

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

FERNANDO DOS SANTOS ROCHA FILHO

**ANÁLISE DE CUSTOS E PRODUTIVIDADE
DE EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA EM FORTALEZA-CEARÁ EM 2004**

**Fortaleza – Ceará
2005**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
Fernando dos Santos Rocha Filho

**ANÁLISE DE CUSTOS E PRODUTIVIDADE
DE EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EM FORTALEZA-CEARÁ EM 2004**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Gurgel
Carlos da Silva

Fortaleza – Ceará
2005

Universidade Estadual do Ceará
Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Título do Trabalho: Análise de Custos e Produtividade
de Equipes do Programa de Saúde da Família
em Fortaleza-Ceará em 2004

AUTOR: Fernando dos Santos Rocha Filho

Defesa em: __ / __ / __

Conceito obtido: _____

Nota obtida: _____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda

Prof. Dr. Luiz Odorico Monteiro de
Andrade

DEDICATÓRIA

À minha esposa Ana Claudia e aos meus filhos Davi e Lucas, minhas luzes, meus amores, razões de meu viver.

Aos meus pais Marilda e Fernando, minhas irmãs e irmãos, ao meu sogro e minha sogra, parentes e amigos(as), pois quem encontrou um amigo encontrou um tesouro.

Aos colegas trabalhadores(as) da saúde, companheiros(as) do cuidado com a vida, com lutas, desafios e vitórias.

Ao povo brasileiro, irmãos e irmãs, mãos e corações transbordantes.

AGRADECIMENTOS

A Deus, glorioso, que dá a vida, que dá tudo.

Ao professor Marcelo Gurgel Carlos da Silva pela valiosa e competente orientação.

A todos os professores do mestrado, professores convidados e em especial aos professores Alcides Miranda e Mauro Serapioni pela gentil participação na banca de qualificação.

Aos colegas de mestrado pelo prazer da convivência e da construção coletiva.

A todos os profissionais e coordenadoras das Unidades de Saúde e da SMS que gentilmente tanto apoiaram essa realização.

À enfermeira Maria Luciene Reis Aragão por todo seu generoso apoio técnico e humano.

A minha esposa e aos meus filhos pelo altruísmo e amor concretizados em afetos, esforços e triunfos.

Recurso humano é gente; Gente que cuida de gente; Gente que trabalha para viver; Gente que tem seus próprios objetivos; Gente que se comunica para superar problemas; Gente que anseia por proporcionar e desfrutar de uma melhor qualidade de vida.

Silvana M. Mishima, Maria José B. Pereira, Cinira M. Fortuna e Sílvia Matumoto.

RESUMO

Foram verificadas a produtividade e os custos das atividades de oito equipes de duas unidades do PSF de Fortaleza – Ceará, através da metodologia de custos por absorção, em 2004. Os maiores gastos foram com pessoal (75%), principalmente com os membros das equipes do PSF, e com medicamentos (18%). As verbas federais repassadas, em setembro de 2004, por equipe do PSF, foram de R\$ 9.543,33. O custo global da atuação da equipe foi de R\$ 15.719,00. Alguns profissionais de várias equipes do PSF apresentaram produtividade acima das metas planejadas, porém a média geral das atividades por médico e enfermeiro nas equipes ficou abaixo da metade daquelas metas, com alta capacidade ociosa e tornando as atividades muito onerosas. Verificou-se o custo unitário da visita domiciliar por médico e da consulta de pré-natal por enfermeiro, que seriam menos onerosos se a capacidade ociosa fosse menor. Observaram-se várias alternativas de minimização de custos, incluindo economia de escala relativa a alguns recursos e serviços, opções de compra de medicamentos e renegociação de contratos com empresas e cooperativas. As informações verificadas preenchem uma lacuna importante nas análises existentes sobre o PSF em Fortaleza e possibilitam o planejamento mais preciso, do curto ao longo prazo, da manutenção e instalação de equipes, além de alternativas de menores custos com maior produtividade e qualidade.

ABSTRACT

The research verified the productivity and the operational costs of eight teams of the Family Health Program (PSF) of two Basic Units of Family Health (UBASF) in Fortaleza, Ceará, through the methodology of costs by absorption, in 2004. The largest expenses were with personnel (75%), mainly with the PSF teams, and medicines (18%). The federal allocations received in September, 2004, by each PSF team, were R\$ 9.543,33. The total cost by team was R\$ 1.5719,00. Some professionals of various PSF teams showed productivity above the set objectives, but the average productivity by doctor and nurse was below fifty per cent of objectives, with high idle time making the work onerous. The unit cost of home visits by doctor and prenatal attendance by nurses were checked, and, would be less expensive if the idle time were reduced. Various alternatives of cost reduction were observed, such as scale savings of some resources and services, better choices in purchasing of medicines, and re-negotiation of contracts with suppliers and cooperatives. The data obtained fills an important gap in the existing surveys about the PSF in Fortaleza, and will contribute to more accurate planning, in short, medium and long range, for the installation and maintenance of PSF teams as well as alternatives of cost reductions, higher productivity, and better quality.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	12
LISTA DE TABELAS	13
LISTA DE QUADROS	17
1. INTRODUÇÃO	18
1.1 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	20
1.1.1 O PSF: mais que um programa	20
1.1.2 O contexto do PSF de Fortaleza	21
1.2. JUSTIFICATIVA	22
2. REVISÃO DA LITERATURA	26
2.1 AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE	26
2.1.1 Gestão e avaliação	26
2.1.2 Avaliação econômica em saúde	27
2.1.3 Eficácia, efetividade e eficiência (como critérios de avaliação)	28
2.1.4 Custos econômicos de serviços de saúde e custo de oportunidade	29
2.1.5 Métodos de avaliação econômica; Análise de custos	29
2.1.6 Alcance da técnica de Análise de custos	31
2.1.7 Etapas da avaliação econômica em saúde	33
2.2 MÉTODOS DE CUSTEIO: AFERIÇÃO DE CUSTOS	35
2.2.1 Custos contábeis	35
2.2.2 Métodos de custeio: aferição de custos	36
2.2.3 Centros de Custos	37
2.2.4 Custos diretos e indiretos	38
2.2.5 O custeio por absorção e seus desdobramentos	39
2.2.6 A precisão no rateio dos custos indiretos	41
2.2.7 O custeio baseado em atividades (ABC)	41
2.3 PESQUISAS DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE	45
3. OBJETIVOS	48
4. MATERIAL E MÉTODOS	49
4.1 Universo da pesquisa e campo da coleta de dados	49
4.2 Seleção dos resultados esperados de cada ESF: ações de saúde adequadas	51

4.3 Os custos das ações de saúde	52
4.3.1 Custeio da ação global de cada equipe do PSF	52
4.3.2. Custeio das ações de saúde específicas selecionadas	55
4.4 Identificar e avaliar o resultado (meta) atingido por cada equipe do PSF	56
4.5 Confrontar os custos (de produção) e os resultados (metas) obtidos por cada equipe do PSF, verificando sua eficiência	56
4.6 Comparação das equipes do PSF entre si, em termos de custo-resultado	56
4.6.1 Análise da eficiência na produção de volume adequado de ações de saúde	56
4.6.2 Análise do perfil da composição dos custos das equipes do PSF	58
4.6.3 Análise da adequação e da utilização dos recursos	59
5. RESULTADOS	60
5.1 Descrição geral dos serviços de saúde observados	60
5.2 Serviços desenvolvidos pelas Equipes do PSF	61
5.3 Volume de produção das equipes do PSF	64
5.3.1 Mês selecionado para análise da situação de recursos e custos	64
5.3.2 Equipes do PSF com mais adequados volumes de produção em setembro de 2004	67
5.3.2.1 Equipe do PSF da UBASF JVC com mais adequado volume de produção em setembro de 2004	67
5.3.2.2 Equipe do PSF da UBASF Terezinha Parente com mais adequado volume de produção em setembro de 2004	70
5.4. Organização dos centros de custos das UBASF e das unidades de trabalho das Equipes do PSF	72
5.4.1 Lista geral da organização dos centros de custos das UBASF	73
5.4.2 Unidades de trabalho das Equipe do PSF.....	75
5.4.3 Recursos empregados nas unidades de trabalho das Equipes do PSF	76
5.5. Critérios para distribuição dos custos entre os centros de custos	78
5.6. Quadro de pessoal nas duas UBASF	78
5.6.1 Funções e vínculos dos profissionais	79
5.6.2 Distribuição do pessoal por Centros de Custos de cada UBASF	82

5.7. Gastos na UBASF JVC	84
5.7.1 Gasto com o pessoal da coordenação da UBASF JVC	84
5.7.2 Gasto com o pessoal do departamento de Serviços gerais	86
5.7.3 Gasto com o pessoal dos departamentos de auxílio direto à equipe do PSF	86
5.7.4 Gasto com o pessoal próprio das Equipes do PSF na UBASF JVC.....	88
5.7.5 Gasto com transporte na UBASF JVC	90
5.7.6 Custo geral das Equipes do PSF da UBASF JVC	91
5.7.7 Gasto com medicamentos na UBASF JVC	92
5.8 Gastos na UBASF Terezinha Parente	93
5.8.1 Gasto com energia, água e telefone na UBASF TP	93
5.8.2 Gasto com o setor de Coordenação na UBASF TP	94
5.8.3 Gasto com Serviços gerais na UBASF TP	96
5.8.4 Gasto com os centros de custos de apoio direto na UBASF TP	97
5.8.5 Gasto com pessoal próprio das Equipes do PSF na UBASF TP	98
5.8.6 Gasto com transporte na UBASF TP	100
5.8.7 Custo geral das Equipes do PSF na UBASF TP	100
5.8.8 Gasto com medicamentos na UBASF TP	104
5.8.9 Gastos por tipo de recurso na UBASF TP	106
5.9 Análise de custo-produtividade das atividades por médicos e enfermeiros do PSF	108
5.10 Custo-produtividade nas visitas domiciliares por médico	110
5.11 Custo-produtividade nas consultas de pré-natal por enfermeiro	114
5.11.1 UBASF JVC: Custo-produtividade nas consultas de pré-natal por enfermeiro	114
5.11.2 UBASF TP: Custo-produtividade nas consultas de pré-natal por enfermeiro	117
5.11.3 Custo-produtividade nas consultas de pré-natal por enfermeiro na UBASF TP: gastos com pessoal e gastos gerais	118

5.12 Custos e receitas nas equipes do PSF	119
6. DISCUSSÃO	121
6.1 Departamentos mais importantes nos custos das equipes do PSF.....	121
6.2 Tipos de recursos mais importantes nos custos das equipes do PSF	122
6.3 Custo global das equipes	123
6.4 Gasto com os membros das equipes do PSF	124
6.5 Gastos com medicamentos	125
6.6 Condições da aplicação da metodologia empregada	126
6.7 Situações de minimização de custos	128
6.8 Desempenho de custo-productividade	129
6.9 Custo-productividade em atividades específicas	130
6.10 Situação dos recursos	131
6.11 Custos e receitas nas equipes do PSF	133
6.12 Aplicações desta pesquisa	133
7. CONCLUSÕES	134
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136
ANEXO I. Lista de recursos alocados nas Equipes do PSF	
ANEXO II. Solicitação para coleta de dados para pesquisa acadêmica	
ANEXO III. Consentimento livre e informado	
ANEXO IV. Tabelas de produtividade das equipes do PSF	
ANEXO V. Mapas	
ANEXO VI. Tabelas de custos das equipes do PSF	

LISTA DE SIGLAS

ABS - Ações básicas de Saúde

AVES - Avaliação econômica em saúde

AVESS - Avaliação econômica dos serviços de saúde

CC - Centro de custos

ESF ou EQPSF - Equipes do PSF

JVC - UBASF José Valdevino de Carvalho

MS - Ministério da Saúde

PMF - Prefeitura Municipal de Fortaleza

PSF - Programa de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SER - Secretaria Executiva Regional

TP - UBASF Terezinha Parente

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBASF - Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Nº de expedientes de 4 horas previstos para as principais atividades que envolvem médico em cada Equipe do PSF da UBASF JVC	62
Tabela 2	Nº de expedientes de 4 horas previstos para as principais atividades que envolvem enfermeiros em cada Equipe do PSF da UBASF JVC	62
Tabela 3	Nº de expedientes de 4 horas previstos para as principais atividades que envolvem médico em cada Equipe do PSF da UBASF TP	63
Tabela 4	Nº de expedientes de 4 horas previstos para as principais atividades que envolvem enfermeiros em cada Equipe do PSF da UBASF TP	64
Tabela 5	Média mensal de atividades por médicos do conjunto das 3 equipes da UBASF José Valdevino de Carvalho em 2004	65
Tabela 6	Média mensal de atividades por médicos do conjunto das 5 equipes da UBASF Terezinha Parente em 2004 (só nos meses trabalhados)	66
Tabela 7	Desempenho médio de produção por médico e enfermeiro das três Equipes do PSF da UBASF JVC em Setembro de 2004 em relação ao padrão das normas do PSF	68
Tabela 8	Avaliação do volume médio de atividades por enfermeiro da Equipe Amarela da UBASF JVC em Setembro de 2004 em relação ao planejado	69
Tabela 9	Desempenho em relação ao padrão do PSF de ações por médicos e enfermeiros das Equipes Verde, Amarela e Azul da UBASF TP em Setembro de 2004	70
Tabela 10	Desempenho em relação ao padrão do PSF de ações por médicos e enfermeiros das Equipes Vermelha e Lilás da UBASF TP em Setembro de 2004	70
Tabela 11	Desempenho da produção do médico da Equipe do PSF Vermelha da UBASF Terezinha Parente em de setembro de 2004	71

Tabela 12	Desempenho da produção do enfermeiro da Equipe do PSF Vermelha da UBASF Terezinha Parente em de setembro de 2004	72
Tabela 13	Gastos com pessoal nas UBASF JVC e TP por função e vinculação à PMF. Setembro de 2004	80
Tabela 14	Gastos com pessoal nas UBASF JVC e TP com vinculação direta à PMF. Setembro de 2004	81
Tabela 15	Distribuição do pessoal por Centros de Custos da UBASF JVC em Setembro de 2004	83
Tabela 16	Distribuição do pessoal por Centros de Custos da UBASF TP em Setembro de 2004	84
Tabela 17	Alocação dos gastos com pessoal e transporte entre os Centros de custo da UBASF JVC em setembro de 2004	85
Tabela 18	Gastos com profissionais das Equipes do PSF, por função e vinculação à PMF. Setembro de 2004	89
Tabela 19	Alocação dos gastos com pessoal próprio e de apoio às Equipes do PSF da UBASF JVC em setembro de 2004	90
Tabela 20	Alocação dos gastos com pessoal de apoio e transporte às Equipes do PSF da UBASF JVC em setembro de 2004	91
Tabela 21	Custo com medicamentos nas Equipes do PSF da UBASF JVC em setembro de 2004	93
Tabela 22	Gastos mensais gerais na UBASF TP em setembro de 2004 (R\$).....	94
Tabela 23	Gastos mensais gerais com as Equipes do PSF na UBASF TP em setembro de 2004, incluindo energia, água e telefonia	94
Tabela 24	Gastos mensais exclusivamente com pessoal na UBASF TP em setembro de 2004	95
Tabela 25	Gastos mensais exclusivamente com pessoal de apoio e das Equipes do PSF na UBASF TP em setembro de 2004	96
Tabela 26	Comparativo do gasto com pessoal próprio de cada CC nas duas UBASF em setembro de 2004	96
Tabela 27	Gastos com pessoal próprio das Equipes do PSF e pessoal de apoio na UBASF TP em setembro de 2004	99

Tabela 28	Gastos com grupos de centros de custos na UBASF TP em setembro de 2004	101
Tabela 29	Gastos gerais com as Equipes do PSF na UBASF TP em setembro de 2004 não incluídos os medicamentos	102
Tabela 30	Gastos com pessoal e transporte nas Equipes do PSF na UBASF TP em setembro de 2004	103
Tabela 31	Comparativo dos gastos com pessoal e transporte na Equipe Vermelha da UBASF JVC e na Equipe Vermelha da UBASF TP em setembro de 2004	104
Tabela 32	Gastos gerais, incluindo medicamentos, na Equipe Vermelha do PSF na UBASF TP em setembro de 2004	105
Tabela 33	Gastos com pessoal, transporte e medicamentos, nas Equipes do PSF na UBASF TP em setembro de 2004	106
Tabela 34	Gasto por tipo de recurso na Equipe Vermelha da UBASF TP em setembro de 2004 (R\$)	107
Tabela 35	Custo- produtividade de ações por médicos e enfermeiros do PSF das duas UBASF em Setembro 2004	109
Tabela 36	Nº de visitas domiciliares por médico nas Equipes do PSF das duas UBASF em setembro de 2004	111
Tabela 37	Custo das visitas domiciliares por médicos da Equipe Azul do PSF da UBASF JVC em setembro de 2004	112
Tabela 38	Custo das visitas domiciliares por médicos da Equipe Vermelha do PSF da UBASF TP em setembro de 2004	113
Tabela 39	Comparativo do custo planejado e do custo realizado das visitas domiciliares por médico nas duas UBASF em setembro de 2004	114
Tabela 40	Nº de consultas de pré-natal por enfermeiro nas Equipes do PSF das duas UBASF em setembro de 2004	115
Tabela 41	Custo das consultas de pré-natal por enfermeiro (gastos com pessoal) na Equipe Vermelha do PSF da UBASF JVC em setembro de 2004	116
Tabela 42	Custo das consultas de pré-natal por enfermeiro (gastos com pessoal) na Equipe Amarela do PSF da UBASF TP set. 2004 ..	117

Tabela 43	Custo das consultas de pré-natal por enfermeiro (gastos gerais) na Equipe Amarela do PSF da UBASF TP em setembro de 2004	118
Tabela 44	Repasses estimados de verbas federais por equipe do PSF de Fortaleza em setembro de 2004	120

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Depreciação do imobilizado por natureza, taxa anual e tempo de duração	55
Quadro 2	Situações conforme o custo da ação de saúde e a adequação do volume de ações	58
Quadro 3	Principais atividades que envolvem auxiliares de enfermagem e agentes de saúde nas Equipes do PSF.....	64
Quadro 4	Estrutura das Unidades de trabalho das Equipes do PSF (1º grupo)	75
Quadro 5	Estrutura das Unidades de trabalho das Equipes do PSF (2º grupo)	76
Quadro 6	Recursos empregados nas unidades de trabalho das Equipes do PSF: pessoal e edifício.....	76
Quadro 7	Recursos empregados nas unidades de trabalho das Equipes do PSF: material permanente, material de consumo e serviços	77
Quadro 8	Critérios para distribuição dos gastos entre os centros de custos..	78

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF), como política de saúde do governo federal, e do governo estadual, foi iniciado em janeiro de 1994, com a implantação das primeiras Equipes de Saúde da Família (ESF) no município de Quixadá, Estado do Ceará (Andrade, 1998:52). Desde então, vem aumentando geometricamente o número de equipes do PSF implantadas em municípios do interior do Ceará (Fonseca, 1997; Andrade, 1998).

No Município de Fortaleza, Estado do Ceará, as primeiras ESF começaram a atuar na década de 1990. Segundo Sousa (2002), citando o Capsi - Sistema de Captação de Dados para Pagamento/Departamento de Atenção Básica/SPS/MS, atuavam em Fortaleza, em 1999, cinqüenta ESF. Este número aumentou para 97 equipes no ano 2000, 101 em 2001 e manteve este número até pelo menos junho de 2002, cobrindo 348.450 pessoas (16% da população total de Fortaleza, pelos critérios do programa).

Medina e Aquino (2002) recentemente apontaram a necessidade premente de mais investigações e avaliações científicas que esclareçam o desempenho efetivo do PSF em cada realidade em que atua. As ESF têm sido efetivas quanto a mudanças positivas no estado de saúde das populações, ao contribuir, por exemplo, para a diminuição das internações hospitalares por vários agravos (Miranda, 1999; Paim, 2002; Rocha Filho, 1996). Surgem as seguintes questões, entre outras: Os custos econômicos da realização das ações de saúde por parte das ESF têm sido adequados? Estarão as ESF também sendo eficientes economicamente? E mais:

- Quais são os custos da produção das principais atividades de saúde das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) de Fortaleza?
- Quais são os recursos humanos e materiais empregados na produção das principais ações de saúde das equipes do PSF de Fortaleza?
- Quais são os volumes das principais ações de saúde produzidas a cada mês pelas equipes do PSF? Estarão de acordo com as metas do PSF de Fortaleza?

- Quais são as equipes com volumes de ações adequados e com menores custos por cada atividade de saúde?
- Qual é o volume e qualidade dos vários recursos utilizados por cada equipe na produção de cada atividade, de acordo com as normas do PSF? Qual é o perfil da composição dos custos?
- Existem alternativas para melhorar a produção de atividades de saúde das equipes de cada unidade e de cada regional, otimizando seu desempenho, seus custos e a utilização de recursos, contribuindo para as tomadas de decisão?

Estas questões são muito pertinentes em relação ao PSF de Fortaleza, mormente em vista da escassez de recursos para o setor saúde, diante das crescentes necessidades a serem atendidas (Pontes, 2001).

Várias razões levaram à pesquisa deste tema: tanto, profissionais, quanto científicas, éticas e sociais. Como tema de Saúde Pública, Gestão em Saúde, e Economia da Saúde, ele se insere no âmbito das preocupações profissionais e científicas do mestrando, desde sua graduação em medicina, passando por vários cursos de pós graduação em Saúde Pública, Planejamento de Saúde e outros. O autor realizou várias pesquisas nesta área, inclusive quando estudou as alterações nas causas de internações hospitalares antes e após a instalação do PSF no Município de Beberibe em 1994 (Rocha Filho, 1996). Motivações éticas e sociais decorrem da capacidade de o PSF, provada já em vários locais, de promover uma maior equidade entre as pessoas, pelo menos no acesso à saúde.

1.1 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1.1.1 O PSF: mais que um programa

O PSF, mais do que um programa de saúde, é uma estratégia de reformulação do sistema de atenção à saúde no Brasil, mormente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Paim, 2002:363; Sousa, 2002:passim; Andrade, 1998:52). Segundo Paim (2002:326), sistema de saúde é um “conjunto de agentes e agências voltados para enfrentar problemas de saúde de indivíduos e de populações, [...] envolve uma organização complexa de ações e serviços”, como será discutido adiante com mais detalhes.

Os **objetivos** do PSF se inserem na atenção básica de saúde (ABS), como primeiro nível do sistema local de saúde (Marques e Mendes, 2002:71; Ceará, 2002). Seus **recursos** estão centrados nas ESF, que são compostas, atualmente, pelos seguintes profissionais de saúde (Brasil, 1998): um médico (preferencialmente generalista), um enfermeiro e de quatro a dez agentes de saúde. Atualmente, estão sendo integrados cirurgiões-dentistas ao PSF, na proporção de um dentista para cada duas ESF. Isto é levado em conta na presente pesquisa. As ESF utilizam a **infra-estrutura** de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), antigamente Centros de Saúde, com suas dependências, pessoal de apoio, veículos e outros recursos. As **ações** de atenção à saúde das famílias, realizadas pelas ESF, são, voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde no nível de atenção primária de saúde (ou atenção básica) (Marques e Mendes, 2002:71).

As ESF realizam atenção à saúde de uma população de tamanho bem definido. Cada equipe cobre, em geral, entre mil e duas mil famílias (Brasil. Ministério da Saúde, 1998), cada família com média de quatro membros. Atendem a famílias de uma base territorial específica, a chamada **área adscrita** à equipe do PSF, aplicando os conceitos de Distrito Sanitário (DS) e Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (Paim, 2002:362; Mendes, 2002:passim; Serapione, 2002). Em Fortaleza, cada ESF está subordinada **gerencialmente** ao gerente (coordenador) da UBASF em que está baseada. Cada UBASF recebe, atualmente, aproximadamente a cada

dois meses, novecentos reais, para custeio de pequenas despesas intercorrentes. Porém, a grande maioria dos recursos utilizados pelas equipes do PSF em Fortaleza é alocada por órgãos a níveis mais centralizados, como as Administrações Regionais, ou a Secretaria Municipal de Saúde (Aragão, 2004:comunicação pessoal).

1.1.2 O contexto do PSF de Fortaleza

O PSF de Fortaleza atua no contexto de uma grande metrópole brasileira. Fortaleza, com população estimada de 2.183.612 habitantes para o ano de 2002 (IBGE, 2000), é a capital do Estado do Ceará, situada próximo à linha do Equador, na Região Nordeste do Brasil. A maioria da população trabalha no setor de serviços e na indústria. A taxa de desemprego é alta desde há vários anos, atingindo 17% em outubro de 2003 (desemprego aberto). Grande parte da população encontra-se na faixa de miséria e indigência. Em 2001, segundo a PNAD (IBGE, 2003), 32% das pessoas na Região Metropolitana de Fortaleza sobreviviam com renda de até meio salário mínimo ou menos, e outros 25% com renda entre meio e um salário mínimo. É oportuno ressaltar que, no Brasil, atualmente, o salário mínimo tem valor de R\$ 240,00.

Segundo o mesmo documento do IBGE, é grande a concentração de renda no Estado do Ceará, onde Fortaleza está inserida. O índice Gini, que mede a desigualdade social, era de 0,60 em 2001 no Ceará, sendo o pior do Nordeste, que estava em pior situação no Brasil. Dos domicílios da Região Metropolitana de Fortaleza, 57,8% não tinham acesso completo a serviços adequados de abastecimento d'água, esgotamento sanitário e coleta de lixo. A taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos tem diminuído, mas é ainda alta. Melhorou a taxa de crianças freqüentando a escola, mas a qualidade do aprendizado efetivo é baixa (Bruno, Farias e Andrade, 2002)

1.2. JUSTIFICATIVA

A identificação e otimização dos custos dos serviços de saúde tem grande importância, principalmente tendo em vista que as necessidades de saúde sempre superam os relativamente escassos recursos disponíveis. Segundo Silva (2003:542), “Mesmo nos países mais ricos não podem ser atendidos, ao mesmo tempo, todas as necessidades e desejos da sociedade, de tal maneira que os usuários de recursos, sem exceção, hão de incorrer em gastos suplementares, que serão mais elevados quanto mais escassos sejam os recursos”.

A avaliação dos custos de serviços de saúde facilita a implantação de alternativas, e metodologias, que melhoram a produção dos serviços a menores custos, tanto em volume quanto em qualidade. Essas novas alternativas também otimizam o desempenho das equipes, oferecem melhores condições de trabalho para os profissionais e os gestores, além de melhores ações de saúde para a comunidade. Frequentemente a um custo menor do que o de antes da avaliação. Favorecem uma mais adequada aquisição, alocação, conservação e utilização de recursos, e acrescentando mais qualidade, como veremos adiante.

Essas análises também orientam maior adequação na aquisição, alocação, conservação e utilização dos recursos pelas equipes do PSF, otimizando o desempenho das equipes, aumentando os benefícios oferecidos, a um custo igual ou menor que o anterior.

A realização desta pesquisa beneficiará mais de uma administração regional de Fortaleza, com subsídios para otimizar a produção de quatro equipes do PSF, e de duas UBASF. Além disso, abre a possibilidade de analisar diferenças entre as realidades de duas áreas que são geográfica e gerencialmente diferentes, e diferenças entre duas equipes de uma mesma UBASF. Isto traz muitos subsídios para tomadas de decisão sobre esses serviços.

A identificação e avaliação dos custos das atividades de saúde do PSF apresenta grande relevância atualmente, decorrente da necessidade de se avaliar

freqüentemente os serviços de saúde existentes, mormente um serviço da importância estratégica do PSF.

Vários autores têm afirmado o cada vez mais evidente potencial do PSF em influir decisivamente na reformulação do conjunto da assistência à saúde, sob certo contexto (Marques e Mendes, 2002; Fonseca, 1997; Brasil. Ministério da Saúde, 1998). O número crescente de equipes do PSF implantadas em todo o Brasil, bem como a estratégia que o PSF representa, tem suscitado muitos comentários nos meios científicos e na mídia em geral, sendo indicados como uma das maiores novidades na atenção à saúde. Em certas condições, o PSF pode implementar adequadamente a Atenção Básica de Saúde (ABS), constituindo o primeiro nível do sistema local de saúde, e mesmo contribuindo decisivamente para reorientar todo conjunto da atenção à saúde, no sentido de um acesso mais universal, igualitário e integral, como determina a constituição brasileira atual (Paim, 2002). O PSF, portanto, tem sido um dos principais fatores no avanço da implantação efetiva do SUS no Brasil.

Medina (2002) ressalta que tem surgido um crescente número de pesquisas sobre o impacto do PSF sobre o estado de saúde nas regiões em que tem sido implantado. Por outro lado, cresce a carência de estudos científicos sobre a eficiência econômica das equipes do PSF. Tendo em vista que são sempre escassos os recursos para o setor saúde, diante das sempre crescentes necessidades, ressalta-se a urgência de pesquisas científicas nesta área, inclusive estudos que realizem avaliações econômicas do PSF, isto é, avaliações do ponto de vista da economia da saúde, que se adicionem às avaliações dos outros aspectos. Nesse sentido, ganha importância o presente estudo, que identifica e avalia os custos das atividades de ESF em Fortaleza.

As avaliações econômicas dos serviços de saúde, como as avaliações dos custos das suas atividades, avaliações tipo custo-efetividade, e outras (vide adiante), têm grande importância no planejamento e na melhoria desses serviços (Silva, 2003). Essas avaliações econômicas orientam decisivamente as tomadas de decisão a respeito dos serviços de saúde, inclusive nas fases de planejamento,

programação orçamentária, acompanhamento e reavaliação. Baseados nessas análises, os gestores, trabalhadores, usuários, e cidadãos em geral podem decidir, por exemplo, que se deve mudar o tipo de alguns recursos que estão sendo utilizados na produção dos serviços, passando a empregar outros recursos, mais apropriados, de melhor qualidade, ou de mesma qualidade e menor preço. Podem decidir mudar os horários de trabalho da equipe de saúde, ou da equipe de apoio, ou a sua composição, incentivos salariais e formação. As avaliações relacionam os custos dos recursos para produzir bens e serviços de saúde, e avaliam se há desperdício de recursos, ou má utilização. Pode-se decidir, assim, tendo em vista a nova disponibilidade de verbas e recursos materiais, fruto da otimização da produção, expandir certas atividades, reinvestindo no programa, ou diminuí-las, e/ou acrescentar outras. Assim, as análises econômicas dos serviços de saúde trazem um leque de variadas novas opções para otimização e outras melhorias desses serviços.

Silva (2003:553) conclui que

"a justificativa fundamental da avaliação econômica é que os recursos são limitados em relação às suas aplicações benéficas potenciais, daí porque para maximizar o bem-estar social é necessário ter em conta todos os efeitos daquelas decisões que afetam direta ou indiretamente a alocação dos recursos".

Afirma ainda que

"a Avaliação Econômica da Saúde permite diminuir as arbitrariedades na tomada de decisões sobre o uso dos recursos disponíveis, configurando um instrumento essencial e indispensável para melhorar a prática em saúde e também para obter melhores resultados a um custo assumível pela comunidade" (Ibidem:551).

O mesmo autor, referindo-se a Ceará (2001), ressalta que

"a avaliação econômica nem sempre oferece respostas simples e indiscutíveis, porém reforça a explicação de informações e as suposições e conceitos de valores que requerem um raciocínio lógico e dos quais o decisor pode ter sido conscientizado anteriormente" (Ibidem:553).

A avaliação econômica permite medir o impacto dos investimentos em saúde (Del Nero, 2002).

A análise de custo não deve ser utilizada para medidas que reduzam a verba aplicada em saúde, em vista do “fosso” (“gap”) entre recursos e crescentes necessidades e demandas (OMS, 1976).

“A pressão política para limitar o gasto da assistência social converteu a análise econômica na racionalização que corta o orçamento... Atualmente talvez seja melhor repudiar a análise econômica e perseguir uma ação política para alterar o contexto político. Quando a nação estiver preparada para buscar ao mesmo tempo a eficiência e um melhor bem-estar social, talvez possa ser experimentada novamente a tomada de decisões racionais” Buxbaum (1981).

“O persistente enfoque daqueles que falam em custo-benefício e orçamento por objetivos tornou-se desconcertante, já que pareceu refletir uma preocupação mais pelo dinheiro que pelas pessoas, uma atitude segundo a qual as necessidades das pessoas devem ser acomodadas a considerações financeiras, em vez de ajustar os recursos financeiros para que satisfaçam as necessidades das pessoas. No entanto, ao aplicar este enfoque à idéia de um sistema de serviços sociais orientados para uma meta, não posso argumentar contra o conceito” (Shyne, 1976).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE

2.1.1 Gestão e avaliação

A administração, ou gestão, das atividades humanas, particularmente dos bens e serviços de saúde, inclui o planejamento e a avaliação destes empreendimentos. Avaliação implica julgamento de valor, de se o objeto de estudo é adequado ou não, e em que grau (Donabedian, 1990; Guba e Lincoln, 1989; Serapione, 1999). Afirma Contandrioupoulos (1997) que a adequação do bem ou serviço, e sua importância para a sociedade, seu valor, portanto, é definida implicando certo grau de subjetividade, inclusive valores éticos. Esta adequação é definida confrontando-se o serviço estudado com algum padrão definido. Esse mesmo autor classifica as avaliações de serviços de saúde em duas categorias, de acordo com o padrão de comparação utilizado: avaliação normativa ou avaliação por pesquisa (ou investigativa). Este padrão pode ser outra atividade semelhante na sua operação ou nos seus efeitos, denominando-se, então, de avaliação investigativa ou de avaliação por pesquisa. Por outro lado, na avaliação normativa, utiliza-se como padrão de comparação uma norma pré-definida, como os objetivos iniciais do programa, ou uma lista de recursos exigidos pelos gestores.

Para Contandrioupoulos, (1997:31), pode-se avaliar os vários aspectos de um serviço, ou programa de saúde, desde a alocação de recursos (insumos) básicos, passando pela produção de atividades intermediárias, atividades finais, efeitos no estado de saúde, alcance dos objetivos, gestão, e outros aspectos. Para este autor, uma “intervenção” é constituída pelo conjunto de cinco componentes:

- meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) (recursos);
- organizados em um contexto específico, em um dado momento (contexto);
- para produzir bens ou serviços (serviços, bens ou atividades)
- com o objetivo de (objetivos);
- modificar uma situação problemática (efeitos).

