e 13ª) e têm 946.314 habitantes (PARAÍBA, 2018).

Nessas regiões existem ainda 12 unidades técnico-administrativas da Secretaria de Estado da Saúde, denominadas de Gerências Regionais de Saúde (GRS), que têm a missão de assumir a responsabilidade sanitária compartilhada no território de abrangência, oferecendo apoio técnico, crítico e reflexivo aos municípios, acompanhando e planejando as ações e serviços de saúde e participando nos diversos espaços de gestão e cogestão entre os entes federados, fortalecendo o processo de regionalização no estado (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE, 2016-2019).

Essas gerências têm a função de articular agendas junto aos municípios, acompanhando sua dinâmica e prestando o devido apoio. Os municípios sede das Gerências Regionais de Saúde são: 1ª GRS - João Pessoa; 2ª GRS - Guarabira; 3ª GRS - Campina Grande; 4ª GRS - Cuité; 5ª GRS - Monteiro; 6ª GRS - Patos; 7ª GRS - Itaporanga; 8ª GRS - Catolé do Rocha; 9ª GRS - Cajazeiras; 10ª GRS - Sousa; 11ª GRS - Princesa Isabel; 12ª GRS - Itabaiana (PLANO MACRORREGIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EXECUÇÃO, 2015 – 2016).

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Para realizar a pesquisa, é necessário estabelecer os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos. Segundo Patino e Ferreira (2018) a designação dos critérios de inclusão e exclusão para os participantes de um estudo é uma prática padrão e necessária na elaboração de protocolos de pesquisa de alta qualidade. Dessa forma, critérios de inclusão são definidos como as características-chave da população-alvo que os investigadores utilizarão para responder à pergunta do estudo.

Foram convidados a colaborar nesta pesquisa:

- Secretários de saúde municipais que estejam na gestão há pelo menos um ano;
- Os gerentes da 3ª GRS - Campina Grande; 6ª GRS – Patos e, 10ª GRS - Sousa;
- Agentes públicos que trabalham nas secretarias de saúde municipais responsáveis pelo setor de planejamento e/ou regulação, há pelo menos um ano;
- Médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas das unidades de saúde da família dos municípios sedes das macrorregiões, que obtiveram nota muito bom na avaliação do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ);
- Diretores administrativos das unidades hospitalares municipais, há pelo menos um ano;
- Profissionais de saúde que trabalham em serviços de média e alta complexidade da rede de atenção à saúde municipal.

Seguindo os critérios de inclusão foram entrevistados três secretários de saúde municipais de três cidades sedes das macro regiões do Estado da Paraíba, pois um secretário no ato de autorizar a pesquisa para ir para o Comitê de ética não autorizou a pesquisa ser realizada dentro da própria secretaria, bem como também não informou a pesquisadora, o motivo da negação em participar da pesquisa. Ainda na secretaria de saúde foram sete os agentes públicos entrevistados. Os gerentes das regionais de saúde que participaram da pesquisa foram os da 3ª GRS - Campina Grande; 6ª GRS – Patos e, 10ª GRS - Sousa; a gerente da 1ªGRS - João Pessoa, não foi incluída na pesquisa, após inúmeras tentativas de agendamento e contato, a mesma nunca estava disponível, sempre em reuniões. No setor hospitalar foram entrevistados cinco diretores das unidades hospitalares municipais, e quatro responsáveis pelo setor de faturamento.

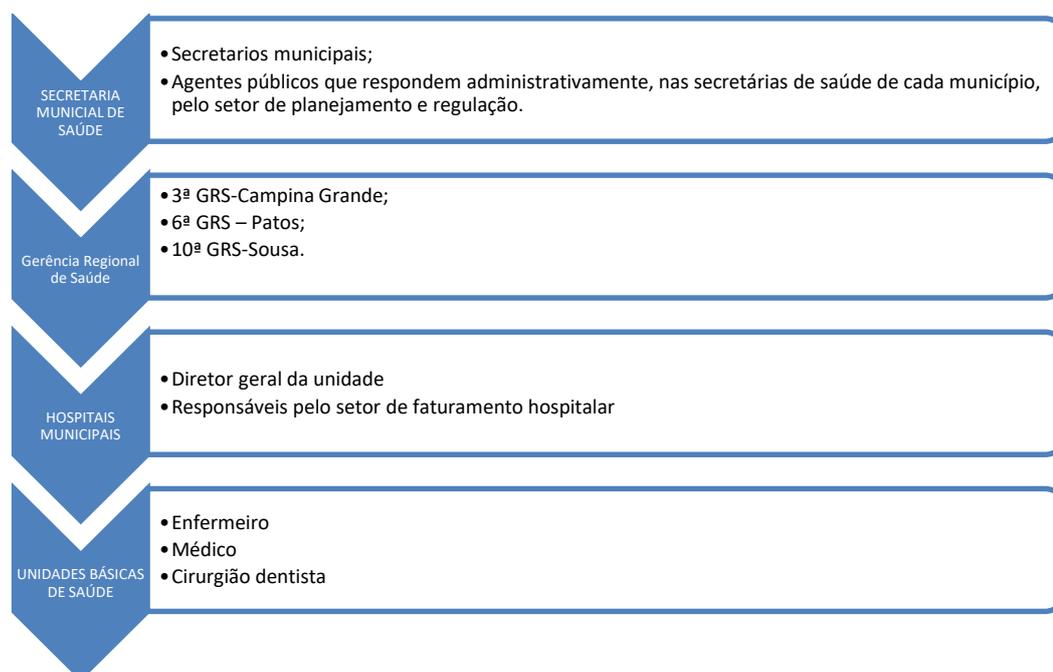
Nas UBS os participantes foram médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas que atuam nas unidades dos municípios sedes das macrorregiões. As unidades de saúde da família que fizeram parte do estudo foram aquelas que obtiveram nota muito bom na nota do 3º ciclo do (PMAQ). Assim, na cidade de Campina Grande participaram do estudo 6 unidades básicas de saúde, no município de Sousa 1, em Patos 5 e em João Pessoa, 9 unidades. Totalizando 18 enfermeiros, 16 médicos, e 17 cirurgiões dentistas.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para iniciar a coleta de dados foi necessário primeiramente acessar o site da SIGTAP (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>) para consultar os procedimentos por grupos, subgrupos, forma de organização, código e nome.

A partir desse acesso foi elaborado um instrumento de coleta de dados que atendesse ao objetivo do estudo (APÊNDICE A). Afinal, na própria tabela é possível selecionar o grupo e o procedimento, a modalidade de atendimento (ambulatorial, hospitalar, hospital dia e atenção domiciliar); a complexidade (básica, média e alta complexidade); o financiamento (Atenção Básica, média e alta complexidade, fundo de ações estratégicas e compensações, assistência farmacêutica); e, o instrumento de registro (BPA Consolidado, AIH-Proc. Especial, AIH-Proc. Principal, BPA Individualizado, APAC -Proc. Principal).

Nesse sentido, a pesquisa de campo utilizou um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) para coleta de dados com os participantes – secretários de saúde, agentes públicos, diretores de unidades hospitalares e profissionais de saúde. Segundo Minayo (2009), a entrevista semiestruturada permite ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão, sem se prender à indagação formulada. O procedimento de coleta de dados ocorreu de acordo com fluxograma a seguir:



Para os profissionais dos serviços de saúde, o quantitativo de participantes foi identificado à medida que o trabalho de campo foi avançando, conforme sugerido por Bauer e Gaskell (2010) baseando-se no Método de Saturação Teórica. Momento operacionalmente definido em que a coleta de novos dados não traz mais esclarecimentos para o objeto estudado (MINAYO, 2017, p. 5).

Esta não definição do tamanho da amostra a priori se dá em razão do que a literatura afirma ser intrínseco aos estudos qualitativos: preocupar-se mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno estudado e menos com a generalização de resultados (MINAYO, 2008). Ademais, complementa-se que investigações qualitativas não buscam atingir uma representatividade estatística advinda dos sujeitos participantes, mas sim, a efetividade de dois critérios: a suficiência e a pertinência da amostra; aludindo-se, respectivamente, a quantidade e a qualidade da informação prestada pelos sujeitos (NAVARRETE et al, 2009).

Em outros termos, a amostra foi considerada pertinente à medida que apresentou critérios de representatividade do discurso e significados que melhor responderam às perguntas desta investigação, oportunizando conhecer-descobrir-interpretar o fenômeno estudado em profundidade. E, por sua vez, a suficiência da amostra foi determinada quando o conjunto da informação obtida foi considerado completo para os objetivos deste estudo, isto é, quando ocorreu o esgotamento de novos dados por parte dos diferentes participantes e dos diferentes contextos, atingindo-se, destarte, a saturação dos dados (NAVARRETE et al, 2009).

A fim de evitar perdas de informações, as entrevistas foram gravadas, com o devido consentimento do entrevistado em áudio digital e, posteriormente, transcritas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, foi realizada a transcrição das entrevistas na íntegra. Esta etapa não deve ser entendida apenas como um detalhe anterior à tarefa principal da análise (SILVERMAN,2009). Isso porque para ser realizada a transcrição, uma série de procedimentos interpretativos e seletivos são empregados, conseqüentemente, por se tratar de uma atividade de análise e interpretação que a cada nova audição poderá corresponder a nova representação dos fenômenos (GAGO, 2002).

Com a possibilidade de uma nova representação, as entrevistas podem e devem ser editadas, frases excessivamente coloquiais, interjeições, repetições, falas incompletas,

vícios de linguagem, cacoetes, erros gramaticais, devem ser corrigidos na transcrição editada. É importante, porém, manter uma versão original e uma versão editada de todas as transcrições (DUARTE,2004).

Após a etapa da transcrição, foi realizada a análise propriamente dita. Para análise foi necessário desenvolver uma consciência dos tipos de dados que podem ser examinados e como eles podem ser descritos e explicados. E segundo, desenvolver uma série de atividades práticas adequadas aos tipos de dados e às grandes quantidades deles quem devem ser examinadas (GIBBS, 2009).

Para tanto foi utilizada a Análise de Conteúdo. Essa análise pode ser conceituada de diferentes maneiras, visando sempre à inferência, através da identificação objetiva e sistemática de características específicas das mensagens, partindo dos dados em direção a seu contexto (OLIVEIRA,2008). Bardin (2016), traz um desses múltiplos conceitos, segundo ele, a análise de conteúdo é “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a ‘discursos’ (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”.

Organizada em três polos cronológicos: pré-análise (leitura flutuante dos dados transcritos das gravações), a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A partir dessa análise foi possível realizar a sua codificação a qual corresponde a uma transformação dos dados brutos dos textos (BARDIN, 2016).

A pré-análise corresponde a um período de intuições, porém tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, sistematizando as ideias em etapas (BARDIN, 2016).

Na primeira das etapas da pré-análise, o pesquisador realizou a leitura flutuante, entendida como um modo de escuta que não deve privilegiar nenhum dos elementos discursivos. Com isso o pesquisador ficou o mais livre possível para essa atividade suspendendo motivações que dirigem habitualmente a atenção (CAMPOS; TURATO, 2009).

A segunda etapa foi a escolha dos documentos, que fizeram parte do corpo da análise de conteúdo. No entanto, para ter êxito na escolha dos documentos, o analista precisa cumprir as seguintes regras: regra da exaustividade, que exige que nenhum documento deve ser deixado de fora; regra da homogeneidade, que exige que a seleção dos documentos deva ter o mesmo tema para que permita a comparação e a última regra, que é a regra da pertinência que exige que os documentos devam guardar correlação com os objetivos da análise (BARDIN, 2016).

Para finalizar a pré-análise é necessário providenciar a preparação do material, que objetiva transformar o material por padronização e por equivalência. Para levar adiante essa etapa, deve ser feita edição do material, extração de muitas cópias para possibilitar os recortes das mensagens. (BARDIN, 2016).

Na fase da exploração do material “ocorre à descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado) submetido ao estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos” (MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011, p. 735).

Dessa forma, ao cumprir a exploração do material, foi realizada a definição das categorias, classificando os elementos constitutivos de um conjunto caracterizados por diferenciação e realizando o reagrupamento por analogia por meio de critérios definidos previamente no sentido de propiciar a realização da inferência. Com relação a categorização, Bardin explica que se trata de uma “operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, sem seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos” (2016, p. 147).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba e aprovado por meio do parecer 3.658.244.

Sendo realizado rigorosamente de acordo com os princípios éticos presentes na Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, através da qual é garantido a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa (BRASIL, 2012).