O enfoque da pesquisa, ora apresentada, será nos custos dos recursos empregados para a produção de ações de saúde em determinado volume. Estima-se que há certo volume necessário (mínimo ou máximo) de ações, para se obter os efeitos adequados (efetividade).

2.1.2 Avaliação econômica em saúde

Como foi visto acima, é indispensável avaliar periodicamente os serviços de saúde em seus vários aspectos, inclusive os custos de sua produção, e não somente seus efeitos sobre o estado de saúde da população. Na discussão sobre avaliação econômica, em que se abordam os aspectos econômicos dos serviços de saúde, é interessante ter presente o conceito de economia, a qual é definida por Samuelson (1976:3) como o

"estudo de como os homens e a sociedade escolhem, com ou sem o uso de dinheiro, a utilização de recursos produtivos limitados, que têm usos alternativos, para produzir bens e distribuí-los como consumo, atual ou futuro, entre indivíduos e grupos na sociedade. Ela analisa os custos e os benefícios da melhoria das formas de distribuir os referidos recursos".

A ciência econômica auxilia a decidir, entre recursos escassos, o que (e quanto) produzir (de bens e serviços), como produzi-los, e para quem produzi-los (e como distribuí-los). A economia da saúde, em uma definição ampla, é "a aplicação do conhecimento econômico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo à administração dos serviços de saúde" (Del Nero, 2002:19).

As avaliações econômicas dos serviços de saúde também podem ser normativas ou investigativas. Podem avaliar baseando-se em uma norma pré-definida ou fazer análises comparativas com outras intervenções. Silva (2003:548) afirma que a avaliação econômica é dirigida a "avaliar os impactos de opções ou cursos de ação alternativos sobre o bem-estar da sociedade", e também que "é a análise comparativa de ações alternativas". Pereira (2002:274) considera avaliação econômica como a "análise comparativa de determinadas atividades, processos ou estruturas em termos de seus custos e conseqüências". Consiste basicamente em identificar os custos e os benefícios de várias alternativas, realizando comparações entre elas. São, portanto, avaliações predominantemente realizadas por pesquisas, isto é, são avaliações investigativas. Os vários benefícios a comparar podem ser

várias ações que já se sabem serem benéficas para o estado de saúde (Creese e Parker, 1990). A avaliação econômica em saúde tem, como componentes básicos, “identificar, quantificar, valorar e comparar os custos e as alternativas que estão sendo consideradas” (Silva, 2003:548, grifos nossos).

A avaliação econômica em saúde é um processo em que são comparadas várias intervenções em saúde, quanto aos seus custos e seus benefícios. É também denominada de análise de rentabilidade (Silva, 2003:549). São comparadas várias opções de intervenções em saúde, quanto aos custos de produção dos bens e serviços, e quanto aos resultados desses serviços, em termos de características das atividades de saúde produzidas, ou seus efeitos (ou conseqüências) sobre a saúde, e até sobre outras realidades, como o meio ambiente ou o desenvolvimento econômico. Pode-se quantificar, valorar e comparar o custo tanto da atividade global do empreendimento quanto cada atividade final específica. Na análise comparativa entre as intervenções, procura-se identificar e avaliar, além da eficiência das intervenções, a eficácia, efetividade, equidade e outras de suas características (ver adiante).

2.1.3 Eficácia, efetividade e eficiência (como critérios de avaliação)

Analisando-se os benefícios provenientes da atenção à saúde, do ponto de vista da economia da saúde, avalia-se os serviços com os conceitos de eficácia, efetividade e eficiência. Citando-se Pereira (2002:280), e corroborado por Silva (2003), afirma-se que o termo eficácia refere-se a “resultados ou conseqüências de um tratamento, medicamento, tecnologia ou programa de saúde desde um ponto de vista estritamente técnico ou numa situação de utilização ideal (por exemplo, quando todos os indivíduos aderem à terapêutica)”. Já efetividade diz respeito a “resultados ou conseqüências de determinado procedimento ou tecnologia médica quando aplicados na prática...”, fazendo “referência a situações reais...”. A eficiência de um serviço de saúde indica a “relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em uma determinada atividade. A produção eficiente é aquela que maximiza os resultados obtidos com um dado nível de recursos ou minimiza os recursos necessários para obter determinado resultado”. Como exemplo, pode ser que, no

processo de avaliação, a equipe de saúde A se apresente mais efetiva que a equipe B (oferece um benefício maior, na prática), mas é menos eficiente que ela (realiza o benefício a um custo muito mais alto). O mais desejável é que, além de mais efetiva, a equipe seja mais eficiente também (realize o maior benefício a um custo mais baixo).

2.1.4 Custos econômicos de serviços de saúde e custo de oportunidade

Custo é o valor de todos os recursos empregados na produção e distribuição de bens e serviços (Silva, 2003; Pereira, 2002). O conceito de custo econômico envolve o conceito de custo de oportunidade, que inclui como custo do programa os benefícios que resultariam de outras intervenções que são relegadas ao se destinar os recursos para a alternativa atualmente escolhida. Isto se deve a que

“os recursos existentes são limitados ou escassos. Nessa concepção, todo processo de produção passa também, necessariamente, a ser um processo de escolha, já que os recursos utilizados em um determinado processo produtivo não estão mais disponíveis para serem usados em qualquer outra alternativa de produção” (Lunes, 2002:228; Silva, 2003; Pereira, 2002).

É, portanto, uma “medida do sacrifício feito pelo uso dos recursos em um dado programa” (Silva, 2003:544). Assim, o conceito de custo econômico geralmente vai além do conceito de custo contábil, além da simples identificação do custo dos recursos consumidos na produção (Lunes, 2002:230). Ao se examinar o custo da produção de um serviço de saúde, deve-se levar em conta os custos diretos e indiretos, fixos e variáveis, visíveis e invisíveis (Ugá, 2002:212; Silva, 2003:544; Pereira, 2002:278). No projeto de pesquisa ora apresentado não serão investigados os custos econômicos indiretos das equipes do PSF, aferindo apenas os custos econômicos diretos. Quanto aos custos contábeis, da produção das ações de saúde, serão identificados todos, tanto diretos quanto indiretos, fixos e variáveis.

2.1.5 Métodos de avaliação econômica; Análise de custos

Para realizar a avaliação econômica em saúde (AVES), têm sido utilizadas várias técnicas científicas no âmbito da Economia da Saúde, como, a Análise de custo-benefício (CBA), a Análise de custo-efetividade (ACE), Análise de custo-utilidade (ACU), Análise de custo minimização (ACM), a Análise de Custos (AC), e

outras, todas já sobejamente validadas pela comunidade científica (ver adiante). Estas técnicas de avaliação econômica variam quanto ao indicador utilizado para expressar o resultado atingido, e quanto ao alcance da análise. Na ACB o benefício é expresso em unidades monetárias; na ACE e na AC, em unidades de resultados; na ACU, em utilidades percebidas pelo indivíduo de forma subjetiva (Aguilar e Ander-Egg, 1995:171; Silva, 2003).

Quanto ao alcance da análise, em um primeiro tipo, chamado de avaliação de produtividade (Aguilar e Ander-Egg, 1995:170), comparam-se as intervenções quanto aos custos dos recursos mobilizados, e quanto às características dos seus produtos (bens, processos ou serviços de saúde prestados) sem chegar a analisar os efeitos das intervenções sobre o estado de saúde, como ocorre nas outras três técnicas citadas neste parágrafo. Estas se incluem no segundo tipo, o de análise de rendimento ou de rentabilidade econômica, que relaciona efeitos, resultados ou conseqüências, com recursos investidos ou serviços produzidos.

A técnica Análise de Custos se classifica, então, como avaliação de produtividade. Já para Silva (2003:548), referindo-se a Mills e Drummond (1985), o termo estudo de rentabilidade é sinônimo de AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE. Silva (2003:549) afirma ainda que as avaliações econômicas em saúde podem ser completas ou parciais. São consideradas completas as que analisam os custos dos efeitos das intervenções sobre o estado de saúde, ou outras conseqüências. A avaliação é parcial quando a análise vai somente até os custos da produção dos bens ou ações de saúde, ou quando se chega a analisar os custos dos efeitos das intervenções, mas não se compara a eficiência de duas ou mais alternativas. As avaliações parciais são menos abrangentes que as completas, mas todas têm muita utilidade nas tomadas de decisão, na avaliação e gestão em geral dos serviços de saúde (vide seção “Justificativa”).

Os principais métodos, ou técnicas, já consagrados e padronizados de avaliação econômica em saúde, como análises de custo-benefício, custo-efetividade, custo-utilidade, custo-minimização, análise de custos, e outras, enfocam, portanto, os custos e resultados (efeitos, conseqüências, ou benefícios), dos serviços de saúde (Silva, 2003:548; Ugá, 2002). No método de avaliação por

“Análise de Custos” (AC) (Pereira, 2002:272; Silva, 2003:549), ao se compararem dois ou mais serviços de saúde, são examinados apenas os custos da produção de cada serviço, isto é, da produção de suas atividades, sem se examinar seus resultados, ou efeitos, no estado de saúde. Por isso é considerada uma avaliação “parcial”, isto é, não “completa” (Pereira, 2002:274; Silva, 2003:549).

2.1.6 Alcance da técnica de Análise de Custos

Na análise de minimização de custos (AMC), ou análise de custo-minimização, “se comparam os custos de dois ou mais procedimentos alternativos para alcançar um objetivo determinado, cujas conseqüências (qualitativa ou quantitativamente explícitas em termos de sua efetividade ou eficácia) se supõem equivalentes, o que ajuda a simplificar a análise” (Silva, 2003:550). É utilizada, segundo o mesmo autor, quando se pode “...acreditar que em todas as alternativas consideradas se obterão resultados clinicamente idênticos...”. Esta forma de avaliação econômica se aproxima muito do primeiro dos dois modos seguintes de aplicação da análise de custo-efetividade apresentados por Pereira (2002:273) e corroborados por Ugá (2002:218), pois esta avaliação “procura responder a dois tipos de pergunta: que programa é capaz de realizar objetivos pré-fixados ao menor custo possível (por exemplo, o custo mais baixo por vida salva); ou, alternativamente, que tipo de atividade permite maximizar os benefícios de uma dada verba?”.

Um objetivo pré-fixado, a ser realizado por vários programas, com custos avaliados pela análise de custo-efetividade, assemelha-se a um mesmo efeito esperado de vários tratamentos, com custos analisados pela minimização de custos. Da mesma forma, um objetivo pré-fixado, a ser realizado por vários programas, com custos avaliados pela análise de custo-efetividade, assemelha-se, também, a uma mesma atividade, a ser realizada por vários serviços de saúde, com custos avaliados pela técnica de análise de custos, se essa atividade tiver um efeito benéfico conhecido. Essa atividade comum, realizada por serviços diferentes, com custos diferentes, pode ser, como já foi assinalado, a consulta médica no PSF, a restauração dentária, ou o exame de prevenção do câncer ginecológico realizado pela enfermeira.

Assim, nessa aplicação apontada acima, a análise de custo-efetividade realiza o exame dos custos da produção de serviços de uma forma semelhante ao realizado pela análise de minimização de custos e pela análise de custos, que é utilizada neste presente trabalho. Identifica uma meta comum aos serviços (ou efeito, ou atividade-fim comum a eles) e examina os custos de cada serviço.

Entende-se que o alcance da avaliação por Análise de Custos pode ganhar maior amplitude quando as atividades finais do processo produtivo têm um efeito benéfico sobre a saúde já bem conhecido, como a aplicação de uma vacina, a realização de uma determinada cirurgia, ou a realização da consulta de enfermagem pelo PSF. Nesse caso, podem-se, até certo ponto, incorporar-se à Análise de Custos, os efeitos benéficos esperados dos serviços de saúde avaliados. Principalmente se as atividades finais realizadas estiverem adequadas, de acordo com as metas e os padrões de qualidade e quantidade definidos. Dessa forma, a técnica de Análise de Custos pode aproximar-se parcialmente da abrangência analítica da análise de minimização de custos, ou mesmo de uma variação da análise de custo-efetividade.

A análise de custos de serviços de saúde orienta alternativas para otimizar os crescentes custos em saúde, que devem ser pelo menos estabilizados. A respeito da redução do custo dos serviços de saúde, Silva (2003:543) comenta que isto não é um fim em si mesmo. “O que se deve perseguir é a obtenção dos mesmos benefícios a um custo mais baixo, ou aumentar os benefícios sem que suba o custo”. O mesmo autor (Ibidem:543), citando a Organização Mundial de Saúde (1976), aponta que a estabilidade dos custos dos serviços de saúde pode ser lograda por meio das seguintes medidas:

- a) realizar o trabalho por meios cuja complexidade não seja superior à necessidade;
- b) combinação de recursos, segundo as circunstâncias de cada caso, dando preferência ao uso dos recursos mais abundantes;
- c) aproveitar ao máximo os recursos, evitando-se a má utilização e procurando que se complementem entre si, sempre que seja possível, e que sirvam ao maior número de usuários;
- d) economia na aquisição de certo tipo de produtos;

- e) uso adequado de incentivos;
- f) poder financeiro de terceiros contribuintes.

Estas alternativas acima, que podem ser aplicadas para diminuir os custos dos serviços de saúde, embora mantendo ou aumentando os benefícios oferecidos, são propiciadas por estudos de análise de custos, como no caso da pesquisa presentemente apresentada.

2.1.7 Etapas da avaliação econômica em saúde (AVES)

Segundo Ugá (2002:211, 219, 223) e Aguilar e Ander-Egg (1995:177), citando Martin Knapp (1989), as etapas fundamentais da AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE, em sua operacionalização, são as seguintes:

1. Descrever as estratégias de intervenção alternativas a serem analisadas e definir os seus resultados esperados, os quais terão seus custos avaliados. Este resultado a definir pode ser um efeito sobre a saúde, como o número de mortes evitadas, ou conseguir uma certa cobertura vacinal (Ugá, 2002:219), ou certo volume de doses de vacina aplicadas. São resultados ligados aos objetivos e metas do empreendimento. Definir o(s) indicador(es) do resultado esperado.
2. Identificar e calcular de todos os custos de cada intervenção, que são os gastos com os recursos utilizados na produção do empreendimento, visando atingir a(s) meta(s) definida(s) (ver definição de custos acima). Utilizar método(s) de custeio. Utilizar valores atualizados (ver adiante).
3. Identificar e calcular o resultado (meta) atingido por cada alternativa, com os benefícios, efetividade, equidade, desempenho etc. Identificar, por exemplo, o número de crianças vacinadas.

4. Confrontar os custos (de produção) e os resultados (metas) obtidos por cada intervenção, verificando sua eficiência. Verificar, por exemplo, o custo por criança vacinada.
5. Comparação das intervenções alternativas, em termos de custo-resultado. Identificar a(s) alternativa(s) mais eficiente(s), como, por exemplo, o serviço que teve o menor custo por criança vacinada.
6. Qualificar e revisar essa decisão à luz do risco, da incerteza e da sensibilidade, como recomendado por Aguilar e Ander-Egg (1995:177) e Ugá (2002). A análise de sensibilidade, segundo Ugá (2002:216), “consiste em testar o nível do impacto da alteração dos valores estimados para variáveis-chave sobre os resultados do estudo”, incluindo a avaliação do “impacto de mudanças das estimativas mais frágeis”, como taxas de incidência de doenças cujo registro é reconhecidamente insatisfatório. Assim, “no caso em que estas alterações mudem de forma significativa os resultados do estudo, a validade das suas conclusões deve ser relativizada”.

2.2 MÉTODOS DE CUSTEIO: AFERIÇÃO DE CUSTOS

2.2.1 Custos contábeis

Viceconti e Neves (2000:11) apresentam definições de vários conceitos contábeis. Para estes autores, **gasto** significa:

“Renúncia de um ativo pela entidade com a finalidade de obtenção de um bem ou serviço, representado pela entrega ou promessa de entrega de bens ou direitos (normalmente dinheiro). O gasto se concretiza quando os bens ou serviços adquiridos são prestados ou passam a ser de propriedade da empresa”.

Os diferentes tipos de gasto são: investimento, custo ou despesa. Há, também, as **perdas**, que são gastos não intencionais. **Investimentos** é “gasto com bem ou serviço ativado em função de sua vida útil ou de benefícios atribuíveis a períodos futuros”. **Custo** é um “gasto relativo a bem ou serviço **utilizado na produção de outros bens e serviços**; são todos os gastos relativos à atividade de **produção**”. Os mesmos autores acrescentam que

“A matéria-prima adquirida pela indústria, enquanto não utilizada no processo produtivo, representa um **investimento** e estará registrada em uma conta de Ativo Circulante (Estoque); no momento em que é requisitada pelo setor de produção, é efetuada baixa na conta de Ativo e ela passa a ser considerada um **custo**, pois será utilizada para produzir outros bens e serviços”.

Despesa é o “gasto com bens e serviços não utilizados nas atividades produtivas e consumidos com a finalidade de obtenção de receitas”. Segundo os mesmos autores,

“...todos os gastos realizados com o produto até que esteja pronto, são **Custos**; a partir daí, são **Despesas**. Assim, por exemplo, gastos com embalagens são **Custos** se realizados no âmbito do processo produtivo (o produto é vendido embalado); são **Despesas**, se realizados após a produção (o produto pode ser vendido **com** ou **sem** embalagem)”.

Os custos, no processo de produção, podem ser classificados em **custos contábeis diretos** e **custos contábeis indiretos** (Beulke e Bertó, 2000; Ching, 2001), como será comentado mais adiante. Em custos de capital e custos correntes.

Custos fixos e variáveis. **Custos de capital** se referem a itens que têm vida útil de mais de um ano, e os **custos correntes** a itens com vida útil menor que um ano. São exemplos de recursos que geram custos de capital: edificações, veículos e equipamentos. São exemplos relativos a custos correntes: pessoal, material de consumo, serviços de terceiros, passagens, etc. Os **custos variáveis**, como material de consumo, serviços de terceiros, energia elétrica, e outros, variam quando varia o volume de produção. Isto não acontece com os **custos fixos**, como pessoal, edificações, equipamentos, aluguel etc. (Ugá, 2002:212; Creese e Parker, 1990).

2.2.2 Métodos de custeio: aferição de custos

Na aferição dos custos dos empreendimentos deve-se apurar os vários tipos de custos de todos os recursos empregados, inclusive os que geram custos variáveis, custos fixos, custos de capital e custos correntes, como já apontado acima.

É necessário estar bem definido o **produto** cujo custo se deseja aferir. Os produtos dos empreendimentos são bens ou serviços. Uma ação de saúde de uma equipe do PSF pode ser considerada um produto, e, portanto, implica um custo para produzi-la (Medici e Marques, 1996:56). Silva (2003:543) afirma que “o problema principal da contabilidade de custos consiste em determinar a unidade de custo adequada”, isto é, a unidade do indicador de benefício da intervenção, do qual se quer aferir o custo. Afirma também que “a unidade de custo mais apropriada consiste em um grupo de problemas e riscos para a saúde...”. Na pesquisa, ora apresentada, as unidades de custo são ações de saúde realizadas por equipes do PSF, cujos custos se quer aferir e analisar. Para se identificar o custo da unidade de custo, utiliza-se a contabilidade de custos. Silva (2003:544) também refere que “a contabilidade de custo tem que estar padronizada para cada programa e separada por tipos de recursos, como pessoal, administração, medicamentos e outros”.

As técnicas para a identificação, aferição e valoração, isto é, a apuração dos custos da produção de bens e serviços, são chamadas de **métodos de custeio**, sistemas de custeio ou sistemas de custos (Viceconti e Neves, 2000:34; Ugá,

2002:220; Creese e Parker, 1990). Nos estudos na área de saúde, autores como Medici e Marques (1996:54) e Viceconti e Neves (2000:87) apontam que têm sido utilizados vários métodos de custeio, como o sistema de Custeio por Absorção, que têm variações, com o uso de Departamentalização e o uso de Centros de Custos, além do Custo por Procedimento e o Custo Padrão. Ultimamente, tem-se empregado, também, em serviços de saúde, o Custeio Baseado em Atividades (CBA, ou ABC, em inglês), como apontam Leitão (1998:passim), Martins (2001:93) e Viceconti e Neves (2000:128).

2.2.3 Centros de Custos

Alem de definir o(s) produto(s) cujos custos se deseja aferir, em vários métodos de custeio, inclusive no método ABC, identificam-se os **centros de custos** do empreendimento (Martins, 2001:100). Medici e Marques (1996:54) apresentam vários aspectos da conceituação de centros de custos, ou centros de custo, que são “unidades independentes de produção”. Estes autores afirmam que os centros de custos:

“num dado espaço físico, e utilizando equipes de pessoal com tarefas complementares, produzem um ou mais produtos com características similares ou afins quanto aos seus usos ou às rotinas desenvolvidas, conhecimento técnico especializado necessário e insumos comuns”

Afirmam ainda que:

“Cada centro de custo pode produzir bens intermediários e bens de consumo final, recebendo para tal insumos oriundos de fornecedores externos (fora do hospital ou serviço de saúde) ou internos(outros centros de custo). Nesse sentido, o que se procura conhecer é quanto cada centro de custos absorve, em valor, de outros centros de custo ou de fornecedores externos” (Medici e Marques, 1996:54).

Os mesmos autores expressam que os centros de custo podem ser classificados em centros de custos diretos, indiretos e de apoio. Os **centros de custos diretos** “produzem diretamente serviços de saúde...”, geralmente “...serviços finais, embora possam também produzir serviços intermediários para outros centros de custo direto”. Os **centros de custos indiretos** “produzem bens/serviços consumidos por todos ou quase todos os centros de custo de um estabelecimento

de saúde”, como os gastos com a administração geral, serviços de limpeza, energia elétrica e outros. “**Centros de custo de apoio** são aqueles que produzem bens/serviços que apóiam a atividade diagnóstica e terapêutica dos centros de custos diretos...”, como a cozinha (refeições para os doentes), a preparação de kits cirúrgicos e outros.

Sousa (2000:Anexo 03) afirma que centro de custo: “é a unidade básica de planejamento, ou seja, são áreas homogêneas cujos recursos humanos, materiais e financeiros são orientados para atingir um mesmo objetivo”.

2.2.4 Custos diretos e indiretos

Os custos **econômicos** podem ser diretos e indiretos, como foi visto acima. Os custos **contábeis** também se classificam em diretos e indiretos. Nos métodos de custeio buscam-se também identificar os custos diretos e os custos indiretos na produção (Viceconti e Neves, 2000:17; Martins, 2001:53; Beulke e Bertó, 2000; Ching, 2001). São denominados de **Custos diretos** aqueles em que se podem medir diretamente, e precisamente, o grau de utilização de determinado recurso na produção de um bem, ou um serviço. Geralmente são aferidos quando há medidores precisos, ou quando são recursos utilizados exclusivamente na produção de apenas um produto dentro do empreendimento, como, por exemplo, a matéria-prima que só é utilizada para fabricar um determinado produto em uma empresa, ou a depreciação de um equipamento que só é utilizado para e realização de um único tipo de ação de saúde em uma instituição, e não por outras ações de saúde. Usualmente é possível medir com precisão as horas que um profissional dedica a certa ação de saúde e, assim, sua remuneração correspondente a essas horas é considerada um custo direto na produção da ação de saúde.

Custos indiretos da produção de um produto são aqueles em que não há medida precisa do grau de utilização do recurso que gera o custo (Beulke e Bertó, 2000; Ching, 2001) e tem-se que fazer estimativas baseadas em alguns indicadores indiretos de consumo. Geralmente são recursos que são compartilhados, isto é, que também são utilizados na produção de outros produtos da empresa. É exemplo de custo indireto o custo da depreciação de equipamentos que são utilizados na

fabricação de mais de um produto, ou o custo do aluguel da fábrica. Utilizam-se cálculos, rateios ou estimativas, para os custos dos recursos indiretos serem apropriados a cada diferente produto. O parâmetro utilizado para as estimativas é chamado de “base, ou critério, de rateio” (Viceconti e Neves, 2000:18; Martins, 2001:53). É pertinente lembrar que se uma empresa só produz um produto, todos os seus custos são diretos, pois todos os seus recursos são utilizados exclusivamente na produção do único produto. Não há recursos comuns a compartilhar entre dois produtos (Viceconti e Neves, 2000:18). Lembrar, também, que há custos de certos recursos que podem ser diretos ou indiretos, dependendo da situação. A energia elétrica consumida por vários equipamentos, por exemplo, pode apresentar custo direto, e não entrar no rateio, se houver um medidor do consumo exclusivo de cada máquina.

2.2.5 O custeio por absorção e seus desdobramentos

Os sistemas de **Custeio por Absorção** têm sido tradicionalmente aplicados aos estabelecimentos de saúde. Segundo Médici e Marques (1996:54), eles “procuram identificar no interior de cada hospital ou serviço de saúde centros de custos”, os quais foram definidos mais acima neste texto. Estes autores referem que “a criação e classificação de centros de custo [...] é condição prévia indispensável...”. Referem ainda, que para tal, são necessários alguns pré-requisitos, como os três a seguir:

“O primeiro é o levantamento minucioso de todas as rotinas administrativas, insumos (externos e internos) utilizados e produtos (intermediários ou de demanda final) produzidos pelos serviços de saúde, incluindo, obviamente, os recursos humanos. A combinação dessas rotinas, insumos e produtos permitiria construir funções de produção associadas a cada um desses produtos (finais ou intermediários). Logicamente que esse processo permitiria, desde sua origem, a eliminação de rotinas, atividades e produtos supérfluos, bem como poderia ajustar a menor combinação de meios para cada fim.”

“O segundo passo seria, a partir do levantamento exaustivo do item anterior, identificar e criar os centros de custo [...] Os centros de custo criados são classificados em diretos, indiretos e de apoio”.

“O terceiro passo é montar um sistema de informação que permita registrar a informação física e financeira associada aos insumos, produtos e valor adicionado/em cada etapa do fluxo de produção de serviços de saúde. Este

sistema subsidiara o conhecimento dos custos de cada bem ou serviço produzido” (Medici e Marques, 1996:54).

É necessário classificar os custos contábeis em custos contábeis diretos e custos contábeis indiretos. Definir os critérios de rateio para o cálculo dos custos indiretos, fruto do uso de recursos compartilhados. Calcular o custo de cada produto

Na pesquisa ora apresentada, os fundamentos do método de custeio por absorção serão utilizados na identificação do custo global de cada equipe do PSF, como apresentado adiante, na seção Metodologia.

O **Custeio por procedimento** é um desdobramento do custeio por absorção, pois este é base para o estabelecimento de outros sistemas de levantamento de custos. Para Medici e Marques (1996:55-56):

“Os sistemas de custeio por procedimento são aqueles associados imediatamente a uma determinada intervenção médica ou cirúrgica. Em geral, eles estão associados a um determinado centro de custos sendo dessa forma, relativamente fácil o seu levantamento. O ponto de partida é a criação de uma classificação de procedimentos e o conhecimento de seus insumos e componentes, na medida em que o próprio procedimento pode ser considerado um produto. Tal classificação permitiria o estabelecimento de um código associado a cada procedimento, com aberturas sucessivas do nível mais geral ao mais específico. Sendo assim, uma apendicectomia é um procedimento associado a um determinado centro de custos (centro cirúrgico por exemplo). Esse procedimento corresponde a uma determinada função de produção, composto de insumos (externos e de outros centros de custo), mão de obra, depreciação de equipamentos e uso de serviços administrativos (em geral rateados) e de apoio.”

O princípio do custeio por procedimento é utilizado nesta pesquisa que está sendo apresentada, pois serão valorados os custos de certas ações de saúde de equipes do PSF de Fortaleza.

O sistema de **Custo-padrão** baseia-se nas informações levantadas pelos sistemas de custeio por procedimento, apresentado acima, e de custeio por patologia/diagnóstico. O conceito de Medici e Marques (1996:58) sobre esse método é de que ele:

“consiste em, a partir de séries de informações disponíveis sobre cada procedimento ou patologia, criar grupos de trabalho compostos de médicos especialistas, administradores e contadores, que estudariam a natureza de cada grupo de procedimentos e patologias, estabelecendo as formas mais custo-efetivas para o tratamento de cada patologia. Com isso, ficariam

momentaneamente definidos os custos máximos permitidos para o conjunto de procedimentos associados a essas patologias.”

O princípio que informa o sistema de custo-padrão será também utilizado no presente estudo, pois, após identificar a equipe do PSF que tem o menor custo por determinada ação de saúde adequada (vide metodologia, adiante), o custo apresentado por esta equipe servirá de custo-padrão em algumas análises dos custos das outras equipes.

2.2.6 A precisão no rateio dos custos indiretos

Todo o procedimento de custeio, isto é, de aferição dos custos da produção de um produto, enfrenta a questão do cálculo de cada custo indireto. Este, como referido mais acima, é o custo de algum recurso cujo uso é compartilhado pelas produções de vários produtos no estabelecimento, e, portanto, não pode ser atribuído, de uma forma total, à produção de um único produto, isto é, a um único centro de custos. Por isso há a necessidade de realizar, por rateio, a repartição do custo total do recurso indireto (ou comum, ou geral) por entre todos os produtos (e centros de custo) que partilharam da utilização desse recurso. Frequentemente, na prática, surgem dificuldades em definir como devem ser os critérios desse rateio. Existe certo grau de imprecisão, ou inexatidão, no valor do custo dos recursos indiretos que é atribuído a cada produto. Cada metodologia, ou sistema, de custeio, acima apresentado, procura lidar com este problema. O processo de identificação de centros de custos no método de custeio por absorção (ABC) já é um recurso que diminui a imprecisão do cálculo de rateio referido (Martins, 2001:93). Mas frequentemente não é suficiente.

2.2.7 O custeio baseado em atividades (ABC)

Este problema acima aumenta muito nos empreendimentos em que há significativo volume custos indiretos, isto é, recursos indiretos, e também quando há grande variedade de produtos produzidos (Viceconti e Neves, 2000:128; Martins, 2001:93). Nestas situações tem se preconizado o uso do método de custeio ABC (custeio baseado em atividades; Activity Based Costing), no intuito de amenizar esta questão da imprecisão do cálculo dos volumosos custos indiretos. Talvez seja essa

a principal indicação de seu uso, mas pode-se, e deve-se, utilizá-lo também para aferir os custos **diretos** da produção, “mas não haverá, neste caso, diferenças significativas em relação aos chamados ‘sistemas tradicionais’” (Martins, 2001:93). O método ABC pode ser também especialmente útil para o gerenciamento de custos, e para a gestão em geral, dependendo do grau de detalhamento e complexidade utilizado na sua aplicação (Ibidem:304).

O método ABC “tem o pressuposto de que os recursos (fatores produtivos) da empresa são consumidos pelas suas atividades...” (Ibidem:304). Os valores dos **custos dos recursos** são primeiramente atribuídos às **atividades** do processo produtivo, e destas para o **produto** em foco (Viceconti e Neves, 2000:129; Martins, 2001:100). Para atribuir os custos indiretos dos recursos às atividades são utilizados os **direcionadores de recursos** (ou “drivers”). Para atribuir os custos das atividades aos produtos, utilizam-se os **direcionadores de atividades**. Segundo Martins (2001:100) o método ABC, preconiza os seguintes passos:

1. Identificação das **atividades** relevantes no processo de produção.
2. Atribuição dos **custos às atividades**.
3. Atribuição dos custos **das atividades aos produtos**.

1. Identificação das **atividades** relevantes no processo de produção.

Uma atividade é uma combinação de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros para se produzirem bens ou serviços. É composta por um conjunto de tarefas. Dependendo do grau de precisão que se deseje, as tarefas podem ser divididas em operações. Atividades correlatas, interrelacionadas, concretizam um processo. Em um centro de custos (ou departamento) geralmente se produzem produtos homogêneos, com atividades interrelacionadas, como visto anteriormente. Um centro de custos pode executar uma atividade, ou parte de uma atividade (tarefa), ou executar mais de uma atividade (pode ser uma função). Podem ser identificados **centros de atividades**.

2. Atribuição dos **custos às atividades**.

O custo de uma atividade corresponde aos custos dos recursos empregados em sua realização. Para a atribuição de custos indiretos, de recursos compartilhados

por várias atividades, às atividades, são utilizados os **direcionadores de recursos**. Isto pode ser feito por meio de: 1. alocação direta; 2. rastreamento; e/ou 3. rateio. No rastreamento se identificam relações de causa e efeito entre a atividade e geração de custos. Como exemplo de direcionadores de recursos, a atribuição do custo dos salários do pessoal da Supervisão e da mão-de-obra indireta, podem ter alocação direta através de folha de pagamento, ou rastreamento, através de folhas de registro de tempo ou processo de questionários.

3. Atribuição dos custos **das atividades aos produtos**.

Uma vez identificadas as atividades relevantes para realizar um produto, seus direcionadores de recursos, e respectivos custos, atribui-se os custos dessas atividades a cada produto final, realizando o custeio. Para isto faz-se necessário o levantamento da qualidade e quantidade de ocorrência dos **direcionadores de atividades** por período e por produto. São escolhidos os direcionadores que melhor demonstram a relação entre atividade e produto. Como exemplo de uso de direcionadores de atividades, no departamento de corte e costura de uma fábrica, para se atribuir os custos da atividade de “corte” ao produto final, pode-se utilizar o direcionador de atividade “tempo de corte” (Martins, 2001:107). Outro exemplo é, no centro de custos “almoxarifado”, a atribuição dos custos das atividades “receber materiais” e “movimentar materiais”, ao produto final do centro de custos, pode ser feita usando os direcionadores de atividades “nº de recebimentos” e “nº de requisições”, respectivamente.

A seguir, a seqüência de cálculos para aferir o custo do produto (Martins, 2001:108) é:

- Custo Unitário do Direcionador = Custo da Atividade / N^o total de direcionadores.
- Custo da Atividade atribuído ao produto = custo unitário do direcionador X n^o de direcionadores do produto.
- Custo da atividade por unidade do produto = Custo da Atividade atribuído ao produto / Quantidade produzida.