Aos sujeitos convidados a participar do estudo foi solicitado o consentimento prévio, assegurando-se o direito à liberdade de participar, ou não, do estudo. Foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, assim como foi informado o direito em deixar de participar da pesquisa quando lhes convier, salientando-se que não seriam expostos a nenhum tipo de risco ou prejuízo. Para aqueles que concordaram foi solicitado o preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) em duas vias, por ambas as partes, ficando uma via de posse do entrevistado e outra via em posse do entrevistador.

As considerações éticas foram seguidas, preservando o nome da instituição e seus participantes, como forma de manter o sigilo dos sujeitos. Foi adotado um sistema de codificação de exclusivo conhecimento do pesquisador, no qual as cidades receberam letras do alfabeto grego alfa, beta, gama e delta; os sujeitos as iniciais do cargo Secretários (S), Agentes públicos (R- regulação); Profissionais da atenção primária (médico- M; enfermeiro-E; cirurgião-dentista- D); Diretores do Hospital (DH); Faturamento (F). Estes teram números para indicar a sequência de realização das entrevistas.

O pesquisador se comprometeu em tornar o ambiente agradável durante o processo de coleta de dados, garantindo ao entrevistado o sigilo, descrição e confidencialidade das informações, garantindo o direito e a liberdade de se ausentar da pesquisa no momento que desejar.

5. RESULTADOS

Conforme determina as normas do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, os resultados serão apresentados na forma de artigos científicos:

ARTIGO 1: TABELA DE PROCEDIMENTOS E SISTEMA DE GERENCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: conhecimento de gestores de serviços públicos.

Formatado de acordo com as normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva.

ARTIGO 2: SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): da teoria à prática de profissionais de saúde da atenção primária.

Formatado de acordo com as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública.

ARTIGO 1

TABELA DE PROCEDIMENTOS E SISTEMA DE GERENCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: conhecimento de gestores de serviços públicos

RESUMO

A estrutura e a composição atualizada da tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema único de Saúde bem como de seu Sistema de Gerenciamento (SIGTAP) estão disponíveis, para conhecimento e consultas específicas. Recomenda-se a utilização por gestores de serviços de saúde para qualificar as informações. Nesse sentido, o estudo objetivou descrever o conhecimento de gestores da saúde sobre o SIGTAP e, a partir dos procedimentos mais realizados, verificar a identificação da modalidade de atendimento, o nível de complexidade, a fonte de financiamento, o instrumento de registro e, o valor pago. A coleta de dados foi realizada com gestores de serviços de saúde (secretários de saúde, coordenador do planejamento/regulação das secretarias e diretores dos hospitais) dos quatro municípios sede das três macro regiões de saúde da Paraíba. Foi utilizada a triangulação de dados e a análise de conteúdo com as 18 entrevistas. Emergiram as categorias de análise: definição; organização; utilização prática; análises dos recursos. Essas categorias apontam o conhecimento sobre o Sistema de Gerenciamento da tabela de procedimentos e o seu uso diário na gestão. Conclui-se que embora seja um dos sistemas mais bem estruturados que existem na área da saúde, o déficit de conhecimento e a pouca habilidade no manuseio do SIGTAP compromete a melhoria da gestão do sistema de saúde local e, conseqüentemente otimização de custos.

Palavras-chave: Gestão de Serviços de Saúde; Tabelas de Remuneração de Serviços; Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

Desde a sua criação, há mais de 30 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) convive com a permanente tensão entre a garantia da universalidade e a contenção de gastos¹. Com isso, tem-se que o sistema público de saúde no Brasil, assim como em outros países, possui recursos financeiros mal gerenciados.

Conseqüentemente, o financiamento se mantém como significativo entrave ao alcance pleno dos princípios e diretrizes do SUS, necessitando de ampliação dos recursos

financeiros, tendo em vista a aplicabilidade de um sistema público universal, integral e igualitário, mas também, de melhoria da qualidade do gasto em saúde².

No entanto, para atingir a cobertura universal de saúde, as estimativas de gastos futuros em saúde nacional são de suma importância para o planejamento do sistema de saúde³. Para que esse planejamento ocorra de forma efetiva, é imprescindível soluções e alternativas para múltiplos problemas enfrentados pelos gestores públicos, em especial no que tange ao desenvolvimento do processo de regionalização e instituição do Decreto n° 7.508/11⁴.

Com a regionalização a gestão pública da saúde, necessita conhecer e gerir gastos para alocação mais eficiente de recursos e melhoria na qualidade dos serviços prestados. Para tanto, faz-se necessário o conhecimento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS, implantada por meio da Portaria n° 2.848/2007⁵. Essa tabela é gerada pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses/Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP) do SUS e tem a função de unir os procedimentos médicos cobrados pelo Sistema de informação hospitalar e pelo sistema de informação ambulatorial⁶.

Apesar da significância dessa temática, a produção científica sobre o conhecimento da tabela de procedimentos pelos gestores, é escassa. Dessa forma, o objetivo do estudo é descrever o conhecimento de gestores da saúde sobre o SIGTAP e, a partir dos procedimentos mais realizados, verificar a identificação da modalidade de atendimento, o nível de complexidade, a fonte de financiamento, o instrumento de registro e, o valor pago.

MÉTODOS

Pesquisa de natureza qualitativa desenvolvida nas secretarias de saúde, nas gerências regionais de saúde e nos hospitais municipais de quatro municípios sede das três macrorregiões de saúde do estado da Paraíba, a saber: João Pessoa, Campina Grande, Sousa e Patos.

A técnica de coleta de dados adotada foi a entrevista semiestruturada, com 18 participantes, realizadas no período de outubro de 2019 a março de 2020 com três secretários municipais, sete profissionais dos setores de planejamento/ regulação das secretarias de saúde, três gerentes de saúde e, cinco diretores de hospitais. Em seguida foi aplicada a técnica de triangulação de dados, que faz uso utilização de dois ou mais métodos, teorias, fontes de dados e pesquisadores, possibilitando a apreensão do

fenômeno sob diferentes níveis⁷. A transcrição das entrevistas foi analisada a partir da análise de conteúdo⁸, compreendida como técnica cujo objetivo é a busca do sentido, emergiram as categorias de análise.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, por meio do parecer 3.658.244. Para a garantia do anonimato dos participantes, as falas foram codificadas por letras do alfabeto grego alfa, beta, gama e delta para as cidades e os participantes receberam as iniciais do cargo Secretários (S), Agentes públicos (R- regulação); Diretores do Hospital (DH); Faturamento (F); Gerentes de saúde (G). Estes tiveram números para indicar a sequência de realização das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados está organizada nas seguintes categorias: definição; organização; utilização prática; análises dos recursos.

DEFINIÇÃO

O gestor tem a responsabilidade de governar todas as áreas de prestação de serviços do SUS. É considerado a autoridade sanitária em cada esfera de governo, cuja atuação deve estar pautada nos princípios da reforma sanitária brasileira, tendo assim a alçada de conduzir as políticas de saúde e enfrentar tensões que influenciam a possibilidade de continuidade e consolidação dessas políticas⁹.

Dessa maneira, a gestão do SUS é um processo pelo qual faz-se necessário a tomada de decisões para implementação de políticas de saúde. Em virtude disso, é imprescindível principalmente no campo da saúde pública, o entendimento sobre a Tabela de procedimentos do SUS para oferecer soluções que conciliem a escassez de recursos com a demanda crescente pelos serviços. Assim, conhecer e gerir os valores dos procedimentos torna-se fundamental para alocação mais eficiente de recursos e melhoria na qualidade dos serviços prestados¹⁰.

A tabela de procedimentos do SUS, é gerada pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses/Próteses e Materiais Especiais (SIGTAP), constituindo-se uma ferramenta que permite o acompanhamento sistemático, inclusive com série histórica, das alterações realizadas a cada competência detalhando os atributos de cada procedimento, compatibilidades e relacionamentos. Destaca-se também,

sua utilização como referência para pagamentos dos serviços, sejam eles públicos, e também os serviços privados que atendem os pacientes do setor público de forma complementar¹¹.

Sobre a definição do SIGTAP, as falas dos secretários de saúde, responsáveis pela regulação e pelo setor de faturamento foram congruentes:

SIGTAP é a tabela de procedimentos utilizada pelo Ministério da Saúde que define os valores para procedimentos ambulatoriais e os procedimentos de AIH (CaS3).

É um sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, ele é disponível na internet qualquer cidadão pode abrir e consta toda tabela do SUS que é praticada no Brasil (CaR2).

Sistema de gerenciamento da tabela de procedimento e medicamento. Essa tabela foi criada para a gente ter acesso aos procedimentos e os valores, é só ela que dá. E nessa tabela me dá o respaldo de saber os profissionais que podem atuar em todos os procedimentos, em qualquer um que eu colocar e me dá o valor, a quantidade de dias, o tempo de permanência e tudo mais (CδF4).

Observa-se que existe de fato um conhecimento sobre o SIGTAP por parte dos secretários, setor de regulação e faturamento, o que não foi verificado nas falas dos gerentes regionais de saúde e direção hospitalar:

Enquanto gerencia regional de saúde não, porque essa ferramenta é mais utilizada por municípios. A gente enquanto gerencia regional de saúde a gente não trabalha com nenhum tipo de sistema relacionado à questão de recurso (CγG2).

Só sei que é um sistema de gerenciamento da tabela unificada de procedimentos. Eu não tenho a pratica de estar utilizando, até porque a gente tem um setor aqui no hospital específico, de contas medicas específicas para isso, das AIHs de todos os procedimentos que são realizados e só quando a gente tem reunião para discutir algum procedimento, alguma inserção de um novo código, algum outro procedimento para habilitar é que eu tenho um certo acesso a isso (CγDHI).

Apesar de uma das falas de diretor de hospital identificar o SIGTAP como uma tabela de procedimentos, reforça a sua utilização no setor responsável pelo faturamento, eximindo-se da responsabilidade de um conhecimento mais aprofundado. Sem a apuração dos valores fica impossível à gestão do hospital realizar uma comparação entre os custos dos serviços oferecidos pelo serviço e os valores pagos pelo SUS. Dessa maneira a gestão

fica sem informações sobre se a remuneração pelos serviços prestados está cobrindo ou não as despesas geradas¹⁰.

A constatação desse desconhecimento da tabela por parte dos gerentes regionais de saúde e direção hospitalar traz à tona a discussão à respeito do processo de descentralização da saúde, que apresentou imensuráveis transformações na gestão dos sistemas municipais de saúde, mas esbarra na assimetria gestora dos distintos níveis de governo, provocando a baixa capacidade de integração entre a gestão representada pela secretaria de saúde e os diversos setores de serviços de saúde, ficando estes alheios aos processos relacionados com procedimentos e financiamento desses procedimentos¹².

Nesse aspecto, pode-se afirmar que quando se trata de procedimentos os serviços de saúde deixam tudo a cargo da secretária de saúde, dificultando a consolidação de uma política nacional de saúde. Diante disso é necessário conferir um novo modelo de governança que alie a descentralização com a necessidade de integração dos serviços de saúde.

ORGANIZAÇÃO

A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM do SUS possui uma estrutura organizacional hierarquizada em grupos, subgrupos, formas de organização e procedimentos, estes codificados com dez dígitos numéricos. A hierarquia Grupo corresponde ao nível mais amplo, a hierarquia Subgrupo, equivale aos procedimentos por tipo de área de atuação. Já a Forma de Organização representa os procedimentos por diferentes critérios, que podem ser a área anatômica; os diferentes sistemas do corpo humano; as especialidades; os tipos de exames clínicos; os tipos de órteses e próteses; os tipos de cirurgias ou outro critério diferente estabelecido pela área técnica correspondente. O Procedimento, é o menor nível, correspondendo ao detalhamento do método, do processo, da intervenção ou da ação de saúde que será realizada no paciente ou no ambiente e, ainda, podendo representar a ação de controle ou acompanhamento de atos complementares e administrativos ligados, direta ou indiretamente, ao atendimento de usuários no SUS¹¹.

A análise das falas demonstra o conhecimento dessa organização unicamente pelo setor de setor de regulação e pelo setor de faturamento hospitalar.

Organizada em grupos, em subgrupos e esses grupos e subgrupos vai ser dividido tanto por especialidades, como se o procedimento é ambulatorial ou hospitalar, dentro de hospitalar tem os procedimentos clínicos e tem um grupo de procedimentos cirúrgicos. Desses procedimentos cirúrgicos nós

temos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e cirúrgicos hospitalares (CaR2).

Primeiramente vem o grupo, depois o subgrupo, aí vem outras definições para ele. Porque o procedimento ele tem dez dígitos, procedimento novo, antigamente tinha oito, hoje ele tem dez. Então cada dígito 03 que é clínico, 04 que é cirúrgico, então isso aqui é o grupo. Aí vem 01,02,05,07 vários subgrupos aqui. A primeira é grupo, segundo subgrupo. Tem na tabela, tem dizendo tudo bem direitinho (CaF2).

Em contrapartida, observou-se falas inequívocas dos secretário de saúde, gerentes de saúde e de diretores hospitalares sobre a organização da tabela:

Tem a lista de medicamentos que é de acordo com a RENAME. Os procedimentos também tem os valores, tanto pode ser consultas, como exames (CγS2).

Não, especificadamente assim é dizer como está no momento não (CγG2).

Ela é organizada por cores. Eu acho que é, eu acredito que ela é organizada por cores e não tenho muito conhecimento não (CγDHI).

Além da organização em grupos e subgrupos, enfatiza-se o formato da tabela de acordo Portaria nº 321 de 8 de fevereiro de 2007, que em seu anexo I traz os atributos dos procedimentos que são características específicas de cada procedimento presente na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e estão relacionados diretamente: ao próprio procedimento; ao estabelecimento de saúde por meio do CNES; ao usuário do SUS; e a forma de financiamento definidas nas Políticas de Saúde do SUS⁵.

Esses atributos são: modalidade de atendimento, complexidade, financiamento e instrumento de registro. A modalidade de atendimento se refere aos tipos de locais, em que o procedimento pode ser realizado; a complexidade está relacionada se o procedimento é de baixa, média ou alta complexidade; o financiamento corresponde ao tipo de financiamento do procedimento em coerência com o Pacto de Gestão, ou seja, Piso de Atenção Básica (PAB); Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), Assistência Farmacêutica⁵.

Com relação a esses atributos, os entrevistados foram questionados sobre os atributos dos procedimentos mais realizados no município através de perguntas fechadas. As respostas comprovaram a desinformação sobre a forma correta do registro de utilização dos recursos, bem como não fazem a distinção entre Boletim de produção

ambulatorial(BPA) individualizado e BPA consolidado, assim como a distinção entre autorização de procedimento de alta complexidade (APAC) e autorização de internação hospitalar (AIH).

Haja visto que, ao citarem os procedimentos mais realizados, dentre os quais destacou-se hemograma e ultrassonografia transvaginal, as respostas não condiziam com o que estava presente no SIGTAP, ou seja, no SIGTAP esses procedimentos possuem todas as formas de registro, e nas entrevistas apenas BPA individualizado ou BPA consolidado foi marcado.

Isso pode acarretar perda de recurso, visto que caso o registro de um determinado procedimento ocorra em instrumento de registro equivocado, por falta de conhecimento, o atendimento prestado pode ser glosado¹³.

UTILIZAÇÃO PRÁTICA

O funcionamento efetivo das políticas no campo da saúde tem sido uma importante preocupação na agenda global e a informação em saúde tem se destacado como uma área estratégica para a inovação das práticas na busca da superação das iniquidades nas condições de saúde e no acesso a uma atenção de qualidade¹⁴.

Devido as dúvidas que envolvem os processos decisórios, planejar, avaliar e monitorar são ações essenciais para a consecução das políticas públicas e têm exigido do SUS uma harmonização de diversos instrumentos considerando a função estratégica da gestão. O município deve, nesse sentido, estar vigilante para o seu padrão de financiamento e gasto da saúde, utilizando-se do SIGTAP para monitoramento, avaliação e planejamento desses gastos, e assim gerir melhor os recursos orçamentários-financeiro¹⁵, como relatado pelos secretários de saúde e profissionais da regulação:

Utilizamos o SIGTAP em todos os momentos, na hora que você vai contratualizar qualquer gestão hoje para você comprar serviço, você tem que fazer a contratualização através de processo de chamamento público. Onde se faz contrato se for rede privada complementar, onde você faz convenio se for rede pública. Então essa tabela SUS é a base para qualquer processo licitatório de compra de serviços. Se utiliza para você ver o déficit que deixa cada procedimento desse, você utiliza em todos os momentos de uma gestão (CaS3).

A gente faz uso sempre, na contratualização, no chamamento público, na execução e produção de todos os estabelecimentos. Então a gente monitora todo o contrato e toda produção mensalmente. E dentro dessas ações contratualizadas, a gente checa o nosso setor de auditoria, processamento e

revisão. Utilizamos no planejamento, na contratualização, na execução, na revisão e na auditoria. (CaRI).

A contratualização, citada pelos entrevistados é uma ferramenta importante para aumentar o nível de responsabilidade e a transparência no uso dos fundos públicos nos serviços de saúde. Com a contratualização são estabelecidas pactuações de serviços de saúde, metas e compromissos que visam à eficiência e à efetividade dos procedimentos realizados, bem como define a alocação e o repasse de recursos financeiros, mediante cumprimento de metas quantitativas e qualitativas, visando à melhoria da qualidade do serviço prestado e do processo de gestão¹⁶.

Após esta etapa, é imprescindível definir medidas de avaliação e monitoramento de processos de gestão de sistemas de saúde, que é uma tarefa complexa e sua operacionalização no cotidiano da gestão requer, muitas vezes, indicadores que permitam sua incorporação e viabilizem sua adoção como instrumento de trabalho. O conceito de monitoramento comumente utilizado refere-se ao acompanhamento rotineiro de informações relevantes¹⁷.

A informação presente no SIGTAP deve funcionar como ferramenta para orientar a tomada de decisão e a produção de conhecimentos válidos. Essas informações são essenciais para a compreensão dos fatores de despesa e utilização de pacientes e condições, permitindo que planejadores e gestores projetem melhor políticas e programas de maneira orientada por dados¹⁸.

No entanto, apesar da importância do SIGTAP, as falas das gerências regionais e diretores de hospitais mostram a falta de aplicabilidade do SIGTAP no processo de trabalho:

A gerência em si, não mexe com o sistema SIGTAP. Há não ser por exemplo, ano passado, a gente tentou fazer a atualização da PPI pontual, e aí em alguns momentos os municípios adentravam no sistema e aí dizia olha eu tenho um recurso de órteses e próteses que está lá em Cabedelo, mas aqui em Patos a gente já tem, então como recurso ele é depositado lá, vamos tentar migrar aqui para Patos, uma vez que Patos geograficamente ele é menor, o percurso é menor desse usuário (CγG2).

Não, só na parte de faturamento mesmo, faturamento hospitalar. É porque assim o nosso faturamento, ele é enviado para a secretaria de saúde, que a gente trabalha através de PCEP. O prontuário quando ele é contabilizado por tipo de procedimento, pelo custo, ele é enviado pelo sistema através desse setor, que é o setor de faturamento, ele envia para a secretaria de saúde e lá que eles vão gerar relação de custos, por que a gente não tem acesso a esses custos (CγDH2).

Verifica-se, com esse ausência do SIGTAP no processo de trabalho nessas instâncias de saúde o distanciamento estabelecido, entre a gestão da saúde de grandes municípios e seus serviços de saúde, dificultando a otimização dos processos de trabalho e de melhores práticas¹⁹.

Diante disso, é notório a inexistência da utilização da tabela SIGTAP para faturamento, estatísticas e/ou controle dos fornecedores de insumos de alto custo, no entanto faz-se necessário o uso das informações presentes na tabela, seja para discutir questões relativas ao financiamento do sistema de saúde, seja para a gestão de seus gastos, aqui inclui-se a discussão dos modelos de remuneração aos prestadores de serviço. Observa-se, que como o planejamento e avaliação do serviço não está relacionado ao uso do SIGTAP, há pouca vontade para a adoção desse sistema no processo de trabalho, sendo preciso lembrar que tal sistema constitui uma ferramenta para melhoria da qualidade da atenção à saúde e da saúde da população, ocasionando aperfeiçoamento da produção e da alocação dos escassos recursos²⁰.

Dessa forma, a falta de aplicabilidade do SIGTAP na rotina dos serviços de saúde, contribui na alocação inadequada de recursos, dificultando a organização do serviço, ou seja, o uso do SIGTAP poderia contribuir nas questões relacionadas a adequação física, abastecimento de insumos, manutenção, implantação do processo de trabalho, planejamento, monitoramento e avaliação das ações, construção de redes, protocolos, fluxos, elaboração, assinatura e acompanhamento de contratos, processos seletivos, treinamentos e capacitações.

ANÁLISES DOS RECURSOS

Sabe-se que a saúde pública brasileira vem enfrentando vários conflitos políticos e econômicos em relação ao seu financiamento. Nesse cenário, é de fundamental importância iniciativas que busquem o acompanhamento sistemático das fontes e uso desses recursos, especialmente por parte dos municípios nas regiões de saúde¹⁵.

Ainda sabe-se pouco sobre a diversidade das despesas municipais com saúde, em especial das realizadas com receitas próprias, que resultam da tributação municipal direta e das transferências intergovernamentais, advindas da União ou dos estados. Se no caso das despesas executadas com receitas oriundas de transferências condicionadas fundo a fundo, ou transferências SUS, o perfil das despesas já é previamente delimitado dada sua

vinculação ao custeio e, em alguns casos, despesas de capital destinadas às respectivas ações e programas de caráter federal, no caso das receitas próprias dos municípios ainda se conhece pouco sobre sua destinação quanto aos níveis de atenção cobertos. Também são poucas as informações acerca das despesas com saúde em relação ao perfil socioeconômico das unidades subnacionais, em sua totalidade²⁰.

Nas falas seguintes, observa-se o conhecimento, por parte do setor de regulação e de um dos secretários de saúde, dos valores dos procedimentos, assim como a fonte de receita através da transferência de recursos fundo a fundo, reforçando a insuficiências de recursos para o seu financiamento:

A gente recebe recurso fundo a fundo, para fazer a pactuação a gente tem que ter noção do valor. A noção que eu digo é ter a exatidão daquele valor para contratualizar com outro. Infelizmente é um dos grandes problemas é esse, a gente recebe pelo valor financeiro, mas termina ofertando um valor maior (CγS2).

A consulta de oftalmologia é 10,00 reais. Uma fundoscopia é 4,00 reais, para o profissional 3,37 reais. A consulta para diagnóstico e reavaliação do glaucoma ela é 57,74 reais porque junta quatro procedimentos para a gente pagar o prestador. A catarata com implante de lente 661,60 reais. O SIGTAP dá uma ideia do que pode ser utilizado para o serviço e para o profissional. Ele coloca como uma referência, porque eles fazem um levantamento de custo (CaR1).

Depende, Tomografia com contraste ou sem contraste. Essa tomografia que está exposta no SIGTAP ela engloba o código assim Tomografia com contraste ou sem contraste de Crânio, ou seja, engloba sempre o contraste aqui dentro, e a gente sabe que o contraste não dá. E essa tabela SUS ela tem que ser atualizada no mínimo rodando 100 por cento, no mínimo, nesse procedimento (CβR5).

Em virtude da desatualização da Tabela de Procedimentos, existe uma diferença entre o custo do procedimento e o presente na tabela, isto deve provocar nos gestores reflexões e esforços na investigação para uma forma mais adequada de realocação dos recursos. Haja visto que, essa diferença dificulta a implementação de um modelo adequado de cuidado, de acordo com o preconizado pelos protocolos brasileiros²¹.

Conhecer a forma de transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos subnacionais e como ocorre esse repasse, que depois da Portaria nº 3.992/2017 passou a ser em duas fontes, custeio e investimento, faz-se necessário para que ocorra uma distribuição equitativa dos recursos financeiros e de sua adequada alocação²².

Apesar dos diretores de hospitais e do pessoal do setor de faturamento desconhecerem os valores dos procedimentos, corroboram com a opinião dos gestores e do setor de regulação no que se refere ao subfinanciamento dos recursos:

(..)Um parto cesáreo paga 280,00 reais por exemplo, eu acho que deveria ser no mínimo uns 500,00 reais ou mais, se for realmente esses 280,00 reais porque agora eu não lembro. Eu acho que a tabela SUS é muito aquém do que ser. Eu acho que deveria ter um financiamento melhor (CγDH1).

Não sei, essa tabela do SUS está atrasada há 14 anos, 15 anos que não aumenta o procedimento. Paga muito pouco (CaF2).