Leitão (1998) realizou uma interessante aplicação da metodologia de custeio ABC na identificação dos custos de procedimentos de enfermagem em um hospital

de urgência, como será comentado na seção de revisão bibliográfica de estudos de custos em saúde, à seguir.

2.3 PESQUISAS DE CUSTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Sousa (2000) analisou os custos de quatro equipes do PSF do Município de Crateús – Ceará entre 1997 e 1999. A autora refere que, entre os resultados da realização da pesquisa, aplicando o sistema de controle administrativo, que “os controles foram sendo aprimorados e informatizados, permitindo um conhecimento mais efetivo dos gastos do PSF por centro de custos, no caso cada equipe estudada” (Ibidem:109). Outro resultado importante foi o de que as equipes que funcionam sem o profissional médico trazem prejuízo não só à população, mas “significa um custo elevado, sem o retorno devido” (Ibidem:110). Além disso, enquanto o conjunto de atividades diminuiu no período, o custo global aumentou, exigindo uma análise específica para esta questão (Ibidem:110). Os custos mais elevados, ns equipes, foram os relativos a pessoal (Ibidem:110), seguidos do gasto com material, principalmente medicamentos (Ibidem:112).

Esta pesquisa trará importantes contribuições metodológicas para o conhecimento dos custos dos recursos das equipes do PSF em particular, e de todos os serviços de saúde em geral. Ela fornece muitos subsídios para novos estudos dos custos de serviços de saúde, como o presente projeto de pesquisa.

Este estudo de Sousa (2000) mostrou que nas ESF podem ser configurados centros de custos e aplicados os conceitos de custeio por absorção para calcular os custos de sua produção. É também muito útil, para novas pesquisas, a lista resultante do levantamento dos recursos utilizados pelas ESF, tanto os que geram custos de capital quanto os que geram custos correntes, bem como os critérios de rateio utilizados para atribuir, à produção, os custos indiretos dos recursos compartilhados, além da tabela de depreciação dos bens de capital.

São também muito relevantes as análises realizadas, como a do peso relativo do custo de cada tipo de insumo, ou de grupos de insumos, no custo total da ação global da equipe. Isto permitiu detectar várias questões de interesse da administração dos serviços. Também forneceu vários subsídios para tomadas de decisão a comparação do perfil de custos entre as equipes

Muñoz (1988) integrou uma grande equipe que realizou ampla pesquisa avaliativa em unidades básicas de saúde na Colômbia, em 1986. A importância dada ao aspecto econômico dos serviços de saúde na avaliação, ficou bem evidenciada no objetivo definido para o estudo, que foi “identificar o custo e a capacidade de resposta destas instituições operativas do primeiro nível de atenção para atender às necessidades de saúde da população” (Muñoz, 1988:4).

São especialmente interessantes os vários procedimentos de comparação dos custos de funcionamento das UBS, a comparação custos dos vários tipos de recursos dentro do conjunto de cada UBS, e inter-UBS, dos custos gerais “per capita” dos serviços, e a identificação da UBS de maior custo global dentro do conjunto (Muñoz, 1988:43). Quanto ao custo total de cada atividade, foi analisado o percentual do valor de cada atividade dentro do conjunto, também o custo unitário, e compararam o custo de cada atividade dentro de cada UBS e entre as UBS. Identificaram quais as atividades de maior custo (Ibidem:43). Os autores analisaram, também, os custos das atividades selecionadas, ao serem realizadas em cada nível de atenção: primário e secundário, e calcularam a eficiência por atividade. Assim, este amplo estudo de avaliação de serviços de saúde oferece significativos subsídios para avaliações econômicas dos serviços de atenção primária à saúde.

Costa, Barros e Lima (2002) realizaram uma avaliação sistêmica do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) promovido pelo Hospital de Messejana, localizado em Fortaleza – Ceará, no ano 2000. Esta avaliação incluiu a avaliação econômica do programa. Foi realizada a análise comparativa entre os custos e resultados do cuidado com os pacientes em domicílio, pelo PAD, e os custos e resultados do tratamento de 105 pacientes hospitalizados por um mês na unidade cardíaca (Costa, Barros e Lima:256). Foi apurado o custo mensal e o custo por paciente. Constatou-se que o custo do cuidado no domicílio é 30 a 40% menor (Ibidem:261), e os benefícios são até maiores, por conta dos benefícios indiretos.

Também foram comparados os custos totais das internações com a tabela do SUS (Ibidem:256). A análise de custos da atenção aos 105 pacientes internados

mostrou que 68% dos custos foram devidos a exames, pessoal e medicamentos (Ibidem:257). Esta pesquisa fornece importantes contribuições para as tomadas de decisão sobre serviços de saúde, e também contribuições para posteriores análises custos de serviços de saúde.

3. OBJETIVOS

4.1 Geral

Identificar e analisar os custos da produção das principais atividades de saúde de oito equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) de duas unidades de saúde de Fortaleza – Ceará, em 2004.

4.2 Específicos

- 4.2.1 Aferir o custo de ações de saúde das oito equipes, tanto o custo da atividade global quanto o de ações de saúde específicas, identificando a composição dos recursos empregados na sua produção.
- 4.2.2 Avaliar a adequação do volume das ações de saúde produzidas, comparando esses volumes com o das metas do PSF de Fortaleza.
- 4.2.3 Identificar as equipes que têm menores custos por ação de saúde, entre aquelas equipes que têm adequado volume de ações e adequada composição de recursos.
- 4.2.4 Identificar alternativas para otimizar a atuação das equipes de cada unidade e de cada administração regional, minimizando seus custos, aperfeiçoando o seu desempenho, a utilização de recursos e a oferta de ações de saúde, contribuindo para as tomadas de decisão.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Universo da pesquisa e campo da coleta de dados

A presente pesquisa é quantitativa e descritiva, com desenho de análise de custos de serviços de saúde. O **universo do estudo** são os custos de ações de saúde de oito equipes do PSF (Equipes de Saúde da Família – ESF) de Fortaleza, sendo três equipes da UBASF José Valdevino de Carvalho, localizada no bairro da Itaoca, dentro da área subordinada à Secretaria de Administração Regional IV (SER IV, ou Regional IV), e cinco equipes da UBASF Terezinha Parente, que está localizada no bairro Curió, dentro da Regional VI. A razão e utilidade dessa escolha é beneficiar mais de uma administração regional com subsídios para otimizar a produção de equipes do PSF. Além disso, abre a possibilidade de analisar diferenças entre as realidades de duas áreas que são geográfica e gerencialmente diferentes, e diferenças entre duas equipes de uma mesma UBASF. Este é o critério de seleção das equipes. Isto traz muitos subsídios para tomadas de decisão sobre esses serviços. Auxilia a esclarecer as causas de uma equipe ter menores custos por ação do que outras. Estes custos menores podem ter relação com a forma de aquisição e emprego dos recursos materiais e humanos, além de dependerem também da forma de administrar cada UBASF e cada região administrativa (Medici e Marques, 1996:55). Detalhes dessas equipes, ações de saúde e recursos utilizados, bem como seus custos, são apresentados adiante.

Este estudo visa conhecer em profundidade, e com rigor metodológico, aspectos econômicos especificamente destas oito equipes do PSF, destas duas administrações regionais. Não se trabalha com a hipótese de que estas oito equipes representem, de forma rigorosa, como se fossem uma amostra, o conjunto das equipes de Fortaleza. Porém, como já demonstraram pesquisas anteriores (Sousa, 2000; Leitão, 1998; Muñoz, 1988:1), a aplicação dos métodos escolhidos, e os achados desse tipo de estudo, serão muito úteis para o estudo de outros serviços de saúde, principalmente serviços semelhantes, como é o caso das outras equipes do PSF de Fortaleza. Neste sentido, a identificação realizada por Sousa (2000), dos

principais recursos humanos e materiais empregados nas ESF, foi muito útil para esta etapa de identificação que foi executada no presente estudo.

O **campo** da pesquisa foram as instalações de duas UBASF, cada uma apoiando equipes do PSF, e as sedes das duas respectivas Administrações Regionais.

Os **dados coletados** foram aqueles necessários para identificar os custos das ações de saúde das equipes do PSF. Isto é, o valor dos custos de todos os recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros para a produção de cada ação de saúde selecionada em cada equipe. Assim, os **dados** levantados, suas **fontes**, e os **instrumentos de coleta de dados**, dependeram dos recursos necessários à realização de cada ação de saúde pesquisada. Foi muito útil realizar pesquisas em documentos de registros de recursos, além da aplicação de questionário com os gerentes das duas UBASF e das duas Secretarias Regionais, e com os profissionais que executam as atividades. O questionário em foco se constituiu em perguntar sobre a situação, a utilização e o gasto com os recursos da lista utilizada por Sousa (2000), já comentada acima. Foi realizada, também, observação direta da área física, dos recursos, dos custos, das atividades, e outros aspectos, registrando em formulários e em planilhas eletrônicas.

Para o cálculo dos custos, foram utilizados os conceitos relativos a custos e métodos de custeio, já apresentados acima nesse texto. Foram coletados, também, dados sobre o número de cada ação de saúde realizada por cada equipe ao mês, para a avaliação normativa da adequação de volume de ações produzidas, como veremos adiante. Abaixo serão descritas as etapas de execução da pesquisa e, em cada uma, serão descritos os dados necessários, suas fontes, e os instrumentos utilizados na sua coleta.

Para alcançar os objetivos desta pesquisa, na metodologia foram percorridas as etapas fundamentais das **avaliações econômicas em saúde**, descritas por Ugá (2002:211, 219, 223) e Aguilar e Ander-Egg (1995:177), citando Martin Knapp (1989), como comentado acima na seção de revisão da literatura.

1. Descrever as estratégias de intervenção alternativas a serem analisadas (cada ESF) e definir os seus resultados esperados (ações de saúde), os quais terão seus custos avaliados.
2. Identificar e calcular de todos os custos de cada intervenção, que são os gastos com os recursos utilizados na produção do empreendimento. Utilizar método(s) de custeio.
3. Identificar e calcular o resultado (volume de ações de saúde) atingido por cada alternativa (cada ESF).
4. Confrontar os custos (de produção) e os resultados (ações de saúde) obtidos por cada intervenção, verificando sua eficiência.
5. Comparação das intervenções alternativas, em termos de custo-resultado. Identificar a(s) alternativa(s) mais eficiente(s).
6. Qualificar e revisar essa decisão à luz do risco, da incerteza e da sensibilidade.

4.2 Seleção dos resultados esperados de cada ESF: ações de saúde adequadas

Entre as ações de saúde realizadas pelas equipes do PSF, as incluídas no estudo, foram:

1. Atividade global da equipe do PSF (também denominada de atenção global à saúde da família), que inclui a dispensação de medicamentos e outras atividades parciais. Esta chamada ação global da equipe é um artifício teórico para identificar o custo global de cada equipe, isto é, o custo total do conjunto de ações de saúde da equipe.
2. O conjunto das atividades por médico e por enfermeiro
3. Visita médica domiciliar.
3. Consulta de pré-natal por enfermeiro.

O **critério de inclusão** destas ações de saúde no presente estudo foi o de terem um alto peso estimado dentro dos custos totais da produção da equipe, inclusive por empregarem os recursos humanos de maior remuneração, como o

médico, a enfermeira e o dentista. Analisar a atividade global da ESF permite aferir o custo global do funcionamento da equipe, com relevante utilidade na gestão

Os **indicadores de resultado** de cada ação de saúde de cada equipe foram os volumes mensais de ações produzidas/realizadas. Foi avaliado se o volume de ações, a cada mês, está dentro de uma faixa com limite mínimo e máximo, definida pelas normas do PSF de Fortaleza, em conjunto com os gerentes e profissionais. Os critérios de definição do volume esperado de ações visam dar condições para existir, além da adequada utilização dos recursos, a efetividade das ações, e sua qualidade. Estas definições permitiram avaliar se a equipe, além de realizar a ação de saúde a um custo baixo, realizou um volume adequado de ações no período. E também identificar, entre as equipes que atingiram o volume adequado de ações, as que apresentaram menores custos.

4.3 Os custos das ações de saúde

Na identificação dos custos de cada ação de saúde indicada no tópico acima, serão aferidos os custos de todos os recursos empregados na realização dessas ações. Elas são consideradas **produtos** das ESF.

Este estudo se restringe a identificar somente os custos **econômicos** diretos, isto é, aqueles decorrentes da prestação do serviço de saúde pelas instituições em foco. Nesta identificação de custos, serão identificados os custos **contábeis** diretos e indiretos. Daqui em diante, neste texto, os termos custos diretos e indiretos se referem a estes custos **contábeis**, isto é, são aqueles definidos do ponto de vista da contabilidade de custos.

4.3.1 Custeio da ação global de cada equipe do PSF

Para aferir o custo da **ação global** de cada equipe do PSF, isto é, o custo do total de atividades, ou ainda, do conjunto das ações de saúde, foi utilizado o método de **custeio por absorção** (Medici e Marques, 1996:54-55; Martins, 2001:41;

Viceconti e Neves:33), como apresentado com detalhes na seção de revisão da literatura, mais acima.

1. Levantamento minucioso de todas as rotinas administrativas, insumos (externos e internos) utilizados e produtos (intermediários ou de demanda final) produzidos pelos serviços de saúde. O produto que será estudado nesta etapa é a chamada “ação global da equipe do PSF”, como já referido acima.

2. Identificar e criar os centros de custo. Os centros de custo criados serão classificados em diretos, indiretos e de apoio. Nesta etapa, cada equipe do PSF, de cada UBASF, será considerada um centro de custos, que produz, para efeito de cálculo, a ação de saúde “ação global da equipe do PSF”. Este centro de custos é diferente dos outros centros de custos que estão baseados na UBASF, como as outras equipes do PSF que se apóiam na mesma UBASF, o processo de produção dos especialistas, o centro de custos “serviços de apoio” etc.

3. Montar um sistema de informação que permita registrar a informação física e financeira associada aos insumos, produtos e valor adicionado em cada etapa do fluxo de produção do serviço. Isto permitirá investigar o fluxo da produção da “ação global” de cada ESF e o cálculo do seu custo. Permitirá, também, Identificar os insumos, e grupos de insumos que têm maior peso no custo total das atividades.

Deve-se identificar todos os recursos empregados na produção, inclusive os referentes a custos de capital e custos correntes, custos variáveis e custos fixos, como já apontado na seção “Métodos de Custeio” deste projeto. Os dados foram registrados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel, para os posteriores cálculos e análises. Foram utilizadas, com as modificações que a situação real exigia, as tabelas em planilhas eletrônicas Microsoft Excel.

É necessário classificar os custos, da produção da ação de saúde, em custos contábeis diretos e custos contábeis indiretos. Definir os critérios de rateio para o

cálculo dos custos indiretos fruto do uso de recursos compartilhados. Calcular o custo do produto, isto é, o custo da ação global de cada equipe selecionada, ao mês, e a outros períodos de tempo. O custo total e unitário (médio mensal) do produto no período estudado.

Um quadro com a previsão de recursos empregados na produção das ações de saúde, baseada em estudos anteriores sobre equipes do PSF (Sousa, 2000:Anexo 03), é apresentado em anexo a este estudo. Nele constam alternativas de critérios de rateio para o cálculo dos custos indiretos de cada recurso compartilhado por vários processos. Constam, também, os principais tipos de dados sobre os recursos a levantar, fontes desses dados, e instrumentos de coleta de dados, para a identificação dos custos dos recursos empregados na produção. A execução inicial desta etapa da pesquisa se orientou por este quadro.

O custo da depreciação dos prédios e instalações, do material permanente, e equipamentos, foi calculado dividindo-se o valor dos mesmos pelo número de anos de vida útil estimado para o bem, conforme apresentado no Quadro 1 adiante.

Neste processo de levantamento de custos dos recursos, das atividades e dos produtos, foram observados também evidências de situações problemáticas, como rotinas, atividades e produtos supérfluos, inadequações na utilização dos recursos, com desperdício, ineficiência, instabilidade, ou aquisição de recursos inadequados (Medici e Marques, 1996:55).

QUADRO 1
DEPRECIÇÃO DO IMOBILIZADO POR NATUREZA, TAXA ANUAL E TEMPO
DE DURAÇÃO

Imobilizado	Taxa anual	Tempo de duração
Móveis e Utensílios	10%	10 anos
Máquinas e Equipamentos Hospitalares	10%	10 anos
Outras Máquinas e Equipamentos	10%	10 anos
Instalações	10%	10 anos
Equipamentos de Processamento de dados	20%	5 anos
Veículos	20%	5 anos
Edificações	4%	25 anos

Fonte: Castro e Teixeira (1997:20)

Outro aspecto importante observado na aplicação da metodologia foi a importância, para obter-se resultados mais precisos, de utilizarem-se critérios de rateio o mais específicos possíveis na alocação de gastos entre os vários centros de custos da UBASF, incluindo as alocações entre os centros de apoio e os finalísticos, que reflitam relação de causa e efeito, como referido no capítulo de metodologia. Utilizaram-se medições precisas das áreas usadas realmente por esses setores e que incluíam os trajetos de acessos às salas dos centros de custos. Na atribuição dos custos com energia elétrica, foram levados em conta a presença da unidade de luzes, de equipamentos e aparelhos que usam mais ou menos energia. Utilizando indicadores mais detalhados se tem uma verificação mais precisa do gasto com aquele serviço ou com aquele recurso utilizado.

4.3.2. Custeio das ações de saúde específicas selecionadas.

Para se calcular o custo médio da ação de saúde, se dividiu o número de cada tipo de ações de saúde produzidas no mês, pelo custo mensal de produção dessa ação de saúde, e se encontrou o custo unitário da ação de saúde no mês. Por exemplo, dividiu-se o número de visitas domiciliares por médico produzidas em um determinado mês, pelo custo do total dos recursos utilizados nessas visitas naquele mês, e calculou-se o custo médio de cada visita realizada no mesmo mês.

4.4 Identificar e avaliar o resultado (meta) atingido por cada equipe do PSF.

Nesta etapa, foi identificado o volume mensal de cada tipo de ações de saúde produzidas. Pode-se coletar os dados a partir dos relatórios mensais das equipes, e do SIA/SUS, acessado pela internet. Foi verificado se esse volume ficou dentro da faixa considerada adequada, pelos padrões do PSF de Fortaleza. A faixa padrão se baseia em condições para ações com efetividade e qualidade (Ugá, 2002:221). Foram avaliadas, inicialmente, o volume de visitas médicas domiciliares ao mês e, depois, as consultas de pré-natal por enfermeiro, e assim sucessivamente. O critério (padrão) do que é volume adequado foi definido em conjunto com os profissionais e os coordenadores, levando em conta os documentos de orientação do PSF e outros documentos pertinentes.

4.5 Confrontar os custos (de produção) e os resultados (metas) obtidos por cada equipe do PSF, verificando sua eficiência.

Ao se confrontar o **custo** médio mensal de cada ação de saúde, de cada equipe do PSF, com o resultado dessa produção, que, nesta pesquisa, é o **volume adequado de ações** produzidas, foi possível avaliar-se a sua eficiência em relação à produção de um volume adequado de ações de saúde (Ugá, 2002:221).

4.6 Comparação das equipes do PSF entre si, em termos de custo-resultado. Identificar a(s) alternativa(s) mais eficiente(s).

4.6.1 Análise da eficiência na produção de volume adequado de ações de saúde.

Nas etapas anteriores foram aferidos os custos das ações de saúde, e a situação de adequação do seu volume de produção. Assim pode ser identificada a equipe que tem mais baixo custo por determinada ação de saúde, e, ao mesmo tempo, um volume de produção adequado (Ugá, 2002:221). Esta equipe foi utilizada como padrão para avaliar o grau de eficiência das outras, em relação à adequada

produção de determinada ação de saúde. Cada equipe do PSF foi classificada, em relação a cada tipo de ação de saúde produzida, em uma das quatro situações alternativas apresentadas no quadro a seguir:

QUADRO 2
SITUAÇÕES CONFORME O CUSTO DA AÇÃO DE SAÚDE E A ADEQUAÇÃO DO
VOLUME DE AÇÕES

Situação	Custo da Ação de saúde "A"	Adequação do volume de ações de saúde "A" produzidas
1	Baixo	Alta
2	Baixo	Baixa
3	Alto	Alta
4	Alto	Baixa

Fica evidente que a situação mais adequada é a primeira, no quadro referido, pois apresenta o mais baixo **custo** de produção da ação de saúde, e, ao mesmo tempo, alta **adequação do volume de produção** da ação de saúde no período. A partir das possibilidades apontadas no quadro acima, foi identificada, a respeito de cada ação de saúde, de cada equipe do PSF, a situação em que a equipe se encontra, avaliando sua eficiência em termos de custo-produtividade. Na análise foram investigadas as principais causas das situações.

4.6.2 Análise do perfil da composição dos custos das equipes do PSF

Foi realizada também a análise comparativa do perfil da composição de custos das equipes, isto é, a análise dos insumos, tipos de insumos, e grupos de insumos **cujos custos têm mais peso proporcional no custo total** da produção global de cada equipe. Analisar os custos dos bens de capital (recursos "permanentes"), despesas correntes (como material de consumo), custos diretos e indiretos (como o do setor de administração), e assim por diante (vide tipos de custos contábeis, mais acima). A comparação do perfil de custos entre as equipes fornece muitos subsídios para tomadas de decisão sobre os serviços. Foi também analisado o peso proporcional (%) do custo global **de cada equipe** dentro do conjunto de custos de cada UBASF.

4.6.3 Análise da adequação e da utilização dos recursos

Como foi expresso nos objetivos definidos para esta pesquisa, durante a sua execução será também avaliada a adequação dos recursos utilizados nas atividades, bem como a adequada utilização desses recursos. Como referido acima, no processo de levantamento de custos dos recursos, das atividades e dos produtos, o pesquisador pode ir se deparando com evidentes situações de inadequação e problemas, na utilização dos recursos, ou da existência de recursos inadequados adquiridos, evidenciando até desperdício, ineficiência, instabilidade. Assim, pode-se avaliar se o recurso é adequado para a atividade que o emprega, se é adequado em volume e em eficácia/efetividade.

Dessa forma, será avaliado se a equipe do PSF, além de apresentar baixo custo de produção de cada ação de saúde, ao mesmo tempo apresenta alta adequação do volume de produção, e apresenta também adequação dos recursos utilizados.

Estas análises facilitam a identificação de alternativas para uma mais adequada aquisição, alocação, conservação e utilização dos recursos pelas equipes do PSF. Alternativas para otimizar o desempenho das equipes, aumentando os benefícios oferecidos, a um custo igual ou menor que o anterior.

Qualificar e revisar essas avaliações acima, à luz do risco, da incerteza e da sensibilidade. As variáveis cujas estimativas terão sua análise de sensibilidade (Ugá, 2002:216) realizada de forma prioritária, nesta pesquisa, serão os custos indiretos, gerados pelos recursos compartilhados, pela margem de imprecisão que rotineiramente acompanha sua determinação.

Os resultados do estudo estão apresentados através de tabelas, figuras e gráficos. Foi solicitado o consentimento livre e informado por parte do gestor das instituições que serviram de campo para a realização da pesquisa. Está apresentada, em anexo, a comunicação em que é feita essa solicitação.

5. RESULTADOS

Na aplicação de metodologia de custos por absorção, com a configuração dos centros de custos das unidades de saúde, medição de seus custos contábeis diretos, e estimativa dos custos contábeis indiretos, foi encontrada precariedade nos registros de alguns itens, e foi necessário realizar investigações complementares sobre eles. A principal dificuldade na obtenção de dados, inicialmente, foi a não disponibilidade, até dezembro de 2004, dos valores dos gastos da PMF, por profissional em atuação, com as empresas de serviços e cooperativas contratadas. Alguns dados passaram a ser disponibilizados à partir de janeiro de 2005.

5.1 Descrição geral dos serviços de saúde observados

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) José Valdevino de Carvalho (JVC) e a UBASF Terezinha Parente (TP) são organizações públicas da Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), que prestam serviços de saúde do tipo ambulatorial e domiciliar e se incluem no nível da atenção básica de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) de Fortaleza. A UBASF José Valdevino de Carvalho, situada na região do bairro de Parangaba, é subordinada à Secretaria de Administração Regional IV (SER IV) e a UBASF Terezinha Parente, situada na região do bairro de Lagoa Redonda, é subordinada à Secretaria de Administração Regional VI (SER VI).

Integradas à UBASF José Valdevino de Carvalho estavam três Equipes do PSF denominadas de: Equipe do PSF Amarela, Equipe do PSF Azul e Equipe do PSF Vermelha. Integradas à UBASF Terezinha Parente estão cinco Equipes do PSF denominadas de: Equipe do PSF Amarela, Equipe do PSF Azul, Equipe do PSF Lilás, Equipe do PSF Verde e Equipe do PSF Vermelha.

As Equipes do PSF (EQPSF) fazem parte do sistema público de saúde. Elas tem por objetivo prestar serviços totalmente gratuitos no nível da atenção básica de saúde, incluindo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde do tipo ambulatorial e domiciliar, a uma clientela bem definida, de uma área geográfica específica, que é denominada de população adscrita à equipe. A população adscrita

a cada EQPSF fica torno de 1.000 a 1.600 famílias, com média de quatro a cinco pessoas por família, e é assistida na UBASF de forma preferencial, quase exclusivamente, pelos profissionais da EQPSF a que está vinculada. Cada agente de saúde é responsável por 280 a 350 famílias. Cada UBASF serve de base de apoio a várias EQPSF.

5.2 Serviços desenvolvidos pelas Equipes do PSF

As ações de saúde realizadas nas duas unidades de saúde pesquisadas, UBASF José Valdevino de Carvalho e UBASF Terezinha Parente, são consideradas os serviços, produzidos pela organização, que são prestados à clientela, sendo os produtos finais do processo produtivo. As Equipes do PSF (EPSF) de cada UBASF, as equipes de odontologia e as do Programa de Saúde Escolar (PSE) são consideradas os departamentos produtivos das duas UBASF em termos de produção dos serviços finalísticos, pois elas produzem as ações de saúde para os clientes das UBASF.

O conjunto das ações de saúde de cada EQPSF é aqui denominado de Atenção à Saúde da Família. Nas tabelas 1, 2, 3 e 4, abaixo, são apresentadas as ações de saúde que envolvem médicos e enfermeiros do PSF, juntamente com os expedientes de quatro horas semanais previstos para cada ação em cada Equipe do PSF das duas UBASF. O número de expedientes definido como padrão do PSF apresentado nas tabelas para comparação, é o apresentado na publicação da Escola de Saúde Pública do Ceará (CEARÁ, 2002), e corroborado pelas coordenadoras das duas UBASF. Cada equipe na UBASF TP reserva quatro horas por semana para reunião de planejamento. Na UBASF JVC isto é realizado em horário extra, dedicando 40 horas por semana para as ações de saúde. Além das ações de saúde que envolvem médicos e enfermeiros, as EQSF realizam ainda ações por auxiliares de enfermagem e por agentes de saúde, apontadas no Quadro 3.

Tabela 1. Nº de expedientes de 4 horas previstos para as principais atividades que envolvem médico em cada Equipe do PSF da UBASF JVC

Principais atividades por médico	Unidade de trabalho	Amarela	Azul	Vermelha	Padrão PSF
Visita Domiciliar por Médico	VisitaDomicMed	2	2	2	2
	PreNatalMed	1	1	1	1
Cons. Pré-natal por Médico					
Cons. Geral por Médico	ConsVarMed	3	3	2	2
Cons. de Crianças por Médico	ConsVarMed	2	2	3	1
Cons. de Mulheres por Médico e	ConsVarMed	1	1	1	2
Resultado de prevenção					
Cons. de Grupos (Hipertensão, Diabetes, etc.) por Médico	ConsVarMed	1	1	1	1
Reunião de planejamento	Planej	0	0	0	1
Total de expedientes de 4 hs		10	10	10	10
Total de horas / semana		40	40	40	40

Obs: As reuniões de planejamento eram realizadas em horário extra, sem ônus.

Obs: A consulta geral por médico incluía pessoas de todas as idades e sexo.

Tabela 2. Nº de expedientes de 4 horas previstos para as principais atividades que envolvem enfermeiro em cada Equipe do PSF da UBASF JVC

Principais atividades por enfermeiro	Unidade de trabalho	Amarela	Azul	Vermelha	Padrão PSF
Visita Domiciliar por Enf.	VisitaDomicEnf	2	2	2	2
Cons. Pré-natal por Enf.	PreNatalEnf	1	1	1	1
Planejam. Familiar por Enf.	ConsVarEnf	2	1	1	1
Cons. Prevenção Ginecol e DST por Enf.	PrevGinecEnf	1	1	1	1
Consulta de Puericultura por Enf.	ConsVarEnf	2	2	3	1
Consulta de Grupos (Hipert; Diabetes; Etc.) por Enf.	ConsVarEnf	1	1	1	1
Consulta Geral por Enf.	ConsVarEnf	1	2	1	0
Ativ. de Educação para Saúde por Enf.	EducSaúde	0	0	0	2
Reunião de planejamento	Planej	0	0	0	1
Total de expedientes de 4 hs		10	10	10	10
Total de horas / semana		40	40	40	40

Obs: Consulta Geral por Enf. não estava prevista nas normas do PSF (Ceará, 2002).

Obs: Não foram registradas Ativ. de Educação para Saúde por Enf.

Obs : As reuniões de planejamento eram realizadas em horário extra, sem ônus.

Observa-se nas Tabelas 1 e 2 que nenhuma equipe da UBASF JVC programou horários para atividades de educação em saúde, o que também ocorreu nas equipes da UBASF TP, como se verifica nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 3. Nº de expedientes de 4 horas previstos para as principais atividades que envolvem médico em cada Equipe do PSF da UBASF TP

Principais atividades por médico	Unidade de trabalho	Amar ela	Azul	Lilás	Verde	Vermel ha	Padrão PSF
Visita Domiciliar por Médico	VisitaDomicMed	2	1	1	2	2	2
	PreNatalMed	1	1	1	1	1	1
Cons. Pré-natal por Médico							
Cons. Geral por Médico	ConsVarMed	2	2	2	2	2	2
Cons. de Crianças por Médico	ConsVarMed	2	2	2	2	2	1
Cons. de Mulheres por Médico e Resultado de prevenção	ConsVarMed	1	1	1	1	1	2
Cons. de Grupos (Hipertensão, Diabetes, etc.) por Médico	ConsVarMed	1	2	2	1	1	1
Reunião de planejamento	Planej	1	1	1	1	1	1
Total de expedientes de 4 hs		10	10	10	10	10	10
Total de horas / semana		40	40	40	40	40	40

Obs : A consulta geral, nesta UBASF, é dirigida somente a adultos.

Obs : Era previsto, na consulta das mulheres, além da avaliação do resultado de prevenção ginecológica, orientação ao planejamento familiar por médico.

Obs: A Equipe Verde do PSF da UBASF TP não contava com o médico em setembro de 2004.

Percebe-se nas Tabelas 1 a 4 que seis das oito equipes estudadas tinham como meta formal a realização de visitas domiciliares em dois expedientes de quatro horas por semana, mas duas equipes da UBASF TP, a Azul e a Lilás, tinham como meta apenas um expediente por semana, divergindo das diretrizes do PSF (CEARÁ, 2002) e determinando, previamente, um baixo volume de produção desta atividade. Nenhuma das oito equipes programou formalmente horários para a educação em saúde por enfermeiro e, só muito raramente esta atividade foi realizada.

Tabela 4. Nº de expedientes de 4 horas previstos para as principais atividades que envolvem enfermeiro em cada Equipe do PSF da UBASF TP

Principais atividades por enfermeiro	Unidade de trabalho	Amar ela	Azul	Lilás	Verde	Verm elha	Padrã o PSF
Visita Domiciliar por Enf.	VisitaDomicEnf	2	1	1	2	2	2
Cons. Pré-natal por Enf.	PreNatalEnf	1	1	1	1	1	1
Planejam. Familiar por Enf.	ConsVarEnf	1	1	1	1	1	1
Cons. Prevenção Ginecológica e DST por Enf.	PrevGinecEnf	1	1	1	1	1	1
Consulta de Puericultura por Enf.	ConsVarEnf	2	3	3	2	3	1
Cons. de Grupos (Hipert; Diabetes; Etc.) por Enf.	ConsVarEnf	1	2	2	1	1	1
Sessão educativa por Enf.	EducSaúde	0	0	0	1	0	2
Reunião de planejamento	Planej	1	1	1	1	1	1
Total de expedientes de 4 hs		10	10	10	10	10	10
Total de horas / semana		40	40	40	40	40	40

Obs: A puericultura incluía, em um expediente, o atendimento às crianças inscritas no programa bolsa-família, e o tratamento de verminoses.

Obs: Nesta UBASF, seguindo as normas do PSF (CEARÁ, 2002), não ocorrem consultas gerais por enfermeira.

Quadro 3. Principais atividades que envolvem auxiliares de enfermagem e agentes de saúde nas Equipes do PSF.

Principais atividades por auxiliares de enfermagem e agentes de saúde
Aplicação de aerossol/nebulização por Auxiliar de enfermagem
Aplicação de vacinas por Auxiliar de enfermagem
Outros procedimentos de enfermagem de nível médio
Atividades do Agente de saúde

5.3 Volume de produção das equipes do PSF

5.3.1 Mês selecionado para análise da situação de recursos e custos

Conforme apresentado na Tabela 5 e Gráfico 1, o **volume de produção médio mensal** de visitas domiciliares, tanto por médico como por enfermeiro, de todas as equipes da UBASF JVC, manteve determinado nível com estabilidade, de janeiro até o fim de **setembro de 2004**, e sofreu queda importante em outubro, novembro e dezembro. Os outros tipos de ações de saúde apresentaram queda

menor. A coordenadora, refletindo os relatos dos profissionais, aponta que a principal causa foi a falta, à partir de outubro, do serviço de transporte das equipes, contratado pela PMF e que, no início deste mesmo mês ocorreu a eleição para prefeito e vereadores em Fortaleza. O mês de setembro de 2004 foi, portanto, o selecionado para a observação inicial da situação dos recursos utilizados pelas equipes do PSF, e do cálculo dos seus custos. Esta escolha deveu-se a que a ausência de um recurso tão importante quanto o serviço de transporte prejudicaria o cálculo global dos custos da produção das equipes do PSF da UBASF.