Pelo exposto, a fim de dar sustentabilidade econômico-financeira a todas as esferas de gestão responsáveis por garantir o direito à saúde é imprescindível a autonomia na utilização dos recursos financeiros recebidos dos demais entes federados, porém não têm sido uma realidade para a gestão municipal²³. Registra-se que, ao conhecer a tabela, a administração municipal pode garantir essa autonomia na utilização dos recursos.

Para isto, a gestão necessita combinar autonomia dos entes federados e coordenação entre os mesmos, o que é preconizado no *Pacto de Gestão do SUS*, através da *gestão compartilhada e solidária do SUS*²⁴. Entretanto, a diferença do poder de arrecadação municipal e da disponibilização de recursos para a saúde, influencia a fragmentação do SUS em nome da autonomia municipal²⁵. Visando essa autonomia a discussão em torno dos valores pagos, não deve ser restrita a incrementar os recursos, mas também implica, aprimorar a forma de distribuição dos recursos da União para os estados e municípios, aperfeiçoando os critérios de rateio.

Recentemente, esses critérios de rateio passaram por modificações através da Portaria do Comitê Interinstitucional Tripartite de 31 de outubro de 2019, promulgada na Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019²⁶.

A portaria instituiu o programa “Previne Brasil” que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde – APS. Através desse modelo o repasse de recursos financeiros será de acordo com: capitação ponderada, incentivo a ações e programas estratégicos e pagamento por desempenho. Essa mudança finaliza com o modelo anterior baseado na população municipal – Piso de Atenção Básica (PAB) Fixo, bem como, reduz os componentes de pagamento de incentivos a programas específicos transferidos da existência dos serviços. Essa reforma visa induzir as equipes a atuarem

com maior responsabilização pela população cadastrada desde o cadastramento das pessoas nas equipes, aumentando sua responsabilidade com seus pacientes e melhorando a qualidade do atendimento²⁷.

CONCLUSÃO

A pesquisa destacou o conhecimento do SIGTAP, principalmente entre os secretários de saúde e os responsáveis pelo setor de regulação. No entanto, desconhecem de forma fiel o valor dos procedimentos que está presente na SIGTAP, e devido isso ocasiona uma má gestão dos recursos, que necessitam de uma complementação por parte dos municípios.

A gestão hospitalar e das gerências regionais de saúde ainda utilizam uma lógica descontextualizada e baseada em demandas e queixas tomadas isoladamente, com vistas a mera reprodução do código dos procedimentos, sem entender de fato o que significam, e como ocorrem o repasse dos recursos relacionados a esses procedimentos. Essa forma de exercer a gestão tem contribuído para a falta de planejamento e de apresentação de estratégias que garantam recursos que respondam às demandas. Além disso, observa-se que esses dois últimos setores carecem de quadro técnico para a melhoria da gestão do sistema de saúde visando a redução de custos.

Sugere-se, com esses achados, que a gestão promova a adoção de mecanismos para medição de indicadores de desempenho a partir da SIGTAP, fortalecendo uma cultura informacional nas secretarias municipais e nos hospitais, potencializando um ambiente organizacional que consolide o uso da informação para a construção do conhecimento e o seu compartilhamento para subsidiar o processo decisório. Contudo, é necessário a capacitação efetiva de todos esses setores sobre o SIGTAP e sua aplicabilidade prática.

REFERÊNCIA

1. Teston LM, Mendes Á, Carnut L, Junqueira V. Avaliação no SUS: uma crítica à ideologia do produtivismo no capitalismo contemporâneo. *Saúde Debate* 2018; 42 (3): 226-239. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe3/0103-1104-sdeb-42-spe03-0226.pdf>

2. Teles AS, Coelho TCB, Ferreira MPS. Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia. *Saúde Soc* 2016;25 (3):786-799. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2016.v25n3/786-799/pt>.
3. Dieleman, J. and Sadat, N. and Chang, A. and Fullman, N. and Abbafati, C. and Acharya, P. and Adou, A. et al. 2018. Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016–40. *The Lancet*. 391 (10132): 1783-1798. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30697-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30697-4/fulltext)
4. Silva RM, Samico IC, Neto PMS. A relação público-privado e a gestão do trabalho nas fundações estatais de saúde. *Trab. Educ. Saúde* 2020, Rio de Janeiro; 18(1). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462020000100507&script=sci_arttext
5. Brasil. Portaria GM/MS nº 2.848, de 06 de novembro de 2007. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007.html
6. Uma análise da base de dados do Sistema de Informação Hospitalar entre 2001 e 2018: dicionário dinâmico, disponibilidade dos dados e aspectos metodológicos para a produção de indicadores sobre violência / Autores: Daniel R. C. Cerqueira, Paloma P. Alves, Danilo S. C. Coelho, Milena V. M. Reis. e Adriana S. Lima. - Rio de Janeiro: IPEA, 2019.
7. Santos KS, Ribeiro MC, Queiroga DEU, Silva IAP, Ferreira SMS. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(2): 655-664. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000200655&lng=en.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo: edição revista e ampliada*. São Paulo: Edições 70; 2016.
9. Bastos LBR, Barbosa MA, Rosso CFW, Oliveira LMAC, et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública* 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100221&lng=en.
10. Oliveira FEG, Santos AS, Roquete FF. O Uso das Informações de Custo em Serviços Públicos de Urgência e Emergência. *Rev. Gestão & Saúde* 2017; 08 (02), 230-253.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. *Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS/Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília, 2015*.

12. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Filho RMS. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde Soc* 2016; 25 (2): 320-335. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2016.v25n2/320-335/>
13. Nascimento AB, Almeida JC. *Gestão de custos, finanças e resultados em saúde*. Editora Senac São Paulo, 2018.
14. Grimm SCA, Tanaka OY. O monitoramento como Prática apoiadora nos Processos de decisão na Gestão da saúde. In: TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen; ALMEIDA, Cristiane Andrea Locatelli de Almeida. *Avaliação em saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano*, 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
15. Mendes A. Sobre a avaliação do Financiamento, do Gasto e da Gestão dos Recursos do SUS. In: TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen; ALMEIDA, Cristiane Andrea Locatelli de Almeida. *Avaliação em saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano*, 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
16. Liberatti VM, Pedro DRC, Costa RG, Pissinati PSC, Marcon SS, Haddad MCFL. Percepção de gestores, prestadores e auditores sobre a contratualização no Sistema Único de Saúde. *Trab. educ. saúde*. 2020; 18(3). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00274>
17. Santos CC, Figueiredo AFV, Paiva PA, Vieira MA, Silva WM, Dias OV. Gestão dos serviços de atenção primária à saúde na perspectiva de gestores e profissionais. *RPCD 17 (S3.A)*: 88-101. Disponível em: https://rpcd.fade.up.pt/arquivo/artigos_soltos/2017-S3A/07.pdf
18. Rahman N, Ng SH, Ramachandran S, Wang DD, Sridharan S, Tan CS, et al. Drivers of hospital expenditure and length of stay in an academic medical centre: a retrospective cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19 (442). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4248-1>.
19. Arcari JM, Barros APD, Rosa RS, Marchi R, Martins AB. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(2): 407-420. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000200407&lng=pt.
20. *Produção de informação de custos para a tomada de decisão no sistema único de saúde: uma questão para a política pública*. IPEA, 2017.
21. Entringer AP, Pinto MFT, Gomes MASM. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24(4): 1527-1536. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401527&lng=en.

22. Duarte LS, Mendes ÁN, Louvison MCP. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). *Saúde debate*. 2018; 42(116): 25-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100025&lng=en.
23. Pereira BLS, Junior ACRO, Faleiros DR. Portaria 3992/2017: desafios e avanços para gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2019; 53. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102019000100602&script=sci_arttext&tlng=pt
24. Menicucci TMG, Costa LA, Machado JÂ. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(1): 29-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100029&lng=pt.
25. Mendes Á, Leite MG, Carnut L. Uma metodologia para rateio dos recursos federais do SUS: o índice de necessidades de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2020; 54: 77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100255&lng=pt.
26. Brasil. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.
27. Harzheim E, D'AOP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Santos CMJ, et al. New funding for a new Brazilian Primary Health Care. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 Apr; 25(4): 1361-1374. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401361&lng=en.

ARTIGO 2

SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): da teoria à prática de profissionais de saúde da atenção primária

RESUMO

A Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma tabela na qual estão presentes os procedimentos do SUS tanto ambulatoriais quanto hospitalares. Seu Sistema de Gerenciamento permite o acompanhamento das mudanças dos procedimentos, com relação aos seus aspectos estruturais e repasses financeiros. O objetivo do estudo foi analisar o conhecimento de profissionais da atenção primária à saúde sobre a tabela unificada de procedimentos e o sistema de gerenciamento; descrever a partir dos procedimentos mais executados, na prática diária dos serviços, a compreensão dos profissionais sobre os valores pagos por procedimentos realizados ou solicitados e, as fontes de financiamento. Pesquisa qualitativa, realizado em 21 Unidades Básicas de Saúde, localizadas nos municípios sedes das macrorregiões de saúde do estado da Paraíba (Sousa, Patos, Campina Grande e João Pessoa). A coleta de dados se deu no período de outubro/2019 a março/ 2020, através de entrevistas semiestruturadas. Para análise do material, utilizou-se a Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Emergiram as categorias de análise: Fundamentos Teóricos e SIGTAP no Processo de Trabalho dos Profissionais. Entre os médicos e enfermeiros entrevistados existe um conhecimento limitado tanto no que se refere a teoria sobre o SIGTAP, quanto o seu uso no processo de trabalho. Entre os odontólogos, foi perceptível o total desconhecimento do SIGTAP, seu uso na Atenção Básica, bem como o valor dos procedimentos realizados na prática diária. Isso interfere na tomada de decisões no processo de trabalho. Esses resultados mostram a pouca ou nenhuma aplicabilidade do SIGTAP pelos profissionais na sua prática, isso deve estimular o investimento de gestores na capacitação dos profissionais para o manuseio do sistema.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Profissionais de Saúde; Tabelas de Remuneração de Serviços; Financiamento da Saúde

INTRODUÇÃO

A efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua descentralização trouxeram consigo a necessidade de estabelecer critérios para o financiamento da assistência, bem como uniformizar os instrumentos dos sistemas de informação da produção dos serviços realizados. Nesse sentido, o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/ SUS e o Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS, a partir da Norma Operacional Básica (NOB) 01/93, passaram a ser utilizados com o intuito de operacionalizar o pagamento desses serviços¹.

O SIA/SUS e SIH/SUS foram instituídos com tabelas de procedimentos próprias e distintas, o que fomentou a multiplicidade de procedimentos para o registro de uma mesma ação ou serviço de saúde, levando a necessidade de unificar esses sistemas com a criação do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP), em 2007², que permite a integração dos registros hospitalares e ambulatoriais, facilitando a identificação do procedimento e do registro da informação, aumentando a confiabilidade do dado.

Além disso, o sistema proporciona o acompanhamento sistemático, inclusive com série histórica, das alterações realizadas a cada competência, detalhando ainda, os atributos de cada procedimento³. A Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS foi organizada com uma estrutura hierarquizada em Grupos, Subgrupos, Formas de Organização e Procedimentos, que estão acessíveis a todos os cidadãos para conhecimento e consultas específicas⁴.

O Grupo resume os procedimentos de determinada área de atuação, de acordo com a finalidade das ações a serem desenvolvidas, já o subgrupo agrupa-os por tipo de área de atuação. As formas de organização definem os procedimentos por diferentes critérios (área anatômica; sistemas do corpo humano; especialidades; exames clínicos; entre outros. O nível procedimento, descreve o detalhamento do método, do processo, da intervenção ou da ação de saúde que será realizada no usuário ou no ambiente⁴.

Os procedimentos elencados no nível de complexidade “Básica” referem-se às ações realizadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, que necessariamente devem ser voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o tratamento de problemas de saúde que não exigem infraestrutura tecnológica ou especializada, devendo existir em todos os municípios do país³.

Nesse sentido, é esperado que os profissionais dos serviços de atenção básica, que são responsáveis pela produção desses procedimentos, se apropriem da tabela, especialmente dos valores pagos pelas ações que realizam, a fim de organizar melhor os

seus atendimentos, de forma a gerar menos custo ao sistema, sem que isso traga prejuízo às necessidades de saúde da população.

Diante desse contexto, objetivou-se analisar o conhecimento de profissionais da atenção primária à saúde sobre a tabela unificada de procedimentos e o sistema de gerenciamento; descrever a partir dos procedimentos mais executados, na prática diária dos serviços, a compreensão dos profissionais sobre os valores pagos por procedimentos realizados ou solicitados e, as fontes de financiamento.

METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em 21 Unidades Básicas de Saúde, localizadas nos municípios sedes das macrorregiões de saúde do estado da Paraíba (Sousa, Patos, Campina Grande e João Pessoa), e selecionadas de acordo com o critério de avaliação “muito bom” no 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

A coleta de dados se deu no período de outubro/2019 a março/ 2020, através de entrevistas semiestruturadas realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com 51 profissionais das respectivas Equipes de Saúde da Família, sendo 18 enfermeiros, 16 médicos e 17 cirurgiões dentistas, de forma individual, gravadas e, posteriormente, transcritas.

Para análise do material, utilizou-se a Análise de Conteúdo proposta por Bardin⁵. Dessa forma, os dados foram agrupados em categorias após serem submetidos às etapas de pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, realizando uma inferência e uma interpretação dos dados.

Como forma de garantir as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e aprovado por meio do parecer 3.658.244. Com o objetivo de garantir o sigilo e o anonimato as falas foram codificadas por letras do alfabeto grego alfa, beta, gama e delta para as cidades e os sujeitos receberam as letras que identificam a categoria profissional Médico (M), Enfermeiro (E), Dentista (D).

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A análise dos resultados emergiram duas categorias: Fundamentos Teóricos e SIGTAP no Processo de Trabalho dos Profissionais.

Fundamentos Teóricos

O SIGTAP foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), com intuito de ser um instrumento que agrega em um mesmo sítio o universo de procedimentos do SUS e seus atributos, possíveis de serem realizados no âmbito ambulatorial e hospitalar⁶. Baseado nisso, tem o objetivo de fazer o gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS, proporcionando uma série histórica de inclusões, alterações e exclusões de procedimentos².

Conhecer essas alterações dos procedimentos e onde suas características estão inseridas é de suma importância para a equipe da atenção básica, haja visto a necessidade do registro adequado desses procedimentos. Sobre esse aspecto, médicos e enfermeiros sabiam do que se tratava o SIGTAP, embora atribuíram o seu uso como responsabilidade apenas da gestão:

Não sei, já ouvi falar, é o sistema de monitoramento questão de procedimento, medicamentos, de órteses, mas a gente não trabalha aqui. Pelo menos aqui na unidade básica de saúde não trabalho com o SIGTAP (CβM3).

Eu sei que é uma tabela de procedimentos da rede da saúde. Mas que eu não tenho acesso (CγM2).

É um instrumento que vai auxiliar o gestor no uso correto do dinheiro público, evitando o uso indevido do mesmo (CβE6).

É a tabela que fala dos procedimentos da atenção básica, são os procedimentos que constam todos na atenção básica (CaE8).

Já os cirurgiões dentistas foram bem enfáticos ao relatarem que não conheciam o SIGTAP, alegando sua não utilização na prática assistencial específica:

Eu não tenho conhecimento da SIGTAP. Não sei se é a questão dos dentistas não utilizarem muito (CβD5)

Não sei, nunca tinha ouvi falar antes na sigla (CδD17).

O desconhecimento e mal uso do SIGTAP pode interferir na assistência prestada na Atenção Primária, visto que diversas ações desenvolvidas não são registradas ou são

feitas de forma equivocada. Isso pode provocar informações errôneas da realidade, dificultando a busca pelo aprimoramento da tomada de decisão, provocando custos operacionais desnecessários⁷.

Nesse contexto, além de conhecer o significado do SIGTAP, é imprescindível a identificação da organização da tabela de procedimentos, que é desconhecida pelos entrevistados das três categorias profissionais.

Não, nunca tive acesso à tabela não para ver como é a forma de organograma, como ela é feita não (CβM6).

Não sei como ela é organizada, confesso que eu particularmente não sei. A gente não sabe coisas ainda muito menores que isso que é até mesmo o fluxo de referência e contra referência dessas unidades (CβE5).

Não, porque eu não sei nem se odontologia ela utiliza (CβD5).

A portaria nº 436, de 10 de setembro de 2010 atualizou a composição e descrição da estrutura da tabela de procedimentos. Essa estrutura contém atributos classificados em gerais e complementares do SIGTAP. Os atributos são características dos procedimentos, específicos ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, aos Usuários, ao SIA/SIH/SUS e com relação aos Blocos de Financiamento do SUS, definidos no Pacto de Gestão do SUS. Os atributos Gerais são características estruturais para composição do procedimento⁸.

Entre esses atributos gerais estão: o código do procedimento, o qual apresenta dez dígitos, constituído a partir do grupo, subgrupo e forma de organização. Este código segue o seguinte formato: Grupo a que pertence o procedimento; Subgrupo do procedimento no grupo onde está inserido o procedimento; Forma de Organização do procedimento no Subgrupo onde está inserido o procedimento; O número de ordem sequencial do procedimento inserido na Forma de Organização a qual pertence e o Dígito verificador valida o código do procedimento⁸.

Além desses atributos está presente na tabela a Modalidade do Atendimento que caracteriza o regime de atendimento onde o procedimento pode ser realizado; a Complexidade, a qual identifica o nível de atenção à saúde onde é possível a realização do procedimento; o Instrumento de Registro que identifica o instrumento de captação de dados dos atendimentos: Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C); Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I); Autorização de Procedimento Ambulatorial – APAC; Autorização de Internação Hospitalar - AIH (proc.

principal) ; Autorização de Internação Hospitalar - AIH (proc. especial). Bem como também o tipo de Financiamento, caracterizado como o tipo de financiamento do procedimento em coerência aos blocos de financiamento definidos no Pacto de Gestão⁸.

No que concerne aos atributos, quando questionados, os entrevistados demonstravam dúvidas, principalmente ao instrumento de registro dos procedimentos, haja visto que nos municípios entrevistados os procedimentos são registros no sistema e-SUS AB ou estão em fase de aprimoramento do prontuário eletrônico.

Não saberia responder, porque a gente faz o registro no PEC, só que pouco antes do PEC a gente trabalhava com as tabelas que a gente registrava no BPA, mas aí eu não sei se continua depois do PEC (CαE1).

Agora é PEC, não é mais BPA a gente fazia antes mas já faz um bom tempo que a gente trabalha com PEC, que é o prontuário eletrônico, que vai direto o nosso atendimento já é contado direto no Ministério da Saúde, ao final do dia, a gente fecha o prontuário e eles fazem meia noite. Não sei como botar aí não. Antes era BPA, a gente fazia consolidado. Eu colocava paciente, por paciente, mas quando eu enviava era todos de uma vez (CaM9).

Registro os procedimentos atualmente principalmente no e-SUS (CδD12).

A coleta de informações na atenção básica vinha sendo realizada por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) desde 1994. No entanto, desde 2013, o Ministério da Saúde vem implementando o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) por intermédio da estratégia “e-SUS AB”. Essa ferramenta tecnológica, entre outras funções, notifica procedimentos realizados ao SIA/SUS, por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão, que organiza e atualiza esses procedimentos de acordo com o SIGTAP⁹.

Dessa forma, a falta de conhecimento dos profissionais acerca do SIGTAP pode interferir no registro correto de procedimentos realizados durante seus atendimentos, tanto no sentido de fornecer informação de saúde errônea, quanto gerando gastos desnecessários com procedimentos de um custo maior. Além disso, faz-se necessário estar atualizado de quais procedimentos são passíveis de serem registrados no âmbito da Atenção Básica, que também são atualizados continuamente. A última atualização foi em junho de 2020, quando implementado a teleconsulta na atenção primária, o instrumento de registro através do e-SUS APS, além da inclusão de ações rotineiras da Atenção Básica, mas que não estavam contempladas na tabela anterior, como aferição de temperatura e verificação da altura¹⁰.

Apesar de não identificarem corretamente o instrumento de registro, quando questionados sobre a forma de financiamento dos procedimentos, foi respondido através de pergunta fechada, pela grande maioria: *Atenção Básica (PAB)*.

No Brasil, o financiamento em atenção primária à saúde (APS), advém, principalmente, de transferências do governo federal para os municípios. Foi através da NOB de 1996, que em 1988 foi estabelecido o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável, no qual os valores a serem transferidos eram basicamente definidos pela multiplicação de valor *per capita* nacional pela população de cada município¹¹.

Atualmente, os critérios até então utilizados no PAB fixo e variável para financiamento de custeio da APS no SUS passaram por mudanças implantadas através da Portaria nº 2.979, que institui o programa “Previne Brasil”, estabelecendo um novo modelo de financiamento de custeio da APS a partir de 2020, constituído por: capitação ponderada; pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas¹².

Este novo modelo de financiamento da APS, pode causar efeitos radicais sobre o Modelo assistencial da ESF, pois ocorrerá uma realocação de recursos, com perdas evidentes para parte dos municípios uma vez que o atendimento ficará restrito ao público “cadastrado”, comprometendo as ações coletivas de promoção da saúde. Considerar apenas a população cadastrada, na prática, significa romper com a universalidade e a equidade do SUS¹³.

SIGTAP no processo de trabalho dos profissionais.

O SIGTAP pode ser acessado diretamente na *web* ou com o objetivo de ampliar e facilitar o acesso do público em geral. O Ministério da Saúde disponibiliza uma versão em *desktop* do referido sistema, a fim de facilitar o processo de consulta de procedimentos em locais com dificuldades de acesso à internet².

No entanto, apesar dessa facilidade ao acesso dos procedimentos, e seus atributos presentes na SIGTAP, dentre todos os profissionais entrevistados, apenas uma enfermeira demonstrou ter conhecimento dos códigos dos procedimentos que realiza na atenção básica e acessa a tabela de procedimentos

É a minha tabela de procedimentos. Nós já recebemos vários códigos. O SIGTAP não trabalha com todos os códigos. A gente trabalha com código de pressão, de diabetes. Mas eu conheço e trabalho com esses códigos, código de gestante, código de HIV, tanto o CIAP 2 como o SIGTAP, a gente é

obrigado a trabalhar. Nem todos dá para incluir no PSF, os mais usados (CδE16).

A Estratégia Saúde da Família tem o propósito maior de desenvolver ações, considerando o processo saúde-doença, favorecendo a corresponsabilidade entre profissional e cliente no cuidado para com a saúde, necessitando para isso que o uso dos recursos diagnósticos pelos médicos de família seja realizado de forma consciente e com a indicação adequada. A prática apropriada de solicitação de exames é essencial para minimizar as repercussões econômicas e à sustentabilidade do SUS¹⁴.

Para tanto, é importante que os trabalhadores municipais conheçam o financiamento e a gestão dos recursos orçamentários¹⁵, fazendo necessário a apropriação dos procedimentos que utilizam e os que mais oneram o sistema público. Sobre esse aspecto, os médicos elencaram como os procedimentos mais realizados:

Nós temos consultas médicas de clínico geral, tem consulta de saúde da criança, hipertenso, diabetes, consulta de pré-natal (CβM3).

A consulta médica, exames laboratoriais (CβM5).

Consulta médica. Vacina, peso, sinais vitais (CβM6).

Estes procedimentos estão classificadas no GRUPO 3, que corresponde aos procedimentos clínicos e exames laboratoriais, classificados no GRUPO 2 (procedimentos com finalidade diagnóstica).

Identificar quais procedimentos são mais realizados é requisito necessário para o alcance de uma resolução completa das necessidades de saúde dos usuários. Conseqüentemente, a partir dessa identificação, é possível a definição de metas, mecanismos de comunicação entre profissionais, desenvolvimento de uma cultura comum e de liderança orientadas ao trabalho em equipe; e fortalecimento da atenção primária à saúde¹⁶.

Os cirurgiões dentistas descrevem unicamente procedimentos odontológicos, demonstrando a separação existente entre equipe de saúde bucal e equipe de atenção básica.

Nós aqui fazemos poucas extrações, é mais preventivo, tratamento e conclusão do tratamento, restauração, a prevenção, o flúor a gente faz mais (CaD1).

Restaurações, extrações, raspagens supra gengivais (CβD4).

Restaurações, limpezas, aplicação de flúor, escovação supervisionada, curativos odontológicos, exodontia (CδD9).

Restauração, exodontia, profilaxia, escovação supervisionada, pequenas cirurgias, visita domiciliar, PSE (CaD7).

Esses discursos condizem com um estudo realizado com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Departamento de Informática do SUS (DATA/SUS) através do SIA/SUS no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2017, no qual destaca que dos procedimentos mais registrados, 35% foram de periodontia e 30% de atividades coletivas, procedimentos de endodontia (0,5%) e prótese dental (0,1%) foram os menos realizados¹⁷.