Tabela 5. Média mensal de atividades por médicos do conjunto das 3 equipes da UBASF José Valdevino de Carvalho em 2004

Atividades	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	Média	At/E xped	Pla nej
Visita Domiciliar por Médico	18	4,67	14,3	8,33	13,7	3	19	6	8	2,33	0,3	-	8,14	1,02	8
Cons Pré-natal Médico	11,7	11,7	23	12,7	15	9,33	12,3	13,7	9,33	9,33	7,6	11	12,23	3,06	8
Cons Variadas na por Médico	375	312	419	360	376	323	410	390	380	294	272	288	349,92	12,50	16

Obs: A Equipe Amarela estava sem médico em dezembro de 2004.

Verifica-se na Tabela 5 que as médias mensais de atendimentos por médicos da UBASF JVC, no ano de 2004, ficaram abaixo das esperadas, pois 1,02 visitas domiciliares é apenas 12,72% das 8 esperadas por expediente. Igualmente, 3,02 consultas de pré-natal por expediente correspondem a 38,22% das oito esperadas, e 12,50 consultas variadas correspondem a 78,11% das 16 esperadas por expediente. A baixa média de visitas domiciliares é só parcialmente explicada pela falta do transporte no último trimestre do ano.

Gráfico 1 - Média de ações por enfermeiro do PSF no conjunto das 3 equipes da UBASF JVC em 2004

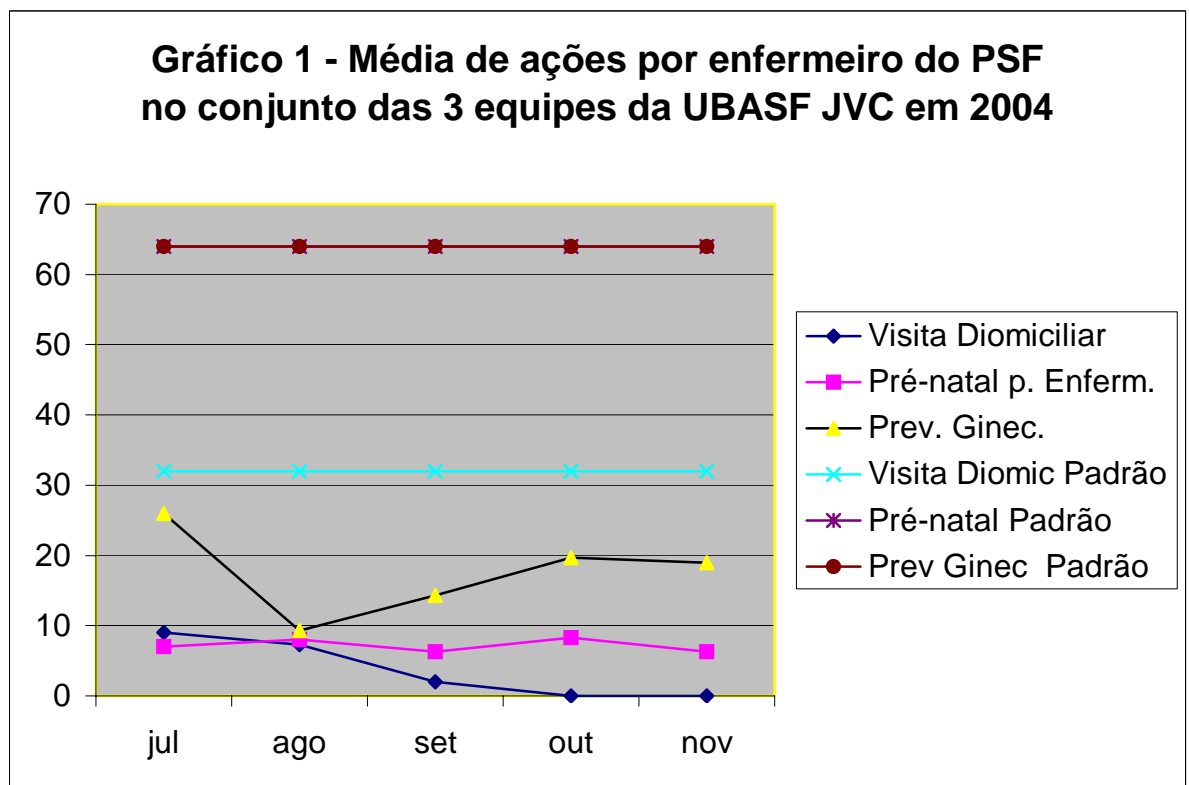
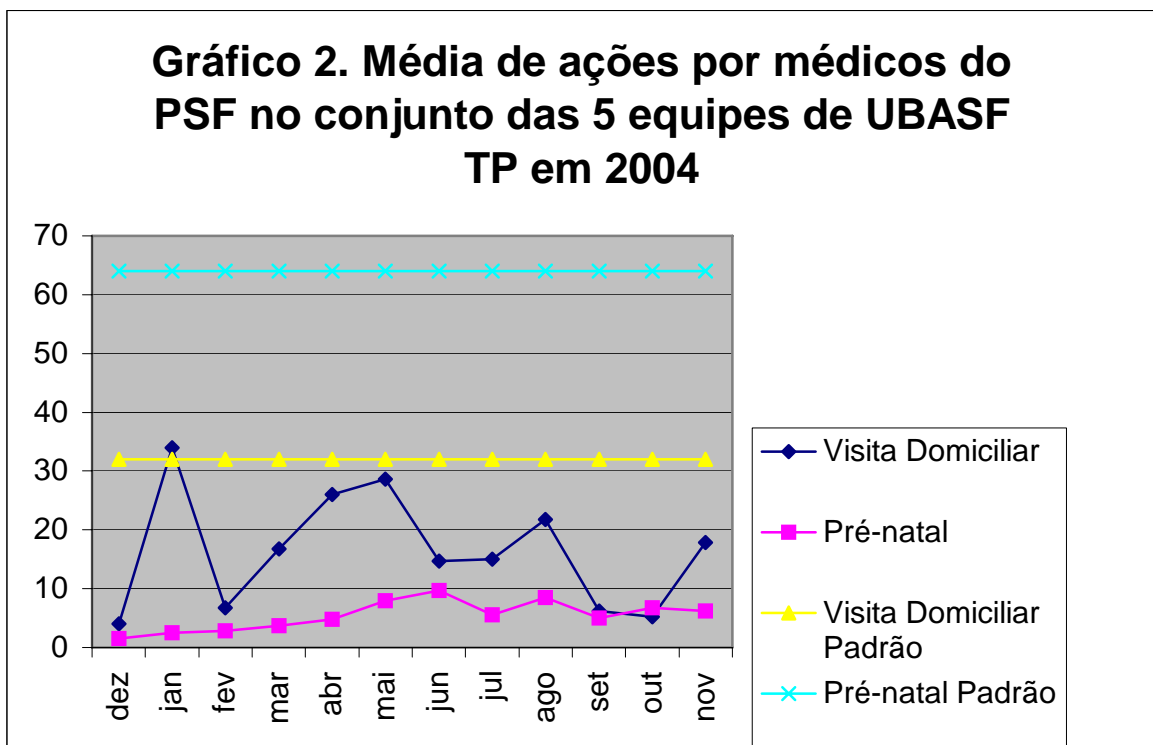


Tabela 6. Média mensal de atividades por médicos do conjunto das 5 equipes da UBASF Terezinha Parente em 2004 (média nos meses trabalhados)

Nome Equipe PSF	Visita Domiciliar por Médico	Exped/ Mês	Ativ/Ex ped	Vol esperado	Cons Pré-natal Médico	Exp ed/Mês	Ativ/Ex pedien te	Vol esperado	Cons Variadas na US por Médico	Expe d/Mês	Ativ/Exp ed	Vol esperado
TP Amarela	20,75	8	2,59		7,50	4	1,88		366,75	24	15,28	
TP Azul	4,22	4	1,06		2,33	4	0,58		262,00	28	9,36	
TP Lilás	5,50	4	1,38		8,67	4	2,17		363,92	28	13,00	
TP Verde	43,29	8	5,41		1,86	4	0,46		374,43	24	15,60	
TP Vermelha	10,78	8	1,35		1,22	4	0,31		295,33	24	12,31	
Todas equipes	16,91		2,36	8	4,32		1,08	8	332,49		13,11	16

A Tabela 6 e o Gráfico 2 demonstram que as médias mensais de atendimentos por médicos da UBASF TP, no ano de 2004, ficaram abaixo das esperadas, pois 2,36 visitas domiciliares por expediente é apenas 29,46% das 8 esperadas por expediente. Igualmente, 1,08 consultas de pré-natal por expediente correspondem a 13,49% das oito esperadas, e 13,11 consultas variadas correspondem a 81,93% das 16 esperadas por expediente. Os volumes de

atendimentos por expediente foram considerados apenas nos meses em que as equipes contavam com médico. A Equipe Azul ficou três meses sem médico, a Verde cinco e a Vermelha dois. Isto prejudicou parcialmente a produção das Equipes.



Na UBASF TP não houve falta do serviço de transporte nos meses supracitados, e nem queda do volume das visitas domiciliares. Nesta UBASF o mês selecionado para análise inicial foi também o mês de setembro de 2004 para permitir comparações com a situação das equipes da UBASF JVC.

5.3.2 Equipes do PSF com mais adequados volumes de produção em setembro de 2004

5.3.2.1 Equipe do PSF da UBASF JVC com mais adequado volume de produção em setembro de 2004

A adequação do volume de produção das Equipes do PSF foi avaliada utilizando-se como padrão as normas do PSF para volume de produção esperada

dos médicos e enfermeiros das equipes. Durante o Curso Introdutório em Saúde da Família (CEARÁ, 2002), da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE), que é referência para a formação da maioria dos profissionais das Equipes do PSF no Ceará, era apresentado o número de expedientes semanais de quatro horas previstos para cada atividade principal dos médicos e enfermeiros das Equipes do PSF. Isto é apresentado nas Tabelas 1 e 2 do Anexo IV. Esta Tabela também inclui o volume de produção esperado para cada atividade conforme o que foi definido pelas coordenações das duas UBASF, que coincidem entre si. Observa-se, por exemplo, que eram previstos, pelo documento da ESPCE, dois expedientes semanais para as visitas domiciliares.

A equipe do PSF da UBASF JVC que apresentou, em setembro de 2004, maior e mais equilibrado volume de produção de ações de saúde, por médico e enfermeiro, foi a EQPSF Amarela, como constatado na Tabela 7 e no Gráfico 3. Seu volume de produção do conjunto de ações por médico e enfermeiro atingiu o percentual de 36,22% em relação ao padrão definido nas normas do PSF (CEARÁ, 2002), enquanto a Equipe Vermelha atingiu 32,01%, e a Equipe Azul 28,20%. No Anexo 4 estão apresentados em tabelas os valores absolutos de volume de produção de cada principal tipo de ação por médico e por enfermeiro da Equipe amarela do PSF da UBASF JVC em setembro de 2004.

Tabela 7. Desempenho médio de produção por médico e enfermeiro das três Equipes do PSF da UBASF JVC em Setembro de 2004 em relação ao padrão das normas do PSF

Atividades	% Médico; Amarela	% Enf; Amarela	Médico e Enf; Amarela	% Médico; Azul	% Enf Azul	Médico e Enf; Azul	% Médico; Vermelha	% Enf Vermelha	Médico e Enf; Vermelha	% PSF Padrão
Visita Domicil.	25,00	9,38		34,38	0,00		15,63	9,38		100,00
Pré-natal	10,94	17,19		17,19	1,56		15,63	10,94		100,00
Prev. Ginec.	-	35,94		.	12,50		.	18,75		100,00
Cons Variadas na US	91,74	57,03		76,79	40,36		86,16	60,42		100,00
Educ. Saúde p. Enferm.	-	-		.	-		.	0,00		100,00
Média global	42,56	29,89	36,22	42,79	13,61	28,20	39,14	24,87	32,01	100,00

Gráfico 3. Desempenho das atividades por médicos e enfermeiros da UBASF JVC pelas metas do PSF em setembro de 2004

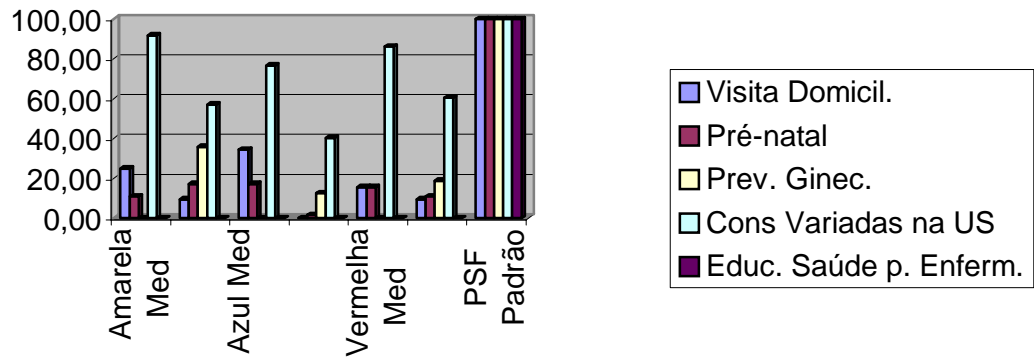


Tabela 8. Avaliação do volume médio de atividades por enfermeiro da Equipe Amarela da UBASF JVC em Setembro de 2004 em relação ao planejado

Atividades	Volume atividades	Exped/Semana Real	Exped/Mês	Ativid. P/Exped	Todas Equipes (Média Geral)/Expediente	% De Aprox. Da Média Geral	At/Exped Planej PSF	Desempenho % do Padrão PSF
Visita Domicil.	3	2	8	0,38	0,25	150,00	8	4,75
Pré-natal	11	1	4	2,75	1,58	173,68	8	34,375
Prev. Ginec.	23	1	4	5,75	3,58	160,47	8	71,875
Cons Variadas na US	219	6	24	9,13	8,42	108,42	16	57,0625
Educ. Saúde p. Enferm.	0	0	0	0,00	0,00	0,00	1	0
Desempenho						118,51		33,6125

Observa-se na Tabela 8 que a média de visitas domiciliares, realizadas por expediente, pela enfermeira da Equipe Amarela da UBASF JVC em Setembro de 2004, de 0,38 visitas por expediente, foi 4,75% do planejado pela gerência da UBASF em vista das diretrizes do PSF. As outras atividades também ficaram abaixo do planejado, porém, em conjunto com o desempenho do médico, a Equipe Amarela ficou acima do desempenho das outras duas equipes da UBASF.

5.3.2.2 Equipe do PSF da UBASF Terezinha Parente com mais adequado volume de produção em setembro de 2004

A EQPSF da UBASF Terezinha Parente que apresentou, em setembro de 2004, maior e mais equilibrado volume de produção de ações de saúde, por médico e por enfermeiro, foi a EQPSF Vermelha, com desempenho global de 47,60% do planejado pela gerência em acordo com as diretrizes do PSF, como constatado nas Tabela 9 e 10, e no Gráfico 4. A Equipe Verde do PSF da UBASF TP não contava com o médico em setembro de 2004.

Tabela 9. Desempenho em relação ao padrão do PSF de ações por médicos e enfermeiros das Equipes Verde, Amarela e Azul da UBASF TP em Setembro de 2004

	% Verde Médico	% Verde Enf	% Médico e Enf	% Amarela Médico	% Amarela Enf	% Médico e Enf	Azul Médico	Azul Enf	% Médico e Enf
Visita Domicil.	0,00	37,50		25,00	75,00		31,25	112,50	
Pré-natal	0,00	3,13		9,38	6,25		1,56	0,00	
Prev. Ginec.	0,00	28,13		0,00	50,00		0,00	53,13	
Cons Variadas na US	0,00	91,80		43,49	64,38		69,64	82,81	
Educ. Saúde p. Enferm.									
Média global	0,00	32,11	16,05	25,95	39,13	32,54	34,15	49,69	41,92

Tabela 10. Desempenho em relação ao padrão do PSF de ações por médicos e enfermeiros das Equipes Vermelha e Lilás da UBASF TP em Setembro de 2004

	% Vermelha Médico	% Vermelha Enf	% Médico e Enf	% Lilás Médico	% Lilás Enf	% Médico e Enf	PSF Padrão
Visita Domicil.	34,38	103,13		6,25	6,25		100,00
Pré-natal	6,25	1,56		14,06	0,00		100,00
Prev. Ginec.	0,00	54,69		0,00	29,69		100,00
Cons Variadas na US	93,49	93,13		92,63	70,57		100,00
Educ. Saúde		0,00			0,00		100,00
Média global	44,70	50,50	47,60	37,65	21,30	29,48	100,00

Gráfico 4. Desempenho das atividades por médico e enfermeiro da UBASF TP pelas metas do PSF em setembro de 2004

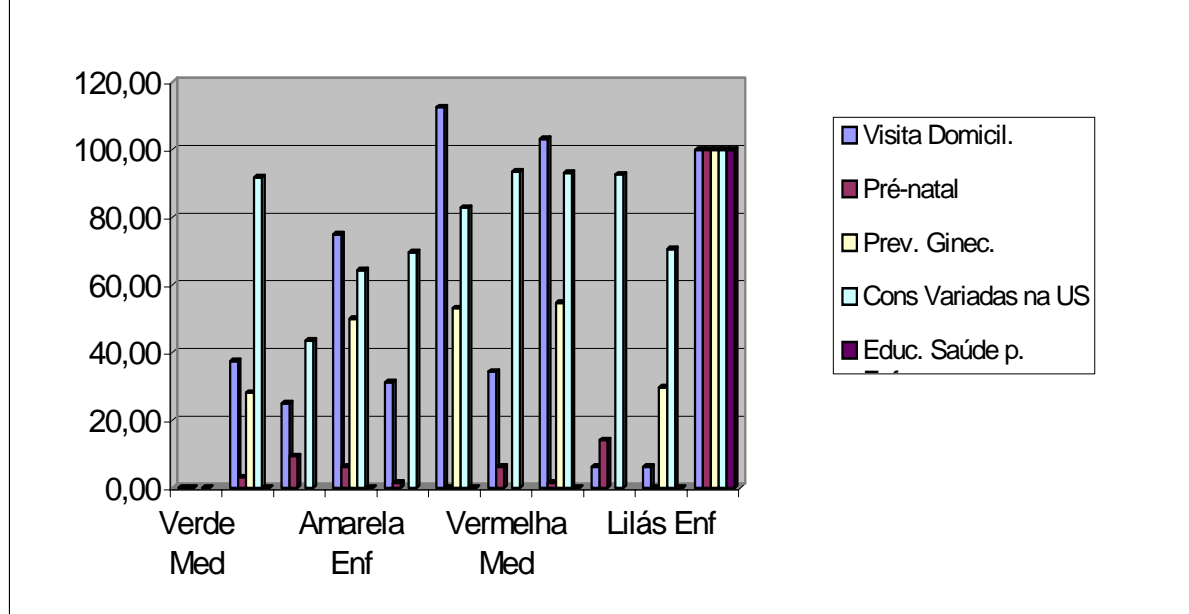


Tabela 11. Desempenho da produção do médico da Equipe do PSF Vermelha da UBASF Terezinha Parente em de setembro de 2004

Atividades	Volume atividades	Exped/Semana Real	Exped/Mês	Ativ./Expediente	Todas Equipes (Médico)	% da Média Geral	Prod/Exped PSF	% do Padrão PSF	Pêso	% do Planejado
Visita Domiciliar (Médico)	11	2	8	1,38	0,97	141,94	4	34,38	1,25	42,97
Cons Pré-natal Médico	4	1	4	1,00	1,25	80,00	16	6,25	1,25	7,81
Cons Variadas na US por Médico	359	6	24	14,96	11,97	124,96	16	93,49	1,25	116,86
MÉDIA						115,63		44,70		55,88

Observa-se na Tabela 11 que a média de visitas domiciliares, realizadas por expediente, pelo médico da Equipe Vermelha da UBASF TP em setembro de 2004, de 1,38 visitas por expediente, foi 34,38% do planejado pela gerência da UBASF em acordo com as diretrizes do PSF. As outras atividades também ficaram abaixo do planejado, porém, foi atingida a média geral de 44,70% (e média geral ponderada de

55,88%) e, em conjunto com o desempenho da enfermeira (Tabela 12), a Equipe Vermelha ficou acima do desempenho das outras três equipes da UBASF.

Tabela 12. Desempenho da produção do enfermeiro da Equipe do PSF Vermelha da UBASF Terezinha Parente em de setembro de 2004

Atividades	Vol. Ativid.	Ativ./Exped/Seman	Exped/Mês	ProdSet /Exped	TodasEquipes (Média Geral)/Exped	% da Média Geral	Prod/Exped Planej PSF	% do Padrão PSF
Visita Domicil	33	2	8	4,13	2,68	154,21	4	103,13
Cons Pré-natal	1	1	4	0,25	0,35	71,43	16	1,56
Exame Prev Ginecológica	35	1	4	8,75	6,9	126,81	16	54,69
Cons Variadas na US	298	5	20	14,90	12,89	115,63	16	93,13
Ativ. Educação p. Saúde	0	0	0	0,00	0	0,00	1	0,00
						93,62		50,50
Desempenho								

A Equipe Amarela e a Equipe Vermelha da UBASF JVC, e a Equipe Vermelha da UBASF TP foram as de melhor desempenho no mês de setembro de 2004, e as análises de custo-produtividade se concentrarão principalmente nestas três equipes, pelos motivos já levantados na discussão da metodologia. Em certos momentos a análise da Equipe Vermelha da UBASF JVC terá precedência sobre a da Equipe Amarela em vista de esta última ter custo atípico, bem menor que o das outras, pois a enfermeira da equipe tem vínculo com o Ministério da Saúde (MS), diminuindo o gasto desembolsado pela PMF.

5.4 Organização dos centros de custos das UBASF e das unidades de trabalho das Equipes do PSF

As duas UBASF estudadas contam com outras equipes de saúde além das EQPSF, como as equipes de odontologia, as equipes de ginecologia e equipes do Programa de Saúde Escolar (PSE), que incluem pediatras. Estas equipes, que dão atenção à saúde das pessoas, são consideradas áreas de produção finalística dentro do sistema de custos das UBASF estudadas. Utilizando-se o método de custeio por absorção (CHING, 2001:29; BITTENCOURT, 2001:41; MARTINS, 2001)

para o cálculo do custo global da atuação de cada Equipe do PSF, define-se cada equipe como um departamento produtivo dentro de cada UBASF e, também, como um centro de custos produtivo. Ressalta-se que na definição de departamento utiliza-se aqui o conceito de Martins (2001:70) e na definição de centro de custos utilizam-se os conceitos de Martins (2001:71) e de Medici e Marques (1996:54), já apresentados na seção de revisão da literatura.

As equipes de odontologia, de ginecologia, e de Programa de Saúde do Escolar (pediatria) são também consideradas departamentos e centros de custos de produção finalística, independentes entre si. Estes centros de custos finalísticos, ou áreas finalísticas, são denominados de centros de custos assistenciais na classificação utilizada por Ching (2001:107), a qual acrescenta mais três tipos de grupos de centros de custos, apresentados na lista abaixo:

- a) centros de custos assistenciais;
- b) centros de custos de apoio assistencial;
- c) centros de custos de apoio geral;
- d) centros de custos administrativos.

5.4.1 Lista geral da organização dos centros de custos das UBASF

a) Centros de custos assistenciais (realizam as atividades finalísticas):

- Equipes do PSF (3 na UBASF JVC e 5 na UBASF TP).
- Equipe de odontologia.
- Equipe de ginecologia.
- Equipe do Programa de Saúde do Escolar (pediatria).

b) Centros de custos de apoio assistencial (fornecem bens e serviços apenas aos centros de custos assistenciais, listados acima):

- SAME (Serviço de Arquivo Médico).
- Acolhimento * (faz a recepção e aferição da temperatura e pressão arterial; na UBASF TP esta atividade é realizada pelos Auxiliares de enfermagem das Equipes do PSF).
- Esterilização.

- (Lavanderia) * (tem pouca importância nos custos das Equipes do PSF na UBASF JVC e não existe na UBASF TP).

- Farmácia.

c) centros de custos de apoio geral (apoiam tanto os centros de custos assistenciais quanto os não assistenciais):

- Serviços gerais (Limpeza, Vigilância e Manutenção de pequenos reparos).

- Manutenção de maiores reparos (serviço realizado fora da UBASF).

- Transporte (dá apoio às Equipes do PSF e à coordenação).

- (Almoxarifado) (cuja atividade é realizada, na UBASF, pelo pessoal da Coordenação)

d) centro de custos administrativos e de gastos gerais:

- Coordenação da UBASF

- Gastos com telefonia, energia elétrica e água.

Estão assinalados entre parênteses, na lista acima, os centros de custos de apoio que tem pouco ou nenhum vínculo importante com as Equipes do PSF, em termos de pouco fornecimento de recursos importantes e pouco peso nos custos destas equipes. Não há, na prática, gastos com pessoal no centro de custos Almoxarifado, pois a recepção, armazenamento e distribuição de materiais na UBASF, isto é, atividades de almoxarifado, são realizadas pelo coordenador da UBASF, ou por funcionários supervisionados por ele, com tempo irrisório dedicado a isto, pois é pouco o volume de material de consumo utilizado ao mês. O CC de Transporte dá apoio às Equipes do PSF e, ocasionalmente à coordenação. O trabalho no CC Acolhimento e CC Esterilização, na UBASF TP, é realizado por auxiliares de enfermagem das Equipes do PSF. O CC Lavanderia é irrisório na UBASF, pois é muito pouco o material a ser lavado, e este serviço é feito por funcionário dos Serviços gerais.

5.4.2 Unidades de trabalho das Equipes do PS

Os Quadros 4 e 5, abaixo, apresentam as unidades de trabalho das Equipes.

Quadro 4. Estrutura das Unidades de trabalho das Equipes do PSF (1º grupo)

Unidades de trabalho	Funções envolvidas	Principais atividades
Visita Domiciliar por Médico (Visita Domic. Med)	Médico; Aux. de enfermagem; Ag. Saúde	Visita Domiciliar por Médico (Visita Domic. Med)
Cons. Pré-natal Médico (Pré-Natal Méd.)	Médico; Func. Acolhimento	Cons. Pré-natal Médico (Pré-Natal Med)
Cons. Variadas na US por Médico (ConsVarMed)	Médico; Func. Acolhimento	Consulta Geral por Médico Consulta de Crianças por Médico Consulta de Mulheres por Médico Consulta de Grupos (Hipertensão; Diabetes; etc.) por Médico
Visita Domiciliar por Enfermeiro (Visita Domic. Enf)	Enfermeiro; Aux. de enfermagem; Ag. Saúde	Visita Domiciliar por Enfermeiro (Visita Domic. Enf)
Cons. Pré-natal por Enfermeiro (Pré-Natal Enf)	Enfermeiro; Func. Acolhimento	Cons. Pré-natal por Enfermeiro (Pré-Natal Enf)
Cons. Prevenção Ginecológica por Enfermeiro (PrevGinecEnf)	Enfermeiro; Func. Acolhimento	Cons. Prevenção Ginecológica por Enfermeiro (PrevGinecEnf)
Cons. Variadas na US por Enfermeiro (ConsVarEnf)	Enfermeiro; Func. Acolhimento	Consulta Geral por Enfermeiro Consulta de Puericultura (Crianças) por Enfermeiro Consulta de Planejamento Familiar por Enfermeiro Consulta de Grupos (Hipert; Diabetes; Etc.) por Enfermeiro Consulta de Mulheres por Enfermeiro
Ativ. de Educação para Saúde por Enfermeiro (EducSEnf)	Enfermeiro	Ativ. de Educação para Saúde por Enfermeiro (EducSEnf)

Quadro 5. Estrutura das Unidades de trabalho das Equipe do PSF (2º grupo)

Aplicação de aerossol/nebulização por Auxiliar de enfermagem (Aerossol)	Auxiliar de enfermagem	Aplicação de aerossol/nebulização por Auxiliar de enfermagem (Aerossol)
Aplicação de vacinas por Auxiliar de enfermagem (Vacinas)	Auxiliar de enfermagem	Aplicação de vacinas por Auxiliar de enfermagem (Vacinas)
Outros procedimentos de enfermagem de nível médio	Auxiliar de enfermagem	Outros procedimentos de enfermagem de nível médio (OutrosAuxEnf)
Atividades do Agente de saúde	Agente de saúde	Atividades do Agente de saúde

5.4.3 Recursos empregados nas unidades de trabalho das Equipes do PSF

Os principais recursos empregados nas unidades de trabalho das Equipes do PSF são apresentados nos Quadros 6 e 7, abaixo.

Quadro 6. Recursos empregados nas unidades de trabalho das Equipes do PSF: pessoal e edifício

	Visita Domic	PreNatal Med	ConsVar Med	VisitaDom ic Enf	PreNatal Enf	PrevGine c Enf	ConsVar Enf	EducS Enf	Aerossol	Vacinaçã o	Outras Aux Enf.	Ativ AgSaúde
(PESSOAL:)												
Médico	s	s	s	n	n	n	n	n	n	n	n	n
Enfermeiro	n	n	n	s	s	s	s	s	n	n	n	n
Aux. enferm.	s	n	n	s	n	n	n	n	s	s	s	n
Func. Acolhimen	n	s	s	n	s	s	s	n	n	n	n	n
Ag. Saúde	s	n	n	s	n	n	n	n	n	n	n	s
(EDIFÍCIO:)												
Cons. Médico	n	s	s	n	n	n	n	n	n	n	n	n
Cons. Enferm.	n	n	n	n	s	s	s	n	n	n	n	n
Sala Aerossol									s			
Sala Vacinação										s		
Sala Proced. Enferm.											s	
Sala Acolhiment	n	s	s	n	s	s	s	n	n	n	n	n

Quadro 7. Recursos empregados nas unidades de trabalho das Equipes do PSF: material permanente, material de consumo e serviços

	Visita Domic Med	PreNatal Med	ConsVar Med	VisitaDomic Enf	PreNatal Enf	PrevGinec Enf	ConsVar Enf	EducS Enf	Aerossol	Vacinação	Outras Aux Enf.	Ativ AgSaúde
(MAT. PERMAN.:)												
Equipam. Visita Domicil.	s	n	n	n	s	n	n	n	n	n	n	n
Equipam. Pré-Natal	n	s	n	n	s	n	n	n	n	n	n	n
Equipam. Colheita Prev. Ginecolog.	n	n	n	n	n	s	n	n	n	n	n	n
Computador e impressora												
(MAT. CONSUMO:)												
Mat. Farmácia	s	n	n	s	s	s	n	n	s	s	s	n
Mat. Papelaria	s	s	s	s	s	s	s	s	n	n	n	s
Tinta impressora	n	s	s	n	s	s	s	n	n	n	n	n
Outros mat.	n	s	s	n	n	n	s	s	n	n	n	n
(SERVIÇOS:)												
Acolhimento	n	s	s	n	s	s	s	n	n	n	n	n
SAME	n	s	s	n	s	s	s	n	n	n	n	n
Transporte	s	n	n	n	s	n	n	n	n	n	n	n
Serv. Limpeza	n	s	s	n	s	s	s	s	s	s	s	n
Esterilização	n	n	n	n	n	s	n	n	?	?	s	n

5.5 Critérios para distribuição dos custos entre os centros de custos

Os Critérios para distribuição dos custos entre os centros de custos, utilizados para alocação dos custos de recursos compartilhados, são apresentados no Quadro 8 à seguir.

Quadro 8. Critérios para distribuição dos gastos entre os centros de custos.

Recurso/Centro Custos	Critério para distribuição gastos	Comentários
Kit de pré-natal	Nº de Cons. Pré-natal de cada equipe	
Serv. Transporte	Nº Expedientes/sem para visita domic. De cada equipe PSF da UBASF	
Sala e equipam. Coleta p. prev. Ginecol.	Nº de cons na sala de ginecol.	Profiss: ginec, enf Am, enf Azul, enf Verm
SAME	Nº de atendimentos por profissionais de nível superior de cada CC Assistencial.	Medico PSF, Enfermeiro PSF, Pediatra, Odontólogo e Ginecologista
Acolhimento	Nº de atendimentos por profissionais de nível superior de cada CC Assistencial.	Medico PSF, Enfermeiro PSF, Pediatra, Odontólogo e Ginecologista
Esterilização	Nº de atendimentos por profissionais de nível superior de cada CC Assistencial.	
Farmácia	Nº de atendimentos por profissionais de nível superior de cada CC Assistencial.	Medico PSF, Enfermeiro PSF, Pediatra, Odontólogo e Ginecologista
Serviços gerais	Área física de cada CC	
Almoxarifado	Seu (pequeno) custo foi incorporado ao do setor de Coordenação	Este serviço é de pouco volume na UBASF, e é realizado pela coordenação.
Coordenação da UBASF	Nºde horas trabalhadas em cada CC	
Gastos com telefonia	Alocar ao CC Coordenação	A coordenação centraliza os telefonemas na UBASF
Gastos com energia	Objetos que consomem energia em cada CC	
Gastos com água	Área física de cada CC	O gasto maior é com a limpeza e higienização das áreas.

5.6 Quadro de pessoal nas duas UBASF

A produção global de cada equipe será aqui denominada de atenção à saúde da família. Os custos identificados nesta pesquisa são, principalmente, os custos para a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), isto é, gastos realizados pela PMF na atuação das Equipes do PSF, como gastos com recursos humanos, materiais e outros. Os gastos desembolsados pelo Governo do Estado do Ceará e pelo Governo Federal são apresentados separadamente, sempre que ocorrem.