Já os profissionais enfermeiros elencaram os procedimentos mais realizados de acordo com suas atribuições previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁸, não fazendo menção à tabela de procedimentos do SIGTAP:

Na atenção básica seria a coleta de citológico, administração de medicamento, que eu acho que entra também, a administração de Imunobiológicos (CaE1).

Citológico, verificação de Pressão; curativo, peso, altura e glicemia (CβE2).

Verificação de pressão arterial, glicemia. Curativo, nebulização, são esses procedimentos básicos mesmo de PSF, vacina, injeção (CβE4).

Atendimento individualizado, consulta de enfermagem, vacinas, citológico, retirada de curativos, ações educativas, pré-natal, puericultura, hiperdia, aferição de pressão arterial, altura e peso (CδE12).

Como atribuição específica do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família, a PNAB considera as consultas de enfermagem, a realização de procedimentos e de atividades de grupo, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações, o encaminhamento de usuários para outros serviços, a realização de atividades programadas e de atenção à demanda espontânea¹⁹.

Cabe aqui destacar a importância do conhecimento da *carteira de serviços de atenção primária*, que tem como objetivo descrever, para a população, para os demais níveis do sistema, para os gestores e para os profissionais que atuam na APS, a lista de ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde ofertados no âmbito da APS brasileira. Assim por ser um documento orientador para todos os serviços de APS no Brasil, todos os profissionais, gestores e cidadãos brasileiros devem se apropriar e conhecer os serviços

de saúde oferecidos na APS²⁰. Com isso, observa-se que os profissionais destacam bem os procedimentos que devem ser oferecidos na APS.

Com isso, além de contribuir na definição dos papéis que cada profissional deverá desempenhar, apresenta os procedimentos e os serviços ofertados nesse ambiente de cuidado, reduzindo a heterogeneidade de práticas existentes na APS²¹. Assim, identificar quais procedimentos devem ser realizados é imprescindível para a detecção de onde mais necessita de investimentos, além de estruturar a APS garantindo a integralidade do cuidado. Bem como, ajuda na compreensão de quais fatores contribuem para o aumento dos gastos em saúde fornecendo informações sobre fatores de risco e possíveis pontos de partida para medidas preventivas²².

Sobre esse aspecto, apesar dos profissionais elencarem de forma clara os procedimentos mais realizados, não conhecem os valores presentes no SIGTAP.

Não, não sei, já tive acesso à tabela do SUS, mas tabela do SUS não se aplica em todo local, é quase como tabela de carro, tem um preço de tabela e a cada cidade. Depende do acordo dos políticos, dos prefeitos, a secretaria do Estado, a secretaria de saúde, isso não sei dizer, nunca trabalhei com gestão não (CβM3).

Não, na verdade nunca me falaram que existia esses valores eu pensei que já vinha tudo uma coisa só da secretaria de saúde ou do governo (CδM12).

Não, não tenho ideia de quanto o município gasta (CβD2).

Não, eu trabalho no SUS não sei de valores porque tudo é com o gerente de saúde bucal ele que ia saber (CδD9).

Focar a prática em torno do valor significa definir o valor do pagamento de um desempenho com base em seu potencial para alcançar um resultado clínico, social ou financeiro. Isso indica que um uso ideal dos recursos pode ser obtido perseguindo os resultados que o paciente mais valoriza, em vez de focar no corte de custos em si²³. No entanto, apesar de ser a referência de valores de procedimentos em saúde para o SUS, essa tabela não corresponde bem à realidade da atenção básica. Por exemplo, por ela, nenhum valor é pago às consultas na atenção primária para os procedimentos odontológicos. Entretanto, é somente via tabela SIGTAP que é possível obter o valor específico que o gestor federal envia aos municípios que realizam os procedimentos²⁴.

Para realizar uma prática baseada em valores, é necessário saber quais valores seriam necessários para a realização dos procedimentos. No entanto, nenhum profissional conseguiu afirmar o quanto seria necessário para o custeio desses, como pode-se ver nas falas seguintes, nem reconhecem a necessidade desse conhecimento:

Não, eu acho que isso já compete ao gestor e eles mesmo passarão para a gente (CβE4).

Nossa, não tenho ideia de quanto seria, não sei se seria uma média de como seria no particular, até porque varia muito de profissional para profissional (CβD2).

Sei que os valores vão de acordo com a qualidade do produto. Sei de valores de alguns procedimentos que alguns colegas fazem, se for pelo plano de saúde é mais barato. (CδD9).

Não, quais seriam os valores não tenho nem ideia, não trabalho com valores (CγM2).

Quanto ele deveria custar? Não, que eu só trabalho no SUS, diz assim se for profissional, eu não sei. A gente não sabe o que produz (CaM10).

Apesar de não acessarem o SIGTAP e desconhecerem os custos dos procedimentos, os médicos e dentistas reforçaram a necessidade de selecionar a opção terapêutica para a assistência fazendo uma avaliação de custo-benefício tanto para o paciente quanto para o SUS:

A SIGTAP não, porque eu não conhecia. Mas como eu te falei a gente procura trabalhar fazendo esse avaliação de benefícios. Custo-benefício tanto para o paciente, como para o SUS. Você não vai solicitar um exame porque o paciente está pedindo, você acha que não necessita, você não vai pedir (CaM1).

Dessa tabela não, eu costumo olhar pela questão de conhecimento de valores, está vendo sempre utilizar do menor valor, para o maior, dependendo do caso do paciente, sempre eu começo com o básico (CγM2).

Bem, eu levo em consideração a necessidade, vejo o que tem à disposição para mim, o que me oferecem para trabalhar em termos de materiais, e o que tenho de melhor para oferecer ao paciente com o menor custo possível (CβD2).

Para que seja realizada ações baseadas em benefícios e custos, é preciso conhecer os valores das intervenções, haja visto que a tendência dos pacientes com aumento da longevidade, é de necessitarem cada vez mais de serviços com tecnologias avançadas, implicando em aumento dos custos do tratamento. Baseado nisso, deve-se considerar

todas as evidências disponíveis, incluindo a comparação com tratamentos alternativos relevantes²⁵.

Dessa forma, embora o financiamento da saúde pública, não seja exclusivamente por produção, os aspectos relacionados aos valores dos procedimentos, quanto é pago e quanto deveria ser, deve merecer atenção especial não só da gestão, como também dos profissionais de saúde, que implica diretamente no uso mais racional de medicamentos e procedimentos, além de estimular a população a utilizar o sistema de saúde segundo uma lógica diferente da tradicional em que o acesso dos usuários é controlado pelas possibilidades financeiras.

CONCLUSÃO

Através desse estudo foi possível identificar que entre os profissionais da atenção básica, enquanto os médicos e enfermeiros apresentam pouco conhecimento sobre a SIGTAP, os dentistas desconhecem totalmente esse sistema. As três categorias comungam da desinformação da estrutura e organização da tabela e da falta de habilidades com o sistema, bem como da valoração dos procedimentos, apesar de conhecerem a fonte de financiamento.

A indiferença por parte das três categorias pesquisadas com relação ao valor pago e ao valor necessário para o custeio de suas ações pode estar relacionada à cultura brasileira da despreocupação com os gastos públicos, não se sentindo corresponsáveis pela manutenção de um Sistema Único de Saúde gratuito, universal e integral.

Os resultados desse estudo podem contribuir para estimular o investimento de gestores na capacitação dos profissionais para o manuseio do SIGTAP, reconhecendo assim, os profissionais como corresponsáveis pela gestão. Consequentemente, proporcionar uma análise de custo-efetividade dos procedimentos, instrumentalizando a tomada de decisões nos seus processos de trabalho e, consequentemente, fortalecendo uma atenção básica que busque a integralidade e especialmente, a equidade na distribuição dos recursos.

REFERÊNCIA

1. Carvalho DMT. Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. p. 148-170. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3038.pdf>

2. Guimarães RBM, Maia CT, Tomassini E, Araujo D, Lucena CDR. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS. Brasília; 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistemas_informacao_atencao_saude_contextos_historicos.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP versão WEB. 2011.
4. Ministério da Saúde. Portaria nº 321 de 8 de fevereiro de 2007. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-MS-n%C2%BA-321_2007_Institui-a-Tabela-de-Procedimentos-Medicamentos-%C3%93rteses-Pr%C3%B3teses-e-Materiais-Especiais-OPM-do-Sistema-%C3%9Anico-de-Sa%C3%BAde-SUS..pdf.
5. Bardin L. Análise de conteúdo: edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70; 2016.
6. Rached CDA, Mathias D. Monitoramento do faturamento nos setores de urgência/emergência no Sistema Único De Saúde: proposta de um roteiro para auxiliar o gestor. Revista Gestão em Sistema de Saúde. 2018; 7 (2): 173-88. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6693234>.
7. Tasca R, Massuda A , Carvalho WM , Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6943881/>
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 436, de 10 de setembro de 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0436_10_09_2010.html
9. Thum MA, Baldisserotto J, Celeste RK. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. Cad. Saúde Pública. 2019; 35 (2) Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019000205003&script=sci_arttext&tlng=pt
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 526, de 24 de junho de 2020. Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-526-de-24-de-junho-de-2020-264666631>
11. Cabreira Fabiana da Silva, Ritter Fernando, Aguiar Violeta Rodrigues, Celeste Roger Keller. Despesas municipais em atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo ecológico. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(12). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001205010&lng=en.

12. Massuda Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(4): 1181-88. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401181&lng=en.
13. Giovanella Ligia, Franco Cassiano Mendes, Almeida Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica à Saúde: para onde vamos ?. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25 (4): 1475-1482. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=en.
14. Figueiredo MFS, Borém LMA, Vieira MRM, Leite MTS, et al. Solicitação de exames de apoio diagnóstico por médicos na Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*. 2017;41 (114). Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2017.v41n114/729-740/pt>.
15. Mendes A. Sobre a avaliação do Financiamento, do Gasto e da Gestão dos Recursos do SUS. In: Tanaka OU, Ribeiro EL, Almeida CALA. *Avaliação em saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano*, 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu,2017.
16. Almeida PF, Marin J, Casotti E. estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. *Trab. educ. saúde*. 2017; 15 (2): 373-98. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200373&lng=en&nrm=iso.
17. Chisini Luiz Alexandre, Martin Alissa Schmidt San, Pires Ana Luiza Cardoso, Noronha Thaís Gioda, Demarco Flávio Fernando, Conde Marcus Cristian Muniz et al. Estudo de 19 anos dos procedimentos odontológicos realizados no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Cad. saúde colet*. 2019; 27(3): 345-53. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000300345&lng=en.
18. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
19. Barbiani R, Nora CRD, Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24: e2721. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100609&lng=en.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Carteira De Serviços Da Atenção Primária À Saúde (Casaps) Ministério Da Saúde – Brasil*. 2019.
21. Cunha Carlo Roberto Hackmann da, Harzheim Erno, Medeiros Olivia Lucena de, D’Avila Otávio Pereira, Martins Caroline, Wollmann Lucas et al . *Carteira de Serviços*

da Atenção Primária à Saúde: garantia de integralidade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 Abr [citado 2020 Ago 20]; 25(4): 1313-1326. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401313&lng=pt.

22. Jödicke AM, Zellweger U, Tomka IT, et al. Prediction of health care expenditure increase: how does pharmacotherapy contribute?. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19(1):953. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31829224/>

23. Esposti F, Banfi G. Combatendo os custos crescentes dos cuidados de saúde com a medicina baseada em valor: o caso do gerenciamento de AVC. *BMC Health Serv Res*. 2020, 75. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-4925-0#citeas>

24. Probst L, Vanni T, Cavalcante D, Silva E, Cavalcanti Y, Passeri LA, Pereira AC. Cost-effectiveness of implant-supported dental prosthesis compared to conventional dental prosthesis. *Rev. saúde pública*. 2019;53:69. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/161370>

25. Leahy, TP, Ramagopalan, S. & Sammon, C. O uso de bancos de dados de cuidados primários do Reino Unido em avaliações de tecnologia de saúde realizadas pelo Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (NICE). *BMC Health Serv Res*. 2020; 20 (675). Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05529-3#citeas>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados da presente pesquisa evidenciaram a definição correta do SIGTAP por parte dos secretários de saúde, setor de regulação e setor de faturamento hospitalar, sendo os dois últimos, os únicos entrevistados que conseguiram descrever minuciosamente sua organização em grupos, subgrupos e seus atributos. Em contrapartida os diretores hospitalares municipais, os gerentes regionais de saúde e os profissionais de saúde da atenção básica desconhecem ou pouco sabem sobre o sistema e a Tabela de Procedimentos do SUS.

Com relação aos procedimentos mais realizados, os mais citados foram procedimentos com finalidade diagnóstica, inclusive pelos profissionais da Atenção Básica que deveriam ter seu foco em ações preventivas. Quanto aos atributos gerais desses procedimentos, os gestores demonstraram dúvida no que se refere aos instrumentos de registro e ao financiamento, enquanto os profissionais da Atenção Básica mostraram conhecimento com relação ao financiamento.

Sobre os valores pagos pelo SUS e aos valores necessários observa-se que os secretários de saúde e os responsáveis pela regulação citam os valores pagos baseados no conhecimento que tem de vivência, no planejamento e na avaliação da gestão de saúde municipal. Os demais gestores entrevistados (direção hospitalar e gerentes regionais de saúde), embora apontem que o repasse financeiro é muito aquém do necessário, não souberam descrever os valores dos procedimentos presentes na tabela.

A partir disso, evidencia-se a necessidade da implantação do Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), que tem como um dos objetivos fornecer, a todos os setores da instituição, informação detalhada referente a seus custos. Bem como auxiliar os gestores na tomada de decisão, tendo como subsídio a informação de custo, para melhorar a gestão dos recursos disponíveis.

Em se tratando dos profissionais de saúde, apesar de reforçarem a necessidade de uma assistência baseada no custo-benefício, também demonstraram desinteresse pelos valores, o que se torna contraditório, visto que não se pode falar em uso racional de ações e procedimentos sem conhecer os seus custos, para que se possa escolher a melhor conduta, ou ainda, fazer o registro correto no sistema de informação.

Destaca-se a importância do conhecimento desses valores para o planejamento das ações e serviços de saúde, pois por serem utilizados como referência para pagamento de serviços prestados ao SUS pela rede privada complementar, mediante contratos e

convênios, e por estarem defasados, de acordo com a inflação atual, a oferta de serviços de média e alta complexidade para os usuários da saúde pública pode ser afetada, em virtude que o valor pago permanece muito aquém do necessário para cobrir os custos. Conseqüentemente os usuários, recorrem ao atendimento da rede privada, arcando com os gastos necessários, aumentando assim a rentabilidade do serviço privado.

Cabe ressaltar algumas limitações deste trabalho. A primeira refere-se ao fato do secretário de saúde do município de João Pessoa não ter aceitado participar da pesquisa, dificultando uma análise mais abrangente. Outra limitação identificada foi a dificuldade em obter todas as informações para a pesquisa, haja visto que não foi possível obter acesso aos relatórios das secretarias para verificar se os procedimentos mais citados eram realmente os mais executados.

Apesar da pesquisa ter sido realizada em um número limitado de municípios, os resultados demonstram no geral, um conhecimento bem limitado no que se refere ao SIGTAP, sendo esse aspecto um indicador de subutilização do sistema pelos gestores para subsidiar processos decisórios, planejamento de ações e investimentos em saúde. Ademais, a pouca habilidade dos profissionais da atenção básica no manuseio do SIGTAP pode ocasionar um registro inadequado de procedimentos ou o uso irracional desses, o que irá, conseqüentemente, onerar no sistema público de saúde.

O estudo sinaliza para a necessidade de investimento da gestão em processos de educação permanente para os profissionais de saúde sobre custos e financiamentos de suas ações, que proporcionem o cálculo do valor dos procedimentos mais realizados, buscando assim a otimização dos recursos, permitindo que os resultados sejam revistos e que possíveis alterações no processo de assistência possam ocorrer de forma a se adequarem às realidades locais. Outro ponto de destaque é a necessidade de criar espaços para o desenvolvimento de habilidades e competências para a gestão de serviços, dentro da academia.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V.; NORONHA, K.; Sá, E.B.; et al. Desafios do sistema de saúde Brasileiro. Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea):2018.

ALCALDE, P.R.; KIRSZTAJN, GM. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. **Jornal brasileiro de Nefrologia**, v. 40, n.2, p. 122-129, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v40n2/pt_2175-8239-jbn-3918.pdf.

ALONSO, Marcos. Custos no Serviço Público. *Revista do Serviço Público*, ano 50, n. 1, p. 37-63, 1999.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BIASOTO JR., G. Setor saúde: constituição do SUS, financiamento federal, transferências e questões federativas. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 2003. Mimeografado.

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 1882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde – artigo 196-200, 1988.

_____. Ato das disposições constitucionais transitórias. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990.

_____. Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos – conceitos e metodologia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde. –Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 321 de 8 de fevereiro de 2007.** Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em:

<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-MS-n%C2%BA-321-2007-Institui-a-Tabela-de-Procedimentos-Medicamentos-%C3%93rteses-Pr%C3%B3teses-e-Materiais-Especiais-OPM-do-Sistema-%C3%AAnico-de-Sa%C3%BAde-SUS..pdf>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual de operação do sistema, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 e dezembro de 2012.** Regulamenta os procedimentos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde: Manual de Operação do Sistema. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Os Núcleos de Economia da Saúde: histórico e produção bibliográfica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Associação Brasileira de Economia da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema, 2016.

_____. **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 55, de 10 de janeiro de 2018**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) e o Sistema de Apuração e Gestão de Custos do SUS (APURASUS). Disponível em:
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/06/Ministerio-da-Saude---Portaria-PNGC.pdf>.

_____. Ministério da Fazenda. Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil. Brasília: Secretária do Tesouro Nacional. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Cartilha de Orientação SIOPS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 1. ed. 1. Imp. - Brasília-DF 2019. 92p

_____. **Portaria nº 526, de 24 de junho de 2020**. Inclui, altera e exclui procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

BAIXINHO, C.L.; FERREIRA, Ó.; MARQUES, F.M.; et al. Transição segura: um projeto da transferência do conhecimento para a prática clínica. In: COSTA, AP; SÁNCHEZ-GÓMEZ, M.C., CILLEROS, M.V.M. A prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos. Oliveira de Azeméis: Ludomédia, p.57-80. 2017.

BITTENCOURT, S.A.; CAMACHO, L.A.B.; LEAL, MC. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, Jan. 2006. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100003&lng=en&nrm=iso>.

- CAMPOS, C. J.G.; TURATO, E.R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico qualitativa: aplicação e perspectivas. **Revista Latino-americana Enfermagem**, v. 17, n. 2, 2009.
- CARVALHO, G.A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n.2, p:435-444, 2001.
- CARVALHO, D. M. T. Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde (Vol. 1). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 148 p.
- CONCEIÇÃO, T. S.; CISLAGHI, J. F.; TEIXEIRA, S. O.O Financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. **Temporalis**, Brasília (DF), n.23, p.97-124, jan./jun. 2012.
- DALLORA, MELV; FORSTER, AC. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino-considerações teóricas. **Medicina (Ribeirao Preto Online)**, v. 41, n. 2, p. 135-142, 2008.
- DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Editora UFPR.
- FAVERET, A.C. S.C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n.2, p.371-378, 2003.
- FILHO, F.S.R.; SILVA, M.G.C. Análise de custos com pessoal e produtividade de equipes do programa de saúde da família em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, p. 919-928, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2009.v14n3/919-928/>.
- Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. v 4 / Fundação Oswaldo Cruz [et al.] — Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.
- GAGO, P. C. Questões de transcrição em análise de conversa. **Revista de estudos da linguagem**, v. 6, n.2, p. 89-113,2002. Disponível em: <http://www.ufjf.br/revistaveredas/files/2009/12/cap051.pdf>.
- GEREMIA, DS. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e300100, 2020. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000100100&lng=en&nrm=iso.
- GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00029818, 2018.

GONÇALVES, M. A.; ZAC, J.I.; AMORIM, C. A. Gestão estratégica hospitalar: aplicação de custos na saúde. **Revista de Administração FACES Journal**, v. 8, n. 4, p. 161-179, out./dez. 2009.

GUIMARÃES, R. B. M.; et al. **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS. Brasília, 2015.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2016-2017.2018.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência saúde coletiva**, v.6, n.2, p.269-291.2001.

LUCENA, C. D.R.X.; ARAUJO, D. E.; SOUSA, L. S.; et al. **SIH - Sistema de Informação Hospitalar**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS/Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília, 2015.

MARTINS, E. **Contabilidade de custos**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MACIEL, D.A.; FERREIRA, D.P.; MARIN, H. F. Padrões de terminologias nacionais para procedimentos e intervenções na saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v.18, n.71, abr. – jun, 2018. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/111/148>.

MAGALHÃES, M.J.S.; Araújo, G.L.; Almeida, L. P.; et al. Impacto da inflação nos repasses médicos e hospitalares dos procedimentos neurocirúrgicos do Sistema Único de Saúde durante o período de 2008 a 2017. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia**, 2018. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1657764.pdf>

MARTINIANO, C.; DAVI, J.; JÚNIOR, G.M.; et al. **A luta pela vinculação de recursos para Saúde Pública no Brasil a partir do paradigma da universalização**. In DAVI, J., MARTINIANO, C., and PATRIOTA, LM., orgs. Seguridade social e saúde: tendências e desafios [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011.pp. 85-116.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MENDES, Á. N. Financiamento, gasto e gestão do Sistema único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do Sistema municipal no Estado municipal no Estado de São Paulo (1995-2001) / Campinas, SP. 2005.

MELAMED, C.; COSTA, N.R. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.393-401, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2003.v8n2/393-401/pt>.

MOREIRA, L.M. C.; FERRÉ, F.; GURGEL, A.E.I. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.4, p:1245-1256, 2017.

MOZZATO, A.R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, Jul./Ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; v. 16, n. 4, p:569-76. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>

O'DWYER, G.; et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4555-4568, Dec. 2019 .

PATINO, C. M.; FERREIRA, J. C. Critérios de inclusão e exclusão em estudos de pesquisa: definições e por que eles importam. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 44, n. 2, p. 84-84, 2018.

Paraíba 2000-2013 / Rodrigo Freire de Carvalho e Silva, org. – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2014. 85 p.: il.; 23 cm – (Estudos Estados Brasileiros).

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº43/18 de 25 de junho de 2018**. Aprova a Nova Definição das Macrorregiões de Saúde no Estado da Paraíba.

_____. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Plano Macrorregional de Educação Permanente em Saúde execução 2015-2016**.

_____. Governo do estado da Paraíba. Secretaria de estado da saúde. **Plano estadual de saúde 2016-2019**.

PACHECO, R.L.; Oliveira, R.Á.; Latorraca C.O.C.; et al. Análises econômicas em saúde. Estudo descritivo. **Diagnóstico e tratamento**, v. 23, n.2, p. 61-65, 2018.

PANITZ, L. M.; TOMASSINI, E.; ARAUJO, D.E. **SIA - Sistema de Informação Ambulatorial**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS/Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília, 2015.

PIOLA, S. F.; BARROS, E. D.; Nogueira, R. P.; et al. Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. In: Ipea. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**, n. 17 – Vinte anos da Constituição Federal, v. 1, cap. 3. Brasília: Ipea, 2009.

PIOLA, S.F.; PAIVA, A.B; SÁ, EB; SERVO LMS. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. - Brasília: Rio de Janeiro: Ipea ,2013.

PIOLA, S.F. Transferências de recursos federais do sistema único de saúde para estados, distrito federal e municípios: os desafios para a implementação dos critérios da lei complementar no 141/2012. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. - Brasília: Rio de Janeiro: Ipea ,2017.

PIMENTEL, V.; BARBOSA, L; MACHADO, L.; et al. Sistema de saúde brasileiro: gestão, institucionalidade e financiamento. Health | BNDES Setorial 46, p. 7-77, 2017.

PIRES, M. B. N.; OLIVEIRA, R.; ALCANTARA, C. C. V.; et al. Relação entre a remuneração do sistema único de saúde, os custos dos procedimentos hospitalares e o resultado: estudo nas santas casas de misericórdia do estado de São Paulo. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 14, n.3, Belo Horizonte, MG, JUL/SET 2017.

RACHED, C.D.A.; MATHIAS, D. Monitoramento do faturamento nos setores de urgência/emergência no Sistema Único De Saúde: proposta de um roteiro para auxiliar o gestor. **Revista Gestão em Sistema de Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 173-188, maio/agosto, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6693234>.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O.Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde sociedade**, v. 10, n.2, p.47-74. 2001.

SILVERMAN, D. **Interpretação de Dados Qualitativos: Métodos para Análise de Entrevistas, Textos e Interações**. Artmed: 3ª edição.2009.

SALDIVA, P.H.N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**, v.32, n.92, 2018.