5.6.1 Funções e vínculos dos profissionais

O gasto mensal global com cada Equipe do PSF em termos de pessoal, é, em sua maior parte, fixo, sendo constituído dos rendimentos e encargos pagos a cada profissional em atuação. Observa-se nas Tabelas 13 e 14 que todos os profissionais que atuavam nas Equipes do PSF das duas UBASF pesquisadas em setembro de 2004 eram contratados, pela PMF, através cooperativas de profissionais, com exceção de uma enfermeira na UBASF JVC, cedida pelo MS, e um auxiliar de enfermagem na UBASF TP, que era do quadro da PMF. Além disso, oitenta por cento de todos os profissionais que atuavam nas duas UBASF, incluindo aqueles que não faziam parte do PSF, eram vinculadas a essas cooperativas e a empresas de serviços, em um processo chamado de “terceirização” e estavam distribuídos da seguinte forma:

- Médicos, enfermeiras e dentistas, através de uma cooperativa, aqui denominada de Cooperativa A, e um ginecologista através da Cooperativa B;
- Auxiliares de enfermagem e agentes de saúde por meio de duas empresas de prestação de serviços, aqui denominadas de Empresa A e Empresa B, e outros profissionais através das empresas C e E, como apresentado na Tabela.
- Havia, também, três profissionais cedidos pelo Governo do Ceará, sendo dois auxiliares administrativos, um em cada UBASF, e um dentista na UBASF TP, como apresentado nas Tabelas A, B e C. É importante assinalar que a Equipe Verde do PSF da UBASF TP não contou com médico em setembro de 2004, e essa equipe apresentou gasto menor que as outras devido a isto, pois os profissionais médicos eram providenciados via Cooperativa A.

Tabela 13. Gastos com pessoal nas UBASF JVC e TP por função e vinculação à PMF. Setembro de 2004.

Função	Vínculo	Gasto Mensal PMF	Lucro/ Adm	%Lucr o/Adm in.	Sal Bruto + Vantagens	Sal Liq + Vantagens	No. JV	No. TP
Agente C Saúde	Empresa A	R\$ 598,54	R\$ 28,35	4,74	R\$ 567,06	R\$ 416,40	5	6
Agente C Saúde	Empresa B	R\$ 736,48	R\$ 63,53	8,63	R\$ 635,35	R\$ 428,40	4	11
Aux administr	Gov Ceará	R\$ 0,00					1	1
Aux administr	PMF Direta	R\$ 850,00			R\$ 850,00	R\$ 770,00	5	1
Aux administr e Aux da coord	PMF Direta	R\$ 1.292,00			R\$ 1.292,00	R\$ 1.205,00	-	1
Aux administr	Empresa C	1.076,36	R\$ 201,27	18,70	R\$ 874,21	R\$ 571,75	-	2
Aux serv saúde	Empresa C	871,91	R\$ 163,23	18,72	674,68	470,93	-	4
Aux serv de saúde	Empresa D	R\$ 593,00		30,52 ¹	R\$ 412,00 ²	R\$ 367,00 ³	1	-
Aux serv gerais	PMF Direta	R\$ 850,00			R\$ 850,00	R\$ 770,00	2	-
Aux enferm	MS	R\$ 0,00			R\$ 0,00	R\$ 0,00	1	-
Aux enferm	Empresa B	R\$ 826,25	R\$ 71,28	8,63	R\$ 712,79	R\$ 474,00	3	4
Aux enferm	PMF Direta	R\$ 850,00			R\$ 850,00	R\$ 770,00	-	1
Aux odontol	PMF Direta	R\$ 850,00			R\$ 850,00	R\$ 770,00	1	-
Coordenadora US	PMF Direto	R\$ 989,08			R\$ 989,08	R\$ 870,28	1	1
Dentista	Cooperativa A	R\$ 992,00		9,27 ¹	R\$ 900,00 ²	R\$ 710,00 ³	1	1
Dentista	PMF Direta						1	
Dentista	MS	R\$ 0,00					-	1
Dentista	SESA-CE	R\$ 0,00					-	1
Enfermeiro PSF	Cooperativa A	R\$ 1.998,00		9,91 ¹	R\$ 1.800,00 ²	R\$ 1.368,00 ³	2	5
Enfermeiro PSF	PMF direta e MS	R\$ 800,00			R\$ 800,00	R\$ 800,00	1	-
Estagiário farmác	PMF direta	R\$ 240,00			R\$ 240,00	R\$ 240,00	1	-
Estagiário odontol	PMF Direta (estágio)	R\$ 240,00			R\$ 240,00	R\$ 240,00	1	-
Ginecologista	Cooperativa B						1	-
Médico PSF	Cooperativa A	R\$ 4.400,00		9,89 ¹	R\$ 3.964,80 ²	R\$ 2.788,00 ³	3	4
Pediatra PSE	PMF Direta						1	1
Zelador	Empresa E	R\$ 835,00		48,74 ¹	R\$ 428,00 ²	R\$ 320,00 ³	3	3
Total							39	48

1: Gasto PMF menos Salário bruto (sem vantagens como Vale transporte e outras)

2: Salário bruto (sem vantagens como Vale transporte e outras)

3: Salário líquido (sem as vantagens)

Obs: A Equipe Verde do PSF da UBASF TP não contou com médico em setembro de 2004

Observa-se também nas Tabelas 13 e 14 que o gasto da PMF com os profissionais que atuaram nas duas UBASF variou de acordo com a função exercida e a vinculação à PMF: se direta ou por intermédio de cooperativas e empresas de prestação de serviços profissionais.

Tabela 14. Gastos com pessoal nas UBASF JVC e TP com vinculação direta à PMF. Setembro de 2004.

Função	Vínculo	Gasto Mensal PMF	Sal Bruto + Vantagens	Sal Liq + Vantagens	No. JVC	No. TP
Aux administr	PMF Direta	R\$ 850,00	R\$ 850,00	R\$ 770,00	5	1
Aux administr e Aux da coord	PMF Direta	R\$ 1.292,00	R\$ 1.292,00	R\$ 1.205,00	-	1
Aux serv gerais	PMF Direta	R\$ 850,00	R\$ 850,00	R\$ 770,00	2	-
Aux enferm	PMF Direta	R\$ 850,00	R\$ 850,00	R\$ 770,00	-	1
Aux odontol	PMF Direta	R\$ 850,00	R\$ 850,00	R\$ 770,00	1	-
Coordenadora US	PMF Direto	R\$ 989,08	R\$ 989,08	R\$ 870,28	1	1
Dentista	PMF Direta				1	
Enfermeiro PSF	PMF direta e MS	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00	1	-
Estagiário farmác	PMF direta	R\$ 240,00	R\$ 240,00	R\$ 240,00	1	-
Estagiário odontol	PMF Direta	R\$ 240,00	R\$ 240,00	R\$ 240,00	1	-
Total					13	4

A tabela 13 mostra que o remuneração do lucro e da administração da Empresa A foi de 4,74% dos R\$ 598,54 pagos pela PMF por cada agente comunitário de saúde, enquanto que, pelo serviço do mesmo tipo de profissional, a PMF pagou à Empresa B R\$ 736,48, com 8,63% de lucro e administração. A Empresa B recebeu R\$ 826,25 por cada auxiliar de enfermagem, destinando 8,63% para lucro e administração. Observa-se que, após descontado o salário bruto pago ao funcionário, sobram 9,89% do valor de R\$ 4.400,00 pagos pela PMF à Cooperativa A por cada médico em atividade na equipe do PSF e sobram 9,91% no caso da enfermeira. A sobra para a empresa E, após pagar o salário bruto de cada zelador em serviço em setembro de 2004, foi de 48,74%, dos R\$ 835,00 que recebeu da PMF. A sobra da Empresa D foi de 30,52% dos R\$ 593,00 que recebeu da PMF por cada zelador.

As empresas A, B e E, e as cooperativas A e B, tinham contratos administrados pela SMS (Secretaria Municipal de Saúde), enquanto o contrato com a empresas C era administrado pela SER VI, e o da empresa D, pela SER IV. Dentre as instituições que empregavam os profissionais do PSF, isto é, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros, a que tinha as menores sobras era a Empresa A (4,74%), e as sobras das demais ficavam

entre 8,63% e 9,91%%, podendo esta informação ser útil quando da realização de novos contratos.

5.6.2 Distribuição do pessoal por Centros de Custos de cada UBASF

A tabela 15 apresenta a distribuição do pessoal por Centros de Custos na UBASF JVC. Verifica-se que as três Equipes do PSF tem o mesmo número de agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros. A enfermeira da Equipe Amarela tem vínculo direto com a PMF e com o Ministério da Saúde, com gasto para a PMF bem menor que o gasto com os enfermeiros das outras equipes das duas UBASF. Esta é a principal causa do custo da Equipe Amarela da UBASF JVC ser significativamente menor que o custo das outras equipes do PSF.

Tabela 15. Distribuição do pessoal por Centros de Custos da UBASF JVC em setembro de 2004.

Função	Vínculo	Eq Amarela	Eq Azul	Eq Vermelha	Amb ginecol	Odontolog	PSEscolar	SAME	Acolhimento	Esterilização	Farmácia	Serv gerais	Coordenação	Total UBASF
Agente C Saúde	EmprA	2	2	1										5
Agente C Saúde	EmprB	1	1	2										4
Aux admnistr	Gov Ceará							1						1
Aux admnistr	PMF Direta					1		3			1			5
Aux serv gerais	PMF Direta								2					2
Aux enferm	MS									1				1
Aux enferm	EmprB	1	1	1										3
Aux odontol	PMF Direta					1								1
Coordenadora US	PMF Direto (Cargo direção)												1	1
Dentista	Coop A					1								1
Dentista	PMF Direta					1								1
Enfermeiro PSF	Coop A		1	1										2
Enfermeiro PSF	PMF direta e MS	1												1
Estagiário farmác	PMF direta (estágio)										1			1
Estagiário odontol	PMF Direta (estágio)					1								1
Ginec obstetra	Coop B				1									1
Médico PSF	Coop A	1	1	1										3
Pediatra PSE	PMF Direta						1							1
Aux serv de saúde	Empr D											1		1
Zelador	Empr E											3		3
Total		6	6	6	1	5	1	4	2	1	2	4	1	39

A tabela 16 mostra a distribuição do pessoal por Centros de Custos na UBASF TP. Observa-se que o número de agentes comunitários de saúde por equipe é de quatro nas equipes Lilás e Vermelha, e de três nas demais equipes, influenciando a variação de custos entre as equipes do PSF.

Tabela 16. Distribuição do pessoal por Centros de Custos da UBASF TP em Setembro de 2004.

Função	Vínculo	Eq Amarela	Eq Azul	Eq Lilás	Eq Verde	Eq Vermelha	Amb ginecol	Odontolog	PSEscolar	SAME	Acolhimento	Esterilização	Farmácia	Serv gerais	Coordenação	Total UBASF
Agente C Saúde	EmprA	0	2	0	1	3										6
Agente C Saúde	EmprB	3	1	4	2	1										11
Aux admnistr	Gov Ceará								1							1
Aux admnistr	PMF Direta														1	1
Aux admnistr e	PMF Direta														1	1
Aux da coord																
Aux administr	EmprC									2						2
Aux serv saúde	EmprC							1		2			1			4
Aux serv gerais	PMF Direta															0
Aux enferm	MS															0
Aux enferm	EmprB	1	1	1	1	0										4
Aux enferm	PMF Direta					1										1
Coordenadora US	PMF Direto (Cargo direção)														1	1
Dentista	Coop A							1								1
Dentista	MS							1								1
Dentista	SESA-CE							1								1
Enfermeiro PSF	Coop A	1	1	1	1	1										5
Médico PSF	Coop A	1	1	1		1										4
Pediatra PSE	PMF Direta								1							1
Zelador	Empr E													3		3
Total		6	6	7	6	7	0	4	2	4	0	0	1	3	3	49

Obs: Equipe Verde do PSF da UBASF TP não contou com médico em setembro de 2004

5.7 Gastos na UBASF JVC

5.7.1 Gasto com o pessoal da coordenação da UBASF JVC

O único gasto, em termos de pessoal, no setor de Coordenação da UBASF, foi a gratificação paga à coordenadora, de R\$ 989,00 mensais, como apresentado na Tabela 17. O quadro de pessoal deste departamento de Coordenação, portanto, está inadequado, pois falta a auxiliar do coordenador (DNI) e, assim, o custo deste departamento está baixo por causa do volume de recursos abaixo do padrão adequado. Nas duas UBASF a coordenação é responsável pela gestão dos materiais de consumo utilizados na UBASF, incluindo a função de almoxarifado em geral, e os gastos com serviços gerais relativos à sala do almoxarifado foram alocados no centro de custos Coordenação.

O setor de Coordenação apoia a atuação de todos os outros setores da UBASF e, assim, o gasto com a coordenação é alocado a todos os outros setores. Tanto o gasto com seu pessoal próprio quanto com serviços a ela prestados, além do material de consumo e outros. O critério para alocação dos gastos com o setor de Coordenação para os outros setores da UBASF é o do número horas mensais trabalhadas pelos profissionais em cada setor, como demonstrado em tabelas no Anexo VI. Por este critério, os centros de custos aos quais mais se alocaram os gastos com pessoal próprio da Coordenação da UBASF JVC foram as três equipes do PSF, com 19,05% cada uma, correspondentes a R\$ 247,94 do gasto com a Coordenação, seguidas do setor de serviços gerais com 12,70% e do setor de odontologia, com 7,94%.

Tabela 17. Alocação dos gastos com pessoal e transporte entre os Centros de custo da UBASF JVC em setembro de 2004

Setores	Coordenação	Serv gerais	SAME	Acolhimento	Esterilização	Farmácia	Transportes
Gasto básico	989,08	3.098,00	2.550,00	1.700,00	0,00	1.090,00	2.180,00
Coordenação	1.301,71	165,30	82,65	41,32	41,32	82,65	
Serv gerais	312,63	3.263,32	188,02	277,24	273,63	177,93	
SAME			2.820,67				
Acolhimento				2.018,57			
Esterilização					314,96		
Farmácia						1.350,57	
Transportes							2.180,00

Não foi possível aferir o gasto da UBASF JVC com energia elétrica, água e telefone, pois as contas desses serviços são acopladas com a da grande escola municipal cujo prédio é anexo ao da UBASF. Isto será comentado adiante, na descrição dos custos da UBASF TP. Ao gasto com pessoal próprio da Coordenação, portanto, só foi adicionado parte do gasto com serviços gerais prestados a este setor, antes de alocar o seu gasto aos outros centros de custos da UBASF JVC.

O setor de Coordenação e o setor de Serviços gerais se apoiam mutuamente. A Tabela 17 mostra que o setor de Coordenação recebeu 9,58% do gasto com pessoal do setor de Serviços gerais, e este setor recebeu 12,70% do setor de Coordenação. Os gastos de um com o outro foram equacionados nos dois centros de custos utilizando a fórmula de cálculo de alocação mútua descrita por Ching

(2001:210). Ao se incluir parte do gasto com pessoal proveniente do setor de Serviços gerais, o gasto com o setor de Coordenação se eleva para R\$ 1.301,71.

5.7.2 Gasto com o pessoal do departamento de Serviços gerais

É o departamento de Serviços Gerais Ampliados que dá apoio geral às equipes do PSF, bem como à todos os outros setores que atuam na UBASF, tanto aos departamentos de ações de saúde finalística quanto aos de auxílio direto a estes, e também à coordenação. O setor de Serviços Gerais Ampliados, como já comentado, tem as funções de limpeza dos ambientes e equipamentos, higiene, auxílio à segurança, pequenos consertos na UBASF e até a lavagem de poucas peças de tecido.

Atuam no setor de Serviços gerais três zeladores com vínculo com a Empresa E e um auxiliar de serviços de saúde com vínculo com a Empresa D. O gasto com pessoal próprio deste setor em setembro de 2004 foi de R\$ 3.098,00, como demonstrado na Tabela 17. Este valor, acrescido de R\$ 165,30 correspondentes a 12,70% do gasto com pessoal próprio do setor de Coordenação, sobe para R\$ 3.263,32 e foi atribuído aos outros centros de custos utilizando como critério a área física ocupada por cada um, com seus respectivos acessos, pois o gasto maior é com a limpeza da área física, como apresentado em tabelas no Anexo VI. As Tabelas 17 e 20 demonstram que, Por este critério, os setores aos quais mais foram alocados os gastos provenientes do setor de Serviços gerais foram: a Equipe Vermelha do PSF, com R\$ 574,17 (17,59%); a Equipe Azul do PSF, com R\$ 568,81 (17,43%); a Equipe Amarela do PSF, com R\$ 552,58 (16,93%) e a Coordenação, com R\$ 312,63 (9,58%).

5.7.3 Gasto com o pessoal dos departamentos de auxílio direto à equipe do PSF

Os departamentos de auxílio direto à Equipe Amarela do PSF da UBASF JVC são os serviços de **SAME** (Serviço de Arquivo Médico e Estatística), Acolhimento, Transportes, Esterilização e Farmácia. Eles apoiam e complementam principalmente as equipes assistenciais finalísticas, incluindo as equipes do PSF.

O gasto da PMF com pessoal próprio no SAME na UBASF JVC em setembro de 2004 foi de R\$ 2.550,00, como verificado na Tabela 17. Dos quatro profissionais do setor, três auxiliares administrativos tinham vínculo direto com a PMF e um auxiliar era cedido pelo Governo do Estado do Ceará. Conforme apresentado na Tabela 20, o gasto do SAME com pessoal foi distribuído entre as equipes que realizavam atividades finalísticas na UBASF JVC: as três equipes do PSF, a de odontologia, a de P. S. Escolar, e a de ginecologia. O critério para a distribuição do gasto do SAME, entre estas equipes, foi o número de atendimentos finalísticos à clientela realizados por profissional de nível superior de cada equipe no prédio da UBASF, pois são estas as atividades registradas pelo SAME em apoio a estas mesmas equipes. O SAME recebeu o correspondente a R\$ 82,65 da Coordenação e R\$ 188,02 dos Serviços gerais, devido aos apoios recebidos desses setores. A maior parcela do gasto com o SAME foi atribuída à Equipe Amarela do PSF, com R\$ 854,95, que corresponde a 30,31%, valor aproximado ao da equipe Vermelha, de R\$ 824,20 (29,22%). A equipe Azul recebeu com R\$ 661,17 (23,44%) em função da sua menor produção.

O auxílio do setor de **Esterilização** para as atividades das equipes do PSF da UBASF JVC não implica em gasto com pessoal para a PMF, já que o serviço no setor é realizado por apenas um profissional, que é uma auxiliar de enfermagem cedida pelo Ministério da Saúde. O apoio dos setores de **Acolhimento e Farmácia** implicam em gasto com pessoal. Os profissionais desses dois setores são apresentados na Tabela 15. O gasto com pessoal próprio, no mês, no setor de Acolhimento, foi de R\$ 1.700,00, enquanto que no de Farmácia foi de R\$ 1.090,00, conforme verificado na Tabela 17.

A distribuição dos gastos, desses dois setores, às equipes assistenciais finalísticas obedece aos mesmos critérios do gasto com o SAME. Observa-se na Tabela 20 que as parcelas dos gastos com pessoal do **Acolhimento** atribuídas às equipes do PSF foram: R\$ 611,83 (30,31%) para a Equipe Amarela; R\$ 589,83 (29,22%) para a Equipe Vermelha e R\$ 473,15 (23,44%) para a Equipe Azul. Foram alocados no Ambulatório de ginecologia R\$ 177,84 (8,81%). As parcelas dos gastos com pessoal da **Farmácia** para as equipes do PSF foram: R\$ 409,36 (30,31%) para a Equipe Amarela; R\$ 394,64 (29,22%) para a Equipe Vermelha e R\$ 316,57

(23,44%) para a Equipe Azul. Para o Ambulatório de ginecologia foram alocados R\$ 118,99 (8,81%) do gasto com pessoal da Farmácia.

5.7.4 Gasto com o pessoal próprio das Equipes do PSF na UBASF JVC.

A denominação de pessoal próprio, na pesquisa ora apresentada, identifica os profissionais que trabalham nas equipes do PSF, de forma a diferenciá-los dos que trabalham nos outros setores da UBASF. O termo não identifica o tipo de vínculo trabalhista com a instituição, se tem vínculo direto, ou se é terceirizado ou não. Isto esclarecido, nota-se na Tabela 18 que o custo das atividades das Equipes do PSF da UBASF José Valdevino de Carvalho, em termos de profissionais próprios da equipe, em setembro de 2004, variou de R\$ 7.959,81 (Eq. Amarela) a R\$ 9.292,75 (Eq. Vermelha). Esses valores são muito semelhantes nas equipes Azul e Vermelha, enquanto que o gasto com pessoal na Equipe Amarela foi o mais baixo entre o de todas as equipes das duas UBASF em decorrência ao menor gasto, para a PMF, com a enfermeira da equipe, a qual recebe da prefeitura, para completar as 40 horas semanais, apenas a gratificação de R\$ 800,00, pois é funcionária do Ministério da Saúde à disposição da PMF.

Tabela 18. Gastos com profissionais das Equipes do PSF, por função e vinculação à PMF. Setembro de 2004.

Função	Vínculo	JVC Amarela	JVC Azul	JVC Vermelh	TP Amarela	TP Azul	TP Lilás	TP Verde	TP Vermelh
Enfermeiro	Cooperativa A	0	1	1	1	1	1	1	1
Enfermeiro	PMF direta e MS	1	0	0	0	0	0	0	0
Médico	Cooperativa A	1	1	1	1	1	1	1	1
Gasto c Med e Enf R\$		5.200,00	6.398,00	6.398,00	6.398,00	6.398,00	6.398,00	6.398,00	6.398,00
Aux enferm	Empresa B	1	1	1	1	1	1	1	0
Aux enferm	PMF	0	0	0	0	0	0	0	1
Ag Saúde	Empresa A	2	2	1	0	2	0	1	3
Ag Saúde	Empresa B	1	1	2	3	1	4	2	1
Gasto Eq R\$		7.959,81	9.157,81	9.292,75	9.433,69	9.157,81	10.170,1	9.295,75	9.780,10

O menor gasto com médico e enfermeiro da equipe do PSF foi também o da Equipe Amarela da UBASF JVC, de R\$ 5.200,00, enquanto o de todas as outras foi de R\$ 6.398,00, e a explicação é a mesma apontada acima.

A grande diferença nos desempenhos de produtividade por médico e enfermeiro do PSF, portanto, parece não tem relação importante, na UBASF JVC, com o gasto com pessoal entre as três equipes.

Outro aspecto observado foi o pequeno número de agentes de saúde nas equipes. As três equipes da UBASF JVC contam, cada uma, com apenas três agentes de saúde, enquanto as diretrizes do PSF recomendam acima de quatro ou cinco. Na UBASF TP há duas equipes com três agentes e duas equipes com quatro. Há, portanto, insuficiente número de agentes de saúde para cobrir a população adscrita a cada equipe.

Tabela 19. Alocação dos gastos com pessoal próprio e de apoio às Equipes do PSF da UBASF JVC em setembro de 2004

. Setores	Eq Amarela	% Amarela	Eq Azul	% Azul	Eq Vermelha	% Vermelha
1 Pessoal Propr Equipe	7.959,81	74,17	9.157,81	79,64	9.292,75	77,34
2 Pess Coordenação	247,94	2,31	247,94	2,16	247,94	2,06
3 Pess Serv gerais	552,58	5,15	568,81	4,95	574,17	4,78
4 Pess SAME	854,95	7,97	661,17	5,75	824,20	6,86
5 PessAcolhimen	611,83	5,70	473,15	4,11	589,83	4,91
6 Pess Esterilizaç	95,46	0,89	73,83	0,64	92,03	0,77
7 Pess Farmácia	409,36	3,81	316,57	2,75	394,64	3,28
Subtotal 2-7 (Apoio)	2.772,11	25,83	2.341,47	20,36	2.722,81	22,66
Total 1-7	10.731,93	100,00	11.499,28	100,00	12.015,56	100,00

Verifica-se na Tabela 19 que, afóra o caso da Equipe Amarela da UBASF JVC, nas demais equipes das duas UBASF o gasto com pessoal próprio da equipe é muito aproximado ao da Equipe Vermelha da UBASF JVC (R\$ 9.292,75). Este tipo de gasto nesta equipe perfaz 77,34% do gasto total com pessoal, e o gasto com pessoal dos departamentos de apoio à equipe é de R\$ 2.722,81 (22,66%).

5.7.5 Gasto com transporte na UBASF JVC

O serviço de transporte nas duas UBASF utilizava, inclusive em setembro de 2004, um veículo do tipo passeio pequeno e um motorista, e a PMF pagava R\$ 1,09 por cada Km rodado . Pelo contrato de aluguel o veículo poderia rodar até o máximo de 2.000 Km ao mês, o que ocorria todos os meses. A PMF, portanto, pagou pelo serviço de transporte R\$ 2.180,00 ao mês. Observa-se na Tabela 20 que este serviço auxiliava, basicamente, as equipes do PSF, na realização das visitas domiciliares. Dessa forma o critério para distribuição do gasto com transporte, entre as equipes do PSF, foi o número de expedientes por semana reservados por cada equipe para as visitas domiciliares por médico e enfermeiro. Esse número era de dois expedientes por semana e era igual para as três equipes da UBASF JVC.

O gasto com transporte absorvido por cada equipe do PSF na UBASF JVC é de R\$ 726,67, que corresponde ao custo total do serviço dividido pelas três equipes. A correlação custo-produtividade nas visitas domiciliares de cada equipe será analisada mais adiante.

5.7.6 Custo geral das Equipes do PSF da UBASF JVC

A Tabela 20 demonstra que a atividade geral da Equipe Amarela do PSF da UBASF JVC teve custo com pessoal, próprio e dos centros de custo de apoio, adicionado do custo com transporte, da ordem de R\$ 11.458,59, sendo a de menor custo deste tipo na UBASF, principalmente em razão de contar com enfermeira cedida pelo Ministério da Saúde.

Tabela 20. Alocação dos gastos com pessoal de apoio e transporte às Equipes do PSF da UBASF JVC em setembro de 2004

Setores	Eq Amarela	% Amarela	Eq Azul	% Azul	Eq Vermelha	% Vermelha	Ginecologia	Odontologia	PSEscolar
1 Pessoal Equipe	7.959,81	69,47	9.157,81	74,90	9.292,75	72,93			
2 Pess Coordenação	247,94	2,16	247,94	2,03	247,94	1,95	20,66	103,31	20,66
3 Pess Serv gerais	552,58	4,82	568,81	4,65	574,17	4,51	103,27	214,35	20,65
4 Pess SAME	854,95	7,46	661,17	5,41	824,20	6,47	248,50	196,32	35,54
5 Pess Acolhimento	611,83	5,34	473,15	3,87	589,83	4,63	177,84	140,49	25,43
6 Pess Esterilização	95,46	0,83	73,83	0,60	92,03	0,72	27,75	21,92	3,97
7 Pess Farmácia	409,36	3,57	316,57	2,59	394,64	3,10	118,99	94,00	17,02
Subtot 2-7 (Apoio)	2.772,11	24,19	2.341,47	19,15	2.722,81	21,37	697,00	770,39	123,28
Subtot 1-7 (Pess)	10.731,93	93,66	11.499,28	94,06	12.015,56	94,30			
8 Transportes	726,67	6,34	726,67	5,94	726,67	5,70			
Totais	11.458,59	100,00	12.225,95	100,00	12.742,23	100,00			

Para as ações da Equipe Amarela do PSF da UBASF JVC, assim como das outras, o maior custo foi com pessoal próprio, de R\$ 7.959,81 (69,47%), sendo menor que o das outras equipes, como o da Azul, de R\$ 9.157,81 (74,90%), em função do menor gasto, na Amarela, com enfermeiro, que era cedido pelo MS, como já comentado acima. O custo com pessoal do SAME, de R\$ 854,95 (7,46%) foi maior que o do Acolhimento (R\$ 611,83) e que o da Farmácia (R\$ 409,36), em decorrência de que havia mais funcionários no SAME, totalizando mais horas trabalhadas, do que nos outros dois centros de custos. A alocação de mais recursos para a Equipe Amarela ocorreu porque esta equipe apresentou maior volume de atendimentos por médico e enfermeiro na UBASF. Os gastos com o pessoal da Coordenação, Serviços gerais, SAME, Acolhimento, Esterilização e Farmácia totalizaram R\$ 2.772,11 (24,19%) para a Equipe Amarela, valor semelhante aos das outras duas equipes. O gasto com transporte corresponde a 6,34% (R\$726,67) dos gastos totais da Equipe Amarela apresentados na Tabela 20.

Excluindo os setores de Odontologia, Ambulatório de ginecologia e de Pediatria (PSEscolar), o gasto global para a PMF em setembro de 2004, na UBASF JVC, com pessoal, foi de R\$ 35.837,45. Acrescentando o Transporte, o gasto global da UBASF vai para R\$ 38.017,65, e, com o gasto pelo preço médio dos medicamentos consumidos (R\$ 14.920,73), sobe para R\$ 52.938,38.

5.7.7 Gasto com medicamentos na UBASF JVC

Os preços dos medicamentos entregues pela farmácia da UBASF JVC em setembro de 2004 foram estimados pela lista de preços de compras públicas no sítio eletrônico do Ministério da Saúde acessado em 11/02/2005. O gasto com medicamentos nesta UBASF foi, pelos preços mínimos, R\$ 5.347,28, e, no máximo, R\$ 21.861,378, ficando no gasto médio estimado de R\$ 14.020,73. Verifica-se na Tabela 21 que o gasto, na UBASF, com pessoal da Farmácia, acrescido do gasto com apoio da Coordenação e serviços gerais perfaz R\$ 1.350,57. Adicionando a esse custo o gasto com medicamentos, estimado pelo preço médio, o custo do Departamento de Farmácia sobe para R\$ 15.731,30, e é alocado aos departamentos finalísticos da UBASF.

Na Equipe Amarela foi de R\$ 409,00 (2,61%) o gasto com o serviço de Farmácia e seus apoios. Estimando o gasto com medicamentos pelos preços médios, o gasto exclusivo com medicamentos na equipe foi de R\$ 4.249,68 (27,05%), e de R\$ 4.659,04 (29,04%) o gasto do setor Farmácia incluindo os medicamentos. Ao incluir o gasto com medicamentos, o custo total da Equipe vai para R\$ 15.708,28, e a proporção do custo com os membros da Equipe Amarela baixa de 69,47% para 50,67%.

Tabela 21. Gasto com medicamentos nas Equipes do PSF da UBASF JVC em setembro de 2004.

Setores	Eq Amarela	% Amarela	Eq Azul	% Azul	Eq Vermelha	% Vermelha
Pessoal próprio	7.959,81	50,67	9.157,81	59,04	9.292,75	55,19
Coordenação	247,94	1,58	247,94	1,60	247,94	1,47
Serv gerais	552,58	3,52	568,81	3,67	574,17	3,41
SAME	854,95	5,44	661,17	4,26	824,2	4,89
Acolhimento	611,83	3,89	473,15	3,05	589,83	3,50
Esterilização	95,46	0,61	73,83	0,48	92,03	0,55
Farmácia	409,359	2,61	316,5746	2,04	394,6378	2,34
Medicamentos	4.249,68	27,05	3.286,46	21,19	4.096,86	24,33
SubTot	4.659,04	29,66	3.603,03	23,23	4.491,50	26,67
Farmácia + Medicamentos						
Transportes	726,67	4,63	726,67	4,68	726,67	4,32
Totais	15.708,28	100,00	15.512,41	100,00	16.839,09	100,00

5.8 Gastos na UBASF Terezinha Parente

5.8.1 Gasto com energia, água e telefone na UBASF TP

O gasto com o fornecimento de energia elétrica em setembro de 2004 na UBASF TP foi de R\$ 1.179,36, e este centro de custos correspondeu a 6,88% dentro da UBASF. O serviço de água foi de R\$ 156,07 (0,91%), e o de telefonia R\$ 532,94 (3,11%). Os centros de custo de apoio que mais absorveram serviço de energia elétrica foram o SAME, com R\$ 126,09 (10,69%) e a Coordenação, com R\$ 119,37 (10,12%), como se observa na Tabela 22. Já a Tabela 23 mostra que o gasto com energia em cada Equipe do PSF ficou entre R\$ 139,99 e R\$ 151,50, significando este gasto com energia 1,14% do gasto total com a Equipe Vermelha.

Tabela 22. Gastos mensais gerais na UBASF TP em setembro de 2004 (R\$).

Setor	Energia	Água	Telefone	Coordenação	Serv gerais	SAME	Farmácia	Acolhimento	Transportes
R\$ básico CC	1.179,36	156,07	532,94	3.131,00	2.505,00	3.896,24	871,91		2.180,00
Energia	1.179,36			119,37		126,09	68,56	16,78	0,00
Água		156,07		14,48		5,93	7,10	5,46	
Telefone			532,94	532,94					
Tot				4057,14	289,68	386,44	96,61	48,30	
Coordenação									
Serv gerais				259,35	2.794,68	106,22	127,15	97,85	
SAME						4.520,91			
Farmácia							1.171,33		
Acolhimento								168,39	
Transportes									2.180,00

Tabela 23. Gastos mensais gerais com as Equipes do PSF na UBASF TP em setembro de 2004, incluindo energia, água e telefonia.

Setores	Eq Amarela	% Amarela	Eq Azul	% Azul	Eq Lilás	% Lilás	Eq Verde	Eq Vermelha	% Vermelha
R\$ básico CC	9.433,69	78,18	9.157,81	78,66	10.170,17	79,48	4.891,21	9.780,10	76,69
Energia	139,99	1,16	151,50	1,30	145,74	1,14	139,99	145,74	1,14
Água	21,69	0,18	22,68	0,19	21,21	0,17	20,98	23,65	0,19
Coordenação	570,46	4,73	569,31	4,89	665,92	5,20	473,39	667,07	5,23
Serv gerais	388,46	3,22	406,20	3,49	379,80	2,97	375,66	423,43	3,32
SAME	745,68	6,18	819,63	7,04	880,03	6,88	314,29	900,98	7,06
Farmácia	193,20	1,60	212,36	1,82	228,01	1,78	81,43	233,44	1,83
Acolhimento	27,77	0,23	30,53	0,26	32,78	0,26	11,71	33,56	0,26
Transportes	545,00	4,52	272,50	2,34	272,50	2,13	545,00	545,00	4,27
Totais	12.065,95	100,00	11.642,51	100,00	12.796,14	100,00	6.853,66	12.752,96	100,00

Obs: A Equipe Verde do PSF não contava com médico em setembro de 2004

5.8.2 Gasto com o setor de Coordenação na UBASF TP

A Tabela 16 mostra que atuavam no setor de Coordenação da UBASF Terezinha Parente três profissionais: a coordenadora, a auxiliar da coordenação (DNI), e um auxiliar administrativo, implicando em gasto mensal para a PMF de R\$ 3.131,00. Pode-se observar na Tabela 26 que este gasto é R\$ 2.141,92 maior (216,56%) que o gasto com pessoal da Coordenação da UBASF JVC, que só contava com a coordenadora. Na UBASF TP o setor de Coordenação e o setor de Serviços gerais se apoiam mutuamente. Na Tabela 24 verifica-se que o setor de Coordenação recebeu 9,28% do gasto com pessoal do setor de Serviços gerais, e este setor recebeu 7,14% do setor de Coordenação, utilizando a fórmula de cálculo

de alocação mútua descrita por Ching (2001:210). Ao se incluir parte do gasto com o pessoal proveniente do setor de Serviços gerais, o gasto com o setor da Coordenação se eleva de R\$ 3.131,00 para R\$ 3.385,90, sendo este valor maior que o da Coordenação da UBASF JVC, R\$ 1.301,71, após absorver gastos com os Serviços. Ao absorver também parte do gasto com os serviços de energia elétrica, água e telefonia, o gasto com a Coordenação ficou em R\$ 4.057,14, sendo que 77,18% dos quais foram devidos ao gasto com pessoal próprio (Tabela 22).

**Tabela 24. Gastos mensais exclusivamente com pessoal na UBASF TP
em setembro de 2004**

Setores	Coordenação	Serv gerais	SAME	Farmácia	Acolhimento
R\$ básico CC	3.131,00	2.505,00	3.896,24	871,91	0,00
Coordenação	3385,9	241,75	322,50	80,63	40,31
Serv gerais	254,81	2.746,75	104,40	124,97	96,17
SAME			4.323,14		
Farmácia				1.077,51	
Acolhimento					136,48

O critério para distribuição do gasto com a Coordenação entre os demais centros de custos e atividades na UBASF foi a proporção, dentro do montante total, do número de horas trabalhadas dedicadas a cada centro de custo ou atividade. Os profissionais dedicaram 1.104,8 horas à Equipe Vermelha em setembro de 2004, correspondendo a 16,44% do total de horas trabalhadas na UBASF (6.719,24 horas). Observa-se na Tabela 23 que o gasto com a Coordenação foi absorvido predominantemente pelas cinco Equipes do PSF, mormente as Equipes Vermelha (16,44%) e Lilás (16,41%) e, na área de apoio, pelo SAME (9,52%). Os critérios usados para distribuição dos gastos entre os centros de custos na UBASF TP são semelhantes aos da UBASF JVC e estão apresentados em tabelas no Anexo VI. Na Tabela 25 verifica-se que, no gasto com pessoal nas equipes do PSF, preponderou largamente o gasto com os membros das equipes, mais que com o pessoal de apoio.

Tabela 25. Gastos mensais exclusivamente com pessoal de apoio e das Equipes do PSF na UBASF TP em setembro de 2004

Setores	Eq Amarela	Eq Azul	Eq Lilás	Eq Verde	Eq Vermelha
Pessoal próprio	9.433,69	9.157,81	10.170,17	4.891,21	9.780,10
Coordenação	476,08	475,12	555,74	395,07	556,70
Serv gerais	381,80	399,23	373,28	369,22	416,17
SAME	713,06	783,78	841,53	300,55	861,56
Farmácia	177,72	195,35	209,74	74,91	214,74
Acolhimento	22,51	24,74	26,57	9,49	27,20
Totais	11.204,86	11.036,02	12.177,03	6.040,43	11.856,48

Obs: A Equipe Verde do PSF não contava com médico em setembro de 2004

5.8.3 Gasto com Serviços gerais na UBASF TP

A Tabela 16 apresenta o gasto com os três profissionais que atuavam no setor de Serviços gerais. O gasto com pessoal próprio deste setor em setembro de 2004 foi de R\$ 2.505,00, que é R\$ 593,00 menor (19,14%) que na UBASF JVC, que contava com quatro profissionais, conforme apresentado na Tabela 26.

Tabela 26. Comparativo do gasto com pessoal próprio de cada CC nas duas UBASF em setembro de 2004

	JVC	TP	Diferença TP - JVC	% Diferença JVC - TP
Coordenação	989,08	3.131,00	2.141,92	216,56
Serv gerais	3.098,00	2.505,00	-593,00	-19,14
SAME	2.550,00	3.896,24	1.346,24	52,79
Acolhimento	1.700,00	0,00	-	-
Esterilização	0,00	-	-	-
Farmácia	1.090,00	871,91	-218,09	-20,01
Transportes	2.180,00	2.180,00	0,00	0,00
Eq Amarela	7.959,81	9.433,69	.	.
Eq Azul	9.157,81	9.157,81	.	.
Eq Vermelha	9.292,75	10.170,17	.	.
Eq Verde	.	4.891,21	.	.
Eq Vermelha	.	9.780,1	.	.

Obs: Equipe Verde do PSF da UBASF TP não contou com médico em setembro de 2004.

Obs: O trabalho de Acolhimento na UBASF TP era realizado por auxiliares de enfermagem das Equipes do PSF.

A Tabela 24 demonstra que este valor, acrescido de R\$ 283,18 correspondentes a 7,14% do gasto com pessoal próprio do setor de Coordenação, sobe para R\$ 2.794,68, o qual foi atribuído aos outros centros de custos utilizando como critério a área física ocupada por cada um, com seus respectivos acessos, como apresentado em tabelas no Anexo VI. Por este critério, os setores aos quais

mais foram alocados os gastos provenientes do setor de Serviços gerais, como observado na Tabela 23 foram as cinco equipes do PSF, principalmente a Equipe Vermelha, com R\$ 423,43 (15,15%), a Coordenação, com R\$ 259,35 (9,28%) e a Farmácia, com R\$ 127,15 (4,55%).

5.8.4 Gasto com os centros de custos de apoio direto na UBASF TP

Os departamentos de auxílio direto às Equipes do PSF da UBASF TP são os serviços de SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística), Farmácia, Acolhimento e Transporte, conforme apresentado na Tabela 22. A esterilização é realizada pelos próprios auxiliares de enfermagem das equipes do PSF, e apoia preponderantemente estas equipes.

A Tabela 26 mostra que o gasto da PMF com pessoal próprio no **SAME** na UBASF TP em setembro de 2004 foi de R\$ 3.896,24, sendo R\$ 1.346,24 (52,79%) maior que na UBSF JVC. Pode-se observar na Tabela 16 que os quatro profissionais do setor tinham vínculo com a Empresa C, sendo dois auxiliares administrativos e dois auxiliares de serviços de saúde, com salários mais elevados que na UBASF JVC. Está demonstrado na Tabela 26 que nas duas UBASF o SAME é o centro de custo auxiliar que gera maiores gastos com pessoal.

Conforme apresentado na Tabela 23, o gasto do SAME com pessoal foi distribuído entre as equipes que realizam atividades finalísticas na UBASF TP: as cinco equipes do PSF, a de odontologia e a de P. S. Escolar. Utilizou-se o mesmo critério que o da UBASF JVC para a distribuição do gasto do SAME entre estas equipes. Na Tabela 22 verifica-se que, com os gastos que absorveu de energia elétrica, água, Coordenação e Serviços gerais, o custo do SAME se elevou a R\$ 4.520,91, e a maior parcela desse gasto foi absorvida pela Equipe Vermelha do PSF, com R\$ 900,98 (19,93%) em função de ter apresentado a maior produção na UBASF (Tabela 23).

O auxílio do setor de **Acolhimento** para as atividades das equipes do PSF da UBASF TP não implicou em gasto com pessoal próprio do setor, pois o trabalho foi realizado pelos auxiliares de enfermagem das próprias equipes do PSF. A Tabela 22

mostra que o que gerou gasto no setor de acolhimento foi energia elétrica, o apoio da coordenação a esta atividade, e outros, com total de R\$ 168,39 absorvidos pelo setor de Acolhimento. Este valor, por sua vez, foi absorvido pelas Equipes do PSF e setores de Odontologia e Pediatria (PSE) (Tabela 23).

O gasto com os profissionais do setor de **Farmácia** são apresentados nas Tabelas 24 e 26, e o gasto com pessoal próprio deste setor, R\$ 871,91, foi vinte por cento menor que o da Farmácia da UBASF JVC, pois só contava com um funcionário. Na Tabela 22 verifica-se que, após absorver gastos de outros centros de custo o gasto com a Farmácia subiu para R\$ 1.171,33, e, acrescido do gasto médio com medicamentos (R\$ 14.885,81), foi para R\$ 16.057,14, como será detalhado adiante.

A distribuição dos gastos do Acolhimento e Farmácia às equipes assistenciais finalísticas obedece aos mesmos critérios do gasto com o SAME: a produção de atendimentos. A Tabela 23 mostra que a maior parcela dos gastos com o Acolhimento e a Farmácia (19,93%) foi atribuída à Equipe Vermelha do PSF, em volume um pouco maior que aos das outras equipes. Esta equipe absorveu R\$ 33,56 do Acolhimento e R\$ 233,44 do gasto da Farmácia, excluindo medicamentos.

Ocorre economia de escala na UBASF TP, quanto aos gastos com os departamentos e serviços de apoio, ao serem comparados com os da UBASF JVC. Isto decorre, principalmente, da diferença no número de equipes, cinco em uma UBASF e três na outra, em face dos gastos mensais fixos com os centros de custos de apoio, como o serviço de transporte, a Coordenação, SAME, Serviços gerais, e outros. Esta informação sugere que a instalação de mais de três equipes do PSF em uma UBASF pode baratear o custo do serviço de saúde.

5.8.5 Gasto com pessoal próprio das Equipes do PSF na UBASF TP

A Equipe Verde do PSF da UBASF TP não contou com médico em setembro de 2004, e isto levou esta equipe a apresentar gasto menor que o das outras, pois os profissionais médicos eram providenciados via Cooperativa A. A falta da presença do médico inviabiliza a análise de custos dessa equipe. O gasto com pessoal próprio das outras quatro equipes do PSF ficou entre R\$ 9.157,81 e R\$

10.170,17, conforme apresentado na Tabela 23. Essa variação de gasto é decorrente da presença, em duas das equipes, de um quarto agente comunitário de saúde. As equipes com três agentes de saúde apresentam gasto semelhante ao das equipes do PSF da UBASF JVC, conforme apresentado na Tabela 26, pois os profissionais tem vínculo com as mesmas empresas contratadas pela PMF.

Tabela 27. Gastos com pessoal próprio das Equipes do PSF e pessoal de apoio na UBASF TP em setembro de 2004

Setores	Eq Amarela	% Amarela	Eq Azul	% Azul	Eq Lilás	% Lilás	Eq Verde	Eq Vermelha	% Vermelha
Pessoal próprio	9.433,69	84,19	9.157,81	82,98	10.170,17	83,52	4.891,21	9.780,10	82,49
Coordenação	476,08	4,25	475,12	4,31	555,74	4,56	395,07	556,70	4,70
Serv gerais	381,80	3,41	399,23	3,62	373,28	3,07	369,22	416,17	3,51
SAME	713,06	6,36	783,78	7,10	841,53	6,91	300,55	861,56	7,27
Farmácia	177,72	1,59	195,35	1,77	209,74	1,72	74,91	214,74	1,81
Acolhiment	22,51	0,20	24,74	0,22	26,57	0,22	9,49	27,20	0,23
Total pess apoio	1.771,17	15,81	1.878,22	17,02	2.006,86	16,48	1.149,24	2.076,37	17,51
Total pess	11.204,86	100,00	11.036,02	100,00	12.177,03	100,00	6.040,43	11.856,48	100,00

Obs: A Equipe Verde TP não contou com médico em setembro de 2004.

Na Tabela 27 pode-se perceber que, dentre os gastos somente com pessoal, o gasto com pessoal próprio da Equipe Vermelha é de 82,49%, e é de 17,51% o gasto com pessoal dos departamentos de apoio à equipe, portanto, significativamente menor que o gasto com pessoal de apoio na Equipe Vermelha da UBASF JVC, que foi de 22,66% (R\$ 2.722,81). O mais influente fator desta diferença foi o muito baixo custo do Acolhimento, que, na UBASF TP, era realizado pelos próprios auxiliares de enfermagem do PSF, em uma área física bem menor que na UBASF TP. Além disso, esses mesmos auxiliares eram também responsáveis pela Esterilização. Da mesma forma, na Farmácia da UBASF TP atuava apenas um funcionário, enquanto atuavam dois na UBASF JVC. Estes departamentos levaram o gasto total para baixo, apesar de alguns departamentos na UBASF TP serem mais onerosos, como a Coordenação e, discretamente, o SAME.

Deve-se levar em conta que era inapropriadamente pequeno o gasto com a Coordenação na UBASF JVC, pela carência um profissional no setor .

Verifica-se na Tabela 23 que, entre gastos com pessoal próprio da equipe, gastos com energia realizados pela própria equipe, gastos com água, e com serviços de outros centros de custos, o gasto com pessoal próprio nas equipes do PSF variou de 76,20% a 78,98%, sendo o maior tipo de gasto da equipe. O gasto com energia foi 1,5% do gasto com pessoal próprio.

5.8.6 Gasto com transporte na UBASF TP

Como descrito mais acima, a PMF pagou pelo serviço de transporte em cada UBASF R\$ 2.180,00 ao mês em setembro de 2004. Verifica-se na Tabela 23 que o serviço de transporte, na UBASF TP, auxiliou cinco equipes, duas com um expediente por semana para visitas domiciliares e três com dois expedientes por semana. Assim, do gasto com transporte (R\$ 2.180,00), atribuiu-se R\$ 272,50 a cada equipe de um expediente por semana, que foram as equipes Azul e Lilás, e R\$ 545,00 para cada uma das três equipes com dois expedientes por semana, que foram as equipes Amarela, Verde e Vermelha. Este custo é menor que o das equipes da UBASF JVC em função do maior número de equipes na UBASF TP. O serviço de transportes nas UBASF pode, portanto, apresentar economia de escala, já que o mesmo serviço pode apoiar três ou cinco equipes. A correlação custo-produtividade nas visitas domiciliares de cada equipe será analisada mais adiante. O gasto com transporte para as visitas domiciliares ficou entre 2,12% a 4,49% dentre todos os tipos de gastos incorridos pelas equipes do PSF observados na Tabela 23.

5.8.7 Custo geral das Equipes do PSF na UBASF TP

O custo total mensal das Equipes do PSF da UBASF Terezinha Parente, incluindo os custos com pessoal próprio, água, energia, telefonia, Coordenação, Serviços gerais, e serviços de outros centros de custos, como apresentados na Tabela 28, variou pouco entre as equipes, de R\$ 11.642,51 a R\$ 12.796,14, com exceção do muito menor custo da Equipe Verde, pois não contou com médico neste mês de setembro de 2004.

A somatória do gasto com energia, água e telefonia na UBASF TP foi R\$ 1.868,37, conforme apresentado na Tabela 28. O conjunto de gastos com pessoal próprio dos setores de Coordenação, Serviços gerais, SAME, e Farmácia, alcançou

R\$ 10.404,15. Os gastos com pessoal próprio das equipes do PSF somaram R\$ 43.432,00, e, assim, o custo total com pessoal próprio na UBASF chega a R\$ 53.837,13, afora os gastos com o setor de Odontologia e Pediatria (PSE), os quais não foram informados. Levando em conta os gastos com Transportes (R\$ 2.180,00) e com energia, água e telefone (R\$ 1.868,37), observa-se que o custo na UBASF TP, com os vários tipos de gasto apresentados na Tabela 28 totalizam R\$ 57.885,50.

Tabela 28. Gastos com grupos de centros de custos na UBASF TP em setembro de 2004.

Setor	Gasto básico (pessoal próprio)	Gasto com acréscimo de gastos gerais e apoios
Coordenação	3.131,00	4057,14
Serv gerais	2.505,00	2.794,68
SAME	3.896,24	4.520,91
Farmácia	871,91	1.171,33
Acolhimento	-	168,39
Subtotal	10.404,15	
Eq Amarela	9.433,69	12.065,95
Eq Azul	9.157,81	11.642,51
Eq Lilás	10.170,17	12.796,14
Eq Verde	4.891,21	6.853,66
Eq Vermelha	9.780,10	12.752,96
Subtotal	43.432,98	56.111,22¹
Total pessoal próprio acima	53.837,13	
Odontolog	.	
PSEscolar	.	
Energia	1.179,36	
Água	156,07	
Telefone	532,94	
Subtotal	1.868,37	
Transportes	2.180,00	
Subtotal	57.885,50	

(1) Inclui, além de pessoal, outros gastos nas equipes.

Obs: Equipe Verde do PSF da UBASF TP não contou com médico em setembro de 2004.

Como evidenciado na Tabela 29, o maior custo na produção da ação geral da Equipe do PSF Vermelha em setembro de 2004 foi o custo com pessoal próprio da equipe (76,69%), seguido dos custos com os serviços do SAME (7,06%), Coordenação (5,23%), Transporte (4,27%) e Serviços gerais (3,32%). O serviço de Farmácia, sem considerar o custo de medicamentos, ficou em 1,83%.

Tabela 29. Gastos gerais com as Equipes do PSF na UBASF TP em setembro de 2004 não incluídos os medicamentos

Setores	Eq Amarela	% Amarela	Eq Azul	% Azul	Eq Lilás	% Lilás	Eq Verde	Eq Vermelha	% Vermelha
Pessoal próprio	9.433,69	78,18	9.157,81	78,66	10.170,17	79,48	4.891,21	9.780,10	76,69
Energia	139,99	1,16	151,50	1,30	145,74	1,14	139,99	145,74	1,14
Água	21,69	0,18	22,68	0,19	21,21	0,17	20,98	23,65	0,19
Coordenação	570,46	4,73	569,31	4,89	665,92	5,20	473,39	667,07	5,23
Serviços gerais	388,46	3,22	406,20	3,49	379,80	2,97	375,66	423,43	3,32
SAME	745,68	6,18	819,63	7,04	880,03	6,88	314,29	900,98	7,06
Farmácia	193,20	1,60	212,36	1,82	228,01	1,78	81,43	233,44	1,83
Acolhimento	27,77	0,23	30,53	0,26	32,78	0,26	11,71	33,56	0,26
Transportes	545,00	4,52	272,50	2,34	272,50	2,13	545,00	545,00	4,27
Totais	12.065,95	100,00	11.642,51	100,00	12.796,14	100,00	6.853,66	12.752,96	100,00

Obs: A Equipe Verde TP não contou com médico em setembro de 2004.

Observa-se, na Tabela 30 abaixo, que, considerando-se, na UBASF TP, apenas os gastos com pessoal e transporte, e, portanto, excluindo-se os gastos com energia, água, telefone e medicamentos, pode-se comparar os achados com os da UBASF JVC. Nesta situação, os gastos com pessoal são os maiores nas duas UBASF. Conseqüentemente, o gasto com pessoal próprio na Equipe Vermelha da UBASF TP foi de 78,86%, o gasto com pessoal de apoio foi de 16,74%, o custo total com pessoal foi 95,61%, o gasto com transporte 4,39% e o custo geral da Equipe, R\$12.401,47. Estes gastos na Equipe Vermelha da UBASF JVC foram, respectivamente, de 72,93%, 21,37%, 94,30%, 5,70% e R\$ 12.742,23, conforme visualizado na Tabela 20.

Tabela 30. Gastos com pessoal e transporte nas Equipes do PSF na UBASF TP em setembro de 2004

. Setores	Eq Amarela	% Amarela	Eq Azul	% Azul	Eq Lilás	% Lilás	Eq Verde	Eq Vermelha	% Vermelha
1 Pessoal próprio	9.433,69	80,29	9.157,81	80,98	10.170,17	81,69	4.891,21	9.780,10	78,86
. Pess Coordenação	476,08	4,05	475,12	4,20	555,74	4,46	395,07	556,70	4,49
. Pess Serviços gerais	381,80	3,25	399,23	3,53	373,28	3,00	369,22	416,17	3,36
. Pess SAME	713,06	6,07	783,78	6,93	841,53	6,76	300,55	861,56	6,95
. Pess Farmácia	177,72	1,51	195,35	1,73	209,74	1,68	74,91	214,74	1,73
. Pess Acolhimento	22,51	0,19	24,74	0,22	26,57	0,21	9,49	27,20	0,22
2 Total pessoal apoio	1.771,17	15,07	1.878,22	16,61	2.006,86	16,12	1.149,24	2.076,37	16,74
. Total pessoal	11.204,86	95,36	11.036,02	97,59	12.177,03	97,81	6.040,43	11.856,48	95,61
3 Transporte	545,00	4,64	272,50	2,41	272,50	2,19	545,00	545,00	4,39
. Total (1,2,3)	11.749,86	100,00	11.308,53	100,00	12.449,53	100,00	6.585,45	12.401,47	100,00

Obs: A Equipe Verde TP não contou com médico em setembro de 2004.

A Tabela 31 reforça os aspectos já descritos acima, de que o gasto total com pessoal de apoio na UBASF TP foi significativamente menor que na UBASF JVC. Houve, além disso, significativa economia de escala no serviço de transporte na UBASF TP, comparativamente ao ocorrido na UBASF JVC. Os setores de apoio mais onerosos na Equipe Vermelha, nessa situação, foram o de SAME, R\$ 861,56 (6,95%), a Coordenação, R\$ 556,70 (4,49%) e a Farmácia (não incluídos os medicamentos), R\$ 214,74 (1,73%). O acolhimento e esterilização eram realizados, na UBASF TP, pelos auxiliares de enfermagem das equipes do PSF, e o gasto do apoio que estes setores receberam da coordenação e de serviços gerais foi muito pequeno, em relação aos outros gastos, sendo, por exemplo, R\$ 27,20 (0,22%), para o Acolhimento. Esta é a principal razão do menor custo com pessoal de apoio na UBASF TP do que na UBASF JVC. Os Gastos com pessoal do SAME e Serviços gerais é semelhante nas duas UBASF. O maior gasto com pessoal da Coordenação na equipe da UBASF TP, de R\$ 556,70 (4,49%), do que na equipe da UBASF JVC, de R\$ 247,94 (22,16%), decorre do maior número de funcionários no setor de Coordenação da primeira UBASF, três, enquanto que, na outra UBASF, só atua a Coordenadora, havendo a carência de pelo menos um auxiliar de apoio.

Tabela 31. Comparativo dos gastos com pessoal e transporte na Equipe Vermelha da UBASF JVC e na Equipe Vermelha da UBASF TP em setembro de 2004

Setores	Eq Amarela JVC	% Amarela JVC	Eq Vermelha JVC	% Vermelha JVC	Eq Vermelha TP	% Vermelha TP
1 Pessoal Equipe	7.959,81	69,47	9.292,75	72,93	9.780,10	78,86
2 Pess Coordenação	247,94	2,16	247,94	1,95	556,70	4,49
3 Pess Serv gerais	552,58	4,82	574,17	4,51	416,17	3,36
4 Pess SAME	854,95	7,46	824,20	6,47	861,56	6,95
5 Pess Acolhimento	611,83	5,34	589,83	4,63	27,20	0,22
6 Pess Esterilização	95,46	0,83	92,03	0,72	-	-
7 Pess Farmácia	409,36	3,57	394,64	3,10	214,74	1,73
Subtot 2-7 (Apoio)	2.772,11	24,19	2.722,81	21,37	2.076,37	16,74
Subtot 1-7 (Pess)	10.731,93	93,66	12.015,56	94,30	11.856,48	95,61
8 Transportes	726,67	6,34	726,67	5,70	545,00	4,39
Totais	11.458,59	100,00	12.742,23	100,00	12.401,47	100,00

5.8.8 Gasto com medicamentos na UBASF TP

Os preços dos medicamentos entregues pela farmácia da UBASF TP em setembro de 2004 foram estimados pela lista de preços de compras públicas no sítio eletrônico do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br) acessado em 11/02/2005. O gasto mensal com medicamentos na UBASF TP foi, estimando pelos preços mínimos, R\$ 6.475,82, e, estimando pelos preços máximos, R\$ 22.278,69. Assim, o gasto médio com medicamentos foi de R\$ 14.885,81. Estes são valores semelhantes aos da UBASF JVC, que teve gasto estimado com medicamentos de R\$ 5.347,28 a R\$ 21.861,378, com média de R\$ 14.020,73.

O fornecimento dos medicamentos, na UBASF JVC, foi realizado de acordo com a prescrição dos profissionais das três equipes do PSF, juntamente com o ambulatório de ginecologia (um médico), o setor de Odontologia (dois dentistas) e o ambulatório de Pediatria (Programa de Saúde do Escolar). Na UBASF TP, esses dois últimos setores eram semelhantes ao da UBASF anterior, havia mais duas equipes do PSF, porém não contava com ginecologista. Assim, na UBASF JVC houve maior gasto com medicamentos por cada atendimento. É importante pesquisar a causa disto, que pode ter sido uma maior oferta de medicamentos na UBASF, em resposta às demandas da clientela.

O gasto com o setor de Farmácia na UBASF TP sobe de R\$ 1.171,33 para R\$ 16.057,14, se lhe for adicionado o gasto médio estimado com medicamentos (R\$ 14.885,81), tornando-se o centro de custos de gasto mais elevado na UBASF e o segundo tipo de gasto mais elevado, logo após o gasto com pessoal próprio (R\$ 53.837,13). Portanto, acrescentando o gasto com medicamentos ao gasto com pessoal, o gasto total na UBASF se eleva a R\$ 68,722,94, e, com todos os itens presentes na Tabela 28, sobe para R\$ 72.771,31.

O custo para a Equipe Vermelha do PSF da UBASF TP, com o setor de Farmácia, se eleva de R\$ 233,44 para R\$ 3.200,05 (20,36%) ao se lhe adicionar o gasto médio com medicamentos, de R\$ 2.966,61 (18,87%), e o custo total da ação geral da equipe sobe para R\$ 15.719,57, como se observa na Tabela 32. Este gasto com medicamentos decorrente da ação geral da Equipe Vermelha é o segundo tipo de gasto na Equipe, logo após o custo do pessoal próprio (R\$ 9.780,10).

Tabela 32. Gastos gerais, incluindo medicamentos, na Equipe Vermelha do PSF na UBASF TP em setembro de 2004.

Setores	Eq Amarela	% Amarela	Eq Azul	% Azul	Eq Lilás	% Lilás	Eq Verde	Eq Vermelha	% Vermelha
Pessoal próp	9.433,69	64,96	9.157,81	63,86	10.170,17	64,80	4.891,21	9.780,10	62,22
Energia	139,99	0,96	151,50	1,06	145,74	0,93	139,99	145,74	0,93
Água	21,69	0,15	22,68	0,16	21,21	0,14	20,98	23,65	0,15
Coordenação	570,46	3,93	569,31	3,97	665,92	4,24	473,39	667,07	4,24
Serv gerais	388,46	2,68	406,20	2,83	379,80	2,42	375,66	423,43	2,69
SAME	745,68	5,14	819,63	5,72	880,03	5,61	314,29	900,98	5,73
Acolhimento	27,77	0,19	30,53	0,21	32,78	0,21	11,71	33,56	0,21
Serv. Farmá	193,20	1,33	212,36	1,48	228,01	1,45	81,43	233,44	1,48
Medicam	2.455,27	16,91	2.698,76	18,82	2.897,62	18,46	1.034,86	2.966,61	18,87
Farmácia e Medicam	2.648,46	18,24	2.911,12	20,30	3.125,63	19,92	1.116,30	3.200,05	20,36
Transportes	545,00	3,75	272,50	1,90	272,50	1,74	545,00	545,00	3,47
Totais	14.521,21	100,00	14.341,27	100,00	15.693,76	100,00	7.888,52	15.719,57	100,00

Obs: A Equipe Verde TP não contou com médico em setembro de 2004.

Observa-se na Tabela 33 que, considerando-se, na UBASF TP, apenas os gastos com pessoal, transporte e medicamentos, e, portanto, excluindo-se os gastos com energia, água e telefone, pode-se comparar os achados com os da UBASF JVC. Na Equipe Vermelha da UBASF TP, nessa situação, a adição dos gastos com medicamentos, R\$ 2.966,61 (20,01%), eleva o gasto com o setor de Farmácia de R\$

214,74 (1,45%) para R\$ 3.181,35 (21,46%), e o gasto total com a Equipe Vermelha para R\$ 14.823,09. O gasto com medicamentos é, portanto, o segundo maior tipo de gasto, menor somente que o gasto com pessoal (65,98%). Na Equipe Azul da UBASF JVC, o gasto com medicamentos ficou em proporção um pouco maior, em 24,33% (R\$ 4.096,86), e o de pessoal em 55,19% (R\$ 9.292,75) .

Tabela 33. Gastos com pessoal, transporte e medicamentos, nas Equipes do PSF na UBASF TP em setembro de 2004.

Setores	Eq Amarela	% Amarela	Eq Azul	% Azul	Eq Lilás	% Lilás	Eq Verde	Eq Vermelha	% Vermelha
Pessoal próprio	9.433,69	69,06	9.157,81	66,68	10.170,17	67,47	4.891,21	9.780,10	65,98
Pess Coordenação	476,08	3,49	475,12	3,46	555,74	3,69	395,07	556,70	3,76
Pess Serv gerais	381,80	2,80	399,23	2,91	373,28	2,48	369,22	416,17	2,81
Pess SAME	713,06	5,22	783,78	5,71	841,53	5,58	300,55	861,56	5,81
Pess Farmácia	177,72	1,30	195,35	1,42	209,74	1,39	74,91	214,74	1,45
Medicam	2.455,27	17,97	2.698,76	19,65	2.897,62	19,22	1.034,86	2.966,61	20,01
Farmácia e Medicam	2.632,99	19,28	2.894,11	21,07	3.107,36	20,61	1.109,77	3.181,35	21,46
Pess Acolhime	22,51	0,16	24,74	0,18	26,57	0,18	9,49	27,20	0,18
Totais	13.660,13	100,00	13.734,79	100,00	15.074,65	100,00	7.075,30	14.823,09	100,00

Obs: A Equipe Verde TP não contou com médico em setembro de 2004.

5.8.9 Gastos por tipo de recurso na UBASF TP

Como foi observado na Tabela 27, o gasto com pessoal próprio na Equipe Vermelha da UBASF TP foi de R\$ 9.780,10, e o gasto com pessoal dos departamentos de apoio foi de R\$ 2.076,37. O custo devido a pessoal próprio e de apoio na Equipe Vermelha foi R\$ 11.856,48. Por outro lado, a Tabela 29 incluiu somente gastos com pessoal da equipe, pessoal de apoio, transporte, energia, água e telefone. Estes últimos três itens estavam parcialmente diluídos entre os gastos com os departamentos de apoio.

O custo global da Equipe Vermelha na Tabela 29 foi de R\$ 12.752,96. Subtraindo, deste total, os gastos com pessoal próprio da equipe (R\$ 9.780,10), os gastos com pessoal dos departamentos de apoio (R\$ 2.076,37) e os gastos com transporte (R\$ 545,00), a quantia restante (R\$ 351,49) corresponde ao gasto com energia, água e telefone. Estes três itens somados equivalem a 3,60% do gasto com pessoal próprio da equipe, e a 16,93% do gasto com pessoal de apoio à equipe. Da

mesma forma, o gasto com o serviço de transporte correspondeu a 5,57% do gasto com pessoal próprio da equipe, e a 26,25% do gasto com o pessoal de apoio.

A Tabela 34 mostra que, entre os vários tipos de recursos empregados na atuação da Equipe Vermelha da UBASF TP, o recurso mais oneroso é constituído dos profissionais da equipe (62,22%). Em seguida vem medicamentos (18,87%) e, em terceiro, o pessoal dos departamentos de apoio à equipe (13,21%). O gasto com pessoal, em geral (R\$ 11.856,47), correspondeu a 75,42% do custo global da equipe, o gasto com Transporte (R\$ 545,00), 3,47%, e o gasto com energia, água e telefone R\$ 351,49), 2,24%.

Tabela 34. Gasto por tipo de recurso na Equipe Vermelha da UBASF TP em setembro de 2004

(R\$)		
Tipo de recurso	Gasto (R\$)	% gasto
Pessoal próprio da equipe	9.780,10	62,22
Pessoal de apoio	2.076,37	13,21
Subtotal (Pessoal)	11.856,47	75,42
Transporte	545	3,47
Energia, água e telefonia	351,49	2,24
Subtotal (sem medicam)	12.752,96	81,13
Medicamentos	2.966,61	18,87
Total	15.719,57	100,00

5.9 Análise de custo-produtividade das atividades por médicos e enfermeiros do PSF

Na Tabela 35 encontram-se os gastos com médico e enfermeiro em cada equipe do PSF e, também, o desempenho de cada equipe na produção de atividades realizadas por esses dois profissionais. Foi analisado o conjunto das ações realizadas por médico, que incluiu as visitas domiciliares, as consultas de pré-natal e os outros tipos de consultas realizadas na área física da UBASF. As ações analisadas realizadas por enfermeiro foram as visitas domiciliares, consultas de pré-natal e os outros tipos de consultas realizadas na área física da UBASF, além dos atendimentos para prevenção ginecológica, com coleta de material para exame de prevenção da neoplasia de colo uterino e exame das mamas. O desempenho de produtividade, como já descrito anteriormente na seção sobre produtividade, foi calculado confrontando-se o número médio por expediente de cada tipo de ação realizada, com o número planejado pela norma padrão acordada entre direção e profissionais do PSF. A média alcançada, para o conjunto de atividades, em setembro de 2004, pelo médico e enfermeira da Equipe Amarela da UBASF JVC, foi de 36,22% da produção esperada, sendo o melhor desempenho desta UBASF.