SANTOS, R. J. M.; LUIZ, V. R. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.). Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: MS; Opas/OMS, 2016. p. 169-204.

SOUZA, R. R. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. **Ciência Saúde coletiva**, v.8, n.2, 2003.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, v.29, n.3, p. 507-514,2005.

UGÁ, M. A.; PIOLA, S. F.; PORTO, S.M., et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p.417-437, 2003.

VAZQUEZ, D.A. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1201-1212,2011.

VIEIRA, F. S. Produção de informação de custos para a tomada de decisão no sistema único de saúde: uma questão para a política pública. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. - Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2017.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 7, p.607-22, 2002.

ANEXO

ANEXO A-PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Unificada do SUS, em municípios da Paraíba: conhecimento de gestores e profissionais da saúde

Pesquisador: Gabriela Maria Cavalcanti Costa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 20274619.0.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.658.244

Apresentação do Projeto:

LÊ-SE:

A saúde é direito de todos, garantido pela Constituição Federal de 1988, devendo ser prestada por todos os entes federativos. Seu financiamento, nos últimos anos passou por inúmeras alterações, desde Normas Operacionais Básicas até leis complementares. Uma das alterações, foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 2.848, de 06 de novembro de 2007, a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. Essa, veio para subsidiar os gestores nas ações de planejamento, programação, regulação e avaliação em saúde, contribuindo na melhor distribuição dos recursos financeiros. Dessa forma, o estudo apresenta como objetivo analisar o conhecimento de gestores e profissionais de saúde sobre o sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e Órtese, Prótese e Materiais. Metodologia: O estudo é exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Será desenvolvido nos três municípios sedes das macros regiões do Estado da Paraíba (Campina Grande, Sousa e Patos). Os participantes da pesquisa serão secretários de saúde, responsáveis pelo setor de regulação e planejamento, diretores de hospitais municipais e enfermeiros da Atenção Básica. Para dar viabilidade à pesquisa, será realizada entrevista com roteiro semiestruturado composto por questões abertas e fechadas. O conjunto dos dados será submetido à análise de conteúdo, segundo Bardin e as categorias que daí emergirem serão analisadas à luz da literatura pertinente.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.658.244

Objetivo da Pesquisa:

LÊ-SE:

Objetivos Primários:

Analisar o conhecimento de gestores e profissionais de saúde sobre o sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais (OPM), do SUS, em municípios da Paraíba, Brasil.

Objetivos Secundários

-Averiguar o que gestores e profissionais de saúde sabem sobre a estrutura e a organização da classificação dos grupos e sub grupos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS;

-Verificar se os gestores e profissionais de saúde reconhecem as modalidades de atendimento, nível de complexidade e fonte de financiamento, descritas na SIGTAP no geral e, considerando os procedimentos mais executados no município;

-Identificar quais são os procedimentos mais realizados nos municípios considerando a prática diária ou análise da SIGTAP de profissionais de saúde e gestores;

-Verificar se os gestores e profissionais de saúde conhecem os valores pagos para atendimento do serviço ambulatorial, hospitalar e por profissional, dos procedimentos mais realizados nos municípios considerando a prática diária ou análise da SIGTAP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

LÊ-SE:

RISCOS

Esta pesquisa oferece um risco mínimo ao participante, pois poderão, por ventura, sentirem-se desconfortáveis durante a aplicação dos instrumentos de coleta (questionário e/ou realização da entrevista). De acordo com Resolução nº 466/2012, existe a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente (BRASIL,2012).

Com a finalidade de minimizá-los e/ou eliminá-los, todos os participantes receberão esclarecimentos prévios sobre os objetivos geral e específicos e a natureza do estudo, destacando-se que sua participação será voluntária e que poderá a qualquer etapa da pesquisa

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.658.244

interrompê-la, sem com isso incorrer em qualquer prejuízo, punição ou penalização para o mesmo. Além disso, o participante que se sentir desconfortável com alguma pergunta dos instrumentos de coleta poderá não responder. No entanto, para evitar estas ocorrências, o pesquisador responsável conversará com os participantes, a fim de dirimir quaisquer dúvidas, sem, contudo, interferir em suas respostas.

BENEFÍCIOS

LÊ - SE

No que diz respeito aos benefícios, o projeto busca viabilizar um maior entendimento do SIGTAP e novos ângulos de análise para os responsáveis pelo planejamento em saúde.

Segundo a Resolução nº 466/2012, a pesquisa deve resultar em benefícios, atuais e potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, proporcionando a promoção do bem-estar e da qualidade de vida (BRASIL,2012). Assim, compreender se os gestores e profissionais dos municípios das sedes das macrorregiões da Paraíba conhecem a SIGTAP será fundamental para auxiliar no planejamento das ações e serviços de saúde, fortalecendo o processo de tomada de decisões no âmbito financeiro. Ao estimular essa discussão, procura-se tirar proveito direto ou indireto, em virtude que será possível identificar quais os procedimentos que mais estão sendo realizados, otimizando os gastos. Essa otimização de gastos pode proporcionar na população, a inserção de procedimentos que antes não eram oferecidos, bem como minimizar a solicitação de exames e procedimentos desnecessários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo se reveste de importância por tratar de uma temática relevante no contexto do Sistema Único de Saúde. A sua realização poderá contribuir na produção de conhecimento que possibilite informações sobre gastos em saúde no que se refere a solicitação de exames e procedimentos sob a ótica de profissionais e gestores de modo a auxiliar no planejamento de intervenções em saúde e no processo de tomada de decisão. Na análise do protocolo de pesquisas verifica-se que o projeto se encontra bem estruturado. Os Termos de apresentação obrigatória, cronograma, orçamento foram anexados e estão adequados. O TCLE atende o disposto nas resoluções 466/12. No que tange aos aspectos éticos, os riscos inerentes ao estudo estão descritos, assim como a forma para minimizá-los. Desta forma, o projeto não apresenta óbices éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória exigidos foram anexados e estão em conformidade com as Resolução 466/2012.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.658.244

Recomendações:

Recomenda-se o envio dos relatórios parciais e final da pesquisa, conforme estabelecido na Resolução 466/2012 (Item XI.2 - letra d) e Resolução 510/2016 (Art.28 – item V).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências éticas foram resolvidas em conformidade com o disposto nas Resoluções 466/12, 510/16 e a norma operacional 001/13/CNS que regem as pesquisas envolvendo seres humanos de forma direta e/ou indireta no Brasil.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1380782.pdf	15/10/2019 14:56:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2PROJETO.docx	15/10/2019 14:56:31	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	2tcle.docx	15/10/2019 14:56:03	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	2termo.pdf	06/10/2019 08:28:59	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	2declarana.pdf	06/10/2019 08:28:42	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
Outros	termocompromisso.pdf	05/09/2019 22:46:36	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declarConcordancia.pdf	05/09/2019 22:41:23	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	22/08/2019 23:13:09	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
Outros	CEPSOUSA.pdf	22/08/2019 23:07:47	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
Outros	CEPPATOS.pdf	22/08/2019 23:07:15	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
Outros	CEPCG.pdf	22/08/2019 23:05:40	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.658.244

Brochura Pesquisa	ceprojetofinal.docx	22/08/2019 23:05:06	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
Outros	cepTAGC.pdf	22/08/2019 23:00:34	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	cepTCLE.pdf	22/08/2019 23:00:17	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito
Folha de Rosto	cepFRassinada.pdf	22/08/2019 22:50:17	Gabriela Maria Cavalcanti Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 23 de Outubro de 2019

Assinado por:

Dóris Nóbrega de Andrade Laurentino
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

ANEXO B- COMPROVANTE DE SUBMISSÃO NA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

28/08/2020

ScholarOne Manuscripts

 **Ciência & Saúde Coletiva** [Home](#) [Author](#)

Submission Confirmation

 [Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC-2020-3305

TitleTABELA DE PROCEDIMENTOS E SISTEMA DE GERENCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
conhecimento de gestores de serviços públicos**Authors**de Medeiros, Ana Aline
Cavalcanti Costa, Gabriela Maria**Date Submitted**

28-Aug-2020

[Author Dashboard](#)

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2020. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

APÊNDICE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. O que é SIGTAP?
2. Você já acessou o SIGTAP alguma vez?
3. Você sabe como é organizada e estruturada a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS?
4. Em algum momento de seu processo de trabalho as informações de custos de procedimentos no SIGTAP são utilizadas?
 - a) Gestores (monitoramento, avaliação, planejamento, programação?)
 - b) Profissionais (no momento de selecionar a opção terapêutica para a assistência?)
5. Quais os procedimentos são mais realizados no município?
 - a) Profissionais: considerando a prática diária
 - b) Gestores: consolidados do SIGTAP?
6. Considerando os cinco procedimentos mais realizados no município, você saberia dizer qual a modalidade de atendimento, complexidade, financiamento e instrumento de registro,?

PROCEDIMENTO:

MODALIDADE DE ATENDIMENTO	COMPLEXIDADE	FINANCIAMENTO	INSTRUMENTO DE REGISTRO
Ambulatorial()	Básica ()	Atenção Básica (PAB) ()	BPA (Consolidado) ()
Hospitalar ()	Média Complexidade ()	Média e Alta Complexidade (MAC) ()	AIH (Proc. Especial) ()
Hospital Dia ()	Alta Complexidade ()	Fundo de Ações Estratégicas e	AIH (Proc. Principal) ()

		Compensações (FAEC) ()	
Atenção Domiciliar ()	Não se Aplica ()	Assistência Farmacêutica()	BPA (Individualizado) ()
			APAC (Proc. Principal) ()

PROCEDIMENTO:

MODALIDADE DE ATENDIMENTO	COMPLEXIDADE	FINANCIAMENTO	INSTRUMENTO DE REGISTRO
Ambulatorial()	Básica ()	Atenção Básica (PAB) ()	BPA (Consolidado) ()
Hospitalar ()	Média Complexidade ()	Média e Alta Complexidade (MAC) ()	AIH (Proc. Especial) ()
Hospital Dia ()	Alta Complexidade ()	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) ()	AIH (Proc. Principal) ()
Atenção Domiciliar ()	Não se Aplica ()	Assistência Farmacêutica()	BPA (Individualizado) ()
			APAC (Proc. Principal) ()

PROCEDIMENTO:

MODALIDADE DE ATENDIMENTO	COMPLEXIDADE	FINANCIAMENTO	INSTRUMENTO DE REGISTRO
Ambulatorial()	Básica ()	Atenção Básica (PAB) ()	BPA (Consolidado) ()
Hospitalar ()	Média Complexidade ()	Média e Alta Complexidade (MAC) ()	AIH (Proc. Especial) ()
Hospital Dia ()	Alta Complexidade ()	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) ()	AIH (Proc. Principal) ()
Atenção Domiciliar ()	Não se Aplica ()	Assistência Farmacêutica()	BPA (Individualizado) ()
			APAC (Proc. Principal) ()

PROCEDIMENTO:

MODALIDADE DE ATENDIMENTO	COMPLEXIDADE	FINANCIAMENTO	INSTRUMENTO DE REGISTRO
Ambulatorial()	Básica ()	Atenção Básica (PAB) ()	BPA (Consolidado) ()
Hospitalar ()	Média Complexidade ()	Média e Alta Complexidade (MAC) ()	AIH (Proc. Especial) ()
Hospital Dia ()	Alta Complexidade ()	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) ()	AIH (Proc. Principal) ()
Atenção Domiciliar ()	Não se Aplica ()	Assistência Farmacêutica()	BPA (Individualizado) ()
			APAC (Proc. Principal) ()

PROCEDIMENTO:

MODALIDADE DE ATENDIMENTO	COMPLEXIDADE	FINANCIAMENTO	INSTRUMENTO DE REGISTRO
Ambulatorial()	Básica ()	Atenção Básica (PAB) ()	BPA (Consolidado) ()
Hospitalar ()	Média Complexidade ()	Média e Alta Complexidade (MAC) ()	AIH (Proc. Especial) ()
Hospital Dia ()	Alta Complexidade ()	Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) ()	AIH (Proc. Principal) ()
Atenção Domiciliar ()	Não se Aplica ()	Assistência Farmacêutica()	BPA (Individualizado) ()
			APAC (Proc. Principal) ()

7. Considerando os procedimentos que citou, você sabe quais os valores pagos para serviços ambulatoriais, hospitalar e profissional, descritos na SIGTAP?

8. Considerando os procedimentos que citou, você sabe quais deveriam ser os valores pagos para serviços ambulatoriais, hospitalar e profissional, pelo SUS?