A equipe do PSF com melhor desempenho de produtividade, na UBASF Terezinha Parente, foi a Equipe Vermelha, com 47,70% da produção esperada. A produção média de ações de saúde por parte de médicos e enfermeiros das equipes estudadas está, na grande maioria, abaixo da metade do volume esperado. Reflexões posteriores, junto aos profissionais e coordenação, poderão apontar condições para aumentar o volume de produção dessas ações.

Tabela 35. Custo-produtividade de ações por médicos e enfermeiros do PSF das duas UBASF em Setembro 2004

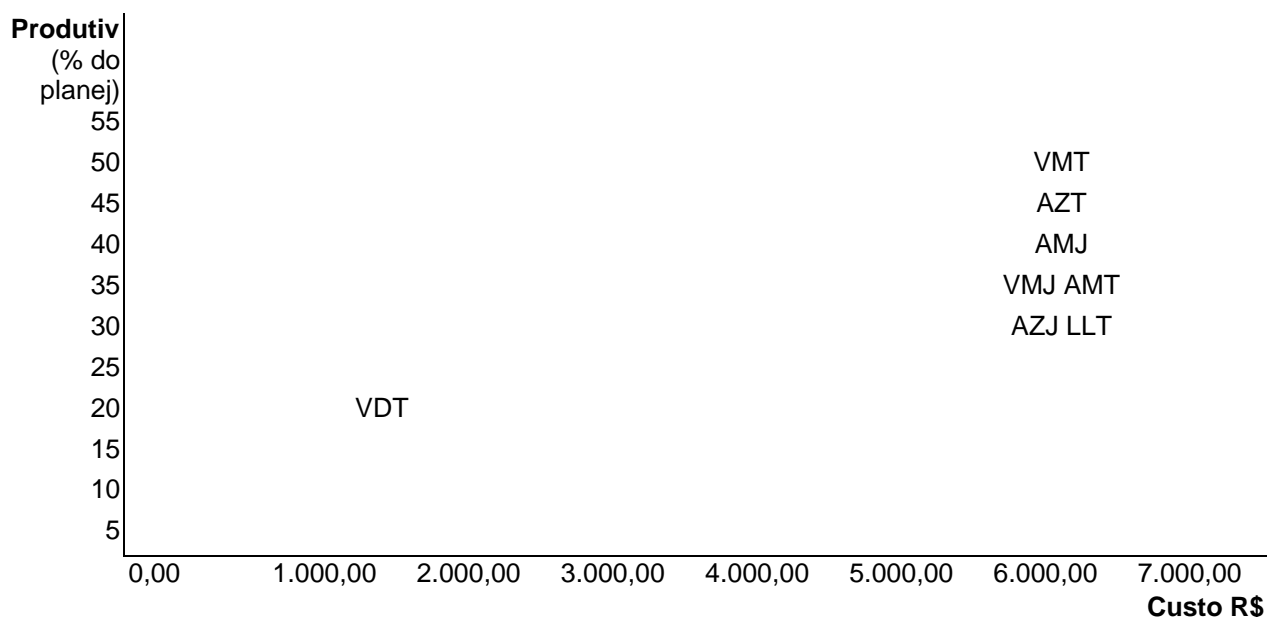
Equipe	Símbolo	Gasto med enf R\$	Produtiv. %
Amarela JVC	AMJ	R\$ 5.200,00	36,22
Azul JVC	AZJ	R\$ 6.398,00	28,20
Vermelha JVC	VMJ	R\$ 6.398,00	32,01
Amarela TP	AMT	R\$ 6.398,00	32,54
Azul TP	AZT	R\$ 6.398,00	41,92
Lilás TP	LLT	R\$ 6.398,00	29,48
Verde TP	VDT	R\$ 1.998,00	16,05
Vermelha TP	VMT	R\$ 6.398,00	47,70

Obs: Produtividade: desempenho em % em relação ao No. de atendimentos esperados pela norma padrão.

Obs: Equipe Verde do PSF da UBASF TP não contou com médico em setembro de 2004.

O gráfico 5, baseado na Tabela 35, demonstra que o melhor desempenho em termos de custo *versus* produtividade, isto é, em termos de eficiência, foi o da Equipe Vermelha da UBASF TP, pois sua produção ponderada atingiu 47,70% do esperado em setembro de 2004, sendo o maior desempenho de produção, e, por outro lado, seu custo, quanto a médico e enfermeiro, foi de R\$ 6.390,00, que é igual ao de todas às outras equipes, com exceção da Amarela da UBASF JVC que conta com a enfermeira do Ministério da Saúde. A situação dos recursos materiais desta equipe, como será visto adiante, é semelhante à das demais equipes, e elas podem, quanto a este aspecto, melhorarem também seu desempenho em termos de custo-produtividade. Na UBASF JVC a equipe do PSF com melhor custo-produtividade foi a Equipe Amarela, com produtividade de 36,22% do esperado, e custo de R\$ R\$ 5.200,00, abaixo da média, por motivo já descrito acima.

Gráfico 5. Custo X Desempenho de produtividade de ações por médicos e enfermeiros do PSF nas duas UBASF em setembro de 2004.



Obs: Equipe Verde do PSF da UBASF TP não contou com médico em setembro de 2004.

5.10 Custo-produtividade nas visitas domiciliares por médico

Para a realização das visitas domiciliares por médico são necessários, como apresentado no Quadro 6, a atuação do médico da Equipe do PSF, da auxiliar de enfermagem e de um agente de saúde. Afora o serviço de transporte e o apoio da Coordenação da UBASF, não são utilizados, usualmente, outros departamentos da UBASF.

Tabela 36. Nº de visitas domiciliares por médico nas Equipes do PSF das duas UBASF em setembro de 2004.

Equipe do PSF	Nº mensal visitas domic. por médico	Nº expedientes (4hs) no mês p visitas	Nº visitas por expediente
Amarela JVC	8	8	1
Azul JVC	11	8	1,375
Vermelha JVC	5	8	0,625
Amarela TP	11	8	1,375
Azul TP	5	4	1,25
Lilás TP	1	4	0,25
Verde TP	-	-	-
Vermelha TP	11	8	1,375

A Equipe Azul do PSF da UBASF JVC, em setembro de 2004, realizou onze visitas domiciliares, número maior que o realizado pelas outras duas equipes, conforme apresentado na Tabela 36. O gasto mensal com o médico desta Equipe Azul foi de R\$ 4.400,00. Observa-se na Tabela 37 que este médico estava disponível para as visitas domiciliares em dois expedientes de 4 horas por semana, ou oito horas por semana, que corresponde a 20% do seu tempo total de trabalho em todas as semanas (40hs) e, portanto, 20% também no mês. Vinte por cento do gasto mensal com o médico perfaz R\$ 880,00. Da mesma forma, o gasto mensal com o auxiliar de enfermagem para as visitas domiciliares da Equipe Azul foi de R\$ 165,25 e, o gasto com horas do agente comunitário de saúde, R\$ 42,97. Três agentes de saúde trabalhavam na Equipe Azul e, como eles se revezavam nos dois expedientes semanais das visitas domiciliares, cada um dedicava 6,67% do seu tempo a esta atividade, e não 20%. Assim, considerando somente o gasto com pessoal da equipe do PSF, o custo unitário da visita domiciliar por médico foi de R\$ 98,93. Acrescentando o gasto com o serviço de transporte, o custo de cada visita sobe para R\$ 164,99. Este custo se eleva para R\$ 166,32 com o apoio do pessoal da Coordenação, e, ainda, para R\$ 166,74 ao se acrescentar o apoio dos Serviços gerais ao setor de Coordenação.

Observa-se que o maior tipo de gasto foi o gasto com pessoal próprio da Equipe do PSF. Os profissionais dedicaram neste mês 74,67 horas de trabalho à Equipe Azul, correspondendo a 1,48% do total de horas na UBASF, sendo este o

critério para alocação dos gastos com a coordenação à atividade de visitas domiciliares.

Tabela 37. Custo das visitas domiciliares por médicos da Equipe Azul do PSF da UBASF JVC em setembro de 2004.

Itens de gasto	No. Total Horas por profiss /		Nº profiss	Horas cada profiss p visitas / Semana	% Horas / Semana	Mês: Horas trab	% Mês: Horas trab visitas domic	R\$ mensal médio	R\$ c visitas domic	Nº visitasdomic / mês	R\$ cada visita domic
	Horas visitas domic / Semana	Horas visitas domic / Semana									
Médico	40	8	1	8	20			4.400,00	880,00	11	80,00
Aux enfermagem	40	8	1	8	20			826,26	165,25	11	15,02
Agente C Saúde	40	8	3	2,67	6,67			644,52	42,97	11	3,91
SubTotal (pessoal)				18,67		74,67	1,48		1.088,22	11	98,93
Serv transporte									726,67	11	66,06
SubTotal									1.814,89		164,99
Tot Horas UBASF						5040					
Pessoal Coordenação								989,08	14,65	11	1,33
SubTotal									1.829,54		166,32
Pessoal Coordenação + S Gerais								1.301,71	19,28	11	1,75
Total									1.834,17	11	166,74

O médico da Equipe Vermelha e o da Equipe Amarela foram os que mais visitas domiciliares realizaram em setembro de 2004, na UBASF TP, totalizando onze visitas cada, conforme apresentado na Tabela 36. O gasto mensal com o médico da Equipe Vermelha foi de R\$ 4.400,00. Seguindo o mesmo raciocínio utilizado a respeito da Equipe Azul da UBASF JVC acima, nota-se, na Tabela 38, que o gasto mensal com o médico da Equipe Vermelha da UBASF TP perfaz R\$ 880,00. Da mesma forma, o gasto mensal com o auxiliar de enfermagem para as visitas domiciliares foi de R\$ 165,25 e, o gasto com horas do agente comunitário de saúde, R\$ 31,65. Assim, considerando somente o gasto com pessoal desta equipe Vermelha, o custo unitário da visita domiciliar por médico foi de R\$ 97,90. Acrescentando o gasto com o serviço de transporte, o custo de cada visita sobe para R\$ 147,45. Este custo se eleva para R\$ 150,50 com o apoio do pessoal da Coordenação, e, ainda, para R\$ 150,74 ao se acrescentar o apoio do pessoal dos Serviços gerais ao setor de Coordenação. Observa-se que o maior tipo de gasto foi o gasto com pessoal próprio da Equipe do PSF (97,90%).

Tabela 38. Custo das visitas domiciliares por médicos da Equipe Vermelha do PSF da UBASF TP em setembro de 2004.

Itens de gasto	No. Total Horas por profiss / Semana	Horas visitas domic / Semana	Nº profiss	1 profiss Horas p visitas / Semana	% Horas / Semana	Mês: Horas trab	% Mês: Horas trab visitas domic	R\$ mensal médio	R\$ c visitas domic	Nº visitasdomic / mês	R\$cada visita domic
Médico	40	8	1	8	20			4.400,00	880,00	11	80,00
Aux enfermagem	40	8	1	8	20			826,26	165,25	11	15,02
Agente C Saúde	40	8	4	2,00	5,00			633,03	31,65	11	2,88
SubTotal (pessoal)				18,00		72,00	1,07		1.076,90	11	97,90
Serv transporte									545	11	49,55
SubTotal									1.621,90		147,45
Tot Horas UBASF						6719					
Pessoal Coordenação								3.131,00	33,55	11	3,05
SubTotal									1.655,45		150,50
Pessoal Coordenação + S Gerais								3385,9	36,28	11	3,30
Total									1.658,18	11	150,74

O custo unitário da visita domiciliar por médico foi, portanto, um pouco menor na Equipe Vermelha da UBASF TP (R\$ 150,74) do que na Equipe Azul da UBASF JVC (R\$ 166,74), principalmente devido ao maior número, na UBASF TP, de equipes do PSF compartilhando o serviço de transporte, e, por outro lado, ao maior número, na equipe Vermelha, de agentes de saúde (quatro), pois exigiu-se menos horas de cada profissional nas visitas domiciliares. Isto compensou a discreta diferença para mais, na Equipe Azul da UBASF JVC, no gasto com o apoio da Coordenação.

Tabela 39. Comparativo do custo planejado e do custo realizado das visitas domiciliares por médico nas duas UBASF em setembro de 2004.

	Eq Azul JVC	Eq Vermelha TP
Gasto mens para visitas domic p médico	1.834,17	1.658,18
Nº planejado visitas	64	64
Custo visita planejada	28,66	25,91
Custo visita realizada	166,74	150,74
% Visita planejada dentro da realizada	17,19	17,19
Perda em %	82,81	82,81
R\$ Perda/visita	138,08	124,84
R\$ perda total no mês	1.518,92	1373,18.

O planejamento do PSF nas duas UBASF analisadas previa a realização de oito visitas domiciliares por médico em cada expediente de quatro horas trabalhadas. Previa, também, a realização de dois expedientes por semana, ou oito por mês, produzindo sessenta e quatro visitas ao mês, conforme consta na Tabela 39. Como a Equipe Azul da UBASF JVC teve, para as visitas, gasto mensal total de R\$ 1.834,17, incluindo pessoal próprio, pessoal do apoio da Coordenação mais Serviços gerais, e serviço de transporte, se ela produzisse as esperadas sessenta e quatro visitas no mês de setembro, e não 11, o custo de cada visita domiciliar por médico seria de R\$ 28,66, isto é, 17,19% dos R\$ 166,74 realmente gastos por visita. A perda foi de 82,81%, que corresponde a R\$ 1.518,92 ao mês. Da mesma forma, se a Equipe Vermelha da UBASF TP, que teve total mensal de R\$ 1.658,18 dos mesmos tipos acima de gastos, tivesse realizado sessenta e quatro visitas, e não 11, o custo de cada uma seria R\$ 25,91, isto é, 17,19% dos R\$ 150,74 realmente gastos por visita. A perda foi de 82,81%, que corresponde a R\$ 1.373,18 ao mês.

5.11 Custo-produtividade nas consultas de pré-natal por enfermeiro

5.11.1 Custo-produtividade nas consultas de pré-natal por enfermeiro na UBASF JVC

Para a realização das consultas de pré-natal por enfermeiro é necessário a atuação do enfermeiro da Equipe do PSF, atuando no seu consultório específico. Essa atividade necessita da atuação de todos os departamentos de apoio geral e de apoio direto apresentados no Quadro 6, com exceção dos setores de Esterilização e Transporte.

Tabela 40. Nº de consultas de pré-natal por enfermeiro nas Equipes do PSF das duas UBASF em setembro de 2004.

Equipe do PSF	Nº cons. Pré-natal por enfermeiro	Nº expedientes (4hs) no mês p pré-natal	Nº pré-natal por expediente
Amarela JVC	11	4	2,75
Azul JVC	1	4	0,25
Vermelha JVC	7	4	1,75
Amarela TP	4	4	1
Azul TP	0	4	0
Lilás TP	0	4	0
Verde TP	2	4	0,5
Vermelha TP	1	4	0,25

A Equipe da UBASF JVC selecionada para análise do custo da consulta de pré-natal foi a Equipe Vermelha, pois a Equipe Amarela, apesar de ter realizado um número maior de consultas de pré-natal no mês, onze, contava com uma enfermeira cedida pelo MS, com custo para a PMF bem mais baixo que os enfermeiros das demais equipes, o que prejudicaria a análise. A Equipe Vermelha do PSF da UBASF JVC, em setembro de 2004, realizou sete consultas de pré-natal por enfermeiro, conforme apresentado na Tabela 40. O gasto mensal com o enfermeiro desta Equipe Amarela foi de R\$ 1.998,00.

O enfermeiro acima estava disponível para as consultas de pré-natal em um expediente de 4 horas por semana, o que corresponde a 10% do seu tempo total de trabalho em todas as semanas (40hs) e, portanto, 10% também no mês. Dez por cento do gasto mensal com o enfermeiro perfaz R\$ 199,80, que é o gasto com pessoal próprio da equipe para as consultas. Assim, considerando somente o gasto com pessoal da equipe do PSF (R\$ 199,80), e considerando as sete consultas realizadas, o custo unitário da consulta de pré-natal por enfermeiro foi de R\$ 28,54. Observa-se na Tabela 41 que, acrescentando-se o gasto com o pessoal dos serviços de apoio, o custo de cada visita sobe para R\$ 34,28.

Tabela 41. Custo das consultas de pré-natal por enfermeiro (gastos com pessoal) na Equipe Vermelha do PSF da UBASF JVC em setembro de 2004.

Setores	Coordenação	Serv gerais	SAME	Acolhimento	Esterilização	Farmácia	Pre-natal Enferm	Eq Amarela	Eq Azul	Eq Vermelha
Pessoal próprio	989,08	3.098,00	2.550,00	1.700,00	0,00	1.090,00	199,8	7.959,81	9.157,81	9.292,75
Coordenação	1.301,71	165,32	82,65	41,32	41,32	82,65	4,13	247,94	247,94	243,81
Serv gerais	312,63	3.263,32	188,02	277,24	273,63	177,93	14,91	552,81	568,81	559,33
SAME	.	.	2.820,67	.	.	.	8,92	854,86	661,21	815,37
Acolhiment	.	.	.	2.018,57	.	.	6,38	611,77	473,19	583,51
Esterilizaçã	.	.	.	.	314,96	.	1,00	95,45	73,83	91,04
Farmácia	.	.	.	.	.	1.350,57	4,27	409,32	316,60	390,41
Transportes	.	.	.	.	.	.	.	726,67	726,67	726,67
Totais	.	.	.	.	.	.	239,41	11.458,64	12.226,06	12.702,90
Nº pré-natal	.	.	.	.	.	.	7	21,87%		
R\$ 1 cons pré-natal	.	.	.	.	.	.	34,20			
R\$ 1 cons pré-natal (gasto só enfermeiro)	.	.	.	.	.	.	28,54			
Nº pré-natal (modelo)	.	.	.	.	.	.	32	100%		
R\$ 1 cons pré-natal (modelo)	.	.	.	.	.	.	7,48			

Se tivesse sido realizado o número mínimo planejado, de trinta e duas consultas de pré-natal por enfermeiro ao mês, ao invés de sete, com o mesmo gasto da Equipe Vermelha (R\$ 239,41), o custo de cada consulta diminuiria para R\$ 7,48, que é 21,87% do valor da consulta realizada (R\$ 34,20). Quanto ao desempenho, sete consultas equívalem a 21,87% das 32 consultas planejadas, e, assim, há ociosidade de 78,13% e perda, portanto, de R\$ 187,04 no mês.

Na UBASF JVC não foi informado o gasto com energia elétrica, água e telefone. O enfermeiro dedicou neste mês 16 horas de trabalho aos expedientes de consulta de pré-natal, correspondendo a 0,32% do total de horas trabalhadas na UBASF (5040 hs), sendo este o critério para alocação dos gastos com a coordenação à atividade de visitas domiciliares.

5.11.2 Custo-produtividade nas consultas de pré-natal por enfermeiro na UBASF TP: gastos com pessoal.

A Equipe da UBASF TP selecionada para análise do custo da consulta de pré-natal foi a Equipe Amarela, que realizou, em setembro de 2004, quatro consultas de pré-natal por enfermeiro, conforme apresentado na Tabela 40. O gasto mensal com o enfermeiro desta Equipe Amarela foi de R\$ 1.998,00.

O enfermeiro acima estava disponível para as consultas de pré-natal em um expediente de 4 horas por semana, o que corresponde a 10% do seu tempo total de trabalho em todas as semanas (40hs) e, portanto, 10% também no mês. Dez por cento do gasto mensal com o enfermeiro perfaz R\$ 199,80, que é o gasto com pessoal próprio da equipe para as consultas. Assim, considerando somente o gasto com pessoal da equipe do PSF (R\$ 199,80), e considerando as quatro consultas realizadas, o custo unitário da consulta de pré-natal por enfermeiro foi de R\$ 49,95. Observa-se na Tabela 42 que, acrescentando-se o gasto com o pessoal dos serviços de apoio, o custo de cada visita sobe para R\$ 53,47.

Tabela 42. Custo das consultas de pré-natal por enfermeiro (gastos com pessoal) na Equipe Amarela do PSF da UBASF TP em setembro de 2004

Setor	Coordenação	Serv gerais	SAME	Farmácia	Acolhimento	Transportes	Pre-natal p Enferm	Eq Amarela
R\$ básico (pessoal próprio)	3.131,00	2.505,00	3.896,24	871,91		2.180,00	199,80	9.233,89
Tot	3385,9	241,75	322,50	80,63	40,31		8,06	468,01
Coorden								
Serv gerais	254,90	2.746,75	103,95	124,44	95,76			380,17
SAME			4.322,69				4,71	708,27
Farmácia				1.076,97			1,17	176,46
Acolhiment					136,07		0,15	22,29
Transportes						2.180,00		545,00
Totais							213,90	11.534,10
Nº pré-natal							4,00	
R\$ 1 cons pré-natal							53,47	
R\$ 1 cons pré-natal (c gasto só c enfermeiro)							49,95	
Nº pré-natal (planejad)							32,00	
R\$ 1 cons pré-natal (esperado)							6,68	12,49

Se tivesse sido realizado o número mínimo planejado, de trinta e duas consultas de pré-natal por enfermeiro ao mês, com o mesmo gasto da Equipe Vermelha, R\$ 213,90, o custo de cada consulta diminuiria para R\$ 6,68, que é 12,49% do valor da consulta realizada (R\$ 53,47). Quanto ao desempenho, quatro consultas equivalem a 12,49% das 32 consultas planejadas, e, assim, há ociosidade de 87,50% e perda, portanto, de R\$ 187,18 no mês. Observa-se que o maior tipo de gasto foi o gasto com pessoal próprio da Equipe do PSF.

5.11.3 Custo-produtividade nas consultas de pré-natal por enfermeiro na UBASF TP: gastos com pessoal e gastos gerais

Como referido acima, considerando somente o gasto com pessoal da equipe do PSF (R\$ 199,80), e considerando as quatro consultas realizadas, o custo unitário da consulta de pré-natal por enfermeiro foi de R\$ 49,95. Observa-se na Tabela 43 que, acrescentando-se o gasto com o pessoal dos serviços de apoio e com energia, água e telefone, o gasto com pré-natal por enfermeiro na equipe sobe para R\$ 220,49, o custo de cada visita se eleva para R\$ 55,12.

Tabela 43. Custo das consultas de pré-natal por enfermeiro (gastos gerais) na Equipe Amarela do PSF da UBASF TP em setembro de 2004.

Setor	Energia	Água	Telefone	Coordenação	Serv gerais	SAME	Farmácia	Acolhimento	Pre-natal Enferm
R\$ básico (pessoal próprio)	1.179,36	156,07	532,94	3.131,00	2.505,00	3.896,24	871,91		199,80
Energia	1.179,36			119,37		126,09	68,56	16,78	3,97
Água		156,07		14,42		5,91	7,07	5,44	0,67
Telefone			532,94	532,94					
Coordenação				4057,14	289,68	386,44	96,61	48,30	9,66
Serv gerais				259,41	2.794,68	105,76	126,61	97,43	
SAME						4.520,44			4,93
Farmácia							1.170,75		1,28
Acolhimento								167,95	0,18
Pre-natal Enfer									220,49
Nº pré-natal									4,00
R\$ 1 cons pré-natal									55,12
R\$ 1 cons pré-natal (c gasto só enfermeiro)									49,95
Nº pré-natal (planejado)									32,00
R\$ 1 cons pré-natal (planejado)									6,89

Obs: A Equipe Verde do PSF não contava com médico em setembro de 2004.

Se tivesse sido realizado o número mínimo planejado, de trinta e duas consultas de pré-natal por enfermeiro ao mês, com o mesmo gasto da Equipe Amarela, R\$ 220,49, o custo de cada consulta diminuiria para R\$ 6,89, que é 12,50% do valor da consulta realizada (R\$ 55,12). Quanto ao desempenho, quatro consultas eqüivalem a 12,50% das 32 consultas planejadas, e, assim, há ociosidade de 87,50% e perda, portanto, de R\$ 192,93 no mês.

O enfermeiro dedicou neste mês 16 horas de trabalho aos expedientes de consulta de pré-natal, correspondendo a 0,24% do total de horas trabalhadas na UBASF (6.719,24 hs), sendo este o critério para alocação dos gastos com a Coordenação à atividade de consultas. Em tabelas do Anexo observam-se os valores encontrados dos direcionadores de gastos entre os centros de custos de apoio ao pré-natal por enfermeiro.

5.12 Custos e receitas nas equipes do PSF

O Ministério da Saúde repassa mensalmente para a PMF, diretamente de fundo de saúde para fundo de saúde, valores fixos por habitante, e variáveis, de acordo com o número de equipes do PSF e de agentes de saúde em atuação. Repassa 33.360,00 ao ano por equipe de município que tenha cobertura de PSF entre 10 e 19,9%, faixa em que se enquadra o Município de Fortaleza, correspondendo a R\$ 2.780,00 ao mês, por equipe. Este e outros critérios de repasses, com seus valores estimados para setembro de 2004, são mostrados na Tabela 44.

Verifica-se que o total estimado do repasse mensal de verbas federais por Equipe Vermelha TP, em setembro de 2004, foi de R\$ 9.543,33, e, como o gasto da equipe analisada foi de R\$ 15.719,00, incluindo medicamentos, a diferença, a ser coberta pela PMF, foi de R\$ 6.175,67.

Tabela 44. Repasses estimados de verbas federais por equipe do PSF de Fortaleza em setembro de 2004 (em Reais).

Receitas	Ao ano	Ao mês	Nº agentes CS	Pop coberta/equipe	Total/mês	Custo equipe	Diferença
PSF/equipe	33.360,00	2.780,00			2.780,00		
PACS/AgenteCS	.	260,00	4,00		1.040,00		
PAB fixo/hab	13,00	1,08		4.000,00	4.333,33		
Vigil à saúde/ hab	2,42	0,20		4.000,00	806,67		
Visa Básica/hab	0,25	0,02		4.000,00	83,33		
Assist Farmacêutica Básica	1,50	0,13		4.000,00	500,00		
Total (p preço médio medicam)					9.543,33	15.719,00	6.175,67

6. DISCUSSÃO

Esta pesquisa apresenta informações que podem ser utilizadas nas tomadas de decisão relativas ao gerenciamento das equipes do PSF, tanto na avaliação quanto no planejamento, do curto ao longo prazo. Ao verificar e analisar comparativamente os custos e a produtividade de oito equipes do PSF de duas UBASF de Fortaleza, através da observação dos vários recursos envolvidos, detectou várias alternativas para otimização do desempenho dessas equipes. Os custos e a produtividade destas equipes foram objeto de investigação no mês de setembro de 2004, último mês de 2004 em que se apresentaram típicas tanto a produção quanto a situação de recursos das equipes.

6.1 Departamentos mais importantes nos custos das equipes do PSF

A equipe do PSF que apresentou, ao mesmo tempo, alta produtividade e custo geral considerado típico, no mês de setembro de 2004, foi a Equipe Vermelha da UBASF Terezinha Parente. A atuação desta equipe teve custo mensal global de R\$ 15.719,00. Entre os seus gastos diretos e os dos departamentos e serviços que lhe dão apoio, os gastos mais elevados foram os realizados com os profissionais da equipe, R\$ 9.780,10 (62,22%), seguidos daqueles com a Farmácia (incluindo medicamentos), da ordem de R\$ 3.200,05 (20,36%), com o SAME, R\$ 900,98 (5,73%), com a Coordenação da UBASF, R\$ 667,07 (4,24%), com o Transporte, R\$ 545,00 (3,47%), com a energia elétrica, R\$ 145,74 (0,93%) e com água, R\$ 23,65 (0,15%). Para a alocação dos gastos dos centro de custos de apoio, entre si e para as equipes do PSF, foram utilizados critérios de rateio bastante detalhados, como as horas dedicadas pelos profissionais, as áreas físicas utilizadas, número de atividades produzidas e o consumo estimado de energia, entre outros.

Focalizando os gastos apenas com pessoal, os departamentos de apoio mais onerosos na Equipe Vermelha, nessa situação, foram o SAME, R\$ 861,56 (6,95%), a Coordenação, R\$ 556,70 (4,49%) e a Farmácia (não incluídos os medicamentos), R\$ 214,74 (1,73%). O acolhimento e a esterilização eram realizados, na UBASF TP, pelos auxiliares de enfermagem das equipes do PSF, e o gasto do apoio que estes

setores receberam da coordenação e de serviços gerais foi muito pequeno, em relação aos outros gastos, sendo, por exemplo, R\$ 27,20 (0,22%), para o Acolhimento. Esta é a principal razão do menor custo com pessoal de apoio na UBASF TP do que na UBASF JVC. Os Gastos com pessoal do SAME e Serviços gerais são semelhantes nas duas UBASF. O gasto com pessoal da Coordenação na equipe da UBASF TP, de R\$ 556,70 (4,49%), foi maior do que na equipe da UBASF JVC, de R\$ 247,94 (222,16%), em decorrência do maior número de funcionários (três) no setor de Coordenação da primeira UBASF, enquanto que, na outra UBASF, só atua a Coordenadora, havendo a carência de pelo menos um auxiliar de apoio.

Das quatro equipes estudadas em Crateús-CE por Sousa (2000:90), a maioria ficava baseada em UBASF de pequenos aglomerados populacionais, cercados por áreas rurais, e cada UBASF servia de base a apenas uma equipe do PSF. Tomando como base as equipes, foram configurados centros de custos e aplicados os conceitos de custeio por absorção para calcular os custos de sua produção. Os principais setores de apoio às equipes do PSF de Crateús eram o Almojarifado, a Farmácia (sem incluir medicamentos), o setor de Compras (finanças), setor de Pessoal, de Estatística e a Coordenação. Focalizando apenas o pessoal dos departamentos de apoio, o gasto mensal com esses setores representou, em média, 4,6% em 1997, 5,9% em 1998, e 3,2% em 1999, com média geral de 4,57% (Ibid:90). Já no estudo ora apresentado, o gasto com o pessoal de apoio à Equipe Vermelha do PSF da UBASF TP de Fortaleza ficou em 13,21%, refletindo uma estrutura de apoio mais robusta.

Um estudo geral sobre administração de serviços de saúde (EPSJV, 2001) observou que os principais departamentos nestes serviços são: Gerência de pessoal, Sistema de compras, Almojarifado, Manutenção, Vigilância, Limpeza, Transporte e Comunicações.

6.2 Tipos de recursos mais importantes nos custos das equipes do PSF

Observando-se os gastos, na Equipe Vermelha da UBASF TP, por tipo de recurso empregado, os gastos mais elevados foram aqueles com pessoal próprio da equipe, R\$ 9.780,10 (62,22%), medicamentos, R\$ 2.966,61 (18,87%) e, em terceiro,

o pessoal dos departamentos de apoio à equipe, R\$ 2.076,37 (13,21%). Somando-se o gasto com pessoal próprio da equipe e com pessoal dos departamentos de apoio, o gasto total na equipe, com pessoal, foi de R\$ 11.856,47, correspondendo a 75,42% do custo global da equipe. Já o gasto com Transporte ocupou 3,47% (R\$ 545,00) e o gasto com energia, água e telefone, 2,24% (R\$ 351,49). Verifica-se, portanto a grande preponderância dos gastos com pessoal, no custo da atuação global da equipe.

Da mesma forma, o gasto com pessoal é o principal item no orçamento mensal das equipes do PSF estudadas por todos os autores analisados, incluindo Castro (2003:3), Darede (2003:4) e Sousa (2000:85). Na média das quatro equipes analisadas por Sousa (2000:85), em Crateús-CE, o gasto mensal do conjunto de membros da equipe e pessoal de apoio, oscilou de 81% em 1997, a 79% em 1998 e a 66% em 1999, com média de 75,33%, dentro do total de gastos das equipes. Na presente pesquisa, os gastos totais com pessoal na Equipe Vermelha da UBASF Terezinha Parente (TP), apresentaram percentual praticamente igual ao acima, de 75,42% do custo global da equipe.

Os gastos com pessoal foram preponderantes tanto nas equipes do PSF de municípios da Bahia (Castro, 2003:3), principalmente aqueles gastos com os membros das equipes, quanto nas equipes de Porto Alegre-RS (Darede, 2003:4). No caso da situação das equipes do PSF de Porto Alegre em 1998, a autora comenta: “podemos concluir, que destinar a maior parcela de recursos ao pagamento de Pessoal, é coerente com os objetivos do programa – que são a prestação de serviços de atenção à saúde, atividade altamente dependente de mão de obra”.

6.3 Custo global das equipes

Os tipos de gastos que foram verificados, no presente estudo, como apontados acima, foram os gastos com pessoal, tanto das equipes do PSF quanto dos departamentos de apoio às equipes, os gastos com energia elétrica, água, telefone (que foram atribuídos à Coordenação), medicamentos e o serviço de Transporte. Excluindo-se, destes itens, o custo devido aos medicamentos, o custo

global da atuação da Equipe Vermelha da UBASF TP foi de R\$ 12.752,96, sendo que o gasto com os profissionais da equipe foi de R\$ 9.780,10, ocupando 76,69% deste custo global. Excluindo-se, ainda, os outros gastos, isto é, levando-se em conta somente os gastos com pessoal, o custo da atuação da equipe ficou em R\$ 11.856,48, sendo o custo com pessoal próprio da equipe 82,49%, e o custo com o pessoal dos departamentos de apoio, 17,51%. Nesta mesma situação, focalizando apenas gastos com pessoal, o custo da atuação geral da Equipe Vermelha do PSF da UBASF JVC ficou em R\$ 12.015,56 e, incluindo apenas gastos com pessoal e transporte, R\$ 12.742,23.

Após avaliar o custo global de quatro equipes do PSF, Sousa (2000:96), concordando com Muñoz (1988:43), afirma que:

“O custo total é representado pelo somatório dos custos diretos e indiretos. A importância em se ter um controle rígido desses custos por equipe é que, através desse acompanhamento, é possível para a gerência estabelecer parâmetros de alerta para problemas que possam ser solucionados de imediato”.

6.4 Gasto com os membros das equipes do PSF

O gasto com pessoal próprio da Equipe Verde da UBASF TP, isto é, com os membros da equipe, em setembro de 2004, foi de R\$ 4.891,21, e o da Equipe Amarela da UBASF JVC, foi de R\$ 7.959,81. Estes gastos diferiram muito dos gastos nas demais equipes, que variaram entre R\$ 9.157,81 e R\$ 10.170,17. Estas informações podem auxiliar os gestores a encontrar dificuldades, ou vantagens, na situação de recursos das equipes com custos atípicos, os quais, no caso da Equipe Verde mencionada, deveram-se à ausência de médico na equipe, e, no caso da Equipe Amarela JVC, à presença, na equipe, de enfermeira cedida pelo Ministério da Saúde, importando em menores custos para a PMF.

Todos os profissionais que atuavam nas Equipes do PSF das duas UBASF pesquisadas em setembro de 2004 tinham vínculo com cooperativas de profissionais, isto é, não tinham contrato direto com a PMF. As únicas exceções

eram uma enfermeira na UBASF JVC, cedida pelo MS, e um auxiliar de enfermagem na UBASF TP, que era do quadro da PMF. Além disso, oitenta por cento dos profissionais que atuavam nas duas UBASF, incluindo aqueles que não faziam parte do PSF, eram vinculadas a essas cooperativas e a empresas de serviços. Esta utilização maciça de profissionais contratados através de cooperativas de profissionais, e de empresas de serviços, pode acarretar várias dificuldades no desempenho das equipes, além de dificuldades pessoais para os profissionais. Além disso, a margem de lucros, sobras e taxas administrativas, das empresas e cooperativas, variou de 4,74% a 9,91%. No caso dos médicos das equipes do PSF, a cooperativa recebia, da PMF, R\$ 4.400,00 mensais para intermediar a atuação de cada médico, a quem pagava R\$ R\$ 3.964,80 de salário bruto, e R\$ 2.788,00 de salário líquido ao profissional. A diferença entre o que a cooperativa recebia da PMF e o salário bruto pago ao profissional era de R\$ 435,20. Estas observações podem ser úteis quando das discussões dos gestores sobre os contratos da PMF com essas cooperativas e empresas.

6.5 Gastos com medicamentos

Os preços dos medicamentos entregues pelas farmácias das duas UBASF em setembro de 2004 foram estimados pela lista de preços de compras públicas no sítio eletrônico do Ministério da Saúde. O gasto mensal com medicamentos na UBASF TP foi, estimando pelos preços mínimos, de R\$ 6.475,82, e, de R\$ 22.278,69, caso aferido pelos preços máximos. Assim, o gasto médio com medicamentos foi de R\$ 14.885,81. O gasto médio estimado com medicamentos na atuação da Equipe Vermelha da UBASF TP, como assinalado acima, foi de R\$ 2.966,61, ocupando 18,87% do gasto total com a equipe.

Na Equipe Vermelha da UBASF JVC o gasto estimado com medicamentos foi de R\$ 4.096,86 em média. Os preços dos medicamentos entregues pela farmácia da UBASF JVC em setembro de 2004 foram estimados da mesma forma que no caso da UBASF TP. O gasto com medicamentos na UBASF JVC foi, pelos preços mínimos, R\$ 5.347,28, e, máximos, R\$ 21.861,38, ficando no gasto médio estimado de R\$ 14.020,73. O fornecimento dos medicamentos, na UBASF JVC, foi realizado de acordo com a prescrição dos profissionais das três equipes do PSF, juntamente

com o ambulatório de ginecologia (um médico), o setor de Odontologia (dois dentistas) e o ambulatório de Pediatria (Programa de Saúde do Escolar). Na UBASF TP, esses dois últimos setores eram semelhantes ao da UBASF anterior, mas havia mais duas equipes do PSF e não contava com ginecologista. Assim, foram fornecidos mais medicamentos por cada paciente atendido na UBASF JVC.

A grande variação de preços de medicamentos nas compras públicas sugere que pode haver economia de custos com este item, dependendo das formas de aquisição, com a utilização do pregão eletrônico e outros.

Da mesma forma, medicamentos constituíram o segundo maior gasto nos estudos de Dared (2003) e Castro (2003). Sousa (2000:91), igualmente, verificou que, nas equipes do PSF de Crateús-CE, o gasto com medicamentos foi de 11,04% do gasto total médio mensal entre as equipes nos três anos observados. Já o gasto com material de consumo e material de expediente foi, em média, 2,79%, e com a depreciação de prédios e equipamentos, 1,94%, com somatória de 4,73% (Ibidem:94).

6.6 Condições da aplicação da metodologia empregada

Na aplicação de metodologia de custos por absorção, com a configuração dos centros de custos das unidades de saúde, medição de seus custos contábeis diretos, e estimativa dos custos contábeis indiretos, alguns autores, incluindo Sousa (2000:71), encontraram, da mesma forma que no presente estudo, precariedade nos registros de alguns itens, e foram obrigados a realizar investigações complementares e estimativas. A autora citada verificou que os medicamentos recebidos do Ministério da Saúde (MS) não eram registrados. Para realizar o seu estudo, foi implantado um sistema informatizado de registro deste e de outros dados.

No presente estudo foram mensurados os gastos mensais, em setembro de 2004, com o pessoal das Equipes do PSF e com o pessoal dos vários departamentos que as apoiam, em duas UBASF de Fortaleza. Foi possível identificar, também, os gastos com energia elétrica, água e telefone para uma das

UBASF: a Terezinha Parente. O gasto com os medicamentos, que representam o principal material de consumo utilizado, foi calculado nas duas UBASF, bem como o gasto com o serviço de Transporte. Foi, portanto possível, na atual pesquisa, mensurar a maior parte dos custos da atuação mensal das Equipes do PSF estudadas.

As duas UBASF não contaram, em setembro de 2004, com a verba mensal para contingências da Coordenação, a qual, em alguns meses, chegava a R\$ 900,00. No período da coleta de dados da presente pesquisa não estavam disponíveis, pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), as informações sobre alguns tipos de gasto. Não foi possível mensurar os gastos com exames laboratoriais, nem o custo dos serviços de apoio administrativo e de manutenção e reparos, que eram realizados por intermédio de órgãos superiores na SER e na SMS. Da mesma forma não foram incluídos os custos com o serviço da instituição que fornece serviços de informática no conjunto de unidades de saúde de Fortaleza, incluindo as duas UBASF observadas. Este serviço inclui o fornecimento dos computadores e outros equipamentos, bem como *softwares*, criação e manutenção da rede, e outros serviços. O gasto com depreciação de equipamentos, que em outros estudos (Sousa, 2000:94) fica em torno de 2% do custo global, não foi também apurado.

Outro gasto, também não incluído neste estudo, foi aquele com materiais de consumo de menor monta. Estes itens, de difícil apuração na situação encontrada, são de pouca proporção no orçamento mensal das equipes do PSF em geral, chegando a menos de 3% do total (Sousa, 2000:94). É importante registrar estes limites do estudo ora apresentado. Por outro lado, as informações agora disponibilizadas preenchem uma lacuna importante nas análises existentes sobre o PSF em Fortaleza, e auxiliam no planejamento do desempenho e da produtividade das equipes.

6.7 Situações de minimização de custos

Os achados do estudo, ora apresentado, podem contribuir para alternativas que diminuam os custos da atuação das equipes do PSF, sem diminuição da produtividade e da qualidade. Os valores das margens de lucro das empresas de serviços e das taxas de administração das cooperativas descritas mais acima, bem como o conhecimento dos vários valores pagos aos profissionais, podem auxiliar nos estudos da situação dos contratos. As informações sobre a grande variação dos preços, nas compras governamentais, dos mesmos medicamentos utilizados nas duas UBASF, contribuem para as tomadas de decisão nas futuras aquisições.

Os custos podem ser diminuídos, também, em relação ao pessoal de apoio, como ocorreu na UBASF Terezinha Parente, onde há cinco equipes, e os setores de esterilização e acolhimento, por exemplo, podem ser cobertos pelos próprios auxiliares de enfermagem das equipes do PSF, pois são cinco, gerando economia de escala. Da mesma forma, o gasto com o serviço de Transporte, na Equipe Vermelha da UBASF TP, de R\$ 545,00, foi menor que na Equipe Vermelha da UBASF JVC, de R\$ 726,67, revelando mais uma diminuição de gastos devida à economia de escala decorrente do maior número de equipes.

Nas equipes do PSF estudadas em Crateús-CE (Sousa, 2000) e em Quixadá-CE (Miranda, 1999) como havia apenas uma equipe por UBASF, o próprio pessoal das equipes era o responsável por certas atividades de apoio, como a marcação de consultas (não utilizando, portanto, pessoal de apoio de SAME), esterilização, acolhimento e outras. Isto gerou economia de recursos. Observa-se que, tanto a instalação de mais de três equipes do PSF em uma UBASF, quanto a instalação de uma equipe por UBASF, pode baratear o custo do serviço, e três equipes por UBASF parece onerar o serviço.

Na UBASF JVC não havia aparelhos de registros específicos do consumo de energia elétrica e água por parte da unidade de saúde. Os aparelhos lá existentes registravam, em conjunto, o consumo da unidade de saúde e da escola em anexo, dificultando muito a aferição do consumo específico na UBASF. É importante que

isto seja corrigido, para ser realizada avaliação da pertinência do consumo mensal, com possível diminuição de gastos nesta área.

6.8 Desempenho de custo-produtividade

Como os custos das atividades por médico e enfermeiro da maioria das equipes foi de R\$ 6.398,00, com exceção da Equipe Amarela JVC e Verde TP, o fator determinante da variação do custo-produtividade, entre as equipes, foi a produtividade. A média alcançada, para o conjunto de atividades, em setembro de 2004, pelo médico e enfermeiro da Equipe Amarela da UBASF JVC, foi de 36,22% da produção esperada, sendo o melhor desempenho nesta UBASF. A Equipe Vermelha da UBASF TP atingiu 47,70% das metas esperadas, sendo a de melhor custo-produtividade entre todas as oito equipes. Percebe-se, no entanto, que a produção média de ações de saúde por parte de médicos e enfermeiros das equipes estudadas está abaixo da metade do volume esperado, sendo, assim a capacidade ociosa de mais de 50%. Esta grande capacidade ociosa existente, pode ser constatada, também, através da observação de que houve vários expedientes em que a produção com os mesmos profissionais, utilizando os mesmos equipamentos, salas e recursos, foi bem maior. Reflexões posteriores, junto aos profissionais, gerentes e gestores, poderão apontar condições para aumentar o volume de produção das ações de saúde. É possível iniciar-se a reversão da capacidade ociosa, principalmente, pelas atividades mais preventivas, como a educação para saúde, o pré-natal e as visitas domiciliares.

Algumas das publicações analisadas, sobre equipes do PSF, verificaram o custo unitário de algumas atividades, ou grupos de atividades, realizadas pelas equipes. Sousa (2000) verificou o custo dos atendimentos de cada equipe, considerando a soma mensal de todos os tipos de ações de saúde, englobando consultas médicas, aplicações de vacinas por auxiliares de saúde, e todas as demais. Observou tendência importante de queda no volume de atendimentos ao longo do período, com aumento correspondente do custo unitário: média de R\$ 3,36 por atendimento em 1997, R\$ 4,96 em 1998 e R\$ 6,94 em 1999. Por outro lado, outras equipes do PSF tem apresentado alto desempenho com relação às metas de

produtividade, como constatado no Município de Quixadá-CE, em 1995 e 1996, por Miranda (1999:52).

Nas oito equipes das duas UBASF de Fortaleza, hora descritas, igualmente se verificou que o volume do conjunto de atendimentos por médico e por enfermeiro ficou bem abaixo do planejado, como apresentado na Tabela 3.2.2.2. Desta forma, a Equipe de maior produção conjunta por médico e enfermeiro, a Equipe Vermelha da UBASF TP, teve volume de produção de atividades, por expediente, que correspondeu a 47,60% do planejado pelas diretrizes do PSF e ficou, portanto, bem abaixo do esperado.

Havia duas equipes na UBASF Terezinha Parente que programavam apenas um expediente de quatro horas semanais para visitas domiciliares por médicos e enfermeiros. Um médico do PSF, no entanto, chegou a realizar 94 visitas em um mês, correspondendo a onze visitas por expediente. Nenhuma das oito equipes programou formalmente horários para a educação em saúde por enfermeiro e, só muito raramente esta atividade era realizada. A análise de custo-produtividade das equipes demonstrou que o volume de todas os tipos de ações produzidas pode ser significativamente aumentado na situação já existente de pessoal e de outros recursos, sem necessariamente incorrer em gastos adicionais, com exceção das visitas domiciliares, pois necessitam da reativação do serviço de transporte.

6.9 Custo-produtividade em atividades específicas

Verifica-se que, para uma melhor aferição da eficiência dos serviços, é necessário estudar o custo e a produtividade de algumas atividades específicas. Darede (2003:5) afirma, a respeito da insuficiência de analisar o desempenho apenas utilizando indicadores gerais, que:

“... temos um indicador que compara o custo médio dos atendimentos em cada centro de custos. A grande desvantagem desse indicador é considerar todos os atendimentos realizados na unidade, ou seja, os atendimentos médicos – consulta, atendimentos médicos – procedimentos e o AVEIAM – Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunizações e Atos Não Médicos”.

No presente estudo foram pesquisados, como ações específicas, os custos de visitas domiciliares por médico e de consultas de pré-natal por enfermeiro. Portanto, além de verificar o custo da atividade global do serviço das equipes do PSF, foi útil estudar pelo menos algumas atividades específicas, pois isto ofereceu uma visão bem mais realista da eficiência de cada equipe. A Equipe Azul do PSF da UBASF JVC, em setembro de 2004, realizou onze visitas domiciliares, atingindo apenas 17,19% da meta mensal de 64 visitas. O gasto mensal com os recursos envolvidos nas visitas domiciliares nesta mesma equipe, incluindo as horas dos profissionais, transporte e apoio da Coordenação, foi de R\$ 1.834,17 e, desta forma, o custo de cada visita, em setembro, foi de R\$ 166,74. Este valor é considerado oneroso, pois, se tivessem sido realizadas as 64 visitas planejadas, o custo de cada uma seria de R\$ 28,66. O custo das visitas da Equipe Vermelha da UBASF TP, que também realizou onze visitas em setembro, foi de R\$ 150,74, e, portanto, um pouco menor que o da equipe da outra UBASF, mas que poderia ser de R\$ 25,91, se atingisse as metas de produção, a um custo de 17% do ocorrido. A perda foi de 82,81%, que correspondeu a R\$ 1.373,18 no mês. Isto decorreu, principalmente, do maior número de equipes na UBASF TP, pois, assim, foram mais compartilhados os serviços de transporte e as horas dos auxiliares da equipe.

Da mesma forma, a equipe que mais realizou consultas de pré-natal por enfermeiro, sete no mês de setembro, apresentou gasto mensal de R\$ 239,41 para estas consultasse, assim, um custo de R\$ 34,20 por consulta. Cada consulta custaria R\$ 7,48, caso a equipe realizasse as 32 consultas mensais planejadas. Quanto ao desempenho, sete consultas equivalem a 21,87% das 32 consultas planejadas, e, assim, há ociosidade de 78,13% e perda, portanto, de R\$ 187,04 no mês.

6.10 Situação dos recursos

O quadro de profissionais não se alterou, em 2004, na maioria das equipes, porém, em alguns meses, duas equipes da UBASF TP não contaram com médicos. O número de agentes comunitários de saúde era de quatro em duas equipes da UBASF TP, mas era de três nas restantes seis equipes analisadas, ficando,

portanto, abaixo do recomendado pelas diretrizes do PSF, que é de, no mínimo, quatro ou cinco agentes por equipe. É importante ressaltar, ainda neste aspecto da situação de recursos, que, à partir de outubro de 2004, faltou o serviço de transporte na UBASF JVC.

Em relação à situação dos recursos, uma das dificuldades mais citadas foi a ausência de médico na equipe, o que compromete bastante tanto o desempenho quanto a captação de receitas, pois “o PAB variável do PSF pago como incentivo do Ministério da Saúde só é viabilizado com a presença desse profissional na equipe” (Sousa, 2000:86). Das oito equipes de Fortaleza ora analisadas, duas equipes da UBASF TP estavam sem médico em vários meses do ano de 2004.

A chamada terceirização de vários serviços de apoio às atividades de equipes do PSF, encontrada nesta pesquisa, e em várias outras, incluindo a de Sousa (2000:75,79), é, para Girardi e Carvalho (2003:183), forma “precária’ de contratação, e, em 2001 era mais praticada nos municípios da Região Norte (87% dos municípios, e Nordeste (85,4%), que na Região Sul (62,5%).

Lima, em artigo na seção de Opinião do Jornal O Povo de 29 de julho de 2003, comenta, a respeito da situação dos médicos trabalhando no PSF de Fortaleza, que “o trabalho, na atenção primária à saúde é cansativo, desgastante e sem atração profissional. Durante um curto espaço de tempo vivi essa experiência. Se um profissional jovem ficar por muito tempo nessa atividade é provável que ele se fossilize”.

Sobre esta mesma questão, Merhy (1997:13) aponta que:

“Assim, encarar os brasileiros como cidadãos de diferentes níveis e matizes tem permitido ao Governo Federal propor uma reforma no setor saúde que procura combinar estratégias estatizantes com privatizantes, dentro de uma mistura de convivência de acesso aos serviços por direito e/ou compra no mercado. Aliás, situação totalmente coerente com o que as Agências Internacionais (como por exemplo o Banco Mundial) tem proposto aos países da América Latina”.

6.11 Custos e receitas nas equipes do PSF

Quanto a receitas e despesas, o total estimado do repasse mensal de verbas federais por equipe do PSF foi de R\$ 9.543,33, e, como o gasto da equipe analisada foi de R\$ 15.719,00, incluindo medicamentos, a diferença, a ser coberta pela PMF, foi de R\$ 6.175,67.

6.12 Aplicações desta pesquisa

As informações, disponibilizadas pela presente pesquisa, permitem que o planejamento da instalação de novas equipes do PSF em Fortaleza seja realizado com mais precisão, tanto quanto às estimativas dos custos de instalação e de manutenção mensal, quanto a outros aspectos. Possibilitam, além disso, planejar alternativas para aumento de produtividade com qualidade, sem aumento de gastos, bem como diminuição de custos, sem perda de produtividade, como no caso da possível renegociação de contratos com prestadores de serviços profissionais, de serviços transporte, serviços de informática e outros.

Os resultados da pesquisa, ora apresentada, podem subsidiar a atuação de gerentes e gestores nos vários níveis, a participação da população usuária através dos seus representantes nos conselhos de saúde, e a própria reflexão e auto gerenciamento dos funcionários, tanto para a avaliação quanto para o planejamento de curto a longo prazo. Estudos demonstraram que quando os profissionais de saúde têm acesso a essas informações sobre os custos de suas atividades, freqüentemente, começam a se empenhar com mais intensidade nessas reformas de otimização dos recursos e de maior produtividade (Witter, 2000:244; Drummond, 1997:287). Finalmente, as informações disponibilizadas pelo presente estudo preenchem uma lacuna importante nas análises existentes sobre o PSF em Fortaleza, e auxiliam no planejamento dos principais gastos mensais com as equipes do PSF atuais e, também, dos gastos com novas equipes que porventura forem instaladas no município.

7. CONCLUSÕES

Ao serem verificados e analisados, em 2004, os custos e a produtividade de oito equipes do PSF de duas UBASF de Fortaleza, através da observação dos vários recursos envolvidos, e utilizando-se a metodologia de custeio por absorção, foram detectadas várias alternativas para otimização do desempenho dessas equipes. Possibilitou-se, assim, com mais precisão, a avaliação e o planejamento, do curto ao longo prazo, sobre a manutenção e atuação das equipes existentes e daquelas serem instaladas.

Foi analisada a estrutura de custos da atuação das equipes, tanto por tipo de recurso envolvido, quanto o custo por departamentos e centros de custos. Os gastos mais volumosos, nas equipes do PSF analisadas, foram com pessoal (75%), tanto com os membros das equipes quanto com o pessoal de apoio, mormente com os primeiros. O segundo maior gasto foi com medicamentos (18%).

Observaram-se várias alternativas de minimização de custos, para a Prefeitura Municipal de Fortaleza, como naquelas equipes em que eram menores, para os contratados, as margens de lucro e as taxas de administração, tanto das empresas de serviços quanto das cooperativas profissionais e, mais ainda, nos departamentos em que ocorria contratação direta de profissionais. Ocorreu economia de escala com o serviço de transporte e com os gastos com os departamentos de Acolhimento, Esterilização e outros, na UBASF que comportava cinco equipes, ao contrário da outra, com três equipes. Além disso, a grande variação dos preços dos medicamentos em compras governamentais possibilita alternativas de compras menos onerosas.

Vários profissionais de diversas equipes do PSF realizaram grande volume de atividades de saúde, até acima das metas do PSF, no período observado. Porém, a média geral do volume de atividades por médicos e enfermeiros ficou abaixo de metade das metas planejadas. Isto tornou muito oneroso o custo da realização das atividades, pois a capacidade ociosa foi muito grande. Assim, cada visita domiciliar realizada por médico pela equipe de melhor desempenho, com onze visitas ao mês,

teve custo de R\$ 150,74, enquanto que poderia ter sido de R\$ 25,91, isto é, 17,19% do custo ocorrido, se tivesse atingido a meta de sessenta e quatro vistas no mês. A perda foi de 82,81%, que correspondeu a R\$ 1.373,18 no mês. Da mesma forma, a equipe que mais realizou consultas de pré-natal por enfermeiro, com sete consultas no mês, se atingisse a meta de 32 consultas, reduziria o custo da consulta de R\$ 34,20 para R\$ 7,48, e não teria a perda, pela capacidade ociosa de, R\$ 187,04 (78,13%) no mês.

A maioria das equipes manteve quadro completo de profissionais em todo o ano de 2004, menos duas equipes de uma UBASF, que não contou com médicos em alguns meses. Havia três agentes comunitários de saúde na maioria das equipes, número considerado insuficiente. O serviço de transporte foi suspenso em uma UBASF a partir de outubro.

Quanto às receitas e despesas, o total estimado do repasse mensal de verbas federais por equipe do PSF foi de R\$ 9.543,33 nove mil, quinhentos e quarenta e três reais e trinta e três centavos), e, como o gasto da equipe analisada foi de R\$ 15.719,00 (quinze mil, setecentos e dezenove reais), incluindo medicamentos, a diferença, a ser coberta pela PMF, foi de R\$ 6.175,67 (seis mil, cento e setenta e cinco reais e sessenta e sete centavos) .

As informações verificadas pelo presente estudo preenchem uma lacuna importante nas análises existentes sobre o PSF em Fortaleza, e possibilitam planejar alternativas para aumento de produtividade com qualidade, sem aumento de gastos, bem como diminuição de custos, sem perda de produtividade.

8. REFERÊNCIAS

AGUILAR, Maria José; ANDER-EGG, Ezequiel. **Avaliação de serviços e programas sociais**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

ANDRADE, Francisca Maria Oliveira. **O Programa de Saúde da Família no Ceará**. Fortaleza: Expressão Gráfica, 1998. 220p.

BEULKE, Rolando; BERTÓ, Dalvio José. **Gestão de custos e resultado na saúde**. São Paulo: Saraiva, 2000.

BRASIL - Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reordenação do modelo assistencial**. 2 ed. Brasília: MS, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Capsi - Sistema de Captação de Dados para Pagamento/Departamento de Atenção Básica/SPS. **Evolução da implantação das equipes de saúde da família e da população coberta** [online]. [cited julho 2002]. www.saude.gov.br.

BITTENCOURT, Otávio N. da Silva. Sistemas tradicionais de custos – Exemplo de uma instituição de saúde: Hospital Universitário de Porto Alegre. In: CHING, Hong Yuh. **Manual de custos de instituições de saúde**. São Paulo: Atlas, 2001.

BRUNO, Artur; FARIAS, A; ANDRADE D. **Os pecados capitais do Cambéba**. Fortaleza: Expressão, 2002.

CASTRO, Janice D.; TEIXEIRA, Luciana S. **Manual para implantação de sistemas de apropriação de custos nos serviços de saúde**. Brasília, 1997. (Mimeogr.)

CASTRO, Janice D. **Avaliar custos da atenção básica de saúde: uma experiêncian**. In: VI - Encontro Nacional de Economia da Saúde, 2002, Nova Friburgo. Anais. Rio de Janeiro: Associação brasileira de economia da saúde, 2003.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Curso introdutório em saúde da família**. Fortaleza: ESPCE. 2002.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Farmacoeconomia: guia breve**. Fortaleza: SESA, 2001: 56p.

CHING, Hong Yuh. **Manual de custos de instituições de saúde**. São Paulo: Atlas,

2001.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

COSTA, José Roberto Alves da; BARROS, Dione Bezerra de; LIMA, Josefa Vieira de. Avaliação sistêmica de um programa de atendimento domiciliar: enfoque metodológico no processo saúde-doença. In: SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da (Org.). **Economia da saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Fortaleza: INESP/EDUECE, 2002.

CREESE, Andrew; PARKER, David. **Cost analysis in primary health care: a training manual for programme managers**. Genebra: WHO/SHS/NHP, 1990.

DAREDE, Cláudia de Oliveira, SANTANA, Edyara de Moraes, LÔBO, Iulo de Araújo Lima. Avaliação econômica do PSF em municípios do Estado da Bahia. In: **VI - Encontro Nacional de Economia da Saúde**, 2002, Nova Friburgo. Anais. Rio de Janeiro: Associação brasileira de economia da saúde, 2003.

DEL NERO, Carlos R. O que é economia da saúde. In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (Org.). **Economia da Saúde**. 3 ed. Brasília: IPEA, 2002.

DONABEDIAN, Avedis. La dimension internacional de la evaluación y garantía de la calidad. **Revista de Salud Pública de México**, Ciudad de México, v. 32, n. 2, p. 113-117, Marzo-Abril, 1990.

DRUMMOND, Michael F. et al. **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**. 2 ed. New York: Oxford University, 1997.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Administração**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FONSECA, Maria Imaculada F. **Programa Saúde da Família de Beberibe-CE**. Fortaleza, 1997. Dissertação. (Mestrado) - UFC.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park-USA, 1989.

IBGE. Base de Informações Municipais - **Malha municipal digital do Brasil: situação em 1997**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

IBGE. **Censo do ano 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

IBGE. **Pesquisa nacional de amostragem por domicílio - PNAD**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

IUNES, Roberto F. A concepção econômica de custos. In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (Org.). **Economia da Saúde**. 3 ed. Brasília: IPEA, 2002.

KNAPP, Martin. **La economía de los servicios sociales**. Barcelona: Euge, 1989.

LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda. **Custos hospitalares: o valor dos procedimentos de enfermagem em um hospital de urgência**. Fortaleza, 1998. 109 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da Saúde –SUS. In: SOUSA, Maria Fátima de (org.). **Os Sinais Vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec,

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de custos**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MEDICI, André César; MARQUES Rosa Maria. **Sistema de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde**. Cadernos FUNDAP, Qualidade em Saúde, N° 19, jan/abril/1996.

MEDINA, M.G.; AQUINO, Rosana. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: SOUSA, Maria Fátima de (Org.). **Os Sinais Vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os sistemas de serviços de saúde**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE), 2002.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002

MILLS, A.; DRUMMOND, M. F. **Economic evaluation of health programmes: glossary of terms.** World Health Stat, [S.L.], v. 38, n. 34, p. 432-4, 1985.

MIRANDA, Alcides Silva de. **Reorganização da rede pública dos serviços de Saúde em Quixadá/CE.** Fortaleza, 1999. 113 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

MUÑOZ P., Marleny et al. **Costos de la atención primaria: eficiência de unidades del primer nivel de atención – estudio de caso.** Cali, Colombia: CIDMER, 1988. p. 91.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Economia aplicada a la sanidad.** Ginebra, 1976.

PAIM, Jairnilson S. **Saúde, Política e Reforma Sanitária.** Salvador: ISC - Instituto de Saúde Coletiva, 2002.

PEREIRA, João. Glossário da economia da saúde. In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (Org.). **Economia da Saúde.** 3 ed. Brasília: IPEA, 2002.

PONTES, José Maria. **Diagnóstico da Saúde Pública no Ceará.** Fortaleza: Comissão Especial para Investigação do Funcionamento das UTUs e UTIs dos Hospitais Públicos de Fortaleza, 2001.

ROCHA FILHO, Fernando dos Santos. Evolução do Perfil das internações hospitalares após a implantação do PSF – Programa de Saúde da Família em Beberibe – Ceará. In: **XXXIII Congresso Anual do Centro Médico Cearense (XII Outubro Médico)**, 33.,1996, Fortaleza. Anais. Fortaleza: CMC, 1996. p. 350.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de (Org.). **Epidemiologia e saúde.** 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SAMUELSON, P. **Economics.** New York: Mcgrow Hill, 1976.

SERAPIONE, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 81-92, set./dez. 1999.

SERAPIONE, Mauro. **Análise de situação nos sistemas locais de saúde**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará - ESPCE, 2002.

SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. Economia da saúde: da epidemiologia à tomada de decisão. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de (Org). **Epidemiologia & saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 533-556.

SOUSA, Maria Fátima de (Org.). **Os Sinais Vermelhos do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2002.

SOUSA , Maria Helena Lima de. **Análise dos custos do Programa Saúde da Família: o caso de Crateús (Ce)**. Fortaleza, 2000. 150 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez. Instrumentos de avaliação econômica dos serviços de saúde: alcances e limitações. In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (Org.). **Economia da Saúde**. 3 ed. Brasília: IPEA, 2002.

VICECONTI, Paulo Eduardo V.; NEVES, Silvério das. **Contabilidade de custos**. 6 ed. São Paulo: Frase, 2000.

WITTER, S. et al. **Health Economics for Developing Countries**. London: Macmillan Education, 2000.

ANEXOS

ANEXO I

Lista de recursos alocados nas Equipes do PSF a serem pesquisados, com os campos de pesquisa específicos, e instrumentos de coleta de dados que serão utilizados.

a. Pessoal

Campo de pesquisa: Setor financeiro da SMS e UBASF; Pesquisar registros da Folha de pessoal e Contra-cheques; Questionários aplicados com coordenadores e alguns funcionários de cada profissão/função; Observação direta na UBASF.

a.1. Pessoal com vínculo empregatício (com a prefeitura, estado e união): Categorias: médicos; enfermeiras; auxiliares de enfermagem; agentes de saúde; odontólogos; auxiliar de odontologia; outros

a.2. Pessoal com serviços prestados:

Mesmas categorias acima.

a.3. Pessoal de apoio (trabalham indiretamente no PSF), como:

Almoxarifado;

Pessoal da Farmácia;

Do Pagamento de pessoal e material;

Da Coordenação;

Da Estatística e outros

b. Material de consumo:

- Itens:

Medicamentos e Outros da Farmácia.

- Campo de pesquisa: Farmácia da UBASF; Registros da Farmácia da UBASF; Questionários aplicados com pessoal da farmácia, membros da ESF e outros; Observação da farmácia, dispensação, etc.

- Itens:

Alimentos;

Mat. de expediente;

Material para limpeza;

Mat. para processamento de dados

Mat. para transporte (combustíveis e peças para manutenção);

e Outros.

- Campo de pesquisa: Almoarifado da UBASF; Registros do Almoarifado da UBASF; Questionários aplicados com pessoal do Almoarifado, membros da ESF e outros; Observação do Almoarifado, dispensação, etc.

c. Serviços de terceiros e encargos:

- Itens:

Aluguel de imóveis;

Água;

Telefone;

Xerox;

Locação de equipamentos e veículos;

Manutenção de móveis e equipamentos;

Outros

- Campo de pesquisa: UBASF e Setor financeiro da SMS; Registros na UBASF e outros setores necessários; Questionários aplicados com os membros das ESF e demais responsáveis; Observação de cada item na UBASF.

d. Material permanente (depreciação de):

- Itens:

Edificações;

Veículos;

Móveis e utensílios;

Máquinas e equipamentos;

Outros

- Campo de pesquisa: UBASF; Registros na UBASF; Questionários aplicados com pessoal do Almoarifado, membros da ESF e outros; Observação de cada item na UBASF.

ANEXO II

SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS PARA PESQUISA ACADÊMICA

Esta instituição realiza serviços dos mais relevantes para a saúde da comunidade de Fortaleza. Sabe-se da vontade da administração atual em desenvolver trabalhos que engrandecem a Instituição através de trabalhos científicos, incorporação de novos recursos, novas tecnologias, novos equipamentos e investimentos na gestão de qualidade, dando ênfase ao investimento no humano. Solicitamos, assim, de V. Sa. que esta Instituição, mais especificamente quatro equipes do PSF (Equipes de Saúde da Família – ESF) de Fortaleza, sendo duas equipes da UBASF José Valdevino de Carvalho, localizada no bairro da Itaoca, dentro da área subordinada à Secretaria de Administração Regional IV, e duas equipes da UBASF Terezinha Parente, que está localizada no bairro Curió, dentro da Regional VI, sirva de campo à realização de uma pesquisa (vide projeto em anexo) que será apresentada como dissertação ao Curso de Mestrado em Saúde Pública com área de concentração em Economia da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, tendo como professor orientador o Prof. Dr. Marcelo Gurgel.

Esta pesquisa diz respeito à ANÁLISE DE CUSTOS DE EQUIPES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA-CEARÁ, oportunizando estudar a formação dos custos de várias ações de saúde realizadas pelas quatro equipes do PSF mencionadas. Ressaltamos que isto facilitará encontrar alternativas para otimizar a atuação das equipes de cada unidade e de cada administração regional, minimizando seus custos, aperfeiçoando o seu desempenho, a utilização de recursos e a oferta de ações de saúde, contribuindo para as tomadas de decisão. Adiantamos que haverá necessidade de levantamento do preço de muitos itens, no respectivo departamento administrativo, e do salário dos profissionais envolvidos com as equipes de saúde. Adiantamos, também, que os resultados do estudo serão apresentados a V. Sa. antes de serem publicados.

Certos de que este estudo trará contribuição valiosa para esta Instituição, enriquecendo com dados que para nós fazem parte da base de todo o processo administrativo e financeiro, que é o conhecimento dos custos, agradecemos antecipadamente esta oportunidade de colaborarmos de alguma forma para o engrandecimento desta valorosa Instituição